



## 4. INTERNATIONAL HEALTH SCIENCES AND MANAGEMENT CONFERENCE

### e-Proceeding

ISBN-978-605-87853-5-9

### EDITORS

Prof.Dr.Ramazan Erdem  
Assoc.Prof.Sedat Bostan  
Assist.Prof.Turgut Şahinöz

"Patient Friendly Healthcare and Hospital"

20-23 June 2019 Üsküdar University/ İstanbul-Turkey



**Dear 4. International Health Sciences and Management Conference Participants,**

Many developed countries recognize health as a basic human right and assume collective responsibility for providing access to health care to all of their citizens. However, extension of the human life span, rapid development of new technology and advanced treatment methods, and significant increase of health care expenditure as a share of national and family incomes necessitate efficient and effective provision of health services as well as their professional management in all countries.

The main aim of this conference is to serve as a professional platform and network to exchange knowledge, information, and experiences about current health care management trends and health reforms between national and international health care management academicians, policy makers, practitioners, managers, and students. We also hope that the conference will further contribute to the global recognition of health care management as an important and growing profession.

This year the Conference will be held at the Uskudar University's Center Campus (Altunuzade) at Istanbul. We are honored to be the partner of the Uskudar University, which stands out with its successful international educational studies. We would also like to thank the university for (giving opportunity for) opening the 4rd International Health Sciences and Management Conference. We are also very happy that we will have the opportunity to know and see our host university, Istanbul and the Uskudar.

We look forward to welcoming you to our conference.

Sincerely,

*Assoc. Prof. Dr. Sedat BOSTAN*  
Conference Co-Chair  
Ordu University, Turkey

*Prof. Dr. Haydar SUR*  
Conference Co-Chair  
Uskudar University, Turkey

#### **Sayın 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi Katılımcıları,**

Sağlık temel insan haklarından olmakla birlikte, klasik devletin beş temel fonksiyonundan da biridir. Bununla birlikte ortalama yaşamın uzaması, sağlık hizmetleri teknolojilerinin çok hızlı gelişmesi, ileri tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, sağlık harcamalarının GSMH içerisinde ve aile bütçelerinde önemli bir büyüklüğe ulaşması ve sağlık hizmeti sunum süreçlerinin karmaşıklaşması, kamu ve özel sağlık sektörünün etkin ve verimli yönetilme ihtiyacını doğurmuş ve sağlık hizmetlerinin profesyonel yönetilmesi gerekliliğini zorunlu kılmıştır.

Kongrenin amacı sağlık yönetimi ve sağlık kurumları yönetimi alanında yerelden globale uzanan bilimsel bilgi, beceri ve tecrübelerin uluslararası paylaşımına zemin hazırlamaktır. Değişik ülkelerden bilim insanlarının, özellikle genç araştırmacıların, politika yapıcıların, uygulamacıların ve yöneticilerin bir araya gelmesini sağlayarak global bilgi paylaşımını sağlamak, sağlık yöneticiliğinin önemine vurgu yapmak ve sağlık yöneticiliğinin global olarak profesyonel meslekleşme sürecine katkı yapmaktır.

Kongremize bu yıl Üsküdar Üniversitesi İstanbul'daki Altunizade (Merkez) Yerleşkesinde ev sahipliği yapacaktır. Uluslararası başarılı eğitim çalışmaları ile öne çıkan Üsküdar Üniversitesinin ortağımız olmasından dolayı onurlandık. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi kongresine olanaklarını açtığı için ayrıca teşekkür ederiz. Bu sayede ev sahibi üniversitemizi, İstanbul'u ve Üsküdar'ı tanıma ve gezme imkânı bulacağımız içinde çok mutluyuz.

Kongremizde sizi ağırlamaktan onur duyacağız.

İyi dileklerimizle...

*Doç. Dr. Sedat BOSTAN*  
Kongre Eş Başkanı  
Ordu Üniversitesi, Türkiye

*Prof. Dr. Haydar SUR*  
Kongre Eş Başkanı  
Ordu Üniversitesi, Türkiye

#### 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi Sonuç Bildirgesi

20-23 Haziran 2019 tarihlerinde Üsküdar Üniversitesinin ev sahipliğinde, Ordu Üniversitesi ve Uluslararası Stratejik Sağlık Araştırmaları Merkezi (USSAM) ile birlikte **Hasta Dostu Sağlık Hizmetleri ve Hastane** ana temasıyla **4.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi** İstanbul’da, Üsküdar Üniversitesinin Merkez Yerleşkesinde gerçekleştirildi.

Kongrede; 4 panel, 3 konferans, 3 kongre kursu ve 32 bildiri oturumu yapıldı.15 panelist, 3 konferans konuşmacısı, 3 kongre kursu eğitmeni uzmanlık alanları konularında bilgi paylaşımında bulundu. Yaklaşık 230 sözel bildiri, 40 poster bildiri sunumu gerçekleştirildi. Sosyal program olarak iki müzik-dinleti programı icra edildi. Kongrenin düzenleme kurulunda 10, bilimsel danışma kurulunda 21, bilimsel danışma kurulu ofisinde 7 ve bilimsel inceleme kurulunda 26 akademisyen, kongre günlerinde 20 civarında sağlık yönetimi öğrencisi görev aldı. Kongre katılımcı sayısı, akademisyen, sektör çalışanı, öğrenci ve diğer ilgililer olmak üzere 390 civarında bir sayıya ulaştı.

Kongre 20 Haziran 2019 günü saat 10’da açılış programıyla başladı. Açılış programında kongre Eş-Başkanı Doç. Dr. Sedat Bostan kongrenin ortaya çıkış fikri ve tarihçesi hakkında kısaca bilgi verdi. Bostan; Ankara Üniversitesinden Emekli Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ömer Rıfki Önder ve Hacettepe Üniversitesinden Emekli Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Çetin Akar Hocalara alana sağladıkları büyük katkılardan dolayı Teşekkür Plaketi takdim etti. Kongre Eş-Başkanı Prof. Dr. Haydar Sur, bu yılki kongrenin gelişim sürecini aktararak katılımcılara teşekkür etti. Kongre açılış konferansında, Üsküdar Üniversitesi Rektörü Sayın Prof. Dr. Nevzat Tarhan dost sağlık hizmetleri bağlamında sağlık yönetimi konusunda bilgi ve deneyimlerini paylaştı.

Birinci panelde, dost sağlık hizmetleri bağlamında uluslar arası katılımcılar, Fransa, Macaristan, Rusya ve Filistin sağlık sistemleri üzerinden sunumlarda bulundu. İkinci panelde, özel hastanelerin sağlık hizmetleri hasta dostu sağlık hizmetleri bağlamında tartışıldı. Üçüncü panelde, hasta dostu sağlık hizmetleri ve hastane kavramının geliştirilmesi, ölçeğinin oluşturulması ve pilot saha araştırması hakkında bilgi verildi. 2019 yılında yapılan pilot saha araştırmasında “Hasta Dostu Hastane” skalasına göre ödül almaya hak kazanan İnegöl Devlet Hastanesine Plaket takdimi yapıldı.

İkinci konferansta Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu, Dünyada ve Türkiye’de sağlık turizminin gelişimini dost sağlık hizmetleri ile ilişkilendirerek sundu. Üçüncü konferansta Prof. Dr. Tefik Özlü dost sağlık hizmetleri bağlamında hasta haklarının kurumsal kazanımlarını açıkladı. Dördüncü panelde, yönetim ve mizah konusu mizahi bir yaklaşımla Prof. Dr. Haydar Sur ve Prof. Dr. Osman Hayran paylaşımında bulundu.

Bildiri oturumlarında bildiri sahipleri, dinleyiciler ve hocalar, sağlık hizmetleri yönetimi, sağlık kurumları yönetimi, hemşirelik yönetimi, afet yönetimi, örgütsel davranış, sağlık ekonomisi, sağlık bilişimi, sağlık politikası, sağlık turizmi ve yaşam kalitesi konularını sunulan bildiriler üzerinden tartıştılar. Bildiri oturumlarına yoğun talepten dolayı bazı bildiri sunum salonlarında katılımcıların ayakta kaldığı gözlemlendi. Poster bildiri sunumları Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu ve Doç. Dr. Taşkın Kılıç’ın Moderatörlüğünde fuaye alanında 21 Haziran saat:14-15 arasında gerçekleşti. Prof. Dr. Ramazan Erdem tarafından gerçekleştirilen bilimsel araştırmalarda kavram geliştirme-yöntem ve etik kursu, Doç. Dr. Taşkın Kılıç tarafından

gerçekleştirilen LİSRELL kursu ve Dr. Öğr. Üy. Ali Arslanoğlu tarafından gerçekleştirilen etkili sunum teknikleri kursu yoğun ilgi gördü.

Katılımcılar, 20 Haziran akşamı Gitar ve Piyona dinletisiyle ve 21 Haziran öğleden sonrasında ise, Sanatçı Ahmet Özhan'ın Tasavvuf sohbeti eşliğinde müzik terapisi yaşadılar.

Kongreye, Süleyman Demirel Üniversitesi, Ahi Evran Üniversitesi, Sakarya Üniversitesi, Moskava Devlet Üniversitesi, OHSAD ve HAKSAY mensupları bilimsel ve organizasyonel destek verdiler.

Kongrede, Hasta dostu sağlık hizmetleri ve hastane programının geliştirilerek sürdürülmesi, genç akademisyenlerin ve akademisyen adaylarının akademik çalışma yeteneklerinin geliştirilmesi ve desteklenmesinin önemli olduğu vurgulandı. Sağlık bilimleri ve yönetim ilişkisinin sağlığın tüm alanlarına ve paydaşlarına yaygınlaştırılması için çalışmaların devam ettirilmesi ve bilimsel çalışmalarla desteklenmesinin gerekliliği ifade edildi.

Bir sonraki **5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi**'nde buluşmak ümidiyle kongre sona erdi. Emegi geçen herkese ve katılımcılara teşekkürler...

*Doç. Dr. Sedat BOSTAN*  
Kongre Eş-Başkanı  
Ordu Üniversitesi

*Prof. Dr. Haydar SUR*  
Kongre Eş- Başkanı  
Üsküdar Üniversitesi

## *Düzenleme Kurulu*

---

<b>İsim</b>	<b>Görev</b>	<b>Kurum</b>
Prof. Dr. Nevzat TARHAN	Onursal Başkan	Üsküdar Üniversitesi Rektör
Prof. Dr. Tarık YARILGAÇ	Onursal Başkan	Ordu Üniversitesi Rektör
Prof. Dr. Musa ÖZATA	Onursal Başkan	USSAM Başkan
Prof. Dr. Haydar SUR	Kongre Eş Başkanı	Üsküdar Üniversitesi
Doç. Dr. Sedat BOSTAN	Kongre Eş Başkanı	Ordu Üniversitesi
Doç. Dr. Taşkın KILIÇ	Kongre Başkan Yrd. Dış İlişkiler Sorumlusu	Ordu Üniversitesi
Arş. Gör. Yusuf BAKTIR	Kongre Sekreteryası	Üsküdar Üniversitesi
Arş. Gör. İbrahim Alptuğ HARBİ	Kongre Sekreteryası	Üsküdar Üniversitesi

---

## *Bilimsel Danışma Kurulu*

<b>İsim</b>	<b>Kurum</b>
Prof. Dr. Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi/Başkan
Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK	Selçuk Üniversitesi/Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Yasar A. ÖZCAN	Virginia Commonwealth University/US
Prof. Dr. Douglas E. ANGUS	Telfer Yönetim Okulu, Ottawa Üniv. Ontario/KANADA
Prof. Dr. Chi-Chang Chang	Chung Shan Medical Üniversitesi / Tayvan
Prof. Dr. Michael A. COUNTE	Saint Louis / ABD
Ph.D Dan SAVA	Romania
Ph. D Johan G. Beun	Bijnier. Net Hollanda
M.D. / Ph.D/ Prof. Oleg MEDVEDEV	Lomonosov Moskova Devlet Üniv. Tıp Fakültesi/Rusya
Dr. Fatıma BOUAZZA	Muhammed V Üniversitesi - Rabat, Fas
Dr. Abdul-Karim Ali TEMSAH	Specialized Medical Hospital, Riyad
Ph.D. Werner SEIGL	TU Graz - Avusturya
Assoc. Prof. Aslı GÖKSOY	Bulgaristan Amerikan Ün.
Assit. Prof. Arthur Pantelides	Bulgaristan Amerikan Ün.
Prof. Elif DİKMETAŞ YARDAN	19 Mayıs Üniversitesi/Türkiye
Prof. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi/Türkiye
Prof. İsmet ŞAHİN	Lokman Hekim Üniversitesi/Türkiye
Prof. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi/Türkiye
Prof. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi/Türkiye
Prof. Levent B. KIDAK	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi/Türkiye
Prof. Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi/Türkiye
Prof. Dr. Tevfik NOYAN	Ordu Üniversitesi/Türkiye
Prof. Ayşegül KAPTANOĞLU	Beykent Üniversitesi/Türkiye
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi/Türkiye
Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM	TÜSEB-Sağlık Bakanlığı/Türkiye
Prof. Dr. Ülkü BAYKAL	İstanbul Üniversitesi/Türkiye

## *Bilimsel Danışma Kurulu Ofisi*

<b>İsim</b>	<b>Kurum</b>
Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ	Süleyman Demirel Ün.
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN	Süleyman Demirel Ün.
Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL	Selçuk Üniversitesi
Arş. Gör. Hilal Akman DÖMBEKÇİ	Selçuk Üniversitesi
Arş. Gör. Dilruba UĞURLUOĞLU	Süleyman Demirel Ün.

## *Davetli ve Yabancı Konuşmacılar*

<b>İsim</b>	<b>Kurum</b>
Prof. Dr. Nevzat TARHAN	Uskudar University/ Rector
Prof. Dr. Musa ÖZATA	USSAM Chair
Prof. Dr. Haydar SUR	Uskudar Üniversitesi
Assoc. Prof. Sedat BOSTAN	Ordu University
Prof. Dr. Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel University
Assoc. Prof. Taşkın KILIÇ	Ordu University
Assoc. Prof. Yunus Emre ÖZTÜRK	Selcuk University
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım University
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ	Karadeniz Teknik University
Dr. Ayhan OZSAHİN	Uskudar University
Dr. Uğur BARAN	Sefa Hospital
Aytün LEYMUN	EMSEY Hospital
Dr. Ömer KARAHAN	Value Health
İbrahim KÜRKCÜ	Memorial Sağlık Grubu
Prof. Dr. Osman HAYRAN	İstanbul Medipol Üniversitesi
Öğr. Gör. Ahmet ÖZHAN	Üsküdar Üniversitesi
Assoc. Prof. Motasem HAMDAM	Palestine
Prof. Dr. Oleg MEDVEDEV	Russia
Dr. Laszlo GOROVE	Hungary
Assoc. Prof. Ramiz ALİYEV	Azerbaijan
Dr Roxane BERJAOUİ	France
Abbas KHAPOUR	Iran
Mohammad Bakri HAMMAMİ	United Arab Emirates
Brahim LELDEL	Algeria
Cristina ÁLVAREZ-GARCİ	Spain



## *Bilimsel İnceleme Kurulu*

Prof. Dr. Hatice Ulusoy, Cumhuriyet Üniversitesi  
Doç. Dr. Mahmut Akbolat, Sakarya Üniversitesi  
Doç. Dr. Vahit Yiğit, Süleyman Demirel Üniversitesi  
Doç. Dr. Ş. Didem Kaya, Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Doç. Dr. Aygül YANIK, Medeniyet Üniversitesi  
Doç. Dr. Tarhan Okan, Bandırma Üniversitesi  
Doç. Dr. Cemil Örgev, Sakarya Üniversitesi  
Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş, Ordu Üniversitesi  
Doç. Dr. Kemal Macit Hisar, Selçuk Üniversitesi  
Dr. Mehmet Yorulmaz, Selçuk Üniversitesi  
Dr. Mukaddes Örs, Akdeniz Üniversitesi  
Dr. Aydan Yüceler, Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Dr. Fatih Budak, Kilis 7 Aralık Üniversitesi  
Dr. Burhanettin Uysal, Bolu Sağlık Müdürlüğü  
Dr. Safiye Şahin, Medeniyet Üniversitesi  
Dr. Nursel Aydınтуğ, Biruni Üniversitesi  
Dr. Sümeyye Aslan Kurtuluş, Medeniyet Üniversitesi  
Dr. Sevim Acaröz Candan, Ordu Üniversitesi  
Dr. Nevin Günaydın, Ordu Üniversitesi  
Dr. Ebru Şahin, Ordu Üniversitesi  
Dr. Fuat Korkmazer, Muş Alparslan Üniversitesi  
Dr. Sevil Aslan, Kafkas Üniversitesi  
Dr. Özgür Yeşilyurt, Muş Alparslan Üniversitesi  
Dr. Ayhan Özşahin, Üsküdar Üniversitesi

## GERÇEKLEŞEN KONGRE PROGRAMI

20 HAZİRAN 2019 / PERŞEMBE							
A SALONU	09:30-11:00		11:20-12:50		14:00-15:30		15:50-17:20
	Açılış		Panel-1		Panel-2		Panel-3
			Moderator: Dr. Ayhan Özşahin		Moderator: Dr. Uğur Baran		Moderator: Prof. Dr. Ramazan Erdem
			<i>Patient-friendly Approaches and Healthcare in Different Countries</i>		<i>Private Hospitals in the Context of Patient-friendly</i>		<i>Patient-friendly Healthcare and Hospital</i>
			Dr. Roxane Berjaoui <i>The French Healthcare Offer: Overview and Supports to the User France</i>		Aytün Leymun <i>EMSEY Hospital</i>		Assoc. Prof. Dr. Sedat Bostan
	Açılış Konferansı	Caffe Break	Prof. Dr. Oleg Medvedev <i>Patient-friendly Health Technologies Russia</i>	Lunch	Dr. Ömer Karahan <i>Value Health</i>	Caffe Break	Assoc. Prof. Dr. Taşkın Kılıç
	Prof. Dr. Nevzat TARHAN		Dr. Laszlo Gorove <i>"Patient Friendly" Healthcare Prehospital and Hospital in Hungary</i>		İbrahim Kürkçü <i>Memorial Sağlık Grubu</i>		
	Üsküdar Üniversitesi Rektörü		Assoc. Prof. Motasem Hamdan <i>Patient Safety in Palestinian Hospitals Al-Quds University, Palestine</i>				

SALON 1	14:00-15:30	15:50-17:20
	<b>1. Session: Organizational Behavior in Health Institutions</b>	<b>5. Session: Quality of Life</b>
	<b>Moderator: Prof. Dr. İsmail Ağırbaş</b>	<b>Moderator: Doç. Dr. Mahmut Akbolat</b>
	<i>Investigation of Factors Affecting Blood Donation Behavior</i> Mustafa Amarat Mahmut Akbolat Özgün Ünal Habibe Mercan	<i>Investigation of The Relationship Between Social Media Addiction, Hand Grip Strength and Upper Extremity Pain In University Students</i> Berna Tunçer Özgü İnal
	<i>The Effect of The Subjective Well Being On Emotional Labor</i> Bünyamin Özgüleş Ali Arslanoğlu	<i>Investigation of Healthy Lifestyle Behaviors of Academic Staff In Faculty of Medicine</i> Ayten Turan Kurtaran Abdülkadir Koca Aysunur Kandiran
	<i>Investigation of Organizational Silence In Education and Health Workers: Kirşehir Province Case Study</i> Mustafa Altıntaş Musa Özata	<i>The Relationship Between Social Environmental Support and Socio-Demographic Variables of The Chronic Depression Levels In 2014-2016</i> Betül Akalın Fatma Kantaş Yılmaz
	<i>Beliefs Causing Organizational Silence: The Effects On Employee Voices and Silence</i> Safiye Sahin Bilal Çankır Bahar Serez Arslan	<i>Evaluation of Social Anxiety Levels of Preclinical Students In A Faculty of Medicine</i> Kemal Macit Hisar
	<i>Investigation of The Effect of The Work Loads of Nurses On The Business-Family Conflict: A Survey On Nurses Working In Kahramanmaraş Sütçü Imam University Health Application and Research Hospital</i> Abdullah Soysal Ali Göde	<i>Current Approaches In Oral Mucositis Prevention and Treatment In Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Their Impact On Quality of Life</i> Ebru Baysal Dilek Sarı Hatice Erdem Önder
	<i>The Relationship between Job Stress and Job Satisfaction In Nurses</i> Yunus Emre Öztürk Ramazan Kırac	<i>The Effect of 24-Hour Total Sleep Deprivation On Quality of Life, Anxiety Level and Academic Motivation</i> Berna Tunçer Özgü İnal
<i>A Study On Determination of Success Orientation of Private Dormitory Students</i> Burhanettin Uysal Mehmet Yorulmaz	<i>Assesment of Nurses' Healthy Life Styles</i> Damla Çiftçi Ülkü Baykal	

<b>14:00-15:30</b>		<b>15:50-17:20</b>	
<b>SALON 2</b>	<b>2. Session: Healthcare Management</b>	<b>Caffe Break</b>	<b>6. Session: Healthcare Management</b>
	<b>Moderator:</b> <b>Prof. Dr. Ayşegül Kaptanoğlu</b>		<b>Moderator:</b> <b>Prof. Dr. Ömer R. Önder</b>
	<i>The Impact of Work Stress On Employee'S Performance In The Emergency Department of The University Hospital Center Dr Tidjani Damerdji, Tlemcen-Algeria</i> Meziane Tadj Yahoui Nour El-Houda		<i>An Assessment of The Quality of Health Care Received By Foreign Residents In Turkey and In Their Own Country: The Case of Alanya</i> Yavuz Yıldırım Şahin Kavuncubaşı
	Nursing Students' Attitudes, Knowledge and Skills of Children's Environmental Health Cristina Álvarez-García Carmen Álvarez-Nieto Sebastián Sanz-Martos Isabel María López-Medina		<i>Benevolence Or Competence Which Is More Important For Patient Loyalty?</i> Mahmut Akbolat Mustafa Amarat, Özgün Ünal Elif Saba Sütü
	<i>Investigating The Role of Organizational Silence In Burnout By Mediating The Characteristics of Gender and Blood Group</i> Abbas Khakpour		<i>Health News In The Internet News Media: A Discourse Analysis Study</i> Hilal Akman Dömbekci Merve Ağlamış
	<i>Population Knowledge Towards First Aid: A Cross-Sectional Study In The United Arab Emirates</i> Mohammad Bakri Hammami		<i>Can Health Workers' Work Alienation Be Explained By Group Cohesion?</i> Zeynep Merve Uçar Mahmut Akbolat
	<i>Republic of Crimea Health System</i> Muhammed Yusuf Aydamak		<i>Evaluation of Hospital Service Quality From Manager, Physician and Patient Perspective</i> Nurperihan Tosun Sumeyye Arslan Kurtulus Burak Sayar
	<i>Healthcare Application For Smart Cities Based On Deep Learning and Big Data</i> Brahim Lejdel		<i>Determination of Rational Drug Use (Rdu) Levels of Individuals</i> Mahmut Akbolat Ayhan Durmuş Zeynep Kübra Güneş
<i>Radiological and Serological Screening Results of Individuals Who Have The Same Life Area As Hydatid Cysts Treated In A State Hospital of Afghanistan</i> Mohammad Maroof Eilbigi Kemal Macit Hisar	<i>The Role of Internet Sources In Patient-Physician Communication of Physician Perspective</i> Mahmut Akbolat Mustafa Amarat Özgün Ünal Rana Beşler		

14:00-15:30		15:50-17:20	
SALON 3	<b>3. Session: Nursing Services Management</b>	<b>7. Session: Health Policy</b>	
	<b>Moderator: Prof. Dr. Ülkü Baykal</b>	<b>Moderator: Assoc. Prof. Dr. Yunus Emre Öztürk</b>	
	<i>The Nursing Image In The Beneficiaries of Primary Health Care Services</i> Seda Tuğba Baykara Mat	<i>Water Consumption In Elderly People; Systematic Review</i> Kemal Macit Hisar Filiz Hisar	
	<i>Opinions of The Nurse Managers On Retention of Nurses: A Qualitative Study</i> Tuğba Yeşilyurt Ülkü Baykal Nilgün Göktepe	<i>How Health Destination Affects The Human Well-Being?</i> Bilal Yalçın Sedat Bostan Gökhan Yılmaz	
	<i>Determination of Attitudes of The Nurses Working In The Emergency Department of A State Hospital Towards The Labour Productivity</i> Muhteber Hüsmenoğlu Emel Aybey Berra Yılmaz Kuşaklı	<i>The Effect of Health Literacy Level On Rational Drug Use</i> Yunus Emre Öztürk Hilal Akman Dömbekçi	
	<i>Assessment of Nurses' Job Performance Perceptions</i> Harun Kırılmaz Ayhan Durmuş Özlem Şahin	<i>The Effect of Viral Marketing On The Social Media and The Internet Users In Health Care: An Investigation On The District of Konya Selçuklu</i> Zührem Yaman, Hasan Fehmi Demirci	
	<i>One of The Non-Formal Communication Channels Among Nurses: Gossip and Rumors</i> Bilgen Özlük, Özge Özcan	<i>A Research Toward Rational Drug Use: The Case of Konya</i> Yunus Emre Öztürk Müjdat Yeşildal	
	<i>The Effect of Socio-Demographic Characteristics of Problem Solving Skills In A Private Hospital</i> Saadet Özdilek Melike Fındık Zuhal Bahar Nihal Gördes Aydoğdu	<i>Hospital-Based Health Technology Assessment Method and Models Used In Turkey</i> Elife Dilmaç Bayram Şahin	
	<i>Effects of Certain Socio-Demographic Characteristics of Nurses Who Work In A University Hospital On Their Organizational Commitment Levels</i> Seda Sarıköse Tuğçe Ünver Zuhal Bahar Nihal Gördeş Aydoğdu Nilgün Göktepe	<i>AZERBAIJAN SAĞLIK SİSTEMİNİN TANITIMI</i> Doç.Dr. Ramiz Aliyev/Azerbaijan	

14:00-15:30		15:50-17:20	
SALON 4	<b>4. Session: Healthcare Management</b>	Caffe Break	<b>8. Session: Healthcare Management</b>
	<b>Moderator: Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı</b>		<b>Moderator: Doç. Dr. Vahit Yiğit</b>
	An Economic Evaluation On The Use of Medical Oxygen System and Medical Liquid Oxygen System; Obtained By On-Site Production In Hospitals Shgm Std Elife Dilmaç Mustafa Kılıç Aysel Ateş		<i>Investigation of Communication Skills and Problem-Solving Behaviors of University Students</i> Yunus Emre Öztürk Müjdat Yeşildal
	<i>Discussions of Executive Nursing Transformational Leadership Applications</i> Sevgi Şimşek Belkız Kızıltan		<i>The Effect of Patients' Visit Experiences On Patient Satisfaction</i> Mahmut Akbolat Özgün Ünal Mustafa Amarat
	<i>The Role of Mobile Cardiac Telemetric Monitorization In Diagnosis of Cardiac Arithm: A Short Health Technology Evaluation Report</i> Shgm Std Mustafa Kılıç Bilgehan Karadayı		<i>The Effect of Work Load Perception of Health Employees Phase On The Quality of Life: The Mediator Role of Work-Family Conflict</i> Fuat Korkmazer Ali Aksoy
	<i>Five Forces Shapes Turkish Hospital Industry</i> Pınar Özbilen		<i>Which Is More Effective On Patient Loyalty? Technical Quality Or Functional Quality of The Physicians'?</i> Özgün Ünal Mahmut Akbolat Mustafa Amarat
	Determination of The Attitudes of University Students On Social View and Aesthetic Surgery Emel Filiz Fatmanur Güvenç		<i>Challenges In Financing Future Sustainability of Funding Universal Health Coverage In Southeast Europe</i> Ayşegül Kaptanoğlu
	<i>Health Care Problems Experienced By Lgbt People</i> Betül Akalın Şehmus Saçan		<i>The Association Between Electronic Medical Record Adoption Model (Emram) Levels and Service Quality Scores In Turkey Hospitals: Where To Start For Paperless Hospital Efforts</i> Mustafa Said Yıldız
<i>Measuring The Level of Knowledge and Skills of Caregivers In Home Health Care</i> Özlem Güdük Özden Güdük Yaşar Sertbaş İlhan Satman	<i>Effect of Organizational Silence On Whistleblowing Intention: Example of University Hospital</i> Safiye Çeven Ferda Alper Ay		

**22 HAZİRAN 2019 / CUMARTESİ**

<b>09:30-11:00</b>		<b>11:20-12:50</b>		<b>14:00-15:30</b>		
<b>22. Session: Nursing Services Management</b>		<b>26. Session: Healthcare Management</b>		<b>30. Session: Healthcare Management</b>		
<b>Moderator: Dr. Ali Arslanoğlu</b>		<b>Moderator: Dr. Şirin Özkan</b>		<b>Moderator: Doç. Dr. Aygül Yanık</b>		
<i>The Effect of Organizational Stress On The Innovation and Risk Taking Behaviors of The Manager Nurses</i> Feyza Çetinkaya Kutun Burcu Ögün Özkan Esra Eren Sunay Güner		<i>Effects of Immigration On Individual and Society Health</i> Yeter Demir Uslu Emre Yılmaz		Investigation of Healthy Life Style Behaviors In Terms of Demographic Variables Nezihe Tüfekci Havvana Kızılcı		
<i>Evaluation of The Comfort Level of The Post-Surgical Patients</i> Gizem Kubat Bakır Seher Yurt		<i>The Relationship Between Health Literacy and Health Perceptions of University Students</i> Nursel Aydıntuğ Begüm Yalçın Büşranur Kömürcü		<i>Determining Patient-Centered Communication Barriers</i> Handan Ertaş Fatma Çiftçi Kıraç		
<i>Does Workload Affect Mobbing?</i> Çiğdem Uğan Mahmut Akbolat Feyza Boz		<i>Material Management In Nursing Services: An Organization of Development</i> Berra Yılmaz Kuşaklı		<i>The Relationship Between Two Different Trunk Mobility Measurement Methods With Balance, Fear of Falling, Mobility and Activities of Daily Living In Patients With Parkinson's Disease</i> Gözde Pancaroğlu Gözde İyigün Aytül Özdil		
<i>The Effect of Organizational Trust On Life Satisfaction</i> Ali Arslanoğlu Nilay Gemlik		<i>Strategic Hrm In Health Sector: Hospital Chain Case of Turkey</i> Yasemin Özdemir Ömer Alperen Onay Okan Gemici		<i>The Relationship Between Grip Strenght, Hand Functions and Instrumental Daily Activities of The Healthy Elderly</i> Tuğba Cıvı Karaaslan Aynur Cıcek Ela Tarakçı		
<i>Determining The Opinions of Health Workers On The Guide Nursing Model</i> Sunay Güner Zümrüt Duvan Erkoç Leyla Çakır		<i>Examination of Health Literacy Levels of Students In Faculty of Economics and Administrative Sciences</i> Ümmügülüm Bayar Sevim Sin Musa Özata		<i>Evaluation of The Effects of Multiple Sclerosis On Quality of Life</i> Mecbure Nalbantoğlu, Gokcen Gozubatık Celik		
<i>Determination of Professional Attitudes of Executive Nurses</i> Emel Gümüş, Ece Uysal Kasap		<i>Investigation of Effect of Organizatiol Climate on Organizational Commitment in Health Workers</i> Mahide Çiftçi Haydar Sur		<i>A Research On Service Quality In Health Tourism</i> Ömer Kürşad Tüfekci		
<b>A SALONU</b>	<b>Caffe Break</b>		<b>Lunch</b>		<b>Caffe Break</b>	
	<b>15:50-17:20</b>					
	<b>Closing Session - Kapanış Programı</b>					

<b>SALON 1</b>	<b>09:30-11:00</b>	<b>Caffe Break</b>	<b>11:20-12:50</b>	<b>Lunch</b>	<b>14:00-15:30</b>
	<b>Courses</b>		<b>Courses</b>		<b>Courses</b>
	Doç. Dr. Taşkın Kılıç LISREL – İleri Araştırma Teknikleri Kursu (YAPISAL EŞİTLİK MODELİ)		Doç. Dr. Taşkın Kılıç LISREL – İleri Araştırma Teknikleri Kursu (YAPISAL EŞİTLİK MODELİ)		Dr. Öğr. Üyesi Ali Arslanoğlu Etkili Sunum Teknikleri

<b>SALON 2</b>	<b>09:30-11:00</b>	<b>Caffe Break</b>	<b>11:20-12:50</b>	<b>Lunch</b>	<b>14:00-15:30</b>
	<b>23. Session: Health Tourism</b>		<b>27. Session: Healthcare Management</b>		<b>31. Session: Health Institutions Management</b>
	<b>Moderator: Dr. Erdiñ Ünal</b>		<b>Moderator: Dr. Serdar Keçeli</b>		<b>Moderator: Prof.Dr. Osman YÜCEL</b>
	<i>Investigation of Singapore's Health System and Health Tourism</i> Ülkü Veranyurt Aybüke Arığ		<i>The Understanding Bridge Between Health Employees and Patients Is "Communication"; The Transfer Ticket Is "Empathy": An Example of University Hospital</i> Cemil Örgen Seher Birleşik		<i>Research On The Determination of Information Attitudes and Behaviors About The Volunteer Blood Donation of University Students</i> Semiha Karaosmanoğlu
	<i>Health Tourism In Konya</i> Mehmet Yorulmaz Zuhan Özhan		<i>Approach of Including Home Health Services In The Digital Hospital Process: Home Health Mobile Application</i> Asım Leblebici Mustafa Aşçı Ebru Tombak		<i>Culture of Health Service Use and Related Factors</i> Zeliha Aras Balcı Melike Yavuz Pınar Güngör Ketenci Sunay Güner Sevda Aydın BüyükMeltem Ekici Özgül Göktaş
	<i>To Examine Websites of Hospitals Which Involve In Medical Tourism Activity In Turkey and The World</i> Hatice Turan Aysu Zekioglu		<i>Normalization of Cancer Disease A Research On Cancer Patients</i> Aşlı Kaya		<i>Comparison of Marketing Mix Perception and Repurchase Intention of Healthcare Service Users of Public, Private and University Hospitals</i> Rojan Gümüş
	<i>Investigation of India's Health System and Health Tourism</i> Ülkü Veranyurt Aybüke Arığ		<i>Management of Health Care Services In Terms of Patient Satisfaction</i> Serpil Hamza Eda Nur Mayuncur		<i>How Do The Nurses Perceive Leadership Styles of Their Managers? A Survey Study In Private Sector Hospitals</i> Sebahat Özdemir Arzu Kader Harmancı Seren
	<i>Health Tourism Awareness In Health Professionals: A Case of Private Hospital In Sivas Province</i> Ferda Alper Ay Safiye Çeven		<i>Assessment of The Effect of Quality Perceived By The Consumer On The Brand Value of Hospital</i> Zührem Yaman Büşra Kavuncu		<i>The Impact of Professional Practice Expectations on the Career Motivation: A Study on the Students of Health Management Department</i> Şerife Çalışkan, Şerife Didem Kaya
<i>Safety Climate and Safety Behaviour in Marble Factories, in Diyarbakır, Turkey. Rojan Gümüş, Mustafa Ayhan, Bilal Gümüş</i>	<i>An Evaluation Of Health Research And Development Labor Force In Turkey</i> Gülşay EKİNCİ, Ahmet KÖSE, Alper CİHAN, Haydar SUR	<i>The Turkish Validity and Reliability Study of the Barriers to Physician's Compassion</i> Yunus Emre Öztürk Ramazan Kırac			



		09:30-11:00	11:20-12:50	14:00-15:30
SALON 3		<b>24. Session: Healthcare Management</b>	<b>28. Session: Organizational Behavior in Health Institutions</b>	<b>32. Session: Healthcare Management</b>
		<b>Moderator: Dr. Mehmet Yorulmaz</b>	<b>Moderator: Dr.Gökhan ABA</b>	<b>Moderator: Prof.Dr. Ramazan ERDEM</b>
		<i>A Study On Determination of Quality Perception Levels In Medical Students</i> Mehmet Yorulmaz Ahmet Ekizer	<i>The Relationship Between Organizational Trust and Organizational Identification In Health Workers</i> Mehmet Yorulmaz Ramazan Kırac	<i>Perceived Social Support, Empathehic Tendency and Empathehic Skill Relationship</i> Çağla Yiğitbaş Aliye Demirok Bulut Selin Günseli
		<i>Evaluation of The Preferences of Health Service Usage</i> Ebrar İlman Merve Şimşek	<i>Determination of Health Anxiety Levels of Faculty of Health Sciences Students</i> Handan Ertaş Fatma Çiftçi Kırac Seda Nur Ünal	<i>Using Internet Resources To Obtain Health Information</i> Cihan Ünal
		<i>The Evaluation of The Knowledge and Aspiration Levels of The Students About Graduate Transfer Exam Who Have The Right of Transferring To Health Management Department In Vocational Schools</i> Eyüb Ekmen Kerime Güleç Belma Keklik	<i>The Effect of Health Management Education On Management Skills</i> Yeter Demir Uslu Neriman Naldöken	<i>General View of The Traditional and Complementary Medicine In Turkey</i> Beyzanur Üstünbaş Müjdat Yeşildal
		<i>Evaluation of Post-Discharge Feedback of Patients Receiving Health Care In Orthopaedic Surgery</i> Sevda Uzun Dırvar Ferdî Dırvar Mehmet Akif Kaygusuz	<i>The Factors Affecting The Patient's Trust In The Physician</i> Sedat Bostan Sevil Aslan Bünyamin Akkuş	<i>What Is The Relationship Between Technological Innovation and Entrepreneurship With Healthcare Financing?</i> Zeliha Tekin Fevziye Gurlaş Kübra Karakuş Hikmet Akyol
		<i>Investigation of Sources of Error In Preanalytical, Analytical and Postanalytical Processes In Clinical Microbiology Laboratory</i> Ülkü Veranyurt Betül Akalın	<i>A Research On The Effects of Motivation In Hospital Staff</i> Nurten Molla	<i>E-Health Literacy Among University Students</i> Ezgi Yaraşır Gülşen Güneş Tuncay Genç
		<i>Evaluation of Knowledge Levels of The Students of The Faculty of Economics and Administrative Sciences On Patient Rights</i> Gülçin Gökçenur Karataş Eyüb Ekmen Belma Keklik	<i>Factors Affecting The Expertise Area of Assistant Physicians</i> Hilal Akman Dömbekci Şeyma Kahveci	<i>Is It Related To Nomophobia and Alexithymia? Sample of Health Sciences Faculty Students</i> Fatma Genç Çağla Yiğitbaş
		<i>Evaluation of Health Management Students' Unemployment Anxiety Level: A Research at Sivas Cumhuriyet University</i> Merve Şimşek, Enis Baha Biçer, Ebrar İlman	<i>Examination Of Knowledge Levels Of Students About Current Health Policies</i> Gökhan ABA, Aysu ZEKİOĞLU, Mustafa METE	<i>The Relationship Between Healthy Life Behaviours and Health Literacy: A Research On University Students</i> İsa Gül Aysun Yeşiltaş Sibel Şahin

SALON 4	09:30-11:00	11:20-12:50	14:00-15:30
	<b>25. Session: Health Economy and Health Law</b>	<b>29. Session: Nursing Services Management</b>	<b>33. Session: Healthcare Management</b>
	<b>Moderator: Av. Gürbüz Yüksel</b>	<b>Moderator: Prof. Dr. Ülkü Baykal</b>	<b>Moderator: Dr. Mustafa Mete</b>
	<i>Bibliometric Analysis of Cost Effectiveness Studies Within The Scope of Health Technology Assessment</i> İpek Camuz Berber Elif Elipek Arzu Yiğit	<i>Perceptions of Safety Climate of Nurses In A Public Hospital</i> Seda Aydın Arzu Kader Harmancı Seren	<i>Employee Friendly Health Institution: A Field Study</i> Taşkın Kılıç Zöhre Altun
	<i>Classification of Health Expenditure Indicators of Oecd Countries With Cluster Analysis</i> İskender Çetintürk Mehmet Gençtürk	<i>According To The Generational Differences, Are The Nurses Connected To The Profession Or Connected To The Organization?</i> Serap Altuntaş Tuğba Erdoğan Leylifer Soyuak Gamze Türedi	<i>Proposal For Leadership Model In Health: Post-Modern Health Leadership</i> Yeter Demir Uslu Ersin Kocaman Erman Kedikli
	<i>Evaluation of The Level of Knowledge In The Field of Health Law of Physiotherapists In Istanbul</i> Müşerref Sedef	<i>Non-Work Internet Use Situations By Nurses According To Generation Differences</i> Serap Altuntaş Selen Tekin Cemre Sinem Gümüş Zeynep Ersay Önal	<i>Health Manpower Market and Analysis In Turkey</i> Ersin Kocaman Erman Kedikli Yeter Demir Uslu
	<i>Protection of Personal Data In Health Law</i> Gürbüz Yüksel	<i>Opinions of The Nurse Managers On Recruitment of Nurses: A Qualitative Study</i> Tuğba Yeşilyurt Ülkü Baykal Nilgün Göktepe	<i>Effect of Health Transformation Program Applied In Turkey On Islamic Countries</i> Yeter Demir Uslu Salih Kenan Şahin Emre Yılmaz
	<i>The Relationship Between Gross Domestic Product With Health Research and Development Expenditures</i> Gulay Ekinci Alper Cihan Haydar Sur Ahmet Kose	<i>Nurses' Experiences of Workplace Violence: A Qualitative Study In Kosovo and Turkey</i> Nazife Öztürk Erza Selmanı Orgese Rafuna Fatma Üzümcü	<i>Investigation of Professional Self-Respect and Future Concerns of Health Administration Students</i> Müjdat Yeşildal Damla Nur Süsün
<i>Multi-Factor Performance Evaluation With Multimoora Method In Public Hospitals</i> Şirin ÖZKAN ,Ahmet KAR, Meltem SAYGILI	<i>The Specialization In Nursing</i> Berra Yılmaz Kuşaklı Aysun Yerköy Ateş Muhteber Hüsmenoğlu	<i>Activities of Local Governments In Health Service Presentation: The Case of The Western Mediterranean Region</i> Erdal Eke, Halil Can Aydemir <i>What Is The Relationship Between Technological Innovation and Entrepreneurship With Healthcare Financing?</i> Zeliha Tekin, Fevziye Gurlaş, Kübra Karakuş, Hikmet Akyol	

## İÇİNDEKİLER

### Tam Metin Sözlü Bildiriler

Hasta Mahremiyeti: Adıyaman'da Bir Özel Hastanede Çalışan Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma .....	1
Çalışan Dostu Sağlık Kurumu ve Bir Saha Araştırması.....	6
Algılanan Sosyal Destek ile Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Arasındaki İlişki.....	9
Nomofobi ve Aleksitimi İlişkili mi? Sağlık Eğitimi Alan Öğrenci Örneği .....	16
The Analysis of the Error Resources in the Preanalytic Process With the Fmea Method in Clinical Microbiology Laboratory.....	24
An Application for the Preanalytic Process of Clinical Microbiology Laboratory: Comparison of Quality Indicators .....	39
Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarındaki Preanalitik, Analitik ve Postanalitik Süreçlerdeki Hata Kaynaklarının Araştırılması.....	57
Kan Bağışı Davranışını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi .....	76
Doktor Perspektifinde Hasta-Doktor İletişiminde İnternet Kaynaklarının Rolü.....	80
Öğrencilerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi.....	84
Hasta Merkezli İletişim Engellerinin Belirlenmesi .....	89
E-Nabız Uygulaması Farkındalığının İncelenmesi.....	94
Öğrencilerin Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortasına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi .....	100
Hastane Fiziksel Ortamına İlişkin Deneyimlerin Hasta Memnuniyetine Etkisi.....	106
Hastaların Hekim Kalitesi Algısının Hekime Güvene ve Tedaviye Uyuma Etkisi.....	112
Hasta Bağlılığında Teknik Kalite mi Yoksa Fonksiyonel Kalite mi Daha Önemli?.....	118
Assessment of Health Literacy in University Students .....	123
Duygusal Zekâ ile İletişim Becerisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	128
Assessment of Hospital Service Quality from Manager, Physician and Patient Perspective.....	132
An Assessment of the Quality of Health Care Received By Foreign Residents in Turkey and in Their Own Country: The Case of Alanya.....	137
Hasta Odaklı Bir Yaklaşım: Biyopsikososyal Model Üzerine Kavramsal Bir İnceleme.....	142
Sağlık Çalışanlarının Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Bilgi ve Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Analiz.....	146
Can Health Workers' Work Alienation Be Explained by Group Cohesion?.....	163
Effect of Organizational Silence On Whistleblowing İntention: Example of University Hospital.....	171
Bireylerin Yaşlılık Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi .....	176
Republic of Crimea Health System.....	192
Nursing Students' Attitudes, Knowledge and Skills of Children's Environmental Health.....	198
Determination of the Level of Well-Being of Foreign Patients in Health Services: A Field Survey.....	203
İnvestigation of Communication Skills and Problem Solving Behaviors of University Students.....	207
Sağlıkta Kalite Değerlendirme Sonuçlarının Güvenlik Raporlama Sistemi Raporları ile Birlikte Değerlendirilmesi .....	211
Teşhis İlişkili Gruplar: 2 Kamu Hastanesinde Bir Uygulama .....	219
Kamu Hastanelerinde Multimoora Yöntemiyle Çok Faktörlü Performans Değerlendirmesi .....	224
Teknolojik İnovasyon ve Girişimciliğin Sağlık Finansmanı ile Olan İlişkisi Nedir?.....	233
Gelir Eşitsizliğinin Sağlık Harcamaları ve Yaşam Beklentisi ile Olan İlişkisi: Gelişmekte Olan Ülkeler Örneği.....	238
Marka Değerini Belirleyicilerinin Sağlık Kurumları Tüketicilerinin Tercihlerine Etkisi.....	243
Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin İşsizlik Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği .....	249
Örgütsel Düzeyde Bir Kavram Analizi: Bebek Dostu Hastane.....	255
Sağlık Yönetimi Alanında Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Analiz .....	260
İnvestigation of Professional Self-Respect and Future Concerns of Health Administration Students .....	269
Beden Algısı ve Toplumsal Cinsiyetin Sağlığa Etkisi .....	276
Etkisiz Bir Boş Zaman Yönetimi Sonucu: Sosyal Medya Bağımlılığı.....	286
Türkiye'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın İller Bazında Genel Görünümü .....	291
Health Care Problems Experienced By LGBT People.....	296

Occupational Diseases in Health Employees.....	301
Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Teknolojisiz Doğa Yürüyüşü Deneyimlerinin Değerlendirilmesi.....	309
An Assasment On Precision Medicine Concept and Execution.....	329
İnternet Haber Medyasında Yer Alan Sağlık Haberleri: Bir Söylem Analizi Çalışması .....	334
Afganistan'ın Bir Devlet Hastanesinde Tedavi Olan Kist Hidatik Hastalarıyla Aynı Yaşam Alanını Paylaşan Bireylerde Radyolojik ve Serolojik Tarama Sonuçları.....	345
Investigation of the Relationship Between Social Desirability and Successful Aging.....	349
Meslek Yüksekokullarında Sağlık Yönetimi Bölümüne Dikey Geçiş Sınavı ile Geçiş Yapabilen Programlardaki Öğrencilerin DGS ile İlgili Bilgi ve İstek Düzeylerinin Değerlendirilmesi .....	356
Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Mekansal Dönüşüm Analizi: Bimarhanelerden Şehir Hastanelerine .....	365
The Relationship Between Grip Strength, Hand Functions and Instrumental Daily Activities of the Healthy Elderly .....	370
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi .....	374
Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Olgusuna İlişkin Bir Durum Çalışması: Kamu Hastanesi Örneği .....	382
Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmet Sunumu: Batı Akdeniz Bölgesi Örneği .....	388
Study On Determining the Quality Perceptions of Selçuk University Medical Faculty Students.....	399
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Seviyelerinin İncelenmesi.....	408
Determination of Geographical Profiles of Students Who Prefer Health Management in Turkey.....	415
The Effect of Work Load Perception of Health Employees Phase On the Quality of Life: the Mediator Role of Work-Family Conflict .....	421
An İneffective Leisure Management Result: Social Media Addiction.....	430
Sağlık Kurumlarında Çalışanların Kişilik Tipi ile Politik Beceri İlişkisi .....	435
Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması .....	441
The Impact of Professional Practice Expectations On the Career Motivation: A Study On the Students of Health Management Department .....	447
Research On the Determination of İnformation Attitudes and Behaviors About the Volunteer Blood Donation of University Students.....	452
The Diagnosis Costs and the Factors Affecting the Diagnosis Costs: A Research in A Family Medicine Outpatient Clinic.....	463
How Do the Nurses Perceive Leadership Styles of Their Managers? A Survey Study in Private Sector Hospitals... 468	
Özel, Devlet ve Üniversite Hastaneleri Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenleri Algısının ve Tekrar Satın Alma Niyetinin Karşılaştırılması.....	482
Tedavi Hizmetlerine Erişimde Ödeme Güçlüğü ile Ödeme Türleri Arasındaki İlişki.....	489
Comparison of Budgeting Systems Between Public and Private Hospitals .....	493
Rational Drug Use Evaluation for Pharmacist Technicians .....	498
Evaluation of Health İndicators With the Method of Least Squares : the Case of Oecd .....	504
Historical Development of Digital Transformation in Health and İts Evaluation in İnternational Arena .....	510
Evaluation of İnformation Security By İt Staff – A Study in the Health Sector .....	519
İstanbul İlinde Çalışan Fizyoterapistlerin Sağlık Hukuku Alanındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi .....	527
Kişilik Özellikleri ve Kuşaklar Bağlamında Hekimlerin Uzmanlık Tercihlerinin Değerlendirilmesi.....	537
Hemşirelerin İş Yükünün İş-Aile Çatışması Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma .....	545
Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Güven ile Örgütsel Özdeşleşme Arasındaki İlişki.....	551
Hemşirelerde İş Stresi ile İş Doyumunun İlişkisi.....	556
Determination of the Attitude of the Society for Blood Donation.....	564
Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi .....	573
Assessment of İmpression Management Tactics and Personality Traits of Health Management Students.....	577
Sağlık Çalışanlarının Hoşgörü Eğilimlerinin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği.....	582
Örgütsel Sessizliğe Neden Olan İnanışlar: Çalışan Sessizliğine ve Sessizliğine Etkileri .....	590
Sağlık Kurumlarında Çalışan İdari Personellerin Örgütsel Bağlılık ve Nomofobi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	596
Eğitim ve Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sessizliğin Araştırılması: Kırşehir İli Örneği.....	603

Özel Yurt Öğrencilerinin Başarı Yönelimlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma .....	613
The Factors Affecting the Patient's Trust in the Physician.....	621
Acil Servis ve 112 Komuta Merkezi Çalışanlarının Pozitif Psikolojik Sermaye Düzeyleri ve Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Çankırı Örneği.....	629
Asistan Hekimlerin Uzmanlık Alan Tercihlerini Etkileyen Faktörler.....	642
Hastaların Şikâyet Davranışları Üzerine Bir Araştırma: İsparta İli Örneği.....	649
Örgütsel Sağlık ve Erdemli Raporlama (Whistleblowing) Arasındaki İlişkinin Araştırılması: Eğitim ve Sağlık Kuruluşları Örneği.....	659
Perceptions of Safety Climate of Nurses in A Public Hospital.....	673
Örgütsel Güvenin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi.....	684
Ülkemizdeki Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Afet Yönetimi Açısından İncelenmesi.....	692
Türkiye’de E-Sağlık Uygulamaları: Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma.....	698
Küba’nın Sağlık Hizmetlerindeki Başarısının Sırrı.....	707
How Health Destination Affects the Human Well-Being?.....	711
Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bir Araştırma: Konya Örneği .....	714
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bilinçli İlaç Kullanımına Etkisi .....	718
Yaşlı Bireylerde Su Tüketimi; Sistemik İnceleme .....	725
Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Belirlenmesi; Sistemik İnceleme.....	729
Sağlık Hizmetlerinde Viral Pazarlamanın Sosyal Medya ve İnternet Kullanıcıları Üzerine Etkisi: Konya Selçuklu İlçesi Üzerinde Bir Araştırma.....	733
Sağlık Bakım Hizmetlerinde Dünya Sağlık Örgütü’nün Stratejik Önemi, Rolü ve Etkinliği: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkeler Üzerine Bir Araştırma.....	739
Investigation of India's Health System and Health Tourism.....	746
Investigation of Singapore's Health System and Health Tourism.....	755
Türkiye’de ve Dünyada Medikal Turizm Faaliyetinde Bulunan Hastanelerin Web Sitelerinin İncelenmesi .....	764
Health Tourism Perceptions of Health Workers: A Case Study of A Private Hospital in Sivas.....	770
Konya’da Sağlık Turizmi .....	776
Patient Safety Indicators in Surgery.....	781
Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamında Risk Alguları ve Tanımlayıcı Özellikler Açısından Değerlendirilmesi .....	789
Diyarbakır İlindeki Mermer İşleme Fabrikalarında İş Güvenliği İklimi ve İş Güvenliği Davranışlarının İncelenmesi .....	796
Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerine Yönelik Sigma Seviyesi Analizi: Özel Hastane Örneği .....	802
Current Approaches in Oral Mucositis Prevention and Treatment in Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Their Impact On Quality of Life.....	809
The Relationship Between Social Environmental Support and Socio-Demographic Variables of the Chronic Depression Levels in 2014-2016 .....	813
The Effect of 24-Hour Total Sleep Deprivation On Quality of Life, Anxiety Level and Academic Motivation.....	818
Investigation of the Relationship Between Social Media Addiction, Hand Grip Strength and Upper Extremity Pain in University Students.....	823
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Preklinik Öğrencilerinin Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Liebowitz Ölçeği ile Değerlendirilmesi .....	828
Afet Müdahale Ekipleri Organizasyonu: Van Depremine Örneği.....	832
Assessment of Nurses’ Job Performance Perceptions.....	836
Determination of Rational Drug Use (Rdu) Levels of Individuals.....	843
Effect of Aerobic Exercise With Rhythm On Patients With Fibromyalgia .....	849
Investigation of Healthy Lifestyle Behaviors of Academic Staff in Faculty of Medicine.....	852
An Assasment On Precision Medicine Concept and Execution.....	863

## Özet Sözlü Bildiriler

Strategic Hrm in Health Sector: Hospital Chain Case of Turkey .....	871
Evaluation of Post-Discharge Feedback of Patients Receiving Health Care in Orthopaedic Surgery.....	872
Ortopedik Cerrahi Alanında Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Taburculuk Sonrası Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi .....	873
E-Health Literacy Among University Students.....	874
The Association Between Electronic Medical Record Adoption Model (Emram) Levels and Service Quality Scores in Turkey Hospitals: Where To Start for Paperless Hospital Efforts .....	875
Five Forces Shape Private Turkish Hospital İndustry .....	876
Evaluation of Post-Discharge Feedback of Patients Receiving Health Care in Orthopaedic Surgery.....	877
Ortopedik Cerrahi Alanında Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Taburculuk Sonrası Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi .....	878
Normalization of Cancer Disease A Research On Cancer Patients.....	879
Model Recommendations for How To Prevent Cardiac Arrest in Hospitals .....	880
Effects of İmmigration On İndividual and Society Health.....	881
Effect of Health Transformation Program Applied in Turkey On İslamic Countries.....	882
Determination of the Attitudes of University Students On Social View and Aesthetic Surgery .....	883
Using İnternet Resources To Obtain Health İnformation .....	884
A Meta Analysis Research for Determining the Effect of Verbal and Physical Violence To Physician in Turkey....	885
Futurist Study About the Future of Health Sector .....	886
The Effect of Organizational Culture On Nurses Attitudes Toward Productivity.....	887
Health Literacy and Healthy Lifestyle Behavior Relationship.....	888
Discussions of Executive Nursing Transformational Leadership Applications .....	889
The Understanding Bridge Between Health Employees and Patients İs "Communication"; the Transfer Ticket İs "Empathy": An Example of University Hospital.....	890
Secrets of Long and Healthy Life of the Elderly Who Live A Life Above the Average Life Expectancy .....	891
The Relationship Between Health Literacy and Health Perceptions of University Students.....	892
Health Manpower Market and Analysis in Turkey .....	893
Proposal for Leadership Model in Health: Post-Modern Health Leadership.....	894
Material Management in Nursing Services: An Organization of Development.....	895
Demand Forecasting in Health İstitutions: An Application Example .....	896
Approach of İncorporating Home Health Services in the Digital Hospital Process: Home Health Mobile Application ..	897
Evaluation of the Preferences of Health Service Usage.....	898
The Relationship Between Two Different Trunk Mobility Measurement Methods With Balance, Fear of Falling, Mobility and Activities of Daily Living in Patients With Parkinson's Disease.....	899
Evaluation of the Effects of Multiple Sclerosis On Quality of Life.....	900
A Research On Medical Oxygen System (PSA System) Obtained By On Site Production in Hospitals and Liquid Medical Oxygen System Supplied Externally.....	901
Culture of Health Service Use and Related Factors .....	902
OECD Ülkelerinde Meme Kanseri Hastalığı Yükünün Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma .....	903
The Ethical Dimension of Social Media Advertisements in Consumer Purchasing Behavior in Health Sector.....	904
Comparison of E-Health Literacy Levels of University Students: A Study On Undergraduate and Graduate Students.....	905
Determination of the Relationship Between Quality of Life and Personality Traits in University Students.....	906
Evaluation of İnformation Security By İt Staff – A Study in the Health Sector .....	907
The Relationship Between Gross Domestic Product With Health Research and Development Expenditures.....	908
Protection of Personal Data in Health Law .....	909
OECD Ülkelerinin Sağlık Harcama Göstergelerinin Kümeleme Analizi ile Sınıflandırılması.....	910
The Effect of Leadership Style On the Subjective Well-Being: the Role of the Perceived Supervisor Support .....	911
An Experimental Study On the Effect of External Warnings in Developing Healthy Life Style Behavior.....	912
An İnterest of the Compassion Levels of Health Professionals Candidates .....	913
The Moderating Role of Motivation in the İncorporation of Leadership Styles On Organizational Commitment and Organizational Citizenship in Health Workers.....	914

Opinions of the Nurse Managers On Recruitment of Nurses: A Qualitative Study.....	915
Evaluation of the Comfort Level of the Post-Surgical Patients.....	916
Determination of Professional Attitudes of Executive Nurses.....	917
Determination of Attitudes of the Nurses Working in the Emergency Department of A State Hospital Towards the Labour Productivity.....	918
Effects of Nursing Work Environment On the Quality of Work Life of Nurses.....	919
The Effect of Organizational Stress On the Innovation and Risk Taking Behaviors of the Manager Nurses.....	920
Effects of Certain Socio-Demographic Characteristics of Nurses Who Work in A University Hospital On Their Organizational Commitment Levels.....	921
Evaluation of the Comfort Level of the Post-Surgical Patients.....	922
The Specialization in Nursing.....	923
Scale for the Image of Nursing Profession: An Example of Government Physical and Rehabilitation Hospital Physical.....	924
The Nursing Image in the Beneficiaries of Primary Health Care Services.....	925
Determination of Health Professionals' Opinions On Secondary Labor Force in Nursing.....	926
Evaluation of the Comfort Level of the Post-Surgical Patients.....	927
One of the Informal Communication Channels Among Nurses: Gossip and Rumors.....	928
Determination of the Bioterrorism Knowledge Level of the Nurses Working in Bayburt State Hospital and 112 Staff in Bayburt Province.....	929
Determination of the Technology Attitudes and Level of Using Information Technologies of Employees of Search Rescue and Intervention Institutions.....	930
An Evaluation of Health Research and Development Labor Force in Turkey.....	931
Challenges in Financing Future Sustainability of Funding Universal Health Coverage in Southeast Europe.....	932
Factors Affecting Health Seeking Behavior.....	933
Examination of Knowledge Levels of Students About Current Health Policies*.....	934
Effects of Certain Socio-Demographic Characteristics of Nurses Who Work in A University Hospital On Their Organizational Commitment Levels.....	935
A Research On Service Quality in Health Tourism.....	936
The Moderating Role of Motivation in the Influence of Leadership Styles On Organizational Commitment and Organizational Citizenship in Health Workers.....	937
Opinions of the Nurse Managers On Retention of Nurses: A Qualitative Study.....	938
Leadership: Trends in Nursing Research.....	939
Investigation of Nurses' Organizational Commitment Level: the Case of Turkey.....	940
Determination of Attitudes of the Nurses Working in the Emergency Department of A State Hospital Towards the Labour Productivity.....	941
Determination of the Relationship Between Quality of Life and Personality Traits in University Students.....	942
Within the Scope of the Struggle Against Epidemic Diseases in Republican Period, Rehabilitation Studies Carried Out in the Scope of Baltalimani Bone Diseases Hospital Seaside Sanatorium Treatment Institute Between 1957 and 1960.....	943
The Critical Importance of Communication in Providing the Patient Safety.....	944
A Research On the Investigation of Healthy Life Style Behaviors in Terms of Demographic Variables.....	945

## Poster Bildiriler

Bibliometric Analysis of Cost Effectiveness Studies Within the Scope of Health Technology Assessment .....	946
İstanbul'da Görev Yapan Kamu Hastaneleri Yöneticilerinin Genel Özellikleri .....	948
Sağlık Çalışanlarının Duygusal Emek Davranışları: Sistematik Derleme .....	949
Comparison of Quality Control Measurement Analysis in Three Different Cancer Cases .....	950
Japan Health System .....	951
Development of Nursery Profession According To Generations .....	952
Logistics Management in Disasters: Case of Canakkale Earthquake Discussions in Afetzed .....	953
Chaos Theory and Effect On Nursing Management .....	955
Etkileşim Analizi .....	956
The Compliance of the Curriculum Used in the Department of Health Management in Cumhuriyet University with Core Education Program (CEP) .....	957
Sağlık Alanında Netnografik Bir İnceleme: “Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz” .....	958
Health Scientific Publications As Health Research and Development İndicators .....	965
İndividual İnnovation Profiles of Health Vocational School Students .....	966
The Role of Nurses in Tele-Health Systems .....	967
Nanotechnology in Health .....	968
The Determination of Patients' Knowledge About Safe Oral Anticoagulant Use: Literature Review .....	969
İnvestigation of the Effectiveness of First Aid Course in A Public Education Center .....	970
Problems in the Professionalization Process of Nursing Profession .....	971
The Opinions of 2 <sup>nd</sup> Class Students of Vocational Schools of Health Services On Mobile Health and Personal Health Record .....	972
Awareness of e-Nabiz Practice: A Case Study of A University-Education Research Hospital .....	973
İmportance of Case Study Method in Nursing in Management Education .....	974
Organized Working Personnel Corporate İmage Forming Composition and Corporate Governments .....	975
Sağlık Hizmetlerinde İletişim Ne Kadar Sağlıklı? .....	976
The Role of the Nurse Manager in Resistance to Change .....	984
İnvestigation of the Patients Using Strategic Management Tools: A Qualitative Study .....	985
A Research on Occupational İmage Perceptions of the Department Of Health Management .....	986
In Emerging Markets, Employment, Income And Poverty Status And Health Expenditure Data Relationship: The Case Of Turkey .....	987



*TAM  
METİN  
SÖZLÜ  
BİLDİRİLER*

## HASTA MAHREMİYETİ: ADIYAMAN'DA BİR ÖZEL HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

### PATIENT PRIVACY: A STUDY ON NURSES WORKING IN A PRIVATE HOSPITAL IN ADIYAMAN

Abdullah SOYSAL<sup>1</sup>  
Beren KARCİ AKSAN<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of Study:** Together with the rapid developments in the health sector, the health data of a patient can be seen with the help of technology. People's health information should not be shared with anyone except in exceptional circumstances and should be kept. But the main problem here is the problem of violating the privacy of the patient by sharing the health information of the patient with the others. This study aims to determine how nurses who are the closest health care workers have a perspective on the privacy of patients.

**The Purpose of the Study:** This study aims to determine the perspectives of nurses against patient privacy.

**Method:** The study was descriptive and in 2017 41 nurses working in a private hospital operating in the city center of Adiyaman was carried out using the survey technique and the data were analyzed with SPSS program. In the study, as a questionnaire it was based on a scale which was used Özata and Kubilay's studies (2017) and 5-point Likert scale was used. SPSS statistical program was used in the analysis of the research. Mann-Whitney U Test was used for pairwise comparisons and Kruskal Wallis Test was used for multiple comparisons since the data were not distributed normally.

**Findings and Results:** As a result of this study, it was determined that nurses showed the necessary care against patient privacy. In the study, it was determined that the attitudes of the nurses towards the outpatient practices and their attitudes towards the practice of doctor's rooms showed a statistically significant difference in terms of marital status. In the research, it was found that the attitudes of nurses towards the imaging room applications showed a significant difference in terms of marital status and age. Nevertheless, in the study, it was found that the marital status and age average of the attitudes of the nurses towards the point of display room applications showed a significant difference.

**Key words:** Right, Patient, Nurse, Patient Privacy.

#### 1. GİRİŞ

Sağlık sektörü tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızlı ve istikrarlı bir şekilde büyümektedir. Rekabetin giderek arttığı bu sektörde Sağlık işletmeleri içinde buldukları pazarı iyi tanımak ve tanımlamak zorundadırlar. Büyüyen pazar içinde ayakta kalmak isteyen Sağlık işletmeleri, beşeri ve iktisadi kaynaklarını etkin ve verimli kullanmak zorunda oldukları gibi değişen hasta ihtiyaç ve beklentilerini de karşılamak zorundadırlar. Son zamanlarda Sağlık alanında çok sayıda yenilik ve değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikler hizmet sunumuna dayalı olan Sağlık Kurumlarında hak, güven, saygı, mahremiyet gibi kavramların önemini artırmıştır.

Hasta hakları kavramı, insan hakları temelli uluslararası sözleşmelerden esinlenerek ortaya çıkmış bir kavram olup; hukuki, felsefi, etik, politik, sosyolojik ve teknolojik boyutları bulunmaktadır( Özata ve Özer, 2017).

Hasta hakları kavramı geniş bir kavramdır. Hasta hakları kavramı içinde önemli yer edinen mahremiyet kavramı zaman içinde tanımı ve içerdiği başlıklar genişlemiştir. Özellikle hizmetin giderek karmaşıklaştığı, fiziksel ortamın büyüdüğü ve değiştiği, hizmet alan hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetle ilgili insan hakları odaklı taleplerinin artması ile hasta mahremiyetine özen isteği giderek artmıştır. (Akten 2017)

Hasta mahremiyeti kavramı Sağlık sektöründe ölçülmesi ve tanımlanması son derece zor olup, hemşire hasta veya hekim hasta ilişkisinde temel role sahiptir (Özata ve Özer, 2017: 20) .Mahremiyet Arapça'dan dilimize intikal etmiş olup; "haram" kelimesinden meydana gelmiştir. Dilimizde ise mahremiyet kavramı

[1] Kahramanmaraş Sütçü İmam University/ Healty Care Management /Turkey/asoysal2005@hotmail.com

[2] Kahramanmaraş Sütçü İmam University/ Healty Care Management /Turkey /beren\_karci@hotmail.com

kişinin özel alanı ve gizlilik, gizli olma durumu anlamına gelen isimdir. Bir kimsenin mahremiyetine girmek onun özel hayatını öğrenecek kadar ona yakın olmak anlamında dilimizde kullanılmaktadır.

Hasta mahremiyeti ise, hastalarımıza ait gizlilik, gizli olma durumunu ifade etmektedir. Bir hastanın mahremiyetine girmek onun hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenecek kadar ona yakın olmaktır.

Hastaların mahrem alanlarına ve gizlilik sınırlarına girme gücü hastaların tedavisi ile birebir ilgilenen hekim ve Sağlık Çalışanlarında bulunmaktadır. Hekimler ve Sağlık Çalışanları teşhis ve tedavi sürecinde hastaların kimse tarafından bilinmeyen, hatta bazen hastaların kendilerinin bile bilmediği sınırlarına erişmektedir. Kişisel veri olan kişilerin Sağlık bilgilerinin istisnai durumlar haricinde kimseye paylaşılmaması ve saklanması gerekmektedir.

Sağlık sektöründe yaşanan hızlı gelişmeler ile dünyanın herhangi bir yerindeki hastanın Sağlık verileri, raporları, laboratuvar sonuçları, görüntüleme filmleri dünyanın başka yerinde teknoloji yardımıyla görülebilmekte değerlendirilebilmektedir. Bu gelişmenin en büyük olumsuz yönü ise her bireyin Sağlık verilerinin ve özel bilgilerinin hastanın isteği dışında başkaları ile paylaşarak mahremiyetlerinin ihlal edilmesi sorunudur. (Akten, 2017).

## 2. YÖNTEM

### Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Bu Çalışmanın temel amacı hemşirelerin hasta mahremiyetine karşı bakış açılarının değerlendirilmesidir. Çalışmanın evrenini hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup kasım 2017 tarihinde Adıyaman il merkezinde faaliyet gösteren bir özel hastanede 41 hemşire üzerinde, anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde hastanede toplamda 41 hemşirenin görev yaptığı belirlenmiş ve örneklem büyüklüğü belirleme formülü kullanılarak 37 kişilik bir örneklem büyüklüğü elde edilmiş olup toplamda 40 anket formu uygulanmış ve o dönemde izne ayrılan 1 kişi Çalışmaya dahil edilmemiştir.

Verilerin toplanması amacıyla Araştırmada kullanılan ölçek Özata ve Kubilay'ın Çalışmasından alınmış ve 53 sorudan oluşmaktadır. Yapılan bu Araştırmada anket formları aracılığı ile elde edilen veriler SPSS programında değerlendirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği hastaneden Çalışma öncesi yazılı izin alınmıştır. Çalışmada bireylerin mahremiyetine ve Çalışan bilgilerinin gizliliğine saygı gösterilerek kişisel bilgilerin Araştırmacının dışında hiç kimseye açıklanmayacağı belirtilmiştir.

### Veri Toplama Aracı

**Tablo 1 : Ölçek ve Ölçeğin kullanıldığı makale**

ÖLÇEK	ÖLÇEĞİN KULLANILDIĞI MAKALE
Hasta Mahremiyeti Tutum Envanteri	Özata Musa ve Özer Kubilay (2017),”Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20:1,ss.1-21

Araştırmada Özata ve Özer'in makalesindeki ölçekten yararlanılmış olup, Çalışmanın yapılmış olduğu özel hastanede diyaliz merkezi bulunmadığından ölçeğin bu kısımda yer alan sorular Araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmadan çıkarılan kısım aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 2: Araştırmadan Çıkarılan Sorununun Olduğu Bölüm**

Diyaliz Merkezinde Mahremiyet Uygulamaları
Diyaliz Ünitelerinde hastaların giyinme soyunma işlemini rahatlıkla yapabilmesi için yeterli dolap bulunmalıdır.

Araştırmada Bağımlı değişken olarak hemşireler yer alırken Bağımsız değişkenleri de yaş, cinsiyet, Çalışma süresi, medeni durum, eğitim durumu ve eğitim alma durumları belirlemiştir

### 3. BULGULAR

Tüm soruların Cronbach Alpha güveninilirlik katsayısı 0,962 (n= 53) olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı ankette bulunan maddelerin birbirleriyle tutarlılığını gösterir. Cronbach alfa katsayısı için kabul edilebilir değerin 0.70 olduğu göz önüne alındığında elde edilen Cronbach Alfa güvenirlilik katsayılarının oldukça yüksek olduğu ifade edilebilir (Özdamar, 1999: 55-60). Anketin geçerlik ve güvenilirliğine dair elde edilen bulgular değerlendirildiğinde anketin geçerli ve güvenilir olduğu ve bu Çalışmada kullanılmasında herhangi bir engel olmadığı sonucuna varılmıştır.

DEĞİŞKENLER	ALT BOYUTLAR	CRONBACH'S ALPHA
<b>MAHREMİYETİN ALT BOYUTLARI</b>	Polikliniklerde Mahremiyet Uygulamaları	0,70
	Doktor Odalarında Mahremiyet Uygulamaları	0,78
	Görüntüleme Birimlerinde Mahremiyet Uygulamaları	0,74
	Kliniklerde Mahremiyet Uygulamaları	0,90
	Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet Uygulamaları	0,56
	Acil Servislerde Mahremiyet Uygulamaları	0,83
	Hasta Bilgilerinin Gizliliği	0,88
	Genel Kullanım Alanlarında Mahremiyet	0,91

#### Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

**Tablo 4: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

Cinsiyet	Sayı	%	Medeni durum	Sayı	%
Kadın	30	75,0	Evli	7	17,5
Erkek	10	25,0	Bekar	33	82,5
Eğitim durumu	Sayı	%	Çalışma süresi	Sayı	%
lise	11	27,5	0-4	36	90,0
Ön lisans	13	32,5	5-9	4	10,0
Lisans	16	40	Eğitim alma durumu	Sayı	%
yaş	Sayı	%	Evet	22	55
18-23	19	47,5	Hayır	18	45
23-28	18	45			
28-33 +	3	7,5			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi katılımcıların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kurumda Çalışma süresi ve mahremiyet konusunda eğitim alıp almadığına ilişkin sorulara verilen cevaplara ve frekanslarına yer verilmiştir.

#### Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Yönelik Bakış Açısının Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Sosyo-demografik değişkenler Açısından hemşirelerin hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan Çalışmalardan oluşan tablo ve yorumlar aşağıda gösterilmiştir. Çalışmada ikili karşılaştırmalarda Bağımsız gruplar arasında Mann-Whitney U Testi, çoklu karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Bu Çalışmada demografik özelliklerden eğitim durumu, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte Çalışma süresi ve mahremiyet konusunda herhangi bir eğitim alınıp alınmadığı ile ilgili değişkenler dikkate alınmıştır.

Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılmasında Polikliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Doktor Odalarında Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Görüntüleme Birimlerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Kliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Acil Servislerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Hasta Bilgilerinin Gizliliği ( $p>0.05$ ), Genel Kullanım Alanlarında Mahremiyet ( $p>0.05$ ) Açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılmasında Polikliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Doktor Odalarında Mahremiyet Uygulamaları

( $p>0.05$ ), Görüntüleme Birimlerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Kliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Acil Servislerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Hasta Bilgilerinin Gizliliği ( $p>0.05$ ), Genel Kullanım Alanlarında Mahremiyet ( $p>0.05$ ) Açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının Yaş Açısından Karşılaştırılmasında Polikliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Doktor Odalarında Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Görüntüleme Birimlerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p<0.05$ ), Kliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Acil Servislerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Hasta Bilgilerinin Gizliliği ( $p>0.05$ ), Genel Kullanım Alanlarında Mahremiyet ( $p>0.05$ ) Açısından sadece Görüntüleme Odalarında anlamlı farklılık saptanırken, diğerlerinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılmasında Polikliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p<0.05$ ), Doktor Odalarında Mahremiyet Uygulamaları ( $p<0.05$ ), Görüntüleme Birimlerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p<0.05$ ) anlamlı farklılıklar görülürken , Kliniklerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Acil Servislerde Mahremiyet Uygulamaları ( $p>0.05$ ), Hasta Bilgilerinin Gizliliği ( $p>0.05$ ), Genel Kullanım Alanlarında Mahremiyet ( $p>0.05$ ) Açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

#### 4. SONUÇ

Araştırmaya katılan hemşirelerin 30'u (%75,0) kadın, 10'u (%25,0) erkeklerden oluşmuştur. Bu da bize Araştırmada kadın hemşirelerin çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Medeni durum Açısından ise 7'si (%17,5) evlilerden ve 33'ü (%82,5) bekarlardan oluşmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu bekarlardan oluşmaktadır. Hemşirelerin 11'i (%27,5) lise, 13'ü (%32,5) önlisans ve 16'sı (%40) lisans eğitimi almıştır. Eğitim düzeyi açısından katılımcıların çoğunluğunun lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin çalışma süresi incelendiğinde; 36'sı (%90,0) 0-4 yıl ve 4'ü (%10,0) 5-9 yıl arası görev yapmaktadırlar. Araştırma sonucuna göre katılımcıların çoğunluğunun Çalışması süresi 0-4 yıl aralığındadır. Katılımcılar yaş grupları Açısından incelendiğinde 19'u (%47,5) 18-23, 18'i (%45) 23-28, 3'ü (%7,5) 28-33+ yaş grupta yer almaktadır. Yaş guruplarında ağırlıklı ortalama 19 ile-28 yaş arasındadır. Hasta mahremiyeti konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı sorusuna ise katılımcıların 22'si (%55,0) evet derken, 18'i (%45) hayır cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunlu mahremiyet konusunda eğitim almış bireylerdir.

Bu Araştırma sonucunda hemşirelerin hasta mahremiyetine karşı gerekli özeni gösterdikleri belirlenmiştir. Araştırmada hemşirelerin poliklinik uygulamalarına yönelik tutumlarının ve doktor odaları uygulamalarına yönelik tutumlarının medeni durum Açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yine Araştırmada hemşirelerin görüntüleme odaları uygulamalarına yönelik tutumlarının medeni durum ve yaş açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşlarında mahremiyet uygulamaları, hasta beklentileri, Çalışan beklentileri göz önüne alınarak oluşturulmalıdır. Bu politikalar doğrultusunda hemşirelere, hastalara ve hasta yakınlarına eğitimler verilmelidir. Hasta mahremiyeti konusundaki şikayetler kayıt altına alınmalı ve üst yönetimin desteğiyle gerekli prosedürler uygulanmalıdır.

#### KAYNAKÇA

Teke Abdulkadir, Uçar Muharrem, Demir Cesim, Çelen Özay, Karaalp Turgut (2007), “**Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni , Vol.6 No:4 , ss.259-266.

Taşkın Feride, Tarım Mehveş, Kılıçarslan Nesrin (2012), “**Hasta haklarının Sağlık Çalışanları tarafından algılanması**”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, vol.3 ss.47-60.

Özata Musa ve Özer Kubilay (2017) , “**Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi**”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, vol.20, No:1, ss.1-21.

Bostan Sedat (2007), “**Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği**”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(1), ss.3-18.

Geçkil Emine, Dünder Özlem, Şahin Türkan (2008), “**Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi**” , Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, ss.41-51.

Akten Refik (2017) ,” **Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği)**” Selçuk Üniversitesi, ss.1-140.

Erbil Nilüfer (2009), “**Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi**” , Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1), ss. 826-838.

## ÇALIŞAN DOSTU SAĞLIK KURUMU VE BİR SAHA ARAŞTIRMASI

Taşkın KILIÇ<sup>1</sup>  
Zöhre ALTUN<sup>2</sup>

**Araştırmanın Amacı:** Bu Araştırma, Sağlık Kurumlarında görev yapan Sağlık profesyonellerinin çalıştıkları kurumlarla “kurum- Çalışan” arasında oluşacak dostluk bağının bileşenlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

**Araştırmanın Metodu:** Araştırmada nitel veri toplama aracı olan görüşme formu kullanılmıştır. Bu kapsamda kamu ve özel Sağlık Kurumlarında görev yapan 250 Sağlık Çalışanına yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “Sağlık Çalışanlarının çalıştıkları kurumları dostluk kavramı” kapsamında değerlendirmeleri istenmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırma sonucunda “Çalışan dostu Sağlık kurumunun” *fiziksel ve duygusal* olmak üzere iki temel bileşen etrafında oluştuğu tespit edilmiştir. Buna göre Sağlık Çalışanları alınan kararlara katılım, eşit ve etik muamele, eğitim desteği, kariyer olanakları, sosyal faaliyetler, insani değerlere saygı gibi duygusal beklentilere önem verdikleri tespit edilmiştir. Diğer taraftan bunların yanında kreş desteği, ulaşım-servis imkânı, Sağlık Kurumlarında yemek tercihinin Çalışanlara sorulması, çalışırken rahatlayacakları hobi alanlarının olması, iş yerinde müzik yayını yapılması, mevcut yasal izinler dışında ödül izinler verilmesi, maddi manevi teşvikler verilmesi, iş ve kültürel geziler düzenlenmesi, kütüphane hizmeti, Çalışanın ailesine muayene önceliği gibi bazı imkânlar tanınması, iş yerlerinde spor yapma olanakları sunulması ve maddi olanakların artırılması gibi somut beklentilerinin olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Çalışan Dostu İşletme, Hastane, Çalışan dostu hastane

### GİRİŞ

Örgütler, Klasik dönemde üretim, Neo-klasik dönemde insan ve davranışı, Modern dönemde sistem, Post-modern dönemde ise merkezine tek bir unsuru koymayarak müşteri, Çalışan, tedarikçi, kaynaklar, çevre, sürdürülebilirlik, dijitalleşme, lider, kalite veya bilgi gibi birçok unsuru konjonktüre bağlı olarak bir arada ön plana almaktadırlar. Bu tercihler onları, yoğun rekabet koşullarında yaşamlarını sürdürmelerini veya ortalamanın üstünde kar edebilmelerini etkilemektedir.

Post-modern paradigma ile hem kendi yetenekli Çalışanlarını bünyelerinde tutmak hem de örgüt dışındakilerini kendilerine çekmek için Çalışanlarını merkeze alıp onları birer paydaş olarak gören bazı örgütler, “Çalışan dostu” örgüt konsepti adı altında bir takım politika ve standartlar geliştirmektedirler. “Çalışan dostu iklimi” veya “iş-yaşam dengesi” oluşturan örgütler üzerine yapılan Araştırmalara göre; bu örgütlerin diğerlerine göre “Üst düzey Çalışan tatmini sağladığı, finansal performansta başarı elde ettiği ve daha az risk taşıdığı” tespit edilmiştir (Blazovich vd.2014; Smith, 2010.). Diğer taraftan son yıllarda örgütler tarafından sıkça kullanılan Kalite Yönetimi politikaları da dış müşteri tatmini sağlamanın yolunun iç müşteriyi yani Çalışanları tatmin etmekten geçtiğini ortaya koymaktadır (Gündüz ve Gündüz,2017).

Bu bağlamda bu araştırma, Sağlık Kurumlarında görev yapan Çalışanların çalıştıkları kurumlardan beklentilerini ve kurum- Çalışan arasında oluşacak “dostluk bağının bileşenlerini” belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

*Türk Dil Kurumuna (TDK) göre, dost kavramı kelime anlamı olarak; sevilen, güvenilen, yakın arkadaş, gönüldaş, iyi anlaşılabilir kimse anlamlarına gelmektedir. Bu temel bilgilerden hareketle Çalışan Dostu Kurum Kavramı? İse şu şekilde tanımlanabilir; karşılıklı güven iklimi oluşturarak Çalışanların istek, beklenti ve ihtiyaçlarını önceleyen; onları maddi, zihinsel, araçsal, hukuki ve sosyal olarak destekleyip geliştiren kurumlara Çalışan dostu kurum denir.*

### ARAŞTIRMA

Araştırma konusu ile ilgili literatürde daha önce geliştirilen bir ölçek olmadığı için, Çalışan dostu kavramının kapsamını ve sınırlarını tespit etmek üzere açık uçlu betimsel görüşme formu kullanılmıştır. Bu bağlamda Araştırmaya katılan işgörenlere “size göre Çalışan dostu Sağlık kurumunda olması gereken özellikler nelerdir? en az beş özellik yazınız” diye açık uçlu bir önerme yöneltilerek bu yöntemle

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, taskinkilic79@hotmail.com

<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı Kalite Denetçisi, Trabzon Akçaabat Devlet Hastanesi Kalite Direktörü

görüşlerin alınması sağlanmıştır. Bu kapsamda Trabzon ilindeki kamu ve özel Sağlık Kurumlarında görev yapan 250 Sağlık Çalışanına yüz yüze görüşme formu dağıtılıp “Sağlık Çalışanlarının kurumlarına bakış açıları «dostluk kavramı” ışığında değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler, SPSS programında sınıflandırılarak kodlanmış ve aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda, Çalışan dostu Sağlık kurumunun “fiziksel ve duygusal” beklenti olmak üzere iki temel bileşen etrafında oluştuğu tespit edilmiştir. Bunlar aşağıdaki tabloda aktarılmıştır.

**Tablo 1. Çalışan dostu Sağlık kurumu bileşenleri**

<b>Fiziksel-(araçsal-somut) Beklentiler</b>	<b>Duygusal (psikolojik) Beklentiler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Kreş desteği,</li><li>■ İş yerine ulaşım (servis) imkânı,</li><li>■ Yemek tercihinin Çalışanlara sorulması,</li><li>■ Çalışırken rahatlayacakları hobi alanlarının olması,</li><li>■ İş yerinde uygun alanlarda müzik yayını yapılması,</li><li>■ Mevcut yasal izinler dışında ödül izinler verilmesi,</li><li>■ Performans kapsamında maddi teşvikler verilmesi,</li><li>■ İşyeri ve kültürel geziler</li><li>■ Kütüphane hizmeti,</li><li>■ Çalışanın ailesine muayene önceliği gibi imkânlar tanınması,</li><li>■ İş yerlerinde spor yapma olanakları,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Adil ve etik muamele,</li><li>■ Motivasyon desteği</li><li>■ Eğitim-bilgi desteği,</li><li>■ Esnek Çalışma saatleri</li><li>■ Mesai arkadaşlarını seçme hakkı</li><li>■ Kişisel değer ve tercihlere saygı</li><li>■ Alınan kararlara katılım,</li><li>■ Kariyer yapma olanakları,</li><li>■ Sosyalleşme desteği</li><li>■ Hukuki destek</li><li>■ Lider-Yöneticiye güven</li><li>■ Tükenmişlikle mücadele desteği</li></ul>

### **Sonuç**

Çalışan dostu Sağlık kurumlarını tespit etmek amacıyla yapılan bu Çalışma sonucunda Araştırmaya katılan Sağlık Çalışanları; işyerindeki yemek tercihinin, ödüllendirmelere, kütüphane hizmetinden mesai arkadaşlarını seçme talebine kadar pek çok konuda fikir ve karar sahibi olmak istemektedirler. Diğer taraftan ilgili katılımcılar işyerlerini sadece üretim ve hizmet yapılan bir yer olarak değil; sosyalleşecekleri, kendilerini geliştirecekleri ve iş-yaşam dengelerini kuracakları alan olarak görmektedirler. Bu kapsamda Sağlık kurumu yöneticileri Çalışanların bu beklenti ve önerilerini göz önüne alarak iş yerlerini bu doğrultuda tasarlamaları iç müşteri, yani Çalışanları daha mutlu hale getirecek bu sayede ise hastalar tatmin olacaktır.

### **Öneriler;**

Bu Çalışma, konu itibariyle başlangıç ve pilot çalışma kapsamında değerlendirilip bundan sonraki Çalışmalar daha geniş örneklerde nicel ve nitel veri toplama araçları aracılığıyla yapılabilir. Bu sayede Çalışan dostu kavramı bütünsel olarak ele alınıp tüm yönleriyle irdelenebilir.

Diğer taraftan Sağlık kurumları bağımsız ve akredite bir kuruluş tarafından geliştirilecek kriterler ışığında incelenip “Çalışan dostu skoru” verilebilir. Bu skor onları Çalışanlar tarafından tercih edilen ve yetenekli Çalışanları kendi bünyelerine çekecek bir opsiyon haline dönüştürebilir.

### **Kaynaklar**

Blazovich, Janell L., Katherine Taken Smith, and L. Murphy Smith. 2012. An Examination of Financial Performance and Risk of Environmentally Friendly ‘Green’ Companies. Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues, forthcoming

Gündüz,Ç. ;Gündüz,G.Ş.(2017): Toplam Kalite Yönetiminde İç Müşteri Kavramı: Tekstil Sektörü Üzerine Bir Uygulama; Sosyal Bilimler Dergisi / The Journal of Social Science / Yıl: 4, Sayı:11, Haziran 2017, s. 689-699

Smith, K.T. (2010). Work-Life Balance Perspectives of Marketing Professionals in Generation Y. Services Marketing Quarterly, Vol. 31, No. 4 (October-December 2010): 434-447.

Türk Dil Kurumu (TDK), 2019; <http://sozluk.gov.tr/> 29.07.2019 tarihinde alınmıştır.





## ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE EMPATİK EĞİLİM VE EMPATİK BECERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

### THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, EMPATHIC TENDENCIES AND EMPATHIC SKILLS

Çağla YİĞİTBAŞ\*  
Aliye DEMİROK BULUT\*\*  
Selin GÜNSELİ\*

\*Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, GİRESUN  
\*\*Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, BİNGÖL

#### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study is to determine whether there is a relationship between social support, empathic tendency and skill.

**Method:** This is a cross-sectional study. The population of the study consisted of all undergraduate students receiving health education at a public university (742 people). After the power analysis, the number of people to be sampled was calculated as 441 people. The necessary permissions were obtained for the research. Perceived social support scale and empathic tendency and empathic skill scale were used in the study.

**Results:** The mean age of the participants was  $20.83 \pm 1.93$ . The scores of social support and sub-dimensions are high, but the scores of empathic tendencies and skills are low. The relationship between perceived social support and empathic tendency and empathic skill was found in the study. Those who are 21 years or older have higher potential for empathy. The midwifery department has higher social support, empathic tendency and empathic skill scores.

**Conclusion:** Although perceived social support was associated with empathic tendency, empathic skills were not.

**Keywords:** Multidimensional Perceived Social Support, Empathic Tendency, Empathic Skill, Nursing and Midwifery Students

#### Giriş

Bireyin güvenebileceği ilişkiler yoluyla sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesi (1) olarak tanımlanan sosyal destek; fiziksel ve ruhsal sağlığa yönelik tehlikelere karşı koruyucu rol oynamaktadır (2). Sosyal destekten yoksun olmanın birey üzerinde olumsuz etki yaratacağı savunulmaktadır. Birey için sosyal destek az olduğunda stres artacaktır ya da birey stres ile karşılaştığında destek sağlayıcılar harekete geçecek ve sosyal desteği arttıracaklardır (3).

İnsan; yaşamı boyunca çevresiyle etkileşirken öğrendiklerini, çevresindeki diğer insanlara ve kendinden sonra gelen kuşaklara aktarabilen, toplumsal bir varlıktır. Bunu sağlayan ise insanın sahip olduğu iletişim yeteneğidir (4). Etkili kişilerarası ilişkiler kurma, yardım etme ve danışmanlık becerileri Sağlık personellerinin edinmeleri gereken davranışlardır ve kaliteli bakımının ön koşullarıdır. Anlaşılmak temel insan gereksinmelerinden biridir ve bireyi doğru bir şekilde anlama ebe/hemşirenin empati becerisiyle ilişkilidir (5, 6).

Empati bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyması onun kendine özgü dünyasını, duygu ve düşüncelerini tam olarak anlayıp ifade etmesidir (7). Dökmen empatiyi (1994), Empatik Eğilim (EE) ve Empatik Beceri (EB) olmak üzere iki yönüyle tanımlamıştır. EE, empatinin duygusal boyutunu oluşturmada ve bireyin empati yapma potansiyelini göstermektedir. EB ise bireyin empati kurabilme durumunu ifade etmektedir. Barrett-Lennard birey ile empati kurarken bu sürecin dört aşamada gerçekleştiğini ifade etmiştir. Birinci aşama; bireyin duygularını fark etmesi ve anlaması, ikinci aşama; iletişim kurması, üçüncü aşama; bireyin dinlendiğini ve anlaşıldığını hissetmesi, dördüncü aşama ise; bireyin kendini ifade etmesidir (8). Morse ve arkadaşları ise empatinin; duygusal boyut, moral boyut, bilişsel boyut ve davranışsal boyut olmak üzere dört önemli boyutunun olduğunu belirtmektedir (9).

Üniversite yaşamı, gençlerin kendilerini yeni ve farklı insan ilişkileri ile akademik ve sosyal çevre içinde buldukları bir dönemdir. Bu dönemde gençler bir yandan büyüme, olgunlaşma, değişme ve gelişme için yeni fırsat ve yaşantılar kazanabilirken; öte yandan akademik, kişisel ve sosyal uyum zorlukları yaşayabilirler. Çünkü yükseköğretimdeki pek çok öğrenci, kendisini doğduğu ve o zamana kadar yaşadığı

yerden farklı bir şehirde, tanımadığı bir arkadaş çevresinde ve ailesinden uzak bir ortamda bulmakta ve bir takım psiko-sosyal sorunlarla (özellikle yurt, ev arama gibi) karşı karşıya kalabilmektedir. Ayrıca öğrenciler üniversitedeki öğrenim sisteminin getirdiği yeni akademik ortama uyum sağlama, derslerde başarılı olup olmama gibi sorunlarla da karşılaşmaktadırlar (10).

Hemşirelik ve Ebelik Bölümü öğrencileri Sağlık alanında eğitim alan üniversite öğrencilerinin bir grubunu oluşturmaktadır. Üniversite öğrencisi olmanın getirdiği değişimlere ve stresörlere ek olarak, bu öğrencileri Sağlık sorunu olan bireyler ve aileleri ile çalışmanın getirdiği ek stresörler de beklemektedir. Literatürde; hemşirelik öğrencilerinin kendi optimal akademik başarıları ve pozitif ruhsal Sağlık durumları için, sosyal destek sistemlerinin ve kişilerarası süreçlerin önemli olduğunu belirttikleri görülmektedir (11, 12, 13). Bu durum, bu öğrencilerin algıladıkları sosyal desteğin ve bu destekle ilişkili faktörlerin belirlenmesini önemli hale getirmektedir.

Ebeler ve hemşireler hastalara empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir ve bakım gereksinimlerini etkili bir şekilde karşılayabilirler. Ebe ve hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini, ona güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu durumda ebenin/hemşirenin bireye ulaşması kolaylaşır ve birey ebenin/hemşirenin bakımını kabul eder. Dolayısıyla bireyselleşmiş bakım ve olumlu tedavi edici ortam sağlanmış olur. Bireye verilen bu tür bir hizmet sonrasında iyileşme hızı artar, tedavinin olumsuz sonuçları azalır. Öz; hemşirelerin danışana yardımcı olabilmelerinin, empatik eğilime sahip olmaları ve empatik becerilerini yeterli düzeyde geliştirmeleri ile mümkün olacağını vurgulamaktadır (14).

Bu çalışmanın amacı ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin sosyo demografik özellikleri Açısından algıladıkları sosyal desteği, empatik beceri ve eğilimlerinin düzeyini ve tüm bunlar arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte olup ilişki arama Çalışmasıdır.

### Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Verilerin Toplanması

Çalışmanın evrenini bir kamu üniversitesinde lisans düzeyinde Sağlık eğitimi gören öğrencilerin tamamı oluşturmuştur (742 kişi). Power analiz için  $\alpha=0.05$ , örnekleme hatası ise  $\pm 0.03$  alınmış (15), örnekleme alınacak kişi sayısı 441 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem hacmi doğrultusunda orantılı tabakalı örneklem hesaplaması yapılmıştır. Tüm hesaplamalar sonrasında aşağıdaki tabloda sayıları bildirilen kadar kişiye sistematik tabakalama yöntemine göre ulaşılmış, katılımcılara Araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra sözel onamları alınmıştır.

Örnekleme alınacak kişi sayısı	Bölüm	
	Ebelik (n=155 kişi)	Hemşirelik (n=286 kişi)
1. 1.Sınıf	44	73
2. 2. Sınıf	39	75
3. 3. Sınıf	36	71
4. 4. Sınıf	36	67

Araştırma için ilgili kurumdan izin alınmıştır. Gönüllü katılımcılara herhangi bir dersin bitiminin son 15 dakikasında ulaşılmış, veriler Araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemine göre ve literatür bilgisine uygun olarak geliştirilen anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formundaki sorular ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin sosyal destek durumlarını ve EE ile EB düzeylerini ölçmeye yöneliktir. Kişisel bilgi formu 19 sorudan, algılanan sosyal destek ölçeği 12 sorudan, EE ölçeği 20 sorudan ve EB-B ölçeği 6 senaryoya yönelik olan sorulardan oluşmaktadır. Araştırma öncesinde gönüllü katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu yazılı olarak teslim edilmiştir.

**Kişisel bilgi formu;** Araştırmacılar tarafından geliştirilen öğrencilerin yaş, cinsiyet, anne- babanın eğitim düzeyi, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yerleşim yeri, şu anda kaldığı yer, mesleğini severek seçme durumu, sosyal etkinliklere katılma durumu gibi soruları içeren toplamda 19 maddedir.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MPSS):** Ölçek, Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (16). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması Eker ve Arkar tarafından

yapılarak yapı geçerliliği değerlendirilmiştir (1995). 2001 yılında aynı yazarlar tarafından “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin -MPSS- Gözden Geçirilmiş Formu'nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği” incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (17). Ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyut vardır [Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insan alt boyutları (1, 2, 5, 10. maddeler)]. Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek alt boyut puanları ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

**Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ)**, Bireylerin günlük yaşamdaki empati kurma potansiyellerini ölçmek amacıyla Dökmen tarafından (1988) geliştirilmiştir. Likert tiptedir ve 20 sorudan oluşmaktadır, her soruya 1’den 5’e kadar puan verilmektedir. Puanları toplarken 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15. sorular tersinden toplanmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 20, maksimum puan ise 100’dür. Toplam puan deneklerin empatik eğilim puanlarını ifade eder. Puanın yüksek olması, EE’nin yüksek olduğunu; düşük olması EE’nin düşük olduğunu gösterir. EEÖ, Dökmen tarafından 70 kişilik bir öğrenci grubuna ölçeğin tekrarı yöntemiyle, üç hafta arayla iki defa uygulanmıştır. Bu uygulamadan elde edilen ölçeğin güvenilirliği .82’dir. Deneklerin ölçeğin tek ve çift maddelerinden aldıkları puanlar arasındaki ölçeği yarılama güvenilirliği .86 olarak bulunmuştur. EEÖ’nin geçerlik çalışması yine Dökmen tarafından yapılmıştır (17).

**Empatik Beceri Ölçeği-B Formu (EB-B)**; Dökmen tarafından hazırlanmış ve geçerlilik ile güvenilirliği test edilmiştir. Günlük yaşamla ilgili farklı problemlerin anlatıldığı 6 ayrı metin ve her bir problem için problemin sahibine söylenebilecek birer cümlelik 12 tepkiden oluşmaktadır. Bu altı problemin her birisi için 12 tepki olmak üzere toplam 72 tepki katılımcılara yazılı olarak sunulmaktadır. Problemlerden birincisi ev hanımıyla, ikincisi bir arkadaşla, üçüncüsü bir dostla, dördüncüsü bir gençle, beşincisi kız arkadaşla, altıncısı bir öğrenciyle ilgilidir. Katılımcılardan altı problemin her birindeki 12 tepki seçeneğinden dörder tanesini işaretlemeleri istenmekte olup tepki seçeneklerinin her biri için bir-on arasında değişen puanlar söz konusudur ve EB-B puanı en düşük 62 en yüksek 219 olabilmektedir. Fazla puan yüksek empati becerisine karşılık gelmektedir. Değerlendirmede, ölçekte verilen 12 tepkiden bir tanesi rastgele cevapları belirlemek amacıyla konulmuş olan sorunla ilgisiz bir tepkidir ve sıfır puan sayılmakta ve ölçek geçersiz sayılmaktadır (16).

**Bilgilendirilmiş Onam Formu:** Bireyler Araştırma kapsamına alınmadan önce etik ilkeler doğrultusunda Araştırma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilecektir. Bilgilendirilmiş onam formu; bireylerin Araştırmaya katılıp katılmama kararı vermekte tümüyle özgür olduklarını, katılmama yönündeki kararlarında ise onlara verilen hizmetin hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilenmeyeceğini, katılımcıların istediği anda Araştırmadan çekilebileceğini, bu kararının olumsuzluğa yol açmayacağı, Araştırmanın tüm aşamalarında kimliklerinin gizli tutulacağı ancak elde edilen bilgilerin kullanılacağı, Araştırmanın bireye ve/veya Sağlık kuruluşuna herhangi bir mali yük getirmeyeceği bilgilerini içermektedir. Ayrıca formda, Araştırmaya kendi isteği ile katılacağı belirtilmektedir ve bireyin imzasını içermektedir.

**Araştırmanın Etik İlkeleri:** Araştırmanın yapılabilmesi için Bingöl Üniversitesi Bilimsel Araştırma Yayın Etik Kurulundan, Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından ve katılımcılardan onam alınmıştır. Araştırma grubunu oluşturan bireylere Araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcı haklarının korunması amacı ile “Özerklik” ilkesi doğrultusunda katılımcılara Araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiş “Bilgilendirilmiş Olur Formu” sunulmuştur. Araştırma süresince “Gizlilik” ilkesine saygı gösterilmiş, katılımcı kimliğinin ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiştir. “İnsan Onuruna Saygı” ilkesi doğrultusunda katılımcılar düşünce ve uygulamalarından dolayı yargılanmamıştır.

**İstatistiksel Çözümlenmeler:** Araştırmanın Bağımsız değişkenlerini katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, Bağımlı değişkenini ise MPSS, EE ve EB-B ölçekleri oluşturmuştur.

Analizler için SPSS 22 programı kullanılmış, hata kontrolleri ve tablolar program aracılığıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı verilerde sayı ve yüzde dağılımları yapılmış; verilerin analizlerinde chi-square ve Fisher's exact test-2-sided testleri, nicel verilerin analizlerinde ise parametrik koşulları taşıma durumunda Independent Samples t testi, One Way-ANOVA testleri taşıyamama durumunda ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri yapılmıştır. Ölçeğin toplam puanları, alt grup puanları ve diğer nicel değişkenler arasında korelasyon analizleri yapılmıştır. Ortalamalar standart sapmalarla birlikte verilmiş,  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması  $20.83 \pm 1.93$  (18-40), olup %15.9'u erkektir. Ebelik bölümündekilerin oranı %35.1'dir. Çekirdek aileye sahip olanların oranı %80.5'dir. Annesi okur yazar olmayanların oranı ise %9.1'dir (Tablo 1).

Araştırmada kişilere kendileri ile ilgili algıları da sorulmuş katılımcıların %94.1'i kendisini adil bir kişi, %91.2'si sorumluluk sahibi, %93.4'ü yeni fikirlere açık, %86.8'i kendine güvenen, %81.9'u azimli, %75.1'i Araştırmacı, %82.8'i sorgulayıcı, %67.3'ü yaratıcı, %69.4'ü risk almayı seven kişi olarak belirtmiştir. Katılımcıların %25.4'ü kişilerarası ilişkilerinde içe dönük yapıda kalanları ise dışa dönük yapıda olduğunu belirtmiştir. Çevreye uyumlu olma Açısından kendisini her zaman uyumlu görenlerin oranı %46.7 iken, %52.2'si bazen uyumlu olduğunu kalanları ise (%1.1) hiçbir zaman uyumlu olmadığını belirtmiştir. Araştırmadaki katılımcılar stres yönetim biçimlerine ilişkin olarak kendilerini %23.4 oranında tepkisel kişi, %60.8'i nadiren tepkisel kişi, kalanları ise (%15.9) öfkeli kişi olarak tanımlamıştır.

**Tablo 1.** Katılımcıların MPSS, EE, EB-B Ölçeğine İlişkin Toplam ve Alt Boyut Puanları (N=405)

Ölçeklerin Toplam ve Alt Boyut Puanları	Median	Min	Max	Cronbach Alpha
MPSS ölçeği toplam puanı (12-84)	63	13	84	.90
MPSS aile alt boyutu (4-28)	24	4	28	.87
MPSS arkadaşlar alt boyutu (4-28)	22	4	28	.91
MPSS özel bir insan alt boyutu (4-28)	20	4	28	.90
EE ölçeği toplam puanı (20-100)	39	23	91	.47
EB ölçeği toplam puanı (62-219)	139	78	199	.75

Tablo 1'de görüldüğü üzere katılımcıların MPSS ölçeğinden toplam ve alt boyut puan ortancaları yüksektir. Öğrencilerin en yüksek puan sırlamasını aile alt boyutunda aldıkları görülmüştür. Ancak EE ve EB-B puan ortancaları düşüktür. Araştırmada; aile tipi, annenin eğitim düzeyi, yaşamını uzun süre geçirdiği yer ve şu anda kaldığı yer değişkenlerinin MPSS, EE ve EB-B açılarından fark oluşturmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ). Ancak 21 yaş ve üstünde olanların empati kurmaya ilişkin potansiyellerinin daha yüksek puan sırlamasına sahip olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ), (Tablo 2). Ayrıca Tablo 3'de görüldüğü üzere, kadınların, ebelik bölümünde okuyanların, üst sınıflarda olanların, bu bölümü severek tercih edenlerin ve şu anda da bölümlerini sevmekte olanların sosyal destek puanları daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).

Bu Araştırmada ayrıca sosyal destek alt boyutlarından aile ve arkadaş alt boyut puanlarının kadın cinsiyetinde olanlarda, ebelik bölümünde okuyanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Sosyal destek alt boyutlarından aile alt boyut puanının ise; bölümünü severek tercih edenlerde, üst sınıflarda okuyanlarda, geniş aileye sahip olanlarda, annesinin eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve babasının eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 2.** Katılımcıların MPSS, EE ve EB-B ölçek puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N=441)

Bazı Özellikler		n	MPSS	Test ve p Değeri	EE	Test ve p Değeri	EB-B	Test ve p Değeri
			Ort±SS/Mean Rank		Ort±SS/Mean Rank		Ort±SS/Mean Rank	
Yaş	20 yaş ve altı	211	61.00±14.72	t=-1.74 p=0.08	207.45	U=21410.50 <b>p=0.04</b>	139.19±16.39	t=0.83 p=0.40
	21 yaş ve üstü	230	63.56±15.88		231.50		137.91±15.89	
Cinsiyet	Erkek	70	58.50±16.99	t=-2.29 <b>p=0.02</b>	36.65±8.46	t=-1.46 p=0.14	139.74±20.27	t=0.68 p=0.49
	Kadın	371	63.06±14.96		39.94±6.36		138.29±15.23	
Bölüm	Ebelik	155	65.05±14.20	t=2.83 <b>p=0.005</b>	40.26±5.87	t=1.20 p=0.23	139.41±16.29	t=0.85 p=0.39
	Hemşirelik	286	60.87±15.80		39.17.45±		138.04±16.04	
Sınıfı	1	117	58.01±14.75 <sup>a,b,c</sup>	F=4.312 <b>p=0.005</b>	38.56±5.84 <sup>a</sup>	F=2.40 p=0.06	140.45±16.13	F=2.08 p=0.102
	2	114	63.81±15.80 <sup>a</sup>		39.91±4.86		135.92±16.26	
	3	107	64.17±14.86 <sup>b</sup>		39.62±7.99		137.51±16.27	
	4	103	63.71±15.38 <sup>c</sup>		41.00±7.85 <sup>a</sup>		140.24±15.55	
Bu bölümü isteyerek tercih etme durumu	Evet	307	63.31±15.19	t=2.01 <b>p=0.04</b>	39.91±7.17	t=2.01 <b>p=0.045</b>	138.31±15.88	t=-0.42 p=0.66
	Hayır	134	60.11±15.61		39.34±5.65		139.03±16.73	
Şu anda bölümünü seviyor mu?	Evet	378	63.12±15.10	t=2.65 <b>p=0.008</b>	39.84±6.97	t=0.83 p=0.40	138.13±16.11	t=-1.26 p=0.21
	Hayır	63	57.61±16.24		39.08±5.1		140.90±16.15	
Aile Tipi	Çekirdek	355	65.56±15.44	F=2.352 p=0.09	223.29	KW=1.226 p=0.54	216.17	KW=3.648 p=0.161
	Geniş	75	62.76±15.12		206.05		228.28	
	Parçalanmış	11	52.45±12.33		209.41		286.32	
Uzun süreli yaşadığı yer	İl/Büyükşehir	214	220.10	KW=2.728 p=0.256	203.24 <sup>a</sup>	KW=9.448 <b>p=0.009</b>	212.57	KW=1.764 p=0.414
	İlçe	166	230.29		243.47 <sup>a</sup>		224.11	
	Köy	61	198.90		215.68		235.03	

<sup>a,b,c</sup> Post Hoc testlere göre farklılığın kaynaklandığı grupları göstermektedir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Yaş, MPSS, EE ve EB Ölçek toplam puanları arasındaki ilişki (N=405)\*

		Yaş	MPSS	EE	EB-B
Yaş	Rho	1			
	p	-			
MPSS	Rho	.094	1		
	p	<b>.048</b>	-		
EE	Rho	.184	.251	1	
	p	<b>.001</b>	<b>.001</b>	-	
EB	Rho	-.044	-.082	-.062	1
	p	.356	.085	.195	-

\*Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 3’ de görüldüğü üzere bu Araştırmada yaş ile MPSS ve EE arasında ve MPSS ile EE arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (p<0.05).

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ve empatilerinin bazı sosyo demografik özellikleri bakımından Karşılaştırıldığı ve bu iki durum arasında ilişkinin olup olmadığının Araştırıldığı Çalışmada katılımcıların azimli olma sorumluluk sahibi olma, gibi özellikler Açısından kendileri ile ilgili olumlu algılara sahip oldukları, dışa dönük oldukları, sosyal uyum açısından kendilerini olumlu algıladıkları görülmüştür. Araştırmadaki katılımcıların algıladıkları sosyal destekleri ve buna ilişkin alt boyut puanları yüksek bulunmuştur. Ancak empatik eğilim ve empatik becerileri arzu edilenin altındadır. Kadın cinsiyetinde olan, ebeklik bölümünde okuyan, bölümünü severek tercih eden ve halen bölümünü sevenlerin sosyal destek algıları daha güçlü iken, 21 yaş ve üstünde olanların ve yaşamının büyük kısmını ilde geçirenlerin empatik eğilimleri daha yüksektir. Araştırmadaki katılımcıların empatik beceri puanları düşüktür ve ele alınan özelliklerden hiçbiri empatik beceri açısından fark oluşturmamaktadır. Araştırmada son olarak katılımcıların algıladıkları sosyal destek puanları ile empatik eğilim puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların algıladıkları sosyal desteği aile dışında da güçlendirmelerine yönelik sosyo-kültürel etkinliklere yönlendirilmeleri, sosyal destek ve empatilerini güçlendirecek iletişim alanlarında hem teorik hem de uygulamalar Açısından girişimlerinde ve bakımlarında farkındalık düzeylerinin iyileştirilmesine yönelik desteklenmeleri ve bölümler arasındaki farklılıkların nedenlerini Araştırmaya yönelik başka Çalışmaların yapılması önerilebilir.

### KAYNAKLAR

Yıldırım İ. Anne Baba Desteği ve Başarı. İkinci baskı. Ankara: Anı Yayıncılık. 2010

Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış Çalışmaların meta analizi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2015; 26(1): 21-32.

Cohen S. Social relationships and health. American Psychologist, 2004; 59 (8): 676.

Akça Ay F. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013. 72-106.

Cevahir R, Çınar N, Sözeri C, Şahin S, Kuşuoğlu S. Ebeklik öğrencilerinin devam ettikleri sınıflara göre empatik becerilerinin değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3(7): 3-15.

Mete S, Gerçek E. PDÖ yönetimiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9 (2): 11- 7.

Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 1994: 119-50.

Barrett-Lennard GT. The Phases and Focus of Empathy. Br J Med Psychol 1993; 66: 3-14.

Morse JA, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O' Brien B, Solverg SM, McIlvinn KH. Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Journal of Nursing Scholarship* 1992; 24: 273-80.

Sürücü M, Bacanlı F. Üniversiteye uyumun psikolojik dayanıklılık ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010; 30 (2): 375-96.

Ferrell DK, De Crane SK. S.O.S. (Students' Optimal Success): A model for institutional action to support minority nursing students. *J Cult Divers* 2016; 23: 39-45

Gu Y, Hu J, Hu Y, Wang J. Social supports and mental health: a cross-sectional study on the correlation of self-consistency and congruence in China. *BMC Health Serv Res* 2016; 28 (16): 207.

Dil S, Aykanat GB. An examination of the relationship between anger, stress, hopelessness and perceived social support in nursing students. *J Psy Nurs* 2016; 7: 121-8.

Öz F. Son sınıf öğrencilerin empatik eğilimleri, empatik becerileri ve akademik başarıları arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2 (2): 32-8.



## NOMOFOBİ VE ALEKSİTİMİ İLİŞKİLİ Mİ? SAĞLIK EĞİTİMİ ALAN ÖĞRENCİ ÖRNEĞİ

### ARE NOMOPHOBIA AND ALEXITHYMIA RELATED? HEALTH EDUCATION STUDENT EXAMPLE

Fatma GENÇ\*  
Çağla YİĞİTBAŞ\*

\*Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, GİRESUN

#### ABSTRACT

**Introduction and purpose:** The aim of this study is to determine whether there is a relationship between nomophobia and alexithymia and the factors that affect them.

**Method:** This cross-sectional study was applied to undergraduate students receiving health education at a public university. No sampling method was used. The response rate was 71.42%. All permissions, including ethical permission, have been obtained. The questionnaire included individual information form, nomophobia scale and Toronto Alexithymia Scale. Data were evaluated with SPSS program.  $p < 0.05$  type 1 error level was taken.

**Results:** The nomophobia scores of the women, the 3rd year students, and those who spent most of their lives in the province / metropolitan area were higher and statistically significant. On the other hand, those in the nursing department and those with chronic disease had higher Toronto Alexithymia Scale-20 scores and had statistical significance.

**Conclusion:** Nomophobia scores of the participants were found to be moderate. The mean scores of alexithymia were half of the mean scale score. There was no difference between the socio-demographic characteristics and nomophobia groupings.

**Key words:** Nomophobia, alexithymia, health education students

#### GİRİŞ

Günümüzde modern teknolojinin gelişmesiyle birlikte hayatımıza giren akıllı telefonlar dünya genelinde ve ülkemizde çok geniş kitleler tarafından kullanılmaktadır. Dünya genelinde akıllı telefon kullananların sayısı 2016'da 1.57 milyar iken 2017'de bu sayı 2.32 milyar kişiye çıkmış, 2018'de ise 2.53 milyar olmuştur. 2020 yılında 2.87 milyar kullanıcı olacağı tahmin edilmektedir (Statista, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından hazırlanan raporda ise, Türkiye'de 2004 yılında cep telefonu/akıllı telefon bulunma oranı %53.7 iken 2014 yılında bu oran büyük bir artışla %96.1'e ulaşmıştır. 2018 yılında ise hanelerin %98.7'sinde cep telefonu/akıllı telefon bulunurken hanelerin %72.9'unda da internet kullanılmaktadır (TÜİK, 2004-2018).

Akıllı telefonlarla sesli ve yazılı iletişimin yanında internete erişim, fotoğraf çekme, radyo ve müzik dinleme, rehber düzenleme, adres ve yol bulma, alışveriş yapma, bankacılık işlemleri yapma, oyun oynama, tatil yeri rezervasyonu yapma, egzersiz programlama ve geniş topluluklara ulaşım sağlayan sosyal ağlara erişim gibi birçok imkânlar sağlanmaktadır (Gezgin ve Şahin, 2017). Sahip oldukları özellikleri ve her geçen gün yenilenmeleri dolayısıyla akıllı telefonlar insanların günlük yaşam, çalışma hayatı ve öğrenme süreçleri üzerine olumlu etkileri olmasının yanı sıra aşırı ve kontrolsüz kullanıldıklarında pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan birisi de nomofobidir (Sırakaya 2018).

İngilizcede "No Mobile Phobia" kelimelerinden bazı harfler alınarak türetilen Nomofobi (Nomophobia) yani cep telefonundan mahrum kalma korkusu aslında birçok akıllı telefon kullanıcısının farkında olmadan yakalandığı dijital bir hastalıktır. Klinik psikolojide nomofobi 'bireyin mobil cihazına erişemediğinde veya mobil cihaz üzerinde iletişim kuramadığında yaşadığı mantıksız ve istemsiz korku' olarak tanımlanmıştır (King et al., 2013; Yildirim ve Correia, 2015). Bu rahatsızlık kişilerin mobil cihazlardan uzak kaldıklarında sinirli, stresli veya agresif tavırlarla ya da telefonları yanlarındayken sürekli telefonlarını kontrol etme istekleri ile kendini göstermektedir. Telefonlarına ulaştıkları zaman kendilerini iyi hissettikleri için bu kişiler

zamanla cihazlarına daha da Bağımlı hale gelmektedir (Polat, 2017; King et al., 2013; Yildirim ve Correia, 2015).

Nomofobi terimi ilk olarak 2008 yılında yapılan bir Araştırma sonucunda ortaya atılmıştır. Araştırmaya göre katılımcıların %53'ünün akıllı telefonlarını kaybettiklerinde, bataryaları bittiğinde veya kapsama alanı dışında olduklarında kendilerini huzursuz hissettikleri, katılanların %9'unun ise; akıllı telefonu kapalı olduğunda, kendilerini stresli hissettikleri tespit edilmiştir (Bahi ve Deluiis, 2015).

Çok küçük yaşlardaki çocukların oynamasına müsaade edilen akıllı telefon ve benzeri mobil çevrimiçi cihazlar, ilerleyen yaşlarda bu teknolojilere olan Bağımlılığın artmasına ve yoksun kalma korkularının daha fazla olmasına sebep olabilmektedir. Teknolojinin sunduğu imkânlardan kontrolsüzce faydalanan, daha sonra onların bağımlısı haline gelen hatta yoksunluğu durumunda fobi yaşayan özellikle genç bireylerin akademik hayatları olumsuz etkilenmektedir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir Çalışmada öğrencilerin %55'inin nomofobik olduğu ve günde ortalama 6.43 saat akıllı telefonla zaman geçirdikleri ve öğrencilerin nomofobik olma seviyelerinin akademik başarılarını negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir (Erdem ve ark., 2016.)

Akıllı telefon Kullanımı Sağlık personelinde dikkat dağınıklığı oluşturmakta, bu da önemli bilgileri hatırlayamamalarına ve dikkat eksikliğine neden olmaktadır. Aynı zamanda hem hasta güvenliğini, gizliliğini korunmasını ve kişisel verilerin güvenliğini tehdit eder hem de hasta ile personel arasındaki iletişimi bozar (Aguilera-Manrique et al., 2018). Hastanelerde Çalışan hemşirelerin %78.1'i isteyken kişisel cep telefonu ya da diğer iletişim araçlarını en sık olarak arama yapma, e-mail kontrol etme/gönderme, aileleriyle ya da arkadaşlarıyla mesajlaşma amacıyla kullanmaktadır ( McBride et al., 2015). Sağlık personeli adayı olan hemşirelik öğrencilerinin %23.4'ü ise klinik uygulamalarda daima akıllı telefon kullanmakta ve bunun dikkat dağınıklığı oluşturduğunu düşünmemektedir. Oysa akıllı telefon Kullanımıyla nomofobi arasında ilişki bulunmaktadır (Aguilera-Manrique et al., 2018).

Aleksitimi Yunanca bir kelimedir ve genel olarak duygularını tanıma ve sözel olarak ifade etmekte güçlük çeken bireyleri tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. “Duygular için söz yokluğu” anlamına gelen aleksitimi, başlangıçta psikosomatik hastalardaki belirtileri açıklamak için ortaya atılmıştır (Heshmati et al., 2011; Vanheule et al., 2007). Araştırmalar ve klinik gözlemler, ilk olarak psikosomatik hastalıklarda görülen aleksitiminin, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, madde kötüye Kullanımı ve madde bağımlılığı gibi pek çok psikolojik bozuklukta da gözlemlendiğini ortaya koymaktadır. Aleksitiminin kişisel bir eğilim, sosyal destek eksikliği sonucu ortaya çıkan bir durum, hastalık, psikosomatik belirti, bilişsel bozukluk, beceri eksikliği/yetersizliği, nörolojik bir arıza olduğunu savunan farklı görüşler de vardır (Taylor et al., 1988). Yapılan Çalışmalarda aleksitiminin klinik durumların yanı sıra, normal bireylerde de gözlenen durum olduğu belirtilmektedir. Toplumda görülme sıklığı; erkeklerde %9-17, kadınlarda %5-10, klinik olgularda ise %70 şeklindedir.

Kişinin duygularını yeterince yaşayamama ve söze dökememesi, duygusal açıdan sıkıntı içine düştüğü durumlarda, bedensel belirtiler geliştirmesine yol açabilir (Lane et al., 1998; Salminen et al., 1999; Sifneos 1973;. Rufer et al., 2014). Aleksitimik kişilerin genel olarak Bağımlı olma eğilimleri vardır. Yaratıcılıktan yoksun olan robot gibi davranan, empati kurma yetenekleri az olan aleksitimikler dış kontrollüdürler ve yalnızlığı tercih ederler. Sorunlarının duygusal temelli olduğunu fark edemediklerinden yeme bozuklukları, psikoaktif madde Bağımlılığı, kendine zarar verici saplantı davranışlar gibi durumları daha sık yaşarlar. Aleksitimiklerin bu tutumları çevreyle kurdukları ilişkilere de yansımaktadır. Sorunlarının kökeninde yatan duygusal etmenleri, engellemeleri, çatışmaları aramazlar. Sadece yüzeysel nedenlerle yetinirler. Karşılaştıkları sorunlara ilişkin konuyu en kısa yoldan kapamanın yöntemlerini Araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli tedbirleri düşünüp önlem almaya Çalışırlar. Bu özelliklerinden dolayı aleksitimikler genellikle çevreleriyle büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz insanlar gibi görünürler. Aynı konu üzerinde ısrarlı ve tekrarlayıcı konuşmaları vardır. Genellikle “kendi bildiğini yapma” şeklinde davranış gösterirler. Eylem ve düşünceleri daha çok dış uyaranlar doğrultusundadır. Ayrıca kendilerini sıradan, zayıf, aciz gösterme çabalarının yanı sıra, gergin ve katı kurallıdırlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor görünürler fakat diğerleri gibi olamadıklarının da farkındadırlar ve bunu gizlemeyi tercih ederler (Solmaz ve ark., 2000).

Bu Çalışmanın amacı; lisans düzeyinde Sağlık eğitimi alan öğrencilerde nomofobia ile aleksitimi arasında ilişki olup olmadığını ve bunları etkileyen faktörleri ortaya çıkarmaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Materyal Metot**

#### **Evren ve Örneklem**

Tanımlayıcı kesitsel tipte olan Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim öğretim dönemi itibarıyla Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur (742 öğrenci). Araştırmada ayrıca örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın verileri gönüllü öğrencilerden (530 kişi olup cevaplılık oranı %71.42'dir). 8 Nisan-12 Mayıs 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **Veri Toplama Araçları:**

**Bireysel Bilgi formu.** Araştırmacılar tarafından literatür bilgisine uygun olarak geliştirilen form iki kısımdan oluşmaktadır. Formun birinci kısmı katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerini sorgulamaya yöneliktir. İkinci kısmında ise Nomofobi ve Aleksitimi Ölçekleri yer almaktadır.

**Nomofobi Ölçeği:** Bireylerin nomofobi skorlarını ölçmek için Yıldırım ve Correira (2015) tarafından geliştirilen ölçek, Yıldırım vd. (2016) tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Ölçek hiç katılmıyorsa "1", tamamen katılıyorsa "7" puan aralığında 7'li Likert tipine göre maddelenmiş olup 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; Bilgiye Erişememe (1.,2.,3.,4. maddeler), Bağlantıyı Kaybetme (5.,6.,7.,8.,9. maddeler), İletişime Geçememe (10.,11.,12.,13.,14.,15. maddeler) ve Rahat Hissedememe (16.,17.,18.,19.,20. maddeler) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 20-140 arasındadır. Değerlendirme ölçütü olarak ölçekten alınan ortalama skor 20 puan ve altında ise nomofobinin olmadığı, 20-60 puanları arasında ise düşük seviyede nomofobinin bulunduğu, 60-100 puanları arasında ise orta düzeyde nomofobinin bulunduğu, 100 puan ve üstünde ise ciddi düzeyde nomofobi bulunduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış halinde ölçek güvenilirlik katsayısı .92 , alt boyutlar için sırasıyla .94, .74, .90 ve .91 olarak raporlanmıştır.

#### **Toronto Aleksitimi Ölçeği/Taö-20 Toronto Aleksitimi Skalası: (TAÖ/TAS-20):**

Ölçek Bagby ve arkadaşları tarafından 1992 yılında düzenlenerek günümüzde sıkça kullanılan 20 soruluk son halini almıştır. TAÖ-20'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizleri Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (19). Ölçek 5'li likert tipi bir ölçme aracı olup, kişilerden "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Ölçeğin üç alt boyutu; duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1; 7 madde), duyguları söze dökmeye güçlük ve yetersiz imajinasyon yeteneği (TAÖ-2; 5 madde) ve dışa dönük düşünmedir (TAÖ-3; 8 madde). Alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.82, 0.75 ve 0.72'dir. Bu Araştırmada ise (0.82, 0.68 ve 0.70)'dir. Puanlandırma; maddelerin puanlarının toplanmasıyla gerçekleştirilir. Bu maddelerden bazıları (4, 5, 10, 18 ve 19. maddeler) ters çevrilerek puanlamaya katılır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 20'dir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir (Köse ve ark., 2005).

**Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-2):** Bireyler Araştırma kapsamına alınmadan önce etik ilkeler doğrultusunda Araştırma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilecektir. Bilgilendirilmiş onam formu; bireylerin Araştırmaya katılıp katılmama kararı vermekte tümüyle özgür olduklarını, katılımcıların istediği anda Araştırmadan çekilebileceği, Araştırmanın tüm aşamalarında kimliklerinin gizli tutulacağı ancak elde edilen bilgilerin kullanılacağı, Araştırmanın bireye ve/veya Sağlık kuruluşuna herhangi bir mali yük getirmeyeceği ve Araştırmaya kendi isteği ile katılacağı bilgilerini içermektedir (Ek-2).

#### **Verilerin Toplanması:**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Giresun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve öğrencilerin bulunduğu okulun dekanlığından yazılı izin, alınmıştır. Öğrenciler ankete ekli belge ile Helsinki Deklerasyonu (katılımcı haklarının korunması amacı ile Araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış, "Özerklik" ilkesi doğrultusunda katılımcılara Araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiş, Araştırma süresince

“Gizlilik” ilkesine saygı gösterilmiş, katılımcı kimliğinin ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiş, “İnsan Onuruna Saygı” ilkesi doğrultusunda katılımcılar düşünce ve uygulamalarından dolayı yargılanmamıştır) kapsamında aydınlatılmıştır. Araştırmanın verileri herhangi bir dersin ilk 20 dakikasında Araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemine göre toplanmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi:

Veriler SPSS paket programı ile değerlendirilmiş hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini Nomofobi, TAÖ-20, TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 puanları oluşturmuştur. Bağımsız değişkenlerini ise, sosyo-demografik özellikler ve akıllı telefon Kullanım durumları oluşturmuştur. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortanca ve min-max değerleri hesap edilmiştir. Kategorik veriler için ki-kare testi, verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normallik analizi sonuçlarına göre Student T testi/Mann Whitney-U ve ya OneWay Anova/Banferonni düzeltmeli Kruskal-Wallis testleri yapılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş (Ort.±SS),  $p<0.05$  istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilecektir.

### BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması  $20.63\pm 1.87$  (17-38) olup, %13.8’i erkektir. Katılımcıların %62.4’ünü hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur (oran okul ortalamasına benzerdir). Parçalanmış aile tipine sahip olanların oranı %2.7’dir. Hayatının çoğunluğunu köyde geçirenlerin oranı %11.7’dir. Öğrencilerin %4.8’i Çalıştığını belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=530)**

Değişken	Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyeti	Erkek	73	13.8
	Kadın	457	86.2
Bölüm	Hemşirelik	331	82.1
	Ebelik	199	15.2
Sınıfı	1.sınıf	150	28.3
	2.sınıf	144	27.2
	3.sınıf	119	22.5
	4.sınıf	117	22.1
Aile tipi	Çekirdek aile	437	82.5
	Geniş aile	79	14.9
	Parçalanmış aile	14	2.6
En uzun süre ile yaşanan yer	Köy	62	11.7
	Kasaba	190	35.8
	İl/Büyükşehir	278	52.5
Çalışma durumu	Çalışıyor	25	4.7
	Çalışmıyor	505	95.3
Gelir düzeyi algıları (n=519)	Düşük	73	14.1
	Orta	434	83.6
	Yüksek	12	2.3
Sigara kullanma durumu	Evet	60	11.3
	Hayır	470	88.7
Alkol kullanma durumu	Evet	15	2.8
	Hayır	515	97.2
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	54	10.2
	Hayır	476	89.8

Tablo 2’de görüldüğü üzere bu Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik değerleri TAÖ-20’nin dışa dönük düşünme alt boyutu hariç diğerlerinin tamamında yüksektir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Nomofobi ve Alt Boyutları ile TAÖ-20 ve Alt Boyut Ölçeklerinin Ortalama, Standart Sapma ve Güvenirlik Değerleri (N=530)

Ölçekler	Ort±SS	Min-Max	Cronbach alfa
Nomofobi Toplam Boyutu	76.83±25.00	20-140	.92
Nomofobi Bilgiye Erişememe	16.74±5.90	4-28	.80
Nomofobi Bağlantıyı Kaybetme	19.10±7.96	5-35	.82
Nomofobi İletişime Geçememe	26.30±9.47	6-42	.91
Nomofobi Rahat Hissedememe	15.07±3.30	5-25	.90
TAÖ-20 Toplam Puanı	52.94±10.49	25-83	.78
TAÖ-20 Duyguları Tanımada Güçlük	17.72±5.87	7-35	.82
TAÖ-20 Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve Yetersiz İmajinasyon Yeteneği	13.97±3.74	5-25	.63
TAÖ-20 Dışa Dönük Düşünme	23.05±4.24	11-25	.31

Bu Araştırmada katılımcıların nomofobi ölçeği gruplarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı açısından fark oluşturup oluşturmadığına bakılmıştır. Cinsiyet, bölüm, sınıf, medeni durum, aile tipi, hayatının çoğunun geçtiği yer, Çalışıp Çalışmama, sigara-alkol içip içmeme, herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olma, dernek ya da kulübe üye olup olmama, sosyal faaliyetlere katılıp katılmama değişkenlerinden hiç birinin fark oluşturmadığı görülmüştür (p>0.05).

Ayrıca katılımcıların kendilerine ilişkin algıları da değerlendirilmiş olup birden çok yanıt verdikleri bu değerlendirme tipinde katılımcıların %96.3’ü kendini adil, %92.8’i sorumluluk sahibi, %93.8’i yeni fikirlere açık, %88.6’sı kendine güvenen, %81.9’u azimli, %79.9’u Araştırmacı, %86.2’si sorgulayıcı, %70.6’sı yaratıcı, %69.5’i risk alan kişi olarak gördüğü tespit edilmiştir.

Araştırmadaki katılımcıların günde ortalama 5.46±3.14 saat telefon kullandıklarını bildirdikleri görülmüştür. Akıllı telefonu kullanma amaçları da Araştırılmış olup (birden fazla olacak şekilde belirttikleri yanıtlarda) %62.1’i sosyal ağ, %5.9’u müzik, %43.3’ü sözel yolla görüşmeler yapmak, %72.9’ whatsapp görüşmeleri yapmak, %35’i film izlemek, %34.7’si mesajlaşmak, %39.1’i internete girmek, %22.7’si oyun oynamak için kullandığını belirtmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Nomofobi ve TAÖ-20 Puan ortalamalarının Sosyo-demografik özelliklerine Göre Dağılımı (N=530).

Sosyo-Demografik Özellikler		Nomofobi	Test Değeri	TAÖ-20	Test Değeri
		Ort±SS Mean Rank		Ort±SS Mean Rank	
<b>Cinsiyeti</b>	Erkek	226.62	U=13842.50 <b>p=.019</b>	284.75	U=15275.00 p=.247
	Kadın	271.71		262.42	
<b>Bölüm</b>	Hemşirelik	268.50	U=31942.00 p=.561	277.27	U=29040.00 <b>p=.022</b>
	Ebelik	260.51		245.93	
<b>Sınıfı</b>	1.sınıf	261.42	KW=11.77 <b>p=.008</b>	261.63	KW=1.804 p=.614
	2.sınıf	232.97 <sup>a,b</sup>		257.71	
	3.sınıf	284.87 <sup>a</sup>		281.61	
	4.sınıf	291.07 <sup>b</sup>		263.65	
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek aile	76.44±25.43	F=.380 p=.684	52.57±10.11	F=.485 p=.616
	Geniş aile	79.10±22.19		53.43±11.53	
	Parçalanmış aile	76.35±27.26		50.64±15.74	
<b>Uzun süre ile yaşanan yer</b>	Köy	71.53±27.34	F=2.426 <b>p=.089</b>	50.66±10.27	F=1.917 p=.148
	Kasaba	75.73±25.18		52.24±10.55	
	İl/Büyükşehir	78.77±24.19		53.37±10.49	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	74.28±28.19	U=.572 p=.601	53.92±8.84	U=1.881 p=.536
	Çalışmıyor	76.96±24.85		52.58±10.57	
<b>Gelir düzeyi algıları (n=519)</b>	Düşük	71.10±24.51	F=2.370 p=.095	53.43±11.12	F=.328 p=.720
	Orta	77.78±24.90		52.47±10.40	
	Yüksek	73.33±24.60		51.50±12.24	
<b>Kronik hastalık</b>	Var	77.92±27.82	t=.337 p=.736	56.07±10.78	t=2.543 <b>p=.011</b>
	Yok	76.71±24.69		52.26±10.40	

Araştırmada sigara kullanma, alkol kullanma, herhangi bir dernek ya da kulübe üye olma, sosyal faaliyetlere katılma değişkenlerinin hem nomofobi hem de TAÖ-20 puanı açısından anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Tablo 3’de görüldüğü üzere; kadın olanların, 3. Sınıfta bulunanların, hayatının çoğunluğunu il/büyükşehirde geçirenlerin nomofobi puan sıralamalarının daha yüksek olduğu bununda anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05). Hemşirelik bölümündekilerin ve kronik hastalığa sahip olanların ise TAÖ-20 puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05).

Tablo 4 de görüldüğü üzere günlük telefonu kullanma süresi ile hem nomofobi hem de aleksitimi puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Ayrıca Araştırmada nomofobi ile aleksitimi puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 4.** Katılımcıların Yaş, Günlük Telefon Kullanım Süresi ve Nomofobi, TAÖ-20 Puanları Arasındaki İlişki\* (N=530)

		Yaş	Süre	Nomofobi	TAÖ-20
<b>Yaş</b>	Rho	1			
	p	-			
<b>Süre</b>	Rho	-.064	1		
	p	.145	-		
<b>Nomofobi</b>	Rho	.049	.130**	1	
	p	.265	.003	-	
<b>TAÖ-20</b>	Rho	-.008	.087	.327**	1
	p	.847	.047	.000	-

\*Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

## SONUÇ

Katılıcıların nomofobi puanları orta düzeyde bulunmuştur. Aleksitimi puan ortalamaları ölçek puan ortalamasının yarısı düzeyindedir. Sosyo-demografik özelliklerin hiçbirisi ile nomofobi gruplamaları arasında fark bulunmamıştır. Kadın olmanın, üçüncü sınıfta olmanın hayatının büyük kısmını ilde geçirmenin nomofobi puan ortalaması açısından fark oluşturduğu, hemşirelik bölümünde olmanın ve kronik hastalığa sahip olmanın ise aleksitimi puan ortalaması Açısından fark oluşturan durumlar olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada nomofobi ile aleksitimi puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## KAYNAKLAR.

STATİSTA 2019. <https://www.statista.com/statistics> E.T. 01.03.2019

TÜİK 2004-2018. <http://www.tuik.gov.tr/Hanelerde> Bilişim Teknolojileri Kullanımı) E.T. 01.03.2019

**Gezgin DM, Şahin YL, Yıldırım S.** Sosyal Ağ Kullanıcılarının Nomofobi Düzeylerinin Çeşitli Faktörler Açısından İncelenmesi. Eğitim Teknolojisi Kuram Ve Uygulama 2017;7(1):1-15

**Sırakaya M.** Ön Lisans Öğrencilerinin Nomofobi Düzeylerinin Akıllı Telefon Kullanım Durumlarına Göre İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2018;14(2):714-727 DOI: 10.17860/mersinefd.359458

**King ALS, Valença AM, Silva ACO, Baczynski T, Carvalho MR, & Nardi AE.** Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia?. Computers in Human Behavior, 2013; 29(1), 140-144

**Yildirim C, Correia AP.** Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. Computers in Human Behavior, 2015; 49, 130-137.

**BAHI RR, DELULIIS D.** “Nomophobia”, (Ed.) Yan, Z., Encyclopedia of Mobile Phone Behavior 2015; (Volumes 1,2&3), IGI Global, Hershey, PA.

**Erdem H, Kalkan G, Türen U, Deniz M.** Üniversite Öğrencilerinde Mobil Telefon Yoksunluğu Korkusunun (Nomofobi) Akademik Başarıya Etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2016, C.21, S.3, s.923-936.

**Aguilera-Manrique G, MaÂrquez-HernaÂndez VV, Alcaraz-CoÂrdoba T, Granados-GaÂmez G, GutieÂrrez-Puertas V, GutieÂrrez-Puertas L.** The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. PLoS ONE 13(8): e0202953. 2018; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202953>

**McBride DL, LeVasseur SA, Li D.** Non-work-related use of personal mobile phones by hospital registered nurses. JMIR mHealth and uHealth. 2015; 3(1):e3. <https://doi.org/10.2196/mhealth.4001> PMID:25586982

**Aguilera-Manrique G, MaÂrquez-HernaÂndez VV, Alcaraz-CoÂrdoba T, Granados-GaÂmez G, GutieÂrrez-Puertas V, GutieÂrrez-Puertas L.** The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. PLoS ONE 2018; 13(8): e0202953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202953>

**Heshmati R, Allahverdipour H, Tabatabaei MG, Kamrani S.** Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A study of patients with schizophrenia spectrum disorders. Procedia – Social and Behavioral Sciences 2011;30:771-775. **Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaert S.** Alexithymia and interpersonal problems. Journal Of Clinical Psychology 2007;63:109-117

**Taylor GJ, Bagby MR, Ryan DP, et al.** Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychosomatic Medicine 1988;50:500-509

**Lane RD, Sechrest L, Riedel R.** Socio demographic correlates of alexithymia. Comprehensive Psychiatry 1998;39(6):377-385.

**Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J.** Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;46:75-82.

**Sifneos PE.** The Prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1973;22(2):255-262.

**Rufer M, Moergeli H, Moritz S, Drabe N, Weidith S.** Alexithymia and non-treatment: An Internet based study of 312 people with chronic anxiety. *Comprehensive Psychiatry* 2014;55:179-187

**Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA.** Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:235-24

**Yıldırım C, Correia AP (2015).** “Exploring The Dimensions of Nomophobia: Development and Validation of A Self-Reported Questionnaire”, *Computers in Human Behavior*, 2015; 49: 130-137

**Yıldırım C, Sumuer E, Adnan M. Yıldırım S.** “A Growing Fear: Prevalence of Nomophobia Among Turkish College Students”, *Information Development*, 2016;32(5):1322–1331. doi:10.1177/02666666915599025

**Köse S, Sayar K, Gulec H, Evren C, Borckardt J.** The Turkish version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): reliability, validity, and factorial structure. *Society of Biological Psychiatry Symposium, Atlanta*. 2005



## THE ANALYSIS OF THE ERROR RESOURCES IN THE PREANALITIC PROCESS WITH THE FMEA METHOD IN CLINICAL MICROBIOLOGY LABORATORY

Ülkü VERANYURT  
Ali ARSLANOĞLU  
Aybüke ARIĞ

### ABSTRACT

**Objective:** To describe where and how the preanalytical error occurred in the Microbiology Laboratory with the FMEA method and to offer solutions and to investigate the role of education in error prevention / mitigation.

**Materials and Methods:** This study was performed by the FMEA Risk Assessment Team. In the second half of 2018, the laboratory errors were recorded for 6 months. Mistakes; the test group, the type of the sample, the unit that sent the instance, and the type of error. Then, the risk and error coefficients of these risks and errors were scored according to the risk calculation and evaluation table criteria. The Risk Priority Count “(RPC) calculation was made for each possible error. The determined numerical values of the components of violence, probability and detectability were multiplied with each other and RPC was found. In September, training was given on the preanalytical process. The effect of preanalytical error on the type, frequency and errors of education was investigated.

**Results:** In this study; 481 (1,2%) of the 38095 samples from the laboratory were found to have 12 basic potential errors for the preanalytical process. There was no acceptance of sampling with 216 points with the highest RPC value, followed by a barcode-free sample with 162 points, a faulty sample with a minimum of 24 points and an inappropriate barcode with 27 points. In September, there was a significant decrease (1.15%). In October (0.65%) and November (0.77%) months, there was a decrease in the error rate compared to September. In December (1.95%) the error rate has increased.

**Conclusions:** The FMEA method can be used as a risk control mechanism that can be applied at all stages of the hospital. Therefore, our study was a sample FMEA study for the laboratory preanalytical process and was presented to be shared with the practitioners and academicians.

**Key words:** Preanalytical, FMEA, Education

University of Health Sciences/Healty Care Management/ Turkey/ [ulkuveranyurt@gmail.com](mailto:ulkuveranyurt@gmail.com)

University of Health Sciences/Healty Care Management/ Turkey/ [ali.arslanoglu@sbu.edu.tr](mailto:ali.arslanoglu@sbu.edu.tr)

Maltepe University/Sociology Information/ Turkey/ [aybuke97.arig@gmail.com](mailto:aybuke97.arig@gmail.com)

### GİRİŞ

Günümüzde laboratuvar testleri, Tıbbın birçok alanında tanı, tedavi ve takipte önemi artmaktadır. Klinisyen muayenesini yaptığı hastalarda laboratuvar test Sonuçlarının güvenilir olması istenmektedir. Fakat bazı laboratuvar sonuçlarında istenmeyen sonuçlar çıkabilmektedir. Hatalı laboratuvar Sonuçlarının oluşmasında farkına varılamayan veya etki edemediğimiz faktörler mevcuttur (Romero A. ve ark. 2009). Klinisyen tarafından verilen tıbbi kararların %70 kadarında laboratuvar sonuçlarını göz önüne alındığı Çalışmalarda gösterilmiştir (Hallworth MJ, 2011). Bundan ötürü hastalığın tespiti, sınıflandırılması, tedavisi ve takibi gibi süreçlerde güvenilir laboratuvar test sonuçları oldukça önemlidir.

Test süreci; klinisyenin testi istemeye karar vermesinden, laboratuvar sonucunun raporlanıp klinisyen tarafından değerlendirilmesine kadar geçen süreyi kapsar. Günümüzde bu aşamalar 5 farklı basamakta ele alınmaktadır. Klinisyenin test istemini planlanıp ve istemi yapması prepreanalitik evre, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar olan aşama preanalitik evre, örneğin analiz aşaması analitik evre, laboratuvar Sonuçlarının kontrol edilerek onaylanması aşaması postanalitik evre ve sonucun değerlendirilerek kararda kullanılması aşaması da postpostanalitik evre olarak isimlendirilmektedir (Plebani M., 2010). Yukarıda belirtilen; preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlerin değerlendirilmesinde her bir evreye özgü kalite indikatörlerinin kullanılması gerekmektedir. Kalite indikatörleri, bir sürecin kantitatif olarak değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Yani; o sürecin kalitesinin nicelik kazanmasını sağlamaktadır. Bu şekilde, bir önceki belirlenen laboratuvar verilerine veya literatürden elde edilen verilere göre belirlenmiş

hedef değerlerle Karşılaştırma yapılmaktadır. Bir sürece ait kalite indikatörüne ilişkin veri, belli zaman aralığında sürekli olarak toplanır, analiz edilir ve hedef değer ile karşılaştırılarak sürecin performansı değerlendirilir (Shahangian S, Snyder S., 2009). Uluslararası kabul edilmiş laboratuvar süreçlerine ilişkin kalite indikatörleri mevcut değildir. Bundan dolayı FMEA yöntemini indikatör olarak kullanarak preanalitik süreçteki hataların kaynakları, sıklığı Araştırdık.

Preanalitik süreçler laboratuvar dışı birimlerin de katılımını gerektirdiğinden standardize edilmesi diğer süreçlere göre biraz daha zordur ve hataların çoğunluğunun bu süreçte meydana geldiği yayınlarda bildirilmiştir. Başka bir Çalışmada preanalitik süreç hataları, toplam süreç hatalarının %46-68,2'sini oluşturduğu gösterilmiştir (Dağlıoğlu G., 2009).

Bir Sağlık kurumunda Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta ve personelin göreceği zararlar vardır. Bunlar sırası ile hasta Açısından yaralanma, hastanede kalış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölümlerle, Sağlık Çalışmanı Açısından ise daha çok hastalığa maruz kalma ve yaralanma gibi risklerin kontrolü bağlamında, başta yüksek riskli alanlar olmak üzere tüm süreçlerdeki risklerin analiz ve değerlendirilmesine yönelik proaktif yöntemlere gereksinim vardır. Bu yöntemler düzeltici faaliyetlerden ziyade önleyici faaliyetler üzerine kurgulanmalıdır. Bu noktada kullanılabilir önleyici yaklaşımlardan biri de Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)'dir. Hata Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA) olarak Türkçeye çevrilebilecek olan FMEA, genel anlamda faaliyet sahasındaki tehlikelerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ile kontrol ve önleme faaliyetlerinin sıraya konulmasında kullanılabilir uygun bir yöntemdir (Aydın, Celal, 2010).

Bir FMEA Çalışması genellikle beş adımda gerçekleştirilmektedir. Bu adımlar (<https://www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/FMEA2.pdf>, erişim: 30.03.2019);

**1. Adım Konu ya da Sürecin Belirlenmesi:** FMEA uygulanacak yüksek riskli sürecin belirlenmesidir.

**2. Adım FMEA Çalışması Yapacak Takımın Kurulması:** FMEA için, çeşitli analiz yöntemlerini kullanacak multidisipliner takım üyelerinin belirlenmesi gerekmektedir.

**3. Adım Sürecin grafik olarak tarif edilmesi:** Ele alınacak sürecin akış diyagramının belirlenmesi faaliyetidir.

**4. Adım Analiz Aşaması (FMEA):** FMEA Çalışma kâğıdında listelenen hata türleriyle FMEA takımı her hata türünü gözden geçirir ve olabilecek hataların potansiyel etkilerini belirler. Hata türü belirlendikten sonra hata türünün şiddet, olasılık ve fark edilebilirliğin, olası nedenleri ile birlikte genellikle karar ağacı kullanarak bulunması adımıdır.

**5. Adım Hareket Tarzı Belirleme ve Çıktıların Ölçümü:** Sistemli bir problem çözme işlemi kullanarak yüksek riskli olan hata türlerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması için eylemin belirlenmesi ve vurgulanması gerekir. İdealde hata türleri komple ortadan kaldırılmalıdır.

Bu Çalışmanın amacı FMEA yöntemi ile preanalitik hatanın nerede ve nasıl meydana geldiğini tanımlamak ve çözüm önerileri sunmak. Mikrobiyoloji laboratuvarında ki preanalitik hata kaynaklarının tipi, sıklığı ve hataları önlemede eğitimin rolünü Araştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu Çalışma Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Cerrahisi E.A.H. Mikrobiyoloji laboratuvarına hafta içi gündüz mesai saatleri içinde 01.06.2018-31.12.2018 tarihleri arasında gelen örneklere ait hatalar 6 ay boyunca kaydedildi. Hatalar; test grubuna, örnek tipine, örneği gönderen birime (Tablo 1), hata türüne (Tablo 4) göre gruplandırıldı. Preanalitik sürecin farklı basamaklarındaki hata oranları FMEA yöntemini kullanarak belirlendi. Eylül ayında preanalitik süreç ile ilgili eğitim verildi. Düzeltme oranları hesaplandı. Eğitimin preanalitik hata kaynaklarının tipi, sıklığı ve hatalarına etkisi Araştırıldı.

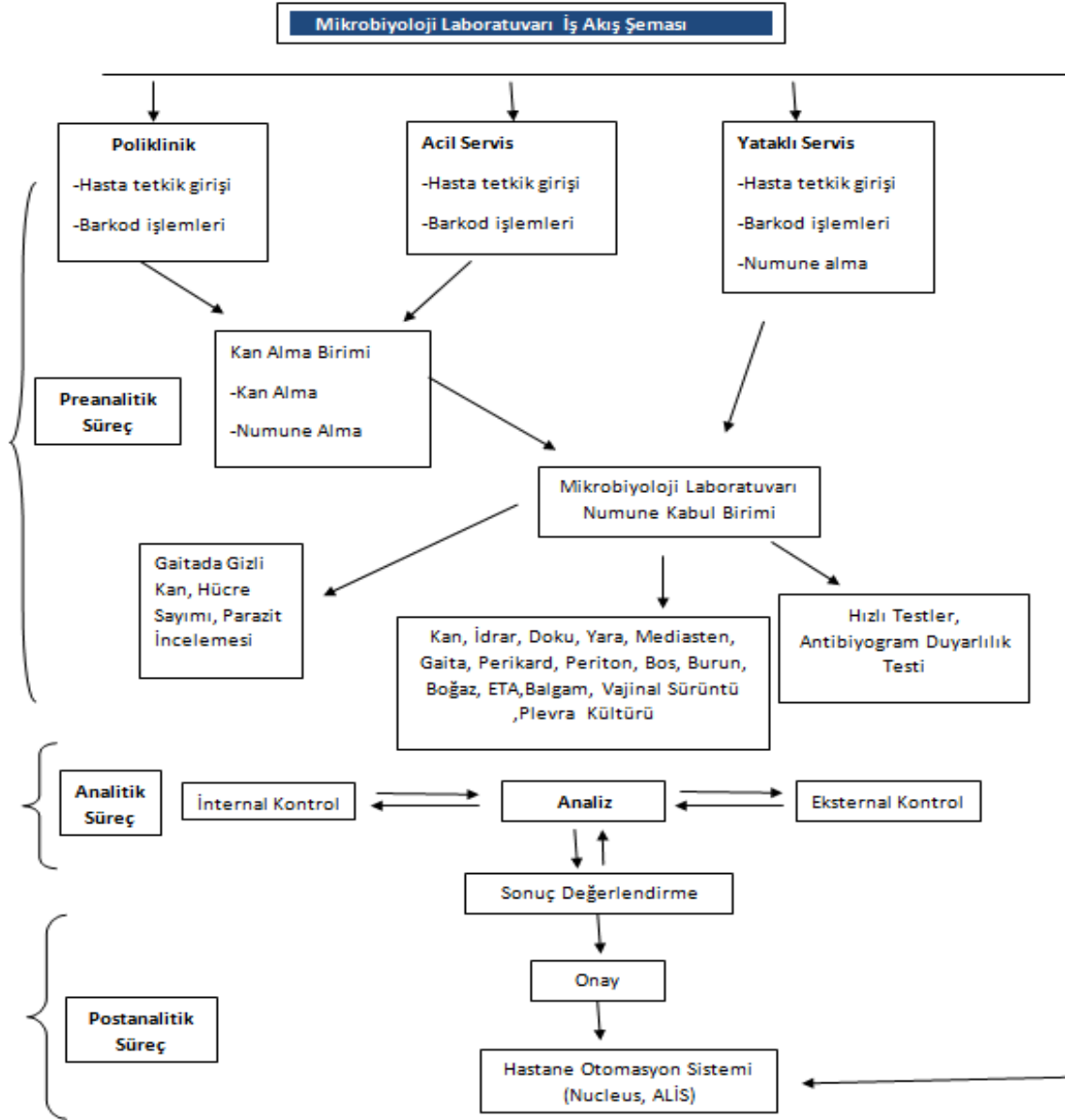
Üçüncü basamak dal hastanesi olan Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde sırasıyla; acil servis, poliklinikler, Erenköy polikliniği, ameliyathane ve yataklı servislerde (CYB-A, CYB-B, CYB-P1, CYB-P2, KYB-A, KYB-B, 1-16 Katlardır) hizmet vermektedir (Tablo 1). Çalışmada Tablo 1'de belirtilen bölümlerden mikrobiyoloji laboratuvarına gelen numunelerden elde edilen

veriler kullanılmıştır.

<b>Hatanın Gerçekleştiği Birim İsimleri</b>	<b>Hatanın Gerçekleştiği Birimin Kodu</b>
Acil Servis	AS
Poliklinik	P
Erenköy Poliklinik	EP
Ameliyathane	A
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-1	CYB-P1
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-2	CYB-P2
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-A	KYB-A
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-B	KYB-B
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- A Blok	CYB-A
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok	CYB-B
1-16 Katlar	1-16K

**Tablo 1.** Hatanın gerçekleştiği birim ve kodları

Mikrobiyoloji Laboratuvarının Şekil 1’de gösterilen şekilde iş akış şeması mevcuttur. Laboratuvarda süreç klinikler, poliklinikler, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde hekimin hastadan isteyeceği testleri planlamasıyla preanalitik süreç başlamaktadır. Klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde süreç, laboratuvar istem formlarından testlerin istemi ile başlamakta ve otomasyon sekreterlerinin istemleri Hastane İnfomasyon Sistemine (HİS) aktarmasıyla devam etmektedir. HİS-LİS uyumlu veri tabanı ile tüm bilgiler LİS’e iletilmiş olmaktadır. İstem formları örneklerle (vücut sıvıları, kan, idrar, gaita, balgam v.b.) birlikte otomasyon sekreteri tarafından teslim alınır ve örneklere barkod yapıştırılarak pnömotik tüp sistemi (örneklerin taşınmasında kullanılan vakumlu tüp sistemi) ya da kat personeli ile laboratuvar numune kabul ve dağıtım birimine gönderilir. Laboratuvarda numune kabul elemanı tarafından örneklerin uygun olup olmadığı kontrol edilir. Bu aşamada preanalitik süreç sonlanır ve analitik süreç başlar. Örneklerin kabul ve sınıflandırma işleminin ardından numune dağıtım elemanları tarafından örnekler analiz için ilgili birime iletilir. Sorumlu teknisyen/biyolog tarafından testin ön işlemin gerekli olup olmadığı gözden geçirilir ve sonrasında örnekler çalışılır ve analiz evresi tamamlanmış olur. Postanalitik evre başlayarak sonuçlar sorumlu teknisyen/biyolog tarafından gözden geçirildikten sonra teknik onay verilir.



**Şekil 1.** Mikrobiyoloji laboratuvarı iş akış şeması

Gerektiğinde uzman onayı ve imzası sonrasında sonuçlar raporlanır. Gerekli onay işlemlerinden sonra LİS'e aktarılan sonuç bilgileri yine LİS-HİS uyumu ile ilgili birimlere elektronik ortamda ulaştırılır ve postanalitik evre tamamlanmış olur. Bütün bu süreçlerde takip edilmesi gereken talimatlar ve prosedürler doğrultusunda işleyiş gerçekleştirilir (Şekil 1). Tüm bu süreçlerin kayıtlarına ise Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarının bilgi sisteminden ulaşılabilir.

Mikrobiyoloji laboratuvarında sırasıyla; kültürler (plevra sıvısı, kan, burun, yara, vajen-serviks, idrar, gaita, trakeal aspirat, aspirat, mediasten, kateter, balgam ve doku biyopsisi), gaitada gizli kan, VRE, KDE, direkt parazit incelenmesi, periferik yayma ve toksin gibi testler çalışılmaktadır (Tablo 2).

Test Adı

Plevra Sıvısı Kültürü	Trakeal Aspirat Kültürü
Kan Kültürü	Aspirat kültürü
Burun Kültürü	Mediasten Kültürü
Yara Kültürü	Kateter Kültürü
Vajen-Serviks Kültürü	Direk parazit incelenmesi (manuel)
Gaitada Gizli Kan	Periferik yayma
İdrar Kültürü	Doku biyopsisi kültürü
VRE (Vankomisin Dirençli Enterekok)	Balgam Kültürü
KDE (Karbapenem Dirençli Enterekok)	Toksin (Gaitada Toksin A-B)
Gaita Kültürü	

**Tablo 2.** Mikrobiyoloji laboratuvarında Çalışılan testler

Bu Çalışmada; FMEA sisteminin uygulanması ve laboratuvar preanalitik sürecine yönelik hazırlanmış hata türü ve etkileri analizi için Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Cerrahisi E.A.H. çalışan mikrobiyoloji uzmanı, biyolog ve laboratuvar teknisyen/teknikerleri ile oluşturulan FMEA Risk Değerlendirme Takımı oluşturuldu.

- 1. Adımda süreç belirlendi:** Preanalitik Süreç
- 2. Adımda FMEA Çalışması yapacak takımın kuruldu:** Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Cerrahisi E.A.H. Çalışan mikrobiyoloji uzmanı, biyolog ve laboratuvar teknisyeni / teknikerleri ile oluşturulacak FMEA Risk Değerlendirme Takımı kuruldu.
- 3. Adımda sürecin grafik olarak tarif edildi:** Preanalitik sürecin akış diyagramı Şekil 1’de Mikrobiyoloji laboratuvarı iş akış şemasının da süreç detaylı olarak tarif edildi.
- 4. Adımda analiz aşaması yapıldı:** Elde ettiğimiz veriler analiz edildi ve Çalışmanın bulgular kısmında detaylı bir şekilde analiz sonuçları açıklandı.
- 5. Adımda hareket tarzı belirleme ve çıktıların ölçümü:** İdealde hata türleri komple ortadan kaldırılma olduğu için bizim hedefimizde hatayı komple ortadan kaldırma ya da sıklığını daha aza indirme olmaktadır. Bu sebeple hastane Çalışanlarına yönelik preanalitik süreç ile ilgili eğitimler verildi ve sonuçlar eğitim öncesi ve sonrası verilerle Karşılaştırılarak ölçüm yapıldı.

FMEA Çalışma takımı kurulduktan sonra mikrobiyoloji laboratuvarına gelen tüm hatalı örnekler ilgili biyolog ve laboratuvar teknisyen/teknikerler tarafından kayıt altına alınması için Tablo 3’deki formlar dolduruldu. Tablo 4’te belirtildiği gibi uygunsuzluk sebebinin Çalışan herkes tarafından anlaşılması ve karışıklığa sebep vermemek için örnek olaylarla açıklandı. Gelen numuneler Tablo 4’e bakılarak uygunsuz sebebi tespit edilip Tablo 3’te belirtilen formlar dolduruldu.

Mikrobiyoloji Laboratuvarına Gelen Uygunsuz Örneklerin Listesi Formu				
Tarih	Barkod No	Örnek	Gönderen Birim	Uygunsuzluk Sebebi

**Tablo 3.** Mikrobiyoloji laboratuvarına gelen uygunsuz örneklerin listesi formu

Hata Türü	Hata Türünün Örnek Olay ile Açıklaması	Hata Türü Kodu
Hatalı Test İstemi	Hastadan doku kültürü numunesi alınıp, yara kültürü istemi yapılması	H1
Hatalı Kayıt	X hastasından numune alınıp, Y hastasının adına test istemi yapılması	H2
Hatalı Numune Kabı	Hastadan burun kültürünün jelli swab yerine jelsiz swaba alınması	H3
Uygunsuz Alınmış Numune	Hastadan balgam kültürü için balgam numunesi yerine tükürük numunesi gönderilmesi	H4
Hatalı Kimliklendirilmiş Numune	X hastasının numunesinin üzerine Y hastasının numune barkodunun yapıştırılması	H5
Numune Alma Kabulü Yok	Numune alınan birimde "numune alma kabulü" nün yapılmamasıdır.	H6
Uygunsuz Barkod	Kan kültür şişesinin üzerine barkodun; barkod okuyucu cihazın okumasını engelleyecek şekilde yapıştırılması	H7
Hatalı Barkod	Hastanın kan kültürü şişesine kan gazı barkodunun yapıştırılması	H8
Eksik Barkod	Aynı hastaya ait 2 adet kan kültürü şişesine tek barkod yapıştırılması	H9
Hatalı Barkod Yapıştırılması	Kan kültür şişesinin üzerindeki cihaza okutulan barkod kısmının üzerine hasta barkodunun yapıştırılması.	H10
Barkodsuz Numune	Gönderilen numunenin üzerinde hasta ve numune bilgilerinin bulunduğu test barkodunun olmaması	H11
Hatalı Numune	Hastadan gaita kültürü istemi yapıp, hastanın idrar örneği vermesi.	H12

**Tablo 4.** Hata türleri hata türlerinin örnek olay ile açıklaması ve kodlar

Çalışmamızda; FMEA tekniğini kullanarak olası hatalar tanımlandı. Her bir olası hatanın nedenleri belirlendi, hasta üzerindeki etkileri değerlendirilmesi için Şiddet (S), Olasılık (P), Farkedebilirlik (D) kat sayıları belirlendi. Olasılık hatanın sıklığını; ağırlık, hatanın ciddiyetini (etkisini); Saptama, hatayı ürün müşteriye ulaşmadan tespit etme yeteneğini gösterir. Bu bileşenlerin değerlerini belirlemede pek çok yöntem vardır. Alışılmış yöntem, nümerik skalaların (risk ölçüt tablosu) kullanımınıdır (Yılmaz, A., 1997). Hata Türü ve Etkileri Analizi uygulamasıyla standart bir uygulama süreci henüz yoktur. Çoğunlukla her işletme kendi organizasyon yapısına göre ve isteklerine göre bir uygulama süreci oluşturmuş ve bunu izlemektedir (Durhan D., 2006.).

## 2.1 Olasılık, O (Ortaya çıkma) değerlerinin belirlenmesi

Hatanın ortaya çıkma ihtimali, dikkate alınan sebeplerin bir sonucu olarak, hata önceden keşfedilmeden müşteri veya kullanıcıda hangi ihtimalle ortaya çıkacağını gösterir (Aran G., 2006).

Ortaya çıkma değerini belirlemek için iki farklı yaklaşım mevcuttur (Stamadis, D. H., 1995):

- Birinci yaklaşım, bir hata türü ya da hata neden için ortaya çıkma değerini belirlemektir.
- İkinci yaklaşım, ortaya çıkma değeri hata nedeni ile onun sonucunda ortaya çıkan hata türünün ilişkilendirilmesi ile bulunur. Neden oluşursa, hata türünün de oluşacağı esas alınır. Bu değer, sözü edilen iki olasılık değerinin çarpımından bulunur.

Ortaya çıkma İhtimali	Derece	Derece Hata İhtimali (İşgünü olarak)
Neredeyse hiç	1	<1:1500000
Düşük	2	1:150000
Orta	3	1:15000
	4	1:2000
	5	1:1000
	6	1:200
Yüksek	7	1:100
	8	1:50
Çok Yüksek	9	1:20
	10	1:10

**Tablo 5.** Olasılık, O (Ortaya çıkma) derecelendirme tablosu (Aran G., 2006).

### 2.2.Şiddet, S (Ağırlık) değerlerinin belirlenmesi

Ağırlık, olası hata etkisinin müşteriye yansıyan Sonuçlarının değerlendirilmesidir. Hata ağırlığı etkiye karşılık gelir ve aralarında doğrusal bir ilişki vardır. Hatanın etki düzeyi arttıkça ağırlık da artar. Ağırlık derecesini belirlemek için kullanılan veri kaynakları hata etkisini belirlemede kullanılanlarla aynıdır (Aran G., 2006).

Ağırlık(Müşteriye Etki)	Derece	Kriter
Neredeyse Hiç	1	Hata fark edilmeyecek derecede bir etki yaratmaktadır.
Çok Önemsiz	2	Çok küçük bir tatminsizlik vardır.
Önemsiz	3	Müşteri ürünlerdeki küçük derecedeki bozulmayla hatayı fark etmektedir.
Orta	4	Müşteri hatadan oldukça etkilenmiştir. Üzerinde orta derecede bir tatminsizlik vardır.
	5	
	6	
Yüksek	7	Müşteri hatadan yüksek derecede etkilenmiştir.
	8	
Çok Yüksek	9	Çok yüksek bir şiddetin etkisiyle güvenlik
	10	

**Tablo 6.**Şiddet, S (Ağırlık) derecelendirme tablosu

### 2.3. Farkedebilirlik, D (Tespit) değerinin belirlenmesi

Farkedebilirlik, mevcut kontrollerin hatanın bulunarak müşteriye ulaşmasını engelleme derecesidir. Olası hata türünün, bir sonraki aşamada veya son müşterinin Kullanımı esnasında ortaya çıkacağı varsayıldığından, öngörülen saptama önlemlerinden geçmiş olması gerekir. Bu nedenle, saptama ile ilgili olasılık değeri, ortaya çıktığı varsayılan hata nedeninin ya da şeklinin müşteriye ulaşabilme olasılığı olarak tanımlanır (Aran G., 2006).

Saptama değeri: Analiz edilen birimlerin benzerlerinden, geçmiş dönem verilerinden, ürün iç denetlemelerinden, somut veri olmayan durumlarda grup üyelerinin deneyimlerinden yararlanılarak bulunur.

Tespit (T)	Derece	Kriter
------------	--------	--------

<b>Çok yüksek</b>	1	Hata kolaylıkla tespit edilir.
<b>Yüksek</b>	2 3	Hata açıkça bellidir.
<b>Orta</b>	4 5	Hata orta derecede bilinir
<b>Az</b>	6 7	Hata kontrollerle bilinir
<b>Çok az</b>	8 9	Hata yüksek kontrollerle bilinir
<b>Neredeyse imkânsız</b>	10	Hata olması beklenmez

**Tablo 7.** Farkedebilirlik, D (Tespit) derecelendirme tablosu

#### 2.4. Risk öncelik sayılarının hesaplanması

Risk öncelik sayısı (RÖS), belirlenen olasılık (P), şiddet (S) ve farkedebilirlik (D) değerlerinin çarpılması sonucu elde edilen bir değerdir (Reid, R.Dan, 2005).

Risk Öncelik Sayısı (RÖS) = Olasılık Değeri (P) X Şiddet Değeri (S) X Farkedebilirlik Değeri (D) RÖS değerinin hesaplanmasında, sözel veya olasılıksak olarak tanımlanan risk faktörlerinin belirli bir sayı aralığında atanan değerleri alınır. RÖS ile her bir hata türü (nedeni) için riskler tanımlandığından en büyük RÖS'ye sahip olandan başlayarak uzun dönemde ortadan kaldırılması kısa dönemde en aza indirilmesi için alınacak düzeltici önlemler belirlenir (Aran G., 2006). Değişik uygulamalarda RÖS değerini hesaplamak için farklı risk faktörlerinin de kullanıldığı görülmüştür. Ancak RÖS değeri hesaplanırken vazgeçilemeyecek iki risk faktörü ortaya çıkma ve ağırlıktır. Bir FMEA Çalışmasında, grup üyeleri önceliklerin oluşturulmasında bu iki faktör dışında başka faktörleri de göz önünde bulundurmamak isteyebilir. Bu faktörler şunlar olabilir: Hatanın müşteri beklentilerindeki etkisi, hatanın iç maliyetlerdeki etkisi, Çalışanların tecrübesiz olma olasılığı, hatanın işletmenin diğer süreçlerdeki etkisi. Faktörler saptandıktan sonra RÖS değerinin hesabında kullanılacak yöntem yine ekip tarafından belirlenebilmektedir (Aran G., 2006).

#### 2.5. FMEA formlarının hazırlanması

FMEA Çalışmasında elde edilen bilgileri düzenli olarak tutabilmek ve FMEA sürecini kolaylaştırmak için FMEA formlarından yararlanır. FMEA formlarında,

FMEA türü, Hazırlayanın adı, Ağırlık, FMEA no'su, Proses Fonksiyonu, Ortaya çıkma, FMEA sorumlusu, Olası hata türü, Saptama, Ürün/Sistem/servis adı, Olası hata etkileri, RÖS, FMEA tarihi, Olası hata nedenleri, Önerilen faaliyetler, Revizyon no, Mevcut kontroller, Önlemlerin sonuçları gibi başlıklar bulunmaktadır.

FMEA Türü:						Ürün/Sistem:								
FMEA No:						FMEA Tarihi:								
FMEA Sorumlusu :						Revizyon:								
İşlem	Potansiyel Hata Kodu- Hata Türü	Hatanın Potansiyel Etkileri	Şiddet (S)	Hatanın Potansiyel Nedenleri	Olasılık (P)	Mevcut Kontrol	Fark Edilebilirlik (D)	RÖS(Risk Öncelik Katsayısı)	Önleyen Faaliyetler	Sorumlu/ Hedef Tarih	Faaliyet Sonuçları			
										Gerçekleşen Faaliyet	S	P	D	
Hazırlayan İsim- Soyisim:						Onaylayan İsim- Soyisim:								
İmza						İmza								

**Şekil 2.** FMEA Formu örneği

#### 2.6. Risk öncelik sayısının değerlendirilmesi



Risk öncelik sayıları bulunduktan sonra hatalar bu değere göre sıralanır. Sonuç olarak hatalar kritikliklerine göre sıralanmıştır. Bu aşamadan sonra, RÖS değerleri değerlendirilerek önlem alınacak hata türleri ve alınacak önlemler belirlenir.

## 2.7. Önlem alınacak hata türlerinin belirlenmesi

RÖS değerleri belirlenip hata türleri buna göre sıralandıktan sonra cevap verilmesi gereken soru öncelikleri belirlenmiş bu hatalardan hangileri için önlem alınmalıdır? sorusudur. Bu amaçla uygulanan yöntemlerden bir tanesi RÖS değerleri için sınıf aralıkları oluşturarak bu sınıflar için bir histogram çizmektir. Böylelikle RÖS değerlerinin hangi aralıklarda yoğunlaştığı ve RÖS değerlerinin bariz olarak ayrıldığı noktalar belirlenebilir. Daha sonra bu ayrımlara göre öncelikli olarak önlem alınması gereken hata türleri saptanır.

FMEA uygulamalarında RÖS değerlerine göre düzeltici önlem alma kararları şu ölçütlere göre yapılmaktadır; RÖS < 40 ise önlem almaya gerek yoktur.  $40 \leq RÖS \leq 100$  önlem alınmasında fayda vardır. RÖS > 100 ise mutlaka önlem alınması gerekir (Anonim, 1998).

## BULGULAR

Çalışma FMEA Çalışması, 2018 yılının ikinci yarısında bir kamu hastanesinde yapılmış olup, veriler aşağıda bir tablolar halinde verilmiştir. Çalışmamızda 2018 yılı 2. yarı yılında Temmuz ayında 5850 örnekten %1,44 (84), Ağustos ayında 5144 örnekten %1,77 (91)'si, Eylül ayında örnekten 5905 %1,15 (68), Ekim ayında 7398 örnekten %0,65 (48), Kasım ayında 6713 örnekten %0,77 (52), Aralık ayında 7085 örnekten %1,95 (138)'i hatalı olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. 2018 2. Yarı yılda toplam gelen numune sayısı ve hata oranları

Çalışmada toplam 481 hata tespit edilmiştir. Hata türlerinin nedenleri incelendiğinde; 311 (%64,66) örnekte numune alma kabulü yok ile en yüksek görülen hata sebebidir. Örneklerin 100 (%20,79)'ünde hatalı barkod yapılandırılması, 32 (%6,65)'sinin barkosuz numune olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Hata Türü	Hata Sayısı	% Hata
-----------	-------------	--------

Hata Türü	Sayı	Oran (%)
Hatalı Test İstemi	8	%1,7
Hatalı Kayıt	1	%0,2
Hatalı Numune Kabı	20	%4,2
Uygunsuz Alınmış Numune	1	%0,2
Hatalı Kimliklendirilmiş Numune	1	%0,2
Numune Alma Kabulü Yok	309	%64,2
Uygunsuz Barkod	3	%0,6
Hatalı Barkod	2	%0,4
Eksik Barkod	3	%0,6
Hatalı Barkod Yapıştırılması	100	%20,8
Barkodsuz Numune	32	%6,7
Hatalı Numune	1	%0,2
<b>Genel Toplam</b>	<b>481</b>	<b>%100</b>

**Tablo 8.** Hata türlerindeki hata sayısı ve % oranları

Hatanın gerçekleştiği birimler incelendiğinde sırasıyla; Katlar (1-16), Acil Poliklinik, Ameliyathane, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi (A-B Blok, Pediatri 1-2), Erenköy Polikliniği, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (A-B) ve Polikliniklerdir. Hatalı numuneleri laboratuara gönderen birimler sırasıyla %43,24 (208)'ü 1-16 katlardan, %12,06 (58) Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi Pediatri 1 ve Poliklinikler, %8,52 (41)'si Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi Pediatri 2'dir (Tablo 9).

Hatanın Gerçekleştiği Birim	Hata Sayısı	% Hata
<b>Katlar (1-16)</b>	208	%43,24
<b>Acil Poliklinik</b>	15	%3,12
<b>Ameliyathane</b>	5	%1,04
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- A Blok</b>	8	%1,66
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok</b>	46	%9,57
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-1</b>	58	%12,06
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-2</b>	41	%8,52
<b>Erenköy Poliklinik</b>	19	%3,95
<b>Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-A</b>	17	%3,53
<b>Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-B</b>	6	%1,25
<b>Poliklinik</b>	58	%12,06
<b>Genel Toplam</b>	<b>481</b>	<b>%100</b>

**Tablo 9.** Hatanın gerçekleştiği birimlerdeki hata sayısı ve % oranları

Mikrobiyoloji Laboratuvarında; çeşitli kültürler (aspirat, balgam, boğaz, burun, doku biyopsisi, gaita, idrar, kan, katater, mediastan, periton, plevra, trakeal, vajen-serviks, yara), gaitada gizli kan, toksin, periferik yayma, KDE ve VRE çalışılmaktadır. Laboratuvarında çalışılan testlerden en fazla hata oranı %25,57 (123)'si kan kültürü, %16,22 (78)'si burun kültürü, %12,06 (58)'si yara kültürüdür (Tablo 10).

Test Adı	Hata Sayısı	% Hata
Aspirat Kültürü	4	%0,83
Balgam Kültürü	10	%2,08
Boğaz Kültürü	10	%2,08
Burun Kültürü	78	%16,22
Direk parazit incelenmesi (manuel)	7	%1,46
Doku biyopsisi kültürü	8	%1,66
Gaita Kültürü	7	%1,46
Gaitada Gizli Kan	5	%1,04
İdrar Kültürü	47	%9,77
Kan Kültürü	123	%25,57
Katater Kültürü	3	%0,62
KDE	30	%6,24
Mediasten Kültürü	1	%0,21
Periferik Yayma	3	%0,62
Periton sıvı Kültürü	2	%0,42
Plevra Sıvısı Kültürü	6	%1,25
Toksin	1	%0,21
Trakeal Aspirat Kültürü	15	%3,12
Vajen-Serviks Kültürü	13	%2,70
VRE	47	%9,77
Yara Kültürü	58	%12,06
Genel Toplam	481	%100

**Tablo 10.** Mikrobiyoloji laboratuvarında yapılan testlerdeki hata sayıları ve % oranları

FMEA analizi esnasında, Şiddet (S), Olasılık (O) ve Fark edilebilirlik (F) katsayıları belirlenmesi ve Risk Öncelik Sayısı (RÖS) belirlenmesi ve değerlendirilmesi esnasında Reid (12) tarafından belirtilen hesaplama ve değerlendirme tabloları esas alınmıştır. Bu tablolar esas alınarak laboratuvar da meydana gelen hataların Olasılık, Şiddet, Fark edilebilirlik kat sayıları Tablo 7’de ki gibi verilmiştir. Bu kat sayılar hatanın olma sıklığı, hatanın meydana gelme olasılığı, mevcut hatanın sayısı dikkate alınarak verilmiştir. Örneklerin numune kabulünün olmaması olasılığı en yüksek 8, hatalı barkod yapıştırılması 3, barkotsuz numune 2, diğerleri 1 olarak belirlenmiştir.

FMEA uygulamalarında RÖS değerlerine göre düzeltici önlem alma kararları şu ölçütlere göre yapıldı.

- RÖS < 40 ise önlem almaya gerek yoktur.
- $40 \leq RÖS \leq 100$  önlem alınmasında fayda vardır.
- RÖS > 100 ise mutlaka önlem alınması gerekir

Yukarıdaki ölçütleri dikkate aldığımızda RÖS değerleri >100 olan hata türleri incelendiğinde; numune alma kabulü yok 216 ile en yüksek puanlı hata türü çıkmıştır diğeri ise 162 puanla barkotsuz numunedir. Bu hata sebepleri ile ilgili mutlaka önlem alınması gerekmektedir.  $40 \leq RÖS \leq 100$  arasında olan hata türleri incelendiğinde; 42 puanla hatalı test istemi, 45 puanla hatalı kimliklendirilmiş numune, 54 puanla hatalı barkod yapıştırılması ve hatalı barkod, 56 puanla uygunsuz alınmış numune, 63 puanla hatalı numune kabı olduğu bulunmuştur. Bu hata türleriyle ilgili önlem alınmasında fayda olacaktır. Diğer hata türleri RÖS < 40

olduğu için önlem almaya gerek yoktur. Fakat hizmet içi eğitimlerle, Çalışanların bu hataları yapmaları engellenmeli eğer yapılabiliriyorsa önlenmelidir (Tablo 11).

Hata Türü	Hata Türü Kodu	Hata Sayısı	Olasılık (P)	Şiddet (S)	Fark Edilebilirlik (F)	RÖS
Hatalı Test İstemi	H1	8	1,0	7,0	6,0	42
Hatalı Kayıt	H2	1	1,0	6	6	36
Hatalı Numune Kabı	H3	20	1,0	7	9	63
Uygunsuz Alınmış Numune	H4	1	1,0	7	8	56
Hatalı Kimliklendirilmiş Numune	H5	1	1,0	9	5	45
Numune Alma Kabulü Yok	H6	309	8	3	9	216
Uygunsuz Barkod	H7	3	1	3	9	27
Hatalı Barkod	H8	2	1	6	9	54
Eksik Barkod	H9	3	1	4	9	36
Hatalı Barkod Yapıştırılması	H10	100	3	2	9	54
Barkodsuz Numune	H11	32	2	9	9	162
Hatalı Numune	H12	1	1	6	4	24

**Tablo 11.** Hata türlerinin olasılık, şiddet, farkedebilirlik, ve RÖS değerleri

Her bir hata sebebine ayrı bir form hazırlandı ve risk öncelik puanlarının, potansiyel hata etkilerini bütünselliği sağlamak açısından, literatürle de uyumlu şekilde tek bir parça halinde verilmiştir. FMEA analizi esnasında, Şiddet(Ş), Olasılık(O) ve Farkındalık (D) katsayıları belirlenmesi ve Risk Öncelik Sayısı (RÖS) belirlenmesi ve değerlendirilmesi esnasında Reid (12) tarafından belirtilen hesaplama ve değerlendirme tabloları esas alınmıştır.

#### **Form 1. Hatalı test istemi (H1)**

Hatalı test istemi gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebilir; hastadan doku kültürü numunesi alınıp, doktor veya veri giriş elemanı tarafından yara kültürü istemi yapılmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %1,7 bulunmuştur. RÖS değeri 42 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

#### **Form 2. Hatalı Kayıt (H2)**

Hatalı kayıt gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebilir; X hastasından numune alınıp, Y hastasının adına test istemi yapılmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,2 bulunmuştur. RÖS değeri 36 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

#### **Form 3. Hatalı Numune Kabı (H3)**

Hatalı numune kabı gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebilir; hastadan burun kültürünün jelli swab yerine jelsiz swaba alınmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %4,2 bulunmuştur. RÖS değeri 63 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

#### **Form 4. Uygunsuz Alınmış Numune (H4)**

Uygunsuz alınmış numune gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebilir; hastadan balgam kültürü için balgam numunesi yerine tükürük numunesi gönderilmesidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen

hata oranı %0,6 bulunmuştur. RÖS değeri 56 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

#### **Form 5. Hatalı Kimliklendirilmiş Numune (H5)**

Hatalı kimliklendirilmiş numune gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; X hastasının numunesinin üzerine Y hastasının numune barkodunun yapıştırılmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,2 bulunmuştur. RÖS değeri 45 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

#### **Form 6. Numune Alma Kabulü Yok (H6)**

Numune alma kabulü yok gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; numune alınan birimde ‘‘numune alma kabulü’’ nün yapılmamasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %64,2 bulunmuştur. RÖS değeri 216 olduğundan mutlaka önlem alınması gerekir. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

#### **Form 7. Uyumsuz Barkod (H7)**

Uyumsuz barkod gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; kan kültür şişesinin üzerine barkodun; barkod okuyucu cihazın okumasını engelleyecek şekilde yapıştırılmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,6 bulunmuştur. RÖS değeri 27 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

#### **Form 8. Hatalı Barkod (H8)**

Hatalı barkod gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; hastanın kan kültürü şişesine kan gazı barkodunun yapıştırılmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,4 bulunmuştur. RÖS değeri 54 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

#### **Form 9. Eksik Barkod (H9)**

Eksik barkod gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; aynı hastaya ait 2 adet kan kültürü şişesine tek barkod yapıştırılmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,6 bulunmuştur. RÖS değeri 36 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

#### **Form 10. Hatalı Barkod Yapıştırılması (H10)**

Hatalı barkod yapıştırılması gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; kan kültür şişesinin üzerindeki cihaza okutulan barkod kısmının üzerine hasta barkodunun yapıştırılmasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,4 bulunmuştur. RÖS değeri 54 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

#### **Form 11. Barkodsuz Numune (H11)**

Barkodsuz numune gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; gönderilen numunenin üzerinde hasta ve numune bilgilerinin bulunduğu test barkodunun olmamasıdır. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %6,7 bulunmuştur. RÖS değeri 162 olduğundan mutlaka önlem alınması gerekir. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur. Zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

## Form 12. Hatalı Numune (H12)

Hatalı numune gerçek yaşanmış bir olayla şöyle gerçekleşebiliyor; hastadan gaita kültürü istemi yapıp, hastanın idrar örneği vermesidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,2 bulunmuştur. RÖS değeri 24 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Preanalitik hatalar, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar gerçekleşen süreçte meydana gelen hatalardır ve toplam test sürecindeki hatalarda en büyük paya sahiptir (Bonini P ve ark., 2002). Uygunsuz ve kalitesiz örneklerin analiz edilerek raporlanması tıbbi kararlarda hatalara sebep olmaktadır (Hallworth MJ., 2002).

Bu nedenle, doğru ve zamanında sonuç üretimi Açısından toplam test sürecinin her basamağındaki hataların saptanması, düzeltilmesi ve önlenmesi önem taşır.

Preanalitik hatalar laboratuvarında test sonuçlarını dramatik olarak etkilemektedir. Preanalitik değişkenlerin laboratuvar test sonuçları üzerine etkileri bilinmeli ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Kontrol edilebilecek preanalitik değişkenlerin çoğu örnek alınmasıyla ilişkilidir (Burtis C., 2005).

Laboratuvar sürecini, hata türleri ve etkileri analizi Açısından değerlendirmeden önce laboratuvar sürecindeki iş akışının çok iyi analiz edilmesi, süreçte hangi evreler bulunduğunun tespit edilmesi ve bu evrelerin her birinde oluşabilecek hata türlerinin ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda bir laboratuvarında iş akışı preanalitik, analitik ve postanalitik evre olmak üzere üç ana bölümde sınıflanmakta ve her evrede farklı teknolojiler kullanılmaktadır. Klinik laboratuvarlar da oluşacak hataların büyük bölümünün preanalitik evrede yapıldığı açık olarak bilinmektedir (Akın, K. Okhan, 2009).

FMEA Risk Değerlendirme Takımı tarafından, mikrobiyoloji laboratuvarı preanalitik sürecine ilişkin olarak 12 adet temel potansiyel hata tespit edilmiştir. Bu risk ve hataların potansiyel etkileri ve potansiyel nedenleri belirlendikten sonra, bu risk ve hataların şiddet, olasılık ve farkedilebilirlik risk hesaplama ve değerlendirme tablosu kriterlerine göre puanlanmıştır (Reid, R.Dan, 2005). Yöntemin uygulanması esnasında, hatanın frekansını belirten “olasılık”, hatanın ciddiyetini belirten “şiddet” ve hatanın hastaya ulaşmadan tespit edilmesini belirten “tespit” kat sayısı bileşenleri kullanılmıştır.

Bu puanlamadan sonraki aşamada ise her bir olası hata nedeni için “Risk Öncelik Sayısı” (RÖS) hesaplaması yapılmıştır. Şiddet, olasılık ve tespit bileşenlerinin belirlenen rakamsal değerleri birbirleriyle çarpılarak Risk Öncelik Sayısı (Risk Priority Number) hesaplanmıştır. Bu değer problemlerin önceliğinin belirlenmesini ve önleyici faaliyetlere girişilmesini sebep olmaktadır. Uygulanan FMEA analizi sonrası belirlenen öncelikli riskler ve getirilen öneriler sonrası hesaplanan risk puanları şu şekildedir:

$RÖS < 40$  ise önlem almaya gerek yoktur.

$40 \leq RÖS \leq 100$  önlem alınmasında fayda vardır.

$RÖS > 100$  ise mutlaka önlem alınması gerekir

Yukarıdaki ölçütleri dikkate aldığımızda RÖS değerleri  $>100$  olan hata türleri incelendiğinde; numune alma kabülü yok 216 ile en yüksek puanlı hata türü çıkmıştır diğeri ise 162 puanla barkotsuz numunedir. Bu hata sebepleri ile ilgili mutlaka önlem alınması gerekmektedir.  $40 \leq RÖS \leq 100$  arasında olan hata türleri incelendiğinde; 42 puanla hatalı test istemi, 45 puanla hatalı kimliklendirilmiş numune, 54 puanla hatalı barkod yapıştırılması ve hatalı barkod, 56 puanla uygunsuz alınmış numune, 63 puanla hatalı numune kabı olduğu bulunmuştur. Bu hata türleriyle ilgili önlem alınmasında fayda olacaktır. Diğer hata türleri  $RÖS < 40$  olduğu için önlem almaya gerek yoktur. Fakat hizmet içi eğitimlerle, Çalışanların bu hataları yapmaları engellenmeli eğer yapılabiliyorsa önlenmelidir (Tablo 11).

edilen bulgular ilgili literatür ışığında değerlendirilmelidir. Çalışmanın sınırlılıkları (limitasyonları) yine bu bölümde verilmelidir. Çalışma sonucunda elde edilen çıkarımlar ve Çalışmanın literatüre ve/veya kliniğe katkısı kısaca özetlenerek sonuç paragrafı olarak yazılmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Akın, K. Okhan,(2009), “Laboratuvar Güvenliğinde Hasta Tanımlama Hatalarını Azaltmak ve Süreç Kontrolü”, Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Sayı 3, Ankara.
- Anonim (1998). FMEA Training Handbook, Version-2, Ford Motor Company.
- Aran, G. (2006). Kalite İyileştirme Sürecinde Hata Türü Etkileri Analizi (FMEA) ve Bir Uygulama, Gaziosmanpaşa Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans tezi, Tokat.
- Aydınlı, Celal, (2010), “Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması”, Uludağ Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Bonini P, Plebani M, Ceriotti F, Rubboli F. (2002). Errors in laboratory medicine. Clin Chem, 48: 691-8.
- Burtis C. (2005), Ashwood E. Klinik kimyada temel ilkeler. Aslan D (çeviren). 3. Baskı. İstanbul. Palme sf: 30-54.
- Dağlıoğlu G.( 2009). Klinik laboratuvarlar da kalite yönetimi: altı sigma protokolünün uygulanması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı.
- Durhan, D. (2006). Hata Türü ve Etkileri Analizi (FMEA) ve bir Uygulama, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Hallworth MJ. (2011). The '70% claim': what is the evidence base? Ann Clin Biochem, 48: 487-8.
- Plebani M. (2010). The detection and prevention of errors in laboratory medicine. Ann Clin Biochem, 47: 101-10.
- Reid, R. Dan. (2005). “FMEA—Something Old, Something New”, Quality Progress.
- Romero A., Cobos A., López-León A., Ortega G., Muñoz M. (2009). Preanalytical mistakes in samples from primary care patients. Clin Chem Lab Med, 47(12):1549-1552.
- Shahangian S, Snyder S. (2009). Laboratory Medicine Quality Indicators. Clin Chem, 131(3):418-31
- Stamadis, D. H. (1995). Failure mode And Effects Analysis- FMEA from Theory To Execution, ASQC Quality Pres, Wisconsin.
- Yılmaz, A. (1997). Hata Türü ve Etkileri Analizi, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi: İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

## AN APPLICATION FOR THE PREANALYTIC PROCESS OF CLINICAL MICROBIOLOGY LABORATORY: COMPARISON OF QUALITY INDICATORS

Ülkü VERANYURT [1]  
Betül AKALIN [2]  
Ozan VERANYURT [3]

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to evaluate preanalytical processes; using quality indicators to evaluate the quality of laboratory services, using the data obtained with a transparent and consistent approach to collecting data; To make suggestions for solutions and to contribute to the literature.

**Material and Methods:** In the retrospective study, blood culture contamination rates and sample rejection rates were used as preanalytical process indicators. for red rates and blood culture contamination rates; Laboratory Information System (ALIS) of a Training and Research Hospital in Istanbul, the samples of the Microbiology Laboratory of 2016-2018; (Number of rejected samples/Total number of samples sent to the laboratory) x 100 formula, monthly, 3-month and annual rejection rates with positive signal from the blood cultures from the laboratory were evaluated in terms of clinical and laboratory findings were considered. data were analyzed monthly, 3-month and yearly by dividing the number of blood cultures.

**Results:** From various clinics to microbiology laboratory; In 2016, 752 (1.09%) of 69090 samples, 698 (0.95%) of 73652 samples in 2017, and 940 (1.23%) of 76275 samples in 2018 were rejected. In 2016, a total of 2668 blood culture samples were obtained. 18 (4,42%, 2630 blood culture samples were collected in 2017, 109 (4,14%, 1381 blood culture samples including 2018 June) Contamination was detected in 434% of these samples, 1297 (1,44%) of them were positive and 287 (4,3%) of them were found to be contaminated.

**Conclusion:** The results obtained from the quality indicators should be compared with the predetermined targets for the indicator and the problem areas should be determined and corrective-preventive actions should be taken to eliminate the problems. As a result, if there is a need to provide services in universal quality criteria in any sector, a zero error journey should be made.

**Key Words:** Rejected sample, Blood culture contamination, Preanalytical errors, Quality indicator

[1] University of Health Sciences/Healty Care Management/ Turkey/ [ulkuveranyurt@gmail.com](mailto:ulkuveranyurt@gmail.com)

[2] University of Health Sciences/Healty Care Management/ Turkey/ [betul.akalin@sbu.edu.tr](mailto:betul.akalin@sbu.edu.tr)

[3] Bahcesehir University/Institute of Natural Sciences/Turkey/[ozan.veranyurt@bau.edu.tr](mailto:ozan.veranyurt@bau.edu.tr)

### GİRİŞ

Günümüzde laboratuvar testleri, tıbbın birçok alanında tanı, tedavi ve takipte büyük önem taşımaktadır. Klinik muayenesi yapılan hastalarda laboratuvar test sonuçlarının kesin ve doğru olması istenmektedir. Fakat bazı laboratuvar sonuçlarında istenmeyen sonuçlar çıkabilmektedir. Bu hatalı laboratuvar Sonuçlarının farkına varamadığımız veya kontrol altına alamadığımız faktörler etki etmektedir (1). Tıbbi kararların yaklaşık %70 kadarında laboratuvar Sonuçlarının etkili olduğu bilinmektedir (2). Bu sebeple hastalığın tespiti, sınıflandırılması, tedavisi ve takibi gibi süreçlerde doğru laboratuvar sonuçları önem taşımaktadır. Toplam test süreci klinisyenin testi istemeye karar vermesinden, laboratuvar sonucunun raporlanıp karar için kullanılmasına kadar olan aşamaları içerir. Son yıllarda bu aşamalar 5 ayrı kategoride incelenmektedir. Test isteminin planlanıp yapılması pre-preanalitik evre, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar olan aşama preanalitik evre, örneğin analiz aşaması analitik evre, laboratuvar Sonuçlarının kontrol edilerek onaylanması aşaması postanalitik evre ve sonucun değerlendirilerek kararda kullanılması aşaması da postpostanalitik evre olarak adlandırılmaktadır (3). Yukarıda belirtilen; Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlerin değerlendirilmesinde her bir evreye özgü kalite indikatörlerinin kullanılması oldukça yaygındır. Kalite indikatörleri, bir sürecin kantitatif olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Başka bir deyişle, bir sürecin kalitesinin nicelik kazanmasını sağlayan araçlardır. Böylece, daha önceki laboratuvar verilerine ya da literatürden elde edilen verilere göre belirlenmiş hedef değerlerle kıyaslama yapılabilmektedir. Bir sürece ait kalite indikatörüne ilişkin veri, belli bir zaman periyodunda sürekli olarak toplanır, analiz edilir ve hedef değer ile kıyaslanarak süreç performansı değerlendirilir (4). Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlere



ilişkin uluslararası kabul edilmiş kalite indikatörleri mevcut değildir. Bu sebepten ötürü preanalitik süreçteki hataların kaynakları, sıklığını Araştırdık.

Preanalitik süreçler laboratuvar dışı birimlerin de katılımını gerektirdiğinden standardize edilmesi diğer süreçlere göre nispeten daha zordur ve hataların çoğunun bu süreçte olduğu çeşitli yayınlarda gösterilmiştir. Preanalitik evre hataları, toplam hataların %46-68.2'sini oluşturmaktadır (5). Laboratuvarda kalite, toplam test sürecindeki her bir aşamanın doğru bir şekilde gerçekleştirildiğinin garantisi olarak tanımlanmalıdır (6).

Örnek reddi, hem akreditasyon Çalışmalarında bir gereklilik olup hem de iyi laboratuvar uygulamalarında takip edilmesi gereken önemli parametrelerden biridir. Hatalı örnek kabulü yapıldığında oluşabilecek sorunlar ve hastaya yansiyabilecek olumsuzluklar, giderilmesi güç sonuçlara yol açmaktadır. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için baştan önlem alınması modern kalite felsefesi ile uyumludur. Örnek reddinde ikinci büyük problem ise reddedilen örneklerin, istemi yapan kliniğe hızla bildirilmemesidir. Doğru istem yapıldığını düşünen klinisyen hastasının sonuçlarını beklerken aslında örneklerinin çalışılmadığını öğrendiğinde geç kalınmış olunabilmektedir. Bu durum hem hastalığın sağaltımında gecikmeye neden olabildiği gibi hem de önemli bir kalite göstergesi olan hastanın hastanede yatış süresini de gereksiz yere uzatabilmektedir. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için laboratuvarımızda “örnek ret formları” oluşturulmuştur. Örnek ret gerekçesi forma işlenip tarih ve saat kaydedildikten sonra saklanıp ardından vakit kaybedilmeden kliniklere telefonla geri bildirim yapılmalıdır. Böylece hastadan ikinci bir örneğin alınmasının ya da örnek reddine yol açan gerekçenin hızla ortadan kaldırılması amaçlanmıştır.

Kan kültürü, sepsis veya bakteriyemiye yol açan mikroorganizmaların izole edilmesi amacıyla kullanılan önemli bir tanı yöntemidir. Çoğu zaman pozitif bir kan kültürü sonucu, klinisyenin tedavi protokolünde etkili olan bir testtir. Bakteriyemiye yol açan etkenlerin dağılımının ve antibiyotiklere duyarlılıkların belirlenmesi epidemiyolojik açıdan önemlidir. Kandaki etkenlerin hızlı ve doğru tanımlanması için otomatize kan kültürü sistemleri yaygın olarak kullanılmaktadır (7). Bakteriyemiye yol açan etkenlerin dağılımının ve antibiyotiklere duyarlılıkların belirlenmesi epidemiyolojik açıdan önemlidir (8). Kan kültürlerinde patojen etkenin mümkün olan en kısa süre içinde saptanması, tedaviye zamanında başlanması sağlayarak mortaliteyi önemli oranda azaltmaktadır (9).

Bu Çalışmada 2016-2018 yılları arasında bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nin preanalitik sürecin işleyişini Araştırmak için iki farklı kalite indikatörü incelendi. Kalite indikatörlerinden birincisi; red oranlarının değerlendirilmesi ile meydana gelen hatalar, hataların sıklığı ve gerçekleştiği birimler ile kan kültürü kontaminasyon oranları Araştırıldı. Klinik laboratuvarda preanalitik süreç incelenmiş olup, en çok hata oluşturan hizmet basamakları gözden geçirilip bu hataların nedenleri Araştırılarak sonuçta laboratuvar performansı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hangi sektörde olursa olsun, evrensel kalite ölçütlerinde hizmet verilmek isteniyorsa, sıfır hata yolculuğuna çıkılması gerekmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 1.1. Laboratuvar İşleyişi ve Preanalitik Süreç

Bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı Tablo. 2'de verilen testlerle hizmet vermektedir. Çalışmamızda, hastanenin Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarının; Laboratuvar Bilgi Sistemi'nden (LİS) ve laboratuvardan elde edilen diğer verilerden yararlandı. Laboratuvar 08.00-16.30 gündüz mesai, 16.30-08.00 ise nöbetçiler Çalıştırılarak 24 saat hizmet vermektedir. Günlük rutin mesai saatleri dışında Çalışılan acil testleri de Çalışmada dikkate alındı. Hastanedeki; Acil Servis, Kardiyoloji Kliniği, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi (A-B Blok), Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği- Kardiyoloji, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi-Pediyatri, Göğüs Cerrahisi Kliniği ve Polikliniklerden (Tablo 1) Mikrobiyoloji laboratuvarına Tablo 2'de belirtilen testler gelmektedir.

**Tablo 1.** Hatanın gerçekleştiği birim ve kodları

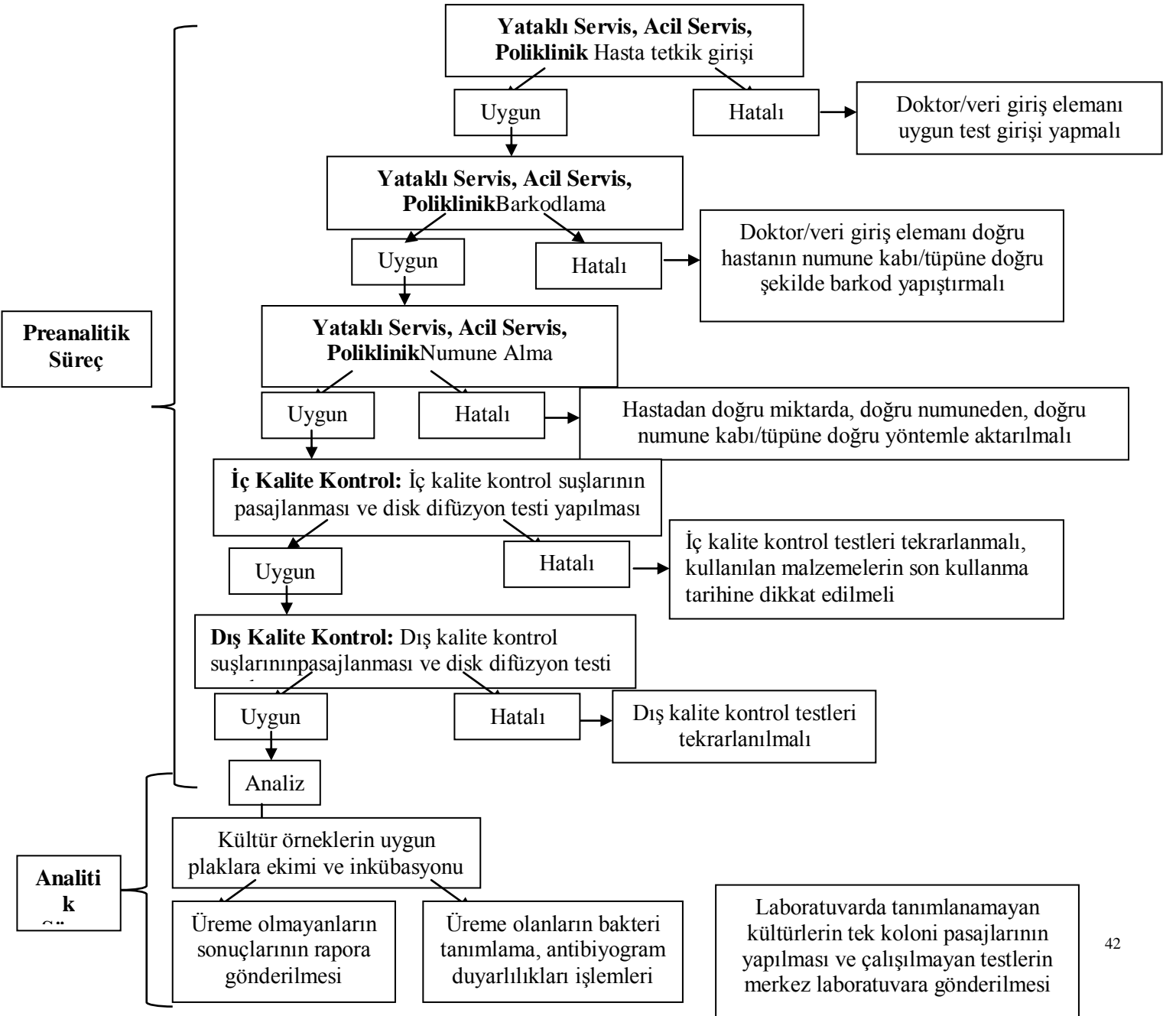
Hatanın Gerçekleştiği Birim	Hatanın Gerçekleştiği Birimin Kodu
Acil Servis	Acil
Kardiyoloji Kliniği	Kardiyo
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- A Blok	KVC-A
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok	KVC-B
Pediyatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği -Kardiyoloji	Çocuk KVC+KAR
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	KVC
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	KOR YB
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri	KVC PED
Göğüs Cerrahisi Kliniği	Göğüs Cer
Poliklinikler	Poliklinik

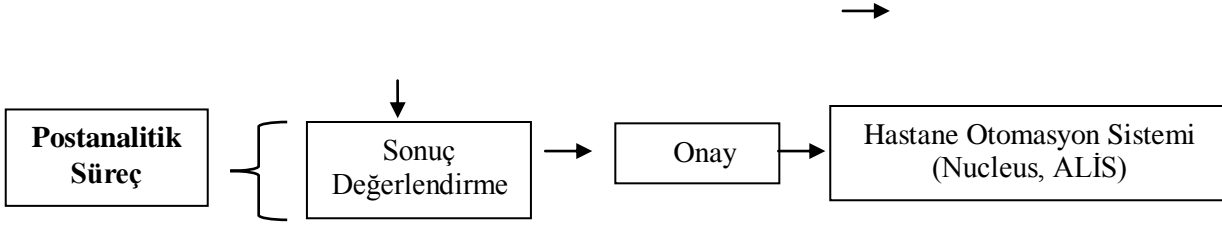
**Tablo 2.**Mikrobiyoloji laboratuvarında Çalışılan testler

Test Adı
Vücut Sıvısı Kültürü (Periton, Perikart, Plevra, Bos)
Kan Kültürü
Burun Kültürü
Yara Kültürü
Vajen-Serviks Kültürü
Gaitada Gizli Kan
İdrar Kültürü
VRE( Vankomisine dirençli Enterekok )
KDE (Karbapenem dirençli Enterekok)
Gaita Kültürü
Trakeal Aspirat Kültürü
Aspirat kültürü
Mediasten Kültürü
Kateter Kültürü
Direk parazit incelenmesi (manuel)
Periferik yayma
Doku biyopsisi kültürü
Balgam Kültürü
Toksin
Serolojik testler
Hemogram

### 1.1.1. Laboratuvarda Örnek Kayıt -Kabul ve Dağıtım Süreci

Laboratuvarda preanalitik süreç; klinikler, poliklinikler, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde hekimin hastadan isteyeceği testleri planlamasıyla, klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde preanalitik süreç; laboratuvar istem formlarından testlerin istemi ile başlamakta ve veri giriş sekreterlerinin istemleri Hastane İnfomasyon Sistemine (HİS) aktarmaları ile devam etmektedir. Hasta örnekleri (kan, vücut sıvıları, idrar, gaita, balgam v.b.) hemşire/ doktor tarafından teslim alındıktan sonra örneklere hastaya ait barkod yapıştırılır. Örneklerin taşınmasında kullanılan vakumlu tüp sistemi (pnömotik tüp sistemi) veya ilgili personel ile mikrobiyoloji laboratuvarı numune kabul birimine gönderilir. Laboratuvarda ilgili numune kabul elemanı tarafından örneklerin teslim alımı analiz aşaması için uygun olup olmadığı kontrol edilir. Mikrobiyoloji laboratuvarının iş akış şeması ayrıntılı bir şekilde süreçleri göstermektedir (Şekil 1). Laboratuvara gönderilecek örnekler; örnek alınan birimdeki görevli tarafından kabul edilerek LİS'e kaydedilir. Uygun olmayan örnekler ise örnek ret formu düzenlenerek ilgili kliniğe telefon ile bilgi verilir ve tekrar numune ile istenir. Sorun giderilip tekrar gönderilen örnekler değerlendirilir ve vakit kaybetmeden analiz için örneklerin laboratuvara kabulü gerçekleştirilir.





Şekil 1. Mikrobiyoloji laboratuvarı iş akış şeması

### 2.1.2. Laboratuvarda Örnek Çalışma ve Raporlama Süreci

Örneklerin kabul ve sınıflandırma işleminin ardından numune dağıtım elemanları tarafından örnekler analiz için ilgili birime iletilir. Sorumlu teknisyen/biyolog tarafından testin o gün çalışılıp çalışılmayacağı, ön işlemin gerekli olup olmadığı gözden geçirilir ve sonrasında örnekler çalışılır. Sonuçlar sorumlu teknisyen/biyolog tarafından gözden geçirildikten sonra teknik onay verilir. Gerekliğinde uzman onayı ve imzası sonrasında sonuçlar raporlanır. Gerekli onay işlemlerinden sonra LİS'e aktarılan sonuç bilgileri yine LİS-HİS uyumu ile ilgili birimlere elektronik ortamda ulaştırılır. Bütün bu süreçlerde takip edilmesi gereken talimatlar ve prosedürler doğrultusunda işleyiş gerçekleştirilir (Şekil 1). Tüm bu süreçlerin kayıtlarına ise Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarının bilgi sisteminden ulaşılabilir.

### 1.2. Laboratuvar Preanalitik Süreç İndikatörleri

Preanalitik süreçte; örnek red sayısı (hasta/örnek identifikasyon hataları, örnek-test istem uyumsuzluğu, yanlış tüp/kapta gönderilen örnekler, eksik doldurulan istem formu), kayıp örnek sayısı, idrar kültürü kontaminasyonu, kan kültürü kontaminasyonu ve kan kültürü yeterli hacimde örnek sayısı gibi parametreleri kalite indikatörü olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda; örnek red sayısı ve kan kültürü kontaminasyon oranları preanalitik süreçte kalite indikatörü olarak kullanıldı.

#### 1.2.1. Preanalitik Süreçte Reddedilen Numune Kontrolü

Çalışmamızda laboratuvar hataları preanalitik (analiz öncesi) incelendi. Preanalitik evre analizi sonuçları ile hata kaynakları sınıflandırılarak sıklıkları belirlendi. En sık hata türü olarak, hemoliz, lipemi, pıhtı oluşması, yanlış örnek kabına örnek alınması, eksik örnek alınması, örnek miktarının yetersiz olması, hatalı kayıt, hatalı test istemi, hatalı etiketleme, barkodsuz örnek, uygunsuz alınmış numune, örneklerin geç transfer edilmesi, örnek kapları üzerinde örnek türü belirtilmemesi olarak belirlendi (Tablo 3). Bu analiz için 2016-2018 yılına ait veriler Tablo 1'de belirtilen nedenlerden reddedilen numunelerin sonuçları kullanıldı.

**Tablo 3.**Hata türleri

Hata Türü
Hemoliz
Lipemi
Pıhtı oluşması
Yanlış Örnek kabına örnek alınması
Eksik örnek alınması
Örnek miktarının yetersiz olması
Hatalı Kayıt
Hatalı test istemi
Hatalı Etiketleme
Barkodsuz örnek
Uygunsuz alınmış numune
Örneklerin geç transfer edilmesi
Örnek kapları üzerinde örnek türü belirtilmemesi

### 2.2.1.1. Örnek Ret Süreç Kontrolü

Çalışmamızda, örnek ret nedenleri ve sıklıkları analizi yapıldı. Bu Çalışmada, servislerden ve polikliniklerden gelen yanlış istemlerin kaynağını belirleyerek hata sıklığını ve servislere göre dağılımını Araştırmak, hata tiplerini belirleyebilmek ve aynı zamanda bütün bunlardan kaynaklanabilecek tıbbi hataların önüne geçmek ve maliyetleri azaltmak amaçlandı. Bu amaca yönelik, her hasta için yapılan hatalarda bir örnek ret formu doldurularak laboratuvarı reddedilen örnekler kayıt altına alınmış oldu.

KOD		ML.FR.13	YAY.TRH	2011	REV.TRH	19/02/2019	REV.NO	5
Testin Çıktığı Tarih/saat	Bildirilen tarih/saat	Hasta Adı/ Soyadı	Protokol No	Hastanın Servisi/ Klinik Dr.	Bildirilen test ve sonucu	Bildiren kişi	Bildirilen kişi	

**Tablo 4.** Mikrobiyoloji laboratuvarı reddedilen numune bildirim formu

### 2.2.1.2. Kan Alma Ünitesi Hatalı Örnek Takip Süreci

Polikliniklerden ve servislerden istemi yapılarak laboratuvar kan alma ünitesi kayıt birimine gelen hastaların kabulünden sonra, kan alma ünitesinde alınan örneklerde oluşan hatalar tespit edildi. Burada alınan örnekler, laboratuvara pnömotik sistemle ya da personelle iletilerek laboratuvar örnek kabul ve dağıtım birimi tarafından kabul edilmektedir. Bu Çalışmada, bu aşamada oluşan hatalar değerlendirilmiş olmaktadır. Çalışmamızda hataların tespiti için, kan alma birimi hatalı örnek takip çizelgesi oluşturuldu (Tablo 5). Aynı zaman sürecinde laboratuvara polikliniklerden kayıt birimine kabul edilen örnek sayısı LİS'ten tespit edildi.

**MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINA GELEN UYGUNSUZ ÖRNEKLERİN LİSTESİ**

TARİH	BARKOD NO	ÖRNEK	GÖNDEREN BİRİM	UYGUNSUZLUK SEBEBİ

**Tablo 5.** Mikrobiyoloji laboratuvarına gelen uygunsuz örneklerin listesi

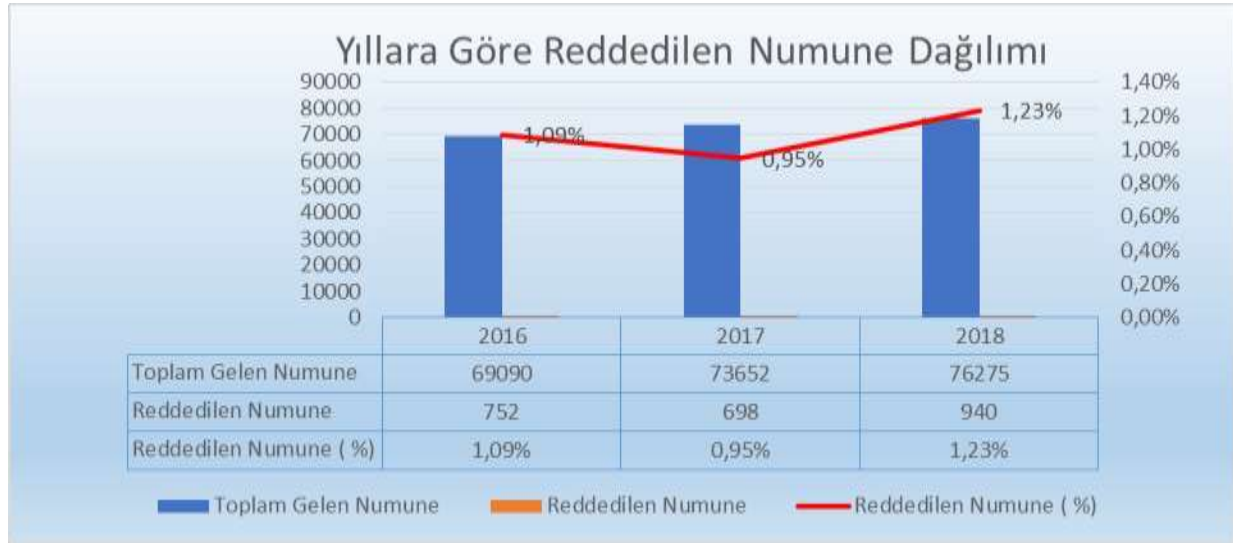
### 1.2.2. Preanalitik Süreçte Kan Kültürü Kontaminasyon Kontrolü

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarına çeşitli kliniklerden gönderilen 6679 kan kültürü örneği otomatize kan kültür sistemi ile Çalışıldı (BacT/ALERT 3D, Biomerieux, France). Beşinci günde üreme olmayan örnekler negatif olarak değerlendirildi. Pozitif sinyal veren kan kültürlerinin %5'lik koyun kanlı agar, McCONKEY agar ve Çikolata agara ekimi yapıldı. 35 °C'de 24 saat inkübasyon sonrası değerlendirmeye alındı. Üreyen bakterilerin idendifikasyonu konvansiyonel yöntemler yanında yapıldı.

MALDİTOF-MS (Biomerieux, France) cihazı ile yapıldı. Antibiyotik duyarlılıkları VITEC2 Compact (Biomerieux, France) ile EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) kurallarına uygun olarak saptandı. Elde edilen veriler klinik ve laboratuvar bulguları açısından değerlendirildi. Laboratuvara kabul edilen pozitif sinyal veren kan kültürü şişelerinde; kontaminasyon tespit edilen şişe sayısı toplam kan kültürü şişe sayısına bölünerek aylık, 3'er aylık ve yıllık olacak şekilde veri analizleri yapıldı.

### BULGULAR

Çalışmaya 2016-2018 tarihleri arasında, 219017 biyolojik örnek kabul edildi (Şekil 2). Toplam 2390 numune Tablo 3' de ki kriterlere göre reddedildi. 2016 yılında toplam 69090 numunden 752 (%1,09)'i, 2017 yılında 73652 numunedan 698 (%0,95)'i, 2018 yılında 76275 numunedan 940 (%1,23)'ü reddedilmiştir (Şekil 2).



**Şekil 2.** Yıllara göre reddedilen numune dağılımı

### 1.3. Preanalitik Evrede Hata Kaynakları Analizi

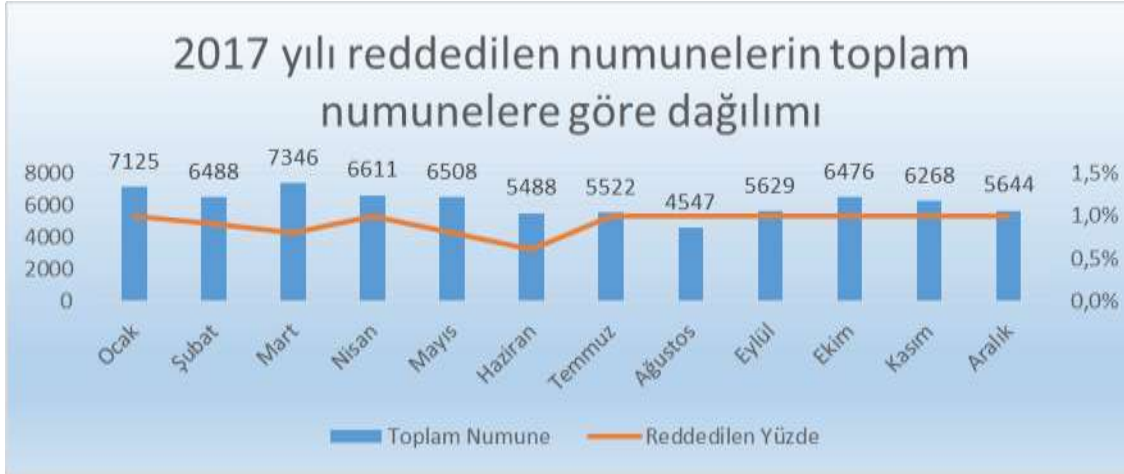
Çalışmamızda 2016-2018 yılları aylarını içine alan zaman periyodu verileri kullanıldı. Preanalitik evre hata kaynakları sıklığı için yapılan analizde; Red edilen örnek sayısı 2016, 2017 ve 2018 yıllarında sırasıyla 752 (%1.09), 698 (%0.95), 940 (%1.23) olarak tespit edildi (Şekil 2).

2016 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımına bakıldığında; %2'lik hata oranıyla en yüksek Ağustos ve Ekim aylarında geldiği görülmüştür. Ocak ve Şubat aylarında numune reddi yapılmadığı tespit edilmiştir (Şekil 3).



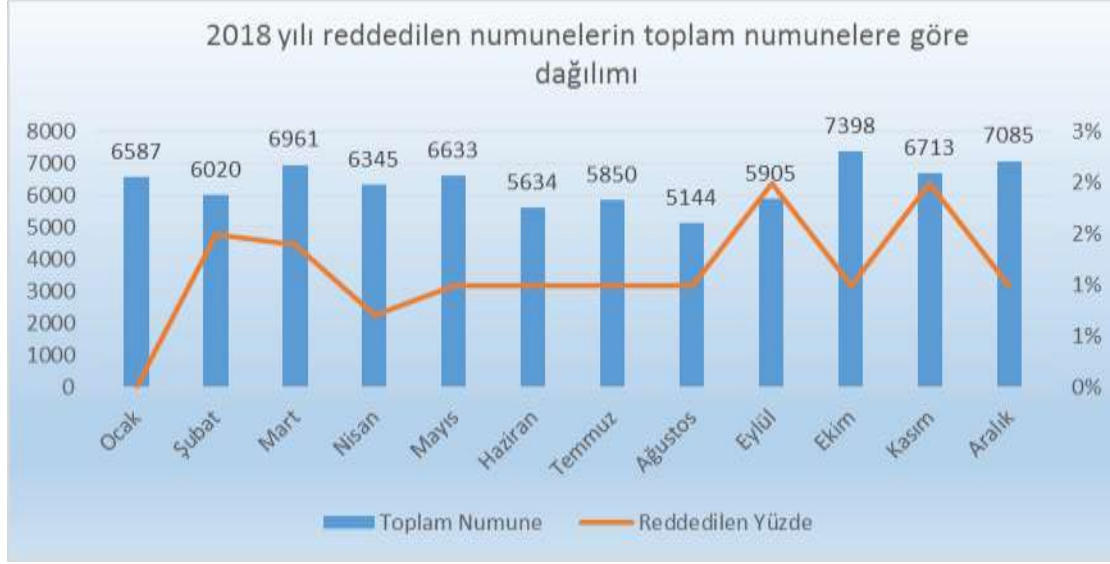
Şekil 3. 2016 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımı

2017 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımına bakıldığında; en fazla numune Mart ayında (7346), en az numune Ağustos ayında (4547) geldiği görülmüştür. Nisan, Temmuz- Aralık aylarında %1'lik numune reddedildiği görülmektedir. Haziran ayı ise en az red yapıldığı tespit edilmiştir (Şekil 4).



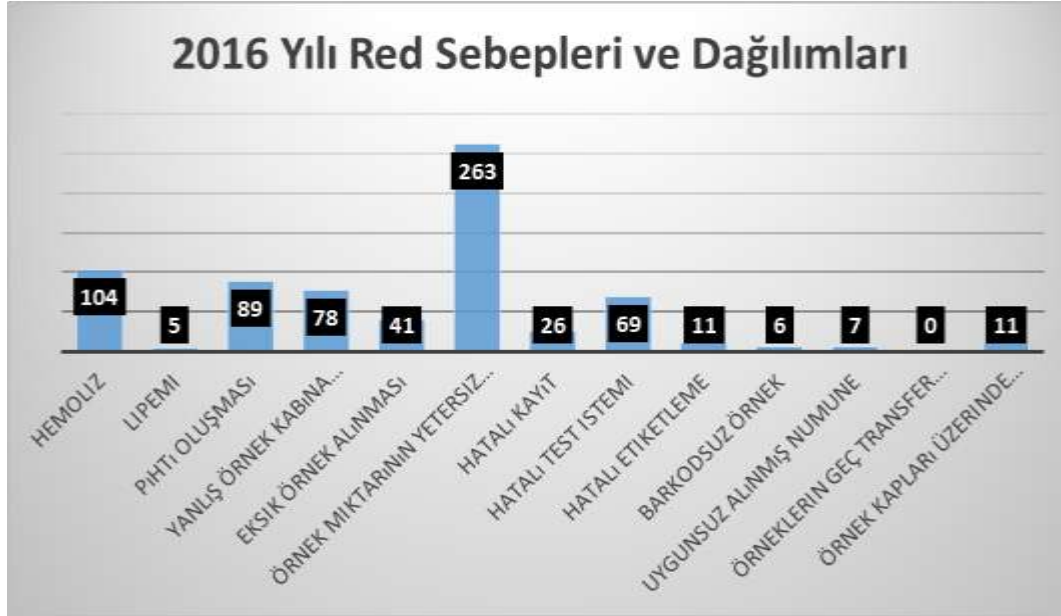
Şekil 4. 2017 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımı

2018 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımına bakıldığında; en fazla numune Ekim ayında (7398), en az numune Ağustos ayında (5144) gelmiş olup %2'lik hata oranıyla en yüksek Ekim ve Kasım aylarında yapıldığı, Mayıs, Haziran ve Temmuz aylarında %1'lik numune reddi yapıldığı tespit edilmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. 2018 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımı

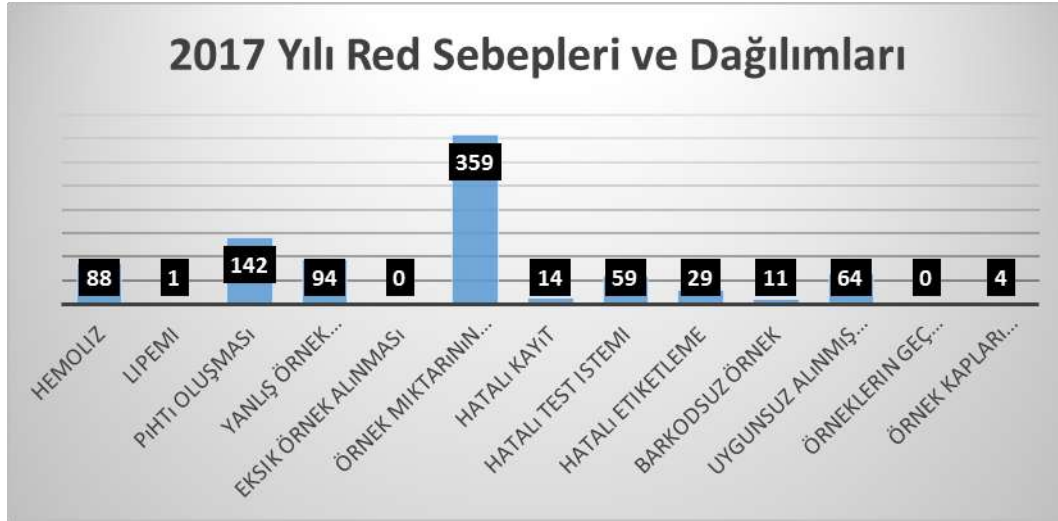
2016 yılı red sebepleri ve dağılımlarına bakıldığında; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (263), ikinci sırada hemolizli numune (104) ve sırasıyla pıhtı oluşması (89), hatalı test istemi (69) devam etmektedir. Örneklerin geç transfer edilmesiyle ilgili red yapılmadığı tespit edilmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. 2016 yılı red sebepleri ve dağılımları

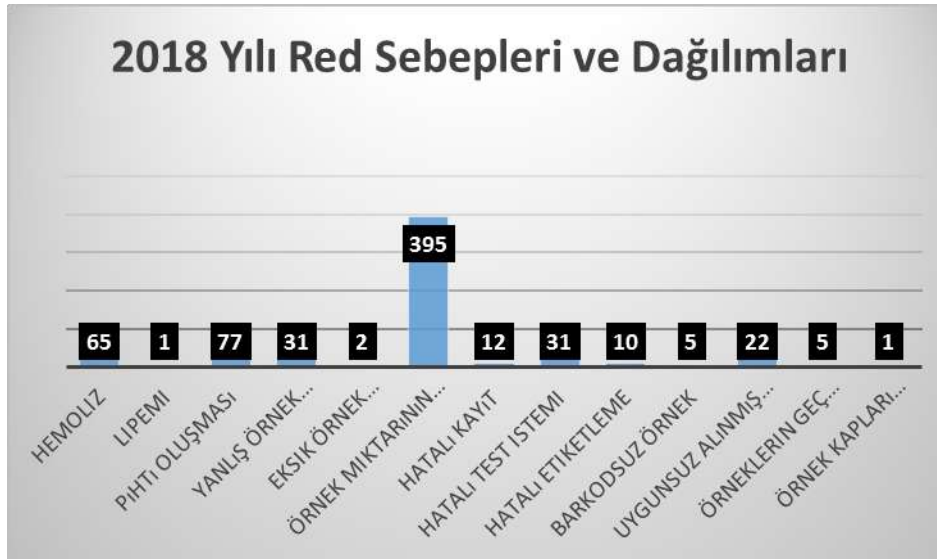
2017 yılı red sebepleri ve dağılımları incelendiğinde; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (359), ikinci sırada pıhtı oluşması (142) ve sırasıyla yanlış örnek kabına örnek konulması (94), hemoliz(88) devam etmektedir. Örneklerin geç transfer edilmesiyle ilgili red yapılmadığı tespit edilmiştir ( Şekil 7).





Şekil 7. 2017 yılı red sebepleri ve dağılımları

2018 yılı red sebepleri ve dağılımları incelendiğinde; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (395), ikinci sırada pıhtı oluşması (77) ve sırasıyla yanlış örnek kabına örnek alınması (31), hatalı test istemi (31) devam etmektedir. Lipemi ve örnek kapları üzerinde örnek türü belirtilmemesi (1) en düşük red sebebi olduğu tespit edilmiştir (Şekil 8).



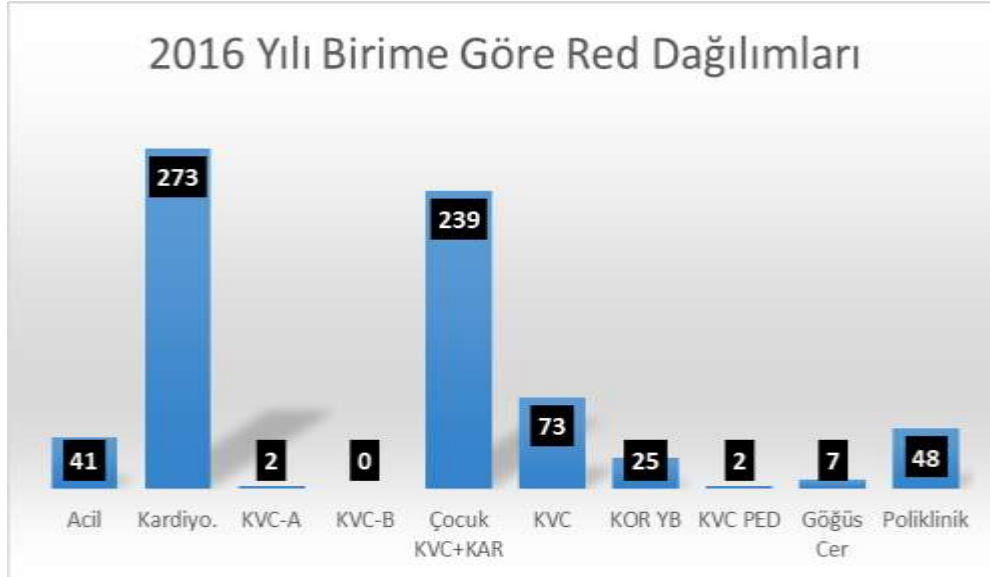
Şekil 8. 2018 yılı red sebepleri ve dağılımları

Tüm yılların red sebepleri ve dağılımları incelendiğinde; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (1017), sırasıyla pıhtı oluşması (308), hemoliz (257), yanlış örnek kabına örnek konulması (203)'dür. Örneklerin geç transfer edilmesi (5) ve lipemi (7) en düşük red sebebi olduğu tespit edilmiştir (Şekil 9).



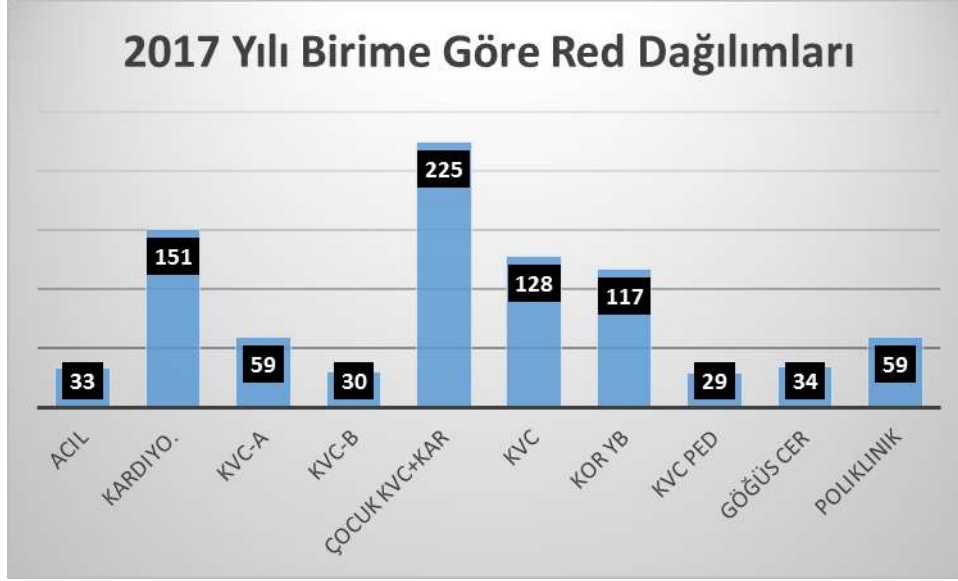
Şekil 9. Tüm yılların red sebepleri ve dağılımları

2016 yılı birime göre red dağılımları incelendiğinde; en fazla hata yapan birim Kardiyoloji Kliniğidir (273), sırasıyla Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği-Kardiyoloji (239), Kalp Damar Cerrahisi Kliniği (73)'den gelen örnekler reddedilmiştir. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok'tan o yıl hatalı örnek gelmediği tespit edilmiştir (Şekil 10).



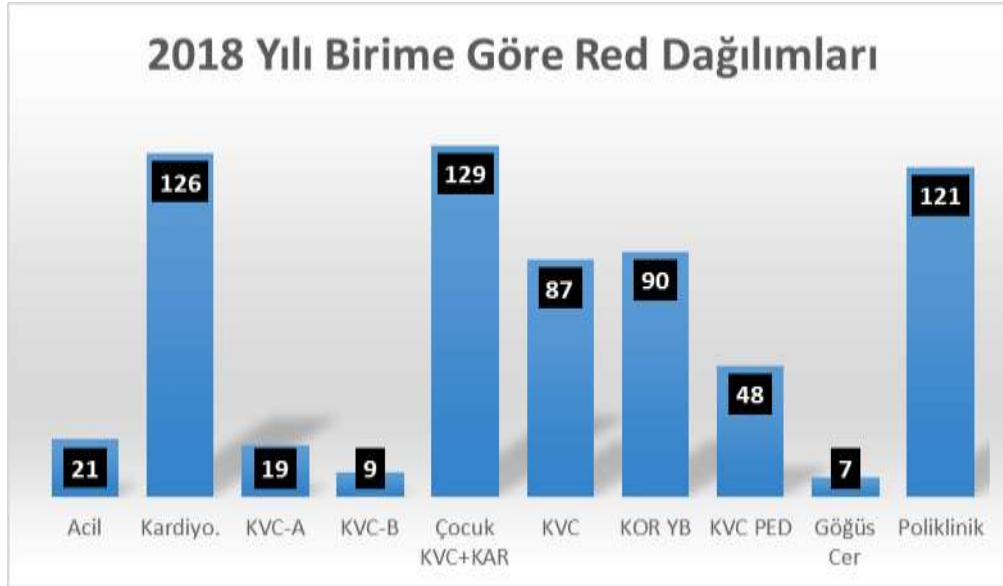
Şekil 10. 2016 yılı birime göre red dağılımları

2017 yılı birime göre red dağılımları incelendiğinde; ilk sırada Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği – Kardiyoloji (225), sırasıyla Kardiyoloji Kliniği (151), Kalp Damar Cerrahisi Kliniği (128) Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (117)'den gelen örnekler reddedilmiştir. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri'den (29) en az hatalı örnek geldiği tespit edilmiştir (Şekil 11).



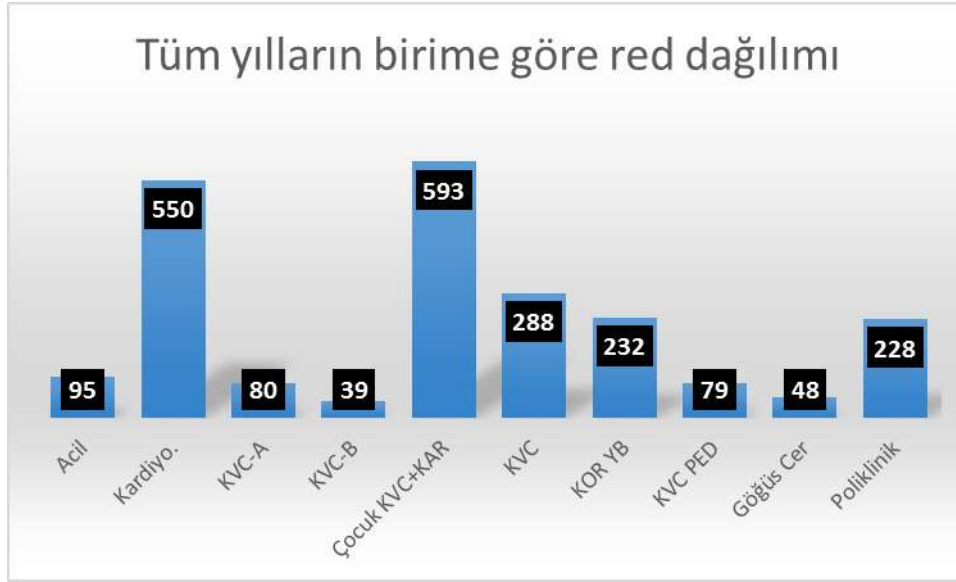
Şekil 11. 2017 yılı birime göre red dağılımları

2018 yılı birime göre red dağılımları incelendiğinde; ; ilk sırada Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği – Kardiyoloji (129), sırasıyla Kardiyoloji Kliniği (126), sırasıyla Poliklinikler (121), Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (90)’den gelen örnekler reddedilmiştir. Göğüs Cerrahisi Kliniği ‘den (7) en az hatalı örnek geldiği tespit edilmiştir (Şekil 12).



Şekil 12. 2018 yılı birime göre red dağılımları

Tüm yılların birime göre red dağılımı incelendiğinde; İlk sırada Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği – Kardiyoloji (593), sırasıyla Kardiyoloji Kliniği (550), Kalp Damar Cerrahisi Kliniği (288) Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (117)’den gelen örnekler reddedilmiştir. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok’dan (39) en az hatalı örnek geldiği tespit edilmiştir (Şekil 13).



**Şekil 13.** Tüm yılların birime göre red dağılımı

Yıllar kendi aralarında karşılaştırıldığında; 2018 yılı 76275 adet numune ile ilk sırada, 2017 yılı 73652 adet numune ile ikinci sırada, 69030 adet numune ile 2016 yılında numune gelerek üçüncü sırayı almıştır. Reddedilen numune oranları karşılaştırıldığında en düşük 2017 yılı (%0,95) en yüksek ise 2018 yılı (1,23) olduğu görülmüştür (Tablo 6).

	OCAK		ŞUBAT		MART		3 AYLIK TOPLAM		NİSAN	MAYIS		HAZİRAN		3 AYLIK TOPLAM		TEMMUZ	AĞUSTOS		EYLÜL		3 AYLIK TOPLAM		BÖM	KASIM		ARALIK		3 AYLIK TOPLAM		YILLIK DEĞER				
	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE	BAZI	YÜZDE				
<b>FORMÜL : İlgili dönemde; (Reddedilen numune sayısı / Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı) x 100</b>																																		
2016-Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı	6837		7368		7512		21717		6642		7340		5950		19932		4513		3508		4876		12897		4162		4333		5989		14484		69030	
2016-Reddedilen numune sayısı	73	1,1%	78	1,1%	89	0,9%	220	1,01%	65	1,0%	53	0,7%	60	1,0%	170	0,86%	53	1%	60	2%	54	1%	167	1,30%	89	2%	47	1%	71	1%	197	1,3%	752	1,09%
2017-Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı	7125		6488		7346		20959		6611		6508		5488		18697		5522		4547		5629		15698		6476		6268		5644		18388		73652	
2017-Reddedilen numune sayısı	70	1,0%	59	0,9%	57	0,8%	186	0,89%	68	1,0%	54	0,8%	34	0,6%	156	0,84%	54	1%	39	1%	51	1%	144	0,92%	84	1%	82	1%	86	1%	212	1%	898	0,95%
2018-Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı	6587		6020		6961		19568		6345		6633		5634		18612		5850		5144		5905		16899		7398		6713		7085		21196		76275	
2018-Reddedilen numune sayısı	83	1,3%	88	1,5%	95	1,4%	266	1,36%	42	0,7%	67	1,0%	55	1,0%	104	0,56%	70	1%	72	1%	89	2%	231	1,37%	100	1%	102	2%	77	1%	279	1%	940	1,23%

**Tablo 6.** 2016, 2017 ve 2018 yıllarına ait toplam gelen numune ve reddedilen sayıları ve % oranları

## TARTIŞMA

Tıbbi laboratuvar hizmetleri doğrudan hasta sağlığını ilgilendirdiği için tıbbi laboratuvarlardan elde edilen sonuçların doğruluğu ve dolayısıyla süreçlerin doğru işleyişi oldukça önemlidir. Diğer hizmet sektörlerinde belirli oranda ortaya çıkan hatalar kabul edildiği halde Sağlık hizmetlerinde bunun olması mümkün değildir. Sağlık sektöründe, dolayısıyla laboratuvar hizmet süreçlerinde, insan sağlığı ön planda olduğundan bu süreçlerde sıfır hata hedeflenmelidir. Süreçlerde bu mükemmellik hedeflenirken yine de hataların yapılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik laboratuvar sürecinin çok değişkenli dinamik bir süreç olduğu sürekli akılda tutulmalıdır (10). Bu sebepten dolayı laboratuvar verilerin toplanıp ölçülmesiyle mevcut durum tespiti yapılması gerekmektedir. Bu tespitin ardından performansı düşük olan süreçler ele alınmalı ve düzeltici faaliyetlerle performans iyileştirilmesi için faaliyetler yapılmalıdır. Acil olarak ele alınması gereken problemler belirlenmeli ve bu problemlerin çözümüne yönelik stratejiler belirlenmelidir. Yapılan iyileştirmeler sonucunda tekrar performans değerlendirmesi yapılmalıdır ve bölüm sorumluları tarafından denetlenmelidir. Belirli bir performans düzeyi ile yetinilmemeli hep daha iyi olan hedeflenmelidir.

Modern kalite anlayışı, verilen son ürünün kaliteli olması için tüm süreçlerde ve bu süreçlerin yaşamasında gerekli olan kaynakların kaliteli olmasını gerektirmektedir. Kalite, her ne kadar nitel bir kavrammış gibi anlaşılabilir, hizmet kalitesi düzeyinin ölçülebilir hale getirilmesi oldukça önemlidir. Sağlık Sektöründe kalite güvencesi; doğru hastadan gönderilen, doğru örnekte, doğru testi kullanarak, doğru zamanda, doğru, tekrarlanabilir, güvenilir sonuç verilmesini garanti eder.

-Yanlış uygulama, yanlış test sonucu,

-Hastaya yanlış tedavi uygulanması, ek ve gereksiz testlerin istenmesi,

-Hiç tedavi uygulanmaması,

-Gerekli olmasına rağmen ek test yapılmaması,

-Geç sonuç nedeniyle geç kalınması: mortalite ve morbiditede artış, yatış süresinin uzaması, maliyet artışı,

-Laboratuvarın güvenilirliğinin kaybı,

Yukarıda belirtilen sebepler çok yönlü zarar sağlar. Kalite güvencesi laboratuvar testleri ile ilgili sürecin tümünü kapsar.

Tıbbi laboratuvarlarda yer alan süreçler, hekimin hastadan hangi testleri isteyeceğini düşündüğü an başlamakta ve sonuçlar hasta yararına kullanıldığı an bitmektedir. Bu bağlamda test isteminin planlanması ve istemin yapılması, örneğin alınması, laboratuvara ulaştırılması, analizi, test sonucunun raporlanması ve sonucun hasta yararına kullanılması birbiriyle ilintili ancak iç işleyişinde Bağımsız süreçleri oluşturmaktadır. Süreç işleyişinde her bir süreçte birden çok ölçülebilir parametre yer almaktadır. Hangi parametrelerin ölçülmesi gerektiği ise Çalışmanın ilk aşamasını oluşturmaktadır. Laboratuvarın problemleri alanları ve kritik süreçleri belirlenmelidir. Bunun için Çalışan görüşleri, klinisyen, hasta ve Çalışan memnuniyet anketleri, uzmanların görüşleri, şikayetleri ve önerileri kullanılabilir. Ancak her ne şekilde olursa olsun öncelik bu problemlerin önem sırasına göre dizilmesini gerektirmektedir. Veri toplama amacıyla anket formları, hata takip ve bildirim formları ayrıca LIS verileri kullanılabilir.

Preanalitik hatalar, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar gerçekleşen süreçte meydana gelen hatalardır ve toplam test sürecindeki hatalarda en büyük paya sahiptir (11). Uygun ve kalitesiz örneklerin analiz edilerek raporlanması tıbbi kararlarda hatalara sebep olmaktadır (2). Preanalitik hataların tipi ve sıklığı ile ilgili bilgilerin büyük bir çoğunluğu batı ülkelerinden özellikle Avrupa ve ABD'den bildirilmektedir. Bildirilen preanalitik hataların sıklığı oldukça farklıdır. Ancak problemlerin daha çok örnek alımı (yanlış kayıt, yanlış barkod, invitro hemoliz, yetersiz örnek) ile ilgili olduğu ortak noktasında birleşmektedir (12). Bizim Çalışmamızda benzer hataların sıklığı oldukça fazladır. Bundan dolayı, doğru ve zamanında sonuç üretimi açısından toplam test sürecinin her basamağındaki hataların saptanması, düzeltilmesi ve önlenmesi büyük önem taşır. Preanalitik hatalar laboratuvar test sonuçlarını dramatik olarak etkilemektedir. Preanalitik değişkenlerin laboratuvar test sonuçları üzerine etkileri bilinmeli ve laboratuvar verilerinin

değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Kontrol edilebilen preanalitik değişkenlerin çoğu örnek alınmasıyla ilişkilidir (13). Bizim Çalışmamızda da en çok hata sebeplerinden biri örnek miktarının yetersiz olmasıdır.

Çalışmamızda ise preanalitik, analitik ve postanalitik hataların yüzdesini belirlemekten ziyade her bir evreye yönelik ayrı ayrı analiz sonuçları elde ederek hata sıklıkları, hata sebepleri tespit edilmiştir. Preanalitik evreye yönelik yaptığımız analiz sonucuna göre örnek redlerinin bu evredeki diğer hatalara oranla çok daha sık olarak karşımıza çıktığı belirlenmiştir. Örnek red gerekçelerinin kendi içindeki analizinde ise örneklerin HİS’ne bilgisayar kaydının yapılmadan gönderildiği, , numune üzerinde ki barkod ile gönderilen materyalin birbirini tutmadığı veya yanlış kayıt yapıldığı ortaya çıkarılmıştır. Nevalainen ve arkadaşları üç klinik laboratuvarın toplam verileri üzerinden yaptığı Çalışmada örnek barkodlama hatalarını 4,0-4,125 olarak bulurken bizim barkodlama hatamızın çok daha az olduğu, yaklaşık %2.3 olduğu tespit edildi.

Örnek reddi, hem akreditasyon Çalışmalarında bir gereklilik olup hem de iyi laboratuvar uygulamalarında takip edilmesi gereken önemli parametrelerden biridir. Hatalı örnek kabulü yapıldığında oluşabilecek sorunlar ve hastaya yansiyabilecek olumsuzluklar, giderilmesi güç sonuçlara yol açmaktadır. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için baştan önlem alınması modern kalite felsefesi ile uyumludur. Örnek reddinde ikinci büyük problem ise reddedilen örneklerin, istemi yapan kliniğe hızla bildirilmemesidir. Doğru istem yapıldığını düşünen klinisyen hastasının sonuçlarını beklerken aslında örneklerinin çalışmadığını öğrendiğinde geç kalınmış olunabilmektedir. Bu durum hem hastalığın sağaltımında gecikmeye neden olabildiği gibi hem de önemli bir kalite göstergesi olan hastanın hastanede yatış süresini de gereksiz yere uzatabilmektedir. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için laboratuvarımızda tek nüshalı “örnek ret formları” oluşturulmuştur. Örnek ret gerekçesi forma işlenip tarih ve saat kaydedildikten sonra saklanıp ardından vakit kaybedilmeden kliniklere telefonla geri bildirim yapılmalıdır. Böylece hastadan ikinci bir örneğin alınmasının ya da örnek reddine yol açan gerekçenin hızla ortadan kaldırılması amaçlanmıştır.

Stark ve arkadaşları örnek reddi ile ilgili yaptıkları çalışmada hataları servis, poliklinik ve acil olarak üç ana grupta incelemiştir. Çalışmasında en fazla hataların yatan hasta kısmında gerçekleştiğini bulmuşlardır. En sık hata kaynağını her üç grupta da hemolizli örneklerin oluşturduğunu saptamışlardır (14). Çalışmamızda en sık hata kaynaklarından biri hemolizli örneklerdir (257) ve çoğunlukla pediatrik servislerde gerçekleşmektedir. Hemolizli örnekler analiz aşamasında fark edildikten sonra rapora mutlaka “hemolizli örnek” notunun düşülmesi gerekmektedir. Bu notun düşülüp düşülmediğinin bir kalite indikatörü olarak takip edilmesi ise postanalitik sürecin bir ölçütü olarak değerlendirilmiştir. Biz çalışmamızda poliklinik ve servis örneklerindeki hataları değerlendirdik. Poliklinik hastalarında hatalı örnek alımının çok çok düşük olması laboratuvar tarafından eğitilmiş kan alma ekibinden kaynaklanmaktadır. Buna karşın servislerde hemşire, asistan doktor, intern ya da stajyer doktorlar başta olmak üzere çok çeşitli kişiler tarafından örnek alımı gerçekleştirilebilmektedir. Hemolizli örnek bir tarafa bırakılacak olursa Stark’ın sonuçları da laboratuvarımızın sonuçlarıyla benzeşmektedir.

Reddedilen örnekler incelendiğinde en sık hata sebebinin; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (1017), sırasıyla pıhtı oluşması (308), hemoliz (257), yanlış örnek kabına örnek konulması (203)’dür. Örneklerin geç transfer edilmesi (5) ve lipemi (7) en düşük red sebebi olması, hatanın kökeninde istemi yapan hekimden ziyade örneği toplayan ve/veya bilgisayarda HİS’ne giriş yapan otomasyon sekreterlerinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Laboratuvara en çok örnek gönderimi yapan pediatri alt dallarının en çok hatayı yaptığı görülmüştür. Bebeklerden kan alımının zorluğu, deneyimli hemşirenin yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda önemli bir red kriteri de yetersiz numune (395) ve pıhtı oluşması (77). Örnek alımı vakumlu sistem ile belirli tüpler için otomatik olarak belirli seviyelerde alınmaktadır. Fakat kan alım esnasında hastanın kolunu kımıldatması, çekmesi, kan alan personelin yönlendirmelerine uyum sağlamaması ve tüplerdeki vakum gücünün zamanla azalması ile yeterli seviyede kan alınamamaktadır. Bunun yanı sıra kan alımından görevli hemşirelerin sayısının az olması ve yoğun iş yükü nedeniyle hızlı Çalışma gerektirmesinin yetersiz seviyede kan alımına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca pediatrik servislerde kan alım sürecinin uzun olması özellikle pıhtı oluşumuna sebep olmaktadır.

Klinik laboratuvarında öncelikle süreçler incelenmiş olup, en çok hata oluşturan hizmet basamakları gözden geçirilip bu hataların nedenleri Araştırılarak sonuçta laboratuvar performansı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hangi sektörde olursa olsun, evrensel kalite ölçütlerinde hizmet verilmek isteniyorsa, sıfır hata yolculuğuna çıkılması gerektiğine inanılmaktadır. Çalışan kaynaklı hataların giderilmesi için eğitimlerin kalıcı olması, sürekli hastane içerisinde tayinler vb sebeplerden hastane personeli sirkülasyonun devam ettiği görülmektedir. Bu sebepten doltı daha etkili çözüm önerileri aranmalıdır. Hataların en çoğunun preanalitik süreçlerde meydana geldiği hastanelerin çoğunda ortak problemlerden biridir. Örneğin kan alma biriminde Çalışan hemşirelere; hangi tüpe ne kadar, hangi teste hangi tüp, tüp alım sırasını gösteren temel bilgiler içeren kartlar hazırlanabilir. Bu kartlar personel kartlarının arkasına takılıp, ihtiyaç anında hızlı bir şekilde bakılabilir. Bu şekilde yanlış tüpe kan alımları, yetersiz örnek alımları, hemolizli örnek sayılarında azalmalar meydana geleceği öngörülmektedir. Bunun dışında doktorların veri giriş elemanlarının yanlış bilgilendirilmeleri ya da iş yoğunluğu kaynaklı hataların giderilmesi, gereksiz test istemi, hatalı girişler yapmamları için onları yönlendiren telefona indirilebilen laboratuvar testlerini içeren uygulamalar yapılabilir.

Bu Çalışmada 2016 yılında toplam 2668 kan kültür örneği gelmiş olup 118 (%4.42) 'si, 2017 yılında toplam 2630 kan kültür örneği gelmiş olup 109 (%4.14)'u, 2018 yılı Haziran ayı dahil toplam 1381 kan kültür örneği gelmiş olup 60 (%4.34)'ın da kontaminasyon tespit edilmiştir. Bu tarihler arasında laboratuvara 6679 kan kültürü gelmiş olup, bu örneklerden 1297(%19.44) tanesi pozitif sinyal verip, 287 (%4,3) örnekte kontaminasyon saptanmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, hastanemizde bakteriyemi veya sepsis tanısında kan kültür sisteminin maliyet ve etkin Kullanımını sağlamak amacıyla üreme oranı %20'lik değer altındaki örnek alınma endikasyonları ve örnek sayısı ile ilgili klinisyenlerle iş birliği yapılmalıdır. Kontaminasyon oranı kalite standardı olan %3'ün üstünde olduğu için örnek alınışıyla ilgili hizmet içi eğitimlere ihtiyaç vardır. Kan kültür uygulamalarında her laboratuvar kalite kontrolünde içeren bir kalite güvence programını ortaya koymalıdır. Kalite güvencesi, kan kültürü işlemlerinin öncesinde; hastanın değerlendirilmesi, kan kültürünün istenmesi, örneğin alınması, transportu, laboratuvara kabulü, kaydı; kan kültürü işlemleri esnasında; mikroorganizmaların üretilmesi, idenfikasyonu, duyarlılık testlerinin Çalışılması, test Sonuçlarının güvenilirliğinin doğrulanması, test Sonuçlarının yorumlanması ve kan kültürü işlemlerinden sonra; sonuçların raporlanması, sonuçların saklanması ve sonuçlarla ilgili konsültasyon işlemleri aşamalarını içermelidir.

Sonuç olarak, laboratuvardaki Çalışmalar sırasındaki preanalitik hataların en sık olarak pıhtı, hemoliz ve numune miktarındaki problemlerden kaynaklandığı söylenebilir. Birinci basamak Sağlık Kurumlarında farklı birimlerde kan alımı, santrifüj, kayıt vb. kontrol dışı unsurlara rağmen preanalitik hata oranımız ikinci ve üçüncü basamak Sağlık kurumlarının verileri ile uyumlu bulunmuştur. Preanalitik hataları azaltmak için planlanan eğitimlerin standart soruna odaklı, uygulamalı olması, tutum ve davranışların öğrenilebilmesi için eğitime yeterince zaman ayrılması ve periyodik olarak tekrarlanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

Romero A., Cobos A., López-León A., Ortega G., Muñoz M. Preanalytical mistakes in samples from primary care patients. Clin Chem Lab Med 2009;47(12):1549-1552.

Hallworth MJ. The '70% claim': what is the evidence base? Ann Clin Biochem 2011; 48: 487-8.

Plebani M. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. Ann Clin Biochem 2010; 47: 101-10.

Shahangian S, Snyder S. Laboratory Medicine Quality Indicators. Clin Chem 2009; 131(3):418-31

Dağlıoğlu G. Klinik laboratuvarlarda kalite yönetimi: altı sigma protokolünün uygulanması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı; 2009.

Plebani M. Quality Indicators to Detect Pre-Analytical Errors in Laboratory Testing. Clin Biochem Rev 2012;33(3):85-8.



- Özyurt M, Albay A, Yıldırım Ş, Başustaoglu A. (1998)'' Bact/Alert otomatize kan kültür sistemi ile iki yıllık dönemde alınan sonuçlar: Retrospektif bir Çalışma'', İnfek Derg 1998; 12: 323-8.
- Richter SS, Beekmann SE, Croco JL, Diekema DJ, Koontz FP, Pfaller MA, et al. (2002)''Minimizing the workup of blood culture contaminants: Implementation and evaluation of a laboratory-based algorithm'', J Clin Microbiol, 2002: 2437-44.
- Ntusi N, Aubin L, Oliver S, Whitelaw A, Mendelson M (2010)''Guideline for the optimal use of blood cultures'', S Afr Med J 2010; 100(12): 839-43.
- Aslan D, Sert S, Aybek H, Yılmaztürk G. Klinik laboratuvarlarda toplam laboratuvar performansının değerlendirilmesi: Normalize OPSpec Grafikleri, Altı Sigma ve Hasta Test Sonuçları. Türk Biyokimya Dergisi 2005; 30(4); 296- 305.
- Bonini P, Plebani M, Ceriotti F, Rubboli F. Errors in laboratory medicine. Clin Chem 2002; 48: 691-8.
- Rattan A, Lippi G. Frequency and type of preanalytical errors in a laboratory medicine department in İndia. Clin Chem Lab Med 2008; 46(11): 1657-1659.
- Burtis C., Ashwood E. Klinik kimyada temel ilkeler. Aslan D (çeviren). 3. Baskı. İstanbul. Palme 2005;30-54.
- Stark A, Jones B, Chapman D, Well K, Krajenta R, Meier F.A, Zarbo R.J. Clinical Laboratory Specimen Rejection- Association With the Site Patient Care and Patients Characteristics: findings from a single health care organization. Arch Pathol Lab Med 2007; 131: 588-592.

## KLİNİK MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINDAKİ PREANALİTİK, ANALİTİK VE POSTANALİTİK SÜREÇLERDEKİ HATA KAYNAKLARININ ARAŞTIRILMASI

### INVESTIGATION OF SOURCES OF ERROR IN PREANALYTICAL, ANALYTICAL AND POSTANALYTICAL PROCESSES IN CLINICAL MICROBIOLOGY LABORATORY

Ülkü VERANYURT [1]  
Betül AKALIN [2]

#### ABSTRACT

**Objective:** Errors in clinical microbiology laboratories have huge impact on patient safety and treatment. The aim of this study is to investigate the sources of error of all processes and offer solutions to be utilized in the literature.

**Material and Methods:** In a retrospective study, from a hospital, data was obtained from the Laboratory Information System, samples of 2016-2018; (Number of rejected samples/total number of samples sent to the laboratory)x100 formula, monthly, 3-month and annual refusal rates were analyzed. Sample reject, internal quality and external quality results were analyzed. Finally, the reporting period of urine cultures was analyzed to determine the reporting period.

**Results:** From clinics to hospital laboratory; In 2016, 752 (1.09%) of 69090 samples, 698 (0.95%) of 73652 samples in 2017, and 940 (1.23%) of 76275 samples in 2018 were rejected. A total of 219017 samples were collected from the laboratory on tests and 2390 (1.09%) of them were rejected. The reasons of rejections were examined. In the first place, the sample amount was insufficient (1017), the clot formation was 308), the hemolysis (257) was placed in the wrong sample cup (203). When the distribution of all years according to the unit distribution is examined; The samples from the Pediatric Cardiovascular Surgery Clinic - Cardiology (593), Cardiology Clinic (550), Cardiovascular Surgery Clinic (288) Coronary Intensive Care Unit (117), respectively, were rejected. It has been determined that there are at least one faulty sample from the Surgical Intensive Care Unit-B Block (39).

**Conclusion:** In the clinical laboratory, firstly the processes were examined and the service steps were review and the laboratory performance was evaluated. Thus, if there is a need to provide services in universal quality criteria in any sector, a zero error journey should be made.

**Key Words:** Rejected sample, Microbiology laboratory, Preanalytical errors

[1] University of Health Sciences/Healty Care Management/ Turkey/ [ulkuveranyurt@gmail.com](mailto:ulkuveranyurt@gmail.com)

[2] University of Health Sciences/Healty Care Management/ Turkey/ [betul.akalin@sbu.edu.tr](mailto:betul.akalin@sbu.edu.tr)

#### GİRİŞ

Günümüzde laboratuvar testleri, tıbbın birçok alanında tanı, tedavi ve takipte büyük önem taşımaktadır. Klinik muayenesi yapılan hastalarda laboratuvar test Sonuçlarının kesin ve doğru olması istenmektedir. Fakat bazı laboratuvar sonuçlarında istenmeyen sonuçlar çıkabilmektedir. Bu hatalı laboratuvar Sonuçlarının farkına varamadığımız veya kontrol altına alamadığımız faktörler etki etmektedir (1). Tıbbi kararların yaklaşık %70 kadarında laboratuvar Sonuçlarının etkili olduğu bilinmektedir (3). Bu sebeple hastalığın tespiti, sınıflandırılması, tedavisi ve takibi gibi süreçlerde doğru laboratuvar sonuçları önem taşımaktadır. Toplam test süreci klinisyenin testi istemeye karar vermesinden, laboratuvar sonucunun raporlanıp karar için kullanılmasına kadar olan aşamaları içerir. Son yıllarda bu aşamalar 5 ayrı kategoride incelenmektedir. Test isteminin planlanıp yapılması pre-preanalitik evre, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar olan aşama preanalitik evre, örneğin analiz aşaması analitik evre, laboratuvar Sonuçlarının kontrol edilerek onaylanması aşaması postanalitik evre ve sonucun değerlendirilerek kararda kullanılması aşaması da postpostanalitik evre olarak adlandırılmaktadır (4). Yukarıda belirtilen; Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlerin değerlendirilmesinde her bir evreye özgü kalite indikatörlerinin kullanılması oldukça yaygındır. Kalite indikatörleri, bir sürecinkantitatifolarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Başka bir deyişle, bir

sürecin kalitesinin nicelik kazanmasını sağlayan araçlardır. Böylece, daha önceki laboratuvar verilerine ya da literatürden elde edilen verilere göre belirlenmiş hedef değerlerle kıyaslama yapılabilmektedir. Bir sürece ait kalite indikatörüne ilişkin veri, belli bir zaman periyodunda sürekli olarak toplanır, analiz edilir ve hedef değer ile kıyaslanarak süreç performansı değerlendirilir (5). Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlere ilişkin uluslararası kabul edilmiş kalite indikatörleri mevcut değildir. Bu sebepten ötürü preanalitik süreçteki hataların kaynakları, sıklığını Araştırdık.

Preanalitik süreçler laboratuvar dışı birimlerin de katılımını gerektirdiğinden standardize edilmesi diğer süreçlere göre nispeten daha zordur ve hataların çoğunun bu süreçte oluştuğu çeşitli yayınlarda gösterilmiştir. Preanalitik evre hataları, toplam hataların %46-68,2'sini oluşturmaktadır (2). Laboratuvarda kalite, toplam test sürecindeki her bir aşamanın doğru bir şekilde gerçekleştirildiğinin garantisi olarak tanımlanmalıdır (11).

Örnek reddi, hem akreditasyon Çalışmalarında bir gereklilik olup hem de iyi laboratuvar uygulamalarında takip edilmesi gereken önemli parametrelerden biridir. Hatalı örnek kabulü yapıldığında oluşabilecek sorunlar ve hastaya yansiyabilecek olumsuzluklar, giderilmesi güç sonuçlara yol açmaktadır. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için baştan önlem alınması modern kalite felsefesi ile uyumludur. Örnek reddinde ikinci büyük problem ise reddedilen örneklerin, istemi yapan kliniğe hızla bildirilmemesidir. Doğru istem yapıldığını düşünen klinisyen hastasının sonuçlarını beklerken aslında örneklerinin çalışmadığını öğrendiğinde geç kalınmış olunabilmektedir. Bu durum hem hastalığın sağaltımında gecikmeye neden olabildiği gibi hem de önemli bir kalite göstergesi olan hastanın hastanede yatış süresini de gereksiz yere uzatabilmektedir. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için laboratuvarımızda “örnek ret formları” oluşturulmuştur.

Analitik evre özellikle test yöntemlerinin, kullanılan analizörlerin, iç ve dış kalite kontrolünün ve kalibrasyonların ön plana çıktığı; preanalitik evreye göre çok daha fazla kontrol edilebilir parametrelerin yer aldığı bir süreçtir. Ayrıca dış kalite kontrol yaparak iç kalite kontrol Sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir parametredir. Yine kalite felsefesine uygun olarak, çıktının kaliteli olabilmesi için kaynakların da kalite standartlarına uyması gerekmektedir.

Özellikle bilgisayar kullanımının ve otomasyon sistemlerinin tıbbi laboratuvarlarda daha çok yer almaya başlaması ve her türlü sürecin kontrolünde kullanılması ile birlikte postanalitik sürece verilen önem giderek azaltılmıştır. Ancak hasta yararlanım sürecini etkileyebilecek çok önemli birkaç faktörün bu evrede yer aldığı unutulmamalıdır. Bunlardan bir tanesi test sonuçlandırma süreleri, diğeri ise kritik değerlerin (panik değerlerin) bildirilmesidir. Bunlar, hasta sağlığını direk etkileme potansiyeline sahip olan postanalitik süreçler arasında yer almaktadır. Bu süreçler, indirek yollardan örneğin; gereksiz tedavi ve girişimlerin uygulanması ile maliyet artışına, ayrıca hastanın hastanede kalış süresini de uzatarak ek maliyet artışına neden olabileceğini de düşündürmektedir (17). Bütün tıbbi laboratuvarların bu amaca yönelik öncelikli olarak “kritik değerler listesini hazırlamaları gerekmektedir. Bu liste hazırlanırken literatür ve klasik kitap bilgileri, klinisyenlerle yapılan toplantılardaki fikir alışverişleri veya diğer laboratuvarların kullandığı kritik değerler de dikkate alınarak oluşturulabilmektedir (18).

Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlerde meydana gelen hatalar Açısından sırasıyla numune red oranlarının değerlendirilmesi, iç ve dış kalite Sonuçlarının analiz edilmesi ve idrar kültürü raporlama sonuçlarına Araştırıldı. Klinik laboratuvarda öncelikle süreçler incelenmiş olup, en çok hata oluşturan hizmet basamakları gözden geçirilip bu hataların nedenleri Araştırılarak sonuçta laboratuvar performansı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hangi sektörde olursa olsun, evrensel kalite ölçütlerinde hizmet verilmek isteniyorsa, sıfır hata yolculuğuna çıkılması gerekmektedir.

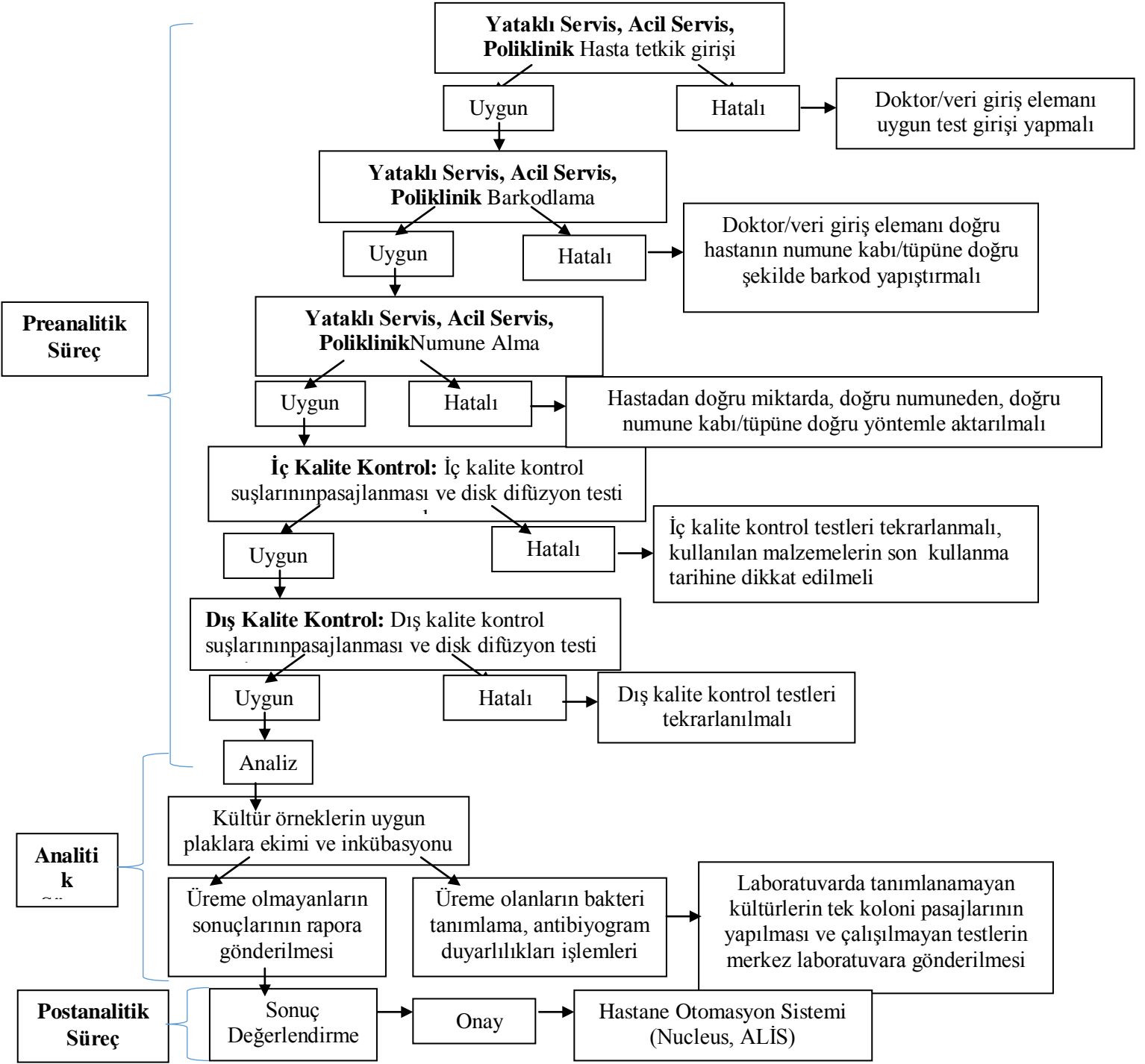
## GEREÇ VE YÖNTEM

### Laboratuvar İşleyişi ve Süreçler

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi (SBÜ-DSEKGDCEAH) Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı Tablo. 1’de verilen testlerle hizmet vermektedir. Çalışmamızda, SBÜ-DSEKGDCEAH’si Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarının; Laboratuvar Bilgi Sistemi’nden (LİS) ve laboratuvarından elde edilen diğer verilerden yararlandı. Laboratuvar 08.00-16.30 gündüz mesai, 16.30-08.00 ise nöbetçiler çalıştırılarak 24 saat hizmet vermektedir. Günlük rutin mesai saatleri dışında çalışılan acil testleri de çalışmada dikkate alındı.

**Tablo 1.** Mikrobiyoloji laboratuvarında çalışılan testler

Test Adı
Vücut Sıvısı Kültürü (Periton, Perikart, Plevra, Bos)
Kan Kültürü
Burun Kültürü
Yara Kültürü
Vajen-Serviks Kültürü
Gaitada Gizli Kan
İdrar Kültürü
VRE( Vankomisine dirençli Enterekok tarama)
KDE (Karbapenem dirençli Enterekok tarama)
Gaita Kültürü
Trakeal Aspirat Kültürü
Aspirat kültürü
Mediasten Kültürü
Kateter Kültürü
Direk parazit incelenmesi (manuel)
Periferik yayma
Doku biyopsisi kültürü
Balgam Kültürü
Toksin
Serolojik testler
Hemogram



Şekil 1. Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı iş akış şeması

### 1.3.1. Laboratuvarda Örnek Kayıt -Kabul ve Dağıtım Süreci

Laboratuvarda süreç klinikler, poliklinikler, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde hekimin hastadan isteyeceği testleri planlamasıyla başlamaktadır. Klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde süreç, laboratuvar istem formlarından testlerin istemi ile başlamakta ve otomasyon sekreterlerinin istemleri Hastane

İnformasyon Sistemine (HİS) aktarmasıyla devam etmektedir. HİS-LİS uyumlu veri tabanı ile tüm bilgiler LİS'e iletilmiş olmaktadır. İstem formları örneklerle (vücut sıvıları, kan, idrar, gaita, balgam v.b.) birlikte otomasyon sekreteri tarafından teslim alınır ve örnekler barkod yapıstırılarak pnömotik tüp sistemi (örneklerin taşınmasında kullanılan vakumlu tüp sistemi)ya da kat personeli ile laboratuvar numune kabul ve dağıtım birimine gönderilir. Laboratuvarda numune kabul elemanı tarafından örneklerin uygun olup olmadığı kontrol edilir.

Bunlar; Tablo 1'de belirtilen örnekleri olabilmektedir. Kayıt görevlisine teslim edilen bu örnekler, istem kâğıdı üzerine yapıstırılmış olan barkod numarası ile barkod okuyucuya okutulur. İstem kâğıdı, HİS kaydı ve örnekler Karşılaştırılarak ikinci bir kontrol yapılır. Uygun olan örneklerin laboratuvara kabulü yapılarak barkodları çıkarılır. Yerleştirilerek örnek kabul ve dağıtım birimine gönderilir.

Hatanın Gerçekleştiği Birim	Hatanın Gerçekleştiği Birimin Kodu
Acil Servis	Acil
Kardiyoloji Kliniği	Kardiyo
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- A Blok	KVC-A
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok	KVC-B
Pediyatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği -Kardiyoloji	Çocuk KVC+KAR
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	KVC
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	KOR YB
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediyatri	KVC PED
Göğüs Cerrahisi Kliniği	Göğüs Cer
Poliklinikler	Poliklinik

**Tablo 2.**Hatanın gerçekleştiği birim ve kodları

### 2.1.2. Laboratuvarda Örnek Çalışma ve Raporlama Süreci

Örneklerin kabul ve sınıflandırma işleminin ardından numune dağıtım elemanları tarafından örnekler analiz için ilgili birime iletilir. Sorumlu teknisyen/biyolog tarafından testin o gün çalışılıp çalışılmayacağı, ön işlemin gerekli olup olmadığı gözden geçirilir ve sonrasında örnekler çalışılır. Sonuçlar sorumlu teknisyen/biyolog tarafından gözden geçirildikten sonra teknik onay verilir. Gerekliğinde uzman onayı ve imzası sonrasında sonuçlar raporlanır. Gerekli onay işlemlerinden sonra LİS'e aktarılan sonuç bilgileri yine LİS-HİS uyumu ile ilgili birimlere elektronik ortamda ulaştırılır. Bütün bu süreçlerde takip edilmesi gereken talimatlar ve prosedürler doğrultusunda işleyiş gerçekleştirilir. (Şekil 1). Tüm bu süreçlerin kayıtlarına ise Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarının bilgi sisteminden ulaşılabilir.

### 2.1.3 Laboratuvar Bilgi Sistemi

SBÜ-DSEGKDCEAH'de Ventura Bilgisayar ve Bilişim Sistemleri Limited Şirketi (tarafından 1993 yılında laboratuvar bilgi sistemi (laboratuvar informasyon sistemi- LİS) kurulmuştur. LİS, karşılıklı bilgi alışverişini sağlamak amacıyla, bir ara yüz aracılığıyla HİS ile bağlantılıdır. Test sonuçları otomatik olarak LİS'e aktarılır ve teknik onay LİS üzerinden verilmektedir. LİS'in yüklü olduğu tüm bilgisayarların ve ana sunucuların altı aylık ve yıllık bakımları Ventura tarafından gerçekleştirilmektedir. LİS'in yüklü olduğu tüm bilgisayarlar kesintisiz güç kaynaklarına bağlıdır. Yedekleme ve arşivleme sunucu üzerinde ve belirli terminallerle gerçekleştirilir. LİS yüklü bilgisayarlarda, virüslerden korunmak amacıyla, internet bağlantısı yapılmamakta, disket, taşınabilir bellek vb. kullanılmamaktadır. LİS'in Kullanımı "Laboratuvar Bilgi Sistemi Kullanım Kılavuzu" na göre yapılmaktadır. Uygulama Alis veritabanı üzerinde Çalışmaktadır.

### Laboratuvar Süreç Hata Kaynakları

Çalışmamızda laboratuvar hataları preanalitik (analiz öncesi), analitik, postanalitik (analiz sonrası) evrelere ayrılarak incelendi. Preanalitik evre hataları ayrı analizi yapıldı. Preanalitik evre analizi sonuçları ile hata

kaynakları sınıflandırılarak sıklıkları belirlendi. Bu analiz için 2016-2018 yılına ait veriler kullanıldı. Yapılan analiz ile preanalitik evre için üç süreç hatasının ön plana çıktığı görüldü. Bunlar; kliniklerden gelen hatalı örnek istemleri için belirlenen örnek ret sayısı, kan alma ünitesinde ortaya çıkan hata sayısı, tüp üzerine yapıştırılan barkodlarda hata sayısı şeklinde belirlendi. Bu evrede en sık karşımıza çıkan ilk iki hata kaynak süreci takip edildi ve incelendi. Elde edilen bilgiler değerlendirilerek istatistiksel veri haline dönüştürüldü. Analitik evrede ise, 2016-2018 yıllarında yapılan iç kalite ve dış kalite kontrol sonuçları değerlendirildi. Postanalitik evre hataları için sistemden hasta Sonuçlarının raporlama sürelerine bakıldı. Burada 2016-2018 yılına ait veriler kullanıldı. Bu evrede en sık görülen acil test istek sonuç süreleri ile ilgili gecikmelerdi. Belirlenen süreden daha uzun sürede verilen sonuçlar hatalı olarak kabul edildi.

**Tablo 3.** Hata türleri

Hata Türü
Hemoliz
Lipemi
Pıhtı oluşması
Yanlış Örnek kabına örnek alınması
Eksik örnek alınması
Örnek miktarının yetersiz olması
Hatalı Kayıt
Hatalı test istemi
Hatalı Etiketleme
Barkodsuz örnek
Uygunsuz alınmış numune
Örneklerin geç transfer edilmesi
Örnek kapları üzerinde örnek türü belirtilmemesi

### 2.2.1. Preanalitik Evrede Süreç Hata Kontrolü

#### 2.2.1.1. Örnek Ret Süreç Kontrolü

Çalışmamızda, örnek ret nedenleri ve sıklıkları analizi yapıldı. Bu Çalışmada, servislerden ve polikliniklerden gelen yanlış istemlerin kaynağını belirleyerek hata sıklığını ve servislere göre dağılımını Araştırmak, hata tiplerini belirleyebilmek ve aynı zamanda bütün bunlardan kaynaklanabilecek tıbbi hataların önüne geçmek ve maliyetleri azaltmak amaçlandı. Bu amaca yönelik, her hasta için yapılan hatalarda bir örnek ret formu doldurularak laboratuvarda reddedilen örnekler kayıt altına alınmış oldu. Her hasta için birden fazla hata tesbitinde bu hatalar, aynı form üzerinde işaretlendi. Örnek ret formları tek nüsha halinde düzenlenmektedir. Örnek ret formları ise sorumlu kayıt elamanı tarafından düzenlenmekte olup formlar ihtiyaç doğrultusunda revize edilebilmektedir (Şekil 2). Örnek ret süreç kontrolü, ilk olarak geriye dönük olarak incelendi. 2016-2018 tarihi olarak kabul edildi. Tesbit edilen örnek ret sayıları servislere, hata nedenlerine ve sıklığına göre gruplandırıldı ve mevcut durum tespit edilmiş oldu. Elde edilen veriler, Microsoft Office Excel 2003 programında değerlendirilip gruplandırılarak grafiksel veri haline dönüştürüldü. Çalışma tarihleri arasında laboratuvara kabul edilen toplam örnek sayısı da LIS verilerinden belirlendi.

#### 2.2.1.2. Kan Alma Ünitesi Hatalı Örnek Takip Süreci

Polikliniklerden ve servislerden istemi yapılarak laboratuvar kan alma ünitesi kayıt birimine gelen hastaların kabulünden sonra, kan alma ünitesinde alınan örneklerde oluşan hatalar tespit edildi. Burada alınan örnekler, laboratuvara pnömotik sistemle ya da personelle iletilerek laboratuvar örnek kabul ve dağıtım birimi tarafından kabul edilmektedir. Bu Çalışmada, bu aşamada oluşan hatalar değerlendirilmiş olmaktadır.

Çalışmamızda hataların tesbiti için, kan alma birimi hatalı örnek takip çizelgesi oluşturuldu (Tablo 4). Aynı zaman sürecinde laboratuvara polikliniklerden kayıt birimine kabul edilen örnek sayısı LİS'ten tespit edildi.

<b>MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI'NA GELEN UYGUNSUZ ÖRNEKLERİN LİSTESİ</b>				
<b>TARİH</b>	<b>BARKOD NO</b>	<b>ÖRNEK</b>	<b>GÖNDEREN BİRİM</b>	<b>UYGUNSUZLUK SEBEBİ</b>

**Tablo 4.** Mikrobiyoloji laboratuvarı'na gelen uygunsuz örneklerin listesi

### **2.2.2. Analitik Evrede Süreç Performans Değerlendirme**

Çalışmamızda analitik evrede laboratuvarında 2016-2018 yılları arasında yapılan iç kalite kontrol ve dış kalite kontrol sonuçları değerlendirildi.

### **2.2.3. Postanalitik Evrede Süreç Hata Kontrolü**

#### **2.2.3.1. İdrar Kültürü Test İstek Sonuç Süresi Süreç Performans Değerlendirmesi**

Çalışmamızda Acil Birim Ünitesinde Çalışılan, laboratuvarında takip edilen kalite iyileştirme Çalışmalarından, acil test istek sonuç süreleri incelendi. Bunlar içerisinde acil ünitesinde Çalışılan testlerden biri olan idrar kültürü Sonuçlarının raporlama süreleri analiz edildi. İdrar Kültürü testi için belirlenen süre olan 3 iş günüdür. Daha uzun sürede test sonuçlandırma süresi “hata” olarak kabul edildi. Amaca yönelik olarak LİS verileri toplandı. 2016-2018 yıllarına ait idrar kültürü incelendi.

#### **2.2.3.2. Hemolizli Örnek Raporlama Hatası ve Performans Değerlendirmesi**

Çalışmamızda, 2016-2018 zaman periyodunda hemolizli örnekler incelendi. Hemogram testi tüm ünitelerde Çalışılan örnekler incelendi. Bu örnekler, analiz sonrası gözlemlenerek ve LİS verilerinden Karşılaştırılarak değerlendirildi. Gözlemlenerek belirlenen hemolizli örneklerin LİS kayıtlarına geçip geçmediği dolayısıyla kliniklere iletilip iletilmediği belirlenmiş oldu. Gözlem sonucu hemolizli olduğu belirlenen ancak LİS kayıtlarına geçmemiş örnek sonuçları raporlama hatası olarak değerlendirildi.

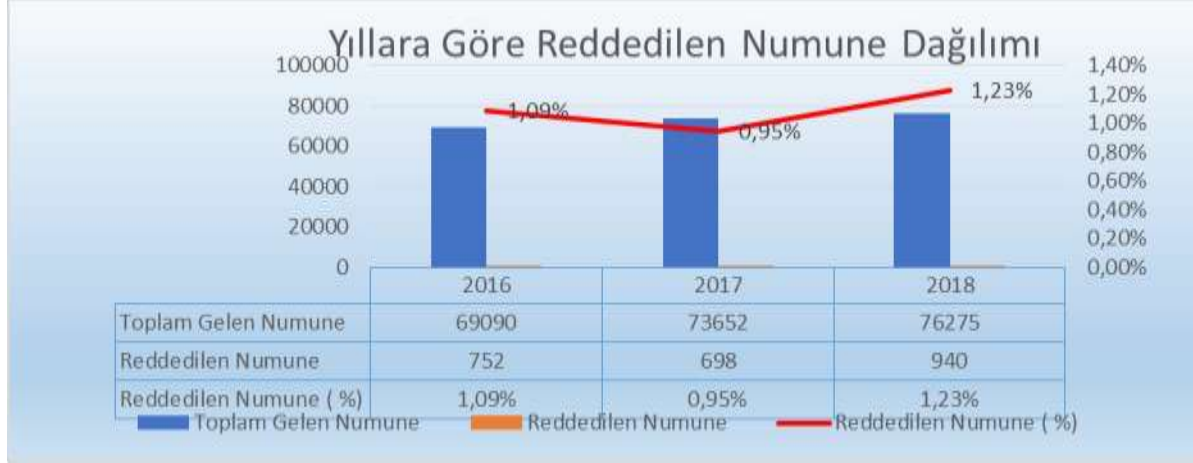
#### **2.2.3.3. Kritik Değerler Bildirilme Süreç Performans Değerlendirmesi**

Kritik değerler (panik değerler); hastaya acil müdahale edilmesini gerektiren veya klinik doktorunun dikkatinin çekilmesini gerektiren değerlerdir. Çalışmamızda, SBÜ-DSEKDCİEAH'de acil mikrobiyoloji parametrelerinde kritik değerler belirlendi. Bu amaca yönelik kritik değerler listesi ve kritik değer kayıt bildirim formu oluşturuldu. 2016-2018 yılında mikrobiyoloji parametrelerinden kan kültürü ve Anti-HIV için kritik değerler listesi oluşturuldu Bunun yanı sıra kritik değerlerin bildirilmesine yönelik kayıt formu oluşturuldu. Bu kayıt formunda test adı, kritik değer, bildiren kişi, bildirilen klinik, bildirilen kişi, tarih ve saat yer almaktaydı. 2016-2018 yılları arası değerlendirildi. Kritik değer kayıt bildirim formları “Mikrobiyoloji Birim” yöneticisinde toplandı ve aylık olarak değerlendirildi. Veriler; “bildirilen”, “bildirilemeyen” ve “takip hastası” şeklinde gruplandırılarak grafiklendirildi. Kritik değerlerin, kritik değer bildirim formunda ne kadar kayıt edildiğini kontrol etmek amacıyla LİS'den taranarak Karşılaştırma yapıldı.



## BULGULAR

Çalışmaya 2016-2018 tarihleri arasında, 219017 biyolojik örnek kabul edildi (Şekil 2). Toplam 2390 numune Tablo 3' deki kriterlere göre reddedildi. 2016 yılında toplam 69090 numuneden 752 (%1,09)'i, 2017 yılında 73652 numuneden 698 (%0,95)'i, 2018 yılında 76275 numuneden 940 (%1,23)'ü reddedilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Yıllara göre reddedilen numune dağılımı

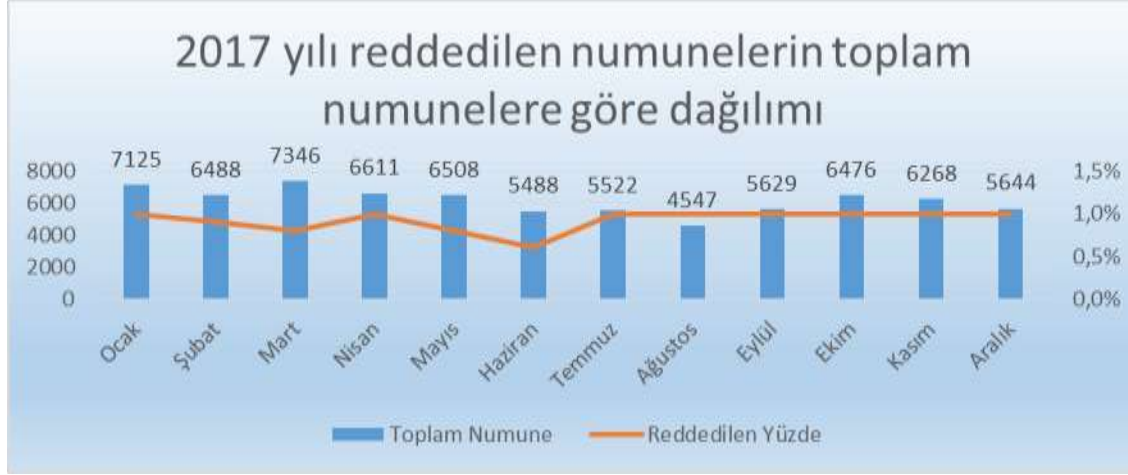
Çalışmamızda 2016-2018 yılları aylarını içine alan zaman periyodu verileri kullanıldı. Preanalitik evre hata kaynakları sıklığı için yapılan analizde; Red edilen örnek sayısı 2016, 2017 ve 2018 yıllarında sırasıyla 752 (%1.09), 698 (%0.95), 940 (%1.23) olarak tespit edildi (Şekil 4).

2016 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımına bakıldığında; %2'lik hata oranıyla en yüksek Ağustos ve Ekim aylarında geldiği görülmüştür. Ocak ve Şubat aylarında numune reddi yapılmadığı tespit edilmiştir (Şekil 3).



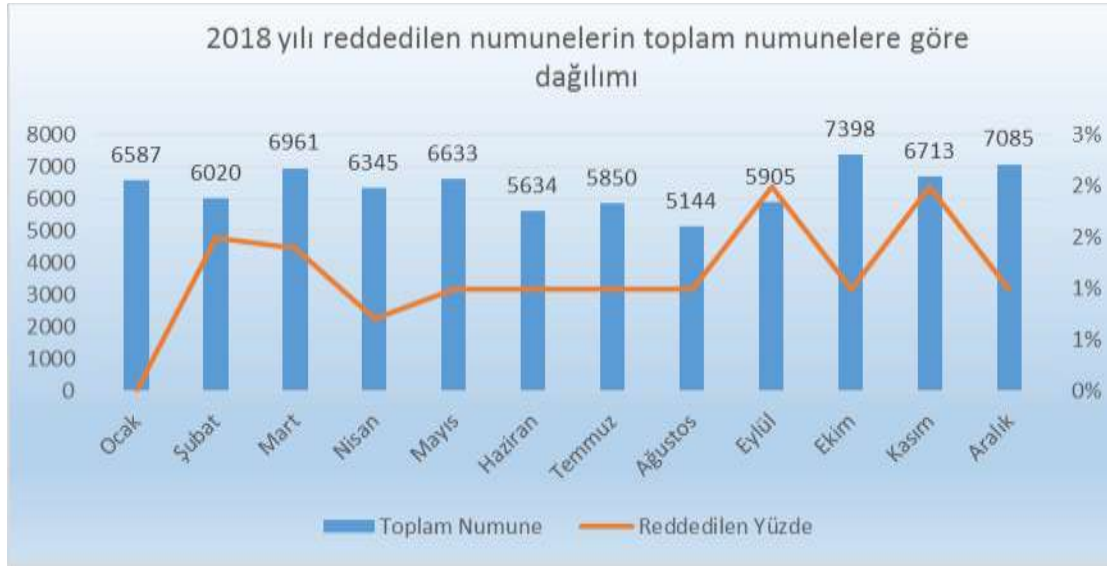
Şekil 3. 2016 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımı

2017 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımına bakıldığında; en fazla numune Mart ayında (7346), en az numune Ağustos ayında (4547) geldiği görülmüştür. Nisan, Temmuz- Aralık aylarında %1'lik numune reddedildiği görülmektedir. Haziran ayı ise en az red yapıldığı tespit edilmiştir (Şekil 4).



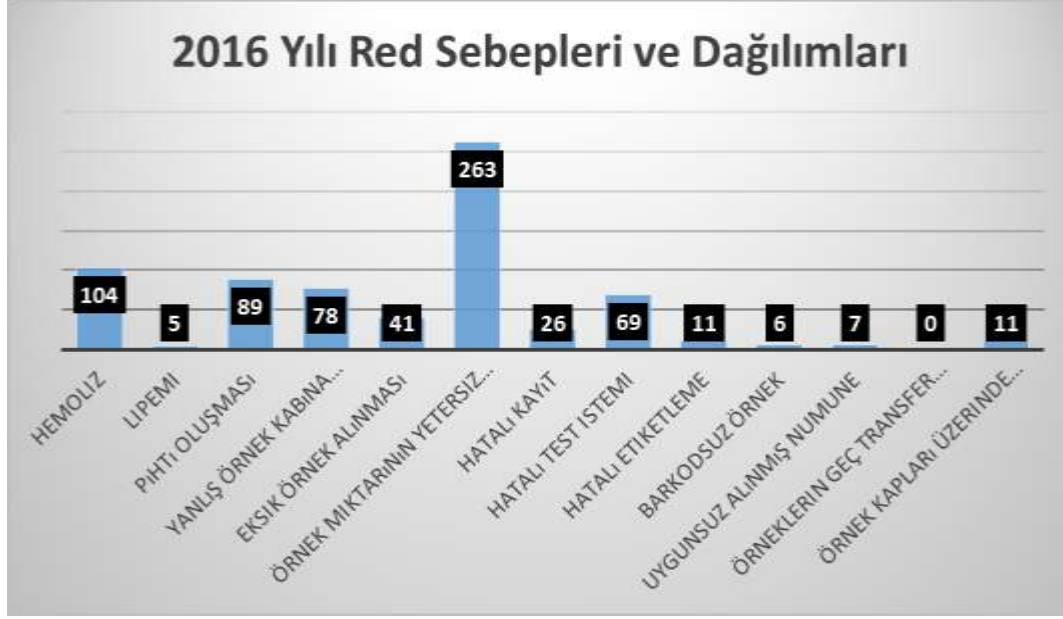
Şekil 4. 2017 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımı

2018 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımına bakıldığında; en fazla numune Ekim ayında (7398), en az numune Ağustos ayında (5144) gelmiş olup %2'lik hata oranıyla en yüksek Ekim ve Kasım aylarında yapıldığı, Mayıs, Haziran ve Temmuz aylarında %1'lik numune reddi yapıldığı tespit edilmiştir (Şekil 5).



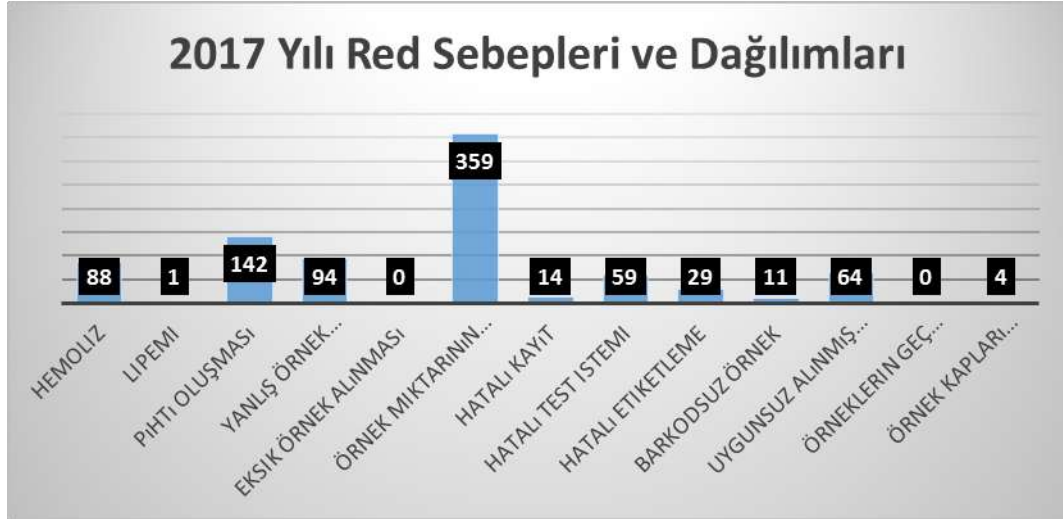
Şekil 5. 2018 yılı reddedilen numunelerin toplam numunelere göre dağılımı

2016 yılı red sebepleri ve dağılımlarına bakıldığında; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (263), ikinci sırada hemolizli numune (104) ve sırasıyla pıhtı oluşması (89), hatalı test istemi (69) devam etmektedir. Örneklerin geç transfer edilmesiyle ilgili red yapılmadığı tespit edilmiştir (Şekil 6).



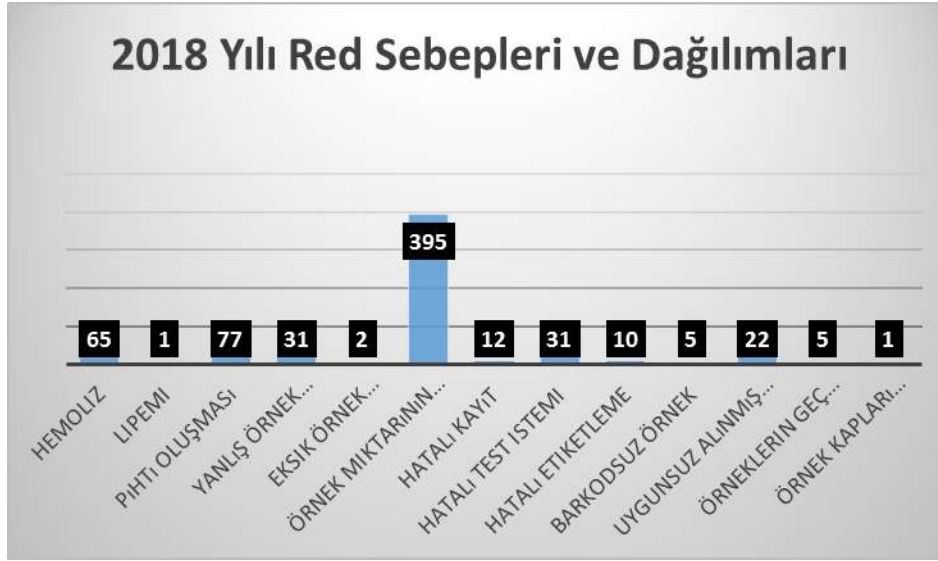
Şekil 6. 2016 yılı red sebepleri ve dağılımları

2017 yılı red sebepleri ve dağılımları incelendiğinde; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (359), ikinci sırada pıhtı oluşması (142) ve sırasıyla yanlış örnek kabına örnek konulması (94), hemoliz(88) devam etmektedir. Örneklerin geç transfer edilmesiyle ilgili red yapılmadığı tespit edilmiştir ( Şekil 7).



Şekil 7. 2017 yılı red sebepleri ve dağılımları

2018 yılı red sebepleri ve dağılımları incelendiğinde; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (395), ikinci sırada pıhtı oluşması (77) ve sırasıyla yanlış örnek kabına örnek alınması (31), hatalı test istemi (31) devam etmektedir. Lipemi ve örnek kapları üzerinde örnek türü belirtilmemesi (1) en düşük red sebebi olduğu tespit edilmiştir (Şekil 8).



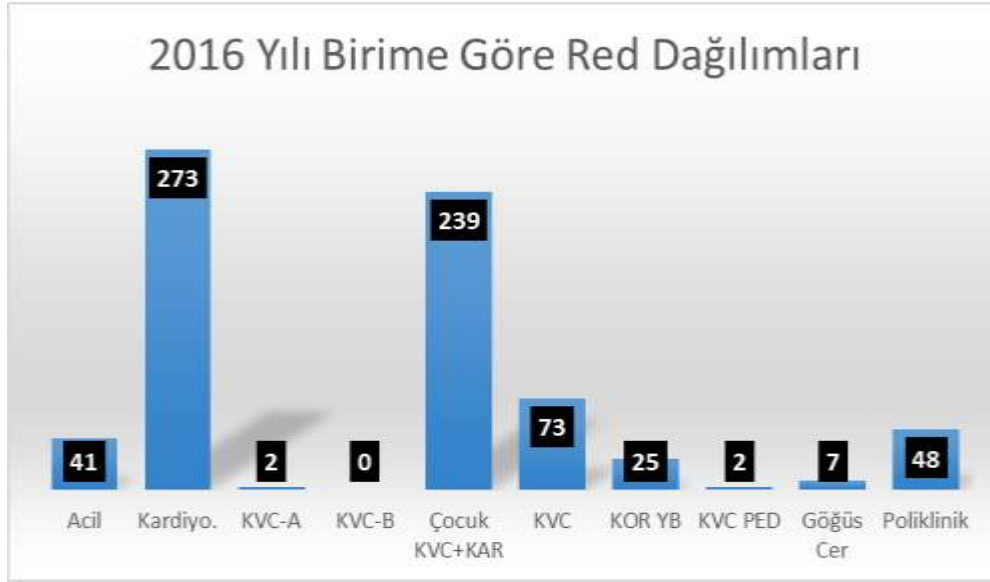
Şekil 8. 2018 yılı red sebepleri ve dağılımları

Tüm yılların red sebepleri ve dağılımları incelendiğinde; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (1017), sırasıyla pıhtı oluşması 308), hemoliz (257), yanlış örnek kabına örnek konulması (203)'dür. Örneklerin geç transfer edilmesi (5) ve lipemi (7) en düşük red sebebi olduğu tespit edilmiştir (Şekil 9).



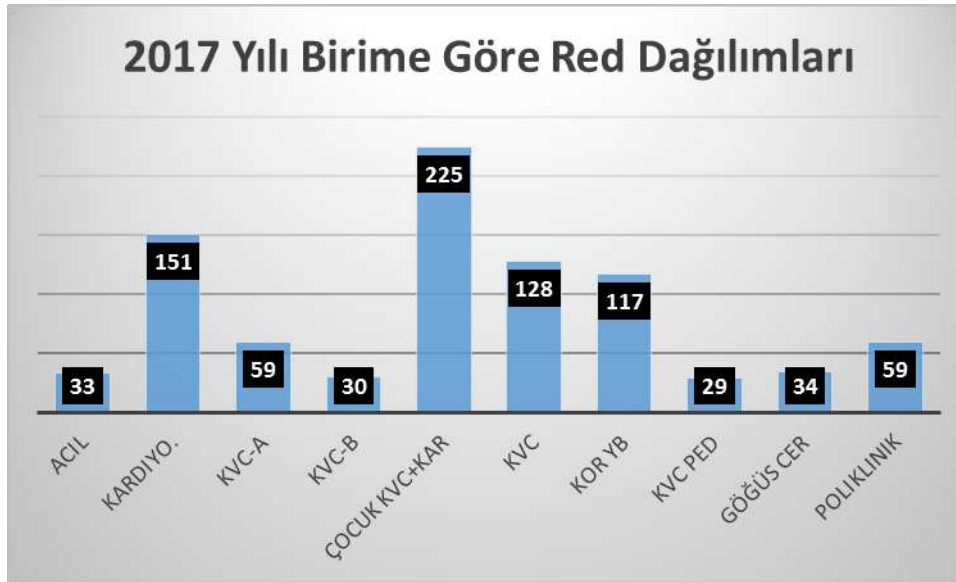
Şekil 9. Tüm yılların red sebepleri ve dağılımları

2016 yılı birime göre red dağılımları incelendiğinde; en fazla hata yapan birim Kardiyoloji Kliniğidir (273), sırasıyla Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği –Kardiyoloji (239), Kalp Damar Cerrahisi Kliniği (73)'den gelen örnekler reddedilmiştir. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok'tan o yıl hatalı örnek gelmediği tespit edilmiştir (Şekil 10).



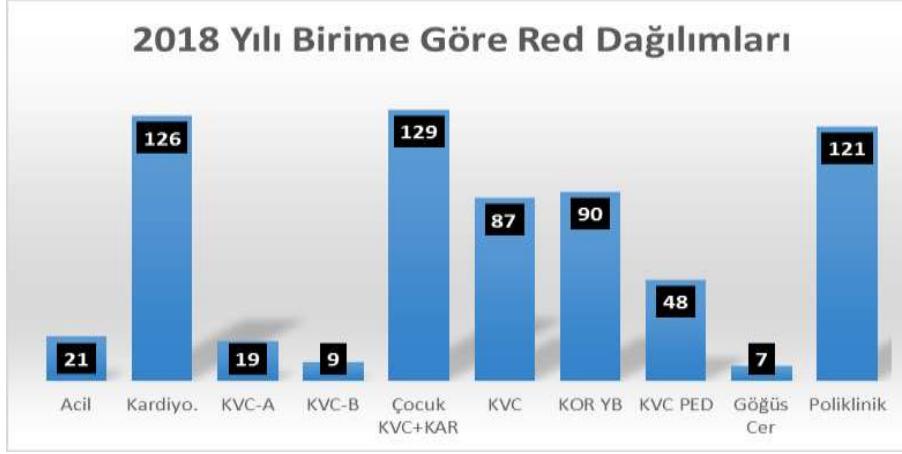
Şekil 10. 2016 yılı birime göre red dağılımları

2017 yılı birime göre red dağılımları incelendiğinde; ilk sırada Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği – Kardiyoloji (225), sırasıyla Kardiyoloji Kliniği (151), Kalp Damar Cerrahisi Kliniği (128) Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (117)’den gelen örnekler reddedilmiştir. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri’den (29) en az hatalı örnek geldiği tespit edilmiştir (Şekil 11).



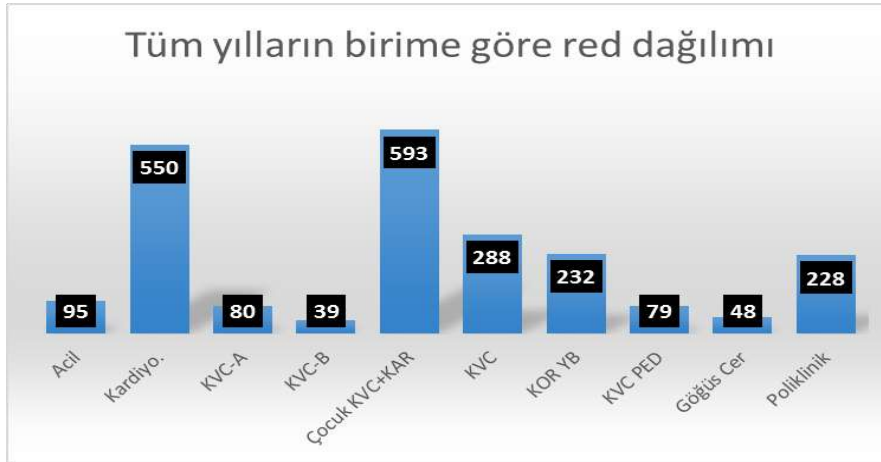
Şekil 11. 2017 yılı birime göre red dağılımları

2018 yılı birime göre red dağılımları incelendiğinde; ; ilk sırada Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği – Kardiyoloji (129), sırasıyla Kardiyoloji Kliniği (126), sırasıyla Poliklinikler (121), Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (90)’den gelen örnekler reddedilmiştir. Göğüs Cerrahisi Kliniği ‘den (7) en az hatalı örnek geldiği tespit edilmiştir (Şekil 12).



Şekil 12. 2018 yılı birime göre red dağılımları

Tüm yılların birime göre red dağılımı incelendiğinde; İlk sırada Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi Kliniği – Kardiyoloji (593), sırasıyla Kardiyoloji Kliniği (550), Kalp Damar Cerrahisi Kliniği (288) Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (117)’den gelen örnekler reddedilmiştir. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok’dan (39) en az hatalı örnek geldiği tespit edilmiştir (Şekil 13).



Şekil 13. Tüm yılların birime göre red dağılımı

Analitik evre indikatörü için 2016-2018 yılları arasında Mikrobiyoloji Laboratuvarı iç kalite ve dış kalite sonuçları değerlendirildi. İstanbul ili 2. Başkanlığa bağlı bir hastanede Çalışmamızı yaptık. Başkanlığa bağlı mevcut 13 adet hastane mevcuttur. Dış kalite materyalleri tüm 2. Başkanlık hastanelerine aynı firmadan gelmiştir. İç kalite materyalleri ise 13 hastaneye de 2. Başkanlığın Merkez Laboratuvar’ından temin edilmiştir. Sonuçlar uyumlu olduğu tespit edildi.

Postanalitik evre olarak idrar kültürü Sonuçlarının raporlama sürelerini analiz edecektik. Fakat idrar kültürünün hastanemizde ekim işleminin yapılması, üreme olan Merkez Laboratuvara gitmesi ve orada antibiyotik duyarlılık testlerinin yapılması gibi işlemlerden geçildiğinden mevcut raporlama sürelerinde sapmalar meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu şekilde elde edilen verilerin gerçeği yansıtmayacağından verileri kullanmadık.

	OCAK		ŞUBAT		MART		3 AYLIK TOPLAM		NİSAN	MAYIS		HAZİRAN		3 AYLIK TOPLAM		TEMMUZ	AĞUSTOS		EYLÜL		3 AYLIK TOPLAM		EkİM	KASIM		ARALIK		3 AYLIK TOPLAM		YILLIK DEĞER				
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE				
<b>FORMÜL : İlgili dönemde; (Reddedilen numune sayısı / Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı) x 100</b>																																		
<b>2016-Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı</b>	6837		7368		7512		21717		6642		7340		5950		19932		4513		3508		4876		12897		4162		4333		5989		14484		69030	
<b>2016-Reddedilen numune sayısı</b>	73	1,1%	78	1,1%	89	0,9%	220	1,01%	65	1,0%	53	0,7%	60	1,0%	170	0,86%	53	1%	60	2%	54	1%	167	1,20%	89	2%	47	1%	71	1%	197	1,3%	752	1,09%
<b>2017-Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı</b>	7125		6488		7346		20959		6611		6508		5488		18607		5522		4547		5629		15698		6476		6268		5644		18388		73652	
<b>2017-Reddedilen numune sayısı</b>	70	1,0%	59	0,9%	57	0,8%	186	0,89%	68	1,0%	54	0,8%	34	0,6%	156	0,84%	54	1%	39	1%	51	1%	144	0,92%	84	1%	62	1%	66	1%	212	1%	688	0,95%
<b>2018-Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı</b>	6587		6020		6961		19568		6345		6633		5634		18612		5850		5144		5905		16899		7398		6713		7085		21196		76275	
<b>2018-Reddedilen numune sayısı</b>	83	1,3%	88	1,5%	95	1,4%	266	1,36%	42	0,7%	67	1,0%	55	1,0%	184	0,99%	70	1%	72	1%	89	2%	231	1,37%	100	1%	102	2%	77	1%	279	1%	940	1,23%

**Tablo 5.** 2016, 2017 ve 2018 yıllarına ait toplam gelen numune ve reddedilen sayıları ve % oranları

## TARTIŞMA

Tıbbi laboratuvar hizmetleri doğrudan hasta sağlığını ilgilendirdiği için tıbbi laboratuvarlardan elde edilen sonuçların doğruluğu ve dolayısıyla süreçlerin doğru işleyişi oldukça önemlidir. Diğer hizmet sektörlerinde belirli oranda ortaya çıkan hatalar kabul edildiği halde Sağlık hizmetlerinde bunun olması mümkün değildir. Sağlık sektöründe, dolayısıyla laboratuvar hizmet süreçlerinde, insan sağlığı ön planda olduğundan bu süreçlerde sıfır hata hedeflenmelidir. Süreçlerde bu mükemmellik hedeflenirken yine de hataların yapılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik laboratuvar sürecinin çok değişkenli dinamik bir süreç olduğu sürekli akılda tutulmalıdır (12). Bu sebepten dolayı laboratuvar verilerin toplanıp ölçülmesiyle mevcut durum tespiti yapılması gerekmektedir. Bu tespitin ardından performansı düşük olan süreçler ele alınmalı ve düzeltici faaliyetlerle performans iyileştirilmesi için faaliyetler yapılmalıdır. Acil olarak ele alınması gereken problemler belirlenmeli ve bu problemlerin çözümüne yönelik stratejiler belirlenmelidir. Yapılan iyileştirmeler sonucunda tekrar performans değerlendirmesi yapılmalıdır ve bölüm sorumluları tarafından denetlenmelidir. Belirli bir performans düzeyi ile yetinilmemeli hep daha iyi olan hedeflenmelidir.

Modern kalite anlayışı, verilen son ürünün kaliteli olması için tüm süreçlerde ve bu süreçlerin yaşamasında gerekli olan kaynakların kaliteli olmasını gerektirmektedir. Kalite, her ne kadar nitel bir kavrammış gibi anlaşılabilir da, hizmet kalitesi düzeyinin ölçülebilir hale getirilmesi oldukça önemlidir. Sağlık Sektöründe kalite güvencesi; doğru hastadan gönderilen, doğru örnekte, doğru testi kullanarak, doğru zamanda, doğru, tekrarlanabilir, güvenilir sonuç verilmesini garanti eder.

- Yanlış uygulama, yanlış test sonucu,
- Hastaya yanlış tedavi uygulanması, ek ve gereksiz testlerin istenmesi,
- Hiç tedavi uygulanmaması,
- Gerekli olmasına rağmen ek test yapılmaması,
- Geç sonuç nedeniyle geç kalınması: mortalite ve morbiditede artış, yatış süresinin uzaması, maliyet artışı,
- Laboratuvarın güvenilirliğinin kaybı,

Yukarıda belirtilen sebepler çok yönlü zarar sağlar. Kalite güvencesi laboratuvar testleri ile ilgili sürecin tümünü kapsar.

Preanalitik hatalar, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar gerçekleşen süreçte meydana gelen hatalardır ve toplam test sürecindeki hatalarda en büyük paya sahiptir (10). Uygunsuz ve kalitesiz örneklerin analiz edilerek raporlanması tıbbi kararlarda hatalara sebep olmaktadır (3). Preanalitik hataların tipi ve sıklığı ile ilgili bilgilerin büyük bir çoğunluğu batı ülkelerinden özellikle Avrupa ve ABD'den bildirilmektedir. Bildirilen preanalitik hataların sıklığı oldukça farklıdır. Ancak problemlerin daha çok örnek alımı (yanlış kayıt, yanlış barkod, invitro hemoliz, yetersiz örnek) ile ilgili olduğu ortak noktasında birleşmektedir (13). Bizim Çalışmamızda benzer hataların sıklığı oldukça fazladır. Bundan dolayı, doğru ve zamanında sonuç üretimi Açısından toplam test sürecinin her basamağındaki hataların saptanması, düzeltilmesi ve önlenmesi büyük önem taşır. Preanalitik hatalar laboratuvar test sonuçlarını dramatik olarak etkilemektedir. Preanalitik değişkenlerin laboratuvar test sonuçları üzerine etkileri bilinmeli ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Kontrol edilebilen preanalitik değişkenlerin çoğu örnek alınmasıyla ilişkilidir (9). Bizim çalışmamızda da en çok hata sebeplerinden biri örnek miktarının yetersiz olmasıdır.

Laboratuvar sürecini, hata türleri ve etkileri analizi Açısından değerlendirmeden önce laboratuvar sürecindeki iş akışının çok iyi analiz edilmesi, süreçte hangi evreler bulunduğu tespit edilmesi ve bu evrelerin her birinde oluşabilecek hata türlerinin ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda klinik mikrobiyoloji laboratuvarındaki iş akışı; Preanalitik, analitik ve postanalitik evre olmak üzere üç ana bölümde sınıflanmakta ve her evrede farklı teknolojiler kullanılmaktadır. Klinik laboratuvarlar da oluşacak hataların büyük bölümünün preanalitik evrede yapıldığı açık olarak bilinmektedir (8). Bu Çalışmada, kliniklerimizdeki pre-preanalitik hata sıklığını gösteren toplam numune red oranı %1.09 olarak bulunmuştur.



Stroobants ve arkadaşlarının yaptığı Çalışmada, laboratuvar Tıbbında oluşabilecek toplam hata oranının % 60'ının preanalitik evre kaynaklı olduğu ancak % 25'inin postanalitik evreden kaynaklandığı ifade edilmiştir (14).Yapılan başka bir çalışmada hataların sıklığının ve tipinin son on yılda çok da fazla değişmediği görülmüştür. Hata sıklığı preanalitik evrede % 61,9, postanalitik evrede % 23,1 ve analitik evrede ise % 15 olarak hesaplanmıştır. Bu da bize hata sayısında azalma olmasına rağmen evreler arasındaki oranın değişmediğini göstermektedir. Ayrıca pre ve postanalitik evrelerin analitik evreye oranla hatalara daha açık olduğu ifade edilmektedir (6). Oluşan hataların % 74'ünün hastanın akıbeti üzerine olumsuz bir etki göstermediği ancak gereksiz ileri tetkiklere neden olarak harcamalarda ciddi artışlara neden olduğu tespit edilmiştir (15).

Çalışmamızda ise preanalitik, analitik ve postanalitik hataların yüzdesini belirlemekten ziyade her bir evreye yönelik ayrı ayrı analiz sonuçları elde ederek hata sıklıkları, hata sebepleri tespit edilmiştir. Preanalitik evreye yönelik yaptığımız analiz sonucuna göre örnek redlerinin bu evredeki diğer hatalara oranla çok daha sık olarak karşımıza çıktığı belirlenmiştir. Örnek red gerekçelerinin kendi içindeki analizinde ise örneklerin HİS'ne bilgisayar kaydının yapılmadan gönderildiği, , numune üzerinde ki barkod ile gönderilen materyalin birbirini tutmadığı veya yanlış kayıt yapıldığı ortaya çıkarılmıştır. Nevalainen ve arkadaşları üç klinik laboratuvarın toplam verileri üzerinden yaptığı Çalışmada örnek barkodlama hatalarını 4,0-4,125 olarak bulurken bizim barkodlama hatamızın çok daha az olduğu, yaklaşık %2.3 olduğu tespit edildi.

Örnek reddi, hem akreditasyon Çalışmalarında bir gereklilik olup hem de iyi laboratuvar uygulamalarında takip edilmesi gereken önemli parametrelerden biridir. Hatalı örnek kabulü yapıldığında oluşabilecek sorunlar ve hastaya yansiyabilecek olumsuzluklar, giderilmesi güç sonuçlara yol açmaktadır. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için baştan önlem alınması modern kalite felsefesi ile uyumludur. Örnek reddinde ikinci büyük problem ise reddedilen örneklerin, istemi yapan kliniğe hızla bildirilmemesidir. Doğru istem yapıldığını düşünen klinisyen hastasının sonuçlarını beklerken aslında örneklerinin çalışılmadığını öğrendiğinde geç kalınmış olunabilmektedir. Bu durum hem hastalığın sağaltımında gecikmeye neden olabildiği gibi hem de önemli bir kalite göstergesi olan hastanın hastanede yatış süresini de gereksiz yere uzatabilmektedir. Bu tür olumsuzlukların yaşanmaması için laboratuvarımızda tek nüshalı “örnek ret formları” oluşturulmuştur. Örnek ret gerekçesi forma işlenip tarih ve saat kaydedildikten sonra saklanıp ardından vakit kaybedilmeden kliniklere telefonla geri bildirim yapılmalıdır. Böylece hastadan ikinci bir örneğin alınmasının ya da örnek reddine yol açan gerekçenin hızla ortadan kaldırılması amaçlanmıştır.

Stark ve arkadaşları örnek reddi ile ilgili yaptıkları çalışmada hataları servis, poliklinik ve acil olarak üç ana grupta incelemiştir. Çalışmasında en fazla hataların yatan hasta kısmında gerçekleştiğini bulmuşlardır. En sık hata kaynağını her üç grupta da hemolizli örneklerin oluşturduğunu saptamışlardır (16). Çalışmamızda en sık hata kaynaklarından biri hemolizli örneklerdir (257) ve çoğunlukla pediatrik servislerde gerçekleşmektedir. Hemolizli örnekler analiz aşamasında fark edildikten sonra rapora mutlaka “hemolizli örnek” notunun düşülmesi gerekmektedir. Bu notun düşülüp düşülmediğinin bir kalite indikatörü olarak takip edilmesi ise postanalitik sürecin bir ölçütü olarak değerlendirilmiştir. Biz çalışmamızda poliklinik ve servis örneklerindeki hataları değerlendirdik. Poliklinik hastalarında hatalı örnek alımının çok düşük olması laboratuvar tarafından eğitilmiş kan alma ekibinden kaynaklanmaktadır. Buna karşın servislerde hemşire, asistan doktor, intern ya da stajyer doktorlar başta olmak üzere çok çeşitli kişiler tarafından örnek alımı gerçekleştirilebilmektedir. Hemolizli örnek bir tarafa bırakılacak olursa Stark'ın sonuçları da laboratuvarımızın sonuçlarıyla benzeşmektedir.

Reddedilen örnekler incelendiğinde en sık hata sebebinin; İlk sırada örnek miktarının yetersiz olması (1017), sırasıyla pıhtı oluşması (308), hemoliz (257), yanlış örnek kabına örnek konulması (203)'dir. Örneklerin geç transfer edilmesi (5) ve lipemi (7) en düşük red sebebi olması, hatanın kökeninde istemi yapan hekimden ziyade örneği toplayan ve/veya bilgisayarda HİS'ne giriş yapan otomasyon sekreterlerinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Laboratuvara en çok örnek gönderimi yapan pediatri alt dallarının en çok hatayı yaptığı görülmüştür. Bebeklerden kan alımının zorluğu, deneyimli hemşirenin yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Analitik evre özellikle test yöntemlerinin, kullanılan analizörlerin, iç ve dış kalite kontrolünün ve kalibrasyonların ön plana çıktığı; preanalitik evreye göre çok daha fazla kontrol edilebilir parametrelerin yer aldığı bir süreçtir. Ayrıca dış kalite kontrol yaparak iç kalite kontrol Sonuçlarının

değerlendirilmesinde önemli bir parametredir. Yine kalite felsefesine uygun olarak, çıktının kaliteli olabilmesi için kaynakların da kalite standartlarına uyması gerekmektedir.

Özellikle bilgisayar kullanımının ve otomasyon sistemlerinin tıbbi laboratuvarlarda daha çok yer almaya başlaması ve her türlü sürecin kontrolünde kullanılması ile birlikte postanalitik sürece verilen önem giderek azaltılmıştır. Ancak hasta yararlanım sürecini etkileyebilecek çok önemli birkaç faktörün bu evrede yer aldığı unutulmamalıdır. Bunlardan bir tanesi test sonuçlandırma süreleri, diğeri ise kritik değerlerin (panik değerlerin) bildirilmesidir. Bunlar, hasta sağlığını direk etkileme potansiyeline sahip olan postanalitik süreçler arasında yer almaktadır. Bu süreçler, indirek yollardan örneğin; gereksiz tedavi ve girişimlerin uygulanması ile maliyet artışına, ayrıca hastanın hastanede kalış süresini de uzatarak ek maliyet artışına neden olabileceğini de düşündürmektedir (17). Bütün tıbbi laboratuvarların bu amaca yönelik öncelikli olarak “kritik değerler listesini hazırlamaları gerekmektedir. Bu liste hazırlanırken literatür ve klasik kitap bilgileri, klinisyenlerle yapılan toplantılardaki fikir alışverişleri veya diğer laboratuvarların kullandığı kritik değerler de dikkate alınarak oluşturulabilmektedir (18). Laboratuvarlarda otomasyon sistemi ve LİS kullanılıyorsa belirlenen listedeki kritik değerler bu sisteme aktararak Kullanım kolaylığı sağlanabilir. Test sonuçlarından kritik değerler içerenlerin, görsel olarak dikkat çekmesi açısından, sistem üzerinde farklı renk tonuyla alarm vermesi sağlanabilmektedir (17). Tespit edilen kritik değer içeren test Sonuçlarının raporlanma aşaması beklenilmeden hızlı bir şekilde hastanın hekimine iletilmesi gerekmektedir. Sözel olarak telefonla bildirim yapılmasını takiben, bildirim yapan kişi, bildirim yapılan kişi, bildirim yapıldığı saat ve tarih kayıt altına alınmaktadır. Laboratuvarımızda bu amaca yönelik olarak “kritik değer kayıt ve bildirim formu” oluşturulmuştur.

Çalışmamızda, 2016-2018 yıllarına ait LİS’te yer alan panik değerler tespit edilerek, kritik değer kayıt ve bildirim formundaki değerler ile Karşılaştırıldı. LİS verilerinden kritik değer olarak tespit edildiği halde, formlar incelendiğinde hastanın hekimine bildirilmeyen olgular hata olarak değerlendirildi. Analizin yapıldığı ilk yıl olan 2016 yılı değerlerinin 0,1 olması çok da başarılı bir bildirim yapıldığını göstermektedir. Kritik değer bildiriminin başarısızlığı konusunda yapılan incelemelerde çeşitli faktörlerin etkili olduğu tespit edilmiştir. Özellikle bazı hekimlerin laboratuvarından yapılan bildirimlere sert yanıtlar vermesi, hekime ulaşamaması, kliniklerin çağrılara cevap vermemesi gibi faktörlerin bildirim yapan kişilerin (uzman doktor, asistan doktor, teknisyen) istekliliğinde azalmalara yol açarak kritik değer bildirim performansının düşmesine neden olmaktadır. Ayrıca bildirim yapan kişinin yoğun iş temposunda belirli bir süreyi telefon başında geçirmesi de bildirim istekliliği konusunda olumsuz bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Laboratuvarımızda özellikle gece nöbetlerinde üreme meydana gelen kan kültürlerin kritik bildirimleri için ayrı kayıt defteri tutulmaktadır. Bildirim yapan kişi, bildirilen birim ve kişi, bildirilme tarihi ve saati gibi bilgiler doldurulmaktadır. Laboratuvar sorumlusu tarafından aylık bu bildirimler kayıt altına alınarak incelenmektedir.

Bildirim bilgisayar tabanlı olarak yapılmasının hızlilik ve etkinlik olarak daha başarılı olduğunu gösteren Çalışmalar mevcuttur (19). Bu tür bildirimler telefon başında geçirilen sürenin ortadan kalkmasına ayrıca klinikte Çalışanlarında meşgul edilmemesine yardımcı olmaktadır (20). Yapılan Q-Probe Çalışmasında bildirimlerin klinik Çalışanları tarafından nasıl değerlendirildiği Araştırılmıştır. Buna göre acil bölümünde Çalışan sorumlu hemşirelerin sadece % 17,3’ünün kritik değer listesinden haberdar olduğu ve % 19,1’inin bu bildirimleri yararlı olarak gördüğü tespit edilmiştir. Hastanede Çalışan klinisyenin bildirimine göre ise doktorların % 76,9’unun kritik değer listesinden haberdar olduğu % 94,9’unun bu bildirimleri faydalı bulduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu fark doktorların hemşirelere oranla olaya çok daha bilinçli yaklaştığının göstergesi olup esas eğitim verilecek kesimin hemşireler olduğunu ortaya çıkarmıştır (21). Tate ve Gardner kendi laboratuvarlarında kritik değerlerin ancak % 10 kadarının bildirildiğini belirtmişlerdir.92 Q-Probe çalışmasında da bildirim oranlarının çok yüksek olmadığı görülmektedir (21). Bildirimler özellikle poliklinik hastalarında son derece düşük yüzdelerle gerçekleştirilebilmektedir.

Çalışmamızda önemli bir red kriteri de yetersiz numune (395) ve pıhtı oluşması (77). Örnek alımı vakumlu sistem ile belirli tüpler için otomatik olarak belirli seviyelerde alınmaktadır. Fakat kan alım esnasında hastanın kolunu kımıldatması, çekmesi, kan alan personelin yönlendirmelerine uyum sağlamaması ve tüplerdeki vakum gücünün zamanla azalması ile yeterli seviyede kan alınamamaktadır. Bunun yanı sıra kan alımından görevli hemşirelerin sayısının az olması ve yoğun iş yükü nedeniyle hızlı Çalışma gerektirmesinin yetersiz seviyede kan alımına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca pediatric servislerde kan alım sürecinin uzun olması özellikle pıhtı oluşumuna sebep olmaktadır.

Çalışmamızın bir başka sürecinde ise postanalitik süreç hatalarından biri olan test raporlama hatası incelenmiştir. Gözlem sonucu hemolizli olduğu belirlenen ancak LİS kayıtlarına geçmemiş test sonuçları, raporlama hatası olarak değerlendirilmiştir. Örneklerde hemoliz ve lipemi olması durumunda test sonuçları bundan etkilenebilmektedir (interferans). Örnekler için interferans oluşturan bu parametrelerin test sonuçlarını ne oranda etkilediği bilinemez. Bu nedenle sonuçlar raporlanırken bu durumun da test raporunda belirtilmesi gerekmektedir (22). Örneklerin hemolizli olması direkt olarak analitik evreyi ilgilendirmektedir. Aslında analiz aşamasından önce bunların tespit edilmesi daha doğru olacaktır. Analiz aşamasından önce belirgin hemolizli olarak gelen ya da tespit edilen örnekler daha bu aşamada reddedilmektedir. Analitik evrede ise; daha önceki hasta sonuçlarıyla kıyaslanarak ve LİS’ndeki hasta bilgileri doğrultusunda sonuçlar incelenerek hemoliz test sonuçlarını belirgin olarak etkilediği tespit edildiğinde örneğin hemolizli olduğu bilgisi LİS’ne aktarılmaktadır. Hemoliz düzeyinin ne ölçüde test sonuçlarını etkilediği bilinmeyen ancak gözlemlenerek hemolizli olduğu tespit edilen ve LİS’ne kaydedilmemiş örnek sayıları üzerinden hesaplandı.

Klinik laboratuvarında öncelikle süreçler incelenmiş olup, en çok hata oluşturan hizmet basamakları gözden geçirilip bu hataların nedenleri Araştırılarak sonuçta laboratuvar performansı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hangi sektörde olursa olsun, evrensel kalite ölçütlerinde hizmet verilmek isteniyorsa, sıfır hata yolculuğuna çıkılması gerektiğine inanılmaktadır. Çalışan kaynaklı hataların giderilmesi için eğitimlerin kalıcı olması, sürekli hastane içerisinde tayinler vb sebeplerden hastane personeli sirkülasyonun devam ettiği görülmektedir. Bu sebepten doltu daha etkili çözüm önerileri aranmalıdır. Hataların en çoğunun preanalitik süreçlerde meydana geldiği hastanelerin çoğunda ortak problemlerden biridir. Örneğin kan alma biriminde Çalışan hemşirelere; hangi tüpe ne kadar, hangi teste hangi tüp, tüp alım sırasını gösteren temel bilgiler içeren kartlar hazırlanabilir. Bu kartlar personel kartlarının arkasına takılıp, ihtiyaç anında hızlı bir şekilde bakılabilir. Bu şekilde yanlış tüpe kan alımları, yetersiz örnek alımları, hemolizli örnek sayılarında azalmalar meydana geleceği öngörülmektedir. Bunun dışında doktorların veri girişi elemanlarının yanlış bilgilendirilmeleri ya da iş yoğunluğu kaynaklı hataların giderilmesi, gereksiz test istemi, hatalı girişler yapmamaları için onları yönlendiren telefona indirilebilen laboratuvar testlerini içeren uygulamalar yapılabilir.

Sonuç olarak, laboratuvardaki Çalışmalar sırasındaki preanalitik hataların en sık olarak pıhtı, hemoliz ve numune miktarındaki problemlerden kaynaklandığı söylenebilir. Birinci basamak Sağlık Kurumlarında farklı birimlerde kan alımı, santrifüj, kayıt vb. kontrol dışı unsurlara rağmen preanalitik hata oranımız ikinci ve üçüncü basamak Sağlık kurumlarının verileri ile uyumlu bulunmuştur. Preanalitik hataları azaltmak için planlanan eğitimlerin standart soruna odaklı, uygulamalı olması, tutum ve davranışların öğrenilebilmesi için eğitime yeterince zaman ayrılması ve periyodik olarak tekrarlanması önerilmektedir.

#### **KAYNAKÇA**

Romero A., Cobos A., López-León A., Ortega G., Muñoz M. Preanalytical mistakes in samples from primary care patients. *Clin Chem Lab Med* 2009;47(12):1549-1552.

Dağlıoğlu G. Klinik laboratuvarlarda kalite yönetimi: altı sigma protokolünün uygulanması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı; 2009.

Hallworth MJ. The '70% claim': what is the evidence base? *Ann Clin Biochem* 2011; 48: 487-8.

Plebani M. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. *Ann Clin Biochem* 2010; 47: 101-10.

Shahangian S, Snyder S. Laboratory Medicine Quality Indicators. *Clin Chem* 2009; 131(3):418-31

Carraro P, Plebani M. Errors in a Stat Laboratory: Types and Frequencies 10 Years Later. *Clinical Chemistry* 2007; 53: 1338-1342.

Aydın, Celal, (2010), “Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması”, Uludağ Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

Akın, K. Okhan,(2009), “Laboratuvar Güvenliğinde Hasta Tanımlama Hatalarını Azaltmak ve Süreç Kontrolü”, Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Sayı 3, Ankara.

- Burtis C., Ashwood E. Klinik kimyada temel ilkeler. Aslan D (çeviren). 3. Baskı. İstanbul. Palme 2005;30-54.
- Bonini P, Plebani M, Ceriotti F, Rubboli F. Errors in laboratory medicine. Clin Chem 2002; 48: 691-8.
- Plebani M. Quality Indicators to Detect Pre-Analytical Errors in Laboratory Testing. Clin Biochem Rev 2012;33(3):85-8.
- Aslan D, Sert S, Aybek H, Yılmaztürk G. Klinik laboratuvarlarda toplam laboratuvar performansının değerlendirilmesi: Normalize OPSpec Grafikleri, Altı Sigma ve Hasta Test Sonuçları. Türk Biyokimya Dergisi 2005; 30(4); 296- 305.
- Rattan A, Lippi G. Frequency and type of preanalytical errors in a laboratory medicine department in India. Clin Chem Lab Med 2008; 46(11): 1657-1659.
- Stroobants AK, Goldschmidt HM, Plebani M. Error budget calculations in laboratory medicine: linking the concepts of biological variation and allowable medical errors. Clin Chim Acta 2003; 333(2): 169-176.
- Plebani M, Carraro P. Mistakes in a stat laboratory: types and frequency. Clinical Chemistry 1997; 43: 1348-1351.
- Stark A, Jones B, Chapman D, Well K, Krajenta R, Meier F.A, Zarbo R.J. Clinical Laboratory Specimen Rejection- Association With the Site Patient Care and Patients Characteristics: findings from a single health care organization. Arch Pathol Lab Med 2007; 131: 588-592.
- Tate KE, Gardner RM. Computers, quality, and the clinical laboratory: a look at critical value reporting. Proc Annu Symp Comput Appl Med Care 1993; 193-7.
- Roberts WL, Mcmillin GA, Burtis CA, Bruns DE. Reference Information for Clinical Laboratory. TietzTextbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics. 4th Ed., Philadelphia Saunders, 2006: 2317-2318.
- Piva E, Sciacovelli L, Zaninotto M, Laposata M, Plebani M. Evaluation of effectiveness of a computerized notification system for reporting critical values. Am J Clin Pathol 2009; 131(3): 432-41.
- Saxana S, Kempf R, Wilcox S, Shulman IA, Wong L, Cunningham G, Vega E, Hall S. Critical laboratory value notification: a failure mode effects and criticality analysis. Jt Comm J Qual Patient Saf 2005; 31(9): 495-506.
- Howanitz PJ, Steindel SJ, Heard NV. Laboratory criticals values policies and procedures. A College of American Pathologists Q-Probes Study in 623 Institutions. Arch Pathol Lab Med 2002; 126: 663-69.
- Linnet C, Body JC. Evaluation of Methods- With Statistical Techniques. Burtis CA, Ashwood ER, Bruns DE. TietzTextbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics. 4th Ed., Philadelphia Saunders, 2006: 361.

## KAN BAĞIŞI DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF FACTORS AFFECTING BLOOD DONATION BEHAVIOR

Mustafa AMARAT [1]  
Mahmut AKBOLAT [2]  
Özgün ÜNAL [3]  
Habibe MERCAN [4]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** While there is an increase in the number of blood donations within 10 years, it is seen that the level of developed countries has not reached the level of developed countries yet. According to 2016 figures, the rate of voluntary blood donation to the country population is 3.6%. In our country, the need for blood needs increased to 81%. Blood donations that are not done in sufficient time can cause many individuals to lose their lives and cause health problems.

**The Purpose of the Study:** The aim of this research is to determine the thoughts of the blood donors who have not previously donated blood, to determine the differences between them and to offer solutions in the subject.

**Method:** The research was carried out in Istanbul in March-April 2018. 253 people were reached with purposive sampling method.

**Findings and Results:** The most common reason given by non-donors for not donating blood was "fear of seeing needle""Lack of opportunity to donate" and "Misuse of blood by the blood bank". Voluntary donors had a more pleasant blood donation experience compared to replacement donors and, therefore, more of them were willing to donate again. for this reason, it is important to identify and correct the blood donation processes and the negative effects of these individuals in these processes. The "Long waiting times" and "The status of the donated room" expressions are among the elements that the participants did not like during the blood donation. Increasing the number of donation stands collected by Kızılay and ensuring the order is expected to make donations to the current donors again.

**Key Words:** Blood Donations, voluntary donors,

#### Giriş

Kan, Sağlık ve yaşamın temel simgesi olarak görülmektedir (Türk Kızılayı, 2013). Modern tıp içerisinde kan transfüzyonu hayat kurtarıcı tedavi yöntemleri arasında sınıflandırılmaktadır. Bu tedavinin gerçekleşmesi için Sağlıklı donörlerin kan bağışında bulunmaları gerekmektedir (Cevizci vd., 2010; Hablemitoğlu vd., 2010). Bu özelliği sebebi ile kan ve kan ürünleri tüm toplumları ilgilendiren bir hadisedir (Godin vd., 2005). Toplumların sosyolojik, demografik, kültürel ve ekonomik farklılıkları gönüllü kan bağışçı oranı üzerinde etkili olmaktadır (Solaz, 2004). Ülkemiz kan bağış konusunda gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça geri sıralarda yer almaktadır. 2006 yılında gelişmiş ülkelerin gönüllü kan bağışçı oranı ülke nüfusunun % 5'ine ulaşmakta iken ülkemizde aynı tarihlerde % 1.5 olarak belirlenmiştir (Yıldız vd.,2006). Bu ölçümlerden 10 yıl sonra rakamlarda bir yükselme yaşanırken henüz gelişmiş ülke seviyesine gelinemediği görülmektedir. 2016 yılı rakamlarına göre gönüllü kan bağışının ülke nüfusuna oranı %3,6'dır. Son 5 yılın kan bağışçı sayısı incelendiğin yıllar içerisinde önemli artışlar görülmektedir (Tablo 1). Bu artışlarla beraber ülkemizde kan ihtiyaç karşılama oranı %81'lere yükselmiştir. Yeterli ve zamanında yapılmayan kan bağışları birçok bireyin hayatını kaybetmesine ve sağlığının bozulmasına sebebiyet verebilir.

Tablo 1

#### 2012-2016 Kan bağışçı değişim oranı

Yıllar	Kan bağışçı sayısı	Değişim (%)
2012	1469807	0
2013	1640878	% 11,63
2014	1860225	% 13,36
2015	1937932	% 4
2016	214162	% 10

Literatür çalışmalarında Kızılay'ın yoğun Çalışmalarına rağmen ülkemizde çoğu insanın kan bağışi konusunda gönülsüz ve isteksiz davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Bireylerin bu şekilde davranmalarında eğitim seviyesi, konu nezdinde bilinçli olmak, bireylerin tutum ve davranışları (Aksoy, 2009), kan bağışında bulunulduğunda şişmanlama korkusu, hastalık bulaşma riski, nasılsa birisi benim adıma da kan bağışlar düşüncesi (Yıldız vd.,2006) etkili olmaktadır. Ayrıca, birçok kişinin de kendisine para ödenmedikçe veya kanı kendi ailesinden birine verilmedikçe kan bağışına yanaşmadığı görülmüştür. Bu bireyler çevrelerindeki insanların da kan bağışında bulunmasını engelledikleri tespit edilmiştir (Daştan vd., 2013). Bu sebeple daha önce kan bağışında bulunmayanların ve bulunanların kan bağışi hakkında düşüncelerini tespit etmek, aralarındaki farklılıkları belirlemek ve konu nezdinde çözüm önerileri geliştirmek bu Araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

### Metodoloji

Araştırmada Dubey vd.(2014) Çalışmasından ve DSÖ kılavuzundan yararlanılarak kan bağışında bulunmayanlara 11 kan bağışına bulunanlara 8 ifadeden oluşan bir veri toplama aracı kullanılmıştır. Araştırma İstanbul ilinde Mart-Nisan 2018 yılı çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi ile 253 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların %39.2'si erkeklerden %60.8'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Ayrıca katılımcıların %87,2'si bekârdır. Katılımcıların yaş ortalaması 24.89±6.7'dir.

### Bulgular

Araştırma kapsamında Kan bağışında bulunanlara ve bulunmayanlara neden kan bağışında bulunup bulunmadıklarına ilişkin aşağıdaki ifadeler yöneltilmiştir. Donör olmayanlara yöneltilen ifadeler ilişkin yüzde ve frekanslar tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2**

**Donör olmayanların kan bağışi hakkındaki görüşleri**

	K.Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		K.Katılıyorum	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Bağış ağırlı/acılıdır	42	28,96	42	28,96	34	23,44	18	12,41	9	6,20
İğne/kan görmekten korkma	45	31,03	24	16,55	25	17,24	26	17,93	25	17,24
Bağış sağlığına zararlıdır	75	51,72	38	26,20	7	4,82	7	4,82	18	12,41
Bağış yapma imkânının olmaması	30	20,68	33	22,75	30	20,68	39	26,89	13	8,96
Bağış Sağlık Açısından güvenli değildir	56	38,62	49	33,79	14	9,65	17	11,72	9	6,20
Bağış yapma süreci uzun ve sıkıcıdır.	43	29,65	52	35,86	17	11,72	29	20	4	2,75
Kanın kan bankası tarafından yanlış kullanılması	50	34,48	36	24,82	22	15,17	18	12,41	19	13,10
Kanın israf edileceği düşüncesi	60	41,37	45	31,03	20	13,79	11	7,58	9	6,20
Kan bankasının ikamet yerine uzak olması	33	22,75	60	41,37	16	11,03	30	20,68	6	4,13
Bağış yapmak için uygun bir aday olunmaması	33	22,75	26	17,93	28	19,31	29	20	29	20
İleride Bağış Yapmayı Düşünür müsünüz?	10	6,89	21	14,48	1	0,68	6	4,13	97	66,89

Tablo 2 incelendiğinde donör olmayanların % 28, 96'sının kan bağışi ağırlı ve acılıdır maddesine kesinlikle katılmadığı, % 28, 96'sının katılmadığı görülmektedir. Donör olmayanların iğne ve kan görmekten korkma maddesine verdikleri cevap incelendiğinde en yüksek oranda % 31,03 ile kesinlikle katılmadıkları belirlenmiştir. Donör olmayanların iğne olmaktan korkma maddesine % 16,55 oranında katılmıyorum, % 17,24 oranında kararsızım, % 17,93 oranında katılmıyorum ve %17,24 oranında ise kesinlikle katılıyorum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğu (% 51,72) bağış sağlığına zararlıdır maddesine kesinlikle katılmadığını belirtmektedir. Ayrıca %26,20'si ise aynı maddeye katılmadığını belirterek sağlığına zararlı bir durum olmadığını bildiklerini

ortaya koymaktadırlar. Katılımcıların % 4,82'si kararsızım, % 4,82'si katılıyorum ve % 12,41'inin ise kesinlikle katılıyorum seçeneklerini seçmeleri bu konuda bilgi eksikliği ya da yanlış bilgileri olduğunu düşündürmektedir. Bağış yapma imkânının olmaması maddesine donör olmayanların % 26,89'u katılıyorum maddesini seçtikleri görülmektedir. Bağışın Sağlık açısından güvenli olmadığı maddesine donör olmayanlar % 38,62'si kesinlikle katılmıyorum ve % 33,79'u ise katılmıyorum maddesini seçtikleri için bu konuda yanlış bilgileri olmadığını düşündürmektedir. Donör olmayanların bağış yapmanın uzun ve sıkıcı olduğuna dair maddeye verdikleri cevap incelendiğinde en yüksek oranda % 35,86 ile katılmadıkları belirlenmiştir. Donör olmayanların verdikleri cevaplar incelendiğinde kanın kan bankası tarafından yanlış kullanılacağı maddesine %34,48 oranında kesinlikle katılmadıklarını belirttikleri benzer şekilde kanın israf edileceğini %41,37 oranında kesinlikle katılmadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılanların %41,37'sinin kan bankasının ikamet ettikleri yere uzak olması maddesine en yüksek oranda katılmadıkları belirlenmiştir. Bağış yapmak için uygun bir aday olunmaması maddesine ise donör olmayanların %22,75'i kesinlikle katılmadıklarını görülmektedir. Ayrıca, donör olmayanların %66,89'unun gönüllü bağışçı olmayı düşündüklerini belirtmişlerdir.

Kan bağışında bulunanların bağış yapma hakkındaki düşüncelerine ve bağış yapma süreçlerine ilişkin sorulara verdikleri cevaplara ilişkin analiz sonuçlarına Tablo 3'de yer verilmiştir.

**Tablo 3**

**Donör olanların bağış yapma hakkındaki görüşleri ve bağış yapma süreçleri**

		Frekans	Yüzde
Bağışta bulunma sıklığı?	Bir kere	53	49,07
	Birden fazla	55	50,92
Bağış öncesi bilgi edindiniz mi?	Hayır	16	14,81
	Sözel olarak	33	30,55
	Sözel ve yazılı	59	54,62
Bağışta bulunmadan önce Sağlık kontrolü yaptırınız mı?	Evet	70	64,81
	Hayır	38	35,18
Bağış yapmadan önce sağlığınız ile ilgili sorular soruldu mu?	Evet	102	94,44
	Hayır	6	5,56
Tüm sorulan soruları doğru cevaplandınız mı?	Evet	108	100
Kan bağışından sonra size içecek ikram edildi mi?	Evet	101	93,51
	Hayır	7	6,59
Kan bağışı sırasında beğenmediğiniz unsurlar var mıdır?	Yok	61	56,48
	Uzun bekleme süreleri	27	25
	Çalışanların tutumu	7	6,48
	Hoşnut olmayan süreçler	3	2,77
	Bağıştaki odanın durumu	8	7,40
İleride tekrar bağış yapmayı düşünür müsünüz?	Evet	99	91,66
	Hayır	9	8,34

Tablo 3 incelendiğinde Araştırmaya katılanlardan donör olanlar %50.92 oranında birden fazla kez kan bağışında bulunmuşlardır. Donör olanların bağış öncesi bilgi edindiniz mi maddesine verdikleri cevap incelendiğinde % 54,72 oranında hem sözel hem de yazılı bilgi edindikleri belirlenmiştir. Donör olanların %64,81'i bağışta bulunmadan önce Sağlık kontrolü yaptırıldıklarını, %94,44'ü bağış yapmadan önce Sağlık durumu ile ilgili sorular sorulduğunu belirtmektedir. Donör olanların hepsinin kendilerine sorulan sorulara doğru cevaplar verdikleri, %93,51'ine kan bağışından sonra içecek ikram edildiği görülmektedir. Kan bağışı sırasında beğenmedikleri herhangi bir şeyle karşılaşmadığını belirten katılımcılar %56,48 oranındayken, tekrar kan bağışı yapmayı düşünenlerin oranı %91,66'dır.

## Sonuç ve Öneriler

Araştırma Türkiye’de henüz istenilen sayılara erişemeyen donör sayısının arttırılmasına yararlı olabilecek insanlardan bilgi alınması ve mevcut donör olanlarının yaşadıkları sorun ve şikâyetlerin belirlenmesi için gerçekleştirilmiştir.

Henüz donör olmamış katılımcılara, neden donör olmadıklarının belirlenmesi adına birçok ifade yönetilmiştir. En sık frekansa sahip ilk üç ifade “İğne/kan görmekten korkma”, “Bağış yapma imkânının olmaması” ve “Kanın kan bankası tarafından yanlış kullanılması” oluşturmaktadır. Katılımcılara zamanın olmaması için daha sık şehir merkezlerinde kan bağışı toplanması ve verdikleri kanın doğru kullanımı için kendilerine bilgilendirilme yapılması henüz donör olmayanları donör yapma konusunda önemli bir adım olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, kan bağışında bulunmamanın bireysel sağlığını bozulacağına ait düşüncesi her ne kadar diğer ifadelere oranla az bir frekansa sahip olsa da azımsanamayacak bir değerde olduğu aşikârdır. Bu sebeple bireylere Kızılay tarafından gerçekleştirilen tanıtım ve broşürlerde bu konu detaylı açıklanması ve toplumsal farkındalığın arttırılması donör sayılarında bir artış gerçekleştireceği düşünülmektedir.

Kan bağışı deneyimine sahip olanların tekrar bağış yapması hiç yapmayanlara oranla daha olağan bir olgudur. Bu sebeple bu bireylerin kan bağışı süreçleri ve bu süreçlerde yaşadıkları olumsuzları belirlemek ve düzeltmek önem arz etmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin kan bağışı sırasında beğenmedikleri unsurların başında “ Uzun bekleme süreleri” ve “ Bağıştaki odanın durumu” ifadeleri yer almaktadır. Kızılay tarafından toplanan bağış standlarının sayısının arttırılması ve düzenin sağlanması mevcut bağış yapanların tekrar bağış yapmalarını sağlayacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça

- Aksoy, A. (2005). Neden kan verirler – neden vermezler? Neden vermekten vazgeçerler? Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbı Kursu (VIII). ULUHAN, R. İstanbul: Ilgaz Ofset. 94-99.
- Cevizci S, Erginöz E, Yüceokura A. (2010).Gönüllü Kan Bağışçılığı ve Kan Verme Davranışını Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri J CardiovascSci. 22, 85-92.
- Daştan M, Bostancı N, Kıranşal N. (2013), Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kan Bağışına Yönelik Bilgi ve Tutumları. Kafkas J MedSci .(3), 30
- Dubey, A., Sonker, A., Chaurasia, R., & Chaudhary, R. (2014). Knowledge, attitude and beliefs of people in North India regarding blood donation. Blood Transfusion, 12(Suppl 1), s21.
- Godin G, Sheeran P, Conner M, et al. . (2005). Factors explaining the intention to give blood among the general population. VoxSanguin. 89, 140–149
- Hablemitoğlu Ş, Özkan Y, Yıldırım F. (2010).Bir Fedakarlık Örneği Olarak Kan Bağışı. Aile ve Toplum.5: 20, 67-77.
- Solaz,N. (1997). Dünyada Bağışçı Organizasyonları Programları .Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbı Kursu Kitabı ( I ).Adana .Çukurova Üniversitesi Basımevi.s.:15.
- Türk Kızılayı. (2013). Ege Bölge Kan Merkezi Bilgilendirme Kitapçığı. <http://ww.İzmirbkm.Org.Tr>. Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2013
- Yıldız C, Emekdaş G, Kanık A, Tiftik N, Solaz N, Aslan G, Tezcan S, Serin M, Erden S, Helvacı İ, OtağF. (2006). Neden kan bağışlamıyoruz? Mersin ilinde yaşayanlarda kan bağışına genelbakış: Anket Çalışması. İnfeksiyon Dergisi. 20, 44.



## DOKTOR PERSPEKTİFİNDE HASTA-DOKTOR İLETİŞİMİNDE İNTERNET KAYNAKLARININ ROLÜ

### THE ROLE OF INTERNET SOURCES IN PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION OF PHYSICIAN PERSPECTİVE

Mahmut AKBOLAT [1]  
Mustafa AMARAT [2]  
Özgün ÜNAL [3]  
RANA BEŞLER [4]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** It is increasing day by day that the patients search for health information and make choices in doctor and hospital. Patients search for this information on the internet blog sites, .edu or.com etc. There are limited studies in the literature on what doctors think and when patient doctor communication is performed when they receive the information they receive from these platforms.

**The Purpose of the Study:** With this study, it is thought that doctors will help to determine the opinions of the patients about the search and examination of health information on the internet and a better understanding of the newly developed physician patient communication context.

**Method:** The study was carried out with the doctors who were present in public hospitals in Sakarya city center. Within the scope of the study, a fully structured questionnaire was formed by using Maio (2015) research on the reliability of the doctor-patient communication and information on the internet.

**Findings and Results:** It is seen that during the examination of the patients, the patients brought the information they obtained on the internet. In this case, some doctors create a communication environment in the form of a dialog in their patients and explain the scientific truths of the information they bring, while some doctors emphasize that they should not investigate the information obtained from the internet. In the study findings, a high number of physicians listed the disadvantages of health information on the internet and the first one was the misinformation. The existence of incorrect information may lead to the emergence of a number of consequences that may disrupt the health of individuals.

**Key Words:** Patient-Doctor Communication, Internet, Internet resources

#### Giriş

Türkiye’de ve Dünya da internet kullanıcısı sayısı giderek artmaktadır. İnternet erişiminin yaygın ve yoğun Kullanımı Sağlık sektöründe de etkisini göstermektedir. Bu etkilerden başlıcası bireyler Sağlıklarını daha sık kontrol etmek ve ettirmek isteği ve kendi sağlığı ile karar vermede daha aktif bir rol almasıdır (Tekin vd., 2009). Ayrıca bireyler muayene öncesi ve sonrasında internet üzerinden kendi Sağlık durumu ile hasta ve doktor görüşlerine ulaşabilmekte ve kendi Sağlıkları ile karar alabilmektedirler. Ancak, internet üzerinde yer alan Sağlık bilgilerinin, bireylerin kişisel özelliklerine (Sağlık okuryazarlık vs.) bağlıdır ve elde ettikleri bilgilerin doğruluğundan her zaman emin olamamakta ve kimi durumlarda bireyleri yanlış yollara sürükleyebilmektedir. Zülfikar (2014), internette yer alan bilgilerin fazlalığı kişilerin kafasının karışmasına ya da kendi kendilerine tanı koymalarına sebebiyet verdiklerini tespit etmiştir. Bu durum zaman zaman hastaların Sağlık düzeylerinde olumlu olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Günleryiğit, 2015). Hasta perspektifinden gerçekleştirilen bir Araştırmada hastaların büyük bir çoğunluk doktor randevularına gitmeden önce internet sitelerine başvurdukları fakat elde ettikleri bilgileri doktorlarına söylemekten çekindiklerini tespit edilmiştir (Akbolat vd.,2018). Doktorların ise hastaların internet üzerinden elde ettikleri bilgilerin güvenilirliği ve bu bilgileri muayene esnasında kendileri ile paylaşmalarında ne düşündükleri ve bu iletişimin ne şekilde gerçekleştirildiği üzerine literatürde sınırlı Araştırmalar bulunmaktadır. Bu sebeple bu Araştırmada doktorların bu husus hakkında görüşlerinin belirlenmesi, bağlamın daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

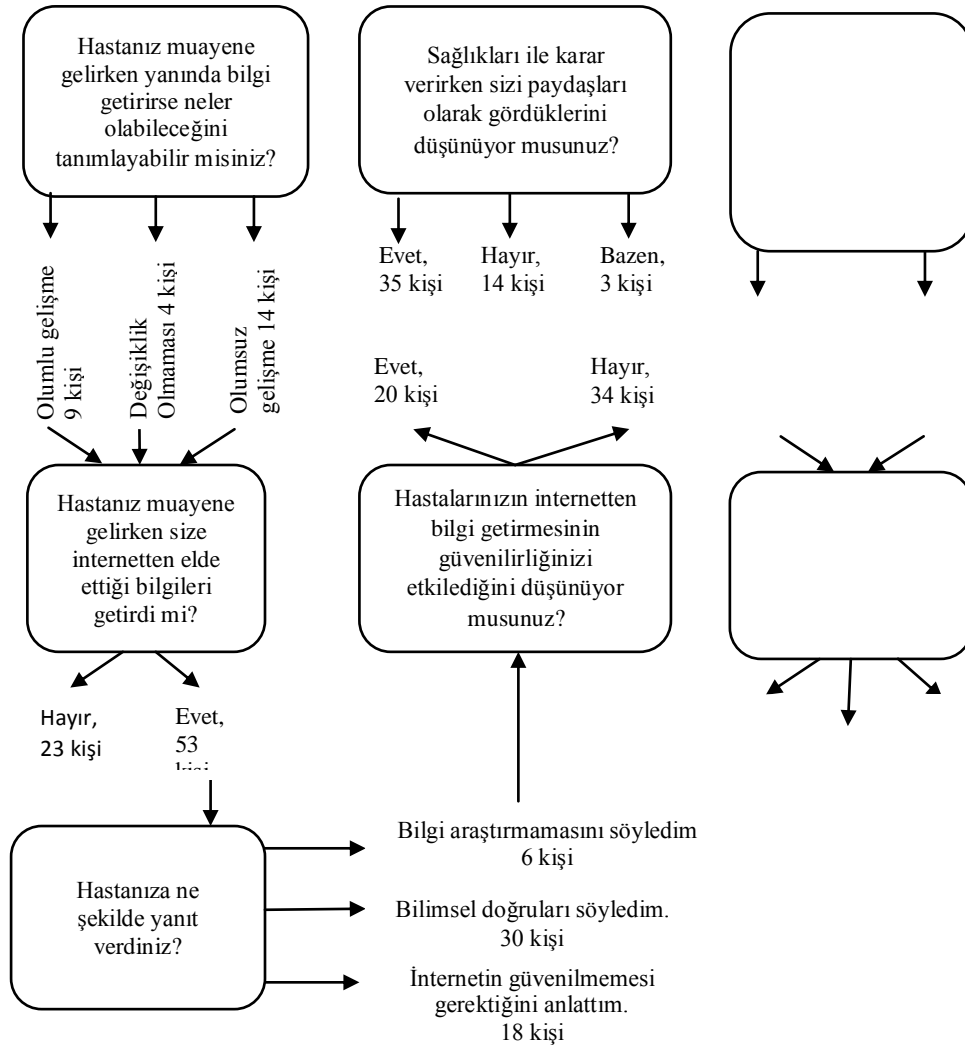
#### Metodoloji

Çalışma Sakarya il merkezinde yer alan kamu hastanelerinde mevcut görevine devam eden doktorlar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında doktor-hasta iletişimi ve internette yer alan bilgilerin güvenilirliğine ilişkin Maio (2015) Araştırmasından yararlanılarak tam yapılandırılmış bir soru formu oluşturulmuştur. Çalışmanın alan Araştırması 01 Ekim-01 Kasım 2018 tarihleri arasında

gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya belirlenen tarihler arasında 78 uzman doktor katılım göstermiştir. Katılımcıların 46'sını Erkeklerden ve 32'sini kadınlar oluşturmaktadır.

## Bulgular

Araştırma kapsamında doktorlara literatürden elde edilen tam yapılandırılmış soru ifadeleri yönlendirilmiştir. Verilen cevaplar Araştırmacılarca kategorilere ayrılmıştır. Şekil 1'de sorular ve hekimler verdikleri cevaplar görülmektedir. Hastaların muayene gelirken yanında bilgi getirmesi durumunda neler olabileceğini sorduğumuzda cevap veren katılımcıların çoğunu bir olumsuz gelişmenin meydana geleceğini (beyaz kod vb.) ifade etmişlerdir. Son 1 ay içerisinde kendilerine gelen muayenelerin birçoğunda da hastaların kendilerine internet üzerinden elde ettikleri bilgileri getirdikleri görülmektedir. Bazı doktorlar bu duruma internette Sağlık bilgisi Araştırmaması gerektiğini ifade etmekte, bazıları ise internette bilgilerine güvenilmemesi gerektiğini ya da getirdikleri bilgilerin bilimselliği konusunda hastalarına yardımcı olduklarını ve bilgileri düzeltmişlerdir.



Şekil 1

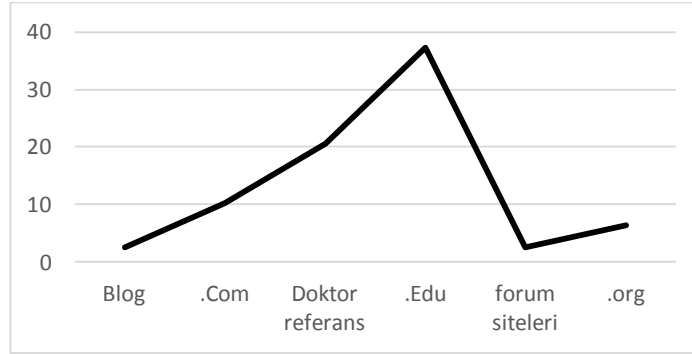
### Yapılandırılmış forum ve cevapları

Doktorlara internette elde edilen sağlık bilgisinin avantaj, dezavantaj ve dikkat edilmesi gereken hususlara ilişkin sorular yönlendirildiğinde doktorlar için internet Sağlık bilgisinin en önemli avantajı olarak yeni tıbbi literatüre hızlı eriştiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 1). Dezavantajlarında ise internette yer alan bilgilerin birçoğunun yanlış ve gereksiz bilgilerden oluştuğunu ifade etmektedirler. Bu hususta dikkat edilmesi gereken bu bilgilerin nereden elde edildikleri ile alakalı olmuştur. Katılımcıların çoğu akademik sayfalardan elde edilen bilgilere güvenilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

**Tablo 1**  
**İnternette Edilen Sağlık Bilgilerinin Avantaj, Dezavantaj ve Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar**

		Frekans	Yüzde
Avantaj	Erişim Kolaylığı	30	38,5
	Yeni Literatür	32	41,0
Dezavantaj	Bilgi Kirliliği	3	3,8
	Gereksiz Bilgilerin Çokluğu	2	2,6
	Herkesin Kolay Ulaşımı	1	1,3
	Rutin Bozulması	1	1,3
	Yanlış Bilgi	46	59,0
	Nelere Dikkat Edilmelidir	Akademik Sayfa	33
	Doktor Görüşleri Olmalı	13	16,7
	Hastalar İnternette Araştırma Yapmamalı	2	2,6
	Hastalar İnternette Sağlık Araştırmamalı	5	6,4
	Magazin	4	5,1
	Reklamlara, Pazarlamalara	1	1,3

Son olarak katılımcılara internette yer alan Sağlık bilgisi kaynaklarının en güvenilir olandan en az güvenilir olana doğru sıralamalarını istediğimizde ilk sırada .edu uzantılı web adreslerinin yer aldığı görülmektedir.



**Şekil 2**  
**Sağlık bilgi arayışında en çok güvenilen internet siteleri**

### Sonuç ve Öneriler

İnternetin yaygınlaşması ile beraber bireyler internette Sağlık bilgisi arayışında da kullanmaktadırlar. Bu durum bireylerin hekim muayenesinde bulunmasında ya da tedavi sürecine ve hekim ile olan ilişkilerin monologdan diyaloga doğru bir değişim yaşanmaktadır. Bu değişim hem bu Araştırma bulgularında hem de literatürde benzer şekilde gerçekleşmiştir (Murray vd.,2003). Fakat internette yer alan tıbbi bilgilerin yorumlanmasında ve elde edilen bilgilerin bilimsel doğruluğu her zaman güvenilir değildir. Çalışma bulgularında da hekimlerin yüksek bir kısmı internette Sağlık bilgilerinin dezavantajlarını sıralarken ilk sırayı yanlış bilgilerin olması olarak ifade etmişlerdir. Yanlış bilgilerin var olması bireylerin sağlıklarını bozacak bir takım sonuçların ortaya çıkmasını sağlayabilir (Ahmad vd., 2006). Sağlık web sitelerinde yer alan bilgilerin birçoğunda çok az doğru bilgilerin yer aldığı tespit edilmiştir (Berland,2001). Bu gibi gelişmelerin olmaması için hekimlere en çok güvendikleri internet siteleri sorusu yöneltilmiştir. Hekimlerin çoğu. edu uzantılı web adreslerini daha güvenilir olduğunu ifade etmişlerdir.

Katılımcıların çoğu artık muayene esnasında hastaların internette elde ettikleri bilgileri kendilerine getirdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar gelen bu bilgileri doğru bilimsel olanlar ile düzelttiklerini belirtmişken bir kısmı da internette elde ettikleri bilgilere güvenmemeleri gerektiğini veya hiç Araştırma

yapmamaları gerektiğini ifade etmiştir. Hastaların internetten gelen bilgilerin hekime güven ilişkisini etkileyip etkilememesi sorusuna ise katılımcıların yarısına yakını evet güvenilirlik hissi oluşuyor derken diğer yarısı bu hissiyatın oluşmadığını dile getirmiştir.

Araştırma bulgularına neticesinde hasta-hekim iletişimin internetin yaygınlaşması ise değişmiştir. Bu değişim hastanın hekimle birlikte karar verme sürecine ortak olarak katıldığı ve bilgilenererek seçim yapma gereksinimlerinin kabul edildiği daha eşitlikçi bir karar verme sürecine doğru gerçekleşmesi, sağlığın geliştirilmesi bağlamında arzu edilen bir durum olarak kabul edilmektedir. Fakat bazı hekimler bu durumu bireylerin Sağlıkları Açısından ve hasta hekim iletişiminde bir hekime güveni azalttığı şeklinde yorumlayabilmektedirler. Daha sonraki Araştırmalarda konunun daha iyi anlaşılmasında hastalar Açısından da incelenmesi önerilmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Ahmad , F ve ark. (2006) Are Physicians Ready for Patients with Internet-Based Health Information?, *Journal of Medical Internet Research*, 8(3):22
- Akbolat, M., Amarat,M., Ünal,Ö. ve GÜNDOĞDU,M.(2018). The role of internet sources in patient-physician communication.3<sup>rd</sup> International Health Sciences and Management Conference.
- Berland, G. K., Elliott, M. N., Morales, L. S., Algazy, J. I., Kravitz, R. L., Broder, M. S., ... & Watkins, K. E. (2001). Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish. *Jama*, 285(20), 2612-2621.
- Günlereryiğit,O. (2015),“Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi Ve Sağlık Üzerine Etkileri”, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*,17(29):33-40.
- Maio, J. A. (2015). A prescription for better health: The role of on-line research in doctor-nurse-patient communication. Illinois State University.
- Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., White, M., ... & Turner, R. (2003). The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Archives of internal medicine*, 163(14), 1727-1734.
- Tekin, A., E. Kaya, M. Demirel ve Ö.S. Yazici, (2009), “Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta-Hekim İlişkilerine Etkisi”, *Selçuk İletişim*, 6(1):23-36.
- Tekin, A., Ersin, K. A. Y. A., Demirel, M., & Yazici, S. Ö. (2009). Güçlendirme bağlamında internetin hasta-hekim ilişkilerine etkisi. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 6(1), 23-36.
- Zülfikar, H. (2014),“Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim”, *FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi*, Cilt 22(1): 46-52.

## ÖĞRENCİLERİN HASTA HAKLARI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF STUDENTS ON PATIENT RIGHTS

Handan ERTAŞ<sup>1</sup>  
Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Patient rights are a fundamental human right. The fact that patients can benefit from health services effectively is to know the rights of patients fully. Increasing awareness of patient rights, increases both patient satisfaction and benefits in preventing problems such as increased violence between patients and health personnel in recent years. Adoption of patient rights, which is one of the fundamental rights of being a human being, is an assurance measure that protects patients against abuse and discrimination and supports ethical practices.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to investigate the knowledge level of the students about patient rights.

**Method:** In the study, quantitative research design and easy sampling method were used. The sample of the study consisted of 195 students from Selçuk University Department of Health Management. The questionnaire was used to collect data. As a result of the analysis, Cronbach Alpha value of the questionnaire was found as 0.907.

**Findings and Results:** 81.5% of the students who participated in the research had previously received no information from the health personnel about the rights of the patients and 21% of them offered training for the implementation of patient rights. According to the results of the study, 89.7% of the participants stated that each patient should be treated as a human and the health service which has the most basic right to live, 89.3% stated that the right to refuse or stop the medical intervention should be respected after explaining the necessary explanations and results to the patient.

**Key Words:** Patient, Patient Rights, University Students

#### GİRİŞ

Son yıllarda, tıp bilimindeki çarpıcı gelişmeler, modern tedavilerin ortaya çıkışı, tıbbi teknoloji yöntemlerindeki gelişmeler, insan haklarına verilen değer ve önemin artması, hasta haklarının günümüzde önemini daha da arttırmıştır (Ghodsı and Hojjatoleslami,2012:345). Hasta hakları kısaca, Sağlık hizmet sunucuları ve hasta arasındaki ilişkilerde yasal ve etik sorunları içermektedir (Zeina et al.,2013:46).Başka bir tanıma göre ise hasta hakları, Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuatlar ile teminat altına alınmış haklarını tanımlayan bir kavramdır (www.mevzuat.gov.tr). Hastaların haklarından haberdar olmaları, Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, maliyetlerin azalması, daha çabuk iyileşme, hastanelerde kalış süresinin azalması, geri dönüşü olmayan fiziksel ve manevi zararların azaltılması, daha da önemlisi, hastaların karar alma sürecine katılmalarını sağlar (Mastaneh and Mouseli,2013:143). Hastaların kendi bakımlarına aktif katılımları, özyönetimi, tedaviye uyumu, memnuniyeti arttırmakta ve hastaneye yatış oranlarını azaltmaktadır (Mohammed et al.,2015:54)

Hasta hakları evrensel olsa da, temel bileşenleri, uygulama mekanizması ve ilgili yasal prosedürleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Çoğu ülkede, Sağlık kuruluşlarında hasta haklarına yönelik düzenlemeler veya yönetmelikler oluşturmuş ve hasta haklarını temel ve kapsamlı bir şekilde yerine getirmek için, devlet ve sivil toplum kuruluşları dünyanın birçok ülkesinde işbirliği yapmaktadır (Mousavi et al.,2017:28). Fakat bu Çalışmalar yeterli düzeyde değildir. Hastanın hak ve sorumluluklarına ilişkin farkındalık sadece hükümetler ve Sağlık politika yapımcıları ile sınırlı olmamalı, aynı zamanda bireyleri eğitim sisteminden başlayarak bu konuda eğitmeyi de içermelidir (AlQahtani et al.,2019:198).

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/handanertas@selcuk.edu.tr

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/ciftcifatma50@gmail.com

Bu bağlamda bu Araştırmada Sağlık Kurumlarında yöneticilik vasfını yerine getirecek Sağlık Yönetimi öğrencilerinin hasta hakları bilgi düzeyi incelenmiştir.

## YÖNTEM

Araştırmada nicel Araştırma deseni ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünden 195 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda kullanılan anketin Cronbach Alpha değeri 0,907 olarak bulunmuştur. Kullanılan anket Kibar (2010) tarafından oluşturulmuştur.

## BULGULAR

Araştırmaya dâhil olan öğrencilere ait bulgular aşağıda tablolar şeklinde verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Öğrencilere Ait Demografik Veriler

Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde(%)	Aile Gelir Durumu	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kadın	148	75.9	0-2000	46	23.6
Erkek	47	24.1	2001-3000	66	33.8
<b>Sınıf</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>	3001-4000	42	21.5
1.sınıf	33	16.9	4001 ve üstü	41	21.0
2.sınıf	56	28.7			
3.sınıf	60	30.8			
4.sınıf	46	23.6			
<b>Toplam</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>Toplam</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Tablo 1'e göre Araştırmaya katılan öğrencilerin %75,9'u kadın ve katılımcıların %30,8'i 3. sınıf, %16,9'u ise 1.sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin ailelerinin gelir durumu incelendiğinde %33,8'i 2001-3000 ve %21'i 4001 ve üstü gelire sahiptir.

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Öğrencilere Ait Tanımlayıcı Veriler

Hasta Hukuki Yollarla Hakkını Arayabilir Mi?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Arayabilir	179	91.8
Yanıtsız	16	8,2
Hasta Hakları Denildiğinde Aklınıza İlk Gelen Hak Nedir?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Bilgi Alma	29	14.9
Mahremiyet	41	21.0
Tedavi hakkı	47	24.1
Diğer	78	40.0
Sağlık Çalışanlarında Hasta Haklarıyla İlgili Bilgi Aldınız mı?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hayır	159	81.5
Evet	36	18.5
Hasta Haklarının Uygulanabilmesi İçin Önerileriniz Nelerdir?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Denetim	20	10.3
Eğitim	41	21.0
Kontrol	23	11.8
Diğer	111	56,9
Hasta hakları ile ilgili bilgilendirmelerden hangisi dikkatinizi çekti?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Pano	75	38.5
Broşür	47	24.1
Kişisel Bilgilendirme	57	29.2
Diğer	16	8.2
<b>Toplam</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Tablo 2'ye göre katılımcıların %91,8'i hastanın hukuki yollar ile hakkını arayabileceğini,%81,5'i ise hasta haklarıyla ilgili daha önce Sağlık Çalışanlarından bilgi almadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin hasta hakkı dendiği zaman akıllarına ilk gelen haklar %24,1 tedavi hakkı,%21 mahremiyet hakkı ve %14,9 bilgi alma hakkıdır. Hasta haklarının uygulanabilmesi için katılımcıların önerileri %21 ile eğitim ve 11,8 ile

kontroldür. Öğrencilerin hastanede hasta hakları ile ilgili bilgilendirmelerden %38,5 ile pano, %29,2 kişisel bilgilendirme,%24,1 broşür dikkatlerini çekmiştir.

**Tablo 3.** Hasta Haklarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Her hasta bir insan olarak görülüp en temel yaşama hakkı olan Sağlık hizmeti verilir.	8	4.1	5	2.6	7	3.6	48	24.6	127	65.1
Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.	4	2.1	4	2.1	12	6.2	78	40.0	97	49.7
Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir.	5	2.6	3	1.5	8	4.1	90	46.2	89	45.6
Hasta ve yakınları organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmelidir	4	2.1	3	1.5	15	7.7	76	39.0	97	49.7
Sağlık kurumunun imkanları dâhilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	2	1.0	8	4.1	17	8.7	70	35.9	98	50.3
Hasta memnuniyeti, Çalışanları değerlendirilmede bir ölçüt olmalıdır.	6	3.1	9	4.6	21	10.8	79	40.5	80	41.0
Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.	4	2.1	1	0.5	8	4.1	78	40.0	104	53.3
Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmalıdır	1	0.5	5	2.6	15	7.7	67	34.4	107	54.9
Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir.	5	2.6	2	1.0	13	6.7	65	33.3	110	56.4

Tablo 3'e göre Araştırmaya dâhil olan öğrencilerin 89,7'si her hastanın insan olarak görülüp en temel yaşama hakkı olan Sağlık hizmetinin verilmesi gerektiğini,91,8'i hastanın hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini ve 89,7'si hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %88,7'si hasta ve yakınlarının organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini, %86,2'si Sağlık kurumunun imkânları dâhilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirleri alması gerektiğini ve %81,5'i hasta memnuniyetinin, Çalışanları değerlendirilmede bir ölçüt olarak kullanılması gerektiğini belirtmiştir. %93,3 oranında öğrenci, tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınması gerektiğini, %89,3 oranında katılımcı, hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulması gerektiğini ve %89,7 oranında öğrenci Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

## SONUÇ

Hasta hakları, hastaları istismara ve ayrımcılığa karşı koruyan, hastanın aldığı hizmetlerden memnuniyetini artıran, hastanın Sağlık personeli ile iletişimine katkı sağlayan önemli güvencelerdendir. Bu Araştırmada ilerde Sağlık Kurumlarında yöneticilik vasfını yerine getirecek Sağlık Yönetimi öğrencilerinin hasta hakları bilgi düzeyi incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre öğrencilerin, %81,5'i hasta haklarıyla ilgili daha önce Sağlık Çalışanlarından bilgi almadığını ifade etmiştir. Bu sonuçlarla paralel olarak, Kaya'nın (2014) Araştırmasına katılan öğrencilerin %83,6'sı hasta hakları ile ilgili Sağlık Çalışanlarından bilgi almadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin,

hastanede hasta hakları ile ilgili bilgilendirmelerden %38,5 ile pano, %29,2 kişisel bilgilendirme,%24,1 broşür dikkatlerini çekmiştir. Eksen ve ark.(2004) Çalışmasında hasta haklarıyla ilgili bilgi kaynakları, %41,3 Sağlık personeli, %29,7 ile kitap, gazete ve dergi, Kaya'nın (2014) Çalışmasında, %44,9 ile pano, %29 ile kişisel bilgilendirme, Soysal ve Kuşcu'nun (2018) Araştırmasında %38,6 pano, %22 broşür, AlQahtani ve ark.(2019) Çalışmasında ise en iyi bilgi kaynağının% 45,6 ile hastane posterleri olduğu sonucu bulunmuştur. Öğrencilere hasta hakkı dendiği zaman akıllarına ilk gelen haklar, %24,1 tedavi hakkı,%21 mahremiyet hakkı ve %14,9 bilgi alma hakkıdır. Literatürde bu yönde bulunan sonuçlar şunlardır; Ebrahimi ve ark.(2017) öğrencilerin % 56,3'ü ile en çok gizlilik hakkını bildiğini, El-Sobkey ve ark.(2014), Mastaneh ve Mouseli (2013) en bilinen hasta haklarının mahremiyet ve gizlilik olduğunu, Fernandes ve ark.(2014) en yüksek farkındalığın gizlilik (%71), şikayette bulunma (%67), bilgi alma (%65) ve en düşük farkındalığın bilgilendirilmiş onam hakkı (%39) olduğunu, Ghodsi ve Hojjatoleslami (2012) ise en düşük farkındalığın Sağlık hizmetlerine erişim hakkı olduğunu tespit etmiştir.

Öğrencilerin %91,8'i hastaların hukuki yollar ile hakkını arayabileceğini bilmektedir. Bu sonuca göre öğrencilerin hasta hakları farkındalık düzeyleri yüksektir diyebiliriz. Bu sonuçları destekler nitelikte, Ghodsi ve Hojjatoleslami (2012) öğrencilerin hasta hakları farkındalığını %53, Khalaf ve ark.(2014) % 77,2, Ebrahimi ve ark.(2017) % 35.9, Mastaneh ve Mouseli (2013) %59,4 ve Ranjbar ve ark.(2009) ise staj öğrencilerinin yarısından fazlasının hasta haklarının farkında olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu Çalışmada en yüksek üç katılıma ilişkin ortalama, tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınması, hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulması ve her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan Sağlık hizmeti verilmesi gerektiği konusunda olmuştur. Kaya (2004) Araştırmasında da en yüksek oranda katılımın en temel yaşama hakkı olan Sağlık hizmeti verilmesi hususu üzerine olmuştur.

## KAYNAKLAR

AlQahtani. Nasser Abdulaziz, Alsulami. Sattam Menwer, Alzamel. Fisal Abdulaziz, AlShamekh. Meshari Abdullah, Almutairi. Amer Sheali AlDekhayel. Marwan Abdulkarim, Fouhil. Ahmed Fathalla El (2019). Assessment of the patients' awareness regarding their rights and responsibilities in the major governmental hospitals in Riyadh, Saudi Arabia, *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 3(2):198–203.

Ebrahimi. Sedigheh, Fozooni. Hassan, Hosseini, Sahar (2017). Knowledge on Patients' Rights in Medical Interns: A Crucial Stage of Doctor's Initiation, *Thrita.*, 6(2).

Eksen. Mursayettin, Karadağ. Nihal, Işıkyay. Çağdaş, Karakuş. Ayşe (2004) Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1):1-12.

El-Sobkey. Salwa B., Almoajel. Alyah M., Al-Muammar. May N.(2014). Knowledge and attitude of Saudi health professions' students regarding patient's bill of rights, *Int J Health Policy Manag*, 3(3): 117–122.

Fernandes. Alphonsa B., D'Cunha. Sweta, Suresh. Sucharita (2014). *International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration*, 2(1):25-30.

Ghodsi. Zahra and Hojjatoleslami. Simin.(2012). Knowledge of students about Patient Rights and its relationship with some factors in Iran, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31:345 – 348.

Kaya. Sefa (2014). Sağlık Meslek Yüksek Okullarında Eğitim Görmekte Olan Öğrencilerin Hasta Hakları Konusunda Bilinç Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Khalaf. Shukrya K., Al-Asadi. Jasim N., Abed. Alaa H., Shami. Sabah A., Al-Shammary. Husam (2014). Assessment of Patients' Knowledge and Awareness about their Rights and Duties.

Kibar. Nuray (2010). I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Bilinirlik Düzeyinin Ölçülmesi: Bahçelievler Örneği Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Mastaneh. Zahra and Mouseli. Lotfollah (2013). Patients' Awareness of Their Rights: Insight from a Developing Country, *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2): 143–146.



Mohammed. Salwa A., Shabla. Amany S., Wehieda. Shoheir M (2015). Patients' Rights: Patients' and Nurses' Perspectives, *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 4(4): 54-60.

Mousavi. Syedeh Masoumeh, Mohammadi. Nooredin, Farahani. Mansoureh Ashghali, Hosseini. Agha Fatemeh( 2017). Observing Patients' Rights and the Facilitating and Deterrent Organizational Factors From the Viewpoint of Nurses Working in Intensive Care Units, *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 3(1): 27-36.

Ranjbar. Mohammad, Sameyeh Zargar. Azam, Dehghani. Arefeh (2009). Students' awareness of patients' right in teaching hospitals of Yazd [In Persian]. *Iran J Med Ethics Hist Med*, 3:51–60.

Soysal. Abdullah ve Kuşcu. Fatma Nuray (2018).Hasta Hakları: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 102-111.

Zeina. Hanaa A. Abou, Nouman. Azza A. El., Zayed. Moushera A., Hifnawy. Tamer, Shabrawy. Ekram M. El ,Tahlawy. Eman El (2013). Patients' Rights: A Hospital Survey in South Egypt, *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 8(3): 46–52.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>, Erişim Tarihi:15.05.2019.

## HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM ENGELLERİNİN BELİRLENMESİ

### DETERMINING PATIENT-CENTERED COMMUNICATION BARRIERS

Handan ERTAŞ<sup>1</sup>  
Fatma ÇİFTÇİ KIRAC<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Communication is one of the basic requirements of human and is the basic condition of socialization. The establishment of healthy communication environments in social life is directly related to the creation of a healthy society. In this respect, the communicative nature, type, size and effectiveness of the relationships between the doctor and the patient are important (Yağbasan ve Çakar, 2006:609). A number of communication barriers to doctors' relationships with their patients cause serious disruptions in the provision of health services.

**The Purpose of the Study:** In this study, communication obstacles determined by patients are aimed.

**Method:** In this research, quantitative research design and easy sampling method were used. The sample of the study consisted of 200 outpatients admitted to a public hospital in Konya. The scale was used as a data collection tool. The scale used was developed by Şahin et al. (2017). The Cronbach Alpha value of the scale used in the analysis was 0.810.

**Findings and Results:** 91% of the patients stated that, they wanted their medical staff to understand themselves, 90% of the patients said that, they wanted their medical staff to show interest themselves, 86.5% of the patients wanted him to behave like a friend the health care staff and 38.5% said that medical practices scared him. According to research results, increase in the number of doctoral applications, the fear and anxiety of patients are also increasing.

**Key Words:** Patient, Communication, Communication Barriers

#### GİRİŞ

**Sosyal bir varlık olan insanın hayatında iletişim vazgeçilmez bir unsurdur.** İnsanların birbiriyle sürekli iç içe olduğu Sağlık hizmetlerinde ise Sağlık Çalışanlarının, hem hasta hem de hasta yakınlarıyla etkili bir iletişim kurulabilmesi önemlidir (Çiftetepe Öztürk ve Dağdeviren,2018:41). Doktor-hasta iletişimi ise Sağlık sisteminde önemli bir bileşendir. Doktorlar ve hastalar arasındaki iletişim, hastalara müdahaleler, tedavi planlaması ve sonuç hakkında bilgi verilmesi için gerekli olan tıbbi bakımın kilit bir unsurudur ve günümüzde bu iletişimin kalitesi ve etkinliği önemli bir doktor yetkinliği olarak ortaya çıkmıştır. Hekim ile aktif bir iletişim sürecine dâhil olan hastaların, hizmetlerden memnuniyet düzeyi ve daha iyi Sağlık sonuçları elde etmeleri daha muhtemeldir (Dutta-Bergman,2005:291). Ajjawi ve Higgs, (2007) göre, bir doktorun kişilerarası iletişim becerileri, hastalara doğru tanı koymak, onlara tavsiyelerde bulunmak, gerekli desteği sağlamak ve hastalarla iyi ilişkiler kurmak için bilgi toplama yeteneğinden oluşur. Ayrıca doktorun iletişim becerileri; sürdürülebilir bir ilişki kurmak, uygun şekilde danışmanlık yapmak, terapötik talimatlar vermek, empati ve hasta ile ortak strateji geliştirmektir (Vimala and Omar,2016:356; Maatouk-Bürmann et al., 2016:117).

Epstein ve Street (2007) hasta merkezli iletişimi, hasta perspektiflerini ortaya çıkarmak ve anlamak (endişeler, fikirler, beklentiler, ihtiyaçlar ve duygular), hastayı kendine özgü psikososyal, kültürel bağlamlarında anlamak ve hasta problemleriyle ilgili hasta değerlerine uygun tedaviler konusunda ortak bir anlayışa varmak olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda, hasta merkezli iletişimin benimsenmesi, kişilerarası iyi ilişkiler kurma, doktorlar ve hastalar arasında iyi iletişimin kurulmasında büyük potansiyele sahiptir. Literatürde, hasta merkezli iletişim, tıbbi bilgilerin hatırlanması, ilaç uyumu ve Sağlıklı yaşam tarzı davranışının benimsenmesi ile ilişkilendirilmiştir (Mull,2017:18). Hasta merkezli iletişim, hastanın ihtiyacını ortaya çıkarır, ortak anlayışı paylaşır ve hastanın karar verme sürecine katılımını teşvik eder (Azizam et al.,2016:236). Günümüzde hizmet sunucular, hastaların kendi bakım sürecinde daha aktif ve katılımcı bir rol alması gerektiğine inanmalarına rağmen, iletişimde çeşitli engeller mevcuttur. Hasta merkezli iletişimin önündeki ilk engel, algılanan zaman eksikliğidir (Naughton,2018:3). Hizmet sunucular, hastayı dinlemek, durumu hakkında gerekli açıklamayı yapmak için her zaman yeterli zamanı bulamamaktadır. İkinci engel ise, kanıta dayalı tedavi planlarının hastalarla müzakere edilmesiyle ilgilidir (Naughton,2018:3). Hekim ile hasta arasındaki bilgi asimetrisi ve hastanın

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi/Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/handanertas@selcuk.edu.tr

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/ciftcifatma50@gmail.com

tedavisini desteklemek için bulunan kanıtların genellikle laboratuvar değerleri, kan basıncı değerleri gibi gerçek sonuçlardan ziyade hastalık sonuçları için belirteçler olmasıdır. Son olarak, hizmet sunucuların tutumu, etkili hasta merkezli iletişimin önündeki bir engeldir (Naughton,2018:3). Bu Çalışmada hastalar tarafından belirlenen iletişim engellerinin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

## YÖNTEM

Araştırmada nicel Araştırma deseni ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini, Konya’da bir kamu hastanesine Nisan-Mayıs 2019 tarihinde ayaktan poliklinik hizmeti alan 200.000 ayaktan hasta oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme büyüklüğünün belirlenebilmesi için Coşkun ve ark (2017) tarafından oluşturulan belirli evrenler için kabul edilebilir örnekleme büyüklükleri tablosundan yararlanılmış ve Çalışma kapsamına 200 hastanın dâhil edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak ölçek kullanılmıştır. Kullanılan ölçek Şahin ve ark.(2017) tarafından geliştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,810 olarak bulunmuştur.

## BULGULAR

Araştırmaya dâhil olan hastalara ait bulgular aşağıda tablolar şeklinde verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Demografik Veriler

Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde(%)	Medeni Durum	Sayı(n)	Yüzde(%)
Erkek	109	54,5	Evli	83	41,5
Kadın	91	45,5	Bekar	117	58,5
Öğrenim Durumu	Sayı(n)	Yüzde(%)	Aylık Gelir	Sayı(n)	Yüzde(%)
İlköğretim	20	10,0	0-2000	48	24,0
Ortaöğretim	50	25,0	2001-3000	62	31,0
Ön Lisans	19	9,5	3001-4000	59	29,5
Lisans	102	51,0	4000 üzeri	31	15,5
Lisans Üstü	9	4,5	Sürekli İlaç Kullanımı	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kronik Hastalık	Sayı(n)	Yüzde(%)	Var	22	11,0
Var	15	7,5	Yok	178	89,0
Yok	185	92,5	Yaş	Sayı(n)	Yüzde(%)
Doktora Başvuru Sayısı	Sayı(n)	Yüzde(%)	18-30	117	58,5
0-5	162	81	31-43	62	31,0
6-10	28	14	44-56	12	6,0
11 ve üstü	3	1,5	57 ve üstü	8	4,0
Sağlık Durumu	Sayı(n)	Yüzde(%)			
1-3	54	27			
4-6	61	30,5			
7-15	85	42,5			
Toplam	200	100	Toplam	200	100

Tablo 1’e göre Araştırmaya dâhil olan hastaların %54,5’i erkek %58,5’i bekârdır. Katılımcıların %51’i lisans mezunu iken %4,5’i lisansüstü mezundur. Hastaların %92,5’inin kronik hastalığı yok iken, %89’unun sürekli ilaç kullanma durumu da yoktur.%81 oranında hastanın yıllık doktora başvuru sayısı 0-5 arasında değişirken, hastaların %42,5’i Sağlık durumunu 7 ile 15 arasında puanlamıştır. Katılımcıların %31’inin geliri 2001-3000 arasında değişirken, %58,5’i 18-30 yaş aralığındadır.

**Tablo 2.** İletişim Engellerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık personelinin beni anlamasını isterim.	10	5,0	2	1,0	6	3,0	67	33,5	115	57,5
Sağlık personelinin olumlu bir yaklaşım içinde olmasını isterim.	4	2,0	8	4,0	8	4,0	58	29,0	112	61,0
İhtiyacım olduğunda Sağlık personeliyle iletişim kurmak isterim.	4	2,0	10	5,0	18	9,0	64	32,0	104	52,0
Sağlık personelinin arkadaş gibi davranmasını isterim.	8	4,0	19	9,5	33	16,5	57	28,5	83	41,5
Sağlık personeline güvenmek isterim.	8	4,0	7	3,5	12	6,0	61	30,5	112	56,0
Tıbbi uygulamalar beni korkutur.	36	18,0	44	22,0	43	21,5	51	25,5	26	13,0
Güvenlik personelinin gerekli olduğunu düşünürüm.	3	1,5	8	4,0	21	10,5	75	37,5	93	46,5
Sağlığımın düzelişip düzelmemesi konusunda endişelenirim.	16	8,0	40	20,0	43	21,5	69	34,5	32	16,0
Sağlığımın ilerde nasıl olacağını merak ederim.	4	2,0	17	8,5	17	8,5	79	39,5	83	41,5
Sağlık durumumu merak ederim.	3	1,5	10	5,0	15	7,5	82	41,0	90	45
Tedavimin geciktiğini düşünürüm.	18	9,0	53	26,5	57	28,5	47	23,5	25	12,5
Sağlık personeli tarafından ihmal edildiğimi düşünürüm.	21	10,5	47	23,5	67	33,5	40	20,0	25	12,5

Tablo 2’de görüldüğü üzere Araştırmaya dâhil olan hastaların %91’i Sağlık personelinin kendisini anlamasını, %90’ını Sağlık personelinin kendisine olumlu bir yaklaşım içinde olmasını ve 86,5’i ise Sağlık personeline güvenmek istediğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %32,5’i Sağlık personeli tarafından ihmal edildiğini, %36’sı tedavisinin geciktiğini düşündüğünü, %50,5’i sağlığının düzelişip düzelmemesi konusunda endişelendiğini belirtmişlerdir. Hastaların %84’ü ihtiyacı olduğunda Sağlık personeliyle iletişim kurmak istediğini ve güvenlik personelinin gerekli olduğunu %81’i sağlığının ilerde nasıl olacağını merak ettiğini, %70’i ise Sağlık personelinin kendisine arkadaş gibi davranmasını istediğini ifade ettiler.

**Tablo 3.** Cinsiyet ile İletişim Engelleri Ortalamaları Arasındaki Farklılığa Ait T Testi

Cinsiyet		n	Ort	Sd	t	p
İletişim Engelleri	Erkek	109	3,6524	,45939	-1,061	,291
	Kadın	91	3,7208	,44984		

Tablo 3’te görüldüğü üzere Araştırmaya dâhil olan kişilerin cinsiyet ile iletişim engelleri ortalamaları arasında t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, iletişim engelleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,005$ ).

**Tablo 4.** Doktora Başvuru Sayısı ile Korku ve Endişe Boyutu Arasındaki Kolerasyon Analizi

		Doktora Başvuru Sayısı	Korku ve Endişe Boyutu
Doktora Başvuru Sayısı	r	1	,193**
	p		0,007
	n	193	193
Korku ve Endişe Boyutu	r	,193**	1
	p	0,007	
	n	193	200

N=200 p<0.001

Tablo 4'te görüldüğü üzere doktora başvuru sayısı ile korku ve endişe boyutu arasında düşük düzeyli istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki olduğu yapılan analiz sonucunda görülmektedir (p<0,005).

## SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre Araştırmaya katılan hastaların %91'i Sağlık personelinin kendisini anlamasını, %90'ını Sağlık personelinin kendisine olumlu bir yaklaşım içinde olmasını ve %86,5'i ise Sağlık personeline güvenmek istediğini ifade etmişlerdir. Literatürde yapılan Çalışmalar incelendiğinde; Mull (2017) Araştırmasına göre hastaların beklentileri, birey olarak Sağlık personelinin kendisine saygılı davranmaları, tedavileri hakkında karar verme sürecine dâhil edilmeleri ve tüm hastane personelinin, özellikle hemşirelerin, duygusal olarak kendisine destek sağlamaları olarak tespit edilmiştir. Yapılan Araştırma sonuçlarına göre hasta merkezli iletişim, hasta memnuniyeti ve tedaviye uyumun artmasına katkı sağlamaktadır (King and Hoppe, 2013:385; Maatouk-Bürmann et al.,2016:117). Hastaların %84'ü ihtiyacı olduğunda Sağlık personeliyle iletişim kurmak istediğini ve %70'i Sağlık personelinin kendisine arkadaş gibi davranmasını istediğini ifade ettiler. Koçak(2008) yaptığı Araştırmaya katılan hastaların %63,6'sı Sağlık personelinin hastaların içinde bulunduğu durumu anlayabildiğini, %40,4'ü Sağlık personelinden beklentilerinin karşılandığını, %58,3'ü Sağlık personelinin hastasına ilgi gösterdiğini, %51,7'si ise Sağlık personeli ile hasta iletişiminin tatmin edici olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %32,5'i Sağlık personeli tarafından ihmal edildiğini, %36'sı tedavisinin geciktiğini düşündüğünü,%50,5'i sağlığının düzeliş düzelmemesi konusunda endişelendiğini belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların doktora başvuru sayısı arttıkça korku ve endişesinin de arttığı sonucu elde edilmiştir.

## KAYNAKLAR

- Ajjawi. Rola and Higgs. Joy. (2007). Using Hermeneutic Phenomenology to Investigate How Experienced Practitioners Learn to Communicate Clinical Reasoning. The qualitative report, 12(4), 612-638.
- Azizama. Nor Azmaniza, Maonb. Siti Noorsuriani, Aziz. Nor Intan Shamimi Abdul,Hamid, Nur Zainie Abd.(2016).Association of Patient Centered Communication and Patient Enablement, 3rd International Conference on Business and Economics, 21 - 23 September.
- Coşkun. Recai, Altunışık. Remzi, Yıldırım. Engin (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Sakarya Kitapevi, Sakarya.
- Çiftetepe Öztürk. Duygu ve Dağdeviren. Hamdi Nezih (2018). Hekimlik Pratiğinde Etkili İletişimin Yeri, Euras J Fam Med, 7(2):41-46.
- Dutta-Bergman. Mohan J.(2005). The Relation Between Health-Oriented, Provider-Patient Communication, and Satisfaction:An Individual-Difference Approach, Health Communication, 18:3, 291-303, doi: 10.1207/s15327027hc1803\_6.
- Epstein. Ronald M. and Street. Richard L. Jr.(2007). Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute, National Institutes of Health Publication, 07-6225.
- King. Ann and Hoppe. Ruth B.(2013). "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review, Journal of Graduate Medical Education; 385-393.
- Koçak. Abdullah (2008). Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Maatouk-Bürmann. Barbara, Ringel. Nadja , Jochen Spang. Nadja, Weiss. Carmen, Möltner. Andreas, Riemann. Urs, Langewitz. Wolf, Schultz. Jobst-Hendrik, Jünger. Jana (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial, *Patient Education and Counseling*, 99:117–124.

Mull. Carrie.(2017).Implementation of a Patient-Centered Communication Model in the Emergency Department, Grand Valley State University ScholarWorks, Doctoral Projects, Kirkhof College of Nursing.

Naughton. Cynthia A.(2018). Patient-centered communication, *Pharmacy*, 6(18):1-8. doi:10.3390/pharmacy6010018.

Şahin. Emine, Aydın. Bayram Oğuz, Gülşen. Murat Taner, Kul. Seval.(2017). The validity and reliability of a new scale to measure patient-determined communication barriers in hospitals, *Turk J Public Health*, 15(3):187-200.

Vimala. G. and Omar. Siti Zobidah (2016). Interpersonal Communication skill Barrier Faced by Cardiology Doctors at National Heart Centre Malaysia, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 6(6), 355-369.

Yağbasan. Mustafa ve Çakar. Fatih(2006). Doktor- hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan Araştırması, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,15:609-29.

## E-NABIZ UYGULAMASI FARKINDALIĞININ İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF E-PULSE APPLICATION AWARENESS

Handan ERTAŞ<sup>1</sup>  
Elem EROĞLU<sup>2</sup>  
Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** With the help of developing technology, people's needs have increased but the facilities are provided to satisfy the new needs.. Many information and appointment systems have emerged. One of these systems is E-Pulse. E Pulse system is an application implemented by the Ministry of Health that allows you to monitor all your health records for 24 hours.

**The Purpose of the Study:** In this study, it is aimed to measure the level of recognition and active usability of the E-Pulse system.

**Method:** In the study, quantitative research design and easy sampling method were used. The sample consisted of 160 people. The study was applied to outpatients who applied to a public hospital in Konya and the questionnaire method was applied. Data were analyzed by Spss program.

**Findings and Results:** According to the results obtained from the study, 57.5% of the participants heard the E-Pulse system and 82.5% were not registered with the E-Pulse system. 21,2% of the patients were satisfied with the system and 51.9% said it would recommend. 42.5% of the participants stated that they used MHRS and 49.1% used the 182.

**Key Words:** E-Pulse, Health, Patient

#### GİRİŞ

Bilgi ve iletişim teknolojisinde yaşanan hızlı değişim ve gelişmeler tüm sektörleri etkilediği gibi Sağlık sektörünü de etkilemiştir. Sağlık alanında bilgi ve iletişim teknolojilerinin Kullanımı, günümüzde en hızlı büyüyen sektörlerden biri olan E-Sağlık (Elektronik Sağlık) alanını ortaya çıkarmıştır (Who,2006:4). E-Sağlık, elektronik Sağlık kayıtları, Sağlık bilgi sistemleri, uzaktan izleme ve danışma hizmetleri (telehealth, teletıp, telecare), bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sunulan çok çeşitli Sağlık ve bakım hizmetlerini kapsayan bir terimdir (Barbabella et al.,2017:7). Watson'a (2004) göre E-Sağlık, internetin Sağlık hizmetlerine entegrasyonudur. E-Sağlık kavramının başında bulunan "e" harfi Sağlık hizmetlerinin "elektronik, dijital, internet tabanlı, etkin, hızlı, bilişim odaklı ve teknolojik" bir yapıda yürütüleceğini simgelemektedir (Kılıç,2017:205).Günümüzde kullanılan, E-Sağlık uygulamalarından biri de E-Nabızdır. E-Nabız Sağlık kuruluşlarından toplanan Sağlık verilerine vatandaşların ve Sağlık profesyonellerinin internet ve mobil cihazlar üzerinden erişebilecekleri bir uygulamadır (enabiz.gov.tr). Vatandaşların, muayene, tetkik ve tedavilerini nerede yaptığına bakılmaksızın, tüm Sağlık bilgilerini yönetilebileceği, tıbbi özgeçmiş tek bir yerden ulaşılabilecekleri, bir kişisel Sağlık kaydı sistemidir (Sağlık Bakanlığı,2018:3).

E-Nabız Sağlık sistemi kişilerin kendi Sağlıklarını yönetebilecekleri ve kişisel Sağlık bilgilerini istedikleri gibi güncelleme olanağı elde ettikleri bir sistem olarak öne çıkmaktadır (Arslan ve Demir,2017:24). Bu sistem ile bireylerin Sağlık hizmet sunumuna dâhil olması, Sağlık okuryazarlığının, hasta katılımının ve hizmet sürdürülebilirliğinin artması amaçlanmaktadır (Yeşiltaş,2018:291).Bu sistem Sağlık Bakanlığı'nın, Sağlık hizmetlerinde hastanın güçlendirilmesi gerektiği inancına dayanmaktadır ve hastanın geleneksel sistem içerisindeki pasif durumu yerine katılımcı aktif hastayı hedeflemektedir (Demir ve Arslan,2017:80).Bu Araştırmada, bir kamu hastanesine başvuran hastaların E-Nabız farkındalık düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/handanertas@selcuk.edu.tr

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/erogluelem.4010@gmail.com

<sup>3</sup> Selçuk Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/ciftcifatma50@gmail.com





## YÖNTEM

Çalışmada nicel Araştırma deseni ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemi 160 kişiden oluşmaktadır. Çalışma Konya’da bir kamu hastanesine başvuran ayakta hastalara uygulanmış ve anket yöntemine başvurulmuştur. Kullanılan anket Demir (2017) tarafından oluşturulmuştur.

## BULGULAR

Araştırmaya dâhil olan hastalara ait bulgular aşağıda tablolar şeklinde verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Demografik Veriler

<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>E-Nabız Sistemini Hiç Duydunuz Mu?</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kadın	107	66,9	Evet	92	57,5
Erkek	53	33,1	Hayır	68	42,5
<b>Meslek</b>			<b>E-Nabız Sistemini Nereden Duydunuz?</b>		
Memur	21	13,1	Duymadım	68	42,5
İşçi	61	38,1	Sosyal medyadan	28	17,5
İşsiz	5	3,1	Kamu spotundan	32	20,0
Emekli	14	8,8	Televizyondan/Radyodan	12	7,5
Ev Hanımı	24	15,0	Arkadaşlarımdan	12	7,5
Öğrenci	35	21,9	Diğer	8	5,0
<b>Eğitim</b>			<b>E-Nabız Sistemine Kayıtlı Mısınız?</b>		
İlkokul	38	23,7	Evet	28	17,5
Lise	24	15,0	Hayır	132	82,5
Ön Lisans	32	20,0	<b>E-Nabız Sistemini Hiç Kullandınız Mı?</b>		
Lisans	62	38,8	Evet	25	15,6
Lisansüstü	4	2,5	Hayır	135	84,4
<b>Yaş</b>			<b>E-Nabız Sistemini Tavsiye Eder Misiniz?</b>		
18-30	66	41,3	Evet	83	51,9
31-52	69	43,1	Hayır	77	48,1
53-65	16	10,0			
65 yaş ve üstü	9	5,6			
<b>Toplam</b>	<b>160</b>	<b>100</b>	<b>Toplam</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Tablo 1’e göre Araştırmaya dâhil olan hastaların %66,9’u kadın, %38,1’inin mesleği işçi ve %3,1’i işsizdir. Katılımcıların %38,8’inin eğitim düzeyi lisans ve 2,5’i lisansüstüdür.%43,1’nini yaş aralığı 31-52, %5,6’sının yaş aralığı ise 65 yaş üstüdür. Hastaların %57,5’i E-Nabız sistemini daha önce duymuş, %20’si kamu spotundan ve %7,5’i televizyondan/radyodan/arkadaşlarından duymuştur. Katılımcıların %82,5’i E-Nabız sistemine kayıtlı değildir ve %84,4’ü e nabız sistemini hiç kullanmadığını ifade etmiştir. E-Nabız sistemini kullanan hastaların %51,9’u sistemi yakınlarına tavsiye edebileceğini belirtmiştir.

**Tablo 2.** E-Nabıza İlişkin Tanımlayıcı Veriler

<b>E Nabız Sistemini Ne Amaçla Kullanıyorsunuz</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hiç Kullanmadım	132	82,5
Sağlık geçmişimi görüntülemek için	20	12,5
Diğer	8	15,8
<b>E-Nabız Sistemini Kullanmıyorsanız Neden Kullanmadığınızı Belirtiniz?</b>		
Hiç Sağlık kuruluşuna gitmiyorum	6	3,8
Benim ve yakınlarımların Sağlık problemi olmadığı için kullanmadım	6	3,8
Muayene randevularımı 182'yi arayarak ya da MHRS aracılığıyla alıyorum	62	38,8
Sonuçları elden almayı tercih ediyorum	17	10,6
E-nabız sistemini bilmiyorum	37	23,1
<b>E-Nabız sistemini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?</b>		
Ayda bir	11	6,9
Daha nadir kullanıyorum	24	15,0
Hiç kullanmıyorum	125	78,1
<b>E-Nabız sisteminden ne derece memnunsunuz?</b>		
Çok memnunum/Memnunum	34	21,2
Memnun değilim	2	1,3
Hiç kullanmadığım için yorum yapmıyorum	124	77,5
<b>Toplam</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Tablo 2'ye göre katılımcıların %12,5'i E-Nabız sistemini Sağlık geçmişini görüntülemek için kullanmaktadır. E-Nabız sistemini kullanmayan hastalara bunun nedeni sorulduğunda %38,8'i muayene randevularını 182'yi arayarak ya da MHRS aracılığıyla aldığını, %23,1'i E-Nabız sistemini bilmediği için kullanmadığını belirtmiştir. E-Nabız sistemini kullanan bireylerin %15'i nadir, %6,9'u ise ayda bir kullandığını ifade etmiştir. Hastaların %21,2'si E-Nabız sisteminden çok memnun/memnun olduğunu söylemiştir.

**Tablo 3.** E-Nabıza İlişkin Tanımlayıcı Veriler

<b>Hastane Randevularınızı Alırken Hangisini Tercih Edersiniz?</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
MHRS	68	42,5
Alo 182	79	49,1
E-Nabız	13	8,1
<b>Bu tercihinizi ne etkiler?</b>		
Pratik ve Kolay	108	67,5
Hız	40	25,1
Diğer	12	7,4
<b>E-Nabız sisteminde hangi hizmeti faydalı buluyorsunuz?</b>		
Randevu alma veya iptal etme	11	6,9
Tahlil ve tetkik sonuçlarını öğrenme	9	5,6
E-Nabız sistemini daha önce kullanmadım	115	71,9
Diğer	25	15,6
<b>E-Nabız sisteminin ne gibi faydalarını gördünüz?</b>		
E-nabız sistemini hiç kullanmadım.	120	75,0
Tahlil sonuçlarımı, tıbbi görüntülerimi ve bunlara ait raporlarıma eriştim	11	6,9
Sağlık tesislerine randevu alabildim.	12	7,5
Diğer	17	10,6
<b>Toplam</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Tablo 3'e göre Araştırmaya dâhil olan hastaların %49,1'i hastane randevularını Alo 182'den %42,5'i ise MHRS üzerinden almaktadır. Bu sistemler üzerinden randevu alan hastaların %67,5'i bu tercihlerinin sebebi olarak bu sistemlerin hızlı ve pratik olmasını gerekçe göstermiştir. Katılımcıların %6,9'u E-Nabız sisteminde randevu alma veya iptal etme hizmetini, %15,6'sı ise diğer hizmetleri faydalı bulduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %7,5'i E-Nabız sisteminin randevu alabilme ve %6,9'u tahlil sonuçlarına, tıbbi görüntülerine ve bunlara ait raporlarına erişme gibi faydalarını gördüklerini belirtmişlerdir.

## SONUÇ

E-Nabız Sağlık kuruluşlarından toplanan Sağlık verilerine vatandaşların ve Sağlık profesyonellerinin internet ve mobil cihazlar üzerinden erişebilecekleri dijital bir uygulamadır (Sağlık Bakanlığı,2018:3).Bu Çalışmada, E-Nabız bilgi sisteminin tanınırlık ve aktif kullanılabilirlik düzeyinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hastaların %57,5'i E-Nabız sistemini daha önce duymuş, %20'si kamu spotundan ve %7,5'i ise bu sistemi, televizyondan/radyodan/arkadaşlarından duymuştur. Bu sonuçlara paralel olarak Ekiyor ve Çetin (2017) Araştırmasına katılan hastaların %51,1'i ve Sağlık Çalışanlarının %71,2'si, Demir (2017) Çalışmasına katılan öğrencilerin %50,7'si E-Nabız sistemini duyduklarını belirtmişlerdir. Yeşiltaş (2018) çalışmasına katılan bireylerin %62,1'i ve Yorulmaz ve ark.(2018) Çalışmasına katılan bireylerin %50,3'ü sistemden haberdar olmadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda E-Nabız ile ilgili en çok bilgi edinilen kaynaklar şunlardır; Demir'in (2017) Araştırmasına göre %30,8'i sosyal medya, Yorulmaz ve ark.(2018) göre %19,8 sosyal medya/internet, Yeşiltaş (2018) çalışmasına göre %49,4 internet ve Ekiyor ve Çetin (2017) göre %46 tvidir.

Hastaların %82,5'i E-Nabız sistemine kayıtlı değildir ve %84,4'ü e nabız sistemini hiç kullanmadığını ifade etmiştir. E-Nabız sistemini kullanan hastaların %51,9'u sistemi yakınlarına tavsiye edebileceğini belirtmiştir. Literatür tarandığında Ekiyor ve Çetin'in (2017) çalışmasında hastaların %72'si sistemi kullanmamış ve kullanan hastaların %62,8'i sistemin yakınlarına tavsiye edeceğini belirtmiştir. Demir (2017) Çalışmasında öğrencilerin %90,7'si sisteme kayıtlı değil, %91,6'sı ise E-Nabız sistemini hiç kullanmamış, Yorulmaz ve ark.(2018) Araştırmasında ise katılımcıların %83'ü sistemine kayıtlı değil ve sistemi kullananların %82,6'si sistemi yakınlarına tavsiye edeceğini ifade etmiştir. Araştırmaya dâhil olan hastaların %12,5'i E-Nabız sistemini Sağlık geçmişini görüntülemek için kullanmakta ve %6,9'u E-Nabız sisteminde randevu alma veya iptal etme hizmetini, %15,6'sı ise diğer hizmetleri faydalı bulduklarını ifade etmişlerdir. Karahisar (2018) Araştırmasına katılan doktorların % 82,4'ü, e-Nabız uygulaması ile kronik hastalığı olan hastaların takibinin yapılabileceği konusunda olumlu görüş bildirmiştir. Sistemi kullanan bireylerin, %21,2'si E-Nabız sisteminden çok memnun/memnun olduğunu söylemiştir. Demir (2017) Araştırmasına katılanların %7,5'i ve Yorulmaz ve ark.(2018) Çalışmasına katılan öğrencilerin %14,6'sı E-Nabız sisteminden çok memnun/memnun olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda bireylerin E-Nabız farkındalık düzeyleri düşük çıkmıştır. Vatandaşların farkındalık düzeylerini artırmak için kitle iletişim araçları ile daha fazla sistemin tanıtımı yapılabilir ve Sağlık Çalışanları hastalara sistemden bahsedip kullanması için teşvik edebilir.

## KAYNAKLAR

- Arslan. Elif Türkan ve Demir Hüseyin (2017). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık ve Kişisel Sağlık Kaydı Yönetimine İlişkin Görüşleri, Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9 (2)17-36.
- Barbabella. Francesco, Maria Gabriella. Melchiorre, Quattrini. Sabrina, Papa. Roberta, Lamura. Giovanni (2017). How can eHealth improve care for people with multimorbidity in Europe, Health Systems and Policy Analysis, The Netherlands.
- Demir. Hüseyin ve Arslan. Elif Türkan (2017). Mobil Sağlık Uygulamalarının Hastanelerde Kullanılabilirliği: Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,19(33):71-83, ISSN: 2147 – 7833
- Demir. Rıdvan (2017). Medipol Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Sistemleri ve E-Nabız Sistemine İlişkin Farkındalık ve Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ekiyor. Aykut ve Çetin Aydın (2017). Sağlık Hizmeti Sunumunda ve Sosyal Pazarlama Kapsamında E-Nabız Uygulamasının Bilinirliği, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3(1)88-103.
- Karahisar. Tüba (2018). E-Nabız Uygulamasının Sağlık Profesyonelleri Tarafından Kullanımı: İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görevli Doktorlar Üzerine Bir Araştırma, 5. Uluslararası Sosyal Beşeri ve İktisadi Bilimler Sempozyumu Bildiri Kitabı, İstanbul.
- Kılıç. Taşkın (2017). E-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3): 203-217.
- Sağlık Bakanlığı, e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi, Erişim Tarihi:02.05.2018.
- Watson. R (2004). EU Wants Every Member To Develop A 'Roadmap' for Ehealth, BMJ, 328:1155.

World Health Organization (2006).E-Health Tools and Services, Needs of the Member States, Switzerland.

Yeşiltaş. Aysun (2018).E-Nabız Uygulamasının Kullanımını Etkileyen Faktörler, Sağlık Akademisyenleri Dergisi,5(4):290-295.

Yorulmaz. Mehmet, Odacı. Şeyma, Akkan. Merve (2018).Dijital Sağlık ve E-Nabız Farkındalık Düzeyi Belirleme Çalışması, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi,16:1-11.

<https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index>. Erişim Tarihi:10.05.2018.

## ÖĞRENCİLERİN GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

### EXAMINATION OF STUDENTS' OPINIONS ON GENERAL HEALTH INSURANCE AND PRIVATE HEALTH INSURANCE

Fatma Özlem YILMAZ<sup>[1]</sup>  
Mehmet Akif ERİŞEN<sup>[2]</sup>  
Havva Nur ATALAY<sup>[3]</sup>  
Pınar ŞAHİN<sup>[4]</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Today, in accordance with the social state understanding of our country, the general health insurance system is the health insurance system which have most widespread mass. However, the tendency towards private health insurance is increasing day by day. From this point of view, it was aimed to examine the views of the students in the health sciences faculty who will take part in the future in the health sector about the general and private health insurance.

**The Purpose of the Study:** This research was conducted to measure the opinions of general and private health insurances of the students who are studying in Selçuk University Faculty of Health Sciences.

**Method:** The population of the study consists of 2482 students studying in Konya Selçuk University Faculty of Health Sciences in spring semester of 2018-2019 academic year. The sample of the study consisted of 335 students ranging in age from 18-32 ( $20.7 \pm 1.52$ ). The 26-item scale developed by Ekinci (2018) was used to measure the opinions of the participants about general and private health insurance. The general internal consistency coefficient of the scale was found to be  $\alpha = 0,83$  in the original study, while this value was found to be  $\alpha = 0,73$  in this study.

**Findings and Results:** In the study, 10.3% of the participants have no health insurance. Participants did not have private health insurance, because 30.9% of them had general health insurance and 27.3% did not need it. There was no significant difference between the participants' opinions about health services, general health insurance and private health insurance according to their gender, monthly income, number of hospital visits and the health institution they usually went. In addition, there was a significant difference in their opinions about general health insurance according to the participants' thinking about taking private health insurance; in their opinions about health services according to their approach to privatization of health services.

**Key words:** Health Service, General Health Insurance, Private Health Insurance.

#### GİRİŞ

Sigorta kişileri gelecek dönemlerde karşılaşılabilecekleri risklerin gerçekleşmesi sonucunda oluşan iktisadi kayıplar karşısında güvence altına alarak bu kayıpların giderilmesini sağlamak amacıyla kurulan bir sektördür. Toplum tarafından bakıldığında sigorta, her türlü riski birleştirerek daha iyi zarar tahminine imkân tanıyıp riski en aza indirdiği için bir güven unsuru olarak görülmektedir(Ahmadova, 2018). Mevcut olan riskler Sağlık Açısından da değerlendirildiği zaman bireylerin Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacakları önceden belirli değildir. Son yıllarda bireylerin sağlıklı yaşama olan yönelimleri doğrultusunda Sağlık sigortalılarına olan ilgileri artmıştır. Artan ilgiyle beraber devlet beklentileri karşılamak amacıyla GSS sistemini kurmuştur. Genel Sağlık sigortası sosyal güvenlik sisteminin bütünlüğü içinde ülke nüfusunun tamamına eşit ve aynı düzeyde Sağlık güvencesini sunmak üzere kurulmuştur (Özmen, 2013). Genel Sağlık Sigortası dünyada bilinen önemli Sağlık örgütlenme modellerindedir ve kişilerin Sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde oluşan harcamaların finansmanının büyük bir bölümü Sağlık hizmetlerinden yararlananlardan dolayı veya dolaysız bir şekilde alınan primlerden karşılandığı bir sigorta sistemidir (Orhaner, 2006; SGK, 2016).

Genel Sağlık sigortası sistemine her ne kadar herkese Sağlık düşüncesiyle kurulmuş olsa da kapsam dışında kalan tetkik ve tedaviler(tüm kanser ilaçları, ortodontik diş tedavileri vb.) de mevcuttur. Özel Sağlık sigortalı tamamlayıcı Sağlık sigortası alt dalı ile bu eksiklikleri gidermektedir. Özel Sağlık

[<sup>1</sup>] Selçuk University/ Department of Healthcare Management/ Turkey

[<sup>2</sup>] Selçuk University/ Department of Healthcare Management/ Turkey

[<sup>3</sup>] Selçuk University/ Department of Healthcare Management/ Turkey/ nur.atlyy@gmail.com

[<sup>4</sup>] Selçuk University/ Department of Healthcare Management/ Turkey/pinarsahin0320@gmail.com

sigortası, herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kaydı bulunsun veya bulunmasın sigorta yaptıran kişinin karşı karşıya kalacağı kaza veya hastalık dolayısıyla yaralanması durumunda ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç ücretlerini karşılayan bir sigorta çeşididir (Özer ve Arkadaşları, 2014). Özel Sağlık sigortası kar amaçlı olarak kurulan bir sistemdir. Bu yüzden kar oranını düşüren yüksek risk gruplarını genellikle dışlama eğilimi taşımaktadır (Gökmen, 2015).

Türkiye Sigortalar Birliği'nin yayınladığı 2013-2018 yılları Sağlık analizinde son yıllarda genel Sağlık sigortalı ve özel Sağlık sigortalı olan bireylerin sayısında artış gözlemlendiği belirtilmiştir (TSB, 2018). Bu doğrultuda Türkiye'de yaşamakta olan bireylerin sigortaya karşı duydukları ilgi ve bu konudaki bilgilerinin ölçülmesi amacıyla Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilerin genel ve özel Sağlık sigortası hakkındaki düşünceleri ele alınmıştır.

Bu Araştırma 2018-2019 eğitim yılı bahar yarıyılında Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okumakta olan öğrencilerin genel ve özel Sağlık sigortası hakkındaki düşüncelerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

## **YÖNTEM**

2018-2019 eğitim yılı bahar yarıyılında Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2482 öğrenci eğitim görmektedir. Gürbüz ve Şahin (2017) tarafından oluşturulan farklı evrenler için kabul edilebilir asgari örneklem büyüklüklerini gösteren tabloya göre 2482 kişilik bir evren için %95 güven aralığında en az 322 kişiye ulaşılması gerektiği belirtilmektedir. Bu doğrultuda toplam 335 kişiye ulaşılmış ancak 5 kişinin anketi istenen kriterlere göre doldurulmaması üzerine 330 kişi analize tabi tutulmuştur.

Çalışma nicel bir Araştırma olup verilerin toplanmasında anket formu kullanılmış ve anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, katılımcıların cinsiyet, yaş, gelir düzeyi ve yaşadıkları yer gibi demografik özelliklerin yanı sıra bölümleri, sınıfları, Sağlık güvenceleri, hanelerinde yaşayan kişi sayıları, genellikle gittikleri Sağlık kuruluşları, tamamlayıcı Sağlık sigortasını duyma durumları gibi değişkenlerin de bulunduğu 15 soru yer almaktadır. İkinci bölümde kullanılan ve Ekinci (2018) tarafından geliştirilen ölçek formu ise katılımcıların Sağlık hizmetleri, genel Sağlık sigortası ve özel Sağlık sigortası hakkındaki düşüncelerinin değerlendirildiği ve 5'li likert tipinde hazırlanmış toplam 26 soruyu içermektedir. İkinci tarafından ölçeğin iç tutarlılık katsayısı  $\alpha=0,83$  olarak bulunmuşken bu Çalışmada bu değer  $\alpha=0,73$  olarak bulunmuştur.

Verilerin analizi yapılırken SPSS 20 paket programından yararlanılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistiklerin yanında Bağımsız gruplarda T-testi ve Anova Testi yapılmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı fark bulunan değişkenlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post hoc testlerinden Scheffé testi kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Bu kısımda katılımcılara ait çeşitli tanımlayıcı verilerin frekans dağılımlarına, tanımlayıcı özelliklere göre Sağlık hizmetleri, genel Sağlık sigortası ve özel Sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerinde farklılık olup olmadığını gösteren t-test ve ANOVA analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Tablo 1 ve Tablo 2'de katılımcıların çeşitli tanımlayıcı bilgilerine ilişkin n ve yüzde değerleri gösterilmektedir.

Tablo 1: Demografik Veriler

		n	%			n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	269	81,5	<b>Aylık Gelir Düzeyi</b>	2020 TL ve Altı	142	43,0
	Erkek	61	18,5		2021-3500 TL	106	32,1
<b>Yaş</b>	19 yaş ve altı	60	18,2		3501-5000 TL	56	17,0
	20 yaş	94	28,5		5001 TL ve Üstü	26	7,9
	21 yaş	107	32,4	<b>Sağlık Güvencesi</b>	Yok	34	10,3
	22 yaş ve üzeri	69	20,9		Genel Sağlık Sigortası	296	89,7
<b>Bölüm</b>	Sağlık Yönetimi	199	60,3	<b>Aynı hanede sizinle yaşayan kişi sayısı</b>	2 ve altı	61	18,5
	Ebelik	44	13,3		3	102	30,9
	Çocuk Gelişimi	48	14,5		4	82	24,8
	Sosyal Hizmet	39	11,8		5 ve üstü	85	25,8
<b>Sınıf</b>	1.Sınıf	48	14,5	<b>Sağlık sorununuz olduğunda genellikle gittiğiniz Sağlık kurumu</b>	Aile Sağlığı Merkezi	35	10,6
	2.Sınıf	137	41,5		Devlet Hastanesi	233	70,6
	3.Sınıf	115	34,8		Üniversite Hastanesi	41	12,4
	4.Sınıf	30	9,1		Özel Hastane	21	6,4
					Aile Sağlığı Merkezi	35	10,6
<b>Üniversite Öncesi Yaşanılan Yer</b>	Köy-Kasaba	43	13,0	<b>Katılımcıların yılda ortalama Sağlık kurumuna gidiş miktarı</b>	Hiç	11	3,3
	İlçe	93	28,2		1-2	115	34,8
	Şehir	73	22,1		3-4	106	32,1
	Büyükşehir	121	36,7		5-6	53	16,1
7 ve üstü					45	13,6	
<b>Toplam</b>		<b>330</b>	<b>100,0</b>	<b>Toplam</b>		<b>330</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan öğrencilerin %81,5(269)'i kadın %18,5(61)'i erkektir. Yaş Açısından bakıldığında Araştırmaya en çok %32,4(107) ile 21 yaş gurubundaki öğrenciler katılım göstermiştir. Bu durum Araştırmanın katılımcılarının %76,3 (252) oranında büyük çoğunluğunun 2.sınıf ve 3.sınıf öğrencilerinden oluştuğu sebebi ile açıklanabilir. Katılımcıların bölümlerine bakıldığında %60,3(199) ile Sağlık Yönetimi bölümü çoğunluktadır. Sonrasında sırasıyla %14,5(48) ile Çocuk Gelişimi, %13,3(44) ile Ebelik, %11,8(39) ile de Sosyal Hizmet gelmektedir. Katılımcıların aylık gelir düzeyleri incelendiğinde ise %43,0(142)'ünün asgari ücret ve altında gelire sahip olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki katılımcıların %10,3(34)'ünün Sağlık güvencesinin olmadığı görülmektedir. Katılımcıların en çok gittikleri Sağlık kuruluşu %70,6(233) ile Devlet Hastanesi olmakla birlikte katılımcıların %34,8(115)'i yılda ortalama 1-2 kez Sağlık kurumuna gittiğini ifade etmiştir.

Tablo 2: Tanımlayıcı Veriler

		n	%
<b>Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını duydunuz mu?</b>	Evet	72	21,8
	Hayır	258	78,2
<b>Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşünceniz</b>	Tamamen Olumlu	26	7,9
	Olumlu ama Çekincesi Var	185	56,1
	Tamamen Olumsuz	105	31,8
	Diğer	14	4,2
<b>Özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünüp düşünmeme durumları</b>	Evet	36	10,9
	Hayır	294	89,1
<b>Özel Sağlık Sigortası Yaptırmama Nedeni</b>	İhtiyaç Duymuyorum	90	27,3
	Parasal Sebepler	65	19,7
	Sosyal Güvencem Olduğu İçin	102	30,9
	ÖSS Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Değilim	43	13,0
	Diğer	30	9,1
<b>Toplam</b>		<b>330</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların %78,2(326)'si tamamlayıcı Sağlık sigortasını duymadığını ifade ederken, Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hakkında en çok %56,1(185) olumlu ama çekincesi var görüşüne sahip oldukları görülmektedir. Katılımcıların %30,9(102)'u özel Sağlık sigortası yaptırmama nedenlerini sosyal güvencelerinin olması ile açıklamaktadır.

Tablo 3: Boyutların Ortalama ve Standart Sapmaları

	Ort.	S.S.
<b>Sağlık Hizmetleri İle İlgili Düşünceler</b>	3,026	0,563
<b>GSS İle İlgili Düşünceler</b>	3,300	0,459
ÖSS İle İlgili Düşünceler	3,329	0,421

Tablo 3'te katılımcıların Sağlık hizmetleri, genel Sağlık sigortası ve özel Sağlık sigortası hakkındaki düşüncelerine ait ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Buna göre katılımcılar en yüksek katılımı özel Sağlık sigortasına yönelik düşünceler ile ilgili ifadelere göstermişken bunu sırasıyla genel Sağlık sigortasına yönelik düşünceler ve sağlık hizmetlerine yönelik düşünceler takip etmektedir.

Tablo 4: Katılımcıların Düşüncelerinin ÖSS Yaptırmayı Düşünme Durumuna Göre Dağılımı

ÖSS Yaptırmayı Düşündünüz mü?		N	Ort.	S.S.	t	p
<b>GSS İle İlgili Düşünceler</b>	Evet	36	3,1417	,50505	-	,028
	Hayır	294	3,3201	,45053		

Tablo 4'te katılımcıların özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünme durumlarına göre Sağlık hizmetleri, genel Sağlık sigortası ve özel Sağlık sigortası hakkındaki düşüncelerinde anlamlı fark olup olmadığının tespiti için yapılan Bağımsız gruplarda t-test analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonucunda yalnızca katılımcıların genel Sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerinde özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünme durumlarına göre anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Buna göre özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünmeyen katılımcıların ortalamalarının ( $3,3201 \pm 0,45053$ ) özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünen ortalamalarına ( $3,1417 \pm 0,50505$ ) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcıların Sağlık hizmetleri ve özel Sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerinde özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünme durumlarına göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).



Tablo 6: Katılımcıların Düşüncelerinin Sağ. Hiz. Özelleştirilmesine Yaklaşımına Göre Dağılımı

Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesine Yaklaşım	N	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
Tamamen Olumlu <sup>1</sup>	26	3,2564	,58733	7,535	,000	1>3 2>3
Olumlu ama Çekincesi Var <sup>2</sup>	185	3,1108	,48981			
Tamamen Olumsuz <sup>3</sup>	105	2,8317	,62468			
Diğer <sup>4</sup>	14	2,9405	,57959			
<b>Toplam</b>	<b>330</b>	<b>3,0263</b>	<b>,56357</b>			

Katılımcıların ülkemizde Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hakkındaki düşüncelerine göre Sağlık hizmetleri, genel Sağlık sigortası ve özel Sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerinde anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığının tespiti için ANOVA analizi yapılmıştır (Tablo 6). Analiz sonucunda katılımcıların yalnızca Sağlık hizmetleri ile ilgili düşüncelerinde anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan Scheffe testine göre farkın Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine tamamen olumsuz yaklaşan kişilerin Sağlık hizmetleri hakkındaki bilgi düzeylerinin özelleştirmeye tamamen olumlu ve olumlu ancak çekinceli yaklaşan kişilerin Sağlık hizmetleri hakkındaki bilgi düzeylerinden anlamlı derecede düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine olan yaklaşımlarına göre genel ve özel Sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Tüm bunların yanı sıra katılımcıların cinsiyet, aylık gelir, hastaneye gidiş sayısı ve genellikle gittikleri Sağlık kuruluşlarına göre Sağlık hizmetleri, genel Sağlık sigortası ve özel Sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

#### TARTIŞMA ve SONUÇ

Sigorta, kişilerin yaşamları boyunca karşılaşacakları hem sosyal hem iktisadi hasar ve masrafları karşılamak amacıyla oluşmuş bir sistemdir. Sağlık sigortası, insanın yaşamı boyunca karşılaşacağı hastalık, kaza vs. sonucunda alacağı Sağlık hizmetleri ücretlerini karşılayan sigorta çeşididir.

Bu Araştırma Konya'da yaşayan 18 yaş ve üstü Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine genel ve özel Sağlık sigortası ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda 2018-2019 eğitim yılı bahar yarıyılında Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde okumakta olan 330 kişiye anket uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %81,5'i kadın %18,5'i erkektir. Herhangi bir Sağlık güvencesi olmayan katılımcılar Araştırmanın %10,3'ünü oluşturmakta iken genel Sağlık sigortası kapsamında olan katılımcılar Araştırmanın %89,7'sini oluşturmaktadır. Ayrıca örneklemin öğrencilerden oluşması sebebiyle Araştırmada özel Sağlık sigortasına sahip katılımcı bulunmamaktadır. Yiğit (2007)'in yaptığı "Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış" adlı Araştırmada herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler Araştırmanın %16,2'sini oluşturmaktadır.

Araştırmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%78,2)daha önce tamamlayıcı Sağlık sigortasını duymadıkları tespit edilmiştir. Yiğit (2007) tarafından yapılan benzer Çalışmada ise katılımcıların %5,6'sı daha önce tamamlayıcı Sağlık sigortasını duymadıklarını, %14,9'u tamamlayıcı Sağlık sigortasını duydıklarını belirtmişler ve %79,4'ü ise cevapsız kalmışlardır. Uzun (2015)'un İstanbul'da yaptığı Araştırmada ise benzer şekilde katılımcıların %74,4'ü tamamlayıcı Sağlık sigortasından haberdar olmadıklarını belirtmiştir. Bu çoğunluğu oluşturan katılımcıların özel Sağlık sigortasının olmaması ve daha önce özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünmemelerinin bu konuda etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca katılımcıların yarısından fazlası daha önce özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünmeme nedenini mevcut durumda sosyal güvencelerinin olmasından (GSS) ve özel Sağlık sigortasına ihtiyaç duymaması olarak belirtmiştir.

Araştırma sonucunda ölçek boyutlarının ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde katılımcılar sırasıyla; özel Sağlık sigortası, genel Sağlık sigortası ve Sağlık hizmetleri ile ilgili düşüncelere en fazla katılım göstermişlerdir. İkinci (2018) tarafından yapılan çalışmada da bu sıralamanın aynı olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda özel Sağlık sigortası yaptırmayı düşünmeyen kişilerin genel Sağlık sigortası ile ilgili düşünce ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun ise mevcut durumda genel Sağlık sigortası kapsamında bulunuyor olmanın kendileri açısından yeterli olduğunu düşünmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine tamamen olumsuz yaklaşan kişilerin Sağlık hizmetleri hakkındaki bilgi düzeylerinin özelleştirmeye tamamen olumlu ve olumlu ancak çekinceli yaklaşan kişilerin Sağlık hizmetleri hakkındaki bilgi düzeylerinden düşüktür. Buradan hareketle ülkemizde kamu/özel ortaklığı kapsamındaki Sağlık yapılanmaları da göz önüne alınırsa Sağlık hizmetleri hakkında bilgi düzeyi yüksek olan öğrencilerin Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine daha ılımlı yaklaşıtları söylenebilecektir.

#### **KAYNAKÇA**

Ahmadova, S., (2018). Sigorta Sektöründe Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Ekinci, N., (2018). Ankara İlinde Yaşayan Kişilerin Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortalarna İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Gökmen, S., (2015). Türkiye’de Sağlık Sigorta Sistemi: Genel Sağlık Sigortası Gelişimi ve Finansal Sürdürülebilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Ankara.

Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Felsefe-Yöntem-Analiz. Seçkin Yayınevi: Ankara

Orhaner, E., (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 1, Sayı 12.

Özer Ö, Gözlü M, Karsavuran S, Gözlü K, 2014. Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, (42), 0-0.

Özmen, S., (2013). Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.

SGK, (2016). Genel Sağlık Sigortası kavramı neyi ifade etmektedir. Erişim Adresi: [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss\\_tescil\\_sureci](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci). E.T.: 14.05.2019.

TSB, (2018). 2013-2018 Yılları İçin Sağlık Branşında Alınan Prim, Ödenen Hasar, Teknik Kar ve Hasar-Prim Oranı. Erişim Adresi: <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>. E.T.:13.04.2019.

Uzun, S., (2015). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.

Yiğit, F., (2007). Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

## HASTANE FİZİKSEL ORTAMINA İLİŞKİN DENEYİMLERİN HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

### THE EFFECT OF PATIENTS' TRAVEL EXPERIENCES ON PATIENT SATISFACTION

Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT [1]

Arş. Gör. Özgün ÜNAL [2]

Arş. Gör. Mustafa AMARAT [3]

#### ÖZET

**Çalışma Problemi:** Sağlık hizmetlerinde tüketici/hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir unsur da Sağlık kuruluşunun atmosferidir. Ancak hastanelerin sahip oldukları karmaşık fiziksel yapının hasta memnuniyeti üzerinde etkisine ilişkin yapılan çalışma sayısı oldukça kısıtlı görülmektedir.

**Çalışmanın Amacı:** Çalışmanın amacı hastaların hastane fiziksel ortamına ilişkin deneyimlerinin hasta memnuniyetine etkisini belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışmanın evrenini Sakarya ilinde hizmet sunan Sağlık kuruluşlarından en az bir kere hizmet alan 18 yaşını doldurmuş bireyler oluşturmaktadır. Bu kapsamda Araştırmanın evreni 1.010.700 olup bu evreni temsil edebilecek minimum örneklem büyüklüğü 384'tür. Ancak Çalışmada 600 katılımcıya ulaşılabildiği için çalışmanın örnekleme 600 olarak belirlenmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde güvenilirlik analizi, keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, Bağımsız örneklemelerde t testi ve tek yönlü varyans analizlerinden yararlanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Yapılan analizler neticesinde hastane fiziksel ortamının hasta memnuniyetine pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu ve hastane fiziksel ortamının alt boyutları olan kişi karakteristiğinin, bilgilendirme yön bulmanın, yerleşimin ve dizaynının da hasta memnuniyetini pozitif yönlü etkilediği bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar neticesinde sağlık yöneticilerine hastane binalarının dizayn ederken hastane koridorlarında ki mobilya, ışıklandırma, pencere ve diğer görsel öğelerin hastaların kendilerini mutlu ve güvende hissedebileceği şekilde tasarlamaları, bilgi ve yön bulacakları ekranların ve tabelaların sade anlaşılır ve ihtiyaca yönelik olarak düzenlemeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane Fiziksel Ortamı, Hasta Memnuniyeti, Hastane Dizaynı, Hastane Yerleşimi.

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** An important factor on consumer / patient satisfaction in health services is the health organization's atmosphere. However, the number of studies on the effect of the complex physical structure of the hospitals on patient satisfaction is very limited.

**The Purpose of the Study:** The aim of the study was to determine the effect of patients' travel experiences on patient satisfaction.

**Method:** The population of the study consists of individuals who individuals over 18 years old and have served at least once in the health facilities providing services in the province of Sakarya. In this context, the universe of the research is 1.010.700 and the minimum sample size which can represent this universe is 384. However, as 600 participants were reached in the study, the sample of the study was determined as 600. In the study, a three-part questionnaire was used as the data collection tool. In the analysis of data, reliability analysis, exploratory and confirmatory factor analyses, descriptive statistical methods, correlation analysis, regression analysis, t-test in independent samples and one-way ANOVA were used.

**Findings and Results:** As a result of the analyzes, it was found that the physical environment of the hospital had a significant positive effect on patient satisfaction and that the user characteristics information and way findings, layout and design quality affected the patient satisfaction positively. As a result of the study, it is suggested to healthcare managers that the hospitals, furniture, lighting, windows and other visual elements in the hospital corridors should be designed in such a way that the patients can feel happy and safe, while the screens and signs that they find information and direction are arranged in a clear and need-oriented manner.

**Key Words:** Hospital Physical Environment, Patient Satisfaction, Hospital Design, Hospital Settlement.

#### Giriş

Hastane ortamı hastanın deneyimlerinin şekillenmesinde önemli bir etkidir (Khan, 2014). Hastanelerin büyüklüğüne göre değişmekle birlikte karmaşık yapılar olduğu göz önüne alındığında hastaların hastane binalarında yaşayabilecekleri muhtemel kafa karışıklığı daha anlaşılır olacaktır. Bu nedenle hastane binalarının dizaynı son derece önemli bir faktördür. Hastane binalarının atmosferinin hastalar üzerinde

olumlu etki bırakacak şekilde dizayn edilmesi önem arz etmektedir. Bu düzenlemeler ile hastaların kendisini iyi, güvenli, yakın ve huzurlu hissetmesi arzulanır. Atmosfer kavramı içerisinde çevrenin ısı, gürültü, aydınlatma, dekor, rahatlık, temizlik, koku, müzik gibi unsurlar da yer almaktadır (Tengilimoğlu ve diğerleri,2018:286). Bununla birlikte hizmet işletmeleri fiziki delillerle yönlendirmeye ihtiyaç duyar çünkü bu deliller müşterilerin izlenimleri konusunda olumlu etki yaratır (Lovelock ve Wirtz, 2004:21).

Memnuniyet tüm sektörlerde olduğu gibi Sağlık sektöründe de sağlanması gereken en temel faktör haline gelmiştir ve müşteri memnuniyeti kuruluşlara rekabet avantajı sağlamak yerine diğer kuruluşlara rekabete başlayabilmek için ilk adım olmuştur. Bu bağlamda Sağlık hizmetleri müşterisi olan hastalarında memnuniyetlerinin sağlanması Sağlık kuruluşları Açısından büyük önem arz etmektedir. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan birçok Çalışmada hasta memnuniyetinin bir çok değişkenden etkilendiği ortaya konulmuştur (Ünal, 2016; Boscarino ve Steiber; 1982: 23-25; Şantaş ve arkadaşları; 2016:27). Sağlık hizmetlerinde tüketici/hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir unsur da Sağlık kuruluşunun atmosferidir (Odabaşı, 2001:63). Ancak hastanelerin sahip oldukları karmaşık fiziksel yapının hasta memnuniyeti üzerinde etkisine ilişkin yapılan çalışma sayısı oldukça kısıtlı görülmektedir. Bu noktadan hareketle bu Çalışmanın amacı hastaların hastane fiziksel ortamına ilişkin deneyimlerinin hasta memnuniyetine etkisini belirlemektir.

## Yöntem

Çalışmanın evrenini Sakarya ilinde hizmet sunan Sağlık kuruluşlarından en az bir kere hizmet alan 18 yaşını doldurmuş bireyler oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü tam olarak belirlenemediğinden Sakarya İli nüfusu evren olarak alınmıştır. Bu kapsamda Araştırmanın evreni 1.010.700 olup bu evreni temsil edebilecek örneklem büyüklüğü 384 olarak belirlenmiştir (Coşkun ve diğerleri, 2017:144). Çalışmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci kısmı katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik bir formdan oluşmaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde Khan /2014) tarafından geliştirilen, 4 alt boyut ve 27 sorudan oluşan hastane fiziksel ortamı ölçeği kullanılmıştır. Anket formunun son kısmında ise Chang ve diğerleri (2013) tarafından geliştirilen ve 4 maddeden oluşan memnuniyet ölçeğinden oluşmaktadır.

Elde edilen verilerin analizinde öncelikle güvenilirlik analizi keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Verilerin geçerlilik ve güvenilirlik şartlarını taşıdığı tespit edildikten sonra ise tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, korelasyon analizi, regresyon analizi, Bağımsız örneklemelerde t testi ve tek yönlü varyans analizlerinden yararlanılmıştır.

Ayrıntısı tablo 1’de görüldüğü üzere Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları 0,763-0,877 arasındadır. Bu bulgular çalışmanın yüksek güvenilirlik düzeyinde olduğunu göstermektedir.

**Tablo 1 Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

Değişken	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Memnuniyet	0,877	4
Kişi karakteristiği	0,923	5
Bilgilendirme ve yön bulma	0,858	7
Yerleşim	0,847	10
Dizayn kalitesi	0,845	9
Fiziksel ortam	0,924	31

Çalışmada kullanılan ölçeklerden memnuniyet ölçeğinin daha önce Durmuş (2017) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik Çalışmaları yapıldığından bu Çalışmada tekrar yapılamamış olup, daha önce Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik Çalışmaları yapılmamış olan Hasta Ziyaret Deneyimi (Patients' Travel Experience) ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ayrıntısı tablo 2’de görüldüğü üzere yapılan keşfedici faktör analizi sonucunda ölçek orijinalinde olduğu gibi 4 alt boyuta ayrılmıştır. Bu boyutlar orijinal Çalışmada kişi karakteristiği, Bilgilendirme ve yön bulma, Yerleşim ve Dizayn kalitesi olarak adlandırılmış olup, bu çalışmada da aynı şekilde kullanılmıştır. Ancak keşfedici faktör analizi yapılırken faktör yükleri düşük çıkan ve iki farklı boyuta dağılan 4 soru ölçekten çıkartılmıştır.

**Tablo 2 Hastane Fiziksel Ortamı Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları**

			KMO	,917
	Bartlett's Test of Sphericity		Approx. Chi-Square	7602,708
			df	465
			Sig.	0,000
	1	2	3	4
s21	,695			
s22	,660			
s23	,635			
s20	,634			
s19	,622			
s18	,575			
s24	,560			
s25		,444		
s30		,676		
s29		,634		
s32		,633		
s31		,621		
s34		,597		
s35		,595		
s33		,538		
s26		,513		
s28		,495		
s36			,448	
s43			,824	
s44			,813	
s45			,658	
s41			,655	
s42			,550	
s40			,437	
s38			,422	
s13				,761
s16				,748
s12				,557
s15				,538
s17				,525
s14				,425

Tablo 3’de çalışmada kullanılan ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizlerine ilişkin uyum iyilikleri yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ölçeklerin Türkçe olarak kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3:** Bazı Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Hastane Fiziksel Ortamı
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$	0,048
RMR	$0 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 < RMR \leq 0,10$	0,056
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,903
IFI	$0,95 \leq IFI \leq 1$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$	0,924
TLI	$0,95 \leq TLI \leq 1$	$0,90 \leq TLI \leq 0,95$	0,915
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,924
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,921
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,905

**Kaynak:** Erkorkmaz ve diğerleri, 2013.

### Bulgular

Bu bölümde Çalışmada kapsamında gerçekleştirilen analizler neticesinde elde edilen bulgulara değinilecektir. Öncelikle katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelenecek olursa; katılımcıların 374'ü kadın, 226'sı erkektir ve 332'si bekar 268'i evlidir. Bunların 233'ü 25-34 yaş aralığındayken, 187'si 18-24 yaş aralığındadır. Katılımcıların 219'u lise mezunu, 181'i lisans mezunudur.

Tablo 4'te Çalışmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişkinin incelendiği korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere Hastane fiziksel yerleşimi, Kişi karakteristiği, Bilgilendirme yön bulma, Yerleşim, Dizayn ve Memnuniyet arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

**Tablo 4 Korelasyon Analizi Sonuçları**

	1	2	3	4	5	6
Memnuniyet	1					
Kişi karakteristiği	,289**	1				
Bilgilendirme yön bulma	,375**	,533**	1			
Yerleşim	,458**	,484**	,582**	1		
Dizayn	,480**	,407**	,506**	,599**	1	
Hastane fiziksel yerleşim	,514**	,708**	,798**	,863**	,816**	1

Tablo 5'te Çalışma kapsamında kurulan regresyon modelleri sonuçları görülmektedir. Buna göre hastane fiziksel yerleşimi ile hastane fiziksel yerleşimi alt boyutları olan kişi karakteristiği, bilgilendirme yön bulma, yerleşim ve dizayn alt boyutları hasta memnuniyetini pozitif yönlü ve anlamlı etkilemektedir.

**Tablo 5 Regresyon Modelleri Sonuçları**

Model		Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
		B	Standart hata	Beta						
1	(sabit)	2,014	0,178		11,298	0,000	0,289	0,082	54,636	0,000
	Kişi karakteristiği	0,367	0,050	0,289	7,392	0,000				
2	(sabit)	1,512	0,184		8,200	0,000	0,375	0,139	97,866	0,000
	Bilgilendirme yön bulma	0,480	0,048	0,375	9,893	0,000				
3	(sabit)	1,226	0,168		7,279	0,000	0,458	0,208	158,368	0,000
	Yerleşim	0,604	0,048	0,458	12,584	0,000				
4	(sabit)	1,233	0,158		7,794	0,000	0,480	0,229	178,959	0,000
	Dizayn	0,604	0,045	0,480	13,378	0,000				
5	(sabit)	0,426	0,199		2,142	0,033	0,514	0,263	214,539	0,000
	Hastane fiziksel yerleşim	0,818	0,056	0,514	14,647	0,000				

### Sonuç ve Öneriler

Hastanelerin karmaşık tesis yapıları göz önüne alınarak, hastaların binaya yönelik deneyimlerinin hasta memnuniyetini etkileyip etkilemediğine yönelik yapılan çalışmanın sonuçları, hasta memnuniyeti üzerinden hastane fiziksel ortamının oldukça önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Hastane fiziksel ortamının alt boyutları olan kişi karakteristiğinin, bilgilendirme yön bulmanın, yerleşimin ve dizaynın da hasta memnuniyetini pozitif yönlü etkilediği Çalışmanın bir diğer önemli sonucu olarak öne çıkmaktadır.

Çalışma sonuçları doğrultusunda hastanelerin temel olarak karşılamak zorunda olduğu hasta memnuniyetini sağlayabilmek adına hastane fiziksel ortamını iyi değerlendirmeleri ve dizayn etmeleri gerektiği söylenebilir. Özellikle hastane mobilyalarının yerleşimi, fiziksel yönlendirme tabelaları, hasta çağırma monitörleri, bilgi ekranları gibi hastanın doğrudan dikkatini çeken unsurların hasta dostu bir yaklaşımla yerleştirilmesi ve dizaynının sağlanması hasta memnuniyeti açısından son derece önemli görülmektedir. Bunun yanında kişinin yön bulmaya ilişkin kişisel karakteristiğinin de memnuniyetini etkiliyor olması Çalışmada dikkate alınması gereken bir diğer sonuç olarak görülmektedir. Bu doğrultuda hastane koridorlarının ve koridorlarda yer alan yönlendirmelerin oldukça basit ve anlaşılabilir olması hasta memnuniyeti açısından önemli bir faktördür. Bu doğrultuda Sağlık yöneticilerine hastane binalarının dizayn ederken hastane koridorlarında ki mobilya, ışıklandırma, pencere ve diğer görsel öğelerin hastaların kendilerini mutlu ve güvende hissedebileceği şekilde tasarlamaları, bilgi ve yön bulacakları ekranların ve tabelaların sade anlaşılır ve ihtiyaca yönelik olarak düzenlemeleri önerilmektedir.

### Kaynakça

- Boscarino, J., & Stelber, S. R. (1982). Hospital shopping and consumer choice. *Journal of Health Care Marketing*, 2(2): 15-23.
- Chang, C. S., Chen, S. Y., & Lan, Y. T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC health services research*, 13(1), 22.
- Coşkun, R., Altunişik, R., & Yildirim, E. (2017). Sosyal bilimlerde Araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı. Sakarya Kitabevi, Adapazarı.
- Durmuş, A. (2017). Algılanan Değerin Hasta Davranış Ve Tavsiye Niyetine Etkisi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., & Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.

Khan, N. (2014). Design Correlates of Patients' Travel Experience and Satisfaction in the Hospitals of Bangladesh (Doctoral dissertation, University of Kansas).

Lovelock, C. ve J. Wirtz, (2004), Services Marketing, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Odabaşı, Y., (2001), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:409, Eskişehir.

Şantaş, F., Kurşun, A., & Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(1), 17-33.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2018). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayınevi, Ankara.

Ünal, Ö. (2016), Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim Bağlılığına Ve Hastane Bağlılığına Etkisi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.



## HASTALARIN HEKİM KALİTESİ ALGISININ HEKİME GÜVENE VE TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ

### THE EFFECT OF PHYSICIAN QUALITY PERCEPTION OF PATIENTS' ON THE PATIENTS' TRUST TO PHYSICIAN AND COMPLIANCE WITH THE TREATMENT

Özgün ÜNAL [1]  
Mahmut AKBOLAT [2]  
Mustafa AMARAT [3]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The aim of the study was to determine the effect of patient physician's perception on the patient's trust to the physician and the patient's compliance with the treatment.

**Method:** The population of the study consists of individuals who individuals over 18 years old and have served at least once in the health facilities providing services in the province of Sakarya. In this context, the universe of the research is 1.010.700 and the minimum sample size which can represent this universe is 384. However, as 400 participants were reached in the study, the sample was determined as 400 people. In the study, the questionnaire was used as the data collection tool. In the analysis of data, reliability analysis, exploratory and confirmatory factor analyses, descriptive statistical methods, correlation analysis, regression analysis, t-test in independent samples and one-way ANOVA were used.

**Findings:** As a result of the analyzes, the patients' perceived quality of the physician and the sub-dimensions of the quality of the physician (empathy of the physicians, communication skills and competencies) and the patient's trust in the physician and the compliance with the treatment have a significant positive relationship. However, the perceived physician quality and sub-dimensions affect the patient's trust to the physician and the patient's compliance with the treatment positively.

**Results:** When the results of the study are taken into consideration, the positive perceptions of the physicians of the patients will cause the patient to trust the physician and compliance with the treatment offered by the physician. It is thought that the patient's trust to the physician may lead to a more positive diagnosis and treatment processes, and the patient's compliance with the treatment may lead to an increase in the effectiveness of the treatment process.

**Key Words:** Physician Quality, Compliance with Treatment, Trust to Physician, Empathy, Communication

#### Giriş

Sağlık hizmetlerinde tedaviye uyum hastanın davranışları (örn. ilaçlarını alma, diyetine uyma, yaşam tarzını değiştirme) ile Sağlık hizmeti sunucusunun önerilerinin birbiri ile örtüşmesidir (Sackett & Haynes, 1976). Sunulan Sağlık hizmetinin başarıya ulaşmasında en önemli faktör hastanın önerilen tedaviye uyumudur. Hastalar kendilerine önerilen tedaviye uymaz veya aksatırsa Sağlık hizmetinin başarı şansı düşecek ve tedavi süresi uzayacaktır. Bu bakımdan hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem arz etmektedir. Sağlık sektöründe hizmet sunumu tek taraflı bir çaba ile gerçekleştirilebilecek bir olgu değildir. Zira hekim hastaya bir takım tedavi yöntemleri önermekte ya da çeşitli ilaç ve uygulamalar vermektedir. Bu önerilerin gerçekleşmesi ya da verilen ilaç ya da tedavilerin uygulanması, hasta ya da kişinin hekime duyacağı güven ile gerçekleşebilir (Ünal, 2016). Hasta ile hekim arasında kurulan tedavi ilişkisinde güven anahtar bir faktördür. Güven hekimin hastanın yararına hareket edeceğine ve uygun tıbbi bakımı ve tedaviyi sunacağına ilişkin hastanın inancı şeklinde tanımlanmaktadır (Thom ve Campbell, 1997: 169; Anderson ve Dedrick, 1990: 1092).

Hekim kalitesi hekimin yetkinliği, hekimin iletişim becerisi ve hekimin empati eğiliminin birleşiminden oluşan bir kavramdır (Laugesen ve diğerleri, 2015; Jayanti ve Whipple, 2008) ve hastaların algıladıkları hekim kalitesinin hastanın hekime güvenini ve tedaviye uyumunu etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu düşünceden hareketle Çalışmanın amacı hastaların algıladıkları hekim kalitesinin hekime güvenine ve hastanın tedaviye uyumuna etkisini belirlemektir.

#### Yöntem

Çalışmanın evrenini Sakarya ilinde hizmet sunan Sağlık kuruluşlarından en az bir kere hizmet alan 18 yaşını doldurmuş bireyler oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü tam olarak belirlenemediğinden Sakarya İli

nüfusu evren olarak alınmıştır. Bu kapsamda Araştırmanın evreni 1.010.700 olup bu evreni temsil edebilecek örneklem büyüklüğü 384'tür (Coşkun ve diğerleri, 2017:144). Ancak Çalışmada 400 katılımcıya ulaşılabildiğinden örneklem 400 kişi olarak belirlenmiştir.

Çalışmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci kısmını katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, tercih edilen hastaneye kaçınıcı geliş ve en son geliş zamanı gibi sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm Laugesen ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen, 12 soru 3 alt boyuttan oluşan hekim kalitesi ölçeği, üçüncü bölümü Hausman (2004) tarafından geliştirilen 5 soruluk tedaviye uyum ölçeği ve son bölüm Ozawa (2010) tarafından geliştirilen 5 maddelik hekime güven ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçekler 5'li likert yapıda olup 1= Tamamen Katılmıyorum, 5= Tamamen Katılıyorum şeklinde kodlanmaktadır.

Ölçeklerden hekim kalitesi ve tedaviye uyum niyeti ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları daha önce yapılmamış olduğundan ilk bu Çalışmada gerçekleştirilmiştir. Hekime güven ölçeğinin ise Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizler Durmuş (2017) tarafından yapıldığından bu Çalışmada sadece güvenilirlik analizi ile doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır, tekrar keşfedici faktör analizi yapılmamıştır.

Elde edilen verilerin analizinde güvenilirlik analizi (Cronbach Alpha), keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve regresyon analizlerinden faydalanılmıştır.

### **Bulgular**

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayıları tablo 1'de yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere ölçeklerin ve alt boyutların cronbach's alpha değerleri 0,741 ila 0,925 arasında değişmektedir. Bu değerler Araştırma da kullanılan ölçeklerin yüksek güvenilirlik değerine sahip olduğunu göstermektedir.

**Tablo 1 Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

<b>Değişken</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Madde Sayısı</b>
<b>Hekimin Yetkinliği</b>	<b>0,888</b>	<b>4</b>
<b>Hekimin İletişim becerisi</b>	<b>0,835</b>	<b>4</b>
<b>Hekimin Empati Eğilimi</b>	<b>0,880</b>	<b>4</b>
<b>Hekim Kalitesi</b>	<b>0,925</b>	<b>12</b>
<b>Hekime Güven</b>	<b>0,741</b>	<b>5</b>
<b>Tedaviye Uyum</b>	<b>0,855</b>	<b>5</b>

Hekim kalitesi ölçeğinin keşfedici faktör analizi sonuçları tablo 2'de yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere örneklem büyüklüğü oldukça iyi görülürken Barlett's küresellik testi sonuçları anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Yapılan faktör analizi neticesinde ölçek 3 faktöre ayrılmıştır. Her bir faktör 4 sorudan oluşmaktadır. 1. Faktör "Hekimin Yetkinliği", 2. Faktör "Hekimin İletişim Kabiliyetini" ve 3. Faktör ise "hekimin empati eğilimini" göstermektedir. Elde edilen bu sonuçlar orijinal ölçek ile aynıdır.

**Tablo 2. Hekim Kalitesi Algısı Ölçeğinin Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları**

KMO		,926	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2982,210	
	df	66	
	Sig.	0,000	
	1	2	3
soru3	,849		
soru1	,813		
soru2	,781		
soru4	,731		
soru9		,769	
soru11		,765	
soru10		,762	
soru12		,692	
soru6			,812
soru5			,804
soru7			,709
soru8			,571

Tedaviye uyum ölçeğinin keşfedici faktör analizi sonuçları tablo 3'de yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere KMO değeri 0,80'nin üzerindedir. Buna göre örneklem büyüklüğü oldukça iyidir. Bartlett's küresellik testi sonuçları da anlamlı Bu sonuçlar ölçeğin faktör bulunmuştur. analizine uygun olduğunu göstermektedir. Yapılan faktör analizi neticesinde ölçek orijinalinde olduğu gibi tek boyutta toplanmaktadır.

**Tablo 3. Tedaviye Uyum Ölçeğinin Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları**

KMO		0,832
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	856,057
	df	10
	Sig.	0
	1	
soru30	0,835	
soru27	0,827	
soru29	0,822	
soru28	0,778	
soru31	0,707	

Tablo 4'te çalışmada kullanılan ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ile kabul edilebilir uyum değerleri ve iyi uyum değerleri yer almaktadır. Buna göre Çalışmada kullanılan ölçeklerin uyum iyiliklerinin tamamı kabule dileyebilir seviyenin üzerindedir. Bu sonuçlar ölçeklerin Türkçe olarak kullanılabilir olduğunu ve istatistiksel analizlere uygun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4. Ölçeklerin Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları ve Bazı Uyum İyiliği Değerleri**

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Hekim Kalitesi	Hekime Güven	Tedaviye Uyum
$\chi^2/df$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	2,693	2,332	2,405
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$	0,065	0,058	0,059
RMR	$0 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 < RMR \leq 0,10$	0,031	0,027	0,014
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,955	0,982	0,992
IFI	$0,95 \leq IFI \leq 1$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$	0,971	0,989	0,995
TLI	$0,95 \leq TLI \leq 1$	$0,90 \leq TLI \leq 0,95$	0,962	0,979	0,984
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,971	0,989	0,995
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,948	0,988	0,993
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,919	0,964	0,963

Kaynak: Erkorkmaz ve diğerleri 2013

Tablo 5'te hastanın hekim kalitesi algısı ve alt boyutları ile hastanın hekime güveni ve tedaviye uyumu arasındaki ilişkinin incelendiği korelasyon tablosu yer almaktadır. Buna göre hem hekim kalitesi algısı hem de hekim kalitesi Algısının alt boyutları olan hekimin yetkinliği, hekimin iletişim becerisi ve hekimin empati eğiliminin hastanın hekime güveni ile ve hastanın tedaviye uyumu ile pozitif yönlü anlamlı ilişkileri bulunmaktadır.

**Tablo 5. Korelasyon Tablosu**

	1	2	3	4	5	6
<b>1. Hekimin Yetkinliği</b>	1					
<b>2. Hekimin Empati Eğilimi</b>	,636**	1				
<b>3. Hekimin İletişim Becerisi</b>	,580**	,649**	1			
<b>4. Hekim Kalitesi</b>	,847**	,864**	,875**	1		
<b>5. Hekime Güven</b>	,677**	,635**	,667**	,766**	1	
<b>6. Tedaviye Uyum</b>	,492**	,500**	,465**	,559**	,581**	1

Tablo 6'da hastanın hekim kalitesi algısı ve alt boyutları'nın hastanın hekime güvenine etkisini belirlemek amacıyla kurulan regresyon modeli sonuçları yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere hastanın hekim kalitesi algısı ve alt boyutları hastanın hekime güvenini pozitif yönlü ve anlamlı etkilemektedir.

**Tablo 6. Hastanın Hekim Kalitesi Algısının Hekime Güvenine Etkisi**

	Bağımlı Değişken Hekime Güven	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
		B	Standart hata	Beta						
1	(Constant)	1,071	0,137		7,828	0,000	0,677	0,457	336,797	0,000
	Hekimin yetkinliği	0,674	0,037	0,677	18,352	0,000				
2	(Constant)	1,437	0,131		10,989	0,000	0,635	0,402	269,170	0,000
	Hekimin Empatik Eğilimi	0,572	0,035	0,635	16,406	0,000				
3	(Constant)	1,390	0,123		11,315	0,000	0,667	0,444	319,529	0,000
	Hekimin İletişimi Becerisi	0,607	0,034	0,667	17,875	0,000				
4	(Constant)	0,562	0,127		4,417	0,000	0,766	0,585	563,476	0,000
	Hekim Kalitesi	0,823	0,035	0,766	23,738	0,000				

Tablo 6'da hastanın hekim kalitesi algısı ve alt boyutları'nın hastanın tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla kurulan regresyon modeli sonuçları yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere

hastanın hekim kalitesi algısı ve alt boyutları hastanın tedaviye uyumunu pozitif yönlü ve anlamlı etkilemektedir.

**Tablo 7. Hastanın Hekim Kalitesi Algısının Hekime Güvenine Etkisi**

Bağımlı Değişken Hekime Güven	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p	
	B	Standart hata	Beta							
1	(Constant)	2,238	0,145		15,428	0,000	0,492	0,240	127,146	0,000
	Hekimin yetkinliği	0,439	0,039	0,492	11,276	0,000				
2	(Constant)	2,364	0,131		17,982	0,000	0,500	0,248	132,515	0,000
	Hekimin Empatik Eğilimi	0,404	0,035	0,500	11,512	0,000				
3	(Constant)	2,504	0,131		19,120	0,000	0,465	0,214	109,647	0,000
	Hekimin İletişimi Becerisi	0,379	0,036	0,465	10,471	0,000				
4	(Constant)	1,897	0,147		12,901	0,000	0,559	0,311	180,937	0,000
	Hekim Kalitesi	0,539	0,040	0,559	13,451	0,000				

### Sonuç

Çalışmanın sonuçları, hastanın tedaviye uyumunda ve hekime güveninde hekim kalitesi Algısının önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Ayrıca hekim kalitesi Algısının alt boyutları olan hekimin iletişim becerisi, hekimin yetkinliği ve hekimin empatik eğiliminin de hastanın hekime güvenini ve tedaviye uyumunu pozitif yönlü etkilediği bulgusu Çalışmanın diğer önemli sonuçları olarak görülmektedir.

Alan yazınında Çalışmanın bulgularını destekleyen Çalışmalar mevcuttur. Örneğin Laugessen ve arkadaşları (2015) hekim kalitesinin hastanın uyumunu etkilediğini bulmuşlardır. Kim ve arkadaşları (2004) ise hekimin empatik eğiliminin tedaviye uyum ve hekime güven ile ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bir başka Çalışmada ise iletişim ile tedaviye uyum arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir (Hausman, 2004).

Çalışmanın sonuçları dikkate alındığında sunulan Sağlık hizmetinin çıktılarının daha olumlu hale gelmesi ve tedavi başarısının artırılması açısından algılanan hekim kalitesinin önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bu nedenle hekimlerin iletişim ve empati becerilerini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılması Sağlık yöneticilerine önerilebilir.

### Kaynakça

- Anderson, L ve R. Dedrick (1990). Development of the Trust in Physician Scale: A Measure To Assess Interpersonal Trust In Patient-Physician Relationships. *Psychological Reports*. 67.3, 1091-1100.
- Coşkun, R., Altunişik, R., & Yildirim, E. (2018). *Sosyal bilimlerde Araştırma yöntemleri*. Sakarya Kitabevi, Adapazarı.
- Hausman, A. (2004). Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(4), 403-417.
- Jayanti, R. K., & Whipple, T. W. (2008). Like me... like me not: the role of physician likability on service evaluations. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 16(1), 79-86.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*, 27(3), 237-251.

- Laugesen, J., Hassanein, K., & Yuan, Y. (2015). The impact of internet health information on patient compliance: a research model and an empirical study. *Journal of medical Internet research*, 17(6), e143.
- Ozawa, S. (2010). *Trust Matters: Villagers' Trust in Providers and Insurers in the Context of a Community-based Health Insurance Scheme in Cambodia* (Doctoral dissertation, Johns Hopkins University).
- Sackett, David L. & Haynes, R. Brian (1976). Compliance with Therapeutic Regimens. *Postgraduate Medical Journal*, 54(627), 59.
- Thom, D. ve B. Campbell (1997). Patient-Physician Trust: An Exploratory Study. *Journal of Family Practice*. 44(2), 169-176.
- Ünal, Ö (2016). Hasta hekim iletişimin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Sakarya.

## HASTA BAĞLILIĞINDA TEKNİK KALİTE Mİ YOKSA FONKSİYONEL KALİTE Mİ DAHA ÖNEMLİ?

### WHICH IS MORE EFFECTIVE ON PATIENT LOYALTY? TECHNICAL QUALITY OR FUNCTIONAL QUALITY OF THE PHYSICIANS'?

Özgün ÜNAL [1]  
Mahmut AKBOLAT [2]  
Mustafa AMARAT [3]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Nowadays, in both the public and private sectors, hospitals have to compete with other hospitals in order to continue their existence. Therefore, hospitals must satisfy their patients and gain their loyalty. In this context, the technical quality and functional quality of the physicians' of patients' perceptions can be an important guide.

**The Purpose of the Study:** The aim of the study is to determine whether technical quality or functional quality of the physicians' is more effective in patient loyalty.

**Method:** The population of the study consists of individuals who individuals over 18 years old and have served at least once in the health facilities providing services in the province of Sakarya. In this context, the universe of the research is 1.010.700 and the minimum sample size which can represent this universe is 384. However, as 513 participants were reached in the study, the sample was determined as 513 people. In the study, the questionnaire was used as the data collection tool. In the analysis of data, reliability analysis, exploratory and confirmatory factor analyses, descriptive statistical methods, correlation analysis, regression analysis, t-test in independent samples and one-way ANOVA were used.

**Findings and Results:** As a result of the analyzes, it was found that technical quality ( $r = 0.728$ ,  $\beta = 0.526$ ) had more effect than functional quality ( $r = 0.666$ ,  $\beta = 0.257$ ) on the patient loyalty. According to the results of the study, the perceived technical quality for patients is more important than functional quality. They prefer health institutions that are more competent physicians in terms of reaching their health. Hence, hospitals should ensure that physicians' technical quality is perceived by patients.

**Key Words:** Physician Quality, Technical Quality, Functional Quality, Patient Loyalty

#### Giriş

Hasta Bağlılığı Sağlık hizmeti alma ihtiyacı hisseden bireylerin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet ile hizmet sunan kuruluşa ve kuruluştaki hizmet veren Sağlık profesyonellerine duyduğu güven neticesinde, gelecekte oluşacak Sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için aynı personeli veya kuruluşu tekrar seçme eğilimidir (Ünal et al., 2018; Ünal, 2016). Oliver (1999) bağlılığın gelişiminin hizmet Satın alınmasıyla başladığını, alınan hizmetten memnuniyet duyulmasının ikinci aşama olduğunu daha sonra memnuniyete bağlı olarak hizmet sunan bireye veya kuruluşa karşı güvenin gelişeceğini ve bağlılığın oluşacağını ifade etmektedir.

Mevcut müşterileri korumak, yeni müşteriler kazanmaktan daha az maliyetlidir (Reichheld ve Sasser, 1990). Bu nedenle son zamanlarda işletmeler ve bilim insanları bağlılık kavramı ve müşteri bağlılığının oluşturulması konusuna çok fazla önem vermektedirler.

Günümüzde Sağlık hizmetleri sunumunda Sağlık müşterilerinin memnun edilmesi ve güvenliklerinin en üst seviyede sağlanması oldukça önemlidir (Gül, Bol ve Erbaycu, 2012). Bu durum Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesinin önemini ön plana çıkarmaktadır. Hizmet sektöründe genel olarak iki tür kaliteden söz etmek mümkündür. Bunlardan birisi teknik kalite, diğeri ise fonksiyonel kalitedir. Teknik kalite, Sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan klinik çıktılarla ilgilidir (Karafakıoğlu, 1998). Fonksiyonel kalite ise Sağlık profesyonellerinin hastalara karşı tutumları, yemeklerin kalitesi, servislerin temizliği, iletişim gibi Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili kalitedir (Anderson, 1995). Sağlık hizmeti müşterisi olan hastaların algıladıkları teknik kalitenin ve fonksiyonel kalitenin hasta bağlılığını etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu düşünceden hareketle Çalışmanın amacı hastaların teknik kalite algılarının ve fonksiyonel kalite algılarının hasta bağlılığına etkisini belirlemek ve hasta bağlılığında teknik kalitenin mi yoksa fonksiyonel kalitenin mi daha etkili olduğunun ortaya koymaktır.

## YÖNTEM

Çalışmanın evrenini Sakarya ilinde hizmet sunan Sağlık kuruluşlarından en az bir kere hizmet alan 18 yaşını doldurmuş bireyler oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü tam olarak belirlenemediğinden Sakarya İli nüfusu evren olarak alınmıştır. Bu kapsamda Araştırmanın evreni 1.010.700 olup bu evreni temsil edebilecek örneklem büyüklüğü 384'tür (Coşkun ve diğerleri, 2017:144). Ancak Çalışmada 513 katılımcıya ulaşılabildiğinden örneklem 513 kişi olarak belirlenmiştir.

Çalışmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci kısmında katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, tercih edilen hastaneye kaçınıcı geliş ve en son geliş zamanı gibi sorular yer alırken; ikinci kısmında Price ve Arnould (1999) tarafından geliştirilen, 4 sorudan oluşan teknik kalite ölçeği; üçüncü kısmında Sharma ve Patterson (1999) tarafından geliştirilen ve 6 maddeden oluşan fonksiyonel kalite ölçeği ve son kısmında ise Price ve Arnould (1999) tarafından geliştirilen ve Wang, Huang ve Howng (2011) tarafından Sağlık sektörüne uyarlanan 3 maddelik hekim bağlılığı ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler 5'li likert yapıda olup 1= Tamamen Katılmıyorum, 5= Tamamen Katılıyorum şeklinde kodlanmaktadır.

Ölçeklerden teknik kalite ve fonksiyonel kalite ölçeklerinin daha önce Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik Çalışmaları yapılmamış olduğundan ilk bu Çalışmada gerçekleştirilmiştir. Hasta bağlılığı ölçeğinin ise Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Ünal ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmış olup Çalışmada diğer ölçekler ile birlikte keşfedici faktör analizi tekrar yapılmıştır.

Elde edilen verilerin analizinde güvenilirlik analizi (Cronbach Alpha), keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve regresyon analizlerinden faydalanılmıştır.

## Bulgular

Katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına ilişkin bulgular tablo 1'de yer almaktadır. Tabloda ayrıntısı görüldüğü üzere katılımcıların büyük çoğunluğu ayda en az bir kere hastaneye gitmektedir. Yılda 1 defa hastaneye giden katılımcı sayısı genele oranla düşük görülmektedir.

**Tablo 1. Katılımcıların hastaneye Gitme Sıklıkları**

	Frekans	%
Ayda 1 defa	120	23,39181
Ayda 2 Defa	22	4,288499
Ayda 3 Defa	5	0,974659
Ayda 4 Defa	18	3,508772
Yılda 1 Defa	112	21,83236
Yılda 2 Defa	79	15,4
Yılda 3 Defa	61	11,9
Yılda 4 Defa	36	7
Yılda 5-11 Defa	43	8,4

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayıları tablo 2'de yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere hasta bağlılığı ölçeğinin cronbach's alpha değer 0,821; teknik kalite algısı ölçeğinin cronbach's alpha değer 0,880; fonksiyonel kalite algısı ölçeğinin cronbach's alpha değer 0,917'dir. Bu değerler Araştırma da kullanılan ölçeklerin yüksek güvenilirlik değerine sahip olduğunu göstermektedir.



**Tablo 2. Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

Değişken	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Hasta Bağlılığı	0,821	3
Teknik kalite	0,880	4
Fonksiyonel Kalite	0,917	6

Çalışmada kullanılan ölçeklerin keşfedici faktör analizi sonuçları Tablo 3'te yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere örneklem büyüklüğü oldukça iyi görülürken Bartlett's küresellik testi sonuçları anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Yapılan faktör analizi neticesinde ölçek 3 faktöre ayrılmıştır. 1. Faktör "Fonksiyonel kalite algısı", 2. Faktör "teknik kalite algısı" ve 3. Faktör ise "hasta bağlılığı" göstermektedir. Elde edilen bu sonuçlar orijinal ölçek ile aynıdır.

**Tablo 3. Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları**

KMO		,948		
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4662,252		
	df	78		
	Sig.	0,000		
	1	2	3	
A10	,805			
A11	,805			
A9	,769			
A13	,706			
A12	,651			
A8	,605			
A5		,760		
A6		,746		
A7		,702		
A4		,608		
A1			,814	
A3			,753	
A2			,720	

Tablo 4'te Çalışmada kullanılan ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ile kabul edilebilir uyum değerleri ve iyi uyum değerleri yer almaktadır. Buna göre Çalışmada kullanılan ölçeklerin uyum iyiliklerinin tamamı kabule dileyebilir seviyenin üzerindedir. Bu sonuçlar ölçeklerin Türkçe olarak kullanılabilir olduğunu ve istatistiksel analizlere uygun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4. Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Bazı Uyum İyiliği Değerleri**

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Ölçüm Değeri	Uyum
$\chi^2/df$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	2,831	Kabul Edilebilir
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$	0,060	Kabul Edilebilir
RMR	$0 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 < RMR \leq 0,10$	0,027	İyi Uyum
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,967	İyi Uyum
IFI	$0,95 \leq IFI \leq 1$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$	0,978	İyi Uyum
TLI	$0,95 \leq TLI \leq 1$	$0,90 \leq TLI \leq 0,95$	0,969	İyi Uyum
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,978	İyi Uyum
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,956	İyi Uyum
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,928	İyi Uyum

Kaynak: Erkorkmaz ve diğerleri 2013

Tablo 5'te hastaların fonksiyonel kalite algısı, teknik kalite algısı ve hasta bağlılığı arasındaki ilişkinin incelendiği korelasyon tablosu yer almaktadır. Buna göre hastaların hem teknik kalite algısı hem de fonksiyonel kalite algısı hasta bağlılığı ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiye sahiptir. İlişki katsayıları göz

önüne alındığında ise teknik kalite Algısının ( $r= 0,728$ ) fonksiyonel kalite algısı ( $r= 0,669$ )'na göre daha yüksek katsayıya sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 5. Korelasyon Tablosu**

	1	2	3
1. Hasta Bağlılığı	1		
2. Teknik Kalite	,728**	1	
3. Fonksiyonel Kalite	,669**	,784**	1

Tablo 6'da hastaların teknik kalite algılarının ve fonksiyonel kalite algılarının hasta bağlılığına etkisini belirlemek amacıyla kurulan regresyon modeli sonuçları yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere hem hastaların teknik kalite algıları hem de fonksiyonel kalite algıları hasta bağlılığını pozitif yönlü etkilemektedir. Etki katsayıları dikkate alındığında hastaların teknik kalite algılarının hasta bağlılığına olan etkisi ( $\beta=0,526$ ) fonksiyonel kalite Algısının hasta bağlılığına olan etkisi ( $\beta=0,257$ )'nden iki kat daha fazladır.

**Tablo 6. Hastaların Teknik kalite Algılarının ve Fonksiyonel kalite Algılarının Hasta Bağlılığına Etkisi**

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	Sig.	R	R2	F	p
	B	Standart hata	Beta						
(Constant)	0,637	0,118		5,403	0,000	0,745	0,553	317,724	0,000
Teknik Kalite	0,550	0,050	0,526	11,058	0,000				
Fonksiyonel Kalite	0,257	0,048	0,257	5,389	0,000				

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu Çalışma hastaların algıladıkları teknik kalitenin mi yoksa fonksiyonel kalitenin mi hasta bağlılığını daha fazla etkilediğinin belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları, hasta bağlılığında hastaların algıladıkları teknik kalitenin, algıladıkları fonksiyonel kaliteden daha fazla etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Alan yazınında Sağlık sektöründe ve diğer sektörlerde algılanan kalite ile müşteri bağlılığı arasında ilişki olduğuna yönelik bulgular mevcuttur (Lee ve diğerleri, 2012; Ruyter ve Wetzels, 1997; Başanbaş, 2012; Usta ve memiş, 2009). Ancak yapılmış Çalışmalarda teknik kalite ve fonksiyonel kalite ayrımı yapılarak gerçekleştirilmiş bir Çalışmaya rastlanılmamıştır. Zaim ve Tarım (2010) Sağlık hizmeti kullanıcılarının hizmet alımları sırasında aldıkları hizmetlerin teknik yönünü değerlendiremediklerini bu nedenle Sağlık kuruluşlarında fonksiyonel kalitenin daha ön planda olacağını ifade etmektedirler. Bu Çalışmada teknik kalite Algısının hasta bağlılığına olan etkisinin fonksiyonel kalite algısına oranla daha yüksek çıkmasının sebebi olarak, hastaların daha önce kuruma gelmiş olmaları ve geliş sıklıklarının yüksek olması ve daha önce almış oldukları Sağlık hizmetinin sonucunu değerlendirmek için yeterli vakte sahip olmaları nedeniyle olduğu söylenebilir. Yani hastalar almış oldukları Sağlık hizmeti sonucunda iyileşme süreçlerini, yaşamış oldukları hastalık belirtilerinin ortadan kalkma süresini ve yaşam kalitelerine ilişkin öz değerlendirmelerini yapacak süreye sahip olmaktadır. Dolayısıyla almış oldukları Sağlık hizmetinin faydasını deneyimleyebilmektedirler. Bu durumda almış oldukları Sağlık hizmetinin teknik kalitesinin daha fazla ön plana çıkması normal görülmektedir.

Çalışma sonuçları irdelendiğinde hastaların sağlıklarına kavuşma noktasında önemi daha yüksek olan teknik kaliteyi daha fazla önemsedikleri görülmektedir. Bununla birlikte fonksiyonel kalitenin de hasta bağlılığında önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda Sağlık yöneticilerine hizmet sunumunda teknik ve fonksiyonel kaliteyi ön plana çıkartacak düzenlemeler yapmaları önerilmektedir. Daha sonra benzer Çalışma yapacak olan Araştırmacılara özel ve kamu sektörü ayrımını gözeterek Çalışma yapmaları önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Anderson, E. (1995). Measuring Service Quality and a University Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8.2, 32-37.
- Başanbaş, Ş. (2012). Algılanan Kalite-tatmin ve bağlılık üzerine otomotiv yan sanayiinde bir Araştırma. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 10, 15-39.
- Coşkun, R., Altunişik, R., & Yildirim, E. (2018). Sosyal bilimlerde Araştırma yöntemleri. *Sakarya Kitabevi, Adapazarı*.
- De Ruyter, K., Wetzels, M., & Bloemer, J. (1998). On the relationship between perceived service quality, service loyalty and switching costs. *International journal of service industry management*, 9(5), 436-453.
- Gül, G., P. Bol ve A.E. Erbaycu (2012). Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta-Hekim İletişiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bir Kano Model Analizi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 26.3, 183-194.
- Karafakıoğlu, M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. İstanbul: Dönence Basım ve Yayın.
- Lee, S. M., Lee, D., & Kang, C. Y. (2012). The impact of high-performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. *The Service Industries Journal*, 32(1), 17-36.
- Oliver, R.L. (1999). Whence Consumer Loyalty. *The Journal of Marketing*. 63(Special Issue), 33-44.
- Price, L. L. ve E. J. Arnould. (1999). Commercial Friendships: Service Provider-Client Relationships in Context. *Journal of Marketing*, 63.4, 38-56; DOI: 10.2307/1251973
- Sharma, N. ve P. G. Patterson. (1999). The Impact of Communication Effectiveness and Service Quality on Relationship Commitment in Consumer, Professional Services. *Journal of Services Marketing*, 13.2, 151-170; DOI: 10.1108/08876049910266059
- Unal, O., Akbolat, M., & Amarat, M. (2018). The influence of patient-physician communication on physician loyalty and hospital loyalty of the patient. *Pakistan journal of medical sciences*, 34(4), 999-1003.
- Usta, R., & Memiş, S. (2009). Hizmet kalitesi ve marka bağlılığı arasındaki ilişki üzerine müşteri tatmininin aracılık etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 23(4), 87-108.
- Ünal, Ö (2016). Hasta hekim iletişimin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi. *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Sakarya*.
- Wang, H. L., J. Y. Huang, ve S. L. Howng. (2011). The Effect on Patient Loyalty of Service Quality, Patient Visit Experience and Perceived Switching Costs: Lessons From One Taiwan University Hospital. *Health Services Management Research*, 24.1, 29-36; DOI: 10.1258/hsmr.2010.010011
- Zaim, H. Ve M. TARIM. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 59.2, 1-24.

## ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY IN UNIVERSITY STUDENTS

Sumeyye ARSLAN KURTULUS<sup>[1]</sup>  
Aygul YANIK<sup>[2]</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Health literacy generally refers to the ability of individuals to read, understand and use health information. Health literacy is seen as one of the important issues in the field of public health due to all these effects on health outcomes of individuals. Low health literacy in university students is an important problem and needs to be improved.

**Objective:** The aim of this descriptive and inferential study determine health literacy levels of health sciences students and evaluate them in terms of demographic characteristics.

**Methods:** The study was carried out on 343 students who continue education faculty of health sciences in Istanbul Medeniyet University. Survey method was used as data collection tool and. data were analyzed with SPSS 23.0 for Windows package program. Adult Health Literacy Scale was used to evaluate health literacy of students.

**Findings and Results:** 85% of the students are female and 15% are male; 44,6% nursing, 22,4% health management, 14,6% social work, 9,6% audiology, 8,7% nutrition and dietetics department. 54% are first year students. The average score of the students on health literacy scale is (12,19±2,34) and the level of health literacy is moderate. Health literacy of students was determined at a moderate level. Health literacy levels of health sciences students are expected to be higher. Low health literacy of individuals may lead to an increase in the risk of illness, a decrease in understanding of treatment methods and an increase in hospitalization rate. It is expected that the study will create awareness for the administrators, academicians and students.

**Keywords:** Health Literacy, Student, University

### GİRİŞ

Sağlık sistemi gelişen şartlarla birlikte çok hızlı bir şekilde değişmekte ve karmaşıklığı artmaktadır. Bu karmaşık sistemin bir parçası olan Sağlık hizmeti Kullanıcılarının Sağlık hakkında bilinçli kararlar alması gerekmektedir (Ayaz-Alkaya & Terzi, 2019). Bilinçli kararlar alabilmek için sağlıkla ilgili konularda yeterli ve doğru bilgiye ulaşmak ve kullanmak çok önemlidir. Bu kavram literatürde sağlık okuryazarlığı olarak geçmektedir. Sağlık okuryazarlığı (health literacy) kavramı, ilk olarak 1974 yılında “sosyal politika olarak Sağlık okuryazarlığı” başlıklı Çalışmada tanımlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı genel olarak bireylerin Sağlık bilgilerini okuma, anlama ve kullanma yeteneğini ifade etmektedir (Çiler Erdağ, 2015). Bu konuda pek çok tanım yapılmış model önerisi geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan seçkin tanımlardan biri de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne aittir. DSÖ’ye göre Sağlık okuryazarlığı; “iyi Sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi kullanma ve anlama için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme ulaşabilirliğidir”. Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association-AMA) tarafından yapılan başka bir tanıma göre ise; “Sağlık okuryazarlığı Sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliğini; reçete, ilaç ve randevu kartlarını, sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuma, anlama yeterliğini kapsayan becerilerin uyumlu birlikteliği”dir. (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014). DSÖ Sağlık okuryazarlığını erişilebilirlik Açısından ele alırken; AMA Sağlık ortamında işlevde bulunmak için gerekli beceriler olarak değerlendirmektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda ülkelerin Sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde Özdemir ve arkadaşlarının yetişkinlerde Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik yürüttüğü Araştırmasında yetişkinlerin önemli bir kısmının Sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz-sınırlı olduğunu tespit etmiştir. (Coşkun ve Bebiş, 2015). Yine Sekiz Avrupa Birliği Ülkesinde (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda,

<sup>1</sup> Dr. Research Assistant Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Istanbul Medeniyet University, Istanbul, Turkey, E-mail: [sumeyye.kurtulus@medeniyet.edu.tr](mailto:sumeyye.kurtulus@medeniyet.edu.tr)

<sup>2</sup> Assoc. Prof., Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Istanbul Medeniyet University, Istanbul, Turkey, E-mail: [aygul.yanik@medeniyet.edu.tr](mailto:aygul.yanik@medeniyet.edu.tr)

Almanya, Bulgaristan ve Polonya) 2012 yılında gerçekleştirilen Sağlık okuryazarlığı Araştırmasına göre, bireylerin Sağlık okuryazarlığı puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Ergün, 2017). Uğurlu ve Akgün'ün hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirdiği Araştırmasında eğitim düzeyi düşük, geliri az, Sağlık düzeyi kötü/çok kötü olan ve yüksek riskli hastaların Sağlık okuryazarlığı puanlarının daha düşük olduğunu belirlenmiştir (Uğurlu ve Akgün, 2011).

Yetersiz Sağlık okuryazarlık düzeyi, koruyucu Sağlık hizmetlerinin düşük oranlarda Kullanımına , semptomatik dönemde Sağlık arama davranışında gecikmeye, bireyin Sağlık durumunun kötü olduğunu anlamasında yetersizliğe, tıbbi önerilere ve talimatlara uymamaya, öz-bakım yetersizliğine, Sağlık giderlerinde ve ölüm oranlarında artışa neden olmaktadır (Çiler Erdağ, 2015; Tokuda vd., 2009).

Kişilere Sağlıkla ilgili konularda çeşitli bilgilerin aktarılmasında ve toplumun Sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılmasında Sağlık profesyonellerinin rolü büyüktür. Bu nedenle bu Araştırmada Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyleri incelenmiştir.

Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki bu Araştırma, Sağlık bilimleri öğrencilerinin Sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, tanımlayıcı özellikler Açısından değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki bu Araştırmanın evrenini, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri oluşturmakta olup, toplam 542 öğrenci bulunmaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Gönüllülük esas alınarak toplam 350 öğrenciye ulaşılmıştır. Dolayısıyla örneklem sayısı 350'dir.

Verilerin toplanması aşamasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu, demografik özellikler ve Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin yer aldığı iki bölümden oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bölümü için (Sezer ve Kadioğlu, 2014) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılarak geliştirilen Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden (YSOÖ) yararlanılmıştır. Ölçek yetişkin bireylerin Sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini belirlemeye yönelik Sağlık bilgileri ve ilaç Kullanımı ile ilgili toplam 22 madde ve 1 adet vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekli içermektedir. Ölçekte yer alan soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmelidir. Soruların puanlaması her soru tipi için ayrı ayrı yapılmıştır. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan verildi. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verildi. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmiştir (Sezer ve Kadioğlu, 2014).

Anket formu öğrencilere Araştırmacıların kendileri tarafından uygulanmıştır. Uygulama sırasında öğrencilere, Araştırmanın amacı açıklanarak anketi doldurmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve isteyenlere anket formu verilerek doldurmaları istenmiştir. Anket formu doldurmak isteyen 350 öğrenciye dağıtılmıştır. Daha sonra toplanarak kontrol edilmiş ve tam olarak yanıtlanan 343 anket değerlendirmeye alınmıştır. Uygulama 01 Mart- 30 Nisan 2019 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Tam olarak yanıtlanan anket formlarındaki veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve analize dahil edilmiştir. Verilerin analizi SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmış ve verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel testler kullanılmıştır.

Araştırma için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından izin alınmıştır.

## BULGULAR

Bu bölümde; öncelikle örnekleme ait tanımlayıcı verilerden bahsedilecek, daha sonra Araştırma değişkenine ait ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgulara yer verilecektir.

### Araştırma Örneklemine Ait Tanımlayıcı Veriler

Araştırmanın örneklemini İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde eğitim öğretime devam eden 343 kişi oluşturmaktadır. Örnekleme ait bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Örnekleme dahil edilen öğrencilerin yaş ortalaması (19,828 ±1,117)'dir. Öğrencilerin %85'i kadın, %61,5'i 20 yaş ve üstünde, %44,6'sının hemşirelik; %22,4'ünün Sağlık Yönetimi; %14,6'sının Sosyal Hizmet; %9,6'sının Odyoloji ve %8,7'sinin beslenme ve diyetisyenlik bölümünde okuduğu, %53,9'u birinci sınıfta olduğu

belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin %69,2'sinin Anadolu lisesi mezunu, %65,3'ünün sayısal alan çıkışlı ve %79'unun sürekli olarak Marmara bölgesinde yaşamakta olduğu saptanmıştır. (Tablo 1).

**Tablo 1: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=343)**

Tanımlayıcı özellikler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	50	14,6
Kadın	293	85,4
<b>Yaş</b>		
20 yaş altı	132	38,5
20 yaş ve üstü	211	61,5
<b>Bölümü</b>		
Sağlık Yönetimi	77	22,4
Hemşirelik	153	44,6
Beslenme ve Diyetisyenlik	30	8,7
Sosyal Hizmet	50	14,6
Odyoloji	33	9,6
<b>Sınıf</b>		
Sınıf 1	185	53,9
Sınıf 2	112	32,7
Sınıf 3	46	13,4
<b>Mezun olduğu önceki okul</b>		
Anadolu Lisesi	203	59,2
Fen Lisesi	23	6,7
Anadolu İmamhatip Lisesi	52	15,2
Mesleki ve Teknik Lise	17	5,0
Üniversite	12	3,5
Diğer	36	10,5
<b>Önceki Alan Türü</b>		
Sayısal	224	65,3
Eşit ağırlık	109	31,8
Diğer mesleki alan	10	2,9
<b>Gelir Düzeyi</b>		
2000-2500 TL	106	30,9
2501-3000 TL	77	22,4
3001-3500 TL	57	16,6
3501-4000 TL	50	14,6
4001 ve üzeri TL	53	15,5
<b>Kalınan Yer</b>		
Yurt	106	30,9
Ev	237	69,1
<b>Sürekli Yaşanan Bölge</b>		
Marmara Bölgesi	271	79,0
Karadeniz Bölgesi	10	2,9
Ege Bölgesi	23	6,7
Akdeniz Bölgesi	12	3,5
Doğu Anadolu Bölgesi	27	7,9
<b>TOPLAM</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

#### Araştırma Değişkenine Ait Tanımlayıcı Veriler

Katılımcıların Sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (12,19±2,34)'dir. YSO ölçeğinden alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmekte ve ölçekten alınan puan arttıkça Sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Sezer ve Kadioğlu, 2014). Dolayısıyla Çalışmaya katılan öğrencilerin

Sağlık okuryazarlık ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının orta seviyede olduğu söylenebilir. Öğrencilerin ölçekten aldıkları minimum puan 4; maksimum puan 19'dur (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğrencilerin YSOÖ Puan Ortalamaları**

YSOÖ puan.	N	Min.	Max.	Ort.	SS
	343	4,00	19,00	12,19	2,34

Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre YSOÖ puan ortalamaları ise Tablo 3'de gösterilmiştir. Buna göre kadınların YSOÖ puan ortalamaları (12,30±2,31) erkeklerden daha yüksek; 20 yaş üstü bireylerin de YSOÖ puan ortalamaları (12,29±2,39) 20 yaş altı bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bölümlere göre YSOÖ puan ortalamalarına bakıldığında ise en yüksek ortalamanın hemşirelik bölümüne (12,98±2,00) ait olduğu görülmektedir. Bunu beslenme ve diyetetik (12,76±2,28), odyoloji (11,75±2,41), Sağlık yönetimi (11,38±2,30) ve sosyal hizmet (10,98±2,44) bölümü izlemektedir. Öğrencilerin sınıflarına göre YSOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, en yüksek ortalamanın 3. Sınıfa (13,26±2,03) ait olduğu görülmektedir. Bunu 1. Sınıf (12,09±2,32) ve 2. Sınıflar (11,91±2,40) izlemektedir. Öğrencilerin mezun oldukları alan türüne göre YSOÖ puan ortalamalarına karşılaştırıldığında ise, en yüksek ortalamanın sayısal alan türüne (12,62±2,11) ait olduğu görülmektedir (Tablo 3).

**Tablo 3. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Değişkenlere Göre YSOÖ Puan Ortalamaları**

Değişken	N	Min.	Max.	Ort.	SS
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	50	6,00	16,00	11,56	2,45
Kadın	292	4,00	19,00	12,30	2,31
<b>Yaş</b>					
20 yaş altı	131	7,00	19,00	12,03	2,25
20 yaş üstü	211	4,00	18,00	12,29	2,39
<b>Bölüm</b>					
Sağlık yönetimi	77	6,00	17,00	11,38	2,30
Hemşirelik	153	8,00	19,00	12,98	2,00
Beslenme ve diyetetik	30	9,00	17,00	12,76	2,28
Sosyal hizmet	50	4,00	16,00	10,98	2,44
Odyoloji	33	6,00	16,00	11,75	2,41
<b>Sınıf</b>					
1. sınıf	184	6,00	18,00	12,09	2,32
2. sınıf	112	4,00	19,00	11,91	2,40
3.sınıf	46	9,00	17,00	13,26	2,03
<b>Mezun Olunan Alan Türü</b>					
Sayısal	224	6,00	19,00	12,62	2,11
Eşit ağırlık	108	4,00	17,00	11,27	2,44
Diğer mesleki alanlar	10	7,00	18,00	12,40	3,43

## SONUÇ

Araştırma sonunda öğrencilerin 23 puan üzerinden aldıkları Sağlık okuryazarlığı puan ortalaması (12,19±2,34) olup orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ayrıca öğrencilerin Sağlık okuryazarlığı bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşmaktadır. En yüksek ortalamaya sahip bölüm hemşireliktir. Bu sırayı beslenme ve diyetetik, odyoloji, Sağlık yönetimi ve sosyal hizmet bölümleri izlemektedir. Kız öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyi erkek öğrencilerden; 3. sınıfta okuyan öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyi 1 ve 2. sınıfa göre daha yüksektir. Ayrıca lisede sayısal alan türünden mezun olan öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırma örneklemini Sağlık bilimleri öğrencileri oluşturduğu için öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir. Ancak bu çalışmada öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyi orta seviyede bulunmuştur. Öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyi bu açıdan geliştirilmesi gereken bir konudur. Öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaya yönelik olarak ilgili dersler

konulmalı, var olan dersler tekrar incelenmelidir (Şahinöz, Şahinöz ve Kıvanç 2018). Bu konuda öğrencilere çeşitli seviyelerde eğitimler verilebilir. Ayrıca, öğrencilere üniversiteye gelmeden önce, temel eğitimde Sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirmeye yönelik hedefler belirlenmelidir.

Bu konuda tüm öğrencileri kapsayan veya hastalar üzerinde ve Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olabilecek değişkenlerin (Sağlık hizmetini kullanma durumu, hasta tatmini, Sağlık çıktıları, Sağlık hizmetlerine olan talep vs.) yer aldığı farklı Çalışmalar yapılabilir. Bu Araştırmalar ile uygulamaya dönük stratejiler geliştirilebilir.

## KAYNAKLAR

Çiler Erdağ, G. (2015). Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı (S:1-14). Sağlık Okuryazarlığı. (Editörler: Filiz Yıldırım & Alev Keser), Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No:455, Ankara.

Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. (2009). Health Literacy And Physical And Psychological Wellbeing In Japanese Adults. *Patient Educ Couns.*,75(3):411-7.

Aslantekin, F., & Yumrutaş, M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı Ve Ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4).

Ayaz-Alkaya, S., & Terzi, H. (2019). Investigation Of Health Literacy And Affecting Factors Of Nursing Students. *Nurse Education In Practice*, 34, 31-35.

Coşkun, S., & Bebiş, H. (2015). Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Gülhane Tıp Derg*, 57, 378-384.

Ergün, S. (2017). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(3), 1-6.

Şahinöz, T., Şahinöz, S., & Kıvanç, A. (2018). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79.

Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2011). Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 96-106.

Sezer A, Kadioğlu H, (2014) Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17:3



## DUYGUSAL ZEKÂ İLE İLETİŞİM BECERİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL INTELLIGENCE AND COMMUNICATION SKILLS

Mehmet YORULMAZI  
Ramazan KIRAÇ2

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** To be able to express himself well, to listen actively, to be able to convince, to manage conflict, to be charismatic and empathy should be capable of emotional intelligence. Does the lack of emotional intelligence affect people's communication skills?

**The Purpose of the Study:** The purpose of this study is to investigate the relationship between emotional intelligence and communication skills.

**Method:** The research was conducted on Selçuk University students. The universe of the study was 95.672 and 493 people were included in the sample. The survey consists of three parts. In the first part, the participants' demographic information is included. In the second part, "emotional intelligence scale" which is adapted to Turkish by Serdar Tok-Arkun Tatar (2011) is included. In the third part, "Communication skill scale" which is adapted to Turkish by Korkut Owen and Demirbaş-Çelik (2017) was used. The reliability of the scales is 0.764 and 852 respectively.

**Findings and Results:** A positive low level relationship was found between emotional intelligence and communication skills ( $p < 0.001$   $r = 0,100$ ). Communication skills increase as emotional intelligence increases.

**Key Words:** Emotional Intelligence, Communication Skills, University Students

**Presentation Language:** Turkish

## 1. GİRİŞ

Duygusal zekâ kişinin kendini tanıması, bilmesi ve karşısındaki kişinin duygularını tanıyıp anlayabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Salovey ve Mayer 1990 Goleman 1995, Martinez 1997, Shapiro 2002, Cooper ve Sawaf 2003). Bu kavram ilk olarak 1990 yılında Mayer ve Salovey tarafından ortaya konmuştur. Kavram bu bilim adamları tarafından "kendinin ve başkalarının duygularını izleme, bunlar arasında ayırım yapma ve buradan elde ettiği bilgileri düşünce ve davranışlarına yön vermede kullanabilme yeteneği" olarak tanımlanmıştır (Salovey ve Mayer 1990). Duygusal zekâ düzeyi yüksek olan bireyler başkalarının duygularını anlayabilen bu duyguları yönetebilen ve etkili iletişim kurabilen kişidir (Yılmaz Karabulutlu ve ark 2011). Toplum içerisinde yaşayan ve sosyal bir varlık olan insanın, diğer insanlarla etkili iletişim kurabilmesi ve kendini ifade edebilmesi önemlidir. Etkili bir iletişim kurabilmek için iletişim becerisinin yüksek olması gerekmektedir (Özcan 2006). İletişim becerisi yüksek olan kişiler, çevreleri ile anlamlı ilişkiler kurabilir, kendi duygularını ve başkalarının duygularını daha iyi anlayabilir ve problemlerle etkin bir şekilde baş edebilirler (Terakye 1998, Öz 2004, Üstün ve ark 2005, Özcan 2006). İletişimde duygu yoksa karşı tarafın etkilenmesi de mümkün olmayacaktır (Barut 2015). Bireyin kendisini tanımasının yolu başkasının duygularını tanımadan geçer (Özcan 2006). Görüldüğü üzere duygusal zekâ ile iletişim becerisi birbiri ile ilişki kavramlardır. Literatürde bu iki kavram arasındaki ilişki olduğunu belirten Çalışmalar mevcuttur. Kişilerarası ilişkiler ile duygusal zekâ arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (Schutte ve ark,2001) duygusal zekâ puanları arttıkça sosyal beceriler, iletişim ve işbirliğinin arttığı tespit edilmiştir. Göçet (2006) tarafından yapılan Araştırmada bireylerin duygusal zekâ düzeyleri arttıkça bazı olumlu başatme yöntemlerini kullanma durumlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Hacıoğlu (2007), örgütsel iletişim ile duygusal zekâ arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit etmiştir. Gürşimşek ve ark (2008) tarafından öğretmen adayları üzerine yapılan Araştırmada duygusal zekâ ile iletişim becerisi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Erdoğan (2008), yaptığı Çalışmasında duygusal zekâ gelişiminin, bireylerin Sağlıklı iletişim kurabilmeleri ne yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kuzu (2008) tarafından yapılan Araştırmada iletişim becerisi ile duygusal zekâ alt boyutları olan duyguların farkında olma, duygularını yönetme, kendini motive etme, empati, sosyal beceriler arasında

<sup>1</sup> Selcuk University / Healty Care Management/Turkey/mtyorulmaz@hotmail.com

<sup>2</sup> Selcuk University / Healty Care Management/Turkey/ramazan46k@gmail.com

pozitif bir ilişki tespit etmiştir. Jorfi (2012) tarafından yapılan Araştırmada duygusal zekânın iletişim becerisine oldukça fazla etkisinin olduğu sonucunu tespit etmiştir. Literatürde yapılan Araştırmalarda da görüldüğü üzere duygusal zekâ ve iletişim becerisi birbirini tamamlayan kavramlardır. Bu Araştırmada üniversite öğrencilerinin iletişim becerileri ile duygusal zekaları arasındaki ilişki incelenmiş olup elde edilen bulgular tartışılmıştır.

## 2. GEREÇ YÖNTEM

Araştırma Selçuk Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni 95.672 kişiden oluşmakta olup, örneklem kapsamına 493 kişi dâhil edilmiştir. Kolayda örneklem yöntemi kullanılarak yapılan bu Araştırmada veriler Anket tekniği ile toplanmıştır. Araştırmanın anketi üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, katılımcıların demografik bilgileri yer almaktadır. İkinci bölümde, Serdar Tok- Arkun Tatar (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 41 maddelik “duygusal zekâ ölçeği” yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise Korkut Owen ve Demirbaş-Çelik (2017) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan 25 maddelik “İletişim becerisi ölçeği“ kullanılmıştır. İlk 9 madde, temel beceriler ve kendini ifade etme (TB-KİE), sonraki 5 madde iletişime özen gösterme (İÖG), sonraki 3 madde İlişki kurmaya isteklilik (İKİ), sonraki 5 madde Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim (EDSOI) ve son 3 madde iletişim ilkelerine uyma (İIU) olarak belirlenmiştir. Elde edilen veriler SPSS paket programında analiz edilerek değerlendirilmiştir. İlk olarak ölçeklerin güvenilirlik analizine bakılmış olup, duygusal zekâ ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,764, iletişim becerisi ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,852 bulunmuştur. Daha tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi yapılmıştır.

## 3. BULGULAR

Duygusal zekâ ile iletişim becerisi arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan bu Araştırmanın bulgular kısmında ilk olarak öğrencilerin demografik verilerine yer verilmiştir. Daha sonra duygusal zekâ ile iletişim becerisi arasında korelasyon analizine yer verilmiştir.

**Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Demografik Verilerine Ait Bulgular.**

Sınıf	n	%	Cinsiyet	n	%
1.Sınıf	135	27,4	Kadın	339	68,8
2.Sınıf	95	19,3	Erkek	154	31,2
3.Sınıf	101	20,5	<b>Anne Eğitim düzeyi</b>	n	%
4.Sınıf	162	32,9	İlkokul	209	42,4
<b>Baba Eğitim düzeyi</b>	n	%	Ortaokul	117	23,7
İlkokul	135	27,4	Lise	92	18,7
Ortaokul	105	21,3	Üniversite	75	15,2
Lise	130	26,4			
Üniversite	123	24,9			
Total	493	100,0			

Tablo 1’de görüldüğü üzere Araştırmaya dâhil olanların %27,4’ü birinci sınıf, %19,3’ü ikinci sınıf, %20,5’i üçüncü sınıf ve %32,9’u dördüncü sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Katılımcıların %68,8’i kadın, %31,2’si erkektir. Öğrencilerin baba eğitim düzeyine bakıldığında; %27,4’ü ilkökul, %21,3’ü ortaokul, %26,4’ü lise, %24,9’u üniversite ve mezunudur. Öğrencilerin anne eğitim düzeyine bakılacak olursa; %42,4’ü ilkökul, %23,7’si ortaokul, %18,7’si lise ve %15,2’si ise üniversite mezunudur.

**Tablo 2. Araştırmaya Dâhil Olan Öğrencilerin Duygusal Zekâ ve İletişim Becerileri Arasında Yapılan Korelasyon Analizi Bulguları**

		Duygusal Zekâ	İletişim Becerisi
Duygusal Zekâ	r	1	,121**
	p		,007
	n	493	493
İletişim Becerisi	r	,121**	1
	p	,007	
	n	493	493

n=493 \*\*p<0,001

Tablo 2’de Araştırmaya dahil olan öğrencilerin duygusal zekâ ve iletişim becerileri arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre duygusal zekâ ile iletişim becerisi arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Duygusal zekâ arttıkça iletişim becerisi de artmaktadır.

Tablo 3. İletişim Becerileri Ölçeğinin Alt Boyutlarının Duygusal Zekâyâ Etkisini Gösteren Regresyon Analizi

	<i>B</i>	<i>S.e</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
(Sabit)	2,943	,158		18,65	,000
Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim	,043	,032	,075	1,33	,181
İletişim İlkelerine Uyuma	,071	,022	,153	3,14	,002
İletişime Özen Gösterme	,060	,031	,099	1,99	,049
İlişki Kurmaya İsteklilik	-,007	,025	-,013	-,267	,789
Temel Beceriler ve Kendini İfade Etme	-,083	,042	-,106	-1,97	,049

$R^2= 0,046$   $R= 0,215$   $F= 4,702$   $p<0,05$

Tablo 3’de görüldüğü üzere duygusal zekâ ölçeği ile iletişim becerileri alt boyutları arasında regresyon analizi yapılmıştır. “İletişim ilkelerine uyuma”, “iletişime özen gösterme” ve “temel becerilerle kendini ifade etmen”in duygusal zekâyı yordadığı görülmektedir. c “Etkin dinleme” ve “ilişkiye isteklilik” boyutlarının duygusal zekâyı yordamadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4. Duygusal Zekâ Ölçeğinin Alt Boyutlarının İletişim Becerisine Etkisini Gösteren Regresyon Analizi

	<i>B</i>	<i>S.e</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
(Sabit)	2,738	,164		16,67	,000
İyimserlik ve Ruh Halinin Düzenlenmesi	,441	,041	,439	10,83	,000
Duyguların Kullanımı	-,018	,024	-,035	-,734	,463
Duyguların Değerlendirilmesi	-,131	,032	-,191	-4,07	,000

$R^2= 0,217$   $R= 0,466$   $F= 45,212$   $p<0,05$

Tablo 4’de görüldüğü üzere iletişim becerisi ölçeği ile duygusal zeka ölçeğinin alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, “İyimserlik ve ruh halinin düzenlenmesi” pozitif ve “Duyguların Değerlendirilmesi” negatif düzeyde, iletişim becerisini yordadığı tespit edilmiştir.

#### 4. SONUÇ VE TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinin duygusal zekâ ve iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu Araştırmanın tartışma kısmında, demografik veriler verilip ardından bu iki kavram arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %27,4’ü birinci sınıf, %19,3’ü ikinci sınıf, % 20,5’i üçüncü sınıf ve %32,9’u dördüncü sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Katılımcıların %68,8’i kadın, %31,2’si erkektir. Öğrencilerin baba eğitim düzeyine bakıldığında; %27,4’ü ilkökul, %21,3’ü ortaokul, %26,4’ü lise, %24,9’u üniversite ve mezunudur. Öğrencilerin anne eğitim düzeyine bakılacak olursa; %42,4’ü ilkökul, %23,7’si ortaokul, %18,7’si lise ve %15,2’si ise üniversite mezunudur.

Duygusal zekâ başkalarının duygularını anlayabilme ve onların hissettiklerini hissedebilmesidir. Duygusal zekâsı yüksek olan bireyler karşıdaki anlayıp etkin bir şekilde iletişim kurabilirler. Etkili bir şekilde iletişim kurabilmek ise, karşıdaki kişinin duygularını anlayabilmek ve bu duyguları hissettirebilmekle mümkündür. Bu Araştırma da duygusal zekâ ile iletişim becerisi arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$   $r=121$ ). Duygusal zekâ arttıkça iletişim becerisi de artmaktadır. Ayrıca Araştırmada iletişim ölçeğinin alt boyutlarından, “İletişim ilkelerine uyuma”, “iletişime özen gösterme” ve “temel becerilerle kendini ifade etmen”in duygusal zekâyı yordadığı görülmektedir. “İletişime özen gösterme “ ve “iletişim ilkelerine uyuma” pozitif yönde etkilerken “temel becerilerle kendini ifade edebilme” negatif yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Duygusal zeka ölçeğinin alt boyutlarından, “İyimserlik ve ruh halinin düzenlenmesi” pozitif ve “Duyguların Değerlendirilmesi” negatif düzeyde, iletişim becerisini yordadığı tespit edilmiştir. Literatürde bu kavramlar üzerine yapılan Araştırmalar birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Duygusal zekâsı yüksek olan bireylerin iletişim becerileri de yüksek olduğu veya iletişim becerisi düşük olanların duygusal zekâsının da düşük olduğu (Özcan 2006, Schutte ve ark,2001, Jorfi 2012, Hacıoğlu 2007, Gürşimşek ve

ark 2008, Erdoğan 2008, Kuzu 2008, Göçet 2006) sonucu Araştırmayı destekler niteliktedir. Duygusal zekâsı ve iletişim becerisi yüksek bireyler yaşamın her alanında başarılı olabilmekte, yaşamlarını daha doyumlu ve etkili bir şekilde sürdürebilmektedir. Duygusal zekâ ve iletişim becerilerini arttırabilmek için; Üniversitelerin müfredatlarında duygusal zekâ ve iletişim derslerine geniş yer verilmesi, derslerin yanında seminer, konferans ve panel gibi faaliyetlere ağırlık verilmesi ve bu noktada hem ailelerin hem de öğretim elamanlarına daha duyarlı bir şekilde hareket etmesi önerilmektedir. Ayrıca Araştırmayı daha geniş bir örnekleme yapılarak detaylı bir şekilde irdelenmesi önerilmektedir.

## 5. KAYNAKÇA

- Barut Y, 2015. Duygusal Zekâ Ve İletişim Becerileri İlişkisi: Örgüt Kültürünün Aracı Rolü (İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Ve Kent Hastanesinde Görevli Sağlık Çalışanları Örneği) Yaşar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi. S 27.
- Cooper R. K. Sawaf A. 2003. Liderlikte Duygusal Zekâ, Yönetim ve Organizasyonlarda Duygusal Zekâ. (1. Basım). (Çev. Z. B. Ayman ve B. Sancar) İstanbul: Sistem.
- Erdoğan Y, 2008 Duygusal Zekânın Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, c.7, s.23, ss.62-76, s.75
- Goleman D, 1995. Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ. London: Bloomsbury.
- Göçet E. 2006. Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeyleri ile Stresle Başa çıkma Tutumları Arasındaki İlişki.Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Gürşimşek I.,Vural D.E., Selçioğlu E, 2008. “Öğretmen Adaylarının Duygusal Zekâları ile İletişim Becerileri Arasındaki İlişki”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8 (16), 1-11
- Hacıoğlu, B, 2007. Duygusal Zekânın Örgütsel İletişim Üzerindeki Etkileri ve Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi S.B.E.
- Jorfi H., 2012. Management: A Study of Organizational Culture and the Relationship between Emotional Intelligence and Communication Effectiveness, Journal of Management Research, Vol.:4, No:1
- Korkut Owen F ve Demirbaş Çelik N, Yetişkinlerde Kişilik Özelliklerine Göre İletişim, 18-21 Ekim 2017 Tarihlerinde Gerçekleştirilen II. Uluslararası.
- Kuzu A, 2008. Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Zekâ ve İletişim Becerilerinin Eşdeğer Öğrenim Gören Öğrencilerle Karşılaştırılmalı Olarak Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, s. -80.
- Martinez, M.N, 1997. The Smarts That Count. HR Magazine, 42 (11), 72-78.
- Öz F, 2004. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. Ankara.
- Özcan A. 2006Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. Basım, Ankara:Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti.
- Salovey P. J. D. Mayer 1990. Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, and Personality, 9, 185-211.
- Schuttle NS, Malouff JM, Bobik C, 2001. Coston TD. Emotional Intelligence And İnterpersonal Relations. The Journal Of Social Psychology.141(4):523- 536.
- Shapiro L. E. 2002. Yüksek EQ’lu Bir Çocuk Yetiştirmek (Çev. Ü. Kartal). İstanbul: Varlık
- Tatar A, Tok S, Saltukoğlu G, Klinik Psikofarmoloji Bülteni, Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi, Cilt:21, Sayı:4, s.327, 2011
- Terakye G. 1998. Hasta Hemşire İlişkileri.5. Baskı.Zirve Ofset Ltd.Şti.Ankara.
- Üstün B, Akgün E, Partlak N, 2005.Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi.İzmir, Okullar Yayınevi.
- Yılmaz Karabulutlu E, Yılmaz S, Yurttaş A, 2011. Öğrencilerin Duygusal Zekâ Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2(2):75-79.

## ASSESSMENT OF HOSPITAL SERVICE QUALITY FROM MANAGER, PHYSICIAN AND PATIENT PERSPECTIVE

Nurperihan TOSUN[1]  
Sumeyye ARSLAN KURTULUS[2]  
Burak SAYAR[3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Today, increasing competition conditions, increasing costs, changing the diagnosis and treatment methods with the advancement of technology, and increasing patient expectations increase the importance of service quality in the health sector.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to evaluate hospital service quality from manager, physician and patient perspective.

**Method:** The population and sample of the study consisted of physicians, patients and hospital managers in Sivas Numune Hospital. The study was conducted with 60 participants who voluntarily agreed to participate. Two-part survey method was used as data collection tool. In the first part, the questions about the identifier characteristics of the participants and the second part are the five-dimensional SERVQUAL scale. AHP analysis was performed in the study.

**Findings and Results:** The study was carried out with 20 patients, 20 physicians and 20 managers. 66.7% of the participants were male; 73.3% were married and 76% of them are at undergraduate and graduate level. 70% of the patients participated in the study provided 3 or more applications. According to the results of AHP analysis, the most important service quality dimensions for patients are reliability, responsiveness, assurance, tangibles and empathy respectively. While the most important dimensions of service quality for physicians are tangibles, empathy, assurance, reliability and responsiveness; for hospital managers are empathy, tangibles, reliability, assurance and responsiveness respectively.

**Key Words:** Service Quality, Analytic Hierarchy Process, Hospital

[1]Assistant Professor, Sivas Cumhuriyet University, Institute of Social Sciences, Health Tourism Management, Sivas, Turkey/ nurperihankarabulut@gmail.com

[2] Dr. Research Assistant Istanbul Medeniyet University, Faculty of Health Sciences, Health Management, İstanbul, Turkey/sumeyyears88@gmail.com

[3]Master's Degree syar.burak@gmail.com

### GİRİŞ

Hizmet kalitesi konusu tartışmasız olarak ister hizmet ister üretim olsun bütün sektörlerde olması gereken bir kavramdır. Tüketicilerin beklentileri her zaman yüksek kalitede hizmet almaktır. İşletmeler bu beklentilerin farkında olarak hizmet ve üretim süreçlerini yeniden yapılandırmalıdır. Sürekli gelişen teknoloji de işletmeleri bu yenilenmeye zorlamaktadır. Değişen tüketici davranışları ile birlikte rekabet üstünlüğü kazanma isteği bu değişimlerin bir nedeni olarak görülebilir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek herhangi bir aksaklığın sonuçları tahmin edilenden de kötü olabilir. Herhangi bir uygulamada meydana gelebilecek bir aksilik sakatlanmalara, hastalıklara ve hatta ölümlere neden olabilir, ayrıca maliyetleri de arttırabilir. Bu yüzden kalite Sağlık sektöründe oldukça önemlidir. Genel olarak Sağlık hizmet kalitesi, “Sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Zerenler ve Adem, 2007). Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association’s Council on Medical Service) tarafından hazırlanan raporda, yüksek kaliteli Sağlık hizmetin taşınması gereken özellikler belirtilmiştir (Devebakan, 2006). Buna göre; hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi, sağlığın geliştirilmesi, bakımın zamanında verilmesinin süreklilik arz etmesi, uygun olmayan tedavilerin verilmemesi ve gereksiz yere uzatılmaması ve bakım sürecine hastaların dahil edilmesi, kaynakların etkili ve verimli kullanılması, başka Sağlık profesyonellerinin de değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli tutulması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Sağlık izmet kalitesi, hasta tatminini sağlamada temel olmanın yanında hastanın hizmeti yeniden alma niyetini ve sadakatini de etkileyen önemli bir unsurdur. Bunun için hem kamu hem de özel Sağlık kuruluşları tarafından kalitenin anlaşılması, ölçülmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir (Demirer ve Bülbül, 2014).

Hizmet kalitesi literatürü incelendiğinde, Parasuraman ve arkadaşlarının hizmet kalitesinin tanımı, modeli, boyutları ve ölçümü, sonuçları ile ilgili yaptığı bir dizi Çalışma olduğu görülmektedir (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991; Parasuraman vd., 1985; Parasuraman vd., 1988; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1988; Zeithaml vd., 1996). Bu Araştırmalar sonunda hizmet kalitesinin tanımı yapılmış, kavramsal bir model öne sürülmüş ve hizmet kalitesi modeli temel alınarak 1988 yılında on boyuttan oluşan SERVQUAL ölçüm aracı geliştirilmiş; 1985 yılında ise tekrar revize edilerek beş boyutlu ve 22 maddeden oluşan bir yapı literatüre kazandırılmıştır. Söz konusu beş boyut başka Araştırmalar için temel oluşturmakta ve farklı hizmet kuruluşları için de adapte edilebilmektedir (Parasuraman vd., 1988). Aşağıda yer alan tabloda SERVQUAL ölçeğine ilişkin boyutlar ve tanımlamalar yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları

Boyutlar	Maddeler	Tanımlamalar
Fiziksel Ortam	1-4	Fiziksel varlıklar, ekipman ve personelin görünüşü ile ilgili ifadeler
Güvenilirlik	5-9	Hizmetin ilk defada doğru bir şekilde verilmesi, personelin söz verdiği sözünü tutması ve hizmetin güvenilir bir şekilde yerine getirilmesi ile ilgili ifadeler
Heveslilik	10-13	Personelin müşteriye yardım etme konusunda istekli olması ve istenileni hızlı bir şekilde yerine getirmesi ile ilgili ifadeler
Güvence	14-17	Çalışanların bilgili olmaları ve müşteride güven duygusu yaratma ile ilgili ifadeler
Empati	18-22	Müşteri gibi düşünme, onların özel ihtiyaçlarının farkında olma ve onlara bireysel ilgi gösterme ile ilgili ifadeler

Bu Araştırma için literatürde en fazla kullanılan SERVQUAL modeli temel alınmış, ölçekte yer alan madde ifadeleri ve boyutları Saaty 1-9 ölçeğine uyarlanarak hasta, hekim ve yöneticilerin hizmet kalitesine ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir.

## 2. YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, Sivas Numune hastanesinde Çalışmakta olan uzman hekimler, yöneticiler ve hastane polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Örneklemini ise Çalışmaya katılmayı kabul eden 20 uzman hekim, 20 yönetici ve 20 poliklinik hastası oluşturmaktadır. Dolayısıyla örneklem sayısı 60'tır.

Verilerin toplanmasında soru formu kullanılmıştır. Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde ise hizmet kalitesine ilişkin kriterler yer almakta olup Thomas L. Saaty tarafından geliştirilen 1-9 ölçeği kullanılmıştır. Parasuraman ve ark. (1985) tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin faktörler hizmet kalitesi kriterleri olarak belirlenmiş ve Saaty 1-9 ölçeğine uyarlanmıştır.

Soru formları katılımcılara Araştırmacıların kendileri tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Araştırmada gönüllülük esas alınmış ve soru formu Çalışmaya katılmayı kabul eden hastane hizmet kalitesini değerlendirebilecek hasta, uzman hekim ve yöneticiden oluşan 60 kişiye uygulanmıştır Uygulama 25 Nisan-10 Mayıs 2019 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Kesitsel bir Araştırma olan bu Çalışmada Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) analizi ile katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılırken; AHP analizi için Microsoft Excel programı kullanılmıştır. SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin faktörler, bu Araştırma için hizmet kalitesi kriterleri olarak belirlenmiş ve AHP ile katılımcıların görece olarak belirlenen kriterleri kıyaslamasıyla ağırlıklandırılmıştır. Analitik hiyerarşi Süreci (AHP) 1970'li yıllarda Wharton School of Business'da Thomas L. Saaty tarafından, karmaşık çok kriterli karar verme problemlerinin çözümü için geliştirilmiştir. Kriterler ve önem derecelerinin belirlenmesinde uzman görüşlerine ihtiyaç duyulan bir tekniktir. Uzmanlar yani karar vericiler kriter ve alt kriterleri Saaty'nin 1-9 ölçeği kullanılarak hazırlanmış anketleri doldurarak Karşılaştırırlar. Bu yöntemde karar vericiler tarafından görece olarak kriterler

arasında önem dereceleri belirlenebilmekte ve karar alternatiflerinin öncelik sırası elde edilebilmektedir. (Önder ve Önder, 2015).

Karar vermede, seçeneklerin değerlendirilmesinde birden fazla kriterin olması ve bu kriterlerin verilecek karara etkilerinin eşit olmaması durumunda, AHP ile karar seçeneklerinin ikili Karşılaştırmaları yapılarak seçeneklerin sıralamasını yapmak mümkündür. AHP kriter ve alt kriterlerin önem derecelerini belirleyerek çok boyutlu problemin tek boyuta indirgenmesini sağlamaktadır. Olası birçok sonuç içinde en iyi olanın elde edilebilmesi için kararlar sıralamayı oluşturan öncelik vektörleri ile hesaplanabilmektedir.

Karar verme problemlerinde AHP tekniği kullanırken “Expert Choice” ve “Super Decision” gibi farklı paket programlar kullanılabilir. Bu programlarda model oluşturabilmek için görsel araçlar ve menüler vardır. Ayrıca bir AHP modeli Ms. Excel’de de kolaylıkla modellenmekte ve çözülebilmektedir (Önder ve Önder, 2015). Bu Çalışmada SERQVQUAL hizmet kalitesi faktörleri bunların alt kriterlerinden hangisinin görece daha önemli olduğunu belirlemek için AHP analizi kullanılmıştır.

Araştırma için Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Etik Onay ve Sivas Numune Hastanesi’nden gerekli izinler alınmıştır.

## BULGULAR

Bu bölümde; öncelikle örnekleme ait tanımlayıcı verilerden bahsedildikten sonra, hizmet kalitesi kriterlerinin hasta, hekim ve yönetici gözünden değerlendirilmesini içeren AHP analizine ilişkin bulgulara yer verilecektir.

### Araştırma Örnekleme Ait Tanımlayıcı Veriler

Çalışma 20 hasta, 20 uzman hekim ve 20 yönetici ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılanların %66,7’si erkek; %73,3’ü evli; %56,7’si 30-49 yaş aralığındadır. %17’sinin eğitim durumu lise; %7’sinin ön lisans seviyesinde iken, %76’sının lisans ve lisansüstü seviyededir. Çalışmaya katılan hastaların %30’u 1-2 kez hastaneye başvuru sağlarken %70’i 3 ve üzerinde başvuru sağlamıştır. Araştırmaya dahil olan hekimlerin %70 dahili branşlarda iken; %30’u cerrahi branşlardadır (Tablo 2).

**Tablo 2: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (N=60)**

Tanımlayıcı özellikler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	40	66,7
Kadın	20	33,3
<b>Yaş</b>		
20-29	11	18,3
30-39	23	38,3
40-49	23	38,3
50 ve üstü	3	5,0
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	10	16,7
Ön lisans	4	6,7
Lisans	19	31,7
Lisansüstü	27	45,0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	44	73,3
Bekar	16	26,7
<b>TOPLAM</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>
<b>Hastaların hastaneye gelme sıklığı</b>		
1-2 kez	6	30,0
3 kez ve üzeri	14	70,0
<b>TOPLAM</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Hekimlerin uzmanlık alanları</b>		
Dahili branşlar	14	70,0
Cerrahi branşlar	6	30,0
<b>TOPLAM</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

### Analitik Hiyerarşi Süreci İle İlgili Analiz Sonuçları

AHP Uygulama aşamasında, hasta, hekim ve yöneticilerin yapmış olduğu ikili Karşılaştırmaların geometrik ortalamaları alınarak ikili Karşılaştırma matrisleri elde edilmektedir. Ardından bu matris üzerinde normalizasyon işlemi yapılarak öncelikler vektörü hesaplanmaktadır. Sonraki aşamalarda tüm öncelikler matrisi elde edilmekte ve bu matrisin ortalamalara bölünmesinden sonra tekrar ortalamalar alınarak maksimum değer hesaplanmaktadır. Maksimum değerden kriter sayısı çıkarılıp kriter sayısının bir eksiğine bölünmesi sonucunda uyum indeksi elde edilmektedir. Uyum indeksinin literatürde yer alan rastgele indekse bölünmesiyle de tutarlılık oranı hesaplanmaktadır. Tutarlılık oranının 0,10'un altında olması öncelikler vektöründen elde edilen sıralamanın kullanılabilir olduğunu ifade etmektedir (Önder ve Önder, 2015). Hizmet kalitesi kriterlerine ilişkin hasta, hekim ve yöneticilerin ikili kıyaslamalarının geometrik ortalamalarından elde edilen ikili Karşılaştırma matrisi ve hesaplamalar sonucunda elde edilen öncelikler vektörü Tablo 2 Tablo 3 ve Tablo 4'de sunulmuştur. İkili Karşılaştırma matrisleri daha sonra normalize edilerek öncelikler vektörü hesaplanmıştır. Ardından tüm öncelikler matrisi elde edilmiştir. Bu hesaplamalardan Excel yardımı ile maksimum değeri, uyum indeksi ve rastgele indeks kullanılarak ikili Karşılaştırmaların kullanılabilirliğini gösteren uyum indeksi hesaplanmıştır. Uyum indeksi hesabına göre elde edilen değer sırasıyla hekimlerde 0,002; hastalarda 0,006 ve yöneticilerde 0,003 olarak tespit edilmiş ve tüm gruplarda elde edilen değerler 0,10'dan küçük olduğundan Karşılaştırmaların tutarlı ve kullanılabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3'e göre hekimler Açısından hizmet kalitesi boyutlarından en önemli boyut fiziksel faktörler iken; sırayı empati, güvence ve güvenilirlik ve son olarak heveslilik takip etmektedir. Tablo 4'e göre hastalar Açısından hizmet kalitesi boyutlarından en önemli boyut güvenilirlik iken; sırayı heveslilik ve güvence, fiziksel özellikler ve empati takip etmektedir. Tablo 5'e göre yöneticiler Açısından hizmet kalitesi boyutlarından en önemli boyut empati iken; sırayı güvenilirlik ve fiziksel özellikler, güvence ve heveslilik takip etmektedir.

**Tablo 3. Hizmet Kalitesi Ana Kriterlerin Kıyaslanması (Hekimler)**

KRİTERLER	F	G	H	GU	E	ÖNCELİKLER VEKTÖRÜ
F	1,00	1,48	1,80	1,50	0,90	0,33
G	0,67	1,00	1,25	1,02	0,80	0,23
H	0,55	0,80	1,00	0,81	0,78	0,19
GU	0,66	0,98	1,23	1,00	0,88	0,23
E	1,11	1,25	1,28	1,13	1,00	0,28
<b>TOPLAM</b>	3,99	5,51	6,56	5,46	4,36	
CR=0,002						

**Tablo 4. Hizmet Kalitesi Ana Kriterlerin Kıyaslanması (Hastalar)**

KRİTERLER	F	G	H	GU	E	ÖNCELİKLER VEKTÖRÜ
F	1,00	0,68	0,67	0,89	1,25	0,15
G	1,48	1,00	1,14	1,02	1,14	0,19
H	1,49	0,88	1,00	1,05	1,10	0,18
GU	1,12	0,98	0,95	1,00	1,31	0,18
E	0,8	0,88	0,90	0,76	1,00	0,14
<b>TOPLAM</b>	5,89	4,42	4,66	4,72	5,80	
CR=0,006						



**Tablo 5. Hizmet Kalitesi Ana Kriterlerin Kıyaslanması (Yöneticiler)**

KRİTERLER	F	G	H	GU	E	ÖNCELİKLER VEKTÖRÜ
F	1,00	1,00	1,54	0,99	0,90	0,22
G	1,00	1,00	1,18	1,18	1,01	0,22
H	0,65	0,85	1,00	1,07	0,81	0,18
GU	1,01	0,85	0,93	1,00	0,82	0,19
E	1,10	0,99	1,23	1,21	1,00	0,23
<b>TOPLAM</b>	4,76	4,69	5,88	5,45	4,54	
CR=0,003						

### Sonuç

Hekimler Açısından hizmet kalitesi boyutlarından en önemli boyut fiziksel faktörler iken; sırayı empati, güvence ve güvenilirlik ve son olarak heveslilik takip etmektedir. Hastalar Açısından hizmet kalitesi boyutlarından en önemli boyut güvenilirlik iken; sırayı heveslilik ve güvence, fiziksel özellikler ve empati takip etmektedir. Yöneticiler Açısından hizmet kalitesi boyutlarından en önemli boyut empati iken; sırayı güvenilirlik ve fiziksel özellikler, güvence ve heveslilik takip etmektedir.

Kalite, tüm örgütler gibi Sağlık kurumlarının da başarısında kritik rol oynamaktadır. Bu Çalışma, hastanenin hizmet sunum sürecini tasarlamadan önce hasta hekim ve yöneticilerin hizmet kalitesine yönelik değerlendirmelerinin göz önünde bulundurulması gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Çalışma ile hizmeti sunan ve alan taraflar arasında hizmet kalitesi algılamalarına ilişkin uyumsuzluk olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan hasta, hekim ve yöneticilerin beklentilerinin doğru bir şekilde saptanması, beklentilerle eşleşecek şekilde kalite standartlarının planlanması oldukça önemlidir.

### Kaynaklar

- Demirer, Ö., & Bülbül, H. (2014). Kamu Ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini Ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(2), 95-119.
- Devebakan, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite.
- Önder, G., & Önder, E. (2015). “Analitik Hiyerarşi Süreci” (Ed. Bahadır Fatih Yıldırım, & Emrah Önder içinde, Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri. Dora Basım Yayım Dağıtım, Bursa.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991). Refinement And Reassessment Of The Servqual Scale. *Journal Of Retailing*, 67(4), 420.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications for Future Research. *The Journal Of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perc. *Journal Of Retailing*, 64(1), 12.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., ve Parasuraman, A. (1988). Communication And Control Processes In The Delivery Of Service Quality. *The Journal Of Marketing*, 35-48.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., ve Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences Of Service Quality. *The Journal Of Marketing*, 31-46.
- Zerenler, M., ve Adem, Ö. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesive Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya ÖRNEĞİ. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(18), 501-519.

## AN ASSESSMENT OF THE QUALITY OF HEALTH CARE RECEIVED BY FOREIGN RESIDENTS IN TURKEY AND IN THEIR OWN COUNTRY: THE CASE OF ALANYA

Yavuz YILDIRIM1  
Şahin KAVUNCUBAŞI2

### ABSTRACT

This study sought to investigate the differences in the quality of the healthcare services received by the foreign residents living in Alanya both in Alanya and in their own countries. The comparison was based on SERVQUAL model with focus on dimensions such as reliability, responsiveness, assurance, empathy and concrete/physical aspects.

The study population consisted of 8.124 foreign residents from 99 countries, who lived in Alanya in 2016 as landlords or tenants under a permanent residence permit. The study sample, on the other hand, comprised the foreign residents in the study population, who received healthcare services in Alanya or in their own countries. Thus, the study was performed with 469 foreign residents by way of a questionnaire between 20.02.2018 and 30.06.2018.

The study results have shown that foreign residents lay great emphasis on the physical properties of healthcare institutions, followed by dimensions of empathy and responsiveness. The study has further shown that they have a more positive picture of their own country with respect to the dimensions of physical properties, reliability and empathy. In respect of responsiveness and assurance, on the other hand, they have a more positive perception of the healthcare services they receive in Alanya when compared with services in their own country. Based on the general SERVQUAL scores concerning the expectations and perceptions of the foreign residents living in Alanya regards healthcare services they receive in Alanya and in their own countries, the study has revealed that the general SERVQUAL scores of the foreign residents regarding their own countries are lower than the ones concerning the general SERVQUAL scores regards Alanya.

**Key Words:** Foreign Residents, Quality, Alanya

1 Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Öğrencisi/yavsut@gmail.com

2 Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi/sahin@baskent.edu.tr

### 1.GİRİŞ

Dünya genelinde göçmen sayısı giderek artın hızla yükselmekte olup (IOM, 2017), Türkiye’de de yerleşik yabancı sayısı ve hedef ülke konumu giderek artmaktadır ( İçişleri Bakanlığı, 2017). Göç hareketlerinin önemli bir bölümü savaş, işsizlik, siyasal baskı vb. zorunlu nedenlerden kaynaklanırken, bir kısmı da daha iyi hayat sürmek gibi gönüllü nedenlerden ortaya çıkmaktadır. Türkiye 1990’lı yıllardan itibaren özellikle Rusya ve AB ülkelerinden gönüllü nedenlerden kaynaklanan göçlerle karşı karşıyadır. Türkiye’ye gelip burada uzun süreli ikamet eden kişiler yerleşik yabancı olarak adlandırılmaktadır. Bu kişilerin büyük bir bölümü kendi ülkelerinde emekli olup, iklim, tarihi özellikler, farklı kültürleri tanıma amacıyla Türkiye’ye yerleşmişlerdir. Yabancıların ağırlıklı bir bölümü İstanbul, Antalya ve Muğla gibi tarihi ve turistik yerleri tercih etmektedirler.

#### 1.1.Hasta Memnuniyeti ve SERVQUAL

Hasta memnuniyeti Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerden biridir. Hastaların istek ve beklentilerinin karşılanma derecesi olarak tanımlanan hasta memnuniyeti, hastaların beklenti ve algılarının bir sonucu olarak görülmektedir.

SERVQUAL Modeli ve ölçeği de bu varsayım üzerine dayandırılmaktadır (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985). SERVQUAL modeline göre memnuniyet, Memnuniyet: Algı-Beklenti şeklinde formüle edilmektedir.

Algı ve beklenti arasındaki fark yani “boşluk (gap)” memnuniyet derecesini göstermektedir. SERVQUAL modelinde hizmetten yararlanan kişiler aldıkları hizmetlerin kalitesini beş boyutu (kriteri) dikkate alarak gerçekleştirilmektedirler. Bu boyutlar memnuniyet derecesini etkileme düzeyleri bakımından Tablo 1’de özetlenmiştir.

**Tablo 1. Boyutların Memnuniyeti Etkileme Düzeyleri**

BOYUTLAR/KRİTERLER	TANIM	ETKİLEME DÜZEYİ
Güvenilirlik	Verilmesi gereken hizmetleri doğru şekilde vermek,	% 32
Cevap Verebilirlik	Hastalara yardımcı olmak ve zamanında hizmet vermek	% 22
Güvence	Personelin yetkinliği, içtenliği, güven oluşturma yeteneği	% 19
Empati	Her hastaya özel ilgi gösterilerek hizmet sunulması	% 16
Somut (Fiziksel) Özellikler	Hizmet ortamının, ekipmanların ve personelin genel görünümü	% 11

Kaynak: Berry, Parasuraman, Zeithaml (1994).

## 2.AMAÇ VE YÖNTEM

Yerleşik yabancılar Türk Sağlık sistemiyle de etkileşim halindedirler. Bu Çalışmanın amacı, yerleşik yabancıların hem kendi ülkelerinde hem de Alanya’da sunulan Sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ölçmek ve Karşılaştırmaktır. Bu Karşılaştırmaların;

1. Alanya’da sunulan Sağlık hizmetlerinin yerleşik yabancılar tarafından nasıl algılandığını belirleyerek, hasta memnuniyetini artırmaya yönelik önlem, politika ve stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı,
2. Yabancı hasta memnuniyetiyle ilgili potansiyel gelişme (sorun) alanlarının belirlenmesini kolaylaştıracağı,
3. Türkiye’ye gelmek isteyen göçmenlerin en azından Sağlık hizmetleri ile ilgili konularda daha bilgili karar almalarına katkı sağlayacağı beklenmektedir.

### 2.1.Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Alanya ilinde ikamet eden yerleşik yabancılar oluşturmaktadır. 2016 yılında dünyanın 99 ülkesinden Alanya’da ikamet etmekte olan yabancı sayısı 8.124 kişi olup, yerleşik yabancıların oransal dağılımına bakıldığında Rusya, AB ülkeleri ve İran uyruklulardan oluştuğu görülmektedir (<https://www.altso.org.tr/yayinlarimiz/alanya-ekonomik-rapor/alanya-ekonomik-rapor-2016/>). Araştırma 20/02/2018 tarihi ile 30/06/2018 tarihleri arasında 469 yerleşik yabancı ile yapılmıştır.

### 2.2.Veri Toplama Aracı

Veri toplama amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Anket (1) demografik bilgiler, (2) SERVQUAL ve (3) Sağlık hizmetlerinden memnuniyet bölümlerinden oluşmaktadır. Bu Çalışmada demografik bilgiler ve SERVQUAL bölümleriyle toplanan veriler kullanılmıştır. SERVQUAL ölçeği, beş kalite boyutu ile ilgili beklenti ve algıların ölçülmesini hedeflemektedir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Işık ve diğerleri (2011) tarafından yapılmıştır.

## 3.BULGULAR

Araştırma örneklemini oluşturan bireylerin geldikleri ülke, medeni durum, meslek, eğitim ve gelir düzeylerine göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler**

<b>Orjin</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rusya	159	33,9
Almanya	159	33,9
İngiltere	30	6,4
Hollanda	22	4,7
Finlandiya	27	5,8
Danimarka	14	3,0
İsveç	14	3,0
Norveç	12	2,6
İran	15	3,2
Polonya	17	3,6
<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evli	260	55,4
Bekar	135	28,8
Dul	74	15,8
<b>Meslek</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Emekli	261	55,7
Çalışıyor	208	44,3
<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	326	69,5
Erkek	143	30,5
<b>Yaş</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
35 ve altı	54	11,5
36-45	62	13,2
46-55	83	17,7
56-65	81	17,3
66-75	146	31,1
76-85	43	9,2
<b>Eğitim</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İlkokul	27	5,8
Ortaokul	116	24,7
Lise	148	31,6
Üniversite	147	31,3
Yüksek lisans	28	6,0
Doktora	3	,6
<b>Gelir</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
500-1000 €	204	43,5
1001-1500 €	141	30,1
1501-2000 €	61	13,0
2001-2500 €	31	6,6
2501-3000 €	16	3,4
3001 € ve üzeri	16	3,4

**Tablo 3. Beklenti ve Algılar**

Boyutlar	Beklenti		Algı (Kendi Ülkesi)		Algı (Alanya)		t
	$\bar{X}$	$\sigma_x$	$\bar{X}$	$\sigma_x$	$\bar{X}$	$\sigma_x$	
Fiziksel	5,48	0,65	5,38	0,43	4,29	0,41	4,23*
Güvenilirlik	3,94	0,36	4,00	0,37	3,58	0,51	33,2*
Cevap Verebilirlik	4,03	0,34	4,14	0,32	4,22	0,29	8,82*
Güvence	3,68	0,50	3,71	0,49	5,24	0,55	5,43*
Empati	4,45	0,35	4,54	0,46	4,22	0,37	12,2*

\*p< 0,01

Tablo 3’de yerleşik yabancıların Sağlık hizmetlerine ilişkin beklenti düzeyleri ile kendi ülkeleri ve Alanya’daki Sağlık hizmetlerine ilişkin algı düzeyleri verilmiştir. Yerleşik yabancıların öncelikli olarak Sağlık kurumunun fiziksel özelliklerinin büyük önem attıkları; empati ve cevap verebilirlik boyutlarının fiziksel özelliklerden sonra geldiği anlaşılmaktadır.

Kalite algıları ele alındığında ise yerleşik yabancıların fiziksel özellikler, güvenilirlik ve empati boyutları Açısından kendi ülkelerini daha olumlu değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Cevap verebilirlik ve güvence boyutları Açısından ise Alanya’daki Sağlık hizmetleri ile ilgili algılarının, kendi ülkelerine oranla daha olumlu olduğu görülmektedir. SERVQUAL boyutlarına göre algı düzeyleri arasında gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (P <0,01).

**Tablo 4. SERVQUAL Skorları**

Boyutlar	SERVQUAL (Kendi ülkesi)		SERVQUAL (Alanya)		t
	$\bar{X}$	$\sigma_x$	$\bar{X}$	$\sigma_x$	
Fiziksel	0,10	0,79	0,24	0,88	4,23*
Güvenilirlik	-0,06	0,50	-0,28	0,50	33,2*
Cevap Verebilirlik	-0,10	0,47	-0,19	0,44	8,82*
Güvence	-0,03	0,73	0,09	0,73	5,43*
Empati	-0,09	0,55	0,15	0,54	12,2*
GENEL	-0,18	1,98	0,02	2,00	4,89*

\*p< 0,01

Tablo 4’de yerleşik yabancıların hem kendi ülkeleri hem de Alanya’daki Sağlık hizmetlerine ilişkin beklenti ve algıları arasındaki fark olarak tanımlanan SERVQUAL skorları verilmiş ve skorların Alanya lehine olduğu görülmüştür.

#### 4.SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan Çalışmada yerleşik yabancıların öncelikli olarak Sağlık kurumunda öncelikli olarak fiziksel özelliklere dikkat ettikleri; empati ve cevap verebilirlik boyutlarının fiziksel özelliklerden sonra geldiği anlaşılmaktadır. Kalite algıları ele alındığında ise yerleşik yabancıların fiziksel özellikler, güvenilirlik ve empati boyutları Açısından kendi ülkelerini daha olumlu değerlendirdikleri cevap verebilirlik ve güvence boyutları Açısından ise Alanya’daki Sağlık hizmetleri ile ilgili algılarının, kendi ülkelerine göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Yerleşik yabancıların hem kendi ülkeleri hem de Alanya’daki Sağlık hizmetlerine ilişkin beklenti ve algıları arasındaki genel SERVQUAL skorları incelendiğinde yerleşik yabancıların kendi ülkesi genel SERVQUAL skorlarının, Alanya’daki SERVQUAL skorlarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Alanya lehine olduğu görülen SERVQUAL skorlarının yerleşik yabancıların kaliteli Sağlık hizmet tercihinde önemli bir rol oynayacağı düşünüldüğünde memnuniyetlerinin de artacağı ve kendi ülkelerindeki Sağlık hizmet yerine Alanya veya Türkiye’deki Sağlık hizmetini tercih edecekleri ve dolayısıyla tanıdıkları için de tercih ve tavsiye nedeni olacağı ayrıca Sağlık turizmine de katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2017). Türkiye’de Yasal Olarak İkamet Eden Yabancıların Profili ve Yaşam Koşulları, Ankara.
- International Organization for Migration (IOM) (2017). World Migration Report 2018. Geneva: International Organization for Migration.
- Işık, O., Tengilimoğlu, D., ve Akbolat, M. (2011). Measuring health care quality with the SERVQUAL method: a comparison in public and private hospitals. *Healthmed*, 5(6), 1921-1930.
- Berry, L.L., Parasuraman, A., and Zeithaml, V. A. (1994). Improving service quality in America: Lessons learned , *Academy of Management Executive*, 8(2), 32-45.
- Parasuraman A, Zeithaml V.A, Berry L.L. (1985) . A conceptual model of service quality and implications for future research. *Journal of Marketing* 49,41-50.
- <https://www.altso.org.tr/yayinlarimiz/alanya-ekonomik-rapor/alanya-ekonomik-rapor-2016/>

## HASTA ODAKLI BİR YAKLAŞIM: BİYOPSİKOSOSYAL MODEL ÜZERİNE KAVRAMSAL BİR İNCELEME

### A PATİENT-FOCUSED APPROACH: A CONCEPTUAL ANALYSIS ON BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

Kevser SEZER KORUCU<sup>1</sup>  
Osman ŞENOL<sup>2</sup>

#### ÖZET

Hekimlerin günde bakacağı hasta sayısı göz önünde bulundurulduğunda, hastalarına medikal bir yaklaşımla tedavi sunması durumu kaçınılmaz olmakta ve her geçen gün artış göstermektedir. Hekimlerin hastalığın tedavi sürecinde sadece medikal boyutları değil de, hastalığın psikolojik, sosyolojik, davranışsal açıdan ele alarak tedavi sürecini başlatması gerekmektedir. Bu noktada biyopsikososyal yaklaşım devreye girmektedir. Biyopsikososyal model; Sağlık ve hastalık durumlarının muhtemel tüm yönlerini bütüncül bir bakış açısıyla ele alan; biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden hastalıkları değerlendiren önleyen bir modeldir. Bu model de tek bir hastalık nedenine odaklanmaktan ziyade, hastalığı etkileyen tüm faktörleri göz önünde bulundurulması hedeflenmektedir. Bu yaklaşım, hastalıkların tedavi sürecinde tamamlayıcı ve bütüncül olarak hastalığı değerlendirme fırsatı verdiği için hem hasta hem de hastalık odaklı bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada hasta olan bireylerin sağlığına kavuşması için biyopsikososyal şartların gerekliliği üzerinde durulmuş, konuyla ilgili çalışmalardan faydalanılarak literatür taraması yapılmış ve biyopsikososyal modelin hasta perspektifinden ele alınması amaçlanmıştır. Çalışmada yöntem olarak literatür taraması yapılmış olup, Sağlıkta hasta odaklı bir yaklaşım olarak karşımıza çıkan biyopsikososyal modelin bileşenlerine değinilmiş, hastalığı etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin neler olduğu ortaya konmuş ve Türk Sağlık sisteminde hasta odaklı yaklaşımın gerekliliği üzerine tartışılmıştır. Klinik problemlerin bakımını etkili bir şekilde yapabilmenin yolu, hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerini anlamaktır. Kişinin vücudundaki ağrı, iltihap, sistemsel ve dokusal problemler, aşırı yüklenme gibi biyolojik problemlerin yanı sıra inançların, düşüncelerin, bilgi düzeylerin, hislerin, yaşadığı toplumun, kültürün, arkadaş çevresinin kişinin sağlığı üzerindeki etkileri kaçınılmazdır. Biyopsikososyal modelin aile hekimliği ve psikiyatri gibi alanlarda daha çok kullanılması gerektiği ayrıca kronik rahatsızlık, cerrahi gibi branşlarda da uygulanmasının gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Biyopsikososyal model hastalıkların yapısına göre değil de, her kişide hastalığın farklı seyir göstereceği 'Hastalık yoktur, Hasta vardır' mottosu ile bilinmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Biyopsikososyal Model, Hasta Odaklı Yaklaşım, Hasta

#### ABSTRACT

Considering the number of patients treated by physicians per day, the fact that physicians offer treatment to their patients with a medical approach is inevitable and increases day by day. Physicians should initiate the treatment process not only in medical aspects but also in psychological, sociological and behavioral aspects. At this point, a biopsychosocial approach emerges. Biopsychosocial model; taking a holistic view of all possible aspects of health and disease situations; It is a model that prevents biological, psychological and sociological evaluations of diseases. This model is intended to take into account all factors affecting the disease rather than focusing on a single cause of the disease. This approach can be considered both as a patient and as a disease-oriented approach because it gives the opportunity to evaluate the disease in a complementary and holistic way in the treatment process of diseases. In this study, it was emphasized the necessity of biopsychosocial conditions for the health of the patients. The literature review was made by using the studies on the subject and it was aimed to examine the biopsychosocial model from the perspective of the patient. As a method in the study, literature review has been done and the components of the biopsychosocial model which is a patient - oriented approach in health have been mentioned, the biological, psychological and social factors affecting the disease are discussed and the necessity of a patient-centered approach in the Turkish health system is discussed. We

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, kevserkorucu@sdu.edu.tr

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, osmansenol@sdu.edu.tr

propose a biopsychosocial-oriented clinical practice whose include self-awareness, active cultivation of trust; self-calibration as a way to reduce bias; educating the emotions to assist with diagnosis and forming therapeutic relationships; and communicating. The aim of this course is to understand the biological, psychological and social factors of patients. In addition to biological problems such as pain, inflammation, systemic and textural problems, overloading in a person's body, the beliefs, thoughts, knowledge levels, feelings, society, culture, friends the effects on one's health are inevitable. It was concluded that biopsychosocial model should be applied in branches such as family medicine and psychiatry, and also in chronic diseases and surgery. Biopsychosocial model not according to the structure of diseases; It is known with the motto. "There is no disease, there is a patient".

**Key Words:** Biopsychosocial model, Patient Centered Approach, Disease

## GİRİŞ

Biyopsikososyal model, Sağlık ve hastalık davranışlarını etkileyen faktörleri biyolojik özellikler (genler gibi), davranışsal faktörler (yaşam tarzı, stres ve Sağlık inancı gibi) ve sosyal koşullar (kültürel etkiler, aile ilişkileri ve sosyal destek gibi) olarak görmektedir. Sağlık psikologları, insanların Sağlık ve hastalığın psikolojik ve duygusal yönleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmak için Sağlık uzmanları ve hastalar ile birlikte Çalışmaktadır. Örneğin; tıbbi tedaviler, kilo verme programları, sigarayı bırakma vb. Biyopsikososyal model genellikle egzersiz beslenme programları gibi Sağlıklı yaşamı arttırmaya yöneliktir ve bireylerin sağlığını geliştirmek, daha Sağlıklı yaşama teşvik etmek gibi durumlara odaklanmaktadır. Biyopsikososyal model; Sağlık ve hastalık durumlarının muhtemel tüm yönlerini bütüncül bir bakış açısıyla ele alan; biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden hastalıkları değerlendiren önleyen bir modeldir. Bu model de tek bir hastalık nedenine odaklanmaktan ziyade, hastalığı etkileyen tüm faktörleri göz önünde bulundurulması hedeflenmektedir. Bu yaklaşım, hastalıkların tedavi sürecinde tamamlayıcı ve bütüncül olarak hastalığı değerlendirme fırsatı verdiği için hem hasta hem de hastalık odaklı bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

## YÖNTEM

Çalışma, literatür taramasına dayalı bir teorik Araştırma niteliğini taşımaktadır. Literatürde var olan çalışmalar değerlendirilmiş ve Çalışmada yöntem olarak literatür taraması yapılmış olup, Sağlıkta hasta odaklı bir yaklaşım olarak karşımıza çıkan biyopsikososyal modelin bileşenlerine değinilmiş, hastalığı etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin neler olduğu ortaya konmuş ve Türk Sağlık sisteminde hasta odaklı yaklaşımın gerekliliği üzerine tartışılmıştır.

## BULGULAR

### Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım

Biyopsikososyal model 1977 yılında George Engel tarafından geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Çevresel ve psikolojik stres, birey için muhtemel patojen olarak ifade edilmektedir. Hastaneye başvuran bir hastanın klinik sorunlarına en iyi yanıt verebilme sisteminin, hastaların biyolojik psikolojik ve sosyal etkenleri ele almak olduğu ifade etmiştir (Engel 1978: 170). Engel (1978:171), hastalıkları hastaların yaşam amaçlarına, inançlarına, yaşadığı çevresel faktörlere göre değiştiğini ifade etmektedir. Aslında Engel biyomedikal hastalık modelinden memnun olmadığı için hastalıkların sadece klinik boyutlarından ziyade psikolojik ve sosyolojik yönden ele alınması gerekliliğini ifade etmiştir. Engel'e göre hekimler hastaları biyolojik psikolojik, sosyal durumlarını göz önüne alarak hastalığı bu şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (George ve Engel 1980: 536). Engel bu modeli, hasta-merkezli klinik yöntem, medikal antropoloji, aile sistemleri tıbbi olarak da adlandırmaktadır (George ve Engel 1980: 536; Borrell-Carrió, 2004: 576).

Biyopsikososyal model, hasta merkezli bütüncül bir yaklaşımdır. Bu modelde hekim hem hastayı hem de hastanın hastalığını anlamaya Çalışmaktadır. Ancak bu yaklaşımda klinik verilerini ölçmek için nesnel verilerin bulunmaması ortaya çıkış aşamasında eleştirilmiştir. Ancak bu modele göre hastalıklar belirli bir sistem dâhilinde ortaya çıkmaktadır. Hastalıklar hücreden organa, organdan aileye ve topluma farklı şekillerde hiyerarşik bir düzen içindeymiş gibi büyük yapıdaki birimleri birer kontrol mekanizması olarak görmektedir (Frankel vd., 2004: 75).

### Sağlık ve Hastalık Açısından Biyopsikososyal Yaşamın Şartları



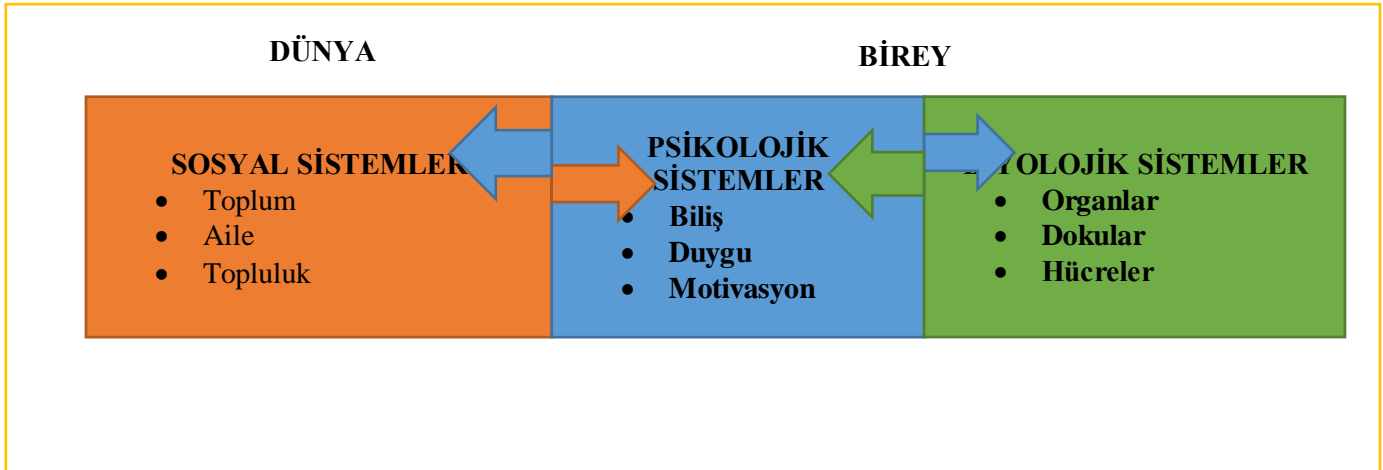
Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için biyopsikososyal özelliklerin bir arada bulunması gerekmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşam şartlarını geliştirmek için koruyucu faktörlere önem verilmesi, sağlığın gelişmesi ve iyileşmesi için temel olarak ele alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, refahın artırılması, aile hayatında mutlu bireyler olmak, eğitimin erişilebilir olması, tatmin edici bir mesleğe sahip olmak, güvenlik gibi durumlar Sağlık üzerinde etkili olmaktadır.

Biyopsikososyal model aslında bir Sağlık ve hastalık modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalıkla ilgili bazı sorunlar kavramsal iken bazıları nedenseldir. Nedensel sorunlar; risk faktörlerinin hastalık mekanizmalarının belirlenmesi, klinik terapötikler ve tedavi teknolojilerinin geliştirilmesi ile ilgili iken, kavramsal faktörlerin arasında hastalığın anlamı, hastalığı atfetme, hastalığın ne olup ne olmadığını anlama gibi etkenler bulunmaktadır (Bolton ve Gillet, 2019: 111). Aslında biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin Sağlık ve hastalığıdaki rolü yadsınmaz bir gerçektir. Anlaşılması zor olan şey biyopsikososyal modelin önerdiği gibi sağlığın bu bileşenlerden nasıl etkilendiğini ortaya koymaktır.

Bir Sağlık profesyoneli bireylerin Sağlık veya hastalıklarını anlamada “Kişiyi bütün olarak ele alması gerekmektedir. Çünkü insan davranışlarını ve altında yatan nedenleri anlamak karmaşıktır. Birçok Sağlık uzmanı bireylerin yaşamlarını Sağlık ve hastalık anlayışı içinde değerlendirmek için çaba göstermektedir. Bu durumda biyopsikososyal model devreye girerek aroma ve şifalı bitkiler veya sağlığın geliştirilmesi için tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

Nasıl ki vücudumuz bir sistem olarak kabul edilir ve bağışıklık sistemi sinir sistemi gibi alt sistemleri içerirse, dokulardan hücrelerden oluşan bireydeki herhangi bir rahatsızlıkta sistemler devreye girerek daha fazla zarara karşı bireyi korursa, toplumsal olarak ta aile de meydana gelen herhangi bir rahatsızlık toplumdaki ilişkileri, aile ile ilişkileri etkileyebilmektedir (Sarafina ve Smith, 2011: 14). Biyopsikososyal modelde tam olarak bu değişkenlerin birbiri ile etkileşimde olduğu söylenebilir. Aşağıdaki şekilde biyopsikososyal modelin sistem etkileşimi verilmiştir. Şekilde sosyal psikolojik ve biyolojik sistemlerin alt sistemlerinin neler olabileceğine yer verilmiş, her bir sistemin diğer sistemlerden herhangi birini etkileyebildiğini veya etkilendiğini söylemek mümkündür.

**Şekil 1:** Biyopsikososyal Modelin Sistemleri



biyopsikososyal model de hastalıklar biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak ele alınarak hastalığı önleyici bir yaklaşımla ele alınmaktadır (Havelka vd., 2009: 305).

Engel'in sistemler hiyerarşisinden yola çıkarak öne sürdüğü biyopsikososyal modele göre hastalığın tam olarak anlaşılması için hasta-hekim ilişkisi, aile ve sosyal çevre, biyolojik faktörlerle bağlantılı olarak ele alınması gerekmektedir. Hasta merkezli tedavi için tüm bu değişkenlere hekimin dikkat etmesi ve kapsamlı bir şekilde hastayı tedavi etmesi gerekmektedir (Engel 1978: 170). Örneğin; göğüs ağrısı ile acil servise başvuran bir hastanın daha önceden geçirmiş olduğu kalp krizi öyküsünün olduğunu ve yeni bir kalp krizi geçirmekten korktuğunu varsayarsak; acil servisteki doktorun kalp krizi şüphesi ile damar yolu açma işlemini birkaç kez denediği halde başarısız olduğunu ve hastayı hem korku hem de aşırı derecede ağrı duyumu ile korkusunu, tedirginliğini arttırdığını ifade edersek; hastanın bir müddet sonra kalp krizi geçiriyor olması ve acil ekibinin müdahaleleri sonucunda hayat döndürülmesini biyomedikal bakış açısı vücudun kalp krizine verdiği patofizyolojik bir yanıt olarak görmektedir. Ancak biyopsikososyal bakış

açısına göre; hastanın ağrılarının korkularının, kaygılarının hastanın kalp krizi oluşumunu tetiklediğini kabul etmektedir. Çünkü biyopsikososyal modele göre, doktor hastası ile iletişime geçebilseydi, psikolojik olarak hastanın kaygılarından haberdar olsaydı olası bir kalp krizinin önüne geçmiş olacaktı. Bu nedenle biyopsikososyal model hasta-hekim ilişkisi, tanı-tedavi süreci, psikolojik faktörleri de göz önünde bulundurarak kapsamlı olarak hastalığı ortaya çıkaran bütün faktörleri incelemektedir (Frankel vd., 2004: 75).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Biyopsikososyal model; Sağlık ve hastalık durumlarının muhtemel tüm yönlerini bütüncül bir bakış açısıyla ele alan; biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden hastalıkların değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisindeki entegrasyonunu dikkate alan bir modeldir. Bu sayede hastalıkların tek bir yönüne, tek bir organa yahut tek bir hastalık nedenine odaklanılmayıp tüm bileşenlerinin tanınması hedeflenilmektedir. Biyopsikososyal modelin diğer tıp paradigmalarına alternatif bir model olmadığını, onların eksikliklerini tamamlayıcı ve hatta onları birçok farklı yönden geliştirici bir model olduğu söylenebilir. Bu anlayışa göre yaşam koşulları, çevre, inançlar, iş çevresi, aile, beslenme şartları, bireyin eğitim düzeyi, kültürel değerleri bir bütün olarak ele alınmalı ve hastalıkların tedavisinde bu değerlere daha çok önem verilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal süreçlerin yaşam standartları ve Sağlıkları üzerinde etkisi olduğunu öne sürmekte ve biyomedikal modele karşıt olarak hastaların duygusu, fiziksel çevresi, yaşantısı, içinde bulunduğu yaşam şartları, beslenmesi ile bir bütün olarak değerlendirerek ele almaktadır.

## KAYNAKÇA

- Bolton D., Gillet G., (2019) *The Psychosocial Model of Health and Disease*, Palgrave Edt. Doi: 10.1007/978-3-030-11899-0\_4.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181.
- George, E., & Engel, L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry*, 5, 535-544.
- Frankel, R., Quill, T., & McDaniel, S. (2004). The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. *The Permanente Journal*, 8(3), 75.
- Havelka, M., Despot Lučanin, J., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model—the integrated approach to health and disease. *Collegium antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Sarafina, E.P., Smith W.T., (2011), *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 7.Baskı, John Wiley Sons Inc.

## SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AFİLİASYON UYGULAMASINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

### KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF HEALTH EMPLOYEES FOR THE APPLICATION OF AFFILIATION: A COMPARATIVE ANALYSIS

Tuğçe TOPÇU<sup>1</sup>  
Musa ÖZATA<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Literature has been reviewed in relation to the issue of affiliation in health institutions and no information was found about the knowledge and attitudes that affiliation applications of those working in the health sector in Turkey. for this reason, the problem statement of the research is determined as “What are the Knowledge and Attitudes of Health Workers towards Affiliation Application?”.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to reveal the knowledge and attitudes of the health workers working in Ahi Evran University E.A.H which is affiliated and AİBU Bolu İzzet Baysal E.A.H, who are in affairs, and to make the necessary evaluations on these. In this way, the study is thought to contribute to the literature.

**Method:** The study mainly consists of health workers working in Ahi Evran University E.A.H and AİBU İzzet Baysal E.A.H, which is entered into affiliation process. In this study, mixed research method was used to use qualitative and quantitative methods. Data collection activity of the study within the scope of qualitative research; by in-depth interviews with the participants, and the data collection activity within the scope of quantitative research is; the participants were interviewed by face-to-face surveys.

**Findings and Result:** Sixteen people participated in the study. Of these, 8 (50%) were employees of Ahi Evran University E.A.H and 8 (50%) were employees of AİBU İzzet Baysal E.A.H. In the content analysis, computer-assisted qualitative data analysis program called Atlas Ti was used. 6 of the participants supported the affiliation, and 10 of them did not. Quantitative research was conducted on 415 healthcare professionals who agreed to participate in the study. A scale of affiliation was developed by Topçu and Özata in order to measure the knowledge and attitudes of health workers towards affiliation practice. The scale consists of 25 items and questions are answered with; 1- I strongly disagree, 5- I strongly agree. Descriptive statistics, Independent-Samples T Test, One-Way ANOVA Test and Chi-Square Test were performed on the data analyzed in SPSS program. As a result of the research; The relationship between the level of satisfaction with the hospital and the level of satisfaction with the institution is reached. Ahi Evran University E.A.H health workers satisfaction level were found to be lower than the AİBU İzzet Baysal E.A.H health workers. And it was found that the satisfaction levels of the health care workers who are affiliated to the Ministry of Health were lower than the health workers who were affiliated to the Faculty of Medicine. In terms of socio-demographic features; While a statistically significant difference was found between the hospital, affiliated institution, education level, occupation and monthly income and scale scores, no statistically significant difference was found between gender, marital status, total working time and hospital working time and scale scores.

**Key Words:** Affiliation, Bolu, Mixed Research Method, Kırşehir, Health Workers

#### 1.GİRİŞ

Son zamanlarda artan rekabetin işletmelerin varlık mücadelelerini zorlaştırdığı bilinmektedir. Bu nedenle işletmeler varlıklarını koruyabilmek ve diğer işletmeler ile rekabet edebilmek için çeşitli stratejiler geliştirmek durumundadırlar (Görmüş ve Ceylan, 2016:68). Buna bağlı olarak işletmeler mevcut rekabet koşullarını sürdürebilmek için birleşme, Satın alma, ortak girişim, stratejik ittifaklar veya konsorsiyumlar oluşturma yada afiliasyon gibi değişik stratejik taktiklere başvurumaktadırlar (Akdemir Ömür ve diğerleri, 2012:1613). Afiliasyon yöntemi Sağlık Kurumlarında kullanılan işbirliği ve birleşme modellerinden en güçlüsü olarak kabul görmektedir. Afiliasyon özellikle son zamanlarda Sağlık Bakanlığı ve Tıp

<sup>1</sup> Ahi Evran University/Operating/Turkey/tugcetopcu95@hotmail.com

<sup>2</sup> Ahi Evran University/Operating/Turkey/musaozata@gmail.com

Fakülteleri arasındaki ortak Kullanımı belirten protokoller ile gündeme gelmiştir. Olumlu bağlılık olarak ta adlandırılan afiliasyon; ortak amaçlara yönelik iki taraflı yardımlaşma, eşit şartlar altındaki ortaklık olabileceği gibi, kaynakların birleştirilmesi, muhatabından tanımlanmış destek alma, danışmanlığında ve gözetiminde Çalışma, muhatabına üyelik, Çalışan, alt ve birim ilişkisi ile bağlanma ve kendi yapısını koruyarak bir üst birime bağlanmayı da kapsayan bir birlikteliği ifade etmektedir (Aydın, 2011:52-53).

18.02.2011 tarih ve 27850 sayılı Üniversite Hastaneleri-Devlet Hastanesi İşbirliği (Afiliasyon) Yönetmeliği'nde ise afiliasyon; *“Bakanlık ve/veya üniversitelerin görev ve hizmetlerinin yapılması, ortak gaye ve menfaatlerinin gerçekleştirilmesi için tarafların eğitim, hizmet, teknik gibi alanlarda birlikte hareket etmesini, yardımlaşmasını ve Çalışmasını”* ifade eder şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2011).

Yapılan Araştırmalar sonucunda kabul gören üç tür afiliasyon bulunmaktadır (Aktan, 2015:5);

**Akademik Afiliasyon:** Farklı kurumların eğitim anlayışlarında paralellik sağlamak, deneyim ve bilgi alışverişi yaparak bilginin paylaşılmasını ve bu bilgilerin hasta yararına en iyi şekilde kullanılmasını mümkün kılmak amacı ile yapılan afiliasyon türüdür.

**İnsan Gücü Afiliasyonu:** Her kademedeki yapılabilen fakat eğitim amaçlı bir işgücü değişiminin sağlanabilmesi amacı ile yapılan afiliasyon türüdür.

**Teknolojik Afiliasyon:** Hastanın, bir kurumda mevcut olmayan teknolojiye başka kurumdan sevk edilmesi yoluyla Sağlık hizmeti alabilmesini sağlayan afiliasyon türüdür.

Ülkemizde afiliye olan Sağlık kuruluşlarında öncelikle amaçlanan başlıca konulara bakacak olursak (Songur ve Babacan , 2016:92-93);

- Nitelikli Sağlık insan gücü yetiştirmek,
- Yeni bilgiler geliştirmek ve üretmek,
- Daha kaliteli bir hizmet sunmak,
- Sunulan hizmetlerin maliyetlerinde düşümlere sebep olmak ve maliyetleri etkin kullanmak,
- Her konuda geliştirme, iyileştirme sağlamak ve buna bağlı olarak ta Çalışanlarında kendilerini geliştirmesini sağlamak,
- Üniversite hastanelerindeki işletme, yönetim, eğitim konularındaki iş yükünü azaltmak,
- Eksiklerin birlikte giderilmesi,
- Hastanenin kalitesini arttırmak,
- Öğrenciler için uygulama ve eğitim alanı sağlamak amaçlanmaktadır.

18.02.2011 tarihli Resmi Gazete de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik" gereğince Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Rektörlüğü ve Kırşehir Valiliği arasında 02.08.2011 tarihinde imzalanan protokol kapsamında ortak Kullanım (Afiliasyon) uygulaması başlatılmıştır (Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2014). 01.08.2014 tarihinden itibaren ise Bolu Valiliği ve Rektörlük arasında yapılan afiliasyon (birlikte kullanım) protokolü ile AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermeye devam etmektedir (T.C SB. AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2018). Bu Çalışma ile bahse konu iki farklı hastanede görev yapan personelin afiliasyon uygulamasına yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2.YÖNTEM

### 2.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, afiliye olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Bakanlığı Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde ve afiliye olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Bakanlığı AİBÜ Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Sağlık Çalışanlarının afiliasyon uygulamasına yönelik bilgi ve tutumlarının ortaya konulmasıdır. Bu genel amaca hizmet edecek şekilde iki bölümden oluşan bir Araştırma tasarlanmıştır.

Araştırmanın birinci bölümünde; T.C. SB Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde ve T.C. SB AİBÜ Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan Sağlık Çalışanlarına afiliasyon uygulamasına yönelik hazırlanan anket formu yöneltilerek nicel Araştırma yönteminin gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünde ise; T.C. SB Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde ve T.C. SB AİBÜ Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan Sağlık Çalışanlarına afiliasyon uygulamasına yönelik hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu yönlendirilerek nitel Araştırma yönteminin gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.

Genel amaca hizmet edecek iki alt amaç gerçekleştirildikten sonra ise bu iki Sağlık kuruluşunda uygulanan çalışmalar arasında Karşılaştırmalı bir analiz yapılarak bu sayede çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2.2.Araştırmanın Modeli

Bu Araştırmanın modelinin oluşturulmasında nitel ve nicel yöntemler kullanılmak üzere karma Araştırma yöntemine başvurulmuştur. Karma Araştırma yöntemi nitel ve nicel yöntemlerin basit bir birleşimi olarak değil, bu yöntemlerin güçlü yanlarının birbirini destekler nitelikte kullanıldığı kapsamlı çalışmalardır (Fırat ve diğerleri, 2014:67). Buna bağlı olarak nitel Araştırma kapsamında; Çalışmanın uzman görüşlerine başvurarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda ise yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşme tekniğine başvurulmuştur. Nicel Araştırma kapsamında ise; anket tekniğinden yararlanılmıştır.

## 2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini afiliasyon sürecine giren T.C SB Ahi Evran Üniversitesi E.A.H'de ve T.C SB AİBÜ İzzet Baysal E.A.H'de görev yapan Sağlık Çalışanları oluşturmaktadır. Nitel Araştırmalarda yeterli örneklem sayısına ilişkin çeşitli görüşler bulunmaktadır. Bu görüşlerden birisinde ise verilerin doygunluğa ulaşmasına dikkat çekilirken örneklem sayısının en az 7 en fazla 36 katılımcı ile sağlanabileceği ifade edilmektedir (Arıkan, 2017:86). Buna bağlı olarak nitel Araştırma; Araştırmaya katılmayı kabul eden 16 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Nicel Araştırmalarda örneklemde elde edilen veriler evrene genellenmektedir. Dolayısıyla örneklemin evreni ne ölçüde temsil ettiği önemlidir (Punch, 2014:102 Araştırmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 965 Sağlık Çalışanı, T.C Sağlık Bakanlığı AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ise 820 Sağlık Çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacı ile aşağıdaki tablodan faydalanılmıştır.

*Tablo 1. Farklı Evrenler İçin Kabul Edilebilir Asgari Örneklem Büyüklükleri*

Evren (N)	Gerekli Örneklem Büyüklüğü (n) %0,05(Anlamlılık Düzeyi)
50	44
100	79
250	151
350	183
500	217
750	254
1000	278

**Kaynak:** (Gürbüz ve Şahin, 2016:132).

Buna bağlı olarak Tablo 1'e göre T.C SB Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 965 kişilik karşılık evrene yaklaşık olarak 275 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüş ve eksik ve hatalı veriler dikkate alınarak 215 kişi Çalışma kapsamına dâhil edilmiştir. T.C SB AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ise 830 kişilik karşılık evrene yaklaşık olarak 260 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu gözlenmiş ve eksik ve hatalı veriler dikkate alınarak 200 kişi Çalışma kapsamına dâhil edilmiştir.

## 2.4.Verilerin Toplanması Ve Analizi

Araştırmalarda birden fazla veri toplama yönteminin kullanılması elde edilen bulguların güvenilirliğini ve geçerliliğini artırma açısından önem arz etmektedir (Karataş, 2017:75). Araştırmanın niceliksel bileşeninin veri toplama aracı olarak, katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek bilgi almaya olanak sağlayan derinlemesine mülakat tekniğinden yararlanılmıştır. İçerik analizinde bilgisayar destekli Atlas.Ti adlı nitel

veri analizi programı kullanılmıştır. Katılımcıların görüşlerinden oluşturulan metinler program üzerinden okunarak ‘Kod’lar oluşturulmuştur. Oluşturulan Kod’lar ortak temalar altında birleştirilmiştir. Niceliksel bileşenin veri toplama aracı olarak ise; katılımcılar ile yüz yüze anket tekniğinden yararlanılmıştır. Sağlık Çalışanlarının afiliasyon uygulamasına yönelik bilgi ve tutumlarını ölçmek için Özata ve Topçu tarafından Afiliasyon ölçeği geliştirilmiştir. Söz konusu ölçek 25 maddeden oluşmakta ve sorular; 1- Kesinlikle katılmıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum şeklinde cevaplandırılmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22,0 paket programında analiz edilmiş veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, Independent-Samples T Testi, One-Way ANOVA Testi ve Ki-Kare Testi analizleri yapılmıştır.

#### 2.4.1. Güvenilirlik Analizi

Katılımcıların afiliasyon ölçeğindeki sorulara verdikleri cevapların tutarlılığını ölçmek amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır. Yapılan güvenilirlik analizi Cronbach Alfa değerine göre incelenmiştir. Cronbach’s Alfa değerinin 0,70 ve üzeri olduğu durumlarda ölçek puanlarının güvenilir olduğu ifade edilmektedir.

**Tablo 1. Güvenilirlik Aralıkları ve Açıklamaları**

Güvenilirlik Aralıkları	Açıklamaları
$0,00 \leq \alpha < 0,40$	Ölçek Güvenilir Değil.
$0,40 \leq \alpha < 0,60$	Ölçek Düşük Derecede Güvenilir.
$0,60 \leq \alpha < 0,80$	Ölçek Oldukça Güvenilir.
$0,80 \leq \alpha < 1,00$	Ölçek Yüksek Derecede Güvenilir.

**Kaynak:** (Durmuş ve diğerleri, 2011:89);

**Tablo 3. Afiliasyon Ölçeği Güvenilirlik Analizi**

Cronbach’s Alfa Katsayısı	Madde Sayısı
0,938	25

Katılımcıların afiliasyon anketindeki sorulara verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılık incelendiğinde; 0,938 Cronbach’s Alpha katsayısı ile tutarlı olduğu belirlenmiştir.

#### 2.4.2. Geçerlilik Analizi

Örneklemden elde edilen verilerden hareketle verilerin geçerliliğini analiz etmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Buna bağlı olarak ayırma ve birleşme geçerliliklerinin sınanabilmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Afiliasyon ölçeğine ait AFA sonuçları Tablo 4’ te ve Tablo 5’ te gösterilmiştir.

**Tablo 4. Afiliasyon KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Bartlett’s Küresellik Test Sonuçları**

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Ölçüsü	0,930	
Barlett’s Küresellik Testi	Ki-kare Değeri	8668,696
	Df	300
	P	0,000

**Tablo 5. Afiliasyon Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Yükleri**

	Olumsuz Yönler	Olumlu Yönler	Eğitime Etkisi
Afiliasyon uygulaması Çalışanların verimliliğini düşürüyor.	0,632		
Afiliasyon uygulaması Çalışanların motivasyonunu olumsuz yönde etkiliyor.	0,567		
Afiliasyon, iletişim sorununa neden oluyor.	0,714		
Afiliasyon uygulaması işlerin aksamasına neden oluyor.	0,565		
Afiliasyon uygulaması iş yavaşlatma sorununun ortaya çıkmasına neden oluyor.	0,593		
Afiliasyon uygulaması iş adaletsizliğine neden oluyor.	0,715		
Afiliasyon uygulaması iş huzurunda bozulmaya neden oluyor.	0,782		
Afiliasyon, iş paylaşımında belirsizliğe yol açıyor.	0,830		
Afiliasyon, iş yükünde artışa neden oluyor.	0,750		
Afiliasyon uygulaması kaynakların Kullanımında israfa neden oluyor.	0,617		
Afiliasyon uygulaması ücret eşitsizliğine sebep oluyor.	0,814		
Afiliasyon uygulaması hastane yönetiminde çift başlılığa sebep oluyor.	0,893		
Afiliasyon uygulaması bürokrasiyi arttırıyor.	0,782		
Afiliasyon uygulaması Çalışanlarda ayrımcılığa sebep oluyor.	0,860		
Afiliasyon uygulaması Çalışanlar için çifte sorumluluğun ortaya çıkmasına sebep oluyor.	0,854		
Afiliasyon uygulaması örgüt içerisinde çatışmaya neden oluyor.	0,888		
Afiliasyon uygulaması ile öğretim üyesi istihdamı sağlıyor.**		0,526	
Afiliasyon uygulaması Çalışanların kendilerini geliştirmesine olanak sağlıyor.**		0,532	
Afiliasyon uygulaması kurumsal etkinliği arttırıyor.**		0,792	
Afiliasyon uygulaması ile birlikte Çalışanların ekonomik durumlarında iyileşme sağlıyor.**		0,528	
Afiliasyon hekim çeşitliliğini ve hekim sayısını arttırıyor.**		0,825	
Afiliasyon ile hastalara yönelik bakımın kalitesi artıyor.**		0,803	
Afiliasyon uygulaması eğitimin aksamasına neden oluyor.			0,885
Afiliasyon uygulaması eğitim kalitesinin düşmesine neden oluyor.			0,782
Afiliasyon, öğrenciler için alt yapı eksikliğine yol açıyor.			0,876

**Tablo 6. Açıklanan Varyans Değerleri**

Değişkenler	Öz değerler		
	Toplam	%Varyans	%Kümülatif
1.Olumsuz Yönler	11,728	46,913	46,913
2.Olumsuz Yönler	2,848	11,392	58,305
3.Eğitime Etkisi	1,802	7,210	65,515

Tablo 4'te ve Tablo 5'te görüldüğü üzere Principal Components ve Direct Oblimin faktör rotasyon yöntemleri kullanılarak yapılan faktör analizinde Bartlett'in Küresellik değeri anlamlı ve KMO değeri 0,930 olarak bulunmuştur. Uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, afiliasyon ölçeğinde yer alan 25 sorunun, 3 faktör altında toplandığı görülmüştür. Yapılan faktör analizi sonucunda öz değeri (eigenvalues) 1'in üzerinde 3 faktör olduğu ve afiliasyon ölçeğindeki maddelerin sorunsuz bir şekilde faktöre yüklendikleri görülmüştür. Tablo 6'da görüldüğü üzere; 3 faktör tarafından açıklanan toplam varyans değerinin 65,515 olduğu belirlenmiştir. Buna bağlı olarak ta ölçekteki maddeler ile maddelerin ait oldukları faktörler arasında önemli bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Ölçek maddeleri ile yüklendikleri faktörler arasındaki ilişki dikkate alınarak söz konusu faktörler sırasıyla, olumsuz yönler (1.faktör), olumlu yönler (2. faktör) ve eğitime etkisi (3. faktör) olarak belirlenmiştir. %65,515 olan toplam

varyansın %46,913'ü birinci faktör, %11,392'si ikinci faktör ve % 7,210'u ise üçüncü faktör tarafından açıklanmaktadır.

### 2.4.3.Verilerin Normal Dağılıma Uygunluğu

Verilerin normal dağılıma uygunluk testi Tablo 7'de sunulmuştur.

*Tablo 7. Normal Dağılıma Uygunluk Testi*

	Kolmogorov- Smirnov <sup>a</sup>		Shapiro-		Wilks	
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
<b>Afiliasyon Ölçeği</b>	0,041	415	0,088	0,975	415	0,000

Grup büyüklüğünün 50'den az olması durumunda Shapiro-Wilks, 50'den fazla olması durumunda ise Kolmogorov-Smirnov testi; puanların normal dağılıma uygunluğunu tespit etmek amacıyla kullanılan iki testtir. Analizlerde  $p>0,05$  olması durumunda puanların normal dağılıma anlamlı olduğunu gösterirken,  $p<0,05$  olması durumunda ise puanların normal dağılımdan aşırı sapma gösterdiğini ifade etmektedir (Büyüköztürk, 2017, s. 42). Tablo 7 incelendiğinde; p değeri  $p>0,05$  değerinden büyük olduğu için verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür. Bu sonuçtan hareketle parametrik testlerin kullanılması uygun bulunmuştur.

### 2.5.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için Araştırma hipotezleri oluşturulmuştur. Belirlenen hipotezlerin test edilmesi amacıyla çeşitli istatistiki analizlerden yararlanılmış ve niceliksel olarak ilişkiler test edilmiştir. Çalışmanın amaçları ve literatür incelemesi dikkate alınarak oluşturulan Araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir;

- **Hipotez 1**  $H_0$ : Çalışılan hastane ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 2**  $H_0$ : Cinsiyet ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 3**  $H_0$ : Medeni durum ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 4**  $H_0$ : Öğrenim durumu ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 5**  $H_0$ : Meslek ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 6**  $H_0$ : Aylık gelir ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 7**  $H_0$ : Toplam Çalışma süresi ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 8**  $H_0$ : Kurumdaki Çalışma süresi ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 9**  $H_0$ : Bağlı olunan kurum ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 10**  $H_0$ : "Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum" sorusu ile Çalışılan hastane arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 11**  $H_0$ : "Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum" sorusu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 12**  $H_0$ : "Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum" sorusu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 13**  $H_0$ : "Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum" sorusu ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 14**  $H_0$ : "Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum" sorusu ile meslek arasında istatistiksel olarak fark yoktur.



- **Hipotez 15** H<sub>0</sub>: “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile aylık gelir arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 16** H<sub>0</sub>: “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile toplam Çalışma süresi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 17** H<sub>0</sub>: “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile kurumdaki Çalışma süresi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 18** H<sub>0</sub>: “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile bağlı olunan kurum arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 19** H<sub>0</sub>: Hastane Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 20** H<sub>0</sub>: Bağlı olunan kurum Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 21** H<sub>0</sub>: Cinsiyet Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 22** H<sub>0</sub>: Medeni durum açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 23** H<sub>0</sub>: Öğrenim durumu açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 24** H<sub>0</sub>: Meslek Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 25** H<sub>0</sub>: Aylık gelir Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 26** H<sub>0</sub>: Toplam çalışma süresi Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- **Hipotez 27** H<sub>0</sub>: Kurumdaki Çalışma süresi Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

## 2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Varsayımları

Bu Araştırma;

- T.C. SB Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Sağlık Çalışanları ile,
- T.C. SB AİBÜ Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Sağlık Çalışanları ile,
- Katılımcıların görüşme esnasında ifade ettikleri ile,
- Nicel Araştırma yöntemine uygun olarak hazırlanmış anket formuna verilen cevaplar ile,
- Nitel ve nicel Araştırma yöntemlerine uygun olarak kullanılan veriler ile,
- Nitel ve nicel verilerin analizleri ile sınırlıdır.

Araştırmada T.C. SB Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve T.C. SB AİBÜ Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Sağlık Çalışanlarına veri toplama aracı olarak uygulanmış olan “Sağlık Çalışanlarının Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Anket ve Görüşme Formu” nun gerçekleri yansıtacak şekilde cevaplandırıldığı varsayılmaktadır.

## 3. BULGULAR

### 3.1. Nitel Bulgular

#### Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Alan araştırması kapsamında görüşülen katılımcıların çalıştıkları hastanelere bakıldığında; 8 (%50)'inin Ahi Evran Üniversitesi E.A.H Çalışanı, 8 (%50)'inin ise AİBÜ İzzet Baysal E.A.H Çalışanı olduğu görülmektedir. Katılımcıların bağlı oldukları kurumlara bakıldığında; 8 (%50)'inin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olduğu, 8 (%50)'inin ise Tıp Fakültesi'ne bağlı olduğu görülmektedir. Katılımcıların iş deneyimi ortalaması 15,3 yıldır. Katılımcıların afiliye hastanede çalışma deneyimi ortalaması ise 4,3 yıldır.

Alan Araştırması kapsamında görüşmelerde katılımcılara yöneltilen sorular ve katılımcıların bu sorulara verdikleri cevaplar aşağıda ayrıntılı olarak sunulmuştur.

### **Afiliasyon Denilince Aklınıza Ne Geliyor? Afiliasyonu Nasıl Tanımlarsınız?**

Buna yanıt olarak birçok kişi; Sağlık bakanlığı ile üniversitenin ortak kullanımı olarak açıklama yaparken bir kısmı afiliasyonu; karmaşa, işbirliği, belirsizlik, kaos, protokol ve birleşme gibi ifadelerle açıklamıştır.

### **Afiliasyon Uygulaması İle Sizce Ne Amaçlanıyor?**

Katılımcıların verdikleri cevaplara göre; hizmetin kalitesini arttırmak, maliyeti etkin kullanmak, hastanenin kalitesini arttırmak, çift başlılığı ortadan kaldırmak, kaynakların verimli kullanılması, hekim çeşidinin artırılması, eksiklerin ortak giderilmesi, masrafları azaltmak, eğitim ve hizmet sektörünün birleştirilmesi, akademik kimlik kazanmak, verimliliği arttırmak, güçlerin birleştirilmesi ve öğretim görevlisi istihdamı sağlamak amacıyla afiliasyon uygulamasının kullanıldığı sonuçlarına ulaşıldı.

### **Afiliye Olmuş Bir Hastanede Çalışmanın Avantajları Nelerdir?**

Katılımcıların verdiği cevaplara göre afiliasyonun Sağlık bakanlığının imkânlarından faydalanmayı sağladığı, devlet desteği sağladığı, maliyeti etkin kullanmaya, kaynakların verimli kullanılmasına, hekim çeşidinin artırılmasına imkân sağladığı, üniversite çalışanları için ek ödemede artış imkânı ve yapılan işlemlerde genişleme sağladığı, öğrenciler için uygulama alanı oluşturduğu, insan kaynağı avantajı sağladığı, basamak artışı ve Çalışma koşullarında iyileşme sağladığı, masrafları azalttığı, döner sermayede artış, hasta sayısında artış, personel sayısında artış sağladığı, sevk zincirini kolaylaştırdığı, hastanenin kalitesini ve hizmetin kalitesini arttırdığı, eksiklerin ortak giderilmesini ve hastaneyi kullanma avantajını sağladığı sonuçlarına varılmıştır.

Bunun dışında ise afiliasyon uygulamasının Çalışanlar için çok fazla bir avantajının bulunmadığı, daha çok dezavantajının bulunduğu vurgulanmıştır.

### **Afiliye Olmuş Bir Hastanede Çalışmanın Dezavantajları Nelerdir?**

Katılımcıların verdiği cevaplara göre; afiliasyonun ayrımcılığa, iş yavaşlatmaya, iş adaletsizliğine, iş barışında ve huzurunda bozulmaya neden olduğu, hasta sayısında çok fazla artış olduğu, uyum sorununa ve arkadaşlık ilişkilerinde bozulmalara yol açtığı, maaş eşitsizliği, çatışma, hizmetin aksaması, görev tanımlarında belirsizlik, kargaşanın ortaya çıkması gibi sorunlara neden olduğuna, öğrenciler için kısıtlı alana, eğitimin aksamasına, bilime destek verilmemesine, akademik açıdan zayıflıkların ortaya çıkmasına neden olduğu, çift başlılığa, motivasyon düşüklüğüne, iki farklı kadro oluşumuna ve özel muayene hakkının olmaması gibi sorunlara yol açtığı saptanmıştır.

### **Afiliasyon Uygulaması Çalışanların Motivasyonunu Ve İletişimi Nasıl Etkiliyor?**

Katılımcıların verdiği cevaplara bakıldığında; 12 kişi olumsuz etkiliyor, 2 kişi olumlu etkiliyor ve 2 kişi ise hem olumlu hem olumsuz etkiliyor cevabını vermiştir.

### **Afiliye Olmuş Hastanede Eğitim Açısından Bakıldığında Öğrenciler Ve Eğitimciler İçin Neler Söyleyebilirsiniz?**

Katılımcıların verdiği cevaplara göre; afiliasyon uygulamasının daha çok hasta görme imkânı sağladığı ve vaka çeşitliliğini arttırdığı gibi olumlu görüşler bulunurken, hasta sayısının çok fazla olması, eğitimin aksaması ve ikinci plana atılması, fiziki koşulların yetersizliği, işlerin doğru düzgün yapılamaması, adaptasyon sorunu, öğrenciler için alan eksikliği, nitelikli eğitimin olmaması, akademik açıdan zayıflıkların olması ve yetersiz hocanın olması gibi sorunlar dile getirilmiştir. Bunların dışında özellikle AİBÜ İzzet Baysal E.A.H Sağlık Çalışanları eğitim Açısından bakıldığında eğitimciler ve öğrenciler için bir değişiklik olmadığını aynı düzenin devam ettiği görüşünü savunmuşlardır.

### **Afiliasyon Uygulamasının Bürokrasiyi Nasıl Etkilediğini Düşünüyorsunuz? Sizce Uygulama Karmaşıklığa Neden Oluyor Mu?**

14 kişi olumsuz etkilediğini ve karmaşıklığa neden olduğunu savunurken, 1 kişi olumlu etkilediğini savunmuştur. 1 kişi ise bu konuda çok fazla bir şey düşünmediğini dile getirmiştir.

### **Afiliye Olan Kurumun Ekonomik Açıdan Hastaneye Ve Çalışanlara Bir Katkısı Olduğunu Düşünüyor Musunuz? Neden?**

Katılımcıların hepsi hastaneye katkısı olduğu görüşünü savunurken, Çalışanlara katkısı olup olmadığı durumunda ise; Sağlık bakanlığı Çalışanlarına bir katkısı olmadığını, tıp fakültesi Çalışanlarına katkısı olduğunu ve yardımcı Sağlık personeli açısından bir katkısı olmadığını savunmuşlardır.

### **Size Uygulama İle Eğitim-Hizmet Dengesi Sağlanabiliyor Mu?**

Katılımcıların 7'si eğitim-hizmet dengesi sağlanabiliyor cevabını verirken, 9'u eğitim-hizmet dengesi sağlanamıyor cevabını vermiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlara bakıldığında Ahi Evran Üniversitesi E.A.H'de bu dengenin sağlanmadığı fakat AİBÜ İzzet Baysal E.A.H dengenin daha çok sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

### **Uygulama Çalışanların Üzerindeki Ödül Ve Ceza Yaptırımını Nasıl Etkiliyor?**

Katılımcıların bir kısmı Çalışanlar üzerinde bir ödül ve ceza yaptırımının olmadığını savunmuştur. Bir kısmı ise Sağlık bakanlığı Çalışanlarına karşı ceza yetkisi kullanılabilirken, tıp fakültesi Çalışanlarına karşı ceza yetkisi kullanılmıyor buda Çalışanlar arasında ayrımcılığa neden oluyor şeklinde görüşlerini bildirmiştir.

### **Afiliasyon Uygulaması İle Birlikte Hastane Yönetiminde Meydana Gelen Değişiklikleri Nasıl Değerlendiriyorsunuz?**

Yönetimsel açıdan siyasi etkinin olduğu, birlik olmadığı, Sağlık bakanlığı ile koordine bir yönetim olduğu, müdürlüklerin ayrıldığı ve bunun bir avantaj sağladığı, yönetimde bir değişikliğin olmadığı, üniversitenin söz hakkının olmadığı, kurum kültürünün olmadığı ve çift başlılığın olduğu gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

### **Afiliasyon Uygulamasını Destekliyor Musunuz? Neden?**

Araştırmaya 16 Sağlık Çalışanı katılmıştır; bunlardan 6 tanesi destekliyorum, 10 tanesi ise desteklemiyorum yanıtını vermiştir. Afiliasyon uygulamasını desteklediklerini söyleyen katılımcılar; afiliasyonun Çalışma koşullarında iyileşme sağladığı, öğrenciler için uygulama alanı oluşturduğu, maddi kaybı önlediği, hizmetin kalitesini arttırdığı, personel sayısında ve bilinçlendirmede artış sağladığı, Sağlık bakanlığı ile koordine bir yönetim olduğu ve ayrı bir hastane kurma imkânı olmadığı için afiliasyonu desteklediklerini savunmuşlardır. Afiliasyon uygulamasını desteklemediklerini söyleyen katılımcılar ise; afiliasyon uygulamasının iş huzurunda ve iş barışında bozulmaya yol açtığı, çatışmaya neden olduğu, iş yavaşlatma, iş adaletsizliği, motivasyon düşüklüğü, ayrımcılık, maaş eşitsizliği, uyum sorunu, hizmetin aksaması, çift başlılık, eğitimin ikinci plana atılması, işlerin doğru düzgün yapılamaması gibi sorunlara neden olduğu bundan dolayı uygulamanın kaldırılması gerektiğini savunmuşlardır.

### **Uygulamanın Kuruma Ve Çalışanlara Fayda Sağlayabilmesi Açısından Nasıl Geliştirilmesi Gerekir? Önerileriniz Nelerdir?**

Akademik Çalışmalar için zaman ayrılmalı, fiziki koşullar düzeltilmeli, nitelikli hizmet artırılmalı, yönetimin ceza verme yetkisi olmalı, maaş dengesi düzenlenmeli, uygulama kaldırılmalı, kurumlar ayrılmalı, eğitime öncelik verilmeli, eşit eğitim hakkı verilmeli, hekim ve personel sayısı artırılmalı, Sağlık bakanlığına devir olmalı, personel uyum süreci olmalı, mevcut protokol düzenlenmeli ve yönetimde üniversiteye 'de söz hakkı verilmeli şeklinde öneriler sunulmuştur. Bu düzeltmeler ile uygulamanın geliştirilebileceği sonucuna varılmıştır.

### 3.2. Nicel Bulgular

*Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular*

	<b>Değişken</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Hastane</b>	Ahi Evran Üniversitesi	215	51,8
	E.A.H	200	48,2
	AİBÜ İzzet Baysal E.A.H		
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	263	63,4
	Erkek	152	36,6
<b>Medeni Durum</b>	Evli	313	75,4
	Bekâr	102	24,6
<b>Öğrenim Durumu</b>	Lise	28	6,7
	Ön lisans	92	22,2
	Lisans	178	42,9
	Lisansüstü	117	28,2
<b>Meslek</b>	Doktor	106	25,5
	Hemşire-Ebe	198	47,7
	Diğer Sağlık Çalışanı	111	26,7
<b>Aylık Gelir</b>	2000-4000 TL Arası	234	56,4
	4001-6000 TL Arası	82	19,8
	6001-8000 TL Arası	62	14,9
	8001 TL ve Üzeri	37	8,9
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>	1-9 Yıl Arası	169	40,7
	10-19 Yıl Arası	186	44,8
	20 Yıl ve Üzeri	60	14,5
<b>Kurumdaki Çalışma Süresi</b>	1-5 Yıl Arası	262	63,1
	6-10 Yıl Arası	113	27,2
	11 Yıl ve Üzeri	40	9,6
<b>Hangi Kuruma Bağlı</b>	Sağlık Bakanlığı	300	72,3
	Tıp Fakültesi	115	27,7
<b>Toplam</b>		<b>415</b>	
	<b>100,00</b>		

Tablo 8’de görüldüğü üzere Araştırmaya katılanların çalıştıkları hastaneler açısından dağılımları incelendiğinde 215 (%51,8)’inin Ahi Evran Üniversitesi E.A.H’de 200 (%48,2)’ünün AİBÜ İzzet Baysal E.A.H’de görev yaptığı görülmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında; 263 (%63,4)’ünün kadın, 152 (%36,6)’sinin erkek olduğu görülmektedir. Medeni durumları açısından bakıldığında; 313 (%75,4)’ünün evli, 102 (%24,6)’sinin bekâr olduğu görülmektedir. Öğrenim durumları açısından bakıldığında; 28 (%6,7)’inin lise mezunu, 92 (%22,2)’sinin ön lisans mezunu, 178 (%42,9)’inin lisans mezunu ve 117 (%28,2)’sinin lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Meslekleri açısından bakıldığında; 106 (%25,5)’sının doktor, 198 (%47,7)’inin hemşire-hemşir-ebe ve 111 (%26,7)’inin diğer Sağlık Çalışanı olduğu görülmüştür. Aylık gelirleri açısından bakıldığında; 234 (%56,4)’ünün 2000-4000 TL arası gelire sahip olduğu, 82 (%19,8)’sinin 4001-6000 TL arası gelire sahip olduğu, 62 (%14,9)’sinin 6001-8000 TL arası gelire sahip olduğu ve 37 (%8,9)’sinin 8001 TL ve üzeri gelire sahip olduğu görülmektedir. Toplam Çalışma süreleri açısından bakıldığında; 169 (%40,7)’unun 1-9 yıl arası Çalışma süresinin olduğu, 186 (%44,8)’sinin 10-19 yıl Çalışma süresinin olduğu ve 60 (%14,5)’inin 20 yıldan daha uzun süre Çalışma süresinin olduğu görülmektedir. Kurumdaki Çalışma süreleri açısından bakıldığında ise; 262 (%63,1)’sinin 1-5 yıl arası kurumda çalıştığı, 113 (%27,2)’ünün 6-10 yıl arası kurumda çalıştığı ve 40 (%9,6)’inin 11 yıl ve üzeri süredir kurumda çalıştığı görülmektedir. Son olarak Sağlık Çalışanlarının 300 (%72,3)’ünün Sağlık bakanlığına bağlı olarak çalıştığı ve 115 (%27,7)’inin tıp fakültesine bağlı olarak çalıştığı gözlemlenmiştir.

Tablo 9. Afiliasyon Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Afiliasyon Ölçeği	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma
Afiliasyon uygulaması ücret eşitsizliğine sebep oluyor.	4,07	1,073
Afiliasyon uygulaması motivasyonu olumsuz yönde etkiliyor.	4,06	1,007
Afiliasyon uygulaması Çalışanların verimliliğini düşürüyor	4,04	0,962
Afiliasyon uygulaması hastane yönetiminde çift başlılığa sebep oluyor.	4,04	1,065
Afiliasyon uygulaması Çalışanlarda ayrımcılığa sebep oluyor.	4,00	1,079
Afiliasyon uygulaması Çalışanlar için çifte sorumluluğun ortaya çıkmasına sebep oluyor.	3,98	1,031
Afiliasyon uygulaması örgüt içerisinde çatışmaya neden oluyor.	3,97	1,058
Afiliasyon, iş yükünde artışa neden oluyor.	3,93	1,063
Afiliasyon uygulaması bürokrasiyi arttırıyor.	3,90	0,989
Afiliasyon uygulaması ile birlikte Çalışanların ekonomik durumlarında iyileşme sağlanıyor.**	3,89	1,159
Afiliasyon, iletişim sorununa neden oluyor.	3,87	1,061
Afiliasyon, iş paylaşımında belirsizliğe yol açıyor.	3,87	1,054
Afiliasyon uygulaması iş huzurunda bozulmaya neden oluyor.	3,86	1,091
Afiliasyon uygulaması iş adaletsizliğine neden oluyor.	3,75	1,119
Afiliasyon uygulaması işlerin aksamasına neden oluyor.	3,66	1,122
Afiliasyon uygulaması Çalışanların kendilerini geliştirmesine olanak sağlıyor.**	3,60	1,081
Afiliasyon uygulaması iş yavaşlatma sorununun ortaya çıkmasına neden oluyor.	3,58	1,193
Afiliasyon uygulaması kaynakların Kullanımında israfa neden oluyor.	3,49	1,255
Afiliasyon uygulaması kurumsal etkinliği arttırıyor.**	3,42	1,078
Afiliasyon uygulaması eğitim kalitesinin düşmesine neden oluyor.	3,19	1,394
Afiliasyon, öğrenciler için alt yapı eksikliğine yol açıyor.	3,07	1,349
Afiliasyon uygulaması eğitimin aksamasına neden oluyor.	3,03	1,220
Afiliasyon ile hastalara yönelik bakımın kalitesi artıyor.**	3,02	1,248
Afiliasyon hekim çeşitliliğini ve hekim sayısını arttırıyor.**	2,64	1,126
Afiliasyon uygulaması ile öğretim üyesi istihdamı sağlanıyor.**	2,35	1,066
GENEL	3,61	0,712

\*\*Ters kodlanan sorular

Tablo 9’da görüldüğü üzere Sağlık Çalışanlarının afiliasyon ölçek sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; sırasıyla “Afiliasyon uygulaması ücret eşitsizliğine sebep oluyor” sorusu ( $\bar{x}=4,07$ ), “Afiliasyon uygulaması motivasyonu olumsuz yönde etkiliyor.” sorusu ( $\bar{x}=4,06$ ) ve “Afiliasyon uygulaması Çalışanların verimliliğini düşürüyor”, “Afiliasyon uygulaması hastane yönetiminde çift başlılığa sebep oluyor.” sorularına ( $\bar{x}=4,04$ ) verilen cevapların ortalaması en yüksek olmuştur. “Afiliasyon ile hastalara yönelik bakımın kalitesi artıyor.” sorusu ( $\bar{x}=3,02$ ), “Afiliasyon hekim çeşitliliğini ve hekim sayısını arttırıyor.” sorusu ( $\bar{x}=2,64$ ) ve “Afiliasyon uygulaması ile öğretim üyesi istihdamı sağlanıyor.” sorusuna ( $\bar{x}=2,35$ ) verilen cevapların ortalaması en düşük olmuştur. Sağlık Çalışanlarının ölçek sorularına verdikleri cevapların genel ortalaması ise  $\bar{x}=3,61$ ’dir.

**Tablo 10.** Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Memnuniyet Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Hipotez	Ki-Kare	Sig.	Sonuç
<b>H<sub>1</sub>:</b> Çalışılan hastane ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>26,703</b>	<b>0,000</b>	<b>Reddedildi</b>
<b>H<sub>2</sub>:</b> Cinsiyet ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>2,661</b>	<b>0,447</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>3</sub>:</b> Medeni durum ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>6,748</b>	<b>0,080</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>4</sub>:</b> Öğrenim durumu ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>18,630</b>	<b>0,029</b>	<b>Reddedildi</b>
<b>H<sub>5</sub>:</b> Meslek ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>15,397</b>	<b>0,017</b>	<b>Reddedildi</b>
<b>H<sub>6</sub>:</b> Aylık gelir ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>15,225</b>	<b>0,085</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>7</sub>:</b> Toplam Çalışma süresi ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>8,089</b>	<b>0,232</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>8</sub>:</b> Kurumdaki Çalışma süresi ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>5,648</b>	<b>0,464</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>9</sub>:</b> Bağlı olunan kurum ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>36,544</b>	<b>0,000</b>	<b>Reddedildi</b>

Tablo 10’da görüldüğü üzere Sağlık Çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda; çalışılan hastane, öğrenim durumu, meslek ve bağlı olunan kurum Açısından afiliasyon puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Dolayısıyla kurulan H<sub>1</sub>, H<sub>4</sub>, H<sub>5</sub> ve H<sub>9</sub> hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 11.** Anket Sorularından Olan “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” Sorusuna Verilen Cevapların So.syo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

<b>Hipotez</b>	<b>Ki-Kare</b>	<b>Sig.</b>	<b>Sonuç</b>
<b>H<sub>10</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile Çalışılan hastane arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>27,262</b>	<b>0,000</b>	<b>Reddedildi</b>
<b>H<sub>11</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>5,477</b>	<b>0,242</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>12</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>5,804</b>	<b>0,214</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>13</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>18,514</b>	<b>0,101</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>14</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile meslek arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>22,765</b>	<b>0,004</b>	<b>Reddedildi</b>
<b>H<sub>15</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile aylık gelir arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>20,211</b>	<b>0,063</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>16</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile toplam Çalışma süresi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>3,602</b>	<b>0,891</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>17</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile kurumdaki Çalışma süresi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>5,497</b>	<b>0,703</b>	<b>Kabul Edildi</b>
<b>H<sub>18</sub>:</b> “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusu ile bağlı olunan kurum arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	<b>36,598</b>	<b>0,000</b>	<b>Reddedildi</b>

Tablo 11’de görüldüğü üzere Sağlık Çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” sorusuna verdikleri cevaplar incelenmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda; Çalışılan hastane, meslek ve bağlı olunan kurum Açısından afiliasyon puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Dolayısıyla kurulan H<sub>10</sub>, H<sub>14</sub> ve H<sub>18</sub> hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 12. Araştırma Kapsamında İncelenen Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Algılarını Gösteren Independent-Samples T Testi Sonuçları**

Hipotez	Değişken	Ort.	Sd	T	P	Sonuç
<b>H<sub>19</sub>:</b> Hastane Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Ahi Evran Üniversitesi	<b>95,96</b>	<b>398,077</b>	<b>7,201</b>	<b>0,000</b>	<b>Reddedildi</b>
	AİBÜ İzzet Baysal	<b>84,16</b>				
<b>H<sub>20</sub>:</b> Bağlı olunan kurum açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Sağlık Bakanlığı	<b>93,87</b>	<b>256,361</b>	<b>7,735</b>	<b>0,000</b>	<b>Reddedildi</b>
	Tıp Fakültesi	<b>80,90</b>				
<b>H<sub>21</sub>:</b> Cinsiyet Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Kadın	<b>90,02</b>	<b>413</b>	<b>-0,380</b>	<b>0,710</b>	<b>Kabul Edildi</b>
	Erkek	<b>90,71</b>				
<b>H<sub>22</sub>:</b> Medeni durum Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Evli	<b>91,10</b>	<b>413</b>	<b>1,652</b>	<b>0,099</b>	<b>Kabul Edildi</b>
	Bekâr	<b>87,75</b>				

Tablo 12’de görüldüğü üzere Araştırma kapsamında incelenen Sağlık Çalışanlarının afiliasyon uygulamasına yönelik algıları sosyo-demografik değişkenler Açısından Karşılaştırılmıştır. Yapılan Independent-Samples T testi sonucunda; Çalışılan hastane ve bağlı olunan kurum açısından afiliasyon puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Dolayısıyla kurulan H<sub>19</sub> ve H<sub>20</sub> hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 13. Araştırma Kapsamında İncelenen Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Algılarını Gösteren One-Way ANOVA Testi Sonuçları**

Hipotez	Değişken	Kareler Toplamı	Ortalama Kare	F	p	Sonuç
<b>H<sub>23</sub>:</b> Öğrenim durumu açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Gruplar Arası	<b>2318,668</b>	<b>772,889</b>	<b>2,459</b>	<b>0,062</b>	<b>Kabul Edildi</b>
	Gruplar İçi	<b>129203,563</b>				
	Toplam	<b>131522,231</b>				
<b>H<sub>24</sub>:</b> Meslek açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Gruplar Arası	<b>7391,845</b>	<b>3695,923</b>	<b>12,267</b>	<b>0,000</b>	<b>Reddedildi</b>
	Gruplar İçi	<b>124130,386</b>				
	Toplam	<b>131522,231</b>				
<b>H<sub>25</sub>:</b> Aylık gelir Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Gruplar Arası	<b>4425,411</b>	<b>1475,137</b>	<b>4,770</b>	<b>0,003</b>	<b>Reddedildi</b>
	Gruplar İçi	<b>127096,821</b>				
	Toplam	<b>131522,231</b>				
<b>H<sub>26</sub>:</b> Toplam Çalışma süresi Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Gruplar Arası	<b>656,489</b>	<b>328,244</b>	<b>1,033</b>	<b>0,357</b>	<b>Kabul Edildi</b>
	Gruplar İçi	<b>130865,742</b>				
	Toplam	<b>131522,231</b>				
<b>H<sub>27</sub>:</b> Kurumdaki Çalışma süresi açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.	Gruplar Arası	<b>124,963</b>	<b>62,481</b>	<b>0,196</b>	<b>0,822</b>	<b>Kabul Edildi</b>
	Gruplar İçi	<b>131397,268</b>				
	Toplam	<b>131522,231</b>				

Tablo 13’de görüldüğü üzere Araştırma kapsamında incelenen Sağlık Çalışanlarının afiliasyon uygulamasına yönelik algıları sosyo-demografik değişkenler açısından Karşılaştırılmıştır. Yapılan One-Way ANOVA testi sonucunda; meslek ve aylık gelir Açısından afiliasyon puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Dolayısıyla kurulan H<sub>24</sub> ve H<sub>25</sub> hipotezleri reddedilmiştir.

#### 4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Alan Araştırması kapsamında Çalışmaya katılmayı kabul eden 16 Sağlık Çalışanından 6’sı afiliasyonu destekliyorum yanıtını verirken, 10’u ise afiliasyonu desteklemiyorum yanıtını vermiştir. Destekliyorum yanıtını verenlerin; 2’si Sağlık bakanlığı Çalışanı, 4’ü tıp fakültesi Çalışanıdır. Afiliasyon uygulamasını desteklemiyorum yanıtını verenlerin; 6’sı Sağlık bakanlığı Çalışanı, 4’ü ise tıp fakültesi Çalışanıdır. Çalışmaya nicel Araştırması kapsamında ise 415 Sağlık Çalışanı katılmıştır. Çalışmada sosyo-demografik değişkenlere göre memnuniyet düzeylerine bakıldığında; cinsiyet, medeni durum, aylık gelir, toplam Çalışma süresi ve kurumdaki Çalışma süresi ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel açıdan fark



belirlenmemiştir. Çalışmada sosyo-demografik değişkenlere göre anket sorularından olan “afiliasyon uygulamasını desteklemiyorum ve uygulamanın kaldırılması gerektiğini düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara bakıldığında; hastane, meslek ve bağlı olunan kurum ile katılımcıların uygulamayı desteklememeleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Çalışmada sosyo-demografik değişkenlere göre elde edilen bulgulara bakıldığında ise; cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, toplam Çalışma süresi ve kurumdaki Çalışma süresi değişkenleri Açısından ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

#### 4.1 Afiliasyon Ölçeğine Ait Bulguların Tartışılması

Afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeylerinin sosyo-demografik değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına ilişkin olarak ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Hipotez 1 olan “*Çalışılan hastane ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*” hipotezi reddedilmiştir. Buna göre Ahi Evran Üniversitesi E.A.H Sağlık Çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin AİBÜ İzzet Baysal E.A.H Sağlık Çalışanlarına oranla daha düşük olduğu söylenebilir. Bunun nedeninin AİBÜ İzzet Baysal E.A.H’nde ters afiliasyon uygulanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Yani Sağlık bakanlığı, üniversitenin hastanesini kullanmakta ve buna bağlı olarakta Çalışanların memnuniyet düzeylerinin Ahi Evran Üniversitesi E.A.H’ne göre daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Hipotez 4 olan “*Öğrenim durumu ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*” hipotezi reddedilmiştir. Lisansüstü mezunu olan katılımcıların diğerlerine oranla memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Bu farklılığın sebebi, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak görev yapan doktorların iş yükünün daha fazla olmasına ve Tıp Fakültesine bağlı olarak görev yapan doktorların döner sermayeden aldıkları ek ödemelerin Sağlık Bakanlığı Çalışanlarına oranla daha fazla olmasına bağlanmaktadır. Hipotez 5 olan “*Meslek ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*” hipotezi reddedilmiştir. Diğer Sağlık Çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin hemşire-ebe ve doktorlara oranla daha düşük olduğu söylenmektedir. İki kurumda afiliasyon sürecine girdikten sonra döner sermayelerinde bir artış gözlemlenmiştir. Fakat döner sermayedeki bu artışın daha çok hekimleri etkilediği görülmektedir. Yardımcı Sağlık personeli Açısından bakıldığında onlar için bir katkı sağlamadığı bu sebeple de memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Hipotez 9 olan “*Bağlı olunan kurum ile afiliasyon uygulamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*” hipotezi reddedilmiştir. Buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığına bağlı olan Sağlık Çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin Tıp Fakültesine bağlı olan Sağlık Çalışanlarına oranla daha düşük olduğu söylenebilir. Bu farklılığın sebebinin de öğrenim durumu değişkeni ile aynı olduğu düşünülmektedir. Sağlık bakanlığına bağlı Çalışanlar ile Tıp Fakültesine bağlı Çalışanlar arasında bir maaş eşitsizliği olduğu bunun da kurum içerisinde ayrımcılığa ve çatışmalara neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın bulguları ile benzer şekilde Ülger ve diğerleri (2015)’nin çalışmasında Çalışanların memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Afiliasyondan, daha çok Sağlık Bakanlığı personelinin rahatsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların afiliasyon uygulamasını destekleyip desteklememe düzeylerinin sosyo-demografik değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına ilişkin olarak ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Hipotez 10 olan “*Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum*” sorusu ile *Çalışılan hastane arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*” hipotezi reddedilmiştir. Ahi Evran Üniversitesi E.A.H’de Çalışanların AİBÜ İzzet Baysal E.A.H’de Çalışanlara oranla uygulamayı daha az destekledikleri görülmektedir. AİBÜ İzzet Baysal E.A.H’nin ters afiliye bir kurum olması buna bağlı olarak eğitim ve hizmet dengesinin diğer kuruma oranla daha fazla sağlanması kurumun uygulamayı destekleme düzeyini arttırdığı düşünülmektedir. Hipotez 14 olan “*Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum*” sorusu ile *meslek arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*” hipotezi ve Hipotez 18 olan “*Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum Ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum*” sorusu ile *bağlı olunan kurum arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*” Hipotezleri de reddedilmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığına bağlı olarak görev yapan Sağlık Çalışanlarının tıp fakültesine bağlı olarak görev yapan Sağlık Çalışanlarına oranla uygulamayı destekleme düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Çalışmamızın bulgularını destekler şekilde Özata ve Topçu (2018)’nin yapmış olduğu nitel Çalışmada Araştırmaya 10 kişi katılmış ve bunların 7’si uygulamayı desteklemediklerini dile getirmişlerdir. Bunların 4’ü Sağlık bakanlığı Çalışanı, 3’ü ise tıp fakültesi Çalışanıdır. Bunların dışında cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, aylık gelir, toplam çalışma süresi ve kurumdaki Çalışma süresi değişkenlerine bakılmaksızın Araştırmaya katılan Sağlık Çalışanlarının uygulamayı destekleyip desteklememe düzeyi ile

ilgili benzer görüşlere sahip olduğu söylenebilir. Çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte Çankaya (2013) tarafında yapılan Çalışmada da katılımcıların %64,5'inin afiliasyon uygulamasını desteklemedikleri görülmektedir.

Afiliasyon uygulamasına ilişkin bulguların sosyo-demografik değişkenler açısından Karşılaştırılmasına ilişkin olarak parametrik testler uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Hipotez 19 olan "*Hastane Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*" hipotezi reddedilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Ahi Evran Üniversitesi E.A.H Çalışanlarının AİBÜ İzzet Baysal E.A.H Çalışanlarına göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmüştür. Bunun sebebi AİBÜ İzzet Baysal E.A.H'nin ters afiliye bir kurum olmasına bağlanmaktadır. Aynı zamanda AİBÜ İzzet Baysal E.A.H Çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin Ahi Evran Üniversitesi E.A.H Çalışanlarına oranla daha yüksek olmasının da bu durumu etkilediği düşünülmektedir. Hipotez 20 olan "*Bağlı olunan kurum açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*" hipotezi reddedilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Sağlık Bakanlığı Çalışanlarının tıp fakültesi Çalışanlarına göre ortalamaları daha yüksektir. Bu farklılığın sebebinin de yine iki kurum arasındaki maaş dengesizliğinden ve ortaya çıkan ayrımcılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülger ve diğerleri (2015)'nin yapmış olduğu Çalışmada afiliasyon hizmeti veren Fakülte veya Hastane'nin haksızlıklara yol açtığı düşüncesi de çalışmayı destekler niteliktedir. Hipotez 24 olan "*Meslek Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*" hipotezi reddedilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre meydana gelen farklılığın diğer Sağlık Çalışanı ile hemşire-ebe ve doktorlar arasında olduğu görülmüştür. Hipotez 25 olan "*Aylık gelir Açısından afiliasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.*" hipotezi reddedilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre Aylık gelir ile ölçek toplam puanı arasındaki farklılıklar incelendiğinde ise; 8001 TL üzeri ile 2000-4000 TL ve 4001-6000 TL arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

#### 4.2.Öneriler

Bu Çalışma afiliye olan Sağlık Kurumlarında gerçekleştirilmiştir. Bu Çalışmanın gelecekte yapılacak çalışmalar için yol gösterici olması açısından Araştırmanın bulguları ve istatistiki sonuçları değerlendirildiğinde sunulan öneriler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Uygulamanın özellikle tıp fakültesi Çalışanlarına katkı sağlayabilmesi için akademik Çalışmalara zaman ayrılması gerekmektedir.
- Eğitimciler ve öğrencilere katkı sağlayabilmesi için fiziki koşullar düzeltilmeli, öğrencilere eğitimleri için alan sağlanmalıdır.
- Üniversite Çalışanları için verilen eğitim hakkı Sağlık Bakanlığı Çalışanlarına da verilmeli ve böylelikle eşit eğitim hakkı sağlanmalıdır.
- Hastalara verilen hizmetin niteliği artırılmalıdır.
- Hizmetin kalitesini artırabilmek için hekim ve personel sayısı artırılmalıdır.
- Üniversitenin Sağlık bakanlığından ayrı bir finans gücü olmalıdır.
- Sağlık bakanlığının üniversite personeline de ceza yetkisi olmalıdır.
- İş bölümlerinin net sınırlar ile ayrılmalıdır.
- Sağlık bakanlığı Çalışanları ile üniversite Çalışanları arasındaki maaş dengesi sağlanmalıdır. Böylelikle ortaya çıkan maddi kayıp önlenmelidir.
- Yönetimdeki çift başlılık ortadan kaldırılmalıdır
- Personelin kuruma ve uygulamaya adapte olabilmesi açısından uyum süreci olmalıdır.
- Şuandaki mevcut uygulama ve protokol düzenlenerek iki tarafında kurumda mutlu olması ve eşit haklara sahip olması sağlanmalıdır.

Gelecekte yapılacak Araştırmalar için şu öneriler verilebilir:

- Bu Araştırma afiliasyon sürecine giren iki kurum ile sınırlandırılmıştır. Çalışma Sonuçlarının genellenebilmesi için daha fazla kurum ve örneklem ile Araştırmaların yapılması önerilebilir.
- Sağlık bakanlığı ile afiliye olmuş kurumlarda yapılan bu Çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile de afiliasyon sürecine giren Kurumlarında ele alınması önerilebilir. Böylelikle gelecekte yapılacak olan benzer Çalışmalarda daha geniş bir alanda yürütülebilir.

## 5. KAYNAKÇA

- Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2014).  
<http://kirsehirdevlethastanesi.gov.tr/sayfa/tarihce> (Erişim Tarihi: 20.04.2018).
- Akdemir Ömür, G., Özbebek Tunç, A., Düren, A. (2012). Patterns of Mergers and Acquisitions in Turkey in the Era of "New Normal". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 58, 1611-1617.
- Aktan, A. (2015). Afiliasyondan Beklentiler ve Deneyimler. <http://docplayer.biz.tr/9088523-Afiliasyondan-beklentiler-ve-deneyimler.html> (Erişim Tarihi: 19.10.2018).
- Arıkan, E. (2017). Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Gelir Yönetimi Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Bilim Dalı.
- Aydın, S. (2011). Afiliasyon (işbirliği) Konusunda Düşünceler: Bir Model Denemesi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 52-53.
- Büyüköztürk, Ş. (2017). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara: PegemAkademi.
- Durmuş, B., Çinko, M., Yurtkoru, E. (2011). Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi. İstanbul: Beta Yayınları.
- Fırat, M., Kabakçı Yurdakul, I., Ersoy, A. (2014). Bir Eğitim Teknolojisi Araştırmasına Dayalı Olarak Karma Yöntem Araştırması Deneyimi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 65-86.
- Görmüş, A., & Ceylan, E. (2016). Şirket Birleşmelerinin İnsan Kaynakları Açısından İncelenmesi ve Bir Uygulama Örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(1), 65-82.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2016). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Karataş, Z. (2017). Sosyal Bilim Araştırmalarında Paradigma Değişimi: Nitel Yaklaşımın Yükselişi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 62-80.
- Punch, K. (2014). Sosyal Araştırmalara Giriş. (Z. Etöz, Dü., D. Bayrak, H. Arslan, Z. Akyüz, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- ResmiGazete.(2011)<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218.htm> (Erişim Tarihi: 17.10.2018).
- Songur, C., & Babacan, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon Ve Mali Yönetim Üzerine Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 89-111.
- T.C SB. AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2018)  
<http://izzetbaysaleah.saglik.gov.tr/TR,215718/hastane-sunumumuz.html> (Erişim Tarihi: 31.10.2018).

## CAN HEALTH WORKERS' WORK ALIENATION BE EXPLAINED BY GROUP COHESION?

Mahmut AKBOLAT1  
Zeynep Merve UÇAR2

### ABSTRACT

Nowadays, due to the changes and developments in organizational structures and organizations started to operate in groups. This situation can result in alienation from work in individuals. As a result of studies in the field of social psychology, it has been found that working as a group can sometimes produce very good and sometimes very poor results. The aim of this study is to investigate the effects of work alienation (powerlessness, meaninglessness and self-estrangement) on group cohesion ((individual attraction to group-task, individual attraction to group-social, group integration-task, group integration- social) of the health sector employees. The data were collected from 105 health care workers from Hacettepe University Hospital, Department of the Revolving Funds connected operation management in Ankara. The data were analyzed with SPSS 20.0 statistical program. During the data analysis process, t test, anova and pearson correlation analysis were used. The findings showed that there was a significant positive correlation between work alienation and its sub-dimensions with group cohesion. As a result, the group of individuals who are alienated to work finds it more attractive.

**Key Words:** Health Worker, Work Alienation, Group Cohesion

### 1.Giriş

Günümüzde işletmeler rekabetçi üstünlük kazanabilmek için örgüte nitelikleri yüksek Çalışanları çekmeye ve zaman içinde onların niteliklerini ve performanslarını arttırmaya çalışmaktadırlar (Babadağ,2018: 207). Çalışma sürecinde ve emeğinde kontrol sağlayamaması, yakın gözetim ve yetki sorunları, kendini ifade etmesini engellediği gibi örgütsel problemlerden kaynaklanan Çalışanın kariyer hedefinden uzaklaşması ve yaratıcı yeteneklerini geliştirememesi Çalışanın işe yabancılaşmasına da neden olmaktadır (Sökmen, 2013: 13).

İşe yabancılaşma ile ilgili pek çok tanım bulunmasına rağmen, Marx Kapital adlı ünlü eserinde kavramı; emeğin kendi yarattığı ürüne, üretim sürecine, türüne dolayısı ile kendisine yabancılaşması Açısından tartışarak iş yaşamı ve örgüt alanına taşımıştır (Davidov, 1997: 68-69; Marx, 2013: 19-24).

Bu bağlamda yaşamının önemli bir kısmını Çalıştığı kurumda geçiren bireylerin işteki verimliliği bireysel özelliklerinin yanı sıra örgütsel koşullara da bağlıdır. Çünkü Çalışanın işe yabancılaşma temelinde yapılan bir diğer Çalışmada ise örgütün grup üyelerini birbirine bağlayan en önemli bağın örgütün amaçları olduğu bulunmuştur. Örgütlerde Çalışan bireyler, örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için birlikte hareket etmek zorundadırlar.

Çalışma gruplarının etkin işlememesi, grup içinde dayanışma olmaması ve iş bölümünün etkin olmaması Çalışanların yaptıkları işe yabancılaşmasına neden olmaktadır (Çelik vd.,2006: 569).

Örgüt Açısından Çalışanların işe yabancılaşması denetim otoriteleri ve diğer kişilerde hoşnutsuzluk duygusu yarattığı için örgütlenmeden kaynaklanan daha az ait olma duygusunu yansıtır, bu da birey ile örgüt arasındaki değerlerde bir uyumsuzluk yaratmaktadır (Aiken ve Hage 1966).Örgütteki uyumsuzluk, Çalışanın olumsuz tutum ve davranışlar göstermesine yol açarak örgütün amaç ve hedeflerine ulaşmasının önünde bir engel oluşturur (Atay ve Gerçek, 2017: 232). Konuyu Türkiye Açısından ele aldığımızda, Türkiye çok kolektif bir topluluktur. Bu yüzden toplulukçuluğun kültürel boyutlarının grup sargınlığı ile ilişkili olması beklenir. Çalışmalar, kolektivist toplumların bireysel kültürlerden ve bireysel hedeflerden ziyade grup hedeflerini önceliklendirme eğiliminde olduğunu göstermiştir (Cy vd., 2016 :1290).

İlgili literatürler gözden geçirildiğinde, sargınlığın yaygın biçimde üyelerin birbirlerini veya grubu çekici bulma derecesi olarak kavramsallaştırıldığı görülmektedir (Öcel ve Aydın, 2006: 20). Sargınlık (cohesiveness), grup dinamiğine ilişkin Çalışmaların başlangıcından bu yana grupların oluşmasını ve devamlılığını sağlayan önemli bir değişken olarak kabul edilmiş ve o günden bu yana sosyal psikolojiden

<sup>1</sup> Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, [makbolat@sakarya.edu.tr](mailto:makbolat@sakarya.edu.tr)

<sup>1 2</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi [zeynepmerveucar@gmail.com](mailto:zeynepmerveucar@gmail.com)

endüstri ve örgüt psikolojisi, klinik psikolojiden spor psikolojisine kadar uzanan çok geniş bir yelpazede Çalışan Araştırmacıların ilgilendiği bir konu haline gelmiştir (Dion, 2000).Sargınlığı ilk tanımlayan carol “Bir grubun hedeflerine ulaşmak için bir araya gelip birleşmeyi sürdürme eğilimine yansıyan dinamik bir süreç” olarak tanımlamıştır . Bu tanım, hem gruba cazibe katmayı hem de grup hedeflerine bağlılığı, görevi ve sosyal yönelimi birleştirmeyi içeren daha kapsamlı bir açıklama getirmektedir (Bosselut vd., 2018:1).Fakat tanımların ortak paydası, bir takımın, hedeflerine ulaşmak için dış baskıları nasıl ele aldığına bağlı olarak değişmektedir. Bu yüzden, tanım grup üyelerini bir arada tutan şeyin açıklığa kavuşturulmasıyla eleştirilmiştir (Bayraktar,2017:3). Çünkü grup sargınlığı fazla olan bireylerin performansında azalmanın olduğunu gösteren Çalışmalarda literatürde mevcuttur (Haltfield, 1982).

Buradan hareketle grup üyelerini bir arada tutmak ve grubun hedefleri konusunda eşgüdümlemek Araştırmacılar için önemli olduğu kadar , Grubun ,örgütün amaçlarını gerçekleştirmesinin önündeki engelleri tanımlayıp ortadan kaldırmakta bir o kadar önem arz ettiği düşünülmektedir. Bireylerin örgüt amacını gerçekleştirmesinin önündeki engellerden biri olan işe yabancılaşmanın önceliklerini ve sonuçlarını anlamak, iş hayatının kalitesini ve grubun etkinliğini arttırmak için oldukça önemlidir (Demirel vd., 2012 : 3 ). Araştırmaya konu olan Çalışanların işe yabancılaşma düzeyi ile grup sargınlı arasında anlamlı bir ilişki olacağı varsayılmıştır. Bu varsayımdan hareketle çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Literatürde Çalışanların işe yabancılaşması ve grup sargınlığını ayrı ele alan bir çok Çalışma olmasına karşı birlikte ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmanın literatürdeki bu boşluğu dolduracağı ,bu alanda Çalışan Araştırmacılara ve Sağlık hizmeti sunucularına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

H1: İşe yabancılaşma ile grup sargınlığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: İşe yabancılaşma düzeyinin grup sargınlığı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

## 2.Yöntem

Çalışmanın evrenini, Ankara ilinde faaliyette bulunan Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Dönersermaye İşletme Müdürlüğüne Bağlı görev yapan Sağlık Çalışanları oluşturmaktadır. Hastanede bu bölüme bağlı çeşitli birimlerde çalışan 108 Sağlık Çalışanına ulaşılmış ve anket formu verilmiştir. Anket formları incelendiğinde 3 anket formu yetersiz doldurulduğundan Çalışma kapsamından çıkarılmış ve toplam 105 anket Araştırma kapsamında incelenmiştir. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Anket formunda, Sağlık Çalışanlarında işe yabancılaşma ve grup sargınlığı olmak üzere 2 farklı ölçek kullanılmıştır. Ayrıca bireylerin demografik verilerini ölçen sorular sorulmuştur. Demografik bilgileri içeren ilk bölüm hariç, anketteki soruların cevapları, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen 5’li Likert ölçeğinde düzenlenmiştir. Anketin ilk bölümünde katılımcılara, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, Çalıştıkları birim ve buldukları kurumdaki Çalışma süreleri gibi kişisel bilgileri sorulmuştur. Anketin ilk bölümünde: İşe yabancılaşmayı ölçmek için Mottaz (1981) tarafından geliştirilen “İşe Yabancılaşma Ölçeği (Work Alienation Scale)” kullanılmıştır. Ölçeğin Yumuk (2011) tarafından yapılan çevirisine bağlı kalınmıştır. Ölçekte yer alan 1-7. Arasındaki ifadeler güçsüzlük boyutunu, 8-14. arasındaki ifadeler anlamsızlık boyutunu ve 15-21. arasındaki ifadeler ise kendine yabancılaşma boyutunu temsil etmektedir.Anketin ikinci bölümünde ise 1985 Carron tarafından bulunan ve 2010 Aydın ve Öcal tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan 18 soruluk grup sargınlığı ölçeği kullanılmıştır. Mevcut Araştırmada kullanılan algılanan işe yabancılaşma ölçeğinin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,779’dur ve buna göre kullanılan ölçek oldukça güvenilir düzeydedir. İkinci bölümde ise Mevcut Araştırmada kullanılan grup sargınlığı ölçeğinin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,705’tir ve güvenilirlik düzeyi oldukça anlamlıdır.

## Verilerin analizi

Anketler toplandıktan sonra elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) veri tabanına aktarılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra “SPSS 20.0” programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

Katılımcıların özellikleri ve ifadelere katılma durumları ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir.İşe yabancılaşmanın grup sargınlığı üzerindeki etkisini incelemek için “grup sargınlığı” bağımlı değişken,“işe yabancılaşma” ve onun alt boyutları olan “güçsüzlük”, “anlamsızlık”, “kendine yabancılaşma” ise Bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiş

ve aralarında ilişki olup olmadığı, ilişki varsa yönünü ve gücünü incelemek için pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Katılımcıların işe yabancılaşma düzeylerinin cinsiyet, eğitim, Çalışma süresi ve Çalıştıkları birime göre farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Bağımsız iki grup ortalaması arasında fark olup olmadığını sınamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test) kullanılırken, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığını test etmek için ise tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır.

Anketin güvenilirliği, iç tutarlılık katsayılarına bakılarak her bir ölçek ve boyut için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Anketin güvenilirliğini test etmek için kullanılan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 60-79 arasında olması oldukça güvenilir, 80-100 arasında olması ise ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Alpar 2000).

### **3.Bulgular**

Araştırmaya katılan hastane Çalışanlarının demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır. Buna göre Çalışmamıza katılan hastane Çalışanlarının %58,1’i kadın, %41,9’u erkektir. Katılımcıların yarısından fazlası (%62,9) lisans, %14,3’ü ön lisans, %12,4’ü lise, %9,6’si lisansüstü mezundur. Yaş dağılımları ise %28,6’si 35 yaş ve altı, %44,7’si 36-45 yaş arası ve % 26,7’si de 46 ve üstü şeklindedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu Sağlık memuru (%45,7) ve bilgisayar işletmeni (%28,6),şef (%5,7), tekniker/teknisyenden (%4,8), ve ona eşit (%4,8)’i hemşire, (%3,8)’i müdür, (%1,9)’u müdür yardımcısı ve (%2,9)’u diğer Sağlık Çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışanların büyük çoğunluğu satın alma biriminde(%27,6) ve fatura tahakkuk (%21), %11,5’i gelir tahakkukta, %11,5’i performans ve bütçede, %5,7’si saymanlık, %9,6’si ayniat, %17,2’si diğer birimlerde çalışmaktadır. Çalışanların yarısı dan fazlası (%54,5) aylık geliri 3000 den daha fazla, %45,5’i ise aylık geliri 3000 ve daha azını almaktadır.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n:105)**

Değişkenler		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	61	58,1
	Erkek	44	41,9
Yaş	≤35	30	28,6
	36-45	47	44,7
	46-55	21	20,0
	≥ 46	28	26,7

**Tablo 1. Devamı**

Eğitim	Lise	13	12,4
	Önlisans	15	14,3
Durumu	Lisans	66	62,9
	Lisansüstü	10	9,6
Meslek	Bilgisayar İşt.	30	28,6
	Hemşire	5	4,8
	Sağlık memuru	48	45,7
	Müdür	4	3,8
	Müdür yrd.	2	1,9
	Şef	6	5,7
	Tekniker/Teknisyen	5	4,8
	Diğer	3	2,9
Çalışılan Birim	Satın Alma	29	27,6
	Saymanlık	6	5,7
	Performans ve Bütçe	11	10,5
	Gelir Tahakkuk	12	11,5
	Fatura Tahakkuk	22	21,0
	Ayniat	8	9,6
	Diğer	17	17,2
Aylık Gelir	≤3000	40	45,5
	> 3000	48	54,5

#### **Ölçeklere İlişkin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri**

Araştırmada Ölçeklerin daha önce Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldığı için bu Çalışmada yalnızca Cronbach Alpha analizi katsayıları hesaplanmıştır.

Araştırmada 21 maddelik işe yabancılaşma ölçeğine uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucu Moc(2018) de ki Çalışmasına benzer bulgular tablo 2. de gösterilmiştir. Moc (2018) Araştırmasında 245 Sağlık Çalışanına uyguladığı anket sonucu işe yabancılaşma cronbach alpha yı 0,936 bulurken biz

Çalışmamızda evrenin hepsine ulaşmaya Çalışarak dönersermaya işletme müdürlüğüne bağlı Çalışan 105 Sağlık Çalışanı ile yaptığımız anket sonucunda genel ortalamayı 3,42 ,standart sapmayı 0,576 olan ölçeğin cronbach alpha sını güçsüzlük için 0,762, anlamsızlık için 0,685 ve kendine yabancılaşma için 0,789 ölçek geneli için 0,862 olması gerekli ölçüt aralıklarında ve güvenilir olduğu anlamına gelmektedir.Yapılan faktör analizi sonucunda işe yabancılaşma ölçeği için KMO ; Örneklemin analiz için yeterli olup olmadığını açıklar. KMO 0 ile 1 arasında değer alır 1 e ne kadar yakınsa örneklem o kadar faktör analizine uygundur. KMO değerinin 0,50 den büyük olması gerekir. Biz Çalışmamızda KMO değerini 0,769 olarak oldukça ideal olduğu gözlenmektedir.

**Tablo 2.**İşe yabancılaşma ile ilgili güvenilirlik bulguları ve Moc ‘un bulduğu alpha değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Moc Cronbach Alpha	Cronbach Alpha
İşe Yabancılaşma	3,42	0,576	0,936	0,862
Güçsüzlük	3,38	0,757	0,915	0,762
Anlamsızlık	3,63	0,565	0,856	0,685
Kendine Yabancılaşma	3,26	0,794	0,875	0,789

Araştırmada 18 maddelik grup sargınlığına uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucu Öcal ve Aydın (2006) ın yaptığı türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizine benzer sonuçlar elde edilmiş olup tablo 3. de gösterilmiştir. Çalışmamızda grubun sosyal bütünleşmesi ortalaması : 3,13, standart sapması 0,583 ve cronbach alphası 0,736 (öcal 0,730), Grubun görev çekiciliği ortalaması : 3,47, standart sapması : 0,790 , cronbach alpha sı : 0,739 (öcal 0,730) ,Grubun sosyal çekiciliği ortalama: 3,39 standart sapma : 0,578 cronbach alpha : 0,750 (öcal 0,690) Grubun görevde bütünleşmesi ortalama : 3,25 , standart sapma :0,630 , cronbach alpha : 0,778 (öcal 0,760) ölçek geneli için ise ortalama 3,29 , standart sapma 0,531 ve cronbach alpha 0,865 (öcal 0,790) olması gerekli ölçüt aralığında ve oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.Yapılan faktör analizinde ise grup sargınlığı için KMO değeri 0,790 bulunmuş olup küresellik derecesinin gerekli ölçütlerini sağladığını ve ölçeğin toplam varyansının % 55,51 ini açıkladığı gözlemlenmektedir.

**Tablo 3.**Grup Sargınlığı ile ilgili güvenilirlik bulguları ve Öcal‘ın bulduğu alpha değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Öcal Cronbach Alpha	Cronbach Alpha
Grup Sargınlığı	3,29	0,531	0,790	0,865
Grubun Sosyal Bütünleşmesi	3,13	0,583	0,730	0,736
Grubun Görev Çekiciliği	3,47	0,790	0,730	0,739
Grubun Sosyal Çekiciliği	3,39	0,578	0,690	0,750
Grubun Görevde Bütünleşmesi	3,25	0,630	0,760	0,778

#### **Kolerasyon Analizinin Bulguları**

Araştırmada korelasyon analizi yapılmadan önce, elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğunu tespit etmek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Yapılan spss incelemelerinde Shapiro-wilk Sig değeri 0,05 in üstünde olduğu için verilerin normal dağılım sergilediği belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olması nedeniyle değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon analiziyle tespit edilmiştir. Korelasyon analiziyle elde edilen bulgular Tablo 6’da sunulmuştur.



**Tablo 4.** Değişkenler arasındaki ilişki

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Güçsüzlük	1								
Anlamsızlık	,442**	1							
Kendine Yabancılaşma	,515**	,517**	1						
İşe Yabancılaşma	,819**	,758**	,854**	1					
Grubun Sosyal Bütünleşmesi	,235	,161	,323**	,304**	1				
Grubun Sosyal Çekiciliği	,142	,388**	,378**	,363**	,478**	1			
Grubun Görev Çekiciliği	,507**	,513**	,624**	,676**	,414**	,549**	1		
Grubun görevde bütünleşmesi	,342**	,323**	,291**	,389**	,488**	,494**	,398**	1	
Grup Sargınlığı	,387**	,428**	,523**	,550**	,817**	,798**	,762**	,717**	1

\*\* : Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

İşe yabancılaşma ile grup sargınlığı arasında pozitif yönde anlamlı ( $r=0,550$ ) bir ilişki bulunmuştur. Tablo 4'deki bulgulardan değişkenler arasında ilişkiler incelendiğinde; çalışanların grubun görev çekiciliğinin kendilerine yabancılaşma ile pozitif yönde güçlü düzeyde ( $r=0,624$ ); anlamsızlık ile pozitif yönde orta düzeyde ( $r=0,513$ ), güçsüzlük ile ise pozitif yönde orta düzeyde ( $r=0,507$ ) ilişkili olduğu görülmektedir. Öte yandan grubun sosyal çekiciliği ve güçsüzlük arasında anlamlı düzeyde ilişki görülmezken; grubun sosyal çekiciliği ile anlamsızlık arasında pozitif yönde orta düzeyde ( $r=0,388$ ), grubun sosyal çekiciliği ile kendine yabancılaşma arasında ise pozitif yönde orta düzeyde ( $r=0,378$ ) ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulardan hareketle; Çalışanların üyesi olduğu örgütte güçsüzlük, anlamsızlık ve kendine yabancılaşma göstermesiyle grubun sosyal ve görev çekiciliğini içselleştirdiği söylenilebilir.

#### Regresyon Analizi Bulguları

Çalışmada işe yabancılaşmanın grup sargınlığı üzerindeki etkisi ortaya konulmaktadır. Bu kapsamda elde edilen bulgular Tablo 5'te gösterilmektedir. Analiz sonuçlarına göre, işe yabancılaşmanın grup sargınlığı üzerinde doğrudan etkisinin ( $\beta=0,302$ ) pozitif yönlü olduğu saptanmıştır. ( $p<0,05$ ) ve ( $p=0,000$ ) olarak saptanmıştır, Model istatistiksel açıdan anlamlıdır.

**Tablo 5.** İşe Yabancılaşmanın Grup Sargınlığı Üzerindeki Etkisine Dair Bulgular

	Standardize edilmemiş değerler		Standardize Değerler	t	p	R <sup>2</sup>	F	p
	B	S.H.	Beta					
(Sabit)	1,459	,298		4,897	,000	0,302	44,615	0,000
Grup sargınlığı	,596	,089	,550	6,679	,000			

#### 4. Tartışma ve Sonuç

Çalışmanın sonuçlarına göre işe yabancılaşma ile grup sargınlığı arasında pozitif yönlü ilişki bulunduğunu göstermektedir. Benzer şekilde işe yabancılaşma grup sargınlığını pozitif yönde etkilemektedir. Literatüre bakıldığında işe yabancılaşma ve grup sargınlığı üzerine ayrı ayrı çalışılmış bir çok farklı çalışma bulunmasına karşın iki değişkenin de aynı anda incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buna göre Çalışanlarda işe yabancılaşma arttıkça grup sargınlığı da artacaktır. Çalışmanın sonucunda bireyin iş ortamında ne yapacağını bilememesi ve kendisinden beklenenler hakkında yetersiz bilgiye sahip olması parçası olduğu iş süreçlerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır ve bunu takiben işine değil grubundaki diğer bireylerle olan ilişkilerine yöneldiği görülmektedir. Bu yüzden grubu çekici bulan bireylerin işlerine yabancılaştıkları sonuç olarakta Çalışan verimliliği azaldığı görülmektedir. Analiz sonuçları Hatfield(1982) grup sargınlığı ile performans arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çalışması ile benzer sonuç göstermektedir. Ancak literatürde pek çok Araştırma ile de farklı sonuçlar gösterdiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun sebebi grup sargınlığının psikolojiden ,spora çok çeşitli alanlarda çalışılıyor olmasıdır (Dion,2000).

Bu sebeple; Çeşitli hizmet içi eğitimler ve geliştirme programları gibi etkinliklerle Çalışanların işe yabancılaşmasını engelleyebilecek programlar düzenlenmesi, Çalışanların gözlemlenerek grup sargınlığına yönelik bir gidiş ortaya çıktığında rotasyon programları uygulanarak Çalışanların grup sargınlığı sarmalına girmesini önleyici tedbirler alınması önerilmektedir. Bu bakımdan Sağlık Çalışanlarından istenilen verimin alınması için halihazırda uygulanan birimler arası rotasyon arttırılabilir ve Çalışanların iş dışında görüşmeleri teşvik edilebilir ([www.hurriyet.com.tr](http://www.hurriyet.com.tr), 05.01.2019). Böylelikle iş saatleri arasında Çalışanın dikkat ve motivasyonunu başka yöne çeken unsurlardan birinin ortadan kalkması beklenmektedir.

Bu Çalışmada bazı temel kısıtlar da bulunmaktadır. Bunlar arasında evrenin küçük olması, sadece Dönersermaye işletme müdürlüğüne bağlı Çalışanlar üzerinde Araştırmanın yapılması gösterilebilir. İleride yapılacak Çalışmalarda farklı örneklemeler üzerinde, farklı bölümlerde Çalışma kapsamına alınması Araştırma modelinin Sonuçlarının genellenebilir olmasına katkı sağlayabilir.

### **Kaynakça**

Grégoire Bosselut, , Jean-Philippe Heuzé , Oscar Castroa , Evelyne Fouquereau ve Séverine Chevalie (2018). Using Exploratory Structure Equation Modeling to validate a new measure of cohesion in the university classroom setting: The University Group Environment Questionnaire (UGEQ), International Journal of Educational Research, 89: 1-9

Marina Tulina, Thomas V. Pollet ve Nale Lehmann-Willenbrock (2018). Perceived group cohesion versus actual social structure: A study using social network analysis of egocentric Facebook networks, Social Science Research, 74: 161-175

Daniel A. Effron ve Hemant, Kakkar (2018) Group Cohesion Benefits Individuals Who Express Prejudice, But Harms Their Group, Journal of Experimental Social Psychology, 79: 239-251

Tummers, Larks and Dulk, Laura (2013). The effects of work alienation on organisational commitment, work effort and work-to-family enrichment, Journal of Nursing Management, 21: 850-859

Iso-Ahola, S., E. ve Hatfield, B.(1986). Psychology of Sports: A Social Psychological Approach. Iowa: Wm. C. Brown Publishers

Babadağ, Mustafa (2018). The Effect of Work Alienation on Cyberloafing Behavior, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21.39: 207-240

Abaslı, Könül (2018). Örgütsel Dışlanma, İşe Yabancılaşma Ve Örgütsel Sinizm İlişkisine Yönelik Öğretmen Görüşleri, Doktora Tezi.

Mottaz, Clifford J. (1981). Some Determinants of Work Alienation. The Sociological Quarterly, 22. 4: 515-529.

Cy, Avus (2016) Mutual relations in ERP implementation: the impacts of work alienation and organizational support in state-owned enterprise, Procedia Computer Science, 100 : 1289 – 1296

Bayraktar, Seçil (2017). Team Cohesion: A Multi Method Study Of Bank Employees in Turkey. Hacettepe University Journal of Economics and Administrative Sciences, 35.2: 1-21

Atay, Sevgi ve Gerçek, Merve (2017). Algılanan Rol Belirsizliğinin İşe Yabancılaşma Üzerindeki Etkisinin ve Demografik Değişkenlere Göre Farklılıklarının İncelenmesi, Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 7.2: 321-332

Moç, Turhan (2018). Örgütsel Adalet Algısının Çalışanların İşte Yabancılaşmaya Etkisinde Tükenmişliğin ve Presenteizmin rolü, Doktora tezi

Özbek, Mehmet (2011). Örgüt İçerisindeki Güven ve İşe Yabancılaşma İlişkisinde Örgüte Uyum Sağlamanın Aracı Rolü, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16.1: 231-248

Öcal, Hatem ve Aydın, Orhan (2006). Grup Sargınlığı Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Türk Psikoloji Yazıları, 9.18: 19-32

- Brawley, L. R., Carron, A. V., & Widmeyer, W. N. (1987). Assessing the cohesion of the teams: Validity of Group Environment Questionnaire. *Journal of Sport Psychology*, 9: 275-294.
- Yetiş, Zühal (2013). Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde İşe Yabancılaşma, Yüksek Lisans Tezi.
- Yıldız, Kaya ve Akgül, Nuri (2013). The Relationship Between Work Alienation and Organizational Cynicism, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6.6: 1253-1284
- Bayraktar, Seçil (2017). Team Cohesion: A Multi Method Study Of Bank Employes In Turkey, *Hacettepe University Journal of Economics and Administrative Sciences*, 35.2: 1-21
- Demirel Ayşe , Ötken Begüm ve Kunday Özlem (2012). Mobbing And Work Alienation: Support From Colleagues as a Moderator, *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30. 1: 1-28
- Özer Özlem ,Uğurluoğlu Özgür, Saygılı Meltem & Songur Cuma (2017). The impact of work alienation on organizational health: A field study in health sector, *International Journal of Healthcare Management*, : 2047.9700 : 1-7
- Amarat Mustafa, Akbolat Mahmut, Ünal Özgün (2018). The mediating role of work alienation in the effect of workplace loneliness on nurses' performance, *wileyonlinelibrary.com*, 1-17
- Korkmazer Fuat, Ekingen Erhan ve Yıldız Ahmet (2016). Psikolojik Sermayenin Çalışan Performansına Etkisi: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19.3: 271-281
- Kartal, Nazan (2017). Sağlık Çalışanlarında İşe Cezbolma, İşe Yabancılaşma ve Performans Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi*
- Aşık, Nuran (2018). ; Örgüt İklimi ile İşe Yabancılaşma Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2.1: 29-41
- Tiryaki, Şefik ve Çetinkurt Fatma (2007). Relations Of Attachment Styles And Group Cohesion in Premier League Female Volleyball Players, *Perceptual an Motor Skills*, 104: 69-78
- Kocaekşi, Serdar (2010). Hentbol Bayan Milli Takımında Zaman Değişimi Ve Performansın Grup Sargınlığı, Sportif Kendine Güven, Öz-Yeterlik, Hedef Yönelimi Ve Yarışma Kaygısı Üzerine Etkisi, *Doktora Tezi*.
- <http://www.hurriyet.com.tr/ik-yeni-ekonomi/rotasyon-ile-motivasyon-40804436>
- Alpar R. (2000) Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Çoşkun, Recai (2015). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı, Sakarya Kitapevi, İstanbul.

## **EFFECT OF ORGANIZATIONAL SILENCE ON WHISTLEBLOWING INTENTION: EXAMPLE OF UNIVERSITY HOSPITAL**

### **ÖRGÜTSEL SESSİZLİĞİN İFŞA (WHISTLEBLOWING) NİYETİNE ETKİSİ: ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Safiye ÇEVEN [1]  
Ferda ALPER AY [2]

#### **ÖZET**

Bu Çalışmanın amacı, Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik ve whistleblowing (ifşa) düzeylerinin incelenmesi ve örgütsel sessizliğin ve ifşa niyeti üzerindeki etkisini belirlemektir. Araştırmanın örneklemini 30 Haziran 2017-30 Eylül 2017 tarihleri arasında, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 300 Sağlık Çalışanı oluşturmaktadır. Verilerin analizinde ortalamalar, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Katılımcıların genel olarak örgütsel sessizlik düzeyleri ve ifşa düzeyleri yüksek düzeyde bulunmuştur. Örgütsel sessizlik boyutlarından savunma amaçlı sessizliğin ifşa niyetini negatif bir şekilde etkilediği, örgüt yararına sessizliğin ise ifşa niyetini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Sonuç olarak savunma amaçlı sessizliğin ifşa niyetini azalttığını, buna karşın örgüt yararına sessizliğin ifşa niyetini arttırdığı belirlenmiştir.

#### **ABSTRACT**

The aim of this study is to investigate the organizational silence and whistleblowing (disclosure) levels of health workers, and to determine the effect of organizational silence on whistleblowing intent. The sample of the study consisted of 300 healthcare workers working in Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital between 30 June 2017 and 30 September 2017. Means, correlation and regression analyzes were used in the analysis of the data.

In general, organizational silence and whistleblowing levels of the participants were high. It was found that defense silence, one of the dimensions of organizational silence, negatively affected the intention of whistleblowing, while silence for the benefit of the organization positively affected the intention of whistleblowing. As a result, it was found that defensive silence reduced the intention to whistleblowing, whereas silence for the benefit of the organization increased the intention to whistleblowing.

#### **INTRODUCTION**

Hirschman (1970), who pioneered sound studies, defines sound as a way an employee chooses to complain about the problem (Buchanan and Boswel, 2002:1168). Organizational silence, on the other hand, means that employees do not express the information they have about important issues concerning the organization (Saygan, 2011: 47). Dyne, Ang and Betero (2003), using the work of Pinder and Harlos' types of silence; they were divided into three groups as acquiescence silence, defensive silence and prosocial (silence for the benefit of the organization) silence. Acquiescence silence is a kind of silence that includes deliberate neglect of ideas about improvement to those who will be effective in changing organizational conditions, in addition to the previously described employee silence. In this type of silence, the employee deliberately prefers to remain silent, although he is aware of alternatives to change the present situation (Pinder and Harlos, 2001).

Based on the work of Dyne, Ang and Betero (2003), Pinder and Harlos / Morrison and Milliken, defines defensive silence as the hiding of relevant ideas, information, or thoughts for the purpose of self-protection based on fear. Schlenker and Weigold (1989) define self as intentional behavior to protect itself from external threats. Dyne et al. defined the concept of silence for the benefit of the organization, as "for altruistic or cooperative purposes, other members of the organization or organization to benefit, business-related ideas, information or opinions to avoid. (Dyne et al., 2003). Employee silence reduces workplace innovation. Employee silence affects work indirectly, affecting employee well-being. for example, employees who deliberately suppress critical communication experience stress, psychological and physiological problems. In addition, they cannot contribute to organizational change (Tangirala, 2008).

The term whistleblowing was first used in 1963 to disclose documents on security risks in the United States. The origin of this concept, which is associated with ethical events, to warn against criminal proceedings, it is based on the behavior of British policemen blowing their whistles. Whistleblowing involves disclosing dangerous, illegal, unethical, discriminatory behavior or misconduct activities by members of the organization (Hersh 2000). In whistleblowing action, is not coercion or obligatory, volunteering is essential (Aktan, 2006).

Whistleblowing in health care has drawn public attention following the emergence of evidence of major service scandals and routine threats to the safety of patient care. After the publication of Robert Francis' research on poor care conditions and patient mortality at MidStafford Hospital, interest in whistleblowing behavior in healthcare services has increased (Waring, 2016).

Employees should be prevented from staying silent in the face of illegal events and unethical events in the organization and they should be encouraged for disclosure behavior (Bulut et al., 2016). Park and Keil (2009), in their study to investigate the reluctance of information technology project employees to convey bad news, concluded that employees were silent due to their concerns about receiving negative feedback from their managers and that management practices were formed silence climate (Gökçe and Alataş, 2015). Fettahlioğlu and Demir (2014) concluded that there is no significant relationship between organizational silence and whistleblowing. On the other hand, a low positive correlation was found between whistleblowing (0.216) and silence issues in organizations. In their study, Bulut et al. (2016) concluded that there was a statistically negative and significant relationship between whistleblowing and silence.

Employees remain silent in organizations for different reasons. On the other hand, if employees encounter unethical and non-moral situations in organizations, they are able to expose these events from within and outside the organization. The aim of this study is to determine the relationships between organizational silence and intention to disclose.

## METHOD

The aim of this study was to examine the levels of organizational silence and whistleblowing of health workers and to determine the effect of organizational silence on intention whistleblowing. Depending on the purpose of the study, the hypotheses of the study were developed as follows.

### **H1: The dimensions of organizational silence have a significant effect on the intention of whistleblowing.**

H1a: Acquiescence silence has a significant effect on the intention of whistleblowing.

H1b: Defensive silence has a significant effect on the intention of whistleblowing.

H1c: for the benefit of the organization silence has a significant effect on the intention of whistleblowing.

### **H2: Organizational silence has a significant effect on the intention of whistleblowing.**

This study, which aims to examine the organizational silence and whistleblowing levels of health workers, is a descriptive and cross-sectional research. The population of the study consists of 1023 health workers (physicians, nurses, midwives, health technicians and health technicians) working at Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital between 30 June 2017 and 30 September 2017. 280 people are considered sufficient in the 5% confidence interval (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>). The sample of the study consisted of 300 health workers working in the hospital between these dates.

Organizational silence and whistleblowing scales were used. The Organizational silence scale developed by Van Dyne et al. (2003), and the Turkish validity and reliability study conducted by Şehitoğlu and Zehir (2010). The scale consists of 3 dimensions and 14 questions as "accepted silence (5 questions), defense Silence (4 questions), for the benefit of the organization silence (5 questions)", and it is a seven-likert type ("1 ile with no disagree" 7 "definitely I agree). The Whistleblowing scale, which was developed by Hengsik Park et al. (2005) and adapted to Turkish by Yılmaz (2015), consists of 3 dimensions and 9 questions. The survey is a five-point Likert type ("1" strongly disagree - "5" strongly agree). Written permission was obtained to use the scales in the study.

The data obtained from the study were evaluated with SPSS (Ver.22.0) program. Correlation and regression analyzes were performed between sub-dimensions of organizational silence and whistleblowing intention scales.  $p < 0.05$  was considered statistically significant. Prior to the study,

approval has been received with the official correspondence, the Rectorate of the University Cumhuriyet, the Hospital Chief of Cumhuriyet University (dated 16.11.2015, numbered 93848782/900) and the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of Cumhuriyet University (dated 20.11.2015, numbered 2015.11.02).

## FINDINGS

58.7% of the 300 healthcare workers who participated in the survey and completed the questionnaire were women, 55% were 21-30 years old, 56% were married, 46.7% were undergraduate graduates, 37.7% were nurses and midwives. In addition, 47.7% of the participants had 1-5 years of professional experience, 58% had working time between 1-5 years, 42.7% were working under 657 Civil Servants Law, 53.7% were monthly income was between 1500- 3499 TL.

**Table 1:** Correlation Analysis between Silence and Whistleblowing

	Ave.	St. D.	Correlations								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>1.External Whistleblowing</b>	2,82	,76	(0,383)								
<b>2.Interior Whistleblowing</b>	3,99	,70	,273**	(0,835)							
<b>3. Neutral</b>	4,38	,82	,048	,555**	(0,914)						
<b>4. Whistle-Blowing (general)</b>	3,69	,55	,629**	,872**	,665**	(0,748)					
<b>5.Acquiescence silence</b>	2,46	1,07	-,037	-,117*	-,179**	-,142*	(0,620)				
<b>6.Defensive silence</b>	2,70	1,48	-,008	-,201**	-,174**	-,174**	,529**	(0,799)			
<b>7. Silence for the benefit of the organization</b>	5,27	1,62	-,089	,208**	,163**	,130*	,057	,121*	(0,758)		
<b>8.Organizational Silence (General)</b>	3,53	,96	-,072	-,010	-,051	-,056	,669**	,727**	,680**	(0,751)	

The values in parentheses are Cronbach's alpha reliability value.

Negative and significant correlations between acquiescence silence and internal whistleblowing ( $r = -0,117$ ), neutrality ( $r = -0,179$ ), and general whistleblowing ( $r = -0,142$ ) were found. Negative and significant correlations between defensive silence and internal whistleblowing ( $r = -0,201$ ), neutrality ( $r = -0,174$ ) and general whistleblowing ( $r = -0,174$ ) were found. Positive and significant correlations between silence for the benefit of the organization and internal whistleblowing ( $r = -0,208$ ), neutrality ( $r = -0,163$ )

and general whistleblowing ( $r = -0.130$ ) were found. Although there was a negative correlation between general whistleblowing and general organizational silence, it was not significant (Table 1).

**Table 2.** Effect of Organizational Silence on Whistleblowing

Independent Variables	Dependent variable	Summary of the Model		ANOVA		Regression coefficients			Hypothesis	Result
		R	R <sup>2</sup>	F	P	Beta	t	P		
Acquiescence silence	Whistleblowing	0,239	0,057	5,962	0,001	-,068	-1,027	0,305	H1a	Reject
Defensive silence						-,157	-2,347	<b>0,020</b>	H1b	Accept
Silence for the benefit of the organization						,153	2,689	<b>0,008</b>	H1c	Accept

\*P<0,05, \*\* P<0,01, Durbin-Watson: 1,994

As can be seen from Table 2, defensive silence from organizational silence dimensions affects the intention to whistleblowing and there is a significant and negative relationship between these two variables ( $\beta = -0,157$ ,  $t = -2,347$ ,  $P = 0,020$ ). Silence for the benefit of the organization affected the intention to whistleblowing and there was a significant and positive relationship between these two variables ( $\beta = 0,153$ ,  $t = 2,689$ ,  $P = 0,008$ ). There was no correlation between the intention to whistleblowing accepted silence from the dimensions of organizational silence. Accordingly, it can be said that "defense silence" has a negative effect on the intention to whistleblowing and that "silence for the benefit of the organization" positively affects the intention to whistleblowing. Therefore, while the hypotheses H1b and H1c are accepted, the H1a hypothesis is rejected.

**Table 3:** The Effect of Organizational Silence on (General) Whistleblowing Behavior

Independent Variables	Dependent variable	Summary of the Model		ANOVA		Regression coefficients			Hypothesis	Result
		R	R <sup>2</sup>	F	P	Beta	T	P		
Organizational Silence (General)	Whistleblowing	,056	,003	,931	,335	-,056	-,965	,335	H4	Reject

\*P<0,05, \*\* P<0,01, Durbin-Watson: 2,055

According to the results of simple regression analysis, there was no significant effect of organizational silence on whistleblowing intention. Therefore, the H2 hypothesis was rejected (Table 3).

## CONCLUSION

In this study conducted for health workers, the effect of silence on the intention of whistleblowing was investigated. In the research findings; It was found that defensive silence, one of the dimensions of organizational silence, negatively affected the intention of whistleblowing, while silence for the benefit of the organization positively affected the intention of whistleblowing. There was no correlation between the intentions to Whistleblowing acquiescence silence from the dimensions of organizational silence. In addition, there was a negative relationship between general organizational silence and general whistleblowing, but it was not significant.

When the literature is examined, it is determined that the number of studies examining the relationship between organizational silence and whistleblowing is limited. While Fettahloğlu and Demir (2014) supported the lack of a relationship in our studies; However, Bulut et al. (2016), who found a negative and significant relationship, does not support their studies.

As a result, it has been determined that the defensive silence reduces the intention of whistleblowing. On the other hand, it was determined that silence for the benefit of the organization increased the intention of

whistleblowing. According to the results, it can be said that if employees hesitate to express an opinion and for self-protection (silence for defensive), they reduce their whistleblowing intent.

## REFERENCES

- Aktan, C. C. (2006). A Civil Virtue, Moral Reaction and Conscientious Objection to Misconduct in Organizations: Whistleblowing. *Journal of Mercek* 7(2):19-36.
- Alataş, H., Toker Gökçe, A. (2015). Teachers' Reactions towards Undesirable Behaviors of Administrators: Whistle-blowing or Keeping Silent? *Journal Of Computer and Education Research*,3(6): 99-116.
- Bulut, D., Eryeşil K.,Bedük, A.(2016). The Perspective of Bank Employees on Organizational Silence and Whistleblowing Behavior: A Study in Gaziantep, 1. Graduate Business Students Symposium Proceedings Book. 566-573.
- Dyne, L. V., Ang, S., Botero, I. C. (2003). Conceptualizing Employee Silence And Employee Voice As Multidimensional Constructs. *Journal Of Management Studies*, 40(6):1359-1392.
- Fettahloğlu, Ö. O., Demir, S. (2014). The Option Of Remain Silent Next To The Freedom Of Speech: University Academic Staff Organizational Silence And Whistleblowing (Disclose) About Feedback, *Academic Review Journal*, 45: 1-26.
- Hersh, M. A. (2002). Whistleblowers—Heroes Or Traitors?: Individual And Collective Responsibility for Ethical Behaviour. *Annual Reviews In Control*, 26(2): 243-262.
- Morrison, E. W. (2014). Employee Voice And Silence. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1): 173-197.
- Olson-Buchanan, J. B., Boswell, W. R. (2002). The Role Of Employee Loyalty And Formality In Voicing Discontent. *Journal Of Applied Psychology*, 87(6): 1167-1174.
- Park, C., Keil, M. (2009). Organizational Silence And Whistle- Blowing On IT Projects: An Integrated Model. *Decision Sciences*, 40(4): 901-918.
- Park, H., Rehg, M. T., Lee, D. (2005). The Influence Of Confucian Ethics And Collectivism On Whistleblowing Intentions: A Study Of South Korean Public Employees. *Journal Of Business Ethics*, 58(4):387-403.
- Pinder, C. C., Harlos, K. P. (2001). Employee Silence: Quiescence And Acquiescence As Responses To Perceived Injustice. *In Research In Personnel And Human Resources Management*, (20): 331-369.
- Sayğan, S. (2011). A Practice In Order To Analyze The Relationship Between Whistleblowing And Organizational Ethical Climate. Selcuk University, Institute of Social Sciences. Master Thesis. Konya.
- Şehitoğlu, Y., Zehir, C. (2010) The Analysis of Employee Performance in the Context of Employee Silence and Organizational Citizenship Behavior in Turkish Public Institutions. *Amme İdari Dergisi*, 43(4): 87-110.
- Tangirala, S., Ramanujam, R. (2008). Employee Silence On Critical Work Issues: The Cross Level Effects Of Procedural Justice Climate. *Personnel Psychology*, 61(1):37-68.
- Waring, J. (2016). When Whistle-Blowers Become The Story: The Problem Of The 'Third Victim': Comment On" Cultures Of Silence And Cultures Of Voice: The Role Of Whistleblowing In Healthcare Organisations". *International Journal Of Health Policy And Management*, 5(2):133-135.



## BİREYLERİN YAŞLILIK ALGISININ SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINA ETKİSİ<sup>1</sup>

### THE EFFECT OF INDIVIDUALS' PERCEPTION OF AGING ON HEALTHCARE USE

Rabia FETTAHOĞLU<sup>2</sup>  
Ramazan ERDEM<sup>3</sup>

#### ÖZET

**Çalışmanın Sorunu:** Modern dünyada, Batı ülkelerinin bilim ve teknolojisindeki gelişmelerin bir sonucu olarak sosyal değişimler yaşanmış ve insan yaşamı uzamıştır. Modernleşmenin kentleşme, göç, kadınların iş yaşamındaki aktif rol alması ve çekirdek aile yapısına geçiş gibi sonuçları Yaşlılık algısında değişiklikler meydana getirmiştir.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışmada bireylerin Yaşlılık algısı ve Sağlık hizmeti Kullanımı ve bunlar arasındaki etki incelenmiştir. Yaşlılık algısının demografik değişkenler Açısından farklılaşım farklılaşmadığı da bu Çalışma kapsamında incelenen diğer bir konu olmuştur.

**Yöntem:** Araştırmada 500 kişilik bir örneklem grubuna anket uygulanmıştır. Yaşlılık algısını ölçebilmek için Eser ve diğerleri tarafından Türkçeye uyarlanan Avrupa Yaşlanma Tutum Ölçeği (AAQ) kullanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuçlar:** Bireyler yaşlılığı; kayıpların olduğu bir dönem şeklinde algıladıkça daha fazla aile hekimi ve klinik hizmeti kullanmaktadır. Ayrıca bireyler yaşlılığa dair; pozitif değerlendirmeler yaptıkça daha fazla aile hekimi, olumlu beklentiler içinde oldukça daha fazla eczane hizmeti kullanmaktadır. Son olarak da bireyler, yaşlılığın örnek olunması gereken bir dönem olduğunu düşündükçe daha az özel hekim ve eczane hizmeti kullanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaş, Yaşlılık Algısı, Sağlık Hizmeti Kullanımı, Modern Zaman

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In the modern world, as a result of the developments in the science and technology of the Western countries, social changes have taken place and human life has been prolonged. The consequences of modernization, such as urbanization, migration, the active role of women in work life, and the transition to the core family structure, have brought about changes in the perception of old age.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to determine the effects of health services (application to polyclinic, emergency department, physician and clinic) as a result of the transformation in the perception of old age together with the modern period.

**Method:** In the study, a questionnaire from quantitative research methods will be used and applied to a sample group of 500 people. Moreover, the European Aging Attitude Scale (AAQ) developed by Eser and his colleagues will be used.

**Findings and Results:** Participants death; the more the family physician perceives it as a failure, the less the private physician perceives it as a reward in the hereafter, and the more the dentist perceives it as a concept full of question marks. In addition, the participants included old age; as a period that needs to be exemplary, less as a period when there are losses, and more to the pharmacy more positively.

**Key Words:** Aging, Aging Perception, Health Service Use, Modern Time

#### 1. GİRİŞ

Bilim ve teknolojide kaydedilen gelişmeler sayesinde dünya genelinde bebek ölümlerinde azalmalar olmuş ve insanoglu daha uzun yaşam sürmeye başlamıştır. Tüm dünyada insanlar artık daha uzun yaşadığından bu durumun sosyolojik hayata yansımaları öne çıkmış ve kurumsallaşan Yaşlılık anlayışı günümüzde kendine yer edinmekle birlikte iktisadi piyasaların genç, zinde ve Sağlıklı bedenlere duyduğu arzu yaşlıları öteleyen/ikinci plana atan bir yapıyı ortaya çıkarmıştır. Yaşlılık, insan yaşamındaki en son dönem olması sebebiyle önem arz eden bir olgu olsa da artık bir yük olarak görülmektedir.

Sağlık hizmeti Kullanımı hem zaruri olması hem de toplum sağlığına etki etmesinden ötürü ele alınan bir konu olmuştur. Bu hizmetlerin yapısı gereği diğer pek çok piyasa şartlarından ayrılmasını sağlayan

<sup>1</sup> Bu çalışma Rabia FETTAHOĞLU'nun Prof. Dr. Ramazan ERDEM'in danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Öğrencisi

<sup>3</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi

özellikleri de bulunmaktadır. Bunların yanı sıra literatürde Sağlık hizmeti Kullanımı ölçen Çalışmalarda (İlhan vd., 2006; Ertaş ve Kırac, 2019) genel olarak polikliniğe, acile, ve aile hekimine başvurma sıklıklarıyla alakalı sorular sorulmaktadır. Ayrıca son bir sene içerisinde kaç kez/defa başvurulduğuna dair elde edilen bilgiler sağlık hizmeti Kullanımının ölçülmesinde yarar sağlamaktadır.

Bu Çalışmada Yaşlılık Algısının modern zamanda yaşadığı dönüşüm ele alınmış ve hayatın her alanında var olan bu olgunun Sağlık hizmetlerine yansıyan yapısı Araştırılmaya Çalışılmıştır. Yaşlılığın değişen yapısına rağmen genç bir bireyin dinamikliği ve yaşlının tecrübesi sayesinde daha güzel ve üretken sonuçlar elde edileceği de bir gerçektir. Bu Çalışmada bireylerin yaşlılık Algısının Sağlık hizmeti Kullanımı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu Çalışmanın bir diğer amacı ise Yaşlılık Algısının demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir.

## 2. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI

Yaşlanmayla alakalı birçok kavram günlük hayatta bir arada kullanılmaktadır. Öyle ki yaş (age), Yaşlılık (old age ve senility) ve yaşlanma (aging) kavramları aynı anlamda kullanılmasına karşın farklı tanımları içermektedir (Parlak vd., 2015: 580). Yaş kavramı; doğum tarihini baz alan bir özellik taşıyıp (Parlak vd., 2015: 580) Türk Dil Kurumu (TDK, 2019)'na göre, “doğuştan beri geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman”, “hayatın çeşitli evrelerinden her biri, çağ” ve “bir kurum, bir kuruluş, düzen vb.nin kurulduğundan bu yana geçen zaman” olarak ifade edilmiştir. Yaşlılık ise biyolojik, tarihsel ve sosyo-kültürel anlamda önlenmesi mümkün olmayan ve kendine ait sorunları bünyesinde barındıran bir süreci kapsamaktadır (Konak ve Çiğdem, 2005: 23).

Yaşlanma; çürüme, düzen kaybı, entropinin yükselmesi, ilerleyen yaşa eşlik eden hastalığa ve ölüme karşı giderek artan duyarlılıkla ilişkili ya da sorumlu olan değişikliklerin artan birikimidir. Bu süreç doğası gereği önemli spekülasyonlara konu olmasının yanı sıra elde edilen kanıtlar hücreler ve dokularda sürekli olarak devam eden serbest radikal reaksiyonların yaşlanma sürecinin oluşumunda etkili olduğunu ya da katkıda bulunduğunu göstermiştir (Blagosklonny ve Salon, 2009: 357; Harman, 1981: 7124).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Yaşlılık dönemiyle ilgili sınıflandırması ise şu şekildedir (Tümerdem, 2006: 195):

- a) 65-75 yaş arası, erken yaşlılık dönemi
- b) 75-85 yaş arası, orta Yaşlılık dönemi
- c) 85 yaş ve ötesi, ileri Yaşlılık dönemi

Yukarıda belirtilen yaş aralıkları DSÖ'nün kendi ölçütleri olarak düşünülmesi gerektiğinden bir genelleme yapmak doğru olmayabilir. Nitekim Hooyman ve diğerleri (2015: 5) yaşlıyı tanımlamak için küresel standartlar olduğunu belirtmiş ve kendi kitaplarında 65+ kişileri yaşlı nüfusa dâhil etmiştir.

### 2.2. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE YAŞLILIK ALGISI

Yaşlının aile ve toplumdaki konumunun içinde yaşanan zamanla ve çevresel etmenlerle yakından bir ilgisi bulunmaktadır. Homo habilisler ilk insan olarak bilinmekte ve eldeki kaynaklar mevcut aile yapısı hakkında yeterli bilgi içermemektedir. İlerleyen dönemde ortaya çıkan Homo erectüslerin 1 milyon 900 bin yıl evvel var olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır. Aynı şekilde Arkaik homo sapiensler 400 bin, Neandertaller 130 bin yıl ve Homo sapiensler 38 bin yıl evvel dünyada hayat sürmüştür. Homo sapiensler 23-30 kişilik gruplarla devamlı yer değiştirdiği için avcı-toplayıcı toplum özelliğine sahip olmuştur. İlk olarak Neolitik Döneme (8 bin yıl evvel) değin teknolojinin ve kültürün gelişimi yavaş bir seyir izlemiştir. İnsan genetik yapısının belirlemiş olduğu “maksimum ömür potansiyeli” (MÖP) 120 iken avcı-toplayıcı şekilde yaşayan insanlar için bu rakam ancak 20-25'tir. Bundan ötürü o dönemlerde günümüzdeki Yaşlılık statüsünün varlığı da söz konusu olmamıştır (Akın, 2002: 75).

Doğa şartlarının zor ve çetin olmasından ötürü o zamandaki insanlar için ihtiyarlık yaşı 20-25'e kadar inmiştir. Yaşlının toplumdaki statüsünün oluşmasında belirleyici olan etmen doğa koşullarıdır. Bu açıdan o dönemde var olan yaşamsal zorluklar yaşlılığının dışlanan bir özelliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Neolitik dönemden bu yana yerleşik döneme geçilmesi sonucunda tarım faaliyetleri başlamış ve yaşam büyük ölçüde yaşlılar adına kolaylaşmıştır. Yerleşik hayata geçerek toprağı işlemeyi öğrenen insan, sadece tüketmek yerine üretime de vakıf hale gelmiştir. Öyle ki ürettiğini sonrası için saklamış ve ilerde ekonomik gelirini bundan elde edeceği takas yöntemini kullanmıştır. Bundan dolayı ilk

insanın sadece yaşamak amacı güderek topladığı yiyecek (bitki) üretilip başka ihtiyaçlara ulaşmada kaynak sağlayan bir işlev görmüştür. Neticede insanlar bir amaca yönelik tüketmeyi bırakıp daha kaliteli bir yaşam adına savaş vermiştir (Akın, 2002: 75; Akülkü, 2015: 31).

### **2.3. MODERNLEŞMEYLE BİRLİKTE YAŞLILIK ALGISI**

Modernleşme; toplumları bir boyuta indirgeyen birbiriyle ilişkili toplumsal değişimlerin bir özeti olarak tanımlanmaktadır (Silverstein vd., 1998: 388). Bu tanımdan da hareketle bugünkü yaşlılık Algısının üzerinde etkisi olan modernleşmeyi nüfus yapısı, ekonomik faktörler ve aile yapısı gibi etmenleri ele alarak ayrıntılı şekilde irdelemek mümkündür.

#### **2.3.1. Nüfus Yapısındaki Değişim**

Gelişen ve dönüşen dünyada maddi kültür unsurlarının öneminin artması toplumların her manada refah seviyesine ulaşmak adına etkili adımlar atmasını sağlamıştır. Teknolojide meydana gelen yenilikler ve tıptaki gelişmeler; hastalıkların iyileşmesi ve bebek ölüm oranlarının azalmasını sağlamış ve bu sayede ortalama yaşam süresi uzamıştır. Bunlara ilave olarak daha bilinçli bireylerin dengeli beslenme ve spor gibi günlük aktiviteleri hayatında uygulaması da etkili olan faktörler arasında yer almıştır (Taşkesen, 2017: 93). Bunu destekler nitelikte Bulduk (2014: 55) günümüzde sanayi devriminden sonra tıp bilimlerinde kaydedilen ilerlemelerin dünya nüfusunun hızla yaş ortalamasının artmasına neden olduğunu ifade etmiştir.

Nüfusun yaşlanması; yüksek doğurganlık oranlarının azalması ve yüksek ölüm oranlarındaki meydana gelen düşüşten kaynaklanmaktadır. Dünya genelinde meydana gelen bu eğilime “demografik geçiş” adı verilmektedir. Geçiş; ilk olarak küçük çocukların ölüm oranlardaki düşüşle beraber doğurganlığın daha yüksek olduğu bir eğilim seyrettiğinden bu ilk aşamada daha genç bir nüfus yapısı mevcuttur. İkinci aşamanın zaman içinde gerçekleşmesinin yanı sıra farklı ülkelerdeki görülme biçimleri değişik yapıya sahip olmuş ve bütün dünya bölgelerinde doğurganlık azalan bir seyir izlemiştir. Neticede dünya nüfusunun sadece yaşlanması gibi bir durum söz konusu olmamakla birlikte aynı zamanda 21. yüzyılda yaşlı nüfusunun iki katına ulaşması beklenmektedir (Kuné, 2003: 17).

#### **2.3.2. Ekonomik Faktörler**

19. yüzyıla değin tarım ülkesi özelliğini taşıyan İngiltere 70 senede ekonomik alanda elde ettiği gelişmeler sayesinde ilk endüstri toplumunu oluşturmuştur. Neticede köylerden kentlere doğru bir göç akımı başlamış ve şehirleşme olgusu cereyan ettiğinden Sanayi Devrimi yeni bir dönemi ortaya çıkarmıştır. Toplumların sosyal yapılarında değişimler meydana gelmiş ve ülkelerin temelleri bu değişimlerden etkilenmeye başlamıştır. Çekirdek aile olgusu toplumda kendine yer edinmeye başlamasına rağmen o dönemlerde nüfus artışına engel olunamamıştır. Özellikle de çocuklara “Çalışma yasağı” gelmediği ve eğitim bilinci bu kadar yaygın olmadığından yaşlı birey aile bütçesine katkı sağlayan bir unsur olarak görülmeye devam edilmiştir (Tufan, 2016: 120).

Bunların yanı sıra politik ekonomi ve yaşlanma arasındaki ilişkiyi ele alan Çatışmacı Yaşlanma Kuramı sosyal kaynakların dağılımındaki eşitsizliklerin her alanda olduğu gibi yaş faktöründe de etkili olduğunu ileri sürmektedir. Kapitalist toplumların temelini maddi üretimin oluşturması bu kuramın ileri sürdükleri arasında yer almaktadır (Kurtkapan, 2017: 62). Diğer yandan köylerden kentlere yaşanan göç insanların sosyal hayatlarına yansımalar meydana getirmiştir. Yaşlı nüfusun ekonomik faaliyetlere uyum sağlaması ya da işgücüne katılım sağlaması zor olmuştur (Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, 2012: 8). Bu bakımdan yaşlı bireylerin sanayileşmiş ekonomide kendine yer edinmesi zor olmuş ve aynı zamanda köyde kendi kendine yeten bir hayatı olan insanların kentteki yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla çalışması gerekmektedir. Ancak yaşlı bir insanın metropol şehirlerdeki Çalışma hayatına ayak uydurması söz konusu olmamaktadır.

#### **2.3.3. Aile Yapısındaki Değişim**

Modern dönemde sosyo-ekonomik değişimler meydana gelmiş ve bu durumun toplumdaki en büyük yansıması aile yapısında olmuştur. Neticede yaşlı ve aile ilişkileri “sosyal bağlamda bir sorun” olarak ele alınmaya başlanmıştır. Endüstrileşme ve kentleşme süreci geniş aileden çekirdek aileye dönüşümü kaçınılmaz kıldığından gerek kentteki gerekse de kırsalda yaşayan ailede meydana gelen bu değişim yaşlıya saygının azalmasına neden olmuştur (Kurt, 2008: 77).

Bütün bunlardan hareket edilecek olursa aile yapısında meydana gelen bu değişimin yaşlının sosyal rollerine etki ettiği görülmektedir. Daha evvel bilge konumunda yer alan yaşlı birey; çekirdek aile yapısında kendine yer edinemediğinden ötürü yaşlılığın toplumdan dışlanan ve kurumsallaşan yapısı öne çıkmıştır. Aile; bir toplumun özelliklerinin oluşmasında etkili olan önemli bir belirleyici olarak görülmektedir. Bundan ötürü yaşlıya gösterilen saygı yahut algılama biçiminde bunlardan kaynaklanan bir değişim olduğu ileri sürülebilir.

Toplumsal yapıda meydana gelen değişimlerden en büyük etkiyi kentleşme olgusu meydana getirmiştir. Ailede yer alan kişilerin görev ve sorumlulukları yeniden tanımlandığı için yaşlının toplumdaki statüsündeki değişimler kaçınılmaz olmuş ve 1950'lerden sonraki ilk göç hareketlerinden sonra kadın yavaş yavaş Çalışma hayatının içine girmiş ve özellikle de 1980'ler kadını geleneksel rollerinden sıyrarak bir tüketici konumuna taşımıştır. İş hayatına giren kadının elde ettiği ekonomik güç, toplumsal bağlamda daha evvel var olan rollerinin (anne, gelin, ev kadını gibi) yerine kendi kazancını elde eden ve kariyer peşinde koşan bir bireye dönüştürmüştür. Haliyle anne ve babanın işe gittiği, çocuğu da kreşteki yetkin kişilerin baktığı "aile" yapısı yaygınlık kazanmış ve geleneksel dönemde çocuğa bakma görevi olan yaşlının bu rolü elinden alındığı gibi iş hayatında aktif bulunan kadın yaşlıya bakma rolünden de sıyrılmıştır. Yaşlı kesime bakma görevi de modern zamanların bakıcı ve huzur evi Çalışanlarına kaymıştır (Ertaylan, 2016: 5).

### 3. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Sağlık hizmeti Kullanımı; ihtiyacı olan kimselerin (hastaların) bu hizmetten yararlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bakımdan Kullanım ölçütlerini belirlemede bazı hususlar öne çıkmaktadır. Kullanılan hizmetinin türü (doktor, diş hekimi, hastane, acil vb.); bakımın sağlandığı alan (ev, muayenehane, hastane, klinik vb.); alınmış olunan bakımın amacı (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici vb.) ve ne zaman olduğu (belli bir zaman içinde ne kadar sıklıkla doktora gidilip gidilmediği) gibi kriterler kıstas olarak kullanılmaktadır (Kaya, 1995: 102).

Sağlık hizmeti Kullanımını ele alan Çalışmalarda genel olarak Araştırmacının amacı önem kazanmaktadır. Literatürde yapılan Çalışmalara bakıldığında Sağlık hizmeti Kullanımını ölçmek amacıyla genel olarak hekime başvurma, diş hekimine başvurma, diğer Sağlık personeline başvurma (hemşire, ebe vb.), polikliniğe başvurma, acile başvurma, klinik hizmeti alma, tedavi edici Sağlık hizmeti alma, eczaneye başvurma gibi kriterler kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra zaman kıstası da Sağlık hizmeti Kullanımını ölçmek için önemli bir etkidir. Öyle ki "Son bir sene içerisinde kaç kez hekime/acile başvurduunuz?" gibi sorular yine Araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde sorulmaktadır (Erdem ve Pirinççi, 2003: 40).

### 4. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde Yaşlılık algısıyla ilgili yapılan Araştırmanın gereç ve yöntemine yer verilmiş ve neticede elde edilen bulgular üzerinde durulmuştur.

#### 4.1. Amaç ve Önem

Yaşlılık algısının ortaya konulması bakımından modern zamanın yansımalarının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Öyle ki bu kavramların her biri modern zamanda bir takım değişimlere uğrayarak günümüzde sosyal hayat içinde var olmaktadır. Yaşlılık dönemi insana ait değilmişçesine kaçınılan ve eksikliklerin olduğu bir dönem olarak düşünülmektedir. Bu Çalışmada bireylerin Yaşlılık Algısının Sağlık hizmeti Kullanımına etkisi incelenmiştir. Yaşlılık Algısının demografik değişkenler Açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da bu Çalışma kapsamında incelenen diğer bir konu olmuştur.

#### 4.3. Evren ve Örneklem

Bu Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde ikamet eden 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Evrenden kolayda örnekleme yöntemiyle 500 kişiye ulaşılmıştır. Isparta il merkezi nüfusu (TUİK, İl Nüfusu, 2018) 237.000'dir. %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile bu evrenden 384 kişilik örneklem yeterli olabilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2000: 50).

#### 4.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak nicel yöntemlerden anket kullanılmıştır. Sosyal bilimlerde sıklıkla tercih edilen bir veri toplama aracı olması ve istatistiksel analize uygun olması bu yöntemin tercih edilmesinde etkili olmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yer alan 25-48 arasındaki sorular; Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA) (Attitudes of Aging Questionnaire)'nin Türkçe uygulamasını sağlayan Eser ve diğerlerinin (2011) Çalışmasından alınmıştır. Ayrıca Araştırmacı tarafından bu bölüme, “Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.” ve “Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akıldan tutulmalıdır.” ifadeleri eklenmiştir. Bahsi geçen bu ifadelerden ilki Araştırmacı tarafından dünyevi bakış açısını, ikincisiyse uhrevi bakış açısını yansıtan ifade olarak adlandırılmıştır. Bu ölçek 5’li likert tipindedir ve katılımcıların verdikleri cevaplar “Hiç Katılmıyorum” “1”, ve “Tamamen Katılıyorum” ise “5” olarak puanlandırılmıştır.

Anket formunun ikinci kısmında “Sağlık hizmeti kullanımıyla” ilgili açık uçlu sorular bulunmaktadır. Bu sorular, “Son bir sene içinde herhangi bir Sağlık probleminiz sebebiyle poliklinik, acil, aile hekimi, özel hekim, diş hekimi ve eczaneye başvurduğunuz mu?”, “Son bir sene içinde herhangi bir Sağlık probleminiz sebebiyle hastaneye yattınız mı?” şeklindedir. Cevaplar “evet” ve “hayır” olacak şekilde düzenlenmiş ve olumlu cevap verenlerin kaç kez bu hizmetten yararlandıklarını belirtmeleri istenmiştir. Son olarak üçüncü bölümde demografik bilgilere ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık gelir seviyesi ve eğitim düzeyi hakkında bilgiler sorulmuştur.

#### 4.5. Analiz Yöntemi

Araştırmacı tarafından uzman kişilerin görüşleri alınarak “Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi’nde” yer alan ifadelerde değişikliğe gidilmiştir. Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi’nin sorularında halktan her yaş kesimine sorabilmek adına bir takım düzenlemeler yapılmıştır. Bireylerin dünyevi ve uhrevi bakış açıları ile yaşlılık algısı boyutları arasındaki ilişki korelasyon, Yaşlılık algısı boyutlarının Sağlık hizmeti Kullanımına etkisi çoklu regresyon yöntemlerinden backward analiziyle incelenmiştir.

### 5. BULGULAR

Bu başlık altında toplanan verilerden elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

#### 5.1. Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular

Tablo 1’de katılımcılara açık uçlu şekilde sorulan “Son bir sene içinde herhangi bir Sağlık probleminiz sebebiyle poliklinik, acil, aile hekimi, özel hekim, diş hekimi ve eczaneye başvurduğunuz mu?” ve “Son bir sene içinde herhangi bir Sağlık probleminiz sebebiyle hastaneye yattınız mı?” sorularının cevapları bulunmaktadır.

Tablo 1. Sağlık Hizmeti Kullanımı Tablosu

Sağlık Hizmeti Kullanımı	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Polikliniğe Başvurma	371	74.2	129	25.8
Acil Servise Başvurma	233	46.6	267	53.4
Aile Hekimine Başvurma	247	49.4	253	50.6
Özel Hekime Başvurma	133	26.6	367	73.4
Diş Hekimine Başvurma	199	39.8	301	60.2
Klinik Yatışı	54	10.8	446	89.2
Eczaneye Başvurma	387	77.4	113	22.6

Tablo 1’de göre katılımcılardan polikliniğe başvuranlar %74.2 (371) iken bir sene içinde kullanmadığını belirtenler %25.8 (129)’dir. Son bir sene içinde acilden Sağlık hizmeti alanlar %46.6 (233) olup olmadığını belirtenler katılımcıların yarısından daha fazlasıdır. Aile hekiminden hizmet aldığı ifade eden kesim %49.4 (247) iken bu hizmeti son bir sene içinde kullanmayanlar %50.6 (253)’dir. Katılımcıların oldukça yüksek bir kısmı (%73.4) son bir sene içinde özel hekime başvurmamıştır. Bunun yanı sıra son bir sene içinde diş hekimine başvuranlar %39.8 (199) iken bu hizmeti kullanmayanlar %60.2 (301)’dir. Son bir sene içinde yataklı tedavi hizmeti aldığı ifade edenler %10.8 (54)’dir. Diğer bir

ifadeyle katılımcıların oldukça yüksek bir kısmı (%89.2) bu hizmetten yararlanmamıştır. Son olarak son bir sene içinde eczaneye başvuran kesim %77.4 (387) iken kullanmayanlar %22.6 (113)'dür.

Tablo 2. Sağlık Hizmeti Kullanım Sayıları

Sağlık Hizmeti	N	Minimum	Maximum	$\bar{X}$	SS
Poliklinik	500	0*	27	2.91	2.944
Acil	500	0*	10	1.84	1.484
Aile Hekimi	500	0*	16	2.54	2.515
Özel Hekim	500	0*	6	1.62	1.029
Diş Hekimi	500	0*	10	1.81	1.564
Kliniğe Yatış	500	0*	3	1.25	0.483
Eczane	385	0*	32	3.70	4.079

\* Sağlık hizmetini hiç kullanmayanlar/almayanlar.

Bireylere “Son bir sene içinde herhangi bir Sağlık probleminiz sebebiyle poliklinik, acil, aile hekimi, özel hekim, diş hekimi ve eczaneye başvurduğunuz mu?” ve “Son bir sene içinde herhangi bir Sağlık probleminiz sebebiyle hastaneye yattınız mı?” soruları sorulmuş ve verilen cevaplar Tablo 2’de ifade edilmiştir. Son bir sene içerisinde poliklinik hizmetini kaç kez kullandınız sorusuna en az 0 en çok 27 cevabı verilmiştir. Bunun yanı sıra bu hizmeti kullananların ortalaması 2.91 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde acil Sağlık hizmeti Kullanımı sorusuna en az 0 en fazla 10 cevabı verilmiş ve hizmetten yararlananların ortalaması 1.84 olmuştur. Katılımcılar son bir sene içerisinde en az 0 en fazla 15 kez aile hekimliği hizmeti almış ve kullandığını beyan edenlerin ortalaması 2.54’tür. Son bir sene içerisinde katılımcılar, en az 0 en fazla 6 kez özel hekime başvurmuş ve hizmet alanların ortalaması 1.62’dir. Son bir sene içerisinde diş hekimine en az 0 en fazla 10 kez başvurulmuş ve ortalama değerleri 1.81 olarak bulunmuştur. Katılımcılar klinik hizmeti Kullanımı sorusuna en az 0 en fazla 3 kez cevabı vermiş ve hizmeti alanların ortalaması 1.25 olarak tespit edilmiştir. Son olarak da eczane hizmeti Kullanımıyla alakalı soruya en az 0 en fazla 32 cevabı verilmiştir. Ayrıca bu hizmeti kullananların ortalaması 3.70’dir.

## 5.2. Dünyevi ve Uhrevi Bakış Açısına İlişkin Bulgular

Bu başlık altında dünyevi ve uhrevi bakış açısı ifadelerine verilen cevaplar Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3. Bireylerin Yaşlılık Algısı Ölçeğine Dair Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

No	İfadeler	$\bar{X}$	SS
49	Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.	1.918	1.261
50	Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır.	4.398	1.098

Tablo 3’te görüldüğü üzere Yaşlılık Algısı Ölçeğine Araştırmacı tarafından eklenen “Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akılda tutulmalıdır.” (4.398) ifadesi katılım düzeyi oldukça yüksek bir eğilim gösterirken “Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.” ifadesine (1.918) katılım düzeyi oldukça düşüktür. Bu açıdan katılımcıların uhrevi bakış açıları ve dünyanın gelip geçici bir yer olduğu yönündeki inançlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

## 5.3. Faktör Analizi

Bu başlık altında Yaşlılık algısı ölçeğinin faktör analizine yer verilmiştir.

### 5.3.1. Yaşlılık Algısı İfadelerinin Faktör Analizi

Tablo 4’te Yaşlılık Algısı Ölçeğinin faktör analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. Yaşlılık Algısına Dair İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
<b>Faktör 1: Psikososyal Kayıp</b>			
27. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.	0.651	16.844	0.729
30. Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı (içe kapanma) dönemidir.	0.671		
33. Yaşlıların kendi duyguları hakkında konuşması daha zordur.	0.482		
36. İleri yaşı, maddi ve manevi kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.	0.552		
39. Yaşlandıkça fiziksel Bağımsızlık kaybedilir.	0.470		
41. Yaşlılıkta yeni arkadaşlar bulmak daha zordur.	0.578		
44. Yaşlılıkta kişi kendini toplumdaki dışlanmış hissedebilir.	0.643		
46. Yaşlılar, yaşından ötürü kendini bazı şeylerden dışlanmış hissedebilir.	0.579		
<b>Faktör 2: Pozitif Değerlendirme</b>			
25. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.	0.681	10.576	0.649
26. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.	0.822		
29. Yaşlanmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır.	0.681		
<b>Faktör 3: Olumlu Beklentiler Boyutu</b>			
32. Yaşlı olmak sanıldığından daha kolaydır.	0.628	10.366	0.552
38. Yaşlıların, yaşlarından beklenilenden daha fazla enerjisi vardır.	0.663		
40. Yaşlıların fiziksel Sağlık sorunları yapmak istediklerine engel olmaz.	0.618		
47. Yaşlıların sağlığı kendi beklentilerinden daha iyidir.	0.622		
<b>Faktör 4: Tecrübe ve Örnek Olma</b>			
42. Yaşlı bir insanın tecrübeleri ve kazandıklarını gençlere aktarması çok önemlidir.	0.790	10.038	0.620
45. Yaşlılık gençlere iyi örnek olmayı gerektiren bir dönemdir.	0.790		

Faktör analizinde Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Bu anket ifadelerine uygulanan faktör analizi sonucunda toplam 4 boyut elde edilmiştir. Elde edilen boyutlar “psikososyal kayıp”, “pozitif değerlendirme”, “olumlu beklentiler” ve “tecrübe ve örnek olma” olarak tabloda görülmektedir. Ankette yer alan 27., 30., 33., 36., 39., 41., 44. ve 46. ifadeler “psikososyal kayıp”; 25., 26. ve 29. ifadeler “pozitif değerlendirme”; 32., 38., 40. ve 47. ifadeler “olumlu beklentiler”; 42. ve 45. ifadeler “tecrübe ve örnek olma” boyutunu kapsamaktadır.

Birinci faktör olan “psikososyal kayıp” boyutunun açıkladığı varyans, %16.844 olup Cronbach Alpha değeri 0.729 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde “pozitif değerlendirme” (ikinci faktör) boyutunun açıkladığı varyans, %10.576 olup Cronbach Alpha değeri 0.649’dur. Üçüncü faktörün (olumlu beklentiler boyutunun) açıkladığı varyans, %10.366 olup Cronbach Alpha değeri 0.552 olarak tespit edilmiştir. Dördüncü faktör olan “tecrübe ve örnek olma” boyutunun açıkladığı varyans, %10.038 olup Cronbach Alpha değeri 0.620’dir.

Anketin orijinal halinde 3 boyut varken bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda 4 boyuta ulaşılmıştır. Ankette yer alan 28., 31., 34., 35., 37., 43. ve 48. ifadeler birden fazla faktör altında toplandıkları için analizden çıkartılmıştır.

### 5.3.2. Yaşlılık Algısı Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Bu başlık altında Yaşlılık algısı boyutlarının psikometrik özellikleri ele alınmıştır. Cronbach Alfa değerinin güvenilirlik değerlendirmesini Özdamar (2017: 113-114) eserinde;  $0.50 \leq KR20 < 0.60$  değerinin düşük güvenilirliğe sahip olduğunu prototip ölçek olarak kullanılabilceğini ancak geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.  $0.60 \leq KR20 < 0.70$  değerini yeterli güvenilirlik;  $0.70 \leq KR20 < 0.90$  değerinin yüksek güvenilirlik ve  $KR20 \geq 0.90$ ’ı çok yüksek güvenilirlik düzeyinde olduğunu ortaya koymuştur. Boyutların psikometrik özellikleri Tablo 5’te ifade edilmiştir.

Tablo 5. Boyutların Psikometrik Özellikleri

	Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach Alfa	$\bar{X}$	SS	Normallik Testi	
							Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Yaşlılık Algısı	Psikososyal Kayıp	8	1-5	0.729	2.879	0.757	-0.228	-0.320
	Pozitif Değerlendirme	3	1-5	0.649	3.025	1.036	-0.045	-0.639
	Olumlu Beklentiler	4	1-5	0.552	2.746	0.803	0.012	-0.398
	Tecrübe ve Örnek Olma	2	1-5	0.620	4.151	0.925	-1.132	0.826

Yaşlılık Algısı Ölçeğinde bulunan boyutlar şu şekildedir:

**Psikososyal Kayıp:** Bu boyutta Yaşlılık; hayatın sonuna doğru maddi ve manevi kayıpların olduğu bir zaman dilimi olarak düşünülüp 8 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.879 ve standart sapması 0.757'dir. Boyut yüksek düzeyde güvenilir (0.729) bulunmuştur.

**Pozitif Değerlendirme:** Bu boyutta 3 ifade bulunmasının yanı sıra yaşlılığın pozitif yönlerine dikkat çekilmektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 3.025, standart sapması 1.036 olarak saptanmıştır. Boyutun güvenilirlik derecesi (0.649) yeterli bulunmuştur.

**Olumlu Beklentiler Boyutu:** Bu boyutta 3 ifade bulunmakta ve aynı zamanda Yaşlılıktan beklenenlerin olumlu yönlerine vurgu yapılmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.746 olup standart sapması 0.803'dir. Boyut düşük güvenilirliğe sahiptir (0.552).

**Tecrübe ve Örnek Olma:** Bu boyut yer alan ifadeler yaşlılığın gençlere iyi örnek olmayı gerektiren bir dönem olduğunu vurgulamakta ve 2 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 4.151 ve standart sapması 0.925 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (0.620) yeterli düzeydedir.

#### 5.4. Dünyevi ve Uhrevi Bakış Açısı İle Yaşlılık Algısı Boyutları Arasındaki İlişki

Bu başlık altında dünyevi ve uhrevi bakış açısı ile Yaşlılık algısı alt boyutlarının arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve elde edilen bilgiler Tablo 6'da aktarılmıştır.

Tablo 6. Bireylerin Görüşlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

	Boyutlar	Dünyevi Bakış	Uhrevi Bakış
Yaşlılık Algısı Ölçeği	Psikososyal Kayıp	r=0.107, p=0.016	r=0.027, p=0.551
	Pozitif Değerlendirme	r=0.049, p=0.276	r=0.168, p=0.000
	Olumlu Değerlendirme	r=0.220, p=0.000	r=0.053, p=0.238
	Tecrübe ve Örnek Olma	r=-0.103, p=0.021	r=0.370, p=0.000

Yaşlılık algısı ölçeğinde yer alan “Yaşayacağımız her şey bu dünyadadır, tüm amaçlarımızı bu dünyaya göre yapmalıyız.” ifadesi dünyevi bakışı temsil ederken “Hayatın geçiciliği düşünülerek ahiret hayatının olduğu akıldaki tutulmalıdır.” ifadesi uhrevi bakışı temsil etmektedir. Korelasyon katsayısının gücü aradaki ilişkinin anlamlılığını ortaya koymaktadır. Bu açıdan ilişkinin şiddetini belirlemede  $r < 0.00-0.25$  çok zayıf ilişki;  $r < 0.26-0.49$  zayıf ilişki;  $r < 0.50-0.69$  orta ilişki;  $r < 0.70-0.89$  yüksek ilişki ve  $r < 0.90-1.0$  çok yüksek ilişki olarak ifade edilmiştir (Köse, 2011).

“Pozitif değerlendirme” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $r=0.049$ ,  $p=0.276$ ). Bunun yanı sıra “pozitif değerlendirme” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış açısı korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=0.168$ ,  $p=0.000$ ). Bireylerin uhrevi bakış açıları arttıkça yaşlılığı kabullenip pozitif yönlerine dikkat çekme eğilimleri artmaktadır.

“Olumlu beklentiler” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=0.220$ ,  $p=0.000$ ). Bu açıdan



bireylerin dünyevi bakış açıları arttıkça Yaşlılıktan beklentilerinin olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra “olumlu beklentiler” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $r=0.053$ ,  $p=0.238$ ).

“Tecrübe ve örnek olma” boyutundan alınan puanlar ile dünyevi bakış arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde negatif yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=-0.103$ ,  $p=0.021$ ). Bireylerin dünyevi bakış açıları arttıkça yaşlılığı tecrübe ve örnek olmayı gerektiren bir dönem olarak algılama eğilimleri azalmaktadır. Aynı zamanda “tecrübe ve örnek olma” boyutundan alınan puanlar ile uhrevi bakış açısı arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelendiğinde pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=0.370$ ,  $p=0.000$ ). Bu bulgular, bireylerin uhrevi bakış açıları arttıkça yaşlılığın örnek olmayı gerektiren bir dönem olduğuna dair algılarının arttığını ortaya koymaktadır.

### 5.5. Yaşlılık Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

Bu başlık altında yaşlılık algısı boyutlarının Sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi incelenmiş ve çoklu regresyon analizi yöntemlerinden olan *backward analizi* kullanılmıştır. Bu analiz türü, “İlk aşamada model içine tüm değişkenler dâhil edilir. Daha sonraki kademelerde her defasında bir tane olmak üzere en düşük kısmi F değerine sahip olan Bağımsız değişken (X) atılmak sureti ile işleme devam edilir. Atılan değişkenin katkısı her seferinde test edilir. Atılan değişkenin katkısı istatistiki olarak önemli ise atma işlemi gerçekleştirilmez ve işlem orada durdurulur.” şeklinde açıklamaktadır (Efe vd., 2000: 168). Yaşlılık Algısının Sağlık hizmeti Kullanımı üzerindeki etkinin incelendiği tablolarda belirtilen  $X_1$  “psikosozal kayıp”,  $X_2$  “pozitif değerlendirme”,  $X_3$  “olumlu beklentiler” ve  $X_4$  “tecrübe ve örnek olma” boyutunu ifade etmektedir.

Tablo 7. Yaşlılık Algısının Poliklinik Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R	R <sup>2</sup>		Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Hatanın Tahmini		
$X_1$	0.074	0.006		0.004	2.831		
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	1.363	0.824				1.654	0.099
$X_1$	0.269	0.170	0.072	0.987	0.414	1.586	0.113
$X_2$	-0.048	0.135	-0.017			-0.353	0.724
$X_3$	0.168	0.174	0.048			0.966	0.335
$X_4$	-0.072	0.138	-0.023			-0.521	0.602
2 Sabit	1.312	0.810				1.619	0.106
$X_1$	0.265	0.169	0.071	1.276	0.282	1.566	0.118
$X_3$	0.144	0.160	0.041			0.901	0.368
$X_4$	-0.076	0.138	-0.025			-0.549	0.583
3 Sabit	1.028	0.623				1.650	0.100
$X_1$	0.260	0.169	0.069	1.767	0.172	1.540	0.124
$X_3$	0.138	0.159	0.039			0.869	0.385
4 Sabit	1.353	0.498				2.716	0.007
$X_1$	0.279	0.167	0.074	2.779	0.096	1.667	0.096

Backward analizine göre, Yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.6’sının ( $R^2=0.006$ ) bağımsız değişkenlerden “psikosozal kayıp” faktörü tarafından açıklandığı Tablo 7’de gösterilmiştir. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından yeterli olmadığı görülmüştür ( $F=2.779$ ,  $p=0.096$ ). Bu minvalde “psikosozal kayıp” boyutunun poliklinik hizmeti Kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir

etkiye sebep olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu açıdan bireylerin, yaşlılığı belli yetilerde kayıplar yaşanan bir dönem olarak algılamalarının poliklinik hizmeti Kullanımına etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 8. Yaşlılık Algısının Acil Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R <sup>2</sup>		Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Hatanın Tahmini	
	0.000		0.000		0.000	1.360	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	1.389	0.394				3.523	0.000
X <sub>1</sub>	-0.099	0.081	-0.055	1.407	0.231	-1.220	0.223
X <sub>2</sub>	-0.096	0.065	-0.073			-1.482	0.139
X <sub>3</sub>	0.109	0.083	0.064			1.311	0.191
X <sub>4</sub>	-0.065	0.066	-0.044			-0.984	0.325
2 Sabit	1.151	0.311				3.698	0.000
X <sub>1</sub>	-0.103	0.081	-0.057	1.553	0.200	-1.270	0.205
X <sub>2</sub>	-0.100	0.064	-0.076			-1.557	0.120
X <sub>3</sub>	0.107	0.083	0.063			1.284	0.200
3 Sabit	0.898	0.239				3.751	0.000
X <sub>2</sub>	-0.106	0.064	-0.081	1.521	0.220	-1.655	0.099
X <sub>3</sub>	0.097	0.083	0.057			1.175	0.241
4 Sabit	1.073	0.188				5.713	0.000
X <sub>2</sub>	-0.076	0.059	-0.058	1.160	0.198	-1.288	0.198
5 Sabit	0.844	0.061				13.870	0.000

Tablo 8'e göre Yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.0'ının (R<sup>2</sup>=0.000) Bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücü istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır (F=1.160, p=0.198). Bu açıdan Yaşlılık algısı boyutlarının acil Sağlık hizmeti Kullanımı üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu minvalde acil Sağlık hizmetinin zaruri bir hizmet olmasından ötürü bu algının etkilenmemesi doğal karşılanabilir.

Tablo 9. Yaşlılık Algısının Aile Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R	R <sup>2</sup>		Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Hatanın Tahmini		
X <sub>1</sub> X <sub>2</sub>	0.147	0.022		0.018	2.147		
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	-0.149	0.624				-0.239	0.811
X <sub>1</sub>	0.291	0.128	0.102	3.235	0.012	2.267	0.024
X <sub>2</sub>	0.152	0.102	0.073			1.488	0.137
X <sub>3</sub>	0.153	0.132	0.057			1.167	0.244
X <sub>4</sub>	-0.080	0.105	-0.034			-0.762	0.447
2 Sabit	-0.441	0.492				-0.896	0.371
X <sub>1</sub>	0.286	0.128	0.100	4.124	0.007	2.233	0.026
X <sub>2</sub>	0.146	0.102	0.070			1.437	0.151
X <sub>3</sub>	0.151	0.131	0.056			1.147	0.252
3 Sabit	-0.205	0.447				-0.458	0.647
X <sub>1</sub>	0.300	0.128	0.105	5.524	0.004	2.344	0.019
X <sub>2</sub>	0.192	0.093	0.092			2.060	0.040

Yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %22'si (R<sup>2</sup>=0.022) Bağımsız değişkenlerden “psikosozyal kayıp” ve “pozitif değerlendirme” faktörü tarafından açıklandığı ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı Tablo 9’da gösterilmiştir (F=5.524, p=0.004). Bu açıdan “psikosozyal kayıp” ve “pozitif değerlendirme” boyutlarının aile hekimliği Sağlık hizmeti Kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. . Bu bakımdan bireylerin Yaşlılıktan kaçınmak/geciktirmek/sağlığına dikkat etmek adına aile hekimine daha fazla başvurduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra bireylerin, yaşlılığa dair değerlendirmeleri daha pozitif bir hal aldıkça bu dönemi kabullenip getirileriyle kolay baş edebilmek için aile hekimine başvurma sayısının arttığı ifade edilebilir.

Tablo 10. Yaşlılık Algısının Özel Hekim Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R <sup>2</sup>		Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Hatanın Tahmini	
X <sub>4</sub>	0.112		0.013		0.011	0.879	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.788	0.256				3.082	0.002
X <sub>1</sub>	-0.003	0.053	-0.002	1.853	0.117	-0.051	0.959
X <sub>2</sub>	-0.021	0.042	-0.024			-0.498	0.619
X <sub>3</sub>	0.056	0.054	0.051			1.034	0.302
X <sub>4</sub>	-0.108	0.043	-1.133			-2.521	0.012
2 Sabit	0.782	0.225				3.474	0.001
X <sub>2</sub>	-0.021	0.042	-0.025	2.475	0.061	-0.504	0.615
X <sub>3</sub>	0.056	0.054	0.050			1.034	0.301
X <sub>4</sub>	-0.108	0.043	-0.113			-2.530	0.012
3 Sabit	0.755	0.219				3.456	0.001
X <sub>3</sub>	0.045	0.049	0.041	3.591	0.028	0.909	0.364
X <sub>4</sub>	-0.110	0.043	-0.112			-2.577	0.010
4 Sabit	0.867	0.181				4.795	0.000
X <sub>4</sub>	-0.107	0.043	-0.112	6.358	0.012	-2.521	0.012

Tablo 10'a göre Yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %13'ünün (R<sup>2</sup>=0.013) Bağımsız değişkenlerden "tecrübe ve örnek olma" tarafından açıklandığı ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür (F=6.358, p=0.012). Bu açıdan "tecrübe ve örnek olma" boyutunun özel hekim Sağlık hizmeti Kullanımı üzerinde negatif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu bakımdan bireyler yaşlılığı gençlere örnek olunması gereken bir dönem olarak algıladıkça özel hekime daha az başvurmaktadır.

Tablo 11. Yaşlılık Algısının Diş Hekimliği Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R <sup>2</sup>		Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Hatanın Tahmini	
	0.000		0.000		0.000	1.324	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	0.671	0.385				1.741	0.082
X <sub>1</sub>	-0.016	0.079	-0.009	0.410	0.802	-0.203	0.839
X <sub>2</sub>	-0.070	0.063	-0.055			-1.112	0.267
X <sub>3</sub>	0.072	0.081	0.044			0.887	0.375
X <sub>4</sub>	0.026	0.065	0.018			0.401	0.689
2 Sabit	0.634	0.339					
X <sub>2</sub>	-0.071	0.063	-0.056	0.534	0.659	-1.130	0.259
X <sub>3</sub>	0.071	0.081	0.043			0.874	0.383
X <sub>4</sub>	0.025	0.064	0.018			0.392	0.695
3 Sabit	0.730	0.233				3.128	0.002
X <sub>2</sub>	-0.069	0.063	-0.054	0.725	0.485	-1.104	0.270
X <sub>3</sub>	-0.047	0.081	0.043			0.888	0.375
4 Sabit	0.859	0.183				4.694	0.000
X <sub>2</sub>	-0.047	0.057	-0.036	0.663	0.416	-0.814	0.416
5 Sabit	0.718	0.059					

Yapılan analiz neticesinde yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.0'ının (R<sup>2</sup>=0.000) Bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı Tablo 11'de gösterilmiş ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından yeterli olmadığı görülmüştür (F=0.663, p=0.416). Bu açıdan yaşlılık algısı boyutlarının diş hekimliği Sağlık hizmeti Kullanımı üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Buradan diş hekimliği Kullanımının bireylerin yaşlılık algısından etkilenmediği sonucuna ulaşılabilir.

Tablo 12. Yaşlılık Algısının Klinik Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R <sup>2</sup>		Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Hatanın Tahmini	
X <sub>1</sub>	0.088		0.008		0.006	0.408	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	-0.068	0.119				-0.568	0.570
X <sub>1</sub>	0.044	0.024	0.082	1.333	0.257	1.804	0.072
X <sub>2</sub>	0.001	0.019	0.003			0.055	0.956
X <sub>3</sub>	0.027	0.025	0.053			1.070	0.285
X <sub>4</sub>	-0.002	0.020	-0.005			-0.103	0.918
2 Sabit	-0.066	0.117				-0.568	0.570
X <sub>1</sub>	0.044	0.024	0.082	1.780	0.150	1.814	0.070
X <sub>3</sub>	0.027	0.023	0.054			1.188	0.235
X <sub>4</sub>	-0.002	0.020	-0.004			-0.099	0.921
3 Sabit	-0.074	0.090				-0.821	0.412
X <sub>2</sub>	0.044	0.024	0.082	2.670	0.070	1.813	0.070
X <sub>3</sub>	0.027	0.023	0.053			1.186	0.236
4 Sabit	-0.010	0.072				-0.137	0.891
X <sub>3</sub>	0.048	0.024	0.088	3.931	0.048	1.983	0.048

Tablo 12'ye göre Yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %0.8'inin ( $R^2=0.008$ ) Bağımsız değişkenlerden "olumlu beklentiler" tarafından açıklandığı ve modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından bir problem olmadığı görülmüştür ( $F=3.931$ ,  $p=0.048$ ). Bu minvalde "olumlu beklentiler" boyutunun klinik hizmeti Kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu açıdan bireyler Yaşlılıkta kendilerinde meydana gelecek kayıpları önlemek adına daha fazla Sağlık hizmeti kullanıp kliniğe başvurmaktadır.

Tablo 13. Yaşlılık Algısının Eczane Hizmeti Kullanımına Etkisi

Model	R		R <sup>2</sup>		Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Hatanın Tahmini	
X <sub>3</sub> X <sub>4</sub>	0.115		0.013		0.009	3.884	
Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	F	p	t	p
	B	Standart Hata	Beta				
1 Sabit	2.162	1.128				1.917	0.056
X <sub>1</sub>	0.249	0.232	0.048	2.246	0.063	1.073	0.284
X <sub>2</sub>	0.183	0.185	0.049			0.994	0.321
X <sub>3</sub>	0.317	0.238	0.065			1.333	0.183
X <sub>4</sub>	-0.351	0.189	-0.083			-1.857	0.064
2 Sabit	2.358	1.110				2.124	0.034
X <sub>1</sub>	0.265	0.232	0.052	2.665	0.047	1.145	0.253
X <sub>3</sub>	0.410	0.219	0.084			1.875	0.061
X <sub>4</sub>	-0.337	0.188	-0.080			-1.790	0.074
3 Sabit	2.987	0.965				3.094	0.002
X <sub>3</sub>	0.442	0.217	0.091	3.340	0.036	2.035	0.042
X <sub>4</sub>	-0.325	0.188	-0.077			-1.729	0.084

Tablo 13'e göre Yaşlılık algısı boyutlarındaki değişimin %13'ünün (R<sup>2</sup>=0.013) Bağımsız değişkenlerden "olumlu beklentiler" ve "tecrübe ve örnek olma" tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra modelin açıklayıcı gücü anlamlılığı bakımından yeterli bulunmuştur (F=3.340, p=0.036). "Olumlu beklentiler" boyutunun eczane hizmeti Kullanımı üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamı olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra "tecrübe ve örnek olma" boyutunun eczane hizmeti Kullanımı üzerinde negatif yönlü bir etkisinin olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamı olmadığı sonucunda varılmıştır. Bu açıdan bireylerin, yaşlılığa dair beklentileri olumlu hale geldikçe eczane hizmetinden daha fazla yararlandıkları görülmektedir. Diğer yandan bireylerin yaşlılığı tecrübe ve örnek olunması gereken bir dönem olarak algılamalarının eczane hizmeti Kullanımına bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

## SONUÇ

Elde edilen sonuçlara göre Yaşlılık algısı boyutlarından "tecrübe ve örnek olma" ve "pozitif değerlendirme" yüksek; "psikososyal kayıp" ve "olumlu beklentiler" faktörleri düşük puan almıştır.

Dünyevi bakış Açısından alınan puanlar ile Yaşlılık algısı alt boyutlarından "psikososyal kayıp" ve "olumlu beklentiler" faktörleri arasında pozitif anlamlı, "tecrübe ve örnek olma" faktörü arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca uhrevi bakış açısı ile "pozitif değerlendirme" ve "tecrübe ve örnek olma" boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın merak edilen hususlarından biri Yaşlılık Algısının Sağlık hizmeti Kullanımına etkisidir. Bireyler yaşlılığı; kayıpların olduğu bir dönem şeklindeki algısı arttıkça daha fazla aile hekimi ve klinik hizmeti kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca bireyler yaşlılığa dair; pozitif değerlendirmeler yaptıkça daha fazla aile hekimi, olumlu beklentiler içinde oldukça daha fazla eczane hizmeti kullanmaktadır. Son olarak da bireyler, yaşlılığın örnek olunması gereken bir dönem olduğunu düşündükçe daha az özel hekim ve eczane hizmeti kullanmaktadır.

Modern zamanda Yaşlılık algısında yaşanan dönüşümün Sağlık hizmetlerine etkisinin Araştırıldığı bu Çalışmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında; katılımcıların dünyevi bakış açısına kıyasla uhrevi bakış açısının daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Yaşlılık algısı boyutlarından "tecrübe ve örnek olma"ya en yüksek katılımı sağlaması yaşlılığın da kabul edildiğini göstermektedir. Bu açıdan katılımcılar, modern

zamandaki Yaşlılık algısına sahip olmayıp yaşlılığı başkasına muhtaç olunan ve kendi kendine yetmenin mümkün olmadığı düşkünlük dönemi şeklinde görmemektedir.

## KAYNAKÇA

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2012), Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Ankara.
- Akın, G., (2002), “Başlangıçtan Günümüze Yaşlının Aile ve Toplumdaki Statüsü”, *Geriatrı*, 5(1): 75.
- Aküllü, H., (2015), *Yaşlıların Yaşlılık Algısı: Antalya/Finike Ve Polonya/Rzeszow Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Bolu.
- Blagosklonny, M. V. and Salon, M. N., (2009), “Growth and Aging: A Common Molecular Mechanism”, *Aging*, 1(4): 357-362.
- Bulduk, E. Ö., (2014), “Yaşlılık ve Toplumsal Değişim, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2: 53- 60.
- Efe, E., Bek, Y. ve Şahin, M., (2000), *SPSS’de Çözümleri ile İstatistik Yöntemler II*, Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Rektörlüğü.
- Erdem, R. ve Pirinçci, E., (2003), “Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 20(1): 39-46.
- Ertaş, H. ve Kırac, F. Ç., (2019), “Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanım Durumlarının İncelenmesi”, 2. Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Sempozyumu, Konya.
- Ertaylan, A., (2016), “1990 Sonrası Türkiye Sinemasında Yaşlılık Temsilleri”, *The Turkish Online Journal of Design*, 6(1): 1-20.
- Eser, E., Gerçeklioğlu, G., Eser, S., Fidaner, C., Baysan, P., Pala, T. vd., (2011), “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)” Türkçe Sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik Özellikleri”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 14: 101-110.
- Harman, D., (1981), “The Aging Process”, *Medical Sciences, Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 78(11): 7124-7128.
- Hooyman, N. R., Kawamoto, K. Y. and Kiyak, H. A., (2015), *Aging Matters an Introduction to Social Gerontology*, Boston: Pearson Education.
- İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N. ve Özkan, S., (2006), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3): 33-41.
- Kaya, S., (1995), “Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği”, *Toplum ve Hekim*, 10(66): 101-106.
- Konak, A. ve Çiğdem, Y., (2005), “Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği”, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29 (1): 23-63.
- Köse, S. K., (2011), Korelasyon ve Regresyon Analizi, [http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt-pdf/Kenan\\_KOSE3.pdf](http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt-pdf/Kenan_KOSE3.pdf) (Erişim: 01.07.2019).
- Kuné, J. B., (2003), *On Global Aging Old-Age Income Systems in the EU and Other Major Parts of the World*, Contributions to Economics, New York: Physica-Verlag.
- Kurt, G., (2008), *Türkiye’de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Toplumsal Yapı ve Değişme Bilim Dalı, Sivas.
- Kurtkapan, H., (2017), *Kentleşme Sürecinde Yaşlılık ve Yerel Yönetim Uygulamaları: İstanbul Örneği*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Özdamar, K., (2017), Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi, Eskişehir: Nisan Yayınları.
- Parlak, E. A., Erdem, R., Alsaifi, D. I. J. and Aborass, N., (2015), “Aging and Aging Policies in Turkey”, içinde F. Akıncı, S. Bostan Ve T. Kılıç (Ed.), *International Healthcare Management Conference*, (ss. 579- 582), Ankara, Gümüşhane Üniversitesi Yayınları.
- Silverstein, M., Burholt, V., Wenger, G. C. and Bengston, V. L., (1998), “Parent-Child Relations Among Very Old Parents in Wales and The United States: A Test of Modernization Theory”, *Journal of Aging Studies*, 2(4): 387-409.
- Taşkesen, C. G., (2017), “Kırsal ve Kentsel Alanlarda Yaşlanma, Yaşlılık ve Yaşlılar: Denizli İli Örneği”, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1): 92-124.
- TDK Güncel Türkçe Sözlük, [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c430adbce2f21.02840452](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c430adbce2f21.02840452) (19.01.2019).
- Tufan, İ., (2016), *Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık ve Yaşlanma*, II. Basım, Ankara: Nobel Yayınları.
- TUİK, (2018), İl Nüfusu, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> (Erişim: 03.07.2019).
- Tümerdem, Y., (2006), “Gerçek Yaş”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3): 195-196.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S., (2004), *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Detay Yayıncılık.



## REPUBLIC OF CRIMEA HEALTH SYSTEM

### KIRIM CUMHURİYETİ SAĞLIK SİSTEMİ

Muhammed Yusuf AYDAMAK<sup>[1]</sup>

#### ABSTRACT

In 2013, the political and military movements in the Crimea, which is an autonomous republic under the Ukraine, started with the start of theso-called events “Euromaidan” 2013 in Ukraine. The occupation of the Crimea by the Russian troops from Akyar (Sevastopol) and Russia entered the peninsula, and on March 16, 2014, an autonomous Republic of Crimea was established in the Crimea, the Russian Federation, which was occupied by the Russian Federation, by the referendum process, which was not recognized by the international community.

In 2017, the average annual income of the Republic of Crimea was 20.128 Rubles and 22.229 rubles in 2018. According to the data on household consumption expenditure in 2017, health expenditure was 3.8%; 16.1% of expenditure on medicinal products. Again, according to 2017 data, 44 physicians and 105 healthcare personel per 10,000 population fall. 77 of the health personel are nurses.

In the Crimea, the insurance system, which is valid in all Russia and which is called the Fon Federal Compulsory Health Insurance Fundall is implemented. In Crimea, there are two of these funds and 97.27% of the population is under health insurance by participating in this fund. In the Crimea, including 2017, there are 88 health institutions in total. The rate of sick beds per 10,000 population is 79 years. According to the data of 2010, there are 91 health institutions in Ukraine. The number of hospital beds per 10,000 population is 88, the number of doctors is 52 and the number of health personnel is 102. In the Crimea, new studies on the health system from Ukraine are being carried out and various problems are observed at this stage. In addition, the status of Crimea has been controversial since 2014 and Ukraine has applied electricity and water to the Crimea. Considering other sanctions, the issue of health is even more remarkable.

**Key words:** *Republic of Crimea, Health System, Russia, Ukraine*

[1] Selçuk University/Healthcare Management/UndergraduateStudent/Turkey/ [kaptan.tatar60@gmail.com](mailto:kaptan.tatar60@gmail.com)

#### Kırım Hakkında Genel Bilgiler

Kırım güney ve batısından Karadeniz, doğu ve kuzeyinden Azak Denizi ile çevrilidir ve Orkapı (Perekop) ile kuzeyden karaya bağlanarak yarımada şeklini alır. Siyasi olarak ise doğusunda Rusya, kuzeyinde Ukrayna, güneyinde Türkiye ve batısında da Romanya vardır. Kerç Boğazı ile Kafkasya’dan ayrılmaktadır. Yüzölçümü 27.000 Km<sup>2</sup>’dir. Akyar (Sivastopol) kenti stratejik bir limandır ve deniz ulaşımı önemlidir. Tarım ve hayvancılık yaygındır. Akmescit (Simferopol)’de milletlerarası bir hava limanı vardır(“Kırım Yarımadası”, 2008).

Hacı Geray 1427’de Kırım ve etrafında “Kırım Hanlığı”nı kurmuştur. 1475’te Osmanlı himayesine giren Hanlık, 1783’te Rus Çarlığı işgaline kadar Doğu Avrupa’da kilit bir devletti. 1783’ten sonra aslı halk Kırım Tatarları’nın Osmanlı’ya kitlesel göçleri oldu ve Rus nüfusta Rus Çarlığı’nca arttırıldı. Kırım’ın demografik, kültürel, sosyal vb. yapısı değişmiş oldu. Bolşevik İhtilali’nde, 1917’de Kırım Tatarları’nın “Kırım Ahali Cumhuriyeti”ni kurmasına rağmen Bolşevikler 1921’de Kırım Muhtar Sovyet Sosyalist Cumhuriyetini kurmuştur. 18 Mayıs 1944’te Stalin, Kırım Tatarlarını sürgün etti. Kırım 1954’de Ukrayna S.S.C.’ye bağlandı. 1991’de Ukrayna Bağımsızlık ilanıyla Kırım, Ukrayna’da kaldı. Bu sıralarda uzun mücadelelerin sonucunda Kırım Tatarları’nın bir kısmı Kırım’a geri dönmüştü(Kırımlı, n.d.).

2013’te Ukrayna’da başlayan olaylarda, Kırım’da oluşturulan Rus çoğunluk ayrılıkçı faaliyetlere başladı. Ukrayna’nın Rusya’ya kiraladığı Akyar üssündeki ve Rusya’dan gelen Rus askerlerin gözetiminde 16 Mart’ta bir referandum düzenlendi ve 18 Mart’ta imzalanan anlaşma ile Kırım resmen Rusya tarafından işgal edildi. Bu referandumu Ukraynalılar ve özellikle Kırım Tatarları boykot etmiştir(“Kırım Tatar Milli Meclisi’nden referandumu boykot çağrısı,” n.d.). Kırım Tatar Milli Meclisi’nin faaliyeti yasaklandı(“Kırım Tatar Milli Meclisinin Faaliyetleri Yasaklandı,” n.d.). Uluslararası kamuoyu ve Türkiye Cumhuriyeti de Kırım’da ki Rus hâkimiyetini tanımamaktadır(“Kırım’da Düzenlenen Referandum Hk.,” n.d.).

18 Mart 2014’de Kırım Cumhuriyeti (Kırım Cum.), Rusya Federasyonu’nun (Rusya Fed.) Güney Federal Bölgesi içinde 25 idari bölge varlığıyla kendi anayasası olan demokratik ve sosyal özerk bir devlet olarak kurulmuştur. Başkent Akmescit ve diğer büyük şehirleri Kerç, Yalta, Kezlev (Yevpatoriya)ve Bahçesaray’dır. Nüfus 1.895.915’dir. Öne çıkan etnik gruplar %65,2 Rus, %22,2 Ukrayna ve %12,6 ile Kırım Tatarlarıdır. Kırım Tatarcası, Ukraynaca ve Rusça resmi diller olarak kabul edilmiştir. Kırım Cum.’da yasama, yürütme ve yargı organları Rusya Fed.anayasal sisteminin ilkeleri çerçevesinde düzenlenmiştir. Yasama organı daimi ve tek, Kırım Cumhuriyeti Devlet Konseyi – Kırım Cumhuriyeti Parlamentosu’ndadır. Yargı’da federal mahkemeler ve hâkimler vardır. Yürütme organı,yasama tarafından seçilen Kırım Cumhuriyeti Başkanı ve Bakanlar Kurulu’nda vücut bulmaktadır. Akyar, Kırım yarımadasında bulunmasında rağmen federal öneme sahip kent statüsü ile doğrudan federasyona bağlandığı için Çalışma kapsamında değildir(Конституция республики крым, 2014; “О Республике Крым,” n.d.).

## 1. Sağlık Örgütlenmesi

Kırım Cum. Sağlık Bakanlığı (Kırım S.B.) 27 Haziran 2014 tarihinde Kırım Cum. Bakanlar Kurulu kararı ile kurulmuş olup işgalden sonra Ukrayna’dan kalan Sağlık sistemi üzerinde örgütlenmeye başlamıştır. Cumhuriyet’te Sağlık politikalarını belirleyen, yasal düzenlemelerin işlevini yerine getiren yürütme organıdır. Sağlık hizmetleri kontrolü, sektörel veya sektörler arası koordinasyon, yönetim vb., kamu Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve devlet mülklerinin yönetimi ve olabilecek belirli durumlarda devletin diğer yürütme organlarının bu alandaki faaliyetleri koordine etmek gibi faaliyetleri yürütmektedir(Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым, 2014).

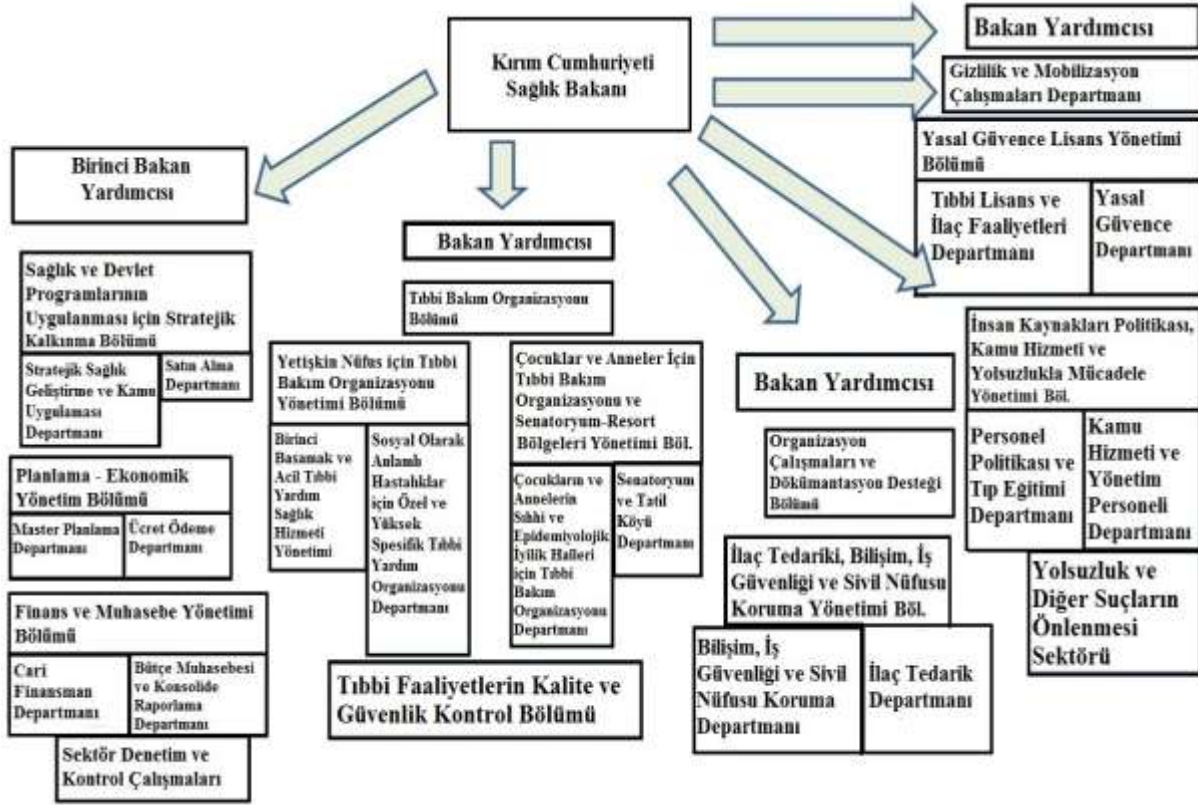
Sağlıktaki bu örgütlenme faaliyetleri “Rusya Federasyonu Vatandaşlarının Sağlığının Korunması Esası Hakkında Federal Kanun” uyarınca gerçekleştirilmiştir. Etkili olan Rusya Fed. kaynaklı diğer yasal düzenlemeler şunlardır:

- “Kamu Sağlık Politikasının İyileştirilmesi Hakkında Rusya Federasyonu Başkanı Kararnamesi”
- “Kırım Cumhuriyeti’nin Rusya Federasyonu’na Kabulü ve Kırım Cumhuriyeti ve Federal Öneme Sahip Kent Sivastopol’ün Rusya Federasyonu Yapısı İçinde Yeni Konumlarının Oluşumu Hakkında Federal Yasa”
- “Kırım Cumhuriyeti ve Sivastopol Şehrinin Bölgesel Sağlık Modernizasyonu Programına Mali Destek için Federal Bütçe Programından Bütçe Hesabı Tahsisi Konusunda Rusya Federasyonu Hükümeti Kararnamesi” (Министерство здравоохранения Республики Крым, 2015)

Bakanlığın ana amaçları şunlardır:

- Kırım Cumhuriyeti vatandaşlarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlamak için Sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinin uygulanmasını sağlamak,
- Vatandaşların sağlığın korunması ve ilgili devlet garantileri alanındaki hak ve özgürlüklerinin korunması,
- Kırım Cumhuriyeti devlet Sağlık sisteminin geliştirilmesi,
- Kırım Cumhuriyeti topraklarında sağlığın korunması alanında devlet politikasının uygulanmasının sağlanması (Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым, 2014)

Bakanlık bu amaçlar çerçevesinde kendine verilen yetkileri kullanır ve Rusya Fed.’deki diğer Sağlık düzenlemelerine (OMS vb.) uymaya çalışmaktadır. Bakanlık içerisinde vatandaşlara yönelik bir hat kurulmuş ve buradan yetkililerle birebir görüşme imkânı oluşturulmuştur. Sağlık bakanının dört yardımcısı vardır. İlgili bakan yardımcısına bağlı olan ve kendi içerisinde çeşitli birimlere ayrılabilen bölümler vardır. Bu bölümlerin ve birimlerin kendi içerisinde başkan ve varsa yardımcıları bulunabilmektedir. Bu noktalardan hareketle bakanlığın yapısı şekildeki gibidir:



Kaynak: ("Структура министерства," n.d.)

## 2.1. Federal Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu (OMS)

Rusya Fed. Anayasası uyarınca vatandaşların ücretsiz Sağlık hizmeti almalarını sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. 2010'da "Rusya Federasyonu Zorunlu Sağlık Sigortası Hakkında Federal Kanun" ile sistemde önemli düzenlemeler yapılmıştır. Bu kanun Rusya Fed. sigorta sistemi oluşumunun temelini ve özünü oluşturmaktadır. Sistem, zorunlu Sağlık sigortası programlarına uygun hacim ve şartlarda ödenen ödenekler ile sağlanan ilaç vb. ve tıbbi yardım alma konularında eşit fırsatlar sağlar. Rusya'nın federatif yapısından dolayı sigorta sistemi bölgesel fonlar (86 fon) temelinde çalışmaktadır("Система ОМС в РФ," n.d.).

Kırım'da 16 Nisan 2014'te "Kırım Cumhuriyeti Bölgesel Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu" iki sigorta kuruluşu dâhilinde kuruldu. Sağlık sigortası kuruluşları, sigorta programı kapsamında sigortalı vatandaşlara sağlanan tıbbi bakım ödemesi için fon alacak şekilde OMS ile yapılan sözleşmeler çerçevesinde çalışmaktadır. Sağlık sigortası sisteminde Sağlık hizmetlerinin oranlarının belirlenmesinde sigorta Sağlık kuruluşları da yer almaktadır. Sigorta kuruluşları, sağlanan tıbbi bakımın hacmi ve kalitesi üzerinde kontrol uygulamak zorundadır. Bunun takibi, Sağlık Kurumlarındaki Sağlık sigorta kuruluşları uzmanları tarafından gerçekleştirilir. Kırım'da %97.27 oranında sigortalı nüfus kaydı vardır ve sigorta fonunda Çalışan personel sayısı 159'dur("Система ОМС в РФ," n.d.; "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым," n.d.).

## 1.2. Federal Sağlık Denetimi Servisi (Roszdravnadzora)

Rusya Fed. vatandaşları için Sağlık sistemlerinin kalitesi, verimliliği ve güvenliğini denetleme ve geliştirme Çalışmaları yürütmektedir. Servis ile Sağlık sektöründeki her türlü hareketliliklerin takibi ve denetimi yapılmaktadır. İlaç takip, yolsuzluk, tıbbi faaliyetler, bütçe fonları Kullanımı ve hasta hakları vb. konular bu takiplere örnek olarak gösterilebilir. Sistem'de vatandaşlar için bir hat kurulmuş ve buradan iletişime geçilerek vatandaşların bireysel yaşadığı sorunlar veya Rusya Sağlık sistemine yönelik her türlü sorunlar veya öneriler dikkate alınmaktadır("О Службе," n.d.).

2014'de bu servisin yasal düzenlemesi doğrultusunda Kırım ve Aktyar (Sivastopol)'ı kapsayacak şekilde tek bir bölgesel servis oluşturulmuştur. Bölgesel servisin yapısı aşağıdaki gibidir:

- Bölgesel Servis'in Başkan ve Başkan Yardımcısı

- Akıyar (Sivastopol) Sağlık Denetim ve Kontrol Bölümü
- Tıbbi Bakım Örgütü Kontrol Bölümü
- Sağlık Alanı Kontrol ve Gözetim Bölümü
- Personel ve Mali Alan Bölümü
- İdari, Hukuki ve Bilgi Güvenliği Bölümü("О ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОРГАНЕ," n.d.)

### 1.3. Kırım Eczane

Kırım'ın tüm kamu hastanelerinde devlet kanalıyla işletilen tek bir eczane sistemi olması hedeflenerek 2015'de Kırım Cum. Başkanı emri ile kamu hastanelerinde özel eczanelerin tamamen feshedilme kararı ve onların yerine "Kırım Eczane" adı altında bir devlet teşebbüsünün faaliyete geçirilmesine karar verilmiştir("Сергей Аксенов поручил разорвать все договора на размещение частных аптек в госучреждениях," n.d.). İşletmenin temel faaliyetleri, ilaç tedarikine yönelik hizmetlerin vatandaşlara sunulması, devlet eczanelerinin ağıнын geliştirilmesi ve ayrıcalıklı vatandaşlara (Büyük Vatanseverlik Savaşı katılımcısı-gazisi, engelli çocuk, Çernobil mağduru vb.) ilaç kategorileri sağlamak için bir programın uygulanmasıdır. Hastanede tedavi gören hastalar için ve ayrıcalıklı vatandaşlar statüsündeki vatandaşlar için ilaca erişimi ücretsizdir. Bunların finansmanını devlet karşılamaktadır. Ayrıca bir temel ilaç sistemi yürürlüktedir("В Крыму открыто 88 аптек «Крым-Фармация»," n.d.; "Вступил в силу новый перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов," n.d.).

### 1.4. Kuruluşlar ve Sağlık İnsan Gücü

Acil tıbbi yardım istasyonlarının sayısı (2014-2017) 7 olarak sabit tutulmuştur ancak araçların modernizasyonunun yapıldığı ve sayısının arttırıldığı bilinmektedir. Tüm uzmanlık alanlarındaki doktor oranı (10.000 nüfus için) 2016'da 44,2'ken 2017'de 44,1 olarak az bir düşüş yaşamıştır. Doktorların uzmanlık alanı içinde dikkat çekenlerin başında çocuk doktorları gelmektedir. Oran 10.000 nüfus için 2017'de 19,7'dir. Bunu 5,6 ile kadın doğum, 5,2 ile diş hekimleri ve 4,7 ile cerrahi profil takip etmektedir. Hemşire oranında da az bir düşüş vardır. 10.000 nüfus için 2016'da 77,6 olan oran 2017'de 77,2'dir. Ebe oranındaki düşüş daha serttir. 10.000 nüfus için 2016'da 9,4'ken, 2017'de 7,8'dir. Toplam Sağlık kuruluşlarının mevcudiyetinde ciddi bir azalış vardır. Sayı 2015'de 121'ken 2016'da 112'ye, 2017'de 88'e düşmüştür. 2017'de bu 88 kuruluştan 57'sini hastane kuruluşları ve yataklı dispanserler oluşturmaktadır. Hasta yatağı oranı (10.000 nüfus için) 79'dur. Gebe kadınlar için yatak oranı 2015'de 19,6'ken 2017'de 18,3' düşmüştür. Cerrahi profildeki yatak oranı 2017'de 13,1'dir. Zihinsel hastalar için ise oran 10,5'dir("Крым получил 46 машин скорой помощи по программе модернизация здравоохранения," n.d.; "Республика Крым.:Крымстат," n.d.).

## 2. Genel Sağlık Durumu

Kırım'da doğurganlık oranı (1 kadın başına düşen çocuk sayısı) 2015'deki 1.818'lik zirveye rağmen 2017'deki 1.635 oranla 2013'ten (1.666) aşağıdadır. Canlı doğum sayısı 2016'da 22.944'ken 2018'de 20.331'e (bu oran 2013'te 24.054'tü) düşmüştür. Kırım'da ölüm sayılarının (2015'de 29.145; 2017'de 27.562) düşmesine rağmen doğum sayıları hep ölüm sayılarının gerisinde kalmıştır ve Kırım'ın nüfus artışının yavaşlaması (2016-2017'de +5.062 fark; 2017-2018 +1.563 fark) bu şekilde açıklanabilir("Республика Крым.:Крымстат," n.d.).

Ölüm sayılarının azalmasına paralel şekilde Kırım'da doğumda beklenen yaşam süresi 70.74'ten (2014) 72 yıla çıkmıştır (2017). Ortalama yaş da 40.80'den (2014) 41.05'e (2018) çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin uzun vadede bakım olanaklarının niteliğinin arttığı söylenebilir("Республика Крым.:Крымстат," n.d.).

Nüfusu arttıran tek unsur göçlerdir. Ancak o da 2014-2015'teki +92.349 farktan sonra 2017-2018'te - 31.298 farka düşmüştür("Республика Крым.:Крымстат," n.d.).

Bebek ölüm hızı 2015'de %6,23'ken 2016'da 5,27'e düşmüş ancak 2017'de tekrar bir artışla %5,37'e çıkmıştır. Buradan harekete neonatal bakımın nispeten yetersiz olmaya başladığı söylenebilir. Doğurganlık oranlarının azalması da bu konu ilişkilendirilebilir. Diğer ilişkilendirilebilecek bir konu yaptırımların getirdiği şartlar olabilir. Nitekim hane halkı tüketim harcamasında Sağlık hizmetleri %3,8'ken (2017); tıbbi ürünlere yapılan harcama %16,1'e (2016 %18) düşmüştür("Республика Крым.:Крымстат," n.d.).

Uyuşturucu Bağımlılığı oranı (100.000 nüfus için) 2014'te 227.4'ken 2017'de 229 olacak şekilde sürekli bir artışla artmıştır. Alkol Bağımlılığı oranı (100.000 nüfus için) 2016'da 1353.5'ken 2017'de 1312.8'e düşmüştür. Alkol Bağımlılığı niceliksel olarak en büyük Bağımlılığı (2017, 25.113) teşkil etmektedir. AIDS hastası sayısı (2016, 6.406; 2017, 7.062) da artmıştır. Kırım'da bu sorunlar ile etkin mücadele gerekmektedir ("Республика Крым.:Крымстат," n.d.)

Başlıca Ölüm Nedenleri Sınıflamasına Göre Ölüm Oranları (100.000 Nüfus İçin)							
Yıl	Tüm Hastalıklardan Ölenler	Bulaşıcı ve Paraziter Hastalıklar	Neoplazmlar	Dolaşım Sistemi Hastalıkları	Solunum Yolu Hastalıkları	Sindirim Sistemi Hastalıkları	Diğer Nedenler
2014	1526.74	37.99	209.18	1042.31	29.98	61.98	99.29
2015	1532.75	38.13	210.99	1004.90	36.03	73.10	108.60
2016	1517.20	37.81	227.16	942.12	33.99	81.12	104.26
2017	1440.80	34.61	221.07	895.78	31.73	72.56	90.65

Kaynak: ("Республика Крым.:Крымстат," n.d.)

Ölüm nedenlerini incelediğimizde neoplazmların oranının arttığı görülmektedir. Bulaşıcı hastalıkların da nispeten azaldığı göze çarpmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların azaltılabilmiş olması önemlidir. Solunum yolu ve sindirim sistemi hastalıklarının sorun oluşturduğu göze çarpmaktadır. Alkol ve uyuşturucu Bağımlılığı oranının yüksek olması bu sonucu doğurmada büyük etken olabilir. Sindirim sistemi hastalıklarına bir diğer etkide yetersiz beslenme kaynaklı olabilir. Yaptırımlardan sonra Kırım'da fiyatların yükseldiği bilinmektedir("Республика Крым.:Крымстат," n.d.).

Bunların dışında Kırım'da kayıtlı hastalık vakalarına göre sinir sistemi hastalıklarının arttığı görülmektedir. 2014'te 5,6 (1.000 nüfus için) olan oran 2017'de 6,4'e çıkmıştır. Diğer bir artış gebelik dönemine bağlı olarak konjenital ve kromozomal anomaliler (malformasyonlar) oranındadır. 2014'te 129,4 (1.000 nüfus için) olan oran sırasıyla 166,6 (2015), 134,4 (2016), 156,6 (2017) olmuştur. Son olarak yaralanma ve zehirlenme gibi olaylar dikkat çekmektedir. Onların oranları da (1.000 nüfus için) 42,5 (2014), 62,9 (2015), 60,1 (2016), 59,6 (2017) şeklindedir("Республика Крым.:Крымстат," n.d.).

### Каунаққа

Кırım'da Düzenlenen Referandum Hk. (n.d.). Retrieved May 24, 2019, from [http://www.mfa.gov.tr/no\\_-86\\_-17-mart-2014\\_-kirim\\_da-duzenlenen-referandum-hk.tr.mfa](http://www.mfa.gov.tr/no_-86_-17-mart-2014_-kirim_da-duzenlenen-referandum-hk.tr.mfa)

Кırım Tatar Milli Meclisi'nden referandumunu boykot çağrısı. (n.d.). Retrieved June 3, 2019, from <http://old.qha.com.ua/tr/siyaset/kirim-tatar-milli-meclisi-nden-referandumu-boykot-cagrisi/131122/>

Кırım Tatar Milli Meclisinin Faaliyetleri Yasaklandı. (n.d.). Retrieved May 24, 2019, from <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/kirim-tatar-milli-meclisinin-faaliyetleri-yasaklandi/561767>

Кırımлы, Н. (n.d.). Кırım Tatarları Kimdir? Retrieved from Кırım Türkleri Күлтур ve Yardımlaşма Derneği website: <http://www.kirimderneği.org.tr/temel-bilgiler/kirim-tatarlari-kimdir>

В Криму открыто 88 аптек «Крым-Фармация». (n.d.). Retrieved May 18, 2019, from <https://rk.gov.ru/ru/article/show/1522>

Вступил в силу новый перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. (n.d.). Retrieved May 18, 2019, from <https://mzdrav.rk.gov.ru/ru/article/show/129>

Конституция республики крым. (2014, 11 апреля). Retrieved from <http://crimea.gov.ru/content/uploads/files/base/Konstitutsiya.pdf>

Крым получил 46 машин скорой помощи по программе модернизация здравоохранения. (n.d.). Retrieved May 27, 2019, from <https://mzdrav.rk.gov.ru/ru/article/show/97>

Министерство здравоохранения Республики Крым. (2015). *Итоговый отчет о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Республики Крым по итогам деятельности отрасли в 2014 году*. Retrieved from <https://mzdrav.rk.gov.ru/ru/document/show/338>

О Службе. (n.d.). Retrieved from <http://www.roszdravnadzor.ru/about>

О Республике Крым. (n.d.). Retrieved from <https://rk.gov.ru/ru/structure/931>

О ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОРГАНЕ. (n.d.). Retrieved from <http://82reg.roszdravnadzor.ru/about>

*Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым.* (2014, 27 июня). Retrieved from [https://rk.gov.ru/file/polojenie\\_o\\_ministerstve.pdf](https://rk.gov.ru/file/polojenie_o_ministerstve.pdf)

Республика Крым::Крымстат. (n.d.). Retrieved May 27, 2019, from [http://crimea.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/crimea/ru/statistics/stat\\_Crimea/](http://crimea.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/crimea/ru/statistics/stat_Crimea/)

Сергей Аксенов поручил разорвать все договора на размещение частных аптек в госучреждениях. (n.d.). Retrieved May 17, 2019, from <https://rk.gov.ru/ru/article/show/60>

Система ОМС в РФ. (n.d.). Retrieved from <http://www.ffoms.ru/system-oms/>

Структура министерства. (n.d.). Retrieved from <https://mzdrav.rk.gov.ru/ru/structure/6>

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым. (n.d.). Retrieved from <http://www.ffoms.ru/system-oms/territorial-funds/yuzhnyy-federalnyy-okrug/respublika-krym/>

## NURSING STUDENTS' ATTITUDES, KNOWLEDGE AND SKILLS OF CHILDREN'S ENVIRONMENTAL HEALTH

### HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUKLARIN ÇEVRE SAĞLIĞI BİLGİ VE BECERİLERİNE YÖNELİK TUTUMLARI

Cristina ÁLVAREZ-GARCÍA  
Carmen ÁLVAREZ-NIETO  
Sebastián SANZ-MARTOS  
Isabel María LÓPEZ-MEDINA

Department of Nursing, University of Jaén, Spain.

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Climate change has important impact on children's health. Nurses can detect environmental risks among children if they are teaching children's environmental health competencies in the nursing degree.

**The purpose of the Study:** Determine attitudes, knowledge, and skills related to children's environmental health in nursing students.

**Methods:** A cross-sectional study was designed in eight Spanish universities ( $n = 2,462$ ) from September 2017 to June 2018. Three instruments were used: Sustainability Attitudes in Nursing Survey (SANS\_2), Children's Environmental Health Knowledge Questionnaire (ChEHK-Q) and Children's Environmental Health Skills Questionnaire (ChEHS-Q). Descriptive values and MANOVA were calculated.

**Findings and Results:** A total of 2,155 (87.53%) students had a good attitude toward addressing children's environmental health problems, 501 (20.35%) had good knowledge, and 1,162 (47.20%) had good skills. The mean attitude score was  $24.56 \pm 5.67$  (maximum 35), the mean knowledge score was  $12.14 \pm 4.17$  (maximum 26) and the mean skill score was  $35.14 \pm 4.15$  (maximum 60). Participants had more positive attitudes towards understanding climate change as an important issue for nurses, but they lacked attitudes towards including climate change issues in curricula. They knew the children vulnerability to environmental threats, but they lacked knowledge about the effect of nitrogen oxide, tobacco smoke and food colourings. They assessed themselves as capable of identifying the environmental risks that can cause respiratory diseases in a child, but showed lower perceived skills in identifying the environmental risks that can cause neoplastic diseases in childhood. Students who had attended a session on sustainability had a better attitude (9.93%), knowledge (11.16%), and skills (3.82%). Second course students and males had better environmental competency ( $p < .001$ ). Nursing students have good attitudes; however, they lack knowledge and skills. There is a need to include children's environmental health in nursing curricula.

**Key Words:** child health, environmental health, multicentre study, nursing degree education, nursing students, pediatric nursing

#### ÖZET

**Çalışmanın Sorunu:** İklim değişikliğinin çocukların sağlığı üzerinde önemli bir etkisi var. Eğer hemşirelere çocukları n çevresel Sağlık yeterliliği öğretiliyorsa hemşireler çocuklar arasındaki çevresel riskleri tespit edebilirler.

**Çalışmanın amacı:** Hemşirelik öğrencilerinde çocukların çevre sağlığına ilişkin tutum, bilgi ve becerileri belirlemek.

**Yöntemler:** Eylül 2017 – Haziran 2018 tarihleri arasında 8 İspanyol üniversitesinde ( $n = 2,462$ ) kesitsel bir çalışma tasarlanmıştır. 3 tane araç kullanılmıştır: Hemşirelik anketinde sürdürülebilirlik tutumları (SANS\_2), Çocukların Çevre Sağlığı Bilgi Anketi (ChEHK-Q) ve Çocukların Çevre Sağlığı Becerileri Anketi (ChEHS-Q). Tanımlayıcı değerler MANOVA'da hesaplandı.

**Bulgular ve Sonuç:** Toplam 2.155 (% 87,53) öğrenci, çocukların çevre sağlığı problemlerini ele alma konusunda iyi bir tutuma sahipken, 501 (% 20,35) iyi bilgiye sahipti ve 1,162 (% 47,20) iyi beceriye sahipti. Ortalama tutum puanı  $24.56 \pm 5.67$  (maksimum 35), ortalama bilgi puanı  $12.14 \pm 4.17$  (maksimum 26) ve ortalama beceri puanı  $35.14 \pm 4.15$  (maksimum 60) idi. Katılımcılar, iklim değişikliğini hemşireler için önemli bir sorun olarak anlama konusunda daha olumlu tutumlara sahipti, ancak iklim değişikliği konularını öğretim programlarına dahil etme konusundaki tutumlarından

yoksundu. Çocukların çevresel tehditlere karşı savunmasız olduklarını biliyorlardı, ancak azot oksit, tütün dumanı ve gıda renklendirmelerinin etkisi hakkında bilgisi yoktu. Kendilerini bir çocukta solunum yolu hastalıklarına neden olabilecek çevresel riskleri belirleme de kabiliyeti olarak değerlendirdiler, ancak çocukluk çağında neoplastik hastalıklara neden olabilecek çevresel riskleri belirleme konusunda daha düşük algılanan beceriler gösterdiler. Sürdürülebilirlik oturumuna katılan öğrenciler daha iyi tutum (% 9,93), bilgi (% 11,16) ve becerilere (% 3,82) sahipti. İkinci kurs öğrencileri ve erkekler daha iyi çevresel yeterliliğe sahipti ( $p < 0,001$ ). Hemşirelik öğrencileri iyi tutumlara sahiptir; Ancak, bilgi ve becerilerden yoksundurlar. Çocukların çevre sağlığını hemşirelik müfredatına dahil etme ihtiyacı vardır.

**Anahtar Sözcükler:** çocuk sağlığı, çevre sağlığı, çok merkezli çalışma, hemşirelik derecesi eğitimi, hemşirelik öğrencisi, çocuk hemşireliği

## INTRODUCTION

In recent years, scientific evidence has shown that climate change is a source of health problems of massive dimensions. The climate is changing, as well as the intensity and frequency of extreme weather events. Heat-related illnesses, respiratory diseases, infectious diseases, reduced food security, and mental health problems are associated with such events, which are increasing the mortality and morbidity rates of the health conditions with which they are associated (Nicholas & Breakey, 2017; Sullivan-Marx & McCauley, 2017).

The pediatric population is the most vulnerable to exposure to environmental risk factors due to anatomophysiological immaturity and psychosocial dependence (George, Bruzzese, & Matura, 2017; Landrigan et al., 2019). More than 40% of the global disease burden attributed to environmental risk factors affects children under the age of 5 years, who represent only approximately 10% of the world's population (Leffers, Distelhorst, & McDermott-Levy, 2016).

Nurses are in a strategic and privileged position to detect families at risk. Nurses take care of children's illnesses, educate parents and family members, raise awareness of health and well-being, and act as trusted professionals to successfully advocate for and support changes in health policy (Leffers & Butterfield, 2018). Universities play a leading role in the development of educational approaches to solving problems related to sustainable development (Álvarez-Nieto et al., 2017); however, nursing students are poorly prepared to understand the connections among climate change, sustainability, and health (Kirk, 2002). Thus, there is a growing demand from different sectors to include sustainability and climate change issues in nursing curricula (Lilienfeld, Nicholas, Breakey, & Corless, 2018). Accordingly, nursing students improve their children's health environmental competency, defined as a set of related attitudes, knowledge, and skills.

Based on this previously discussed research, one hypothesis should be tested. The children's health environmental competency among undergraduate nursing students is insufficient. The objective of the current study was to determine the attitudes, knowledge, and skills related to children's environmental health in undergraduate nursing students. As a result, strategies can be developed to include competencies on these issues that are deficient in nursing curricula.

## METHOD

### Design

A multicenter cross-sectional study was designed.

### Participants

A convenience sample of 2,462 undergraduate nursing students.

### Data Collection

The data were collected from students in each of the 4 study years of the nursing program at the eight Spanish universities from September 2017 to June 2018. The self-administered instruments used to collect the data included the following:

- Sustainability Attitudes in Nursing Survey (SANS\_2), which was designed to evaluate nursing students' attitudes toward sustainability and climate change. Reliability analysis of this tool previously revealed a Cronbach's alpha of .82, and the five items loaded on a single factor explained 58% of the variance (Richardson et al., 2016). In the current study, the Cronbach's alpha was found to be .85.



- Children's Environmental Health Knowledge Questionnaire (ChEHK-Q), which measures the knowledge of children's environmental health in nursing students. This tool has previously shown a good fit and reliability of .87 for items and .76 for people, based on the Rash Model (Álvarez-García, Álvarez-Nieto, Pancorbo-Hidalgo, Sanz-Martos, & López-Medina, 2018). In the current study, the Cronbach's alpha was found to be .75.
- Children's Environmental Health Skills Questionnaire (ChEHS-Q), which measures children's environmental health skills in nursing students. This tool has previously shown a good fit and reliability of .87 for items and .76 for people, based on Andrich's rating scale model (Álvarez-García et al., 2018). In the current study, the Cronbach's alpha was found to be .88.

### Data Analysis

Descriptive statistics of the demographic data and questionnaire scores were calculated. To contrast the hypothesis, MANOVA was used. Significance was estimated at  $p < .05$ .

### Ethical Considerations

The current study was approved by the Institutional Review Board of the University of Jaén. The objectives of the research and the nonobligatory nature of participation were explained to the students.

### RESULTS

A total of 2,155 (87.50%) students had at least a good attitude regarding addressing children's health environmental problems, whereas 280 (11.50%) participants had an insufficient or poor attitude. With respect to knowledge, 501 (20.85%) participants had at least good knowledge, whereas 1,902 (79.15%) had insufficient or poor knowledge. For skills, 1,162 (48.66%) students had at least good skills, whereas 1,226 (51.34%) had insufficient or poor skills.

The mean score for attitude was 24.56 (5-35,  $SD = 5.67$ ). Item one ("Climate change is an important issue for nursing") had the highest perceived attitude ( $5.45 \pm 1.40$ ), and item two ("Issues about climate change should be included in the nursing curriculum") had the lowest perceived attitude ( $4.29 \pm 1.57$ ). The mean score for knowledge was 12.14 (0-26,  $SD = 4.17$ ). Item one ("The pediatric population is more susceptible to environmental threats due to their biological immaturity") had the highest percentage of correct answers (87.50%), whereas item five ("Nitrogen oxide from fossil fuels in the home and tobacco smoke causes redness and burns on the skin") had the lowest (10.80%). The item most unknown was 22 ("Food colorings and preservatives are associated with central nervous system problems"), with an ignorance index of 51.40%. The mean score for skills was 35.14 (12-55,  $SD = 4.15$ ). Item two ("I am able to identify the environmental risks that can cause respiratory diseases in a child") had the highest perceived skills ( $3.39 \pm 1.01$ ), and item three ("I am able to identify the environmental risks that can cause neoplastic diseases in a child") had the lowest perceived skills ( $2.82 \pm 1.03$ ).

The students in first year had the lowest children's environmental health competencies, they increase in second and third years and they slightly decrease in fourth year ( $\lambda = 0.962$ ,  $F[12, 6281.31] = 7.72$ ,  $p < .001$ ,  $h^2 = 0.013$ ).

Moreover, the mean of the sum of the three children's health environmental competencies was significantly higher among students who had attended a session on sustainability and nursing earlier than 3 months prior, followed by students who had attended it within the previous 3 months, and those who had not attended ( $\lambda = 0.968$ ,  $F[6, 4642] = 12.806$ ,  $p < .001$ ,  $h^2 = 0.016$ ). Students who had attended a session on sustainability and nursing within the previous 3 months attained 6.11% better attitude scores than students who had not attended any session. Furthermore, students who had attended a session on sustainability and nursing earlier than 3 months prior attained 9.93% better attitude scores, 11.16% better knowledge scores, and 3.82% better skill scores than students who had not attended any session.

Finally, gender was studied, and it was found that the men in the sample had better skills to manage children's environmental health problems ( $\lambda = 0.992$ ,  $F[3, 2,356] = 6.24$ ,  $p < .001$ ,  $h^2 = 0.008$ ).

### CONCLUSION

The hypothesis is partly supported by the results. Nursing students have a positive attitude toward coping with environmental problems; however, they lack the related knowledge and skills. Thus, the

environmental competencies among nursing students are insufficient, but there exists a positive attitude toward the necessity to manage environmental health problems.

The data show that students gain higher competencies to manage children's health environmental problems as the program years progress; thus, it is important to include environmental topics progressively, starting in the first year, as is supported by several previous studies (Erdogan, 2013; Felicilda-Reynaldo et al., 2018).

Attendance at sessions on sustainability and nursing has generally been shown to improve attitude, knowledge, and skills in children's environmental health. These results are similar to those found previously during skills sessions in Plymouth, United Kingdom (Grose, Doman, Kelsey, Richardson, & Woods, 2015; Richardson, Grose, Doman, & Kelsey, 2014a; Richardson et al., 2014b; Richardson, Grose, Bradbury, & Kelsey, 2017) and in Arabic countries (Cruz Alshammari, & Felicilda-Reynaldo, 2018a; Felicilda-Reynaldo et al., 2018); however, these results differ from those found by Richardson et al. (2015), in which no statistical differences were found, likely due to the small sample size.

In the current study, male students in the sample were more able to manage children's health environmental problems; their mean scores for skills were higher than those of the female students. Our results are in accordance with those reported by another study in undergraduate health students (Levine & Strube, 2012); however, this phenomenon has not been evaluated previously in studies conducted in nursing students (Cruz et al., 2018a; Cruz et al., 2018b; Felicilda-Reynaldo et al., 2018; Richardson et al., 2016), and it is necessary to understand why these gender differences occur in order to implement the required measures for improvement of compliance with environmental principals.

The attitude results are higher than those found by Richardson et al. (2015), who used SANS in the United Kingdom; Richardson et al. (2016), who used SANS\_2 in Spain; and Richardson et al. (2017), who used SANS\_2 in the United Kingdom, in which the scores were 23.45, 22.71, and 24.11, respectively, whereas we found a mean score of 24.56. The scores reported by Cruz et al. (2018a) and Cruz et al. (2018b) in Arabic countries were higher (25.11 and 32.95, respectively) than our results.

The mean score of the respondents with respect to their level of knowledge regarding the potential health-related impact of climate change using a scale of 0 to 10 was 6.23 in a study conducted in Arabic countries, indicating a moderate level of knowledge (Felicilda-Reynaldo et al., 2018), whereas in the current study, the score was lower (4.67), not even reaching the midpoint. The high attitude and knowledge of Arabic nursing students can be attributed to the recent implementation of the country's Transformation Program as part of its Vision 2030 (Alshuwaikhat & Mohammed, 2017).

Although further work is required, these findings clearly show the necessity to change nursing curricula and include topics on children's environmental health, given that nursing students agree but lack the knowledge and skills needed to manage problems or illnesses caused by the environment. It is imperative to develop approaches to change this reality—climate change is advancing; thus, nursing must advance with it. We are trying to do it with the Children's environmental health Project (Nursing and innovation in healthcare, 2018).

## REFERENCES

- Alshuwaikhat, H.M., & Mohammed, I. (2017). Environmental sustainability matters in national development visions—Evidence from Saudi Arabia's vision for 2030. *Sustainability*, 9, 408.
- Álvarez-García, C., Álvarez-Nieto, C., Pancorbo-Hidalgo, P.L., Sanz- Martos, S., & López-Medina, I.M. (2018). Student nurses' knowledge and skills of children's environmental health: Instrument development and psychometric analysis using item response theory. *Nurse Education Today*, 69, 113-119.
- Álvarez-Nieto, C., López-Medina, I.M., Linares-Abad, M., Grande- Gascón, M.L., & Álvarez-García, C. (2017). Curriculum nurse and strategies training on environmental sustainability and climate change. *Enfermería Global*, 16, 665-678.
- Cruz, J.P., Alshammari, F., & Felicilda-Reynaldo, R.F.D. (2018a). Predictors of Saudi nursing students' attitudes towards environment and sustainability in health care. *International Nursing Review*, 65, 408-416.

- Cruz, J.P., Felicilda-Reynaldo, R.F.D., Alshammari, F., Alquwez, N., Alicante, J.G., Obaid, K.B., . . . Silang, J.P.B.T. (2018b). Factors influencing Arab nursing students' attitudes toward climate change and environmental sustainability and their inclusion in nursing curricula. *Public Health Nursing, 35*, 598-605.
- Erdogan, N. (2013). Environmental worldviews in higher education: A case study of Turkish college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 106*, 1086-1095.
- Felicilda-Reynaldo, R.F.D., Cruz, J.P., Alshammari, F., Obaid, K.B., Rady, H.E.A.E.A., Qtait, M., . . . Colet, P.C. (2018). Knowledge of and attitudes toward climate change and its effects on health among nursing students: A multi-Arab country study. *Nursing Forum, 53*, 179-189.
- George, M., Bruzzese, J.M., & Matura, L.A. (2017). Climate change effects on respiratory health: Implications for nursing. *Journal of Nursing Scholarship, 49*, 644-652.
- Grose, J., Doman, M., Kelsey, J., Richardson, J., & Woods, M. (2015). Integrating sustainability education into nursing using an interdisciplinary approach. *Local Economy, 30*, 342-351.
- Kirk, M. (2002). The impact of globalization and environmental change on health: Challenges for nurse education. *Nurse Education Today, 22*, 60-75.
- Landrigan, P.J., Fuller, R., Fisher, S., Suk, W.A., Sly, P., Chiles, T.C., & Bose-O'Reilly, S. (2019). Pollution and children's health. *Science of the Total Environment, 650*, 2389-2394.
- Leffers, J., & Butterfield, P. (2018). Nurses play essential roles in reducing health problems due to climate change. *Nursing Outlook, 66*, 210-213.
- Leffers, J., Distelhorst, L., & McDermott-Levy, R. (2016). Harmful environmental exposures and vulnerable populations. In J. Leffers, C.M. Smith, K. Huffling, R. McDermott-Levy, & B. Sattler (Eds.), *Environmental health in nursing* (pp. 23-44). Mount Rainier, MD: Alliance of Nursing for Healthy Environments.
- Levine, D.S., & Strube, M.J. (2012). Environmental attitudes, knowledge, intentions and behaviors among college students. *Journal of Social Psychology, 152*, 308-326.
- Lilienfeld, E., Nicholas, P.K., Breakey, S., & Corless, I.B. (2018). Addressing climate change through a nursing lens within the framework of the United Nations Sustainable Development Goals. *Nursing Outlook, 66*, 482-494.
- Nicholas, P.K., & Breakey, S. (2017). Climate change, climate justice, and environmental health: Implications for the nursing profession. *Journal of Nursing Scholarship, 49*, 606-616.
- Nursing and innovation in healthcare (CuiDsalud). (2018). *Children's environmental health*. Retrieved from <http://cuidsalud.com/en/inv/children-environmental-health/>
- Richardson, J., Grose, J., Bradbury, M., & Kelsey, J. (2017). Developing awareness of sustainability in nursing and midwifery using a scenario-based approach: Evidence from a pre and post educational intervention study. *Nurse Education Today, 54*, 51-55.
- Richardson, J., Grose, J., Doman, M., & Kelsey, J. (2014a). The use of evidence-informed sustainability scenarios in the nursing curriculum: Development and evaluation of teaching methods. *Nurse Education Today, 34*, 490-493.
- Richardson, J., Grose, J., Jackson, B., Gill, J.L., Sadeghian, H.B., Hertel, J., & Kelsey, J. (2014b). Effect of climate change and resource scarcity on health care. *Nursing Standard, 28*(45), 44-49.
- Richardson, J., Grose, J., O'Connor, A., Bradbury, M., Kelsey, J., & Doman, M. (2015). Nursing students' attitudes towards sustainability and health care. *Nursing Standard, 29*(42), 36-41.
- Richardson, J., Heidenreich, T., Álvarez-Nieto, C., Fasseur, F., Grose, J., Huss, N., . . . Schweizer, A. (2016). Including sustainability issues in nurse education: A comparative study of first year student nurses' attitudes in four European countries. *Nurse Education Today, 37*, 15-20.
- Sullivan-Marx, E., & McCauley, L. (2017). Climate change, global health, and nursing scholarship. *Journal of Nursing Scholarship, 49*, 593-595.

## DETERMINATION OF THE LEVEL OF WELL-BEING OF FOREIGN PATIENTS IN HEALTH SERVICES: A FIELD SURVEY

Sedat BOSTANI  
Tuğba ÇOLAK2  
Nurcihan ÇALTULU3  
Özge C. İLELİ4

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Turkey to invest in the field of medical tourism is implementing strategies to become competitive. In order for these strategies to be successful, the opinions of foreign patients receiving health services from our country's hospitals are important. For this reason, it is necessary to determine the opinions of foreign patients about health services.

**The Purpose of the Study:** This study aims to determine the views of foreign patients receiving health services from a public and private hospital in Trabzon.

**Method:** This study was carried out with "well being" scale. The scale prepared for the service sector was adapted to health services. The well-being scale consists of 19 statements and demographic questions. The validity was tested by scale factor analysis and the reliability was measured by Cronbach alpha method. A total of 296 foreign patients were reached in a public and a private hospital. Data were analyzed by frequency analysis, ANOVA and T test.

**Findings and Results:** Foreign patients are from Arab Countries, Georgia, Iran and other countries. Approximately 2/3 of foreign patients received service from public, 1/3 private hospitals. It was calculated that the general well-being of the foreign patients was moderate. Foreign patients stated that they experienced the highest well-being as "rational and religious" and the lowest well-being as "economic". It has been determined that the satisfaction level of foreign patients receiving private hospital service is higher.

**Key Words:** Medical Tourism, Foreign Patient, Well Being

### 1. Giriş

Sağlık Turizmi; bireylerin hem koruyucu hem tedavi edici hem rehabilite edici hem de sağlığı geliştirici hizmetleri almak amacıyla yaşadıkları ülke dışında bir ülkeye ziyaretleridir.

Özel bir turizm türü olan Sağlık turizminin özellikleri şöyle açıklanmaktadır:

- Sağlık turizmi teknik donanım ve iş gücü gerektiren bir turizm türüdür.
- Sağlık Turizminde, hizmeti sunan Sağlık kuruluşunun uluslararası standartlara uygun hizmet sunması önem taşımaktadır.
- Hizmet sunan Sağlık kuruluşunda, ortak yabancı dili bilen personelin mutlaka olması gerekmektedir.
- Seçilmiş olan hedef pazara yönelik devlet destekli, farklı dillerde, tanıtım ve pazarlama faaliyetleri gerekmektedir. Yapılan bu tanıtımlarda hedef olarak öncelikle hastaların yurt dışında hizmet almasını destekleyecek sigorta ve Sağlık kuruluşları seçilmelidir.

Bu bağlamda, insanlar Sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda gün geçtikçe daha da bilinçlenmekte ve medikal tedavi merkezlerini tercih etmelerinde birçok faktör etkili olabilmektedir(1).

Sağlık turizminin gelişimi, tıptaki gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkmıştır (2). Bu doğrultuda, Tıbbın ve turizmin bir araya geldiği ve bütünleştiği bir alandır. Tıp ve teknoloji gelişmekte olan ülkelerde henüz yeterince gelişmemişken, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere maddi durumu yeterli olan hastaların gelişmiş ülkelere tedavi amacıyla gitmesi gözlenen bir durumdur. Ancak son yıllarda başta Türkiye olmak üzere birçok ülke kendini tıp alanında gelişmiş ülkelerle rekabet edebilecek seviyeye getirdikleri için ve tedavi ücretleri gelişmiş ülkelere oranla daha düşük olduğundan dolayı Sağlık turizminin rotası ters yönde değişmeye başlamıştır(3).

Türkiye, medikal turizm faaliyetleri için gerekli tüm imkânlarla sahiptir. Bunların en başında tıbbi hizmet veren hastanelerin teknolojik ve insan gücü alt yapısının iyi olması ve bunların yanı sıra gerek coğrafi konumu gerek doğal, kültürel ve tarihi güzellikleriyle sahip olduğu turistik zenginlikler gelmektedir. Plastik ve estetik cerrahi, saç ektirme, göz ameliyatları, tüp bebek, açık kalp ameliyatı, deri hastalıkları, checkup, kanser tedavileri, kulak burun boğaz, diyaliz ve kalp-damar cerrahisi, jinekoloji, beyincerrahisi, ortopedi, diş, spa, fizik tedavi rehabilitasyon gibi hemen her dal için gelen yabancı hastalar gerektirdiği

maliyet, gerekse yüksek kalite ve teknoloji standartları nedeniyle Türk Sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir(4).

Günümüzde yoğun rekabetin olduğu Sağlık bakım çevresinin varlığı, bir hastanenin, diğer Sağlık kurumlarıyla kıyaslanmasına ve bu da hasta memnuniyetinin çok daha önemli hale gelmesine yol açmıştır. Böylece, müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını doğru anlayıp, bu doğrultuda ürün ve hizmet sunabilen, müşterilerin Satın alma alışkanlıkları ile davranışlarına ve bunları etkileyen faktörlere göre politikalarını belirleyen ve strateji geliştirebilen sağlık kuruluşları rekabet güçlerini koruyabilecektir. Bu Araştırmada da; Trabzon ilinde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerin sundukları hizmetler ele alınacak ve Araştırma sonunda, bu Sağlık kuruluşlarındaki iletişim aksaklıkları, hasta memnuniyet derecesi hakkında bilgilere ulaşılabilecektir. Bu bilgiler ışığında bu Sağlık kuruluşlarında daha iyi hizmetin nasıl sunulacağı değerlendirilmesi de yapılacaktır.

Bu Araştırmanın amacı, hastane tarafından sunulan Sağlık hizmetlerinin, yabancı (yurt dışından gelen) hastalardaki memnuniyetlerini ölçmektir.

### **Yöntem**

Bu Çalışma 2019 yılında Trabzon il merkezinde faaliyet gösteren bir Kamu ve bir Özel Hastaneye başvuran 296 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Ölçek, demografik ve hastane hizmetlerinden memnuniyet soruları ile beşli Likert ifadelerinden oluşmaktadır. İfadelere katılım düzeyi; Hiç Olmamış, Olmamış, Normal, Tatmin Olmuş, Çok Olmuş şeklinde 1-5 arasında puanlanmıştır. Araştırma anketi iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yabancı hastaların hastane hizmetleriyle ilgili memnuniyet düzeyini, ikinci bölüm de demografik bilgileri göstermektedir.

Yapılan faktör analizi kapsamında Bartlett testi sonucu 3893,703 ve sig. değeri 0,000 düzeyi ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri 0.961 olarak çıkmıştır. KMO testinden elde edilen değere bakıldığında değer, 1'e yaklaştıkça mükemmel kabul edilirken 0,50'nin altına indiğinde ise kabul edilmemektedir (Kalaycı, 2008: 117). Analizde KMO değerinin 0.961 çıkması, Araştırmadaki örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermektedir. Bu Araştırmada da ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Güvenilirlik katsayısı % 95 çıkmış olup, ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

## Bulgular

Örneklem grubunda yer alan katılımcıların demografik özellikleri frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistikleri ile gösterilmiş ve yabancı hastaların memnuniyetleri incelenmiştir.

**Tablo 2:** Demografik Bilgiler

Değişkenler	Frekans %	Değişkenler	Frekans %
<b>Yaş</b>	18-24 7023,6 25-34 93 31,4 35-44 72 24,3 45-54 3411,5 55-64 20 6,8 65+ 7 2,4	<b>Ülke</b>	İran 15 5,1 Diğer Arap Ülkeleri 82 27,7 Gürcistan 75 25,3 Diğerleri- Afganistan 60 20,3
<b>Cinsiyet</b>	Kadın 14047,3 Erkek 156 52,7	<b>Hastane</b>	Özel Hast. 102 34,5 Kamu Hast. 194 65,5
<b>Eğitim</b>	Eğitimsiz 424,2 Lise ve Aşg. 890,12 Yıllık YO268,8 Üniversite 107 36,1 Lisans Üstü 3210,8	<b>Ödeme</b>	Kendim 125 42,2 Şirket 51,7 Ailem 166 56,1
<b>Meslek</b>	Kendi İşim 68 23 Memur 27 9,1 İşçi 42 14,2 Emekli 41 13,9 Öğrenci 3210,8 İşsiz 69 23,3 Diğer 17 5,7	<b>Süre</b>	1 Aydan Az 204 68,9 1-3 Ay 30 10,1 Mülteci-Süresiz 62 20,9
<b>Sıklık</b>	İlk 9331,4 2-3 Kez 9632,4 4-5 Kez 36 12,2 6+ 71 24	<b>Toplam</b>	<b>296 100</b>

Örneklem grubunda yer alan katılımcıların % 31,4' ünün yaşı 25-34; % 52,7 si erkek; % 36,1 üniversite mezunu, % 23,3 işsiz; % 32,4' ü 2-3 kez gelmiş; %27,7'si Arap Ülkeleri; % 56,1'inin masraflarını ailesi ödemiş;% 69,8'i bir aydan az süre kaldığı görülmüştür.

**Tablo3.**Hastane Hizmeti Memnuniyet Düzeyi Tablosu

İfadeler	Ort.	SS
S1-Randevu süreci	3,04	1,40
S2-Fiziksel çevre	3,43	1,17
S3-Genel olarak imkânlar (olanaklar)	3,43	1,24
S4-Senin anlaşılman	3,30	1,24
S5-Senin yaşam standartın	2,94	1,22
S6-Senin Sağlık şartların	3,12	1,08
S7-Aldığın destek ve rehberlik	3,56	1,13
S8-Hastane personeli ile kişisel ilişkilerin	3,48	1,14
S9-Kendini güvende ve emniyette hissetmen	3,50	1,30
S10-Sosyal etkileşimlerin	3,28	1,20
S11-Ruhsal veya dini yönün	3,60	1,09
S12-Tıbbi hizmet kalitesi	3,44	1,27
S13-Hasta bakım kalitesi	3,34	1,22
S14-Gıda ve beslenme	3,22	1,11
S15-Kabul etme düzeyin	3,40	1,20
S16-Saygı ve nezakat görme	3,46	1,27
S17-Evrak işlemleri	3,39	1,09
S18-Kişisel yaşamına katkı düzeyi	3,27	1,08
S19-Ödediğiniz paraya değdi mi?	2,91	1,42

Yabancı hastaların Sağlık hizmeti alma sürecinde kendilerini 3,60 puan ortalamayla “ruhsal ve dinsel” yönden iyi hissettikleri, 3,50 puanla kendilerini “güvende ve emniyette” hissettikleri ve 3,48 puan ortalamayla “hastane personeliyle ilişkiler” de kendilerini iyi hissettikleri tespit edilmiştir. En düşük kendilerini, iyi hissetme ifadesi ise 2,91 puan ortalamasıyla “ödediğim paraya değdi” ifadesidir.

### Sonuç

Türkiye, medikal turizm faaliyetleri için gerekli tüm imkânlarla sahiptir. Bunların en başında tıbbi hizmet veren hastanelerin teknolojik ve insan gücü alt yapısının iyi olması ve bunların yanı sıra gerek coğrafi konumu gerek doğal, kültürel ve tarihi güzellikleriyle sahip olduğu turistik zenginlikler gelmektedir.

Araştırma gurubundaki hastalar ağırlıklı olarak Arabistan ve Gürcistan uyruklu hastalardır. Hastaların kendilerini iyi hissetme ortalamaları üç civarında bir değerdir. Bu puan bu hastaneler için yabancı hastalara yönelik yapılması gereken çok şeyin olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, hastalar daha çok kendilerini güvende ve emniyette hissettiklerini, dini yönden rahat olduklarını ve hastane personeliyle iyi ilişki içerisinde olduklarını ön plana çıkarmışlardır. Konuyla ilgili yaygın Araştırmaların yapılması önerilir.

### KAYNAKÇA

Yalçın P. Türkiye de Sağlık Turizminde alt yapı oluşturulma gereği Ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2006.

Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sandand ... Surgery. Tourism Management, 27, 1093-1100.

M. Barca – E. Akdeve – İ. Gedik Balay (2013) Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri 1

BAKA 2011. Sağlık Turizmi Sektör Raporu, Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı.

## INVESTIGATION OF COMMUNICATION SKILLS AND PROBLEM SOLVING BEHAVIORS OF UNIVERSITY STUDENTS

### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN VE PROBLEM ÇÖZME DAVRANIŞLARI ARAŞTIRILMASI

Yunus Emre ÖZTÜRK [1]  
Müjdat YEŞİLDAL [2]

#### ABSTRACT

**The Problem of Study:** In the daily life of the staff working in the provision of health services, they face many problem solving situations. Communication skills are thought to be effective in problem solving behavior.

**The Purpose of Study:** This study investigated the effect of self-esteem and communication characteristics of the students of Faculty of Health Sciences of Selçuk University on problem solving.

**Method:** The study was applied on the students studying at the Faculty of Health Sciences of Selçuk University. Nursing and Health Management students were included in the study. Quantitative study pattern was used, and 255 people were determined as the sample. The 35-item Problem Solving Inventory (PSI) developed by (Heppner and Peterson, 1982) and the 25-item Communication Skills Scale developed by (Korkut Owen and Bugay, 2014) were used as data collection tools in the study. The data obtained in the study using the face-to-face survey were analyzed and interpreted through the SPSS program.

**Findings and Results:** 52.2% of the students participating in the study were male and 47.8% were female. 65.5% of these were studying in health management and 34.5% in nursing department. The place of residence of the students participating in the research before they settled in the university is as follows; 49.8% were identified as rural and 50.2% as urban centers. 48.6% of the students participating in the study were second grade and 32.9% were third grade students. A significant correlation was found between the communication skills and place where the students lived before coming to the university, whereas no significant correlation was found between these skills and gender. A significant correlation was found between the problem-solving skills and the place of living, whereas no significant correlation was found between these skills and gender.

**Keywords:** *Communication Skills, Problem Solving*

[1] Selçuk University/Healty Care Management/Turkey/ [yunuseozturk@gmail.com](mailto:yunuseozturk@gmail.com)

[2] Selçuk University/Healty Care Management/Turkey/ [mujdatyesildal@gmail.com](mailto:mujdatyesildal@gmail.com)

#### 1. GİRİŞ

İletişim iki insan veya daha fazla insan grubu arasında gerçekleşen duygu, davranış, düşünce ve bilgi alışverişidir. Gerçekleştirilmesi mümkün her yolla yapılabilir. Bireyler karşılıklı iletişim olmadan yaşamlarını idame ettirmesi zor görülmektedir. Televizyon izlemek, gazete okumak, reklam panoları gibi birçok unsurlarla etkileşim halinde olmamız iletişimin parçası olarak nitelendirebiliriz (Güngör, 2011). Dilimize Fransızcadan gelen “communication” sözcüğü, Latince ’deki “communicatio” sözcüğünün karşılığıdır. Bunun kökenindeki “communis” kavramı birçok kişiye ya da nesneye ait olan ortaklaşa yapılan anlamlarını taşımaktadır. Bundan dolayı iletişim, sade ileti alışverişinden daha çok toplumsal bir etkileşim, alışveriş ve paylaşımı içerir (Kuzu, 2003).

Bireylerin ortamda bulunan nesnelere ve olgularda meydana gelen değişimleri bildiren bilgileri karşılıklı aktarım yapan, benzer duyguları hisseden bunları taşıyan birbirine ifade edebilen, insanların oluşturduğu bir toplulukta duygu ve düşünce alışverişine iletişim denir (Ulutaş, Sözen Şahne, & Yeğenoğlu, 2015). İnsanların duygu ve düşünceleri kaynağın belli kodlamaları ile alıcıya bir araç ile iletilmesi, alıcı kaynağın göndermiş olduğu mesajı yorumlayarak kaynağa geri bildirim yapması ile iletişim gerçekleşir (Sungur, 2018).

Bireyler, gelişim süreci içinde, diğer bireylerle ilişkilerinde belli hedefler doğrultusunda ilerleyerek yaşamlarını sürdürürken, sürekli problemlerle karşılaşır. Yaşantılarından edindikleri bilgilerin yardımıyla problemlerini çözerken hem problem çözme becerisi geliştirirler hem de yeni bilgiler üretirler. Başka bir ifadeyle, problem çözme öğrenmeyi öğrenme sürecidir (Ülgen, 2001). Problem çözme, bir amaca ulaşırken karşılaşılan güçlükleri yenme sürecidir. Bu süreç, koşullara uyarak ve engelleri azaltarak gerginlikten kurtulmanın ve organizmayı bir iç dengeye kavuşturmanın yollarını arar. Problem çözme,



öğrenilmesi ve elde edilmesi gereken bir yetenektir. Sürekli olarak geliştirilmesi gerekir. Zaman, çaba, enerji, alıştırma ve yardım gerektirir. Çok yönlü olması Açısından yaratıcı düşünce ile aynı zamanda zekâyı, duyguları, iradeyi ve eylemi kendinde birleştirir (Bingham, 2004).

Problem çözmeye, problem durumunun zihinsel açıklamasını içermektedir ve birey problemle karşılaştığı andan itibaren problemin çözümüne ilişkin bir sonuç çıkarmaya başlar ve bu sonuç bireyin harekete geçmesini tetikler. Başka bir deyişle, birey, sonucu ortaya koydukça problemin çözümüne ilişkin girişimlerde bulunmaya devam eder. Ancak, birey problemin çözümüne ilişkin herhangi bir bilgiye sahip değilse ya da daha önce böyle bir problemle karşı karşıya kalmamışsa, büyük olasılıkla problem çözümünde başarısız olacaktır (Robertson, 2001). Problem çözmeye en önemli amaçlarından birisi, problem durumu ve problemle uğraşan birey arasındaki etkileşimi içeren bir problem çözmeye kuramı geliştirmektir. Bunun için bireylerin öncelikli olarak her problemin kendine özgü bir çözümü olduğu ve bu çözüme ulaşmak için bazı problem çözmeye becerilerine sahip olması gerektiğini bilmesi gerekir. Bu noktalar, problem ve problem çözmeye kavramlarının temel ilkelerini tanımlamaktadır.

## 2. YÖNTEM

Araştırmada nicel Araştırma deseni kullanılmış olup tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Araştırma evrenini Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan 630 Ebelik ve Sağlık Yönetimi öğrencisinden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla Altunışık ve arkadaşlarının (2012) Çalışmasından yararlanılmıştır. Altunışık ve arkadaşlarına (2012) göre 630 kişilik evrene karşılık 240 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüş ve 255 kişi Çalışma kapsamına dâhil edilmiştir. Veriler basit rastgele örneklem yöntemi ile yüz yüze anket uygulayarak 10.05.2018 – 25.05.2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları Araştırmacı tarafından geliştirilmiş demografik veri formu, Problem Çözme Envanteri ve İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinden oluşmaktadır. Problem Çözme Envanteri (PÇE) Heppner ve Petersen, (1981) tarafından geliştirilmiş Taylan (1990) tarafından Türkçeye geçerlilik güvenilirlik Çalışması yapılmıştır. Ölçme aracına ait Cronbach's Alpha değeri 0,856 olarak bulunmuştur. İletişim Becerileri Ölçeği (İBDÖ) Korkut Owen ve Bugay (2014) tarafından geliştirilmiş olup ölçeğe ait Cronbach's Alpha değeri 0,893 olarak bulunmuştur. Bland ve Altman (1997) göre Cronbach's Alpha değerinin 0,700'den yüksek olması ölçme aracının güvenilir olduğunu göstermektedir. Toplanan verileri normal dağılıma uyduğu yapılan normallik testi sonucunda görülmüştür. Araştırmada tanımlayıcı istatistiksel metotlar ile birlikte, Bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü Varyans analizi (ANOVA) ve Pearson Korelasyon analizleri yapılmıştır. Varyans analizi sonucunda gruplar arasındaki farkı tespit etmek için Post-Hoc testlerinden Tukey HSD uygulanmıştır.

## 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan vatandaşlara ait bulgular; genel bilgiler, Karşılaştırma analizleri ve korelasyon analizi olmaz üzere tablolar halinde sırasıyla verilmiştir

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular

Özellikler (n=255)		n	%
Cinsiyet	Kadın	122	47,8
	Erkek	133	52,2
Bölüm	Sağlık Yönetimi	167	65,5
	Ebelik	88	35,5
Akademik Ortalama	2,00-2,99	34	13,3
	3,00-4,00	221	86,7
Yaşanılan Yer	Kır	127	49,8
	Kent	128	50,2
Sınıf	2.Sınıf	124	48,6
	3.Sınıf	84	32,9
	4.Sınıf	47	18,4

Araştırmaya katılan öğrencilerin %52,2'si erkek, %65,5'i Sağlık Yönetimi bölümünde, %86,7'sinin akademik not ortalaması 3,00 ile 4,00 arasındadır. En uzun süre yaşadığı yeri kent olarak belirtenler %50,2 iken, öğrencilerin %48,6'sı 2. sınıfa devam etmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Genel Özellikleri PÇE Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=255)	n	Ort. ± Ss.	Test değeri	p değeri	Anlamlılık	
Cinsiyet	Kadın	122	3,67±0,38	-0,421	0,674	
	Erkek	133	3,69±0,36			
Bölüm	Sağlık Yönetimi	167	3,69±0,36	0,151	0,880	
	Ebelik	88	3,67±0,40			
Akademik Ortalama	2,00-2,99	34	3,54±0,49	-0,600	0,039	
	3,00-4,00	221	3,69±0,35			
Yaşanılan Yer	Kır	127	3,55±0,38	1,151	0,025	
	Kent	128	3,71±0,30			
Sınıf	2.Sınıf <sup>1</sup>	124	3,63±0,37	5,319	0,005	3>1,2*
	3.Sınıf <sup>2</sup>	84	3,67±0,32			
	4.Sınıf <sup>3</sup>	47	3,84±0,44			

Post-Hoc Testleri: \*Tukey HSD

Öğrencilerin Problem Çözme Envanterinden aldıkları puanlar ile genel özelliklerin Karşılaştırılması Tablo 2'de sunulmuştur. Problem Çözme Envanteri ile akademik ortalama, yaşanılan yer ve öğrenim görülen sınıf arasında anlamlı bir farklılık saptanırken ( $p<0,05$ ); cinsiyet ve bölüm arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Akademik not ortalaması 3,00 ile 4,00 arasında olanların 2,00 ile 2,99 arasında olanlara göre, en uzun süre yaşanılan yeri kent olanların kır olanlara göre, 4. Sınıfta olanların 2. ve 3. Sınıfta olanlara göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Genel Özellikleri İBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=255)	n	Ort. ± Ss.	Test değeri	p değeri	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	122	3,64±0,28	-0,931	0,033
	Erkek	133	3,78±0,29		
Bölüm	Sağlık Yönetimi	167	3,78±0,29	1,383	0,018
	Ebelik	88	3,63±0,27		
Akademik Ortalama	2,00-2,99	34	3,73±0,22	-0,626	0,532
	3,00-4,00	221	3,76±0,29		
Yaşanılan Yer	Kır	127	3,68±0,29	0,123	0,037
	Kent	128	3,78±0,28		
Sınıf	2.Sınıf	124	3,74±0,26	0,922	0,399
	3.Sınıf	84	3,79±0,29		
	4.Sınıf	47	3,73±0,34		

Öğrencilerin İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel özelliklerinin Karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile cinsiyet, bölüm ve en uzun süre yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılık saptanırken ( $p<0,05$ ); akademik not ortalaması ve öğrenim görülen sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3. İBDÖ ile PÇE Korelasyonu

Özellikler (n=255)	Problem Çözme Envanteri
İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği	0,220**
	0,036

\*\*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile Problem Çözme Envanteri arasında yapılan Korelasyon analizine ait bulgular Tablo 4'te sunulmuştur. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile Problem Çözme Envanteri arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlılık tespit edilmiştir.

#### 4. SONUÇ

Yapılan bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik ve Sağlık Yönetimi öğrencilerinin iletişim becerilerinin problem çözme davranışları ile ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca öğrencilerin cinsiyet, bölüm, akademik ortalaması, en uzun süre yaşanan yer ve sınıf düzeyleri ile iletişim becerileri ve problem çözme becerileri arasında ilişki incelenmiş ve bazı anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Problem Çözme Envanterinden alınan puanlar sosyo-demografik veriler açısından incelendiğinde akademik not ortalaması 3,00 ve üzerinde olanların, yaşamının büyük çoğunluğunu kentte geçirenlerin ve son sınıf öğrencilerinin problem çözme becerileri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Bu bulgumuz konuyla ilgili literatürü destekler niteliktedir. Aslan & Uluçınar Sağır (2012), Küçük (2012) ve Yenice (2012) tarafından üniversite öğrenciler üzerinde yapılan bir Araştırmalarda son sınıf öğrencilerinin alt sınıf öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Son sınıf öğrencilerinin problem çözme becerilerinin daha yüksek olmasının sebebi olarak dört yıllık öğrenim süreci ve yaşın ilerlemesinin etken olduğu düşünülmektedir. Akademik not ortalaması ile ilgili bulgu Schreglmann ve Doğruluk (2012) tarafından üniversite öğrencilerine yapılan çalışma ile çelişmektedir. Bu durumun öğrenim görülen dersler ve uygulama derslerinin öğrencilerin Problem Çözme Becerileri üzerinde farklılık yarattığı düşünülmektedir. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanlar sosyo-demografik veriler ile karşılaştırıldığında erkeklerin, Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerinin ve yaşamının büyük çoğunluğunu kentte geçirenlerin iletişim becerileri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak mezuniyet sonrasında Sağlık hizmetlerinde görev yapacak olan Sağlık Yönetimi ve Ebelik bölümü öğrencilerinin; Sağlık hizmetinin sunumu sırasında hasta ve diğer Sağlık Çalışanlarına yönelik etkili bir iletişim becerisine ve hizmet sunumu sırasında yaşanacak sorunlara karşı etkin bir problem çözme kabiliyetine sahip olmaları gerektiği düşünülmektedir.

#### KAYNAKLAR

- Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. (2012). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.
- Aslan, O., & Sağır, Ş. U. (2012). Fen ve Teknoloji Öğretmen Adaylarının Problem Çözme Becerileri. *Türk Fen Eğitimi Dergisi*, 9(2), 82-94.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Statistics Notes: Cronbach's Alpha. *Bmj*, 314(7080), 572.
- Güngör, N. İletişim-Kuramlar-Yaklaşımlar.Siyasal Kitabevi, Ankara,2011
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1981). A Personal Problem Solving Inventory.
- Korkut Owen, F., & Bugay, A. (2014). İletişim Becerileri Ölçeği'nin Geliştirilmesi: geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(2), 51-64.
- Kuzu, T. S. (2003). *Eğitim-Öğretim Ortamında Etkili Sözel İletişim*. Milli Eğitim Dergisi, (158). Erişim Adresi: [http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli\\_Egitim\\_Dergisi/158/kuzu.htm](http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/158/kuzu.htm)
- Küçük, D. P. (2012). Müzik Öğretmenliği Anabilim Dalı Öğrencilerinin İletişim ve Problem Çözme Becerileri. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(1).
- Robertson, S. I. (2001). Problem solving. E. Sussex: Psychology.
- Schreglmann, S., & Doğruluk, S. (2012). Öğretmen Adaylarının Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2), 143-150.
- Sungur, S. A. (2018). Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerileri Algısı ile Kişilerarası İlişki Boyutları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Selçuk İletişim Fakültesi Akademisi Dergisi*, 11(2), 126-138. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/504814>
- Taylan, S. (1990). Heppner'in Problem Çözme Envanterinin Uyarılma Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ulutaş, E., Sözen Şahne, B., & Yeğenoğlu, S. (2015). Eczacılıkta İletişimin rolü. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 19(3), 200-207. <https://doi.org/10.12991/mpj.20151916765>
- Ülgen, G. (2001). Kavram geliştirme- kuramlar ve uygulamalar. Ankara: Pegem Akademi
- Yenice, N. (2012). Öğretmen Adaylarının Öz-Yeterlik Düzeyleri ile Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(39), 36-58.

## SAĞLIKTA KALİTE DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ RAPORLARI İLE BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF QUALITY ASSESSMENT RESULTS IN HEALTH TOGETHER WITH SAFETY REPORTING SYSTEM REPORTS

Ferda IŞIKÇELİK[1]  
Meryem TURGUT[2]  
İsmail AĞIRBAŞ[3]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Evaluation of current systems and services provided by deriving lessons from mistakes are essential for a qualified healthcare service providing. An efficient evaluation should include the controller institution as well as beneficiaries of the services. In this context, existence and integration of the mechanisms that allow both parties make evaluation in healthcare services are required.

**The Purpose of the Study:** The aim of the present study was to evaluate the Final Report on Quality Assessments in Health (QAH) together with Safety Reporting System (SRS). Furthermore, the aim was to make a comparative evaluation of the outcomes of SRS in 2016 and 2017.

**Method:** Safety Reporting System 2016 Statistics and Analysis Report, Safety Reporting System 2017 Turkey Statistics Report and the Final Report on Quality Assessments in Health in 2017 has been utilized and evaluated in the present study.

**Findings and Results:** Through the review of QAH and SRS, it is noticeable that although laboratory standards meeting percentage in QAH report was 84%, error report mostly occurred in such field according to SCR report. When the standards which are met most were reviewed among those assessed in QAH report, the 11th and 12th standards which are met by 90% were for patient falling. Nevertheless, review of SRS results revealed that the most common patient safety error reported both in 2016 and 2017 was patient falling in the 1st rank. This may be interpreted in two forms. First, the standards on this issue were considered due to error reporting to SRS and improvement studies were performed to eliminate the errors. Therefore, meeting rates of the standards with higher error reporting increased. The other interpretation is that despite higher standard meeting rates, service recipients do not consider it enough and error reporting is high in those groups. In such case, better evaluation of practicability of the standards and more improvement efforts are suggested.

**Key Words:** Safety reporting system, quality assessments in health, standards of quality in health

#### 1. GİRİŞ

Bir ülkenin en değerli kaynağı olan insanların yaşamlarını Sağlıklı bir şekilde devam ettirmeleri sunulan Sağlık hizmetlerinin kalitesine bağlıdır. Kaliteli Sağlık hizmeti için öncelikle mevcut Sağlık hizmetleri değerlendirilmelidir. Değerlendirme neticesinde Sağlık hizmeti sunumunun güçlü ve zayıf yönleri belirlenmekte, bu doğrultuda gerekli iyileştirmeler yapılmakta ve kaliteli Sağlık hizmeti sunumu sağlanmaktadır. Bu iyileştirmelerin Sağlık hizmeti sunumunda en önemli yeri alan hastanelerde yapılması önemlidir. Etkili bir değerlendirme için hem Sağlık sisteminin denetim mekanizması hem de Sağlık hizmeti alıcıları tarafından hastaneler ve sundukları hizmet değerlendirilmelidir.

Türkiye’de hastanelerin sundukları hizmetin kalitesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık kuruluşları ve laboratuvarların hizmet birimleri ve iş süreçlerini değerlendirmek, iyileştirmek üzere bir dizi standartlar yayımlamıştır. Bu standartlara Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) denilmektedir. Türkiye’de tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde Sağlık hizmeti veren hastanelere yönelik olarak söz konusu hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla SKS-Hastane oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2016). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan değerlendirmeler neticesinde hastanelerin SKS’ye uyum dereceleri belirlenmekte ve standartları gerçekleştirme durumları incelenmektedir. Bu kapsamda hastanelerin kalite puanları hesaplanmakta,

[1] Ankara University/ Health Management Department/ Turkey/ ferdabuluc@gmail.com

[2] Ankara University/ Health Management Department/ Turkey/ turgut@ankara.edu.tr

[3] Ankara University/ Health Management Department/ Turkey/ agirbas@ankara.edu.tr

eksik ve geliştirilmesi gereken yönleri saptanmaktadır. Her yıl düzenli yapılan bu işlem ile kaliteli Sağlık hizmeti sunumu teşvik edilmekle birlikte kaliteli Sağlık hizmeti sunumu denetlenmiş olmaktadır.

Sunulan Sağlık hizmetini değerlendirmesi gereken diğer paydaşlar ise Sağlık hizmeti alıcıları ve Sağlık personeleridir. Denetim mekanizması tarafından yapılan değerlendirmelerin ve iyileştirmelerin anlamlı olabilmesi için öncelikle hizmet alıcıların ve hizmet sunucuların bu konudaki görüşlerine önem verilmelidir. Bu durumda öncelikle bireylerin görüşlerini rahat şekilde dile getirebileceği bir mekanizma gerekliliğini doğurmaktadır. Türkiye’de bu ihtiyaç Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) ile karşılanmaktadır. GRS, Sağlık tesislerinde gerçekleşen tıbbi süreçlerde karşılaşılan hataların bildirilebileceği, ulusal düzeyde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi sağlayan bir platformdur (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu sistem aracılığıyla tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimleri ulusal boyutta toplanmaktadır. Toplanan bildirimler kullanılarak iyileştirmeler yapılmakta ve yeni kalite standartları geliştirilmektedir. Böylece denetim mekanizmasının gözünden kaçan, hizmet alıcılarının ve hizmet sunan Sağlık personelinin sahada görmüş oldukları eksikliklerin giderilmesi sağlanmaktadır.

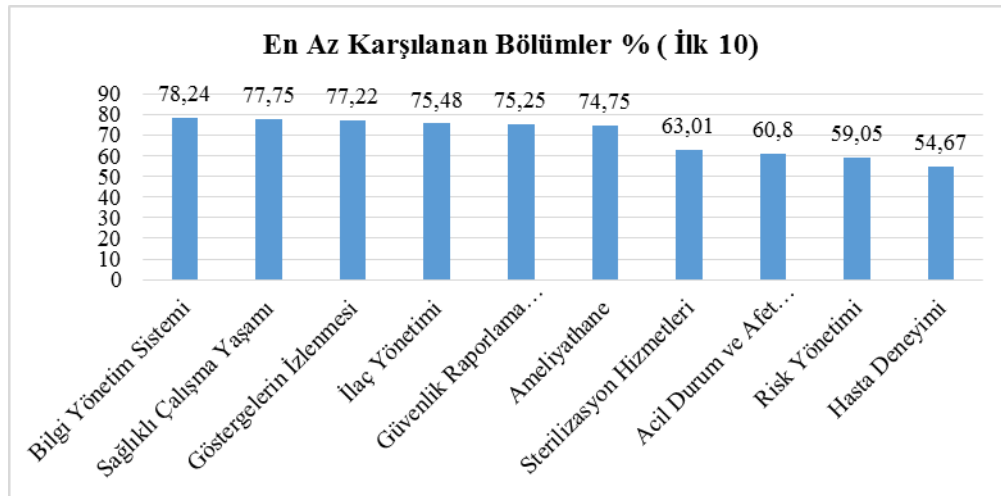
## 2. YÖNTEM

Bu Çalışmanın amacı, Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri Sonuç Raporunun Güvenlik Raporlama Sistemi raporları sonuçları ile birlikte ele alınarak değerlendirilmesidir. Ayrıca Çalışmada 2016 ve 2017 yıllarına ait GRS Sonuçlarının da Karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı’nın Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 İstatistik ve Analiz Raporu ile Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Türkiye İstatistikleri raporlarından ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan 2017 Yılı Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri Sonuç Raporu’ndan elde edilmiştir.

## 3. BULGULAR

2017 yılı Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri (SKD) kapsamında 597’si Sağlık Bakanlığı, 61’i üniversite hastanesi ve 487’si özel hastane olmak üzere toplam 1145 hastanenin değerlendirilmesi yapılmıştır. 2017 yılı SKD sonrasında, Türkiye Kalite Puanı Ortalaması 84,86 olarak tespit edilmiştir. Genel hastane- kadın doğum ve ruh sağlığı hastanelerinde değerlendirilen bölüm ve standartlar içerisinde GRS bölümü için “Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır” ve “Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme Çalışmaları yapılmalıdır” olmak üzere iki standart kullanılmıştır. 2017 Yılı Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri Sonuç Raporu’na göre, standartları en az karşılanan bölümler arasında Güvenlik Raporlama Sistemi de (%75,25) yer almaktadır (Grafik 1).

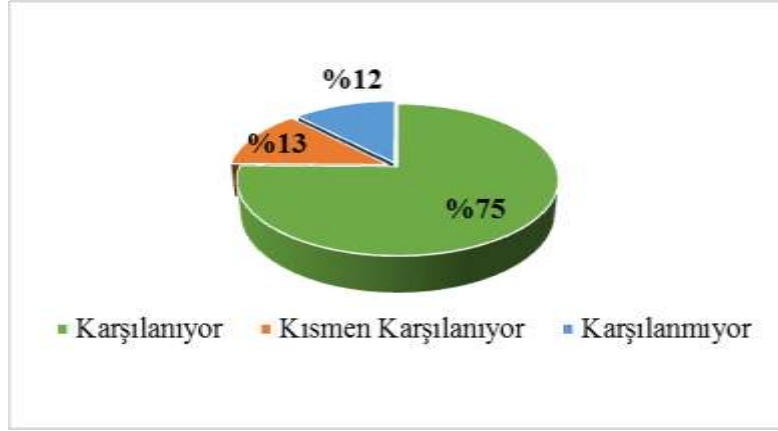
**Grafik 1:** 2017 Yılı Değerlendirilen Sağlık Kuruluşlarında SKS-Hastane Seti Standartları En Az Karşılanan Bölümlerin Yüzdeleri



Grafik 2 incelendiğinde 2017 yılında Sağlıkta kalite değerlendirmeleri sonucunda güvenlik raporlama sistemi standartlarının Sağlık kurumlarının %75’inde karşılandığı, %13’ünde kısmen karşılandığı, %12’sinde ise karşılanmadığı görülmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında hastanelerde bildirim yapılan hata sayılarının yıllar itibarıyla artıyor olması bu bulguyu doğrular nitelikte bir sonuç olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Çünkü SKS içerisinde yer alan GRS standartlarının tam olarak karşılanamaması, GRS' nin Sağlık Kurumlarında tam anlamıyla oturtulmadığını ve bu sistemin temel noktası olan geri bildirim mekanizmasının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

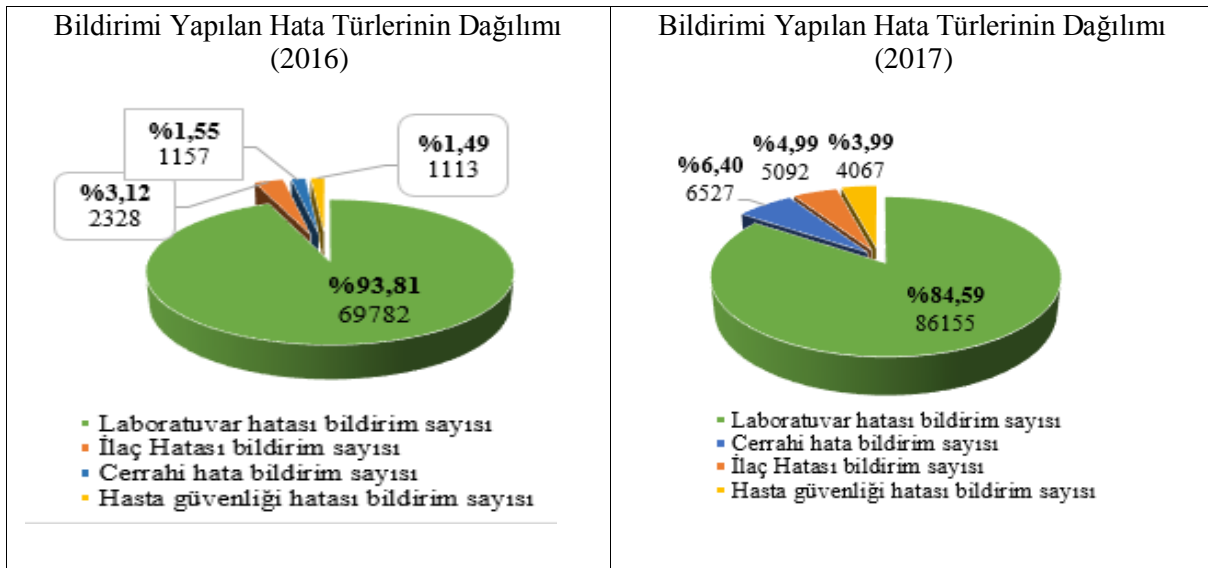
**Grafik 2:** Güvenlik Raporlama Sistemi Standartlarının Karşılama Yüzdesi



Güvenlik Raporlama Sistemi Türkiye istatistiklerine göre 2016 ve 2017 yıllarında hata türlerine göre bildirim yapılan hataların dağılımı Grafik 3'te verilmiştir. 2016 yılında gerçekleşen toplam hata bildirim sayısı 74.380 iken 2017 yılında 101.841 olarak tespit edilmiştir. Hata türleri arasında 2016 yılında %93,81 oran ile 2017 yılında ise %84,59 ile laboratuvar hatalarının en çok bildirim yapılan hata türü olduğu dikkat çekmektedir.

GRS'de yer alan diğer hata bildirim istatistiklerine bakıldığında (Grafik 3) ise, 2016 yılında ikinci sırada, ilaç hatası bildirimlerinin (%3,12) yapıldığı görülmektedir. Bu hata bildirimlerini 2016 yılında sırasıyla, cerrahi hatalar (%1,55) ve hasta güvenliği hataları (%1,49) izlemektedir. 2017 yılında ise ikinci sırada cerrahi hata bildirimlerinin (%6,40) yapıldığı, bu hata bildirimlerini sırasıyla, ilaç hataları (%4,99) ve hasta güvenliği hatalarının (%3,99) izlediği görülmektedir. 2016 yılından 2017 yılına değişim incelendiğinde laboratuvar hataları %9,22 azalırken ilaç, cerrahi ve hasta güvenliği hata bildirim oranlarının arttığı dikkat çekmektedir.

**Grafik 3:** Bildirimi Yapılan Hata Türlerinin Dağılımı (2016, 2017)<sup>1</sup>

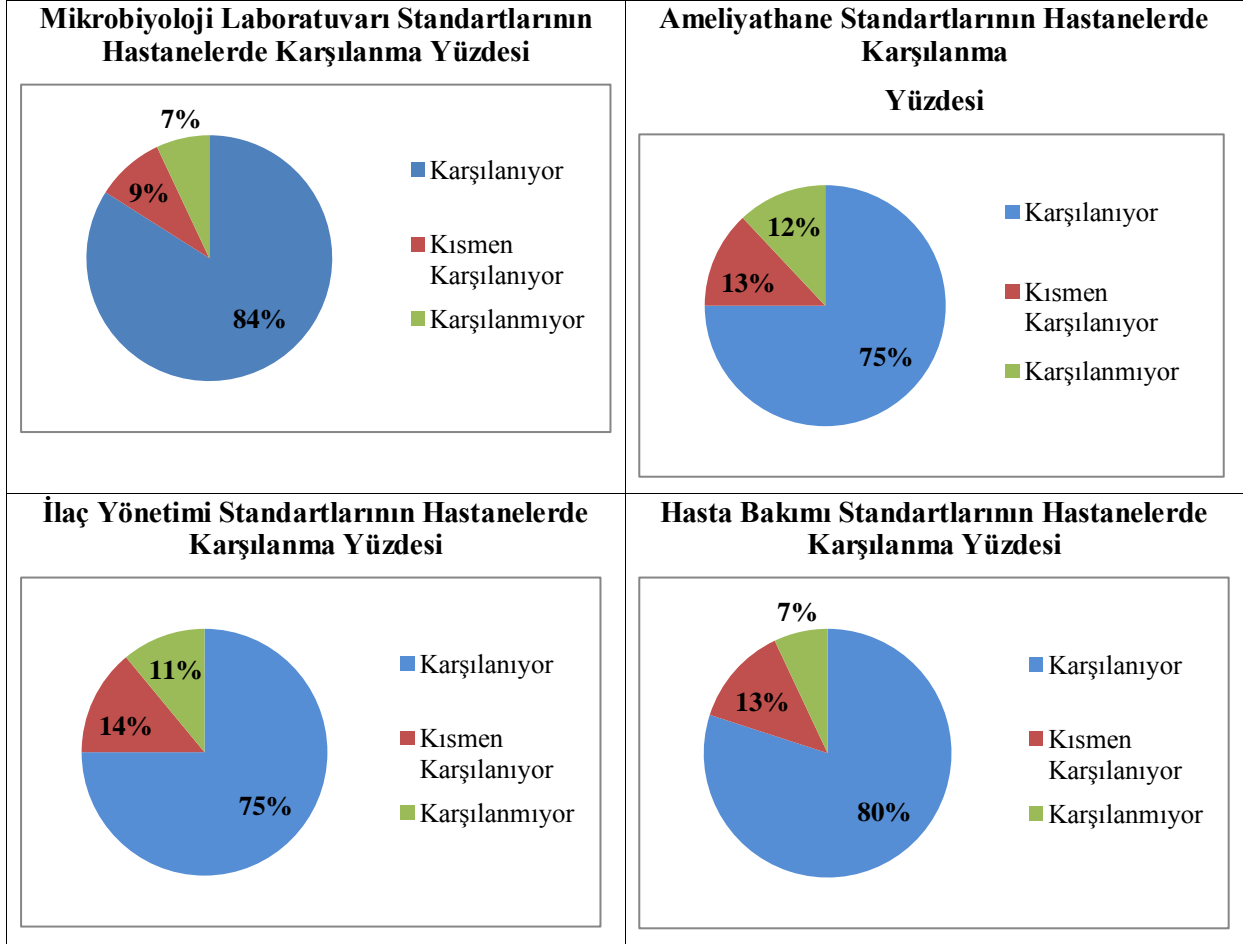


GRS'de bildirim yapılan hata türlerinin dağılımı SKD raporunda değerlendirilen bölümlerin standartlarının hastanelerde karşılama yüzdesi (Grafik 4) ile birlikte incelendiğinde; SKD'de en fazla standardı karşılanan bölümlerden birinin laboratuvar (%84) olmasına rağmen, GRS'de bildirim yapılan hata türleri arasında laboratuvar hatalarının yer alması çelişmektedir. Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 ve 2017 Türkiye İstatistikleri raporlarında bu durumun sebebi olarak hata bildirim ve takibinin

<sup>1</sup> GRS 2016 yılı Mart 2016-Aralık 2016 verilerini içermektedir.

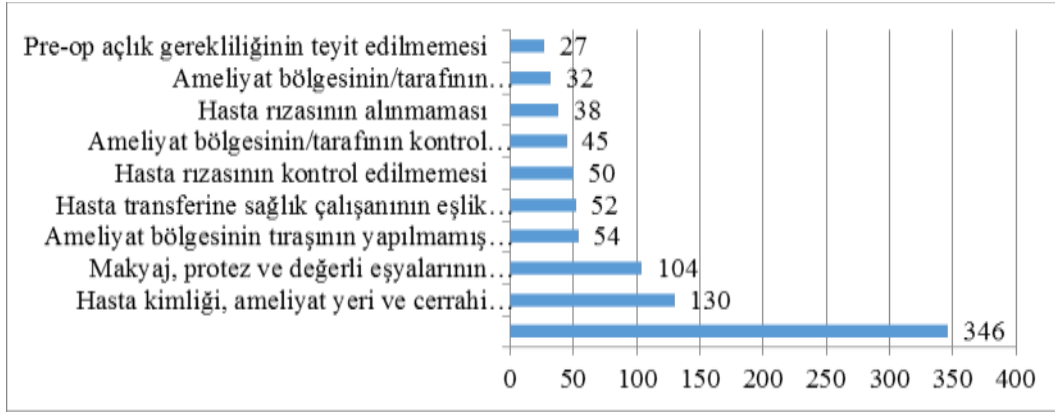
laboratuvar işleyişinin temel süreçlerinin bir parçası olmasından kaynaklanan yaygın hata bildirim kültürü olduğu öngörülmektedir. SKD’de değerlendirilen bölümlerin standartlarının hastanelerde karşılanma yüzdesi (Grafik 4) incelendiğinde, hasta bakımı standartlarının hastanelerin %80’inde, ameliyathane ve ilaç yönetimi standartlarının ise hastanelerin %75’inde karşılandığı görülmektedir.

**Grafik 4:** SKD’de Bazı Bölümlerin Standartlarının Hastanelerde Karşılanma Yüzdesi

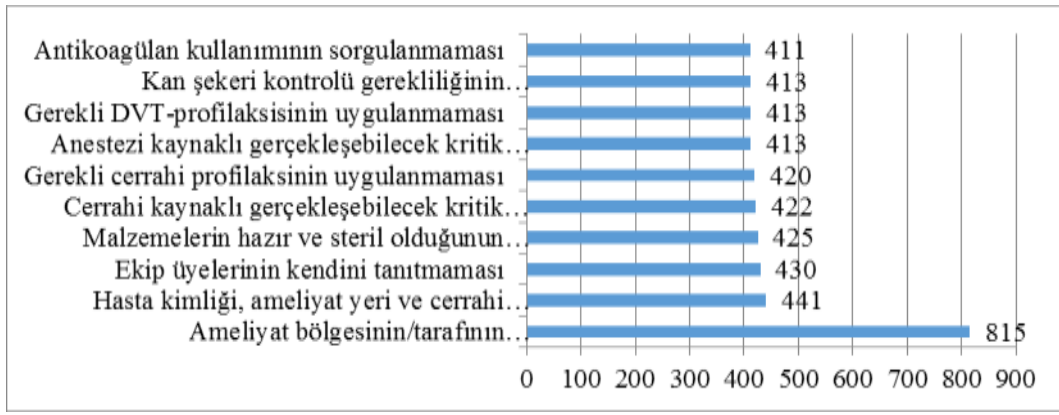


GRS’de en sık bildirim yapılan cerrahi hataların dağılımı incelendiğinde (Grafik 5, Grafik 6), hem 2016 yılında hem de 2017 yılında “Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi”nin ilk sırada yer aldığı dikkat çekmektedir. Aynı şekilde “Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması” her iki yıl için de ikinci sırada yer almaktadır.

**Grafik 5:** En Sık Bildirimi Yapılan Cerrahi Hataların Dağılımı (2016)

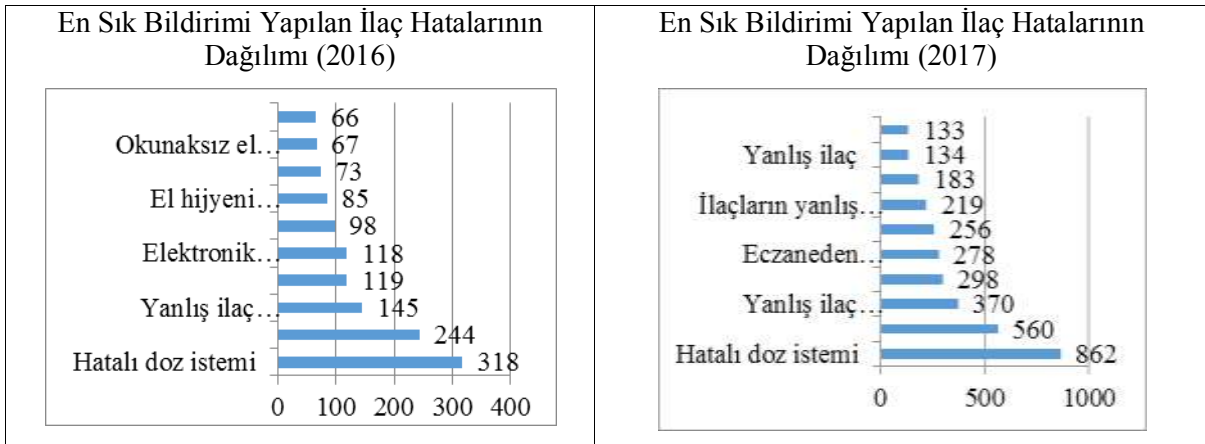


**Grafik 6:** En Sık Bildirimi Yapılan Cerrahi Hataların Dağılımı (2017)



Grafik 7’de 2016 ve 2017 yıllarında en sık bildirimi yapılan ilaç hataları incelendiğinde, sırayla hatalı doz istemi, yanlış ilaç istemi ve yanlış ilaç hazırlanması hatalarının ilk üç sırada yer aldığı görülmektedir. Yanlış ilaç ve okunaksız el yazısı hatalarının ise en az bildirimi yapılan hatalar olduğu tespit edilmiştir.

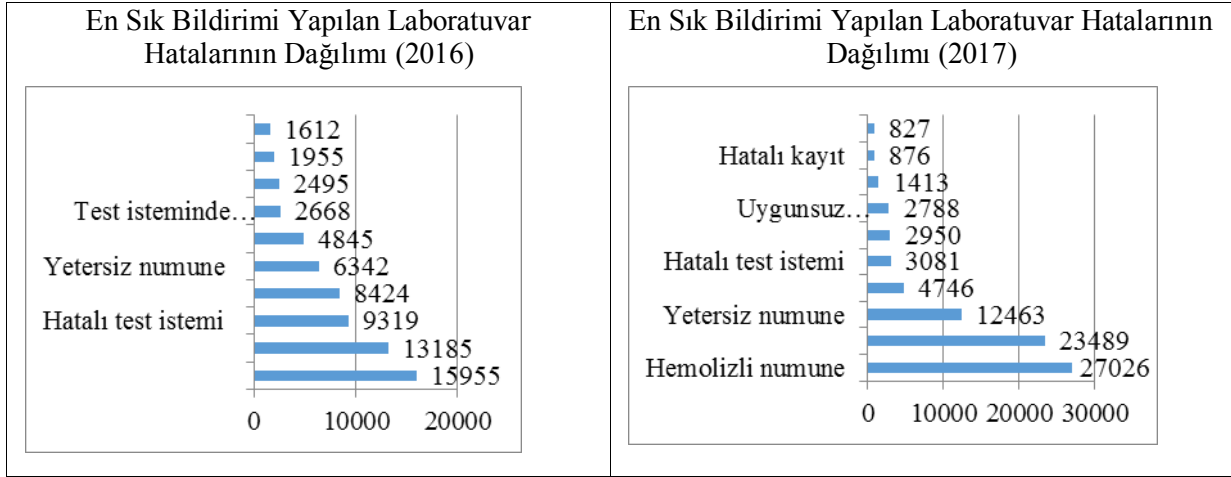
**Grafik 7:** En Sık Bildirimi Yapılan İlaç Hataların Dağılımı (2016, 2017)



Grafik 8 incelendiğinde; 2016 ve 2017 yılı için en sık bildirimi yapılan laboratuvar hatalarının sırasıyla “Hemolizli numune” ve “Pıhtılı numune” olduğu, en az bildirimi yapılan laboratuvar hastasının ise 2016 yılında zamanında verilmeyen sonuç ve 2017 yılında hatalı kimliklendirilmiş numune olduğu görülmektedir.



**Grafik 8:** En Sık Bildirimi Yapılan Laboratuvar Hatalarının Dağılımı (2016, 2017)

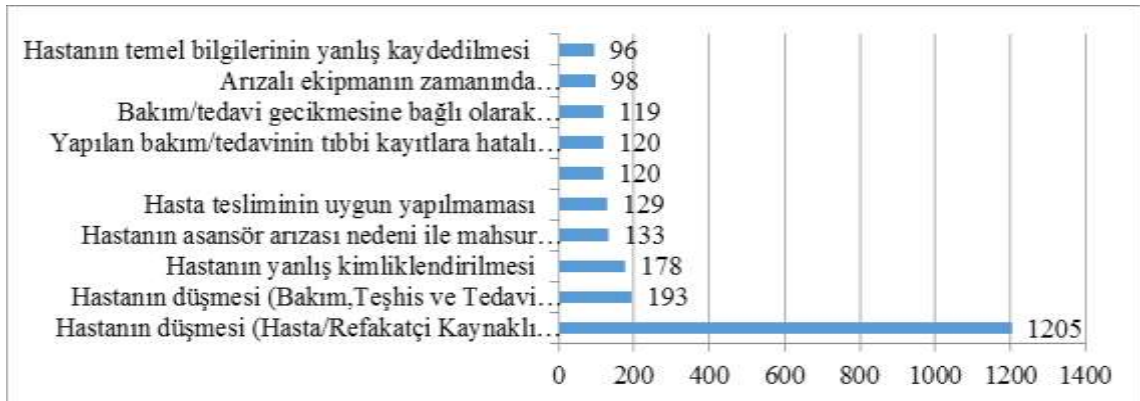


2016 ve 2017 yılında en sık bildirim yapılan hasta güvenliği hatalarının dağılımı incelendiğinde (Grafik 9, Grafik 10) en çok bildirim yapılan hataların “hastanın düşmesi” ve “hastanın yanlış kimliklendirilmesi” olduğu görülmektedir.

**Grafik 9:** En Sık Bildirimi Yapılan Hasta Güvenliği Hatalarının Dağılımı (2016)



**Grafik 10:** En Sık Bildirimi Yapılan Hasta Güvenliği Hatalarının Dağılımı (2017)

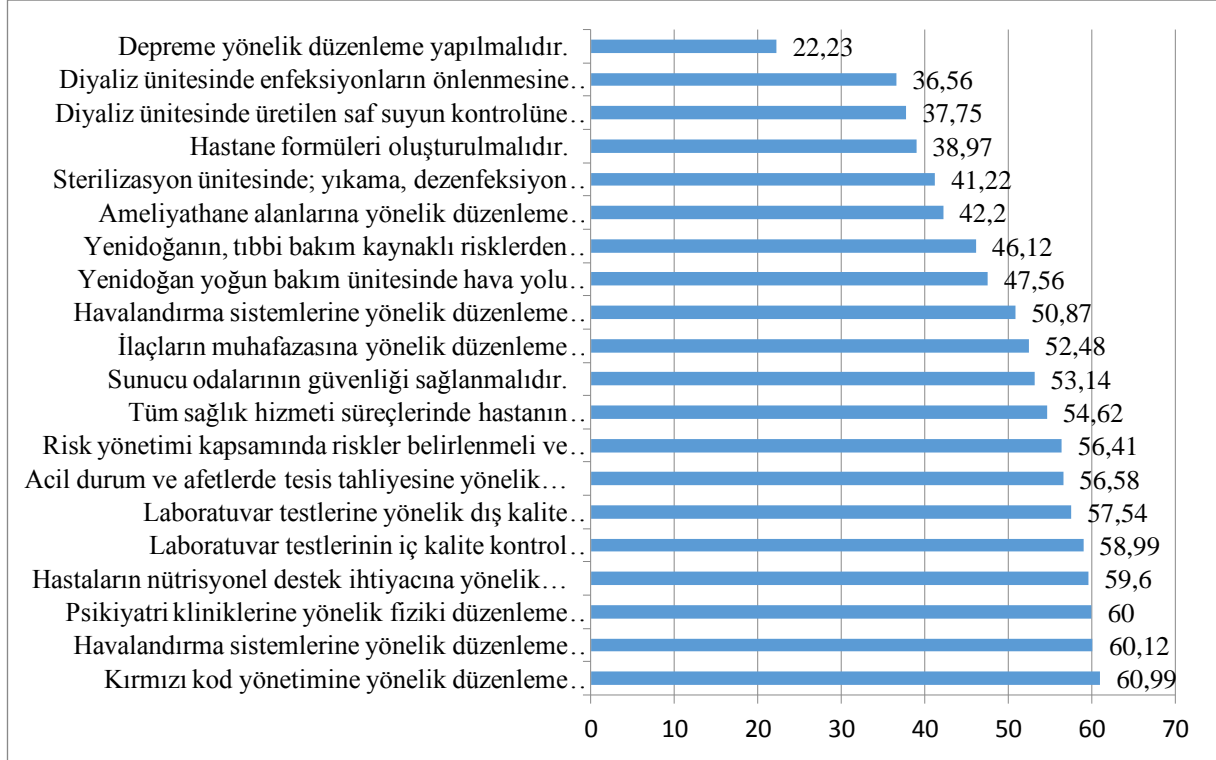


SKD’de değerlendirme yapılan standartlar arasında en az karşılanan standartlar incelendiğinde; en az karşılanan 15. ve 16 standartların laboratuvarla ilgili olduğu görülmektedir (Grafik 11). “Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol Çalışmaları yapılmalıdır” standardı %58,99; “Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır” standardı ise %57,54 karşılanmaktadır. Laboratuvarla ilgili standartların SKD’de az karşılanan standartlar arasında yer alması, GRS’de laboratuvar hatalarının hata bildirim sayısının en çok olduğu alan olmasıyla örtüşmektedir.

Ameliyathane bölümüne ait “Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır” standardının %42,2 “Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır” standardının ise %50,87 ile en az karşılanan standartlar arasında yer almaktadır. Aynı zamanda SKD’de ilaç yönetimi bölümü ile ilgili

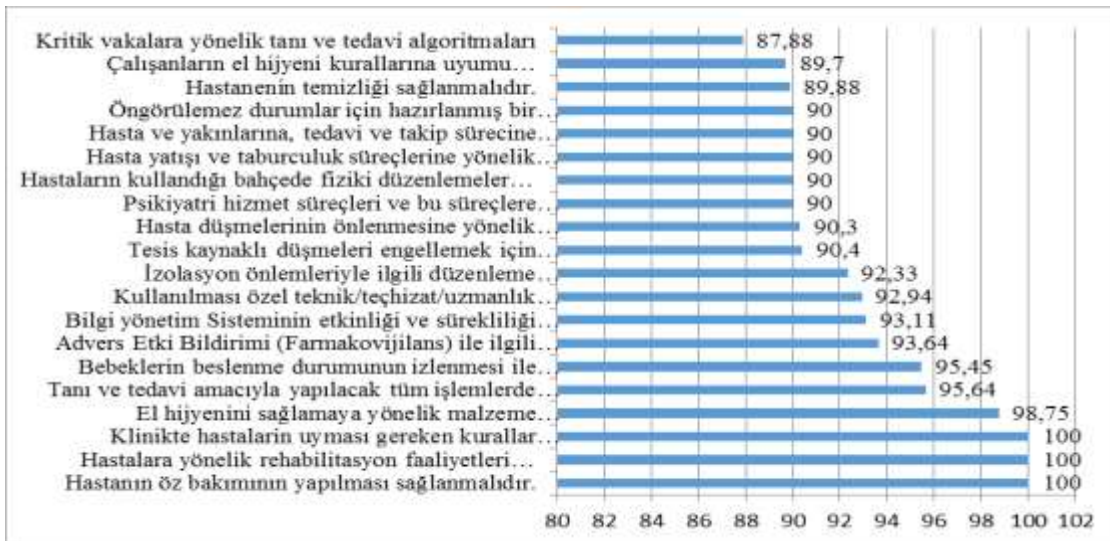
“İlaçların muhafazasına yönelik standart bulunmalıdır” standardı %52,48, “Hastane formülleri oluşturulmalıdır” standardı ise %38,97 karşılanmaktadır. Dolayısıyla standardı az karşılanan bölümlerde gerçekleşen hata sayısının ve bildiriminin de artması beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Grafik 11:** En Az Karşılanan Standartlar % (İlk 20)



SKD raporunda değerlendirme yapılan standartlar arasında en fazla karşılanan standartlar incelendiğinde; en fazla karşılanan standartların (%100) “Hastanın öz bakımının yapılması sağlanmalıdır”, “Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir”, “Klinikte hastaların uyması gereken kurallar belirlenmelidir” olduğu görülmektedir. En fazla karşılanan standartlardan 11. ve 12. sırada yer alan ve yaklaşık %90 oranında karşılanan standartların hasta düşmesine yönelik olması dikkat çekmektedir. GRS sonuçları incelendiğinde de hem 2016 hem de 2017 yılında en çok bildirim yapılan hasta güvenliği hataları arasında hasta düşmesi 1. sırada yer almaktadır.

**Grafik 12:** En Fazla Karşılanan Standartlar % (İlk 20)



#### 4. SONUÇ

Bir ülkenin en değerli kaynağı sahip olduğu sağlıklı insan gücüdür. Sağlıklı insan gücü için kaliteli Sağlık hizmeti sunumu gerekmektedir. Bu noktada Sağlık sistemlerinin tüm paydaşları tarafından sistem değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Ülkede Sağlık hizmetlerinden sorumlu kurum veya kuruluşların buna imkân tanıyan mekanizmalar geliştirmesi gerekmektedir. Türkiye’de bu işlem Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri ve Güvenlik Raporlama Sistemi ile gerçekleştirilmektedir.

Bu çalışmada Sağlık hizmetlerinde iki önemli değerlendirme mekanizması olan SKS ve GRS birlikte ele alınmıştır. Hata bildirimleri ile Sağlıkta kalite standartlarının karşılanma düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca 2016 ve 2017 yıllarına ait GRS sonuçları da Karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. İncelemeler sonucunda 2017 yılında Sağlıkta kalite değerlendirmelerinde güvenlik raporlama sistemi standartlarının Sağlık kurumlarının sadece %75’inde karşılandığı, %25’inde kısmen karşılandığı veya hiç karşılanmadığı görülmüştür. GRS’de en sık bildirim yapılan hataların dağılımı incelendiğinde; cerrahi hatalarda “Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi”nin, hasta güvenliği hatalarında “Hastanın düşmesi”nin, ilaç hatalarında “Hatalı doz istemi”nin, laboratuvar hatalarında ise “Hemolizli numune”nin hem 2016 yılında hem de 2017 yılında ilk sırada yer aldığı tespit edilmiştir.

SKD’de değerlendirilen bölümlerin standartlarının hastanelerde karşılanma yüzdesi incelendiğinde, laboratuvar standartlarının hastanelerin %84’ünde, hasta bakımı standartlarının hastanelerin %80’inde, ameliyathane ve ilaç yönetimi standartlarının ise hastanelerin %75’inde karşılandığı görülmektedir. GRS’de bildirim yapılan hata türlerinin dağılımı SKD raporunda değerlendirilen bölümlerin standartlarının hastanelerde karşılanma yüzdesi ile birlikte incelendiğinde; SKD’de standartlarının hastanelerde karşılanma yüzdesi %84 olan laboratuvarın, GRS sonuçlarına göre en çok hata bildiriminin gerçekleştiği alan olması dikkat çekmiştir. Yine SKD raporunda değerlendirme yapılan standartlar arasında en fazla karşılanan standartlar incelendiğinde; 11. ve 12. sırada yer alan ve yaklaşık %90 oranında karşılanan standartların hasta düşmesine yönelik olmasıdır. Çünkü GRS sonuçları incelendiğinde hem 2016 hem de 2017 yılında en çok bildirim yapılan hasta güvenliği hataları arasında hasta düşmesinin 1. sırada yer alması dikkat çekmektedir.

SKD ile GRS arasındaki ilişkiyi iki şekilde yorumlamak mümkündür. Birincisi GRS’ye yapılan hata bildirimleri sayesinde bu konudaki standartlara önem verilmiş ve hataların giderilmesi için iyileştirme Çalışmaları yapılmıştır. Böylece hata bildirim yüksek olan standartların karşılanma yüzdeleri artmıştır. Diğer bir yorum ise standartların karşılanma yüzdeleri yüksek olmasına rağmen, hizmet alıcılar tarafından bu yeterli görülmemektedir ki bu gruplarda hata bildirim fazladır. Bu durumda standartların uygulanabilirliğinin daha iyi değerlendirilmesi ve daha fazla iyileştirme yapılması önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

2017 Yılı Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri Sonuç Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı Ankara, Ekim 2018.

Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara.

Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, Ekim 2018, ISBN: 978-975-590-695-9.

Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2. Baskı: Ankara, ISBN: 978-975-590-558-7.

Sağlık Bakanlığı (2019) Güvenlik Raporlama Sistemi. <http://grs.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 02/05/2019).

## TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR: 2 KAMU HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

### DIAGNOSIS-RELATED GROUPS: A PRACTICE IN TWO PUBLIC HOSPITAL

Ferda İŞİKÇELİK<sup>1</sup>  
Nazife ÖZTÜRK<sup>2</sup>  
İsmail AĞIRBAŞ<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Health institutions must be financially sustainable for the continuity of health care services. Financial sustainability requires health institutions to receive a reimbursement method which is equitable meets the cost of the services they offer. The equity of the method of reimbursement requires reimbursement practices that take account of the intensity and complexity of the services offered by their institutions. Therefore, the choice of the method used in the reimbursement of health care services is great importance.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to calculate CMI values of the two hospitals which operating in the C group service role of the Ministry of Health by DRG data and to comprehensive these hospitals in the same service role.

**Method:** Within the scope of the study, it was obtained the DRG data belong to 2018 August of the two hospitals in the C group service role. CMI value of hospitals was calculated by dividing the monthly total of relative weight by the total number of cases. By comparing the CMI values of these hospitals, it was determined which hospital was looking at more complex cases.

**Findings and Results :** As a result of study, the number of discharge in hospital A is 504 and the number of discharge in Hospital B is 760 on a monthly period. The total hospitalization day was 927 in Hospital A and 1.698 in Hospital B. The total hospitalization day was 927 in Hospital A and 1,698 in Hospital B. The mean hospitalization day is 1.84 in hospital A and 2.23 in hospital B. The total number of intensive care hospitalization is 69 in Hospital A and 39 in Hospital B. DRG data entry is made in 125 different codes in these hospitals. The total relative weight of Hospital A is 358.46, and the total relative value of Hospital B is 770.57. When CMI values, which are the criteria of the complexity of the diseases treated by the hospitals, are examined, the hospital A received 0.71, and Hospital B received a value of 1.01. Therefore, it was found that Hospital B treated more complex cases than Hospital A. The difference between the CMI values of the two hospitals with the same service role is high, so it is thought that equitable resource distribution cannot be achieved. In order to ensure equitable resource allocation between hospitals, it is recommended to switch to the payment method based on CMI and DRG.

**Key Words:** Relative Weight, Reimbursement, Diagnosis Related Groups, Case Mix Index

#### 1. GİRİŞ

Evrensel Sağlık hizmetleri kapsamı, herkes için Sağlık hedefine ulaşmanın bir yolu olarak savunulmaktadır (Cheng vd., 2012:202). Herkes için Sağlık hedefini gerçekleştirebilmenin ilk adımı ise herkesin ulaşabildiği, kesintisiz Sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmektir. Bu konuda Sağlık hizmeti sunumunda oldukça önemli bir yeri olan hastanelere büyük görev düşmektedir. Hastanelerin istenilen düzeyde Sağlık hizmeti sunumu için finansal açıdan sürdürülebilir bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir.

Hastanelerin en büyük gelir kalemini Sağlık hizmeti sunumu oluşturmaktadır. Hastanelerin Sağlık hizmeti sunumu karşılığında, Sağlık hizmeti alıcısından aldığı ödeme çeşitli yöntemler çerçevesinde yapılmaktadır. Geri ödeme yöntemi olarak adlandırılan bu yöntemler, Sağlık hizmeti alıcısından Sağlık hizmeti sağlayıcılarına fon aktarmak için kullanılan mekanizmaları ifade eder (Agyepong vd., 2014:2). Harcama Kalemleri Bütçe Yöntemi, Global Bütçe Yöntemi, Gün Başına Ödeme Yöntemi, Hizmet Başına Ödeme Yöntemi, Kişi Başına Ödeme Yöntemi, Vaka Başına Ödeme Yöntemi, Değere Dayalı Ödeme Yöntemi bu yöntemlerin başlıcalarıdır (World Health Organization, 2017:2). Her geri ödeme yönteminin güçlü ve zayıf yönleri mevcuttur. Hastanelerin finansal sürdürülebilirliği açısından önemli olan en uygun geri ödeme yönteminin seçilmesi ve uygulanmasıdır. Bu kapsamda seçilen yöntemin hastanelerin

<sup>1</sup> Ankara University/ Health Management Department/ Turkey/ ferdabuluc@gmail.com

<sup>2</sup> Antalya Province Directorate of Health / Turkey/ nazife\_sahan@yahoo.com

<sup>3</sup> Ankara University/ Health Management Department/ Turkey/ agirbas@ankara.edu.tr

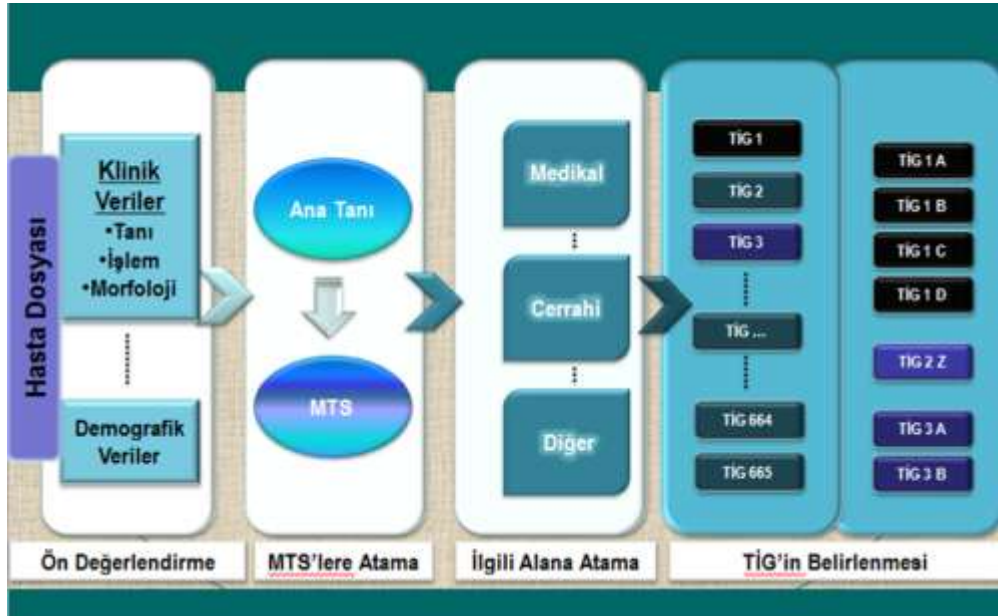
sunduğu hizmetin içeriği doğrultusunda ödeme alabildiği ve hastaneler arasında adil kaynak dağılımı sağlayan özellikte olması önemlidir. Bu özellikleri, vaka başına ödeme yöntemi olan Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) Dayalı Ödeme Yöntemi taşımaktadır.

1970’li yıllarda geliştirilen TİG (Quentin vd., 2013:1972), hastanelerde yatarak tedavi gören hasta türleri ile bunların tedavileri için kullanılan kaynaklar arasında klinik açıdan anlamlı bir ilişkilendirme sağlayan yatan hasta sınıflandırma sistemidir. TİG’e dayalı ödeme kapsamında hastanelere, hastalara uygulanan teşhis ve tedavi gibi klinik özelliklere bağlı olarak başvuru veya taburculuk başına sabit bir miktar ödenmektedir (World Health Organization, 2017:3). Kullanıldığı ülkeye göre farklılıklar gösterebilen TİG, geri ödeme yöntemi yanı sıra farklı hastanelerde toplanan mortalite, morbidite ve işlem Karşılaştırmaları, Sağlık politikalarının geliştirilmesi, Araştırma, planlama, Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Aydın vd., 2013:75).

TİG grupları hem klinik olarak anlamlı hem de homojen bir kaynak dağılımını kapsayan bir şekilde oluşturulmuştur. Daha karmaşık vaka karışımına sahip bir hastanenin daha fazla kaynak harcaması ve bu nedenle daha az karmaşık vaka karışımını tedavi eden bir hastaneden daha fazla maliyet gerektirmesi beklenmektedir. Bu nedenle, daha yüksek vaka karışımına sahip bir hastane, her iki hastanenin de benzer bir vaka yüküne veya hacmine sahip olduğunu varsayarak, daha düşük vaka karışımına sahip bir hastaneden daha fazla ödeme alacaktır (World Bank, 2015:8). Böylece hastaneler arasında adil kaynak dağılımı sağlanmış olacaktır.

### 1.1. TİG Oluşumu

Benzer çıktılar veya hizmetler alması beklenen vaka tiplerinin bir tanımı olan TİG’in tıbbi ve tıbbi olmayan kullanıcılar için anlamlı olmasının yanı sıra, çok çeşitli ortamlarda kolaylıkla uygulanabilmesi için belirli özellikler çerçevesinde geliştirilmiştir (Fetter vd., 1980:5). Bu kapsamda hastaların demografik özellikleri, teşhis ve tedaviye ilişkin özellikleri kapsamında gruplandırma yapılmaktadır. Bir TİG kodunun oluşum süreci Ön değerlendirme, Majör Tanı Sınıfı ataması, Alan ataması ve TİG’in belirlenmesi olmak üzere 4 aşamadan oluşmaktadır (Şekil 1). Bu 4 aşamanın sonunda 3 bölümden oluşan bir TİG kodu elde edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014:10). Bir harften oluşan ilk bölüm, MTS grubunu ifade etmektedir. 01-99 arası rakamlardan oluşan ikinci bölüm ise ait olduğu alanı (medikal, cerrahi ve diğer) göstermektedir. Bir harften oluşan son bölüm ise kaynak Kullanım derecesini göstermektedir.



Şekil 1. TİG Oluşum Süreci (Sağlık Bakanlığı, 2014:10)

### 1.2. Vaka Karmaşı, Bağlı Değer ve Vaka Karmaşı İndeksi

Vaka kategorilerine dayanan TİG’de vaka kavramı, hastaneden veya belirli bir bölümden taburcu edilen bir hasta olarak tanımlanabilmektedir. Hastanın kabulünden taburcu olana kadar olan zaman diliminde tedavi edilen bir hastaya verilen tüm hizmetleri içermektedir (Worldbank, 2015:5). Bir hastanenin giderlerini belirlemek için hastanenin tedavi ettiği hastaların türü yani vaka karmaşı bir araç olarak

kullanılmaktadır. Vaka karması, hastalığın ciddiyeti, ölme riski, prognoz, tedavi zorluğu, müdahale ihtiyacı gibi birbiriyle ilişkili ancak farklı hasta özelliklerini barındıran gruplar için kullanılmıştır (Averill vd., 1998:1, 2). Vaka karmasının klinik ve mali süreçleri tanımlayan iki teme bileşeni vardır. Vakaların uygun TİG kodlarına atanması klinik süreçleri tanımlamaktadır. Bağlı değer ve taban fiyatın hesaplanması ise ikinci bileşendir. Her bir TİG için maliyet analizi yapılarak ilgili TİG'in tedavisi için harcanan kaynak miktarı belirlenmekte olup bu değer ortalama vaka için harcanan kaynağa oranlanarak bağlı değer hesaplanmaktadır (Aral, 2014:107). Bağlı değer formülü şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2014:9):

$$\text{Bağlı Değer} = \frac{\text{Bir TİG için Ortalama Maliyet}}{\text{Tüm Ülke veya Pilot Hastaneler Grubu için Tüm TİG'leri Temsil Eden Genel Ortalama Maliyet}}$$

Bağlı değer hesaplandıktan sonraki tüm hesaplamalar bu değere dayanarak gerçekleştirilmektedir. TİG'ler arasında bağlı değer Bazında Karşılaştırma yapılabilmektedir. Bir TİG'in bağlı değeri kıyaslama yapılan bir diğer TİG'in bağlı değerinden yüksek ise bu TİG'in tedavisinde diğer TİG'in tedavisine göre daha fazla kaynak gerektiği anlamına gelmektedir (World Bank, 2015:21). Vaka karmasının diğer bileşeni olan taban fiyat; ortalama hastanın ortalama maliyetini ifade etmektedir. Taban fiyat, maliyet analizleriyle hesaplanabilmektedir. Diğer bir deyişle taban fiyat 1.0 bağlı değere sahip olan ortalama vaka için geçerli olan fiyattır (Aral, 2014:107).

Bağlı değerden yola çıkılarak hastanelerin tedavi ettiği vakaların komplekslik derecelerini hesaplamak mümkündür. Vaka Karması İndeksi (VKİ) olarak adlandırılan bu değer, hastane düzeyinde hastaların hastalık şiddetinin bir göstergesidir (Mendez vd., 2014:28; Thompson, 2016:19). Hastane ödemelerini hesaplamak ve hastanelerin tedavi ettiği hastalıkların şiddetini takip etmek için tasarlanan VKİ için, dokümantasyonların ve kodlama işleminin doğruluğu önemlidir (Mendez vd., 2014:28). Ayrıca VKİ değerleri hastaneler arasında kıyaslama yapmaya imkân tanımaktadır. Bir hastanenin VKİ değerinin Karşılaştırma yapılan diğer bir hastanenin VKİ değerinden yüksek olması, o hastanenin diğerine göre daha kompleks vakaları tedavi ettiğini ifade etmektedir (World Bank, 2015:21). Toplam bağlı değer yıllık vaka sayısına bölünmesiyle hesaplanan VKİ'nin formülü şu şekildedir (Radu vd., 2010:251; Sağlık Bakanlığı, 2013:6):

$$\text{VKİ} = \frac{\sum (\text{TİG'in Bağlı Değeri} \times \text{Vaka Sayısı})}{\text{Hastanedeki Toplam Vaka Sayısı}}$$

## 2. YÖNTEM

Bu Araştırmada T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı C grubu hizmet rolünde faaliyet gösteren iki hastanenin TİG verileriyle VKİ değerlerini hesaplamak ve bu kapsamda hastaneler arasında Karşılaştırma yapmak amaçlanmıştır. Araştırma ilgili hastanelerin 2018 Ağustos dönemine ait TİG verilerini kapsamaktadır. Verilerin düzenlenmesinde ve değerlendirilmesinde M.S. Excel programından yararlanılmıştır. Hastanelerin aylık bağlı değer toplamı, toplam vaka sayısına bölünerek VKİ değeri hesaplanmıştır. Hesaplanan VKİ'ler ile hastanelerin tedavi ettiği vakaların komplekslik derecesi incelenmiş ve hastaneler arasında Karşılaştırma yapılmıştır.

## 3. BULGULAR

Araştırma kapsamında C grubu iki genel hastanenin bir aylık TİG verileri değerlendirilmiş ve VKİ hesaplamaları yapılmıştır. Hastanelere ilişkin tanımlayıcı bilgiler vermek amacıyla Tablo 1'de toplam vaka (hasta) sayısı, toplam hastane yatış gün sayısı, ortalama hastane yatış gün sayısı ve toplam yoğun bakım yatış gün sayılarına ilişkin bilgiye yer verilmiştir. Hastane A'da bir aylık dönemde vaka sayısı 504 iken Hastane B'de vaka sayısı 760'dır. Toplam hastane yatış günü Hastane A'da 927 iken, Hastane B'de 1.698'dir. Ortalama hastane yatış günü hastane A'da 1,84, hastane B'de 2,23'tür. Toplam yoğun bakım yatış gün sayısı Hastane A'da 69 ve Hastane B'de 39'dur.

**Tablo 1.** Hastanelere Ait Tanımlayıcı Veriler

Aylar	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Hastane Yatış Gün Sayısı	Ortalama Hastane Yatış Günü	Toplam Yoğun Bakım Yatış Gün Sayısı
Hastane A	540	927	1,84	69
Hastane B	760	1.698	2,23	39

Tablo 2’de hastanelerin bir aylık döneme ait TİG veri sayısı, toplam vaka sayısı, toplam bağıl değer ve VKİ değerleri yer almaktadır. Her iki hastanede de 125 farklı kodda TİG veri girişi yapılmıştır. Hastane A’nın toplam bağıl değeri 358,46, Hastane B’nin toplam bağıl değeri ise 770,57’dir. Hastanelerin tedavi ettiği hastaların hastalıklarının kompleksliğinin ölçütü olan VKİ değerlerine bakıldığında ise Hastane A 0,71, Hastane B 1,01 değerini almıştır. Özkan ve Ağırbaş (2018) tarafından Türkiye’deki tüm kamu hastanelerinin hizmet gruplarına göre VKİ değerleri hesaplanmıştır. C grubu hizmet rolündeki hastanelerin VKİ değerleri 0,79 olarak bulunmuştur.

**Tablo 2.** Hastanelere ait TİG Verileri

Aylar	TİG Veri Sayısı	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Bağıl Değer	VKİ
Hastane A	125	504	358,46	0,71
Hastane B	125	760	770,57	1,01
C Grubu Hastaneler Türkiye Ortalaması <sup>1</sup>				0,79

#### 4. SONUÇ

Toplam vaka sayısı değerlendirildiğinde Hastane B’nin Hastane A’dan daha fazla vakayı tedavi ettiği görülmektedir. Toplam hastane yatış gün sayısı ve ortalama hastane yatış gün sayısı da Hastane B’de daha yüksektir. Toplam yoğun bakım yatış gün sayısı incelendiğinde ise diğer tanımlayıcı verilerin aksine Hastane A’da daha yüksek gün sayısı görülmektedir. Aynı hizmet rolünde faaliyet gösteren bu iki hastane arasındaki farkın hastanelerin bulunduğu coğrafi özellikler, nüfus ve nüfusunun dağılımı gibi demografik özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hastanelerin VKİ değerleri incelendiğinde Hastane B’nin Hastane A’ya kıyasla daha kompleks vakalara baktığı saptanmıştır. Bu hastanelere ait VKİ değerleri C grubu hastanelerin Türkiye Ortalaması VKİ değerleri ile kıyaslandığında Hastane A’nın VKİ değerinin Türkiye ortalaması altında olduğu, Hastane B’nin VKİ değerinin ise Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır.

Aynı hizmet rolüne sahip iki hastanenin VKİ değerlerinin kıyaslandığı bu çalışmada, VKİ değerleri arasındaki farkın yüksek olduğu görülmektedir. Buradan hareketle hastaneler arasında adil kaynak dağıtımının sağlanamadığı düşünülmektedir. Özkan ve Ağırbaş (2018) tarafından yapılan Çalışmada Türkiye’de global bütçenin hastanelere TİG’e dayalı olarak dağıtımı yapıldığında, mevcut duruma göre C hizmet rolündeki 155 hastaneden 94’ünün (%60,6) global bütçeden aldıkları tutarlara göre daha az ödeme almaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastane A da bu sonucu destekler niteliktedir. Hastaneler arasında adil kaynak dağıtımını sağlayabilmek amacıyla, VKİ ve TİG’e dayalı ödeme yöntemine geçilmesi önerilmektedir. Ayrıca aynı hizmet rolündeki iki hastanenin baktığı vakaların komplekslik dereceleri arasında büyük fark olması hastane sınıflandırmaları Açısından dikkat çekicidir. Bu noktada belli donanım ve iş gücü kriterlerin bulunma durumuna göre yapılan hastane rolleri sınıflandırmasının

<sup>1</sup> Özkan ve Ağırbaş (2018) tarafından Türkiye’deki C Grubu Hizmet Rolündeki Hastanelerin (155 Hastane) 2015 verileriyle hesaplanmıştır.

(Sağlık Bakanlığı, 2009) gözden geçirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Hastanelerin sınıflandırmasında baktığı vakaların komplekslik derecesinin önemli olması düşüncesinden hareketle sınıflandırma kriterlerine bağlı değer, VKİ değerlerinin de dahil edilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Agyepong, I.A., Aryeetey, G.C., Nonvignon, J., Asenso-Boadi, F., Dzikunu, H., Antwi, E., Ankrah, D., Adjei-Acquah, C., Esena, R., Aikins, M. ve Arhinful, D.K. (2014). Advancing the Application of Systems Thinking in Health: Provider Payment and Service Supply Behaviour and Incentives in the Ghana National Health Insurance Scheme – a systems approach. *Health Research Policy and Systems*, 12(35): 1-17.

Aral, A. (2014). *Sağlıkta Yeni Dönem DRG (TİG)*. Ankara: Bizim Akademi Yayınları.

Averill, R.F., Muldoon, J.H., Vertrees, J.C., Goldfield, N.I., Mullin, R.L., Fineran, E.C., Zhang, M.Z., Steinbeck, B., Grant, T. (1998). The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs), *HIS Research Report*, 5-98.

Aydın, S., Yiğit, P., Demir, M., Güler, H. (2013). Tanı İlişkili Gruplama Verileri Çerçevesinde Türkiye’de Ürogenital Kansere Bakış. *Yeni Üroloji Dergisi*, 8(2): 72-78.

Cheng, S.H., Chena, C.C., Tsai, S.L. (2012). The Impacts Of DRG-Based Payments on Health Care Provider Behaviors Under a Universal Coverage System: A Population-Based Study. *Health Policy*, 107:202-208.

Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.I., Averill R.F., Thompson, J.D. (1980). Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. *Medical Care*, 18(2):1-53.

Mendez, C.M., Harrington, D.W., Christenson, P. ve Spellberg, B. (2014). Impact of Hospital Variables on Case Mix Index as a Marker of Disease Severity. *Population Health Management*, 17(1):28-34.

Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2018). Sağlık Bakanlığı Global Bütçesinin Teşhis İlişkili Gruplara Göre Dağıtımını. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 71(3):163-171.

Quentin, W., Ratto, H., Peltola, M., Busse, R. ve Hakkinen, U. (2013). “Acute Myocardial Infarction and Diagnosis-Related Groups: Patient Classification and Hospital Reimbursement In 11 European Countries”. *European Heart Journal*, 34:1972–1981.

Radu, C.P., Chiriac, D.N. ve Vladescu, C. (2010). Changing Patient Classification System for Hospital Reimbursement In Romania. *Croatian Medical Journal*, 51(3):250-258.

Sağlık Bakanlığı (2009). *Hizmet Rollerini Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler*.

Sağlık Bakanlığı (2013). *Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2014). *Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, Ankara.

Thompson, N.D., Edwards, J.R., Dudeck, M.A., Fridkin, S.K., Magill, S.S. (2016). Evaluating the Use of the Case Mix Index for Risk Adjustment of Healthcare-Associated Infection Data: An Illustration using Clostridium difficile Infection Data from the National Healthcare Safety Network. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 37(1):19–25.

World Bank (2015). *Final Action Plan for the Implementation of DRGs-based Payments*. Washington DC: World Bank Group.

World Health Organization (2017). *Provider Payment Methods and UHC Technical Brief Strategic Purchasing for UHC*.



## KAMU HASTANELERİNDE MULTIMOORA YÖNTEMİYLE ÇOK FAKTÖRLÜ PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

### MULTI-FACTOR PERFORMANCE EVALUATION WITH MULTIMOORA METHOD IN PUBLIC HOSPITALS

Şirin ÖZKAN [1]  
Ahmet KAR [2]  
Meltem SAYGILI [2]

#### ÖZET

**Araştırma Problemi:** Hastaların ve yakınlarının beklentilerinin artması, Sağlık hizmetlerinin sunumunda mevcut kurum sayısının ve rekabetin artması hem özel hem de kamu Sağlık kurumları için performans analizlerini önemli hale getirmiştir. Bilimsel performans değerlendirme tekniklerinin karar vermede kullanılması, performans izleme ve değerlendirme başarısını artıracaktır.

**Araştırmanın Amacı:** Bu Çalışmada, Kocaeli ilinde faaliyet gösteren devlet hastanelerinin performanslarının MULTIMOORA tekniği ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Analizlerde Kocaeli ilinde faaliyet gösteren 8 hastanenin 2016 yılı on iki aylık verileri kullanılmıştır. Hastanelerin Sağlık hizmet sunumunda kritik rol oynayan acil servisler, ameliyathaneler ve yoğun bakım ünitelerinin verileri analize dahil edilmiştir. Bu kapsamda acil servisten gelen toplam hasta transferleri ve acil servislerin performansını değerlendirmek için yeşil, sarı ve kırmızı alanlar için muayene yatağı başına muayene sayısı kullanılmıştır. Ameliyathane performansını değerlendirmek için ameliyathane ve cerrah başına toplam ameliyat sayısı kullanılmıştır. Yoğun bakım performansını değerlendirmek için yoğun bakım yatağı başına yoğun bakımda toplam gün sayısı kullanılmıştır.

**Bulgular ve sonuçlar:** Araştırmada elde edilen göreceli performans sıralaması sonuçlarına göre, incelenen değişkenler Açısından en yüksek performansa sahip olan hastane Hastane E olurken, Hastane H ise en düşük performansa sahipti.

**Anahtar Kelimeler:** Performans değerlendirme, Hastane yönetimi, Multimoora.

#### ABSTRACT

**Problem of Study:** Increasing expectations of patients and their relatives, increasing number of institutions and competition in the provision of health services have made performance analyzes important for both private and public health institutions. Using scientific performance evaluation techniques in decision making will increase performance monitoring and evaluation success.

**The Purpose of the Study:** In this study, it is aimed to evaluate the performance of public hospitals operating in Kocaeli province with MULTIMOORA technique.

**Method:** The total of twelve months of 2016 data of 8 hospitals operating in the province of Kocaeli was used in analyzes. The data of the emergency services, operating rooms and intensive care units, which have a critical role in health service delivery of hospitals, are included in the analysis. Within this scope, the total number of patient transfers from the emergency department and the number of examinations per examination bed for green, yellow and red areas were used to evaluate the performance of emergency services. The total number of operations per operating table and per surgeon was used to evaluate the performance of the operating room. Total number of days in intensive care per intensive care bed was used for evaluate of intensive care performance.

**Findings and Results:** According to the results of the relative performance ranking obtained in the study, Hospital E had the highest performance in terms of the variables examined while Hospital H had the lowest performance.

**Key words:** Performans değerlendirme, hastane yönetimi, multimoora

This work was supported by Scientific Research Projects Coordination Unit of Bandırma Onyediy Eylül University with number BAP- 19-1009-051.

[1] Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

[2] Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Son yıllarda Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların hızla artması, modern tıp uygulamalarının getirdiği yüksek Sağlık giderleri, kaliteli çıktı zorunluluğu ve talebi, ayrılan kaynaklardan yararlanma oranını ve bu kaynakların etkin kullanımı ve performansını arttırmayı zorunlu kılmıştır. Maliyetleri düşürmek ve çıktıları iyileştirmek zorunluluğu; hastane yöneticilerinin maliyet etkililik, kalite ve verimlilik gibi göstergeleri izleyerek daha iyi performansa ulaşmalarını gerektirmektedir.

Kamu hastanelerinin öncelikli amacı sosyal fayda sağlamak olsa da mevcut gelişmeler, kamu hastanelerinde mali ve hizmet sunumu alanlarında performans değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır (Ercan, 2013). Türkiye’de Sağlık harcamalarının önemli bir bölümü, Sağlık Bakanlığı hastaneleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Tedavi hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülebilmesi için kaynakların verimli kullanılması bir zorunluluktur. Kamu hastanelerinin kendi kendine yeter hale getirilmesi ve verimlilik ilkesine uygun olarak etkili ve kaliteli hizmet sunabilmesi için yürütülen Çalışmalar kapsamında; hastane ve hastane birimlerinin performanslarının düzenli olarak en uygun yöntemlerle ölçülüp değerlendirilmesi gerekmektedir (Ayanoglu, 2010; Akbolat ve Işık, 2012). Sağlık yöneticilerinin kurumlarının stratejik planlarına, misyonlarına ve organizasyonel amaçlarına uygun olarak, kaynakların Kullanımını planlama, bu planları uygulama ve sonuçları değerlendirerek raporlama sorumlulukları vardır.

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 9 uncu maddesi ile kamu idarelerine yürütecekleri faaliyetler ile bunların kaynak ihtiyacını, performans hedef ve göstergelerini içeren performans programı hazırlama yükümlülüğü getirilmiştir. Buna istinaden 2008 yılında Maliye Bakanlığı tarafından “Kamu İdarelerince Hazırlanacak Performans Programları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Kamu kurumlarına bu konuda yol göstermek ve kolaylık sağlamak için ise; “Performans Programı Hazırlama Rehberi” hazırlanarak kamu kurumlarının kendi performans kriterlerini belirlemeleri ve değerlendirilmeleri beklenmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ise; 2003 yılında uygulamaya geçilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile performans yönetimi anlayışının temelleri atılmıştır. Bu gün gelinen süreçte Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından; hastanelerde hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla, Sağlık kurumlarının kalite ve performansları, 5 Boyut (Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Destek Hizmetleri, Gösterge Yönetimi), 39 Bölüm, 557 Standart, 1100 değerlendirme ölçütünden oluşan “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)” çerçevesinde düzenli bir şekilde değerlendirilmektedir. “Sağlıkta Kalite Standartları” hastanelerin sundukları hizmetlerin kaliteli olarak nitelendirilebilmesi için ulaşılmaları gereken hedefleri iki kategori altında toplanmıştır. Birinci kategoride yer alan hedefler, kurumun hizmet sunum şeklini, bir diğer deyişle kurumun hizmetlerini nasıl ortaya koyduğunu ilgilendiren etkililik, etkinlik, verimlilik ve Sağlıklı Çalışma yaşamı gibi organizasyonel hedeflerdir. İkinci kategoride yer alan hedefler ise kurumdan hizmet alanları birebir ilgilendiren hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık, süreklilik hedefleridir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Organizasyonlar performanslarını izlemek veya ölçmek istediklerinde hangi boyutları değerlendireceklerine kendileri karar verirler. Bundan sonraki ikinci basamak bu boyutların ne tür göstergelerle (ölçütlerle) ölçüleceğidir. Bu aşamada hangi performans boyutlarının ne tür performans göstergeleri ile ölçüleceğine karar verilir. Performans ile ilgili gerçekleştirilen Araştırmalar incelendiğinde Sağlık sektöründe özellikle de hastanelerde kalite iyileştirme ve performans ölçümü için standart bir ölçüm yöntemi kullanılmamaktadır (Saluvan ve Kaya; 2010).

Sağlık Bakanlığı tarafından kamu hastanelerinde performans ölçümü ve kalite iyileştirme amacı ile kullanılan SKS çerçevesinde, hizmet süreçlerinin yönetimini ve izlenebilirliğini sağlamak ve belirlenen performans alanlarında verilerin sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesi amacıyla kurumsal performans göstergeleri (“SKS-Bölüm Bazlı Göstergeler” ve “Klinik Göstergeler”) ve bu göstergelere ait alt göstergeler sistemi kullanılmaktadır. Bölüm bazlı gösterge değerlendirme sisteminde acil servis hizmetlerinin değerlendirilmesinde; acil servise yeniden başvuru oranı, acil serviste ortalama müşahade süresi, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ve hasta sevk oranı, ameliyathane hizmetlerinin değerlendirilmesinde; ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı, güvenli cerrahi kontrol listesi Kullanım oranları, cerrahi operasyonlarda görülen anestezi komplikasyon oranı ve yoğun bakım

ünitelerinin değerlendirilmesinde; yoğun bakım ünitesinde başı ülseri oranı, yoğun bakım ünitesinde mortalite oranı ve yoğun bakım ünitesine yeniden yatış oranı göstergelerini kullanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu Çalışmada kurumların performans Karşılaştırmasında; acil servisten başka bir kuruma yapılan toplam sevk oranı, yeşil, sarı ve kırmızı alan Bazında muayene yatağı başına muayene sayıları acil servislerin performansını değerlendirmede; ameliyat masası başına ve cerrahi klinisyen başına düşen toplam ameliyat sayısı ameliyathane performansını değerlendirmede ve yoğun bakım yatağı başına yoğun bakımda yatılan toplam gün sayısı yoğun bakım performanslarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

Hastane performansının değerlendirilmesi çok boyutlu bir süreçtir. Hastane performansı belirlenirken maliyet göstergeleri, hizmet çıktılarına ilişkin oranlar ve finansal ölçütler yaygın olarak kullanılmıştır (Tengilimoğlu, ve ark., 2014). Hastane işletmelerinde finansal performansların ölçümünde ise genellikle; oran analizi, ekonomik katma değer yöntemi ve veri zarflama analizi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Ercan, 2013).

Karar alma noktasında bireyleri çelişkiye sürükleyen farklı kriterlerin mevcut olduğu bir karar verme problemine çok kriterli karar verme problemi denmektedir (Karaca, 2011). Çok kriter içeren problemlerin çözümünde ise; çok kriterli karar verme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu Çalışmada, analiz yöntemi olarak çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan MULTIMOORA yöntemi kullanılarak elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. MULTIMOORA (Multi-Objective Optimization Plus the Full Multiplicative Form) birden fazla karar vericiye izin vermesi, çok sayıda kriterle çözüm sunabilmesi, alternatif ve kriterlerin olası bütün ilişkilerini değerlendirmesi, öznel ve nesnel çözüm yöntemleri barındırması, kendi içerisinde normalizasyon sağlaması veya normalizasyon gerektirmeyen çözüm önermesi, dört işlem yapılabilen değerler kullanılması, tek bir yöntem yerine üç yöntem ile çözüme ulaşılması gibi özelliklere sahiptir (Brauers, Balezentis, & Balezentis., 2012; Aytakin, 2016). Ayrıca yöntem; tüm amaçları dikkate ve değerlendirmeye alarak, alternatifler ile amaçlar arasındaki tüm etkileşimleri aynı anda göz önüne getirmektedir. MULTIMOORA yöntemin kullanılmasının bir diğer nedeni ise; hesaplama zamanı, basitlik, matematiksel işlemler ve güvenilirlik açısından diğer çok kriterli karar verme yöntemlerinden daha avantajlı olmasından kaynaklanmaktadır (Bulut, 2017).

## **Yöntem**

Bu Çalışmada çok kriterli karar verme yöntemlerinden MULTIMOORA tekniği ile Kocaeli ilinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinin performans değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma kapsamında hastanelerin Sağlık hizmeti sunumunda kritik rollere sahip olan acil servis, ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinin verileri analize dahil edilmiştir. Bu kapsamda acil servisten yapılan toplam sevk oranı, yeşil, sarı ve kırmızı alan Bazında muayene yatağı başına muayene sayıları acil servislerin performansını değerlendirmede kullanılmıştır. Ameliyat masası başına ve cerrahi klinisyen başına düşen toplam ameliyat sayısı ameliyathane performansını değerlendirmede kullanılırken yoğun bakım yatağı başına yoğun bakımda yatılan toplam gün sayısı ile yoğun bakım ünitelerinin performansı değerlendirilmiştir. Ameliyat sayısı toplamı hesaplanırken A, B, C, D ve E grubu ameliyatlar Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan ağırlık skorları baz alınarak uyarlanmıştır. Bu kapsamda sadeleştirilmiş ağırlık skorları A grubu ameliyatlar için 40, B grubu için 28, C grubu için 16, D grubu için 5 ve E grubu ameliyatlar için 3 olarak alınmıştır. Acil servisten yapılan toplam sevk oranı; yatak doluluğu nedeniyle, hekimin izinli/raporlu olması nedeniyle, özellikli Sağlık biriminin olmaması nedeniyle veya diğer nedenlerle acilden sevk edilen hasta sayısının toplam acil muayene sayısına oranlanmasıyla elde edilmiştir. Bu oran acil servis hizmetlerinin yeterliliği Açısından düşük olması istenen bir değer olduğu için yürütülen analizlere minimumu referans alınan değişken olarak dahil edilmiştir. Diğer değişkenlerin tamamı maksimumu referans alınan değişken olarak hesaplamalara dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında Kocaeli ilinde faaliyet gösteren ve değerlendirilen değişkenlere sahip olan 8 hastanenin 2016 yılına ait on iki aylık verilerinin toplamı kullanılmıştır.

## **MULTIMOORA Yöntemi**

Moora (Multi-Objective Optimization on Basis of Ratio Analysis) yöntemi ilk olarak Brauers ve Zavadskas tarafında yürütülen “ The Moora method and its application to privatization in a transition economy “ başlıklı Çalışmada gündeme gelmiştir (Önay 2015). Oran yöntemi, referans noktası yaklaşımı ve tam çarpım formuyla elde edilen MOORA sıralamaları baskınlık Karşılaştırması neticesinde MULTIMOORA sıralaması elde edilir (Karaca, 2011).

Yöntemin uygulama aşamaları şu şekildedir (Ömürbek ve Özcan, 2016);

1. Adım: Performans ölçütlerini ifade eden sütunlar ve alternatif karar birimlerini ifade eden satırların oluşturduğu “karar matrisi” hazırlanır.

$$D = \begin{pmatrix} x_{11} & x_{12} & \dots & x_{1n} \\ x_{21} & x_{22} & \dots & x_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ x_{m1} & x_{m2} & x_{11} & x_{mn} \end{pmatrix} \quad [1]$$

$i = 1, 2, \dots, n$  (kriterler)

$j = 1, 2, \dots, m$  (alternatifler)

2. Adım: Her bir alternatifin kriter değeri her bir alternatif değerinin karelerinin toplamının kareköküne bölünerek “normalizasyon” işlemi yapılır.

$$r_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sqrt{\sum_{k=1}^m x_{kj}^2}} \quad [2]$$

3. Adım: Normalize edilmiş değerlerin oluşturduğu tablo değerleriyle toplanan maksimum amaç değerlerinden toplanan minimum amaç değerleri çıkartılarak “oran metodu” uygulanır.

$$y_i^* = \sum_{j=1}^g x_{ij}^* - \sum_{j=g+1}^n x_{ij}^* \quad [3]$$

$y_i^*$  j alternatifinin normalleştirilmiş değerlendirmesini verir ve oran metoduna göre alternatifler sıralanır.

4. Adım: Maksimize edilecek amaç için maksimum noktalar, minimize edilecek amaçlar için minimum noktalar olan, maksimal amaç referans noktaları ( $r_j$  ler) belirlenir. Belirlenen bu noktalara her  $x_{ij}$  ye olan uzaklıklar bulunur ve matris haline getirilir. Bu şekilde “referans noktası yaklaşımı” uygulanmış olur.

$$d_{ij} = |r_j - x_{ij}^*| \quad [4]$$

$x_{ij}^*$ = i. kriterin j. alternatifteki normalleştirilmiş değer

$r_j$ = j.alternatifin referans noktası

5. Adım: Amaçların değerleri ve anlamları çarpımlar şeklinde ifade edilerek “tam çarpım formu yaklaşımı” uygulanır. Maksimize edilecek kriterlerin çarpımı minimize edilecek kriterlerin çarpımına bölünür.

$$u_j = \prod_{i=1}^n x_{ij} \quad u'_j = \frac{A_j}{B_j} A_j = \prod_{g=1}^i x_{gi} \quad B_j = \prod_{k=i+1}^n x_{kj} \quad [5]$$

6. Adım: “MULTIMOORA yöntemi” Metodu, oran metodu, referans noktası metodu ve tam çarpım formu sonucunda yapılan sıralamalar toplu şekilde baskınlıklarına göre değerlendirilir.

## Uygulama

Kocaeli ili kamu hastanelerinin 2016 yılına ilişkin verileri aracılığıyla hazırlanmış olan karar birimlerinin ve değerlendirme ölçütlerinin oluşturduğu karar matrisi Tablo 1’de gösterilmektedir.

**Tablo 1. Karar Matrisi**

	Acil Servisler				Ameliyathane		Yoğun Bakım
	Acil Servisten Yapılan Toplam Sevk Oranı	Yeşil Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Sarı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Kırmızı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Ameliyat Masası Başına Düşen Ameliyat Sayısı	Cerrahi Klinisyen Başına Toplam Ameliyat Sayısı	Yoğun Bakım Yatağı Başına Toplam Yatılan Gün Sayısı
Hastane A	0,02	110.082,50	39.754,17	5.778,00	18.961,35	381,90	324,00
Hastane B	0,02	50.654,33	65.270,33	7.262,00	19.482,88	366,74	314,36
Hastane C	0,04	44.687,00	44.720,50	8.608,00	22.438,13	468,68	310,41
Hastane D	0,03	12.288,00	54.120,00	4.749,00	24.403,00	391,79	350,44
Hastane E	0,03	153.138,00	257.576,00	7.676,50	42.381,75	411,47	330,84
Hastane F	0,02	26.151,75	32.838,00	10.785,00	9.482,57	258,28	350,79
Hastane G	0,03	45.578,00	31.446,00	926,00	4.596,50	127,68	150,50
Hastane H	0,06	14.061,00	61.750,00	829,00	7.232,00	222,52	73,83

Karar matrisindeki değerler 2 numaralı formül aracılığıyla normalize edilerek normalize edilmiş karar matrisi Tablo 2'deki gibi elde edilmiştir.

**Tablo 2. Normalize Edilmiş Karar Matrisi**

	Acil Servisler				Ameliyathane		Yoğun Bakım
	Acil Servisten Yapılan Toplam Sevk Oranı	Yeşil Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Sarı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Kırmızı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Ameliyat Masası Başına Düşen Ameliyat Sayısı	Cerrahi Klinisyen Başına Toplam Ameliyat Sayısı	Yoğun Bakım Yatağı Başına Toplam Yatılan Gün Sayısı
Hastane A	0,223	0,529	0,138	0,305	0,308	0,391	0,392
Hastane B	0,220	0,244	0,227	0,383	0,316	0,375	0,380
Hastane C	0,434	0,215	0,155	0,454	0,364	0,480	0,375
Hastane D	0,352	0,059	0,188	0,250	0,396	0,401	0,424
Hastane E	0,310	0,736	0,894	0,405	0,688	0,421	0,400
Hastane F	0,182	0,126	0,114	0,569	0,154	0,264	0,424
Hastane G	0,337	0,219	0,109	0,049	0,075	0,131	0,182
Hastane H	0,589	0,068	0,214	0,044	0,117	0,228	0,089
REFERANS	0,182	0,736	0,894	0,569	0,688	0,480	0,424

Normalleştirilmiş değerler aracılığıyla adım 3'te yer alan formül uygulanarak oran metoduna ilişkin skorlar Tablo 3'teki gibi elde edilmiştir. Karar birimlerinin performans sıralaması skoru en yüksekten düşüğe doğru yapılmıştır.

**Tablo 3. Oran Metodu**

	$y_i^*$	Referans Sıralaması
Hastane A	1,839147	2
Hastane B	1,704508	3
Hastane C	1,609248	4
Hastane D	1,366165	6
Hastane E	3,233784	1
Hastane F	1,46934	5
Hastane G	0,427748	7
Hastane H	0,171039	8

Her bir karar birimi için 4 numaralı formül yardımıyla maksimum değerler toplamından minimum değerler toplamı çıkartılarak Tablo 4'te yer alan referans yaklaşımı değerleri elde edilmiştir.

**Tablo 4. Referans Noktası Metodu**

	Acil Servisler				Ameliyathane		Yoğun Bakım	Maks	Sıra
	Acil Servisten Yapılan Toplam Sevk Oranı	Yeşil Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Sarı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Kırmızı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Ameliyat Masası Başına Düşen Ameliyat Sayısı	Cerrahi Klinisyen Başına Toplam Ameliyat Sayısı	Yoğun Bakım Yatağı Başına Yatılan Gün Sayısı		
Hastane A	0,0417	0,2070	0,7561	0,2641	0,3800	0,0888	0,0324	0,7561	6
Hastane B	0,0386	0,4928	0,6675	0,1858	0,3716	0,1043	0,0441	0,6675	2
Hastane C	0,2523	0,5215	0,7389	0,1148	0,3236	0,0000	0,0488	0,7389	5
Hastane D	0,1704	0,6773	0,7062	0,3183	0,2917	0,0787	0,0004	0,7062	4
Hastane E	0,1289	0,0000	0,0000	0,1639	0,0000	0,0585	0,0241	0,1639	1
Hastane F	0,0000	0,6107	0,7801	0,0000	0,5339	0,2153	0,0000	0,7801	7
Hastane G	0,1551	0,5172	0,7849	0,5199	0,6131	0,3489	0,2422	0,7849	8
Hastane H	0,4074	0,6688	0,6797	0,5250	0,5704	0,2518	0,3350	0,6797	3

Maks. sütunu ideal değerlere uzaklığı ifade ettiği için sıralama minimum skor en iyiyi ifade edecek şekilde gerçekleştirilmiştir.

Maksimize edilecek ve minimize edilecek kriterler kullanılarak 5 numaralı formül aracılığıyla tam çarpım metoduna ilişkin skorlar Tablo 5'teki gibi elde edilmiştir.

**Tablo 5. Tam Çarpım Metodu**

	Acil Servisler				Ameliyathane		Yoğun Bakım	Tam Çarpım Skoru	Sıra
	Acil Servisten Yapılan Toplam Sevk Oranı	Yeşil Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Sarı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Kırmızı Alan Muayene Yatağı Başına Muayene Sayısı	Ameliyat Masası Başına Düşen Ameliyat Sayısı	Cerrahi Klinisyen Başına Toplam Ameliyat Sayısı	Yoğun Bakım Yatağı Başına Toplam Yatılan Gün Sayısı		
Hastane A	0,021	110082,5	39754,16	5778,00	18961,3	381,900	324,00	2,78976E+24	2
Hastane B	0,021	50654,33	65270,33	7262,00	19482,8	366,736	314,35	2,57083E+24	3
Hastane C	0,041	44687,00	44720,50	8608,00	22438,1	468,681	310,40	1,35855E+24	4
Hastane D	0,034	12288,00	54120,00	4749,00	24403,0	391,791	350,44	3,15628E+23	6
Hastane E	0,030	153138	257576,0	7676,5	42381,7	411,473	330,84	5,90745E+25	1
Hastane F	0,017	26151,75	32838,00	10785,0	9482,57	258,280	350,78	4,60021E+23	5
Hastane G	0,032	45578,00	31446,00	926,0	4596,50	127,681	150,50	3,65503E+21	7
Hastane H	0,056	14061,00	61750,00	829	7232,00	222,523	73,833	1,52434E+21	8

Her üç metotla elde edilen sıralamalardan baskınlık Karşılaştırması yaparak MULTIMOORA sıralaması Tablo 6'daki gibi elde edilmiştir.

**Tablo 6. Baskınlık Karşılaştırması ve MULTIMOORA Sıralaması**

	Oran Metodu	Referans Metodu	Tam Çarpım Metodu	Multimoora
Hastane A	2	6	2	2
Hastane B	3	2	3	3
Hastane C	4	5	4	4
Hastane D	6	4	6	6
Hastane E	1	1	1	1
Hastane F	5	7	5	5
Hastane G	7	8	7	7
Hastane H	8	3	8	8

Elde edilen nihai performans sıralaması sonuçlarına göre Hastane E görece olarak en iyi performansı göstermiş ve ilk sırada yer almıştır. Hastane H ise bu sıralamada en sonda yer almıştır.

### Tartışma ve Sonuç

Performans ölçümü, bir kurumun önceden belirlenen amaçlara ve hedeflere göre ortaya çıkan ürünleri, hizmetleri ve/veya sonuçları birlikte değerlendirmesine yönelik analitik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Ege ve Şener, 2013). Bu çalışmada çok kriterli karar verme yöntemlerinden MULTIMOORA yöntemi kullanılarak Kocaeli il ve ilçe merkezlerinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinin performans değerlendirilmesi, acil servis, ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinin performansları ele alınarak yapılmış ve 2016 yılı performanslarına göre kurumlar arasında bir sıralama gerçekleştirilmiştir.

Acil servis, ameliyathane ve yoğun bakımlar yüksek maliyetlerine rağmen hastanelerin en önemli gelir ve gider kaynaklarını oluşturmaktadır. Bu birimlerin etkililik ve verimliliklerinin artırılması hastane performansı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğundan Sağlık kurumları yöneticileri bu birimlere özellikle önem vermektedirler. Çünkü hastane performanslarının artırılması ile kurumsal kârlılığın da artırılacağı düşünülmektedir.

Acil servisler; müşahede altına alınan kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi prosedürlerinin uygulandığı, konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütüldüğü ve gerekli ise hasta ve yaralıların uygun Sağlık kuruluşuna nakillerini gerçekleştirildiği birimler olarak, hastane içinde mevcut mesleki bilgiyle uyumlu olarak istenen Sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde hastaların sunulan hizmetten yarar görmelerini sağlamak ve hasta ya da hasta yakınlarının memnuniyetlerini arttıracak kaliteli bir hizmet sunmakla yükümlüdürler (Altındış, ve Ünal, 2017). Hasta ve yararlıların başka kurumlara sevki, aslında sunulan hizmetin veya kurumsal olanakların yetersizliğinin bir göstergesidir.

Yoğun bakım üniteleri kritik hastalar ve yüksek riskli hastalar için en gelişmiş teknolojiyi kullanan ve hem invaziv hem de non-invaziv girişimler kullanarak, agresif tedaviler sağlayan bir hastane bölümüdür (Varon, 2016). Performans, gerçekleştirilen aktivitelerin etkililik (effectiveness) ve verimlilikleri (efficiency) değerlendirilerek ölçülür (Neely, Gregory & Platts, 1995). Bu kapsamda acil servis performans değerlendirmesi için; acil servisten yapılan toplam sevk oranı, yeşil, sarı ve kırmızı alan Bazında muayene yatağı başına muayene sayıları kullanılmıştır. Ameliyathane performansını değerlendirmede ameliyat masası başına ve cerrahi klinisyen başına düşen toplam ameliyat sayısı kullanılırken, yoğun bakım ünitelerinin performansı yoğun bakım yatağı başına yoğun bakımda yatılan toplam gün sayısı ile değerlendirilmiştir.

Çalışma neticesinde elde edilen göreceli performans sıralaması sonuçlarına göre incelenen değişkenler Açısından en yüksek performansa sahip hastane olarak Hastane E bulunmuş ve Hastane H son sırada yer almıştır.

Performans ölçüm sisteminin temel amacı, sürekli iyileştirme ve kurumsal performansı artırmaktır. Bu Araştırma ile elde edilen sonuçlar, Sağlık Kurumlarında performans değerlendirmeleri ve Karşılaştırmaları için imkân oluşturmakla birlikte, Sağlık kurumlarına ve yöneticilerine bilgi sağlayarak yürütülecek iyileştirme ve geliştirme Çalışmalarına rehberlik edecektir. Bu tür Çalışmalarda başarı elde etmek için uygun faktörleri (alt ve daha alt faktörler) seçmek, uygun bir niceliksel ölçüm çerçevesi kullanmak ve uygulamalar için açık metodolojik adımlar kullanmak kritik önem taşımaktadır. Bu Araştırma ile MULTIMOORA yönteminin farklı hastanelerin farklı ünitelerinin performanslarını, benzer performans kriterleri Açısından Karşılaştırmak için kullanılabileceği gösterilmiştir.

## KAYNAKLAR

- Akbolat, M., & Işık, O. (2012). Hastanelerde Rekabet Stratejileri ve Performans. *Journal Of Graduate School Of Social Sciences*, 16(1).
- Altındış, S., & Ünal, Ö. (2017). Acil Servis Kalite Standartlarında Türkiye'nin Durumu. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1(2), 51-59.
- Ayanoglu, Y., Murat, A. T. A. N., & Beylik, U. (2010). Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 40-62.
- Aytekin, A. (2016). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Kriterler ve Hastanelerin MULTIMOORA ile Sıralanması: Eskişehir Örneği. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 4(4), 134-143.
- Brauers, W. K. M., Balezentis, A., & Balezentis, T. (2012). "European Union Member States Preparing for Europe 2020: An Application of the MULTIMOORA Method", *Technological and Economic Development of Economy*, 18(4), 567-587.
- Bulut, T. (2017). Multimoora Yöntemi İle Farklı İllerdeki Organize Sanayi Bölgelerinin Yabancı Yatırımcılar Açısından Optimal Yer Seçimi Olarak Değerlendirilmesi. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi*, C, 54, 624.
- Ege, İ. & Şener, Z. (2013). Performans Ölçümünde Kullanılan Yöntemler: Performans Karnesi ve Kumanda Paneli Karşılaştırması, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, Ocak sayısı, s.107-120.
- Ercan, C. (2013). Kamu Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri Üzerine Bir Uygulama. *Asia Minor Studies*, (02), 54-71.
- Karaca, T. (2011). Proje yönetiminde çok kriterli karar verme tekniklerini kullanarak kritik yolun belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
- Neely, A., Gregory, M.J. & Platts, K.W. (1995), "Performance measurement system design: a literature review and research agenda", *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4);80-116.
- Sağlık Bakanlığı (2015) Gösterge Yönetimi Rehberi (Versiyon 1.0) 1.Baskı: Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2016) Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane (Versiyon 5), Pozitif Matbaa, 2. Baskı, Ankara.
- Saluvan, M., & Kaya, S. (2010). Hastanelerde Performans Ölçümü. *Verimlilik Dergisi*, (4).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. *Nobel Publication, Ankara*
- Ömürbek, N., & Özcan, A. (2016). BİST'de işlem gören sigorta şirketlerinin MULTIMOORA yöntemiyle performans ölçümü. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, 1(2), 64-75.



- Önay, O. (2015). MOORA. In B.F. Yıldırım, & E. Önder (Ed.). *Çok kriterli karar verme yöntemleri*. Bursa.
- Varon, J. (2016). *Handbook of critical and intensive care medicine* (3;3rd; ed.). Cham: Springer.

## TEKNOLOJİK İNOVASYON VE GİRİŞİMCİLİĞİN SAĞLIK FİNANSAMANI İLE OLAN İLİŞKİSİ NEDİR?

### WHAT IS THE RELATIONSHIP BETWEEN TECHNOLOGICAL INNOVATION AND ENTREPRENEURSHIP WITH HEALTHCARE FINANCING?

Zeliha TEKİN [1]  
Fevziye GURLAŞ[2]  
Hikmet AKYOL[3]  
Kübra KARAKUŞ[4]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The intense level of competition between countries has increased the technological innovation and entrepreneurship activities. The increasing impact of these activities has been shown in the health sector as well as the economic and social development levels of the countries. In this respect, the extent to which technological innovation and entrepreneurship activities affect healthcare financing is an important problem.

**The Purpose of the Study:** In this study, the technological innovation power of selected countries and the entrepreneurship activities in these countries are examined in relation to healthcare financing. In other words, it is analyzed whether innovation and entrepreneurship have a short and long term relationship with health expenditures.

**Method:** In this research, the relationship between technological innovation and entrepreneurship with healthcare financing was analyzed by ARDL Panel Data approach. The main reason for using the Panel Data Analysis method in theresearch is that it allows the use of data at both the individual level and the time level.

**Findings and Results:** According to the results of ARDL Panel regression, there is a statistically significant short-term and long-term relationship between the technological innovation power and entrepreneurship levels of countries and healthcare financing. Accordingly, the increase in technological innovation and enterprise power of the countries has positively affected the development of health system in these countries.

**Key Words:** Technological Innovation, Entrepreneurship, Health Care Financing.

#### ÖZET

**Araştırmanın Problemi:** Ülkeler arasında yaşanan yoğun rekabet düzeyi teknolojik inovasyon ve girişimcilik faaliyetlerini arttırmıştır. Bu faaliyetlerin artan etkisi ülkelerin iktisadi ve sosyal kalkınma düzeylerinin yanında kendini Sağlık alanında da göstermiştir. Bu bakımdan, teknolojik inovasyon ve girişimcilik faaliyetlerinin Sağlık finansmanını ne ölçüde etkilediği önemli bir problemidir.

**Araştırmanın Amacı:** Bu Araştırmada seçili ülkelerin teknolojik inovasyon gücü ve bu ülkelerdeki girişimcilik faaliyetlerinin Sağlık finansmanı ile ne oranda ilişkili olduğu incelenmiştir. Başka bir ifadeyle, inovasyon ve girişimciliğin Sağlık harcamaları ile kısa ve uzun dönemde bir ilişkisi olup olmadığı analiz edilmiştir.

**Yöntem:** Bu Araştırmada teknolojik inovasyon ve girişimciliğin Sağlık finansmanı ile olan ilişkisi Panel Veri Analizi yöntemlerinden ARDL Panel Veri yaklaşımı ile analiz edilmiştir. Araştırmada Panel Veri Analizi yönteminin kullanılmasının temel sebebi hem birey düzeyinde hem de zaman düzeyinde verileri kullanılmasına izin vermesidir.

**Bulgular ve Sonuçlar:** ARDL Panel regresyon sonuçlarına göre ülkelerin teknolojik inovasyon gücü ve girişimcilik düzeylerinin ile Sağlık finansmanı arasında kısa ve uzun dönemde istatistiksel bakımdan önemli

[1] Muş AlpArslan University/ Vocational School of SocialSciences / Department of Administration and Organization/z.tekin@alparslan.edu.tr.

[2] Gümüşhane University/ Şiran Mustafa Beyaz Vocational School / Şiran Vocational School of Health Services/ fevziye.gurlas@gumushane.edu.tr.

[3]Gümüşhane University/ Şiran Mustafa Beyaz Vocational School / Emergency and Disaster Management /[hikmetakyol76@gmail.com](mailto:hikmetakyol76@gmail.com).

[4] Muş AlpArslan University/ Vocational School of Social Sciences / Department of Administration and Organization/z.tekin@alparslan.edu.tr.k.karakus@alparslan.edu.tr.

bir ilişki vardır. Buna göre ülkelerin teknolojik inovasyon ve girişim gücünün artması bu ülkelerdeki Sağlık sisteminin geliştirilmesini olumlu etkilemiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Teknolojik İnovasyon, Girişimcilik, Sağlık Finansmanı.

## 1. GİRİŞ

Hızlı ekonomik değişimlerin nüfus sağlığını etkilediğini ileri süren hipotez, süratli bir biçimde genişleyen ekonomilerin Sağlık hizmetlerinin gelişmesine yol açtığını, tam tersi bir durumda süratli bir biçimde daralan ekonomilerin ise Sağlık hizmetlerinin yavaşlamasına neden olduğunu ileri sürmüştür (Hertzman ve Siddiqi, 2000:818). Buna göre hızlı ve sürdürülebilir bir ekonomik kalkınma düzeyinin yakalanması nüfus sağlığı Açısından çok önemlidir.

Küreselleşme sürecinin bir sonucu olarak, gelişmiş ve gelişmekte ülkeler arasındaki iktisadi, sosyal ve kültürel bariyerler ciddi oranda kalkmıştır. Bu durum, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki refah düzeyinin arttırmıştır. Bu, birçok gelişmekte olan ülkede Sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve buna paralel bir biçimde Sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak gelişmekte olan ülkelerde politika yapımcılar Açısından artan Sağlık hizmetlerinin ve ilaç maliyetlerinin karşılanması önemli bir sorun haline gelmiştir. Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde küresel rekabet ortamına bağlı olarak toplam girişimcilik düzeyinde ve teknolojik inovasyon kabiliyetinde önemli gelişim kaydedilmiştir. Söz konusu faktörlerdeki gelişimin iktisadi kalkınmaya olumlu etkisi ve Sağlık hizmetlerinin (harcamalarının) bundan ne ölçüde etkilendiğinin ortaya konması ise önemli bir Araştırma konusudur.

Bu Araştırmada gelişmekte olan ülkelerin teknolojik inovasyon gücü ve bu ülkelerdeki girişimcilik düzeyinin Sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi incelenmiştir.

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

Sağlık hizmetleri ile ilişkili olan birinci faktör teknolojik inovasyondur. Geçtiğimiz on yıllarda, bilhassa medikal teknolojinin Sağlık hizmetlerinin maliyetlerini ne ölçüde etkilediği büyük bir bilinmezlik teşkil etmiştir (Smith vd., 2000:1). Lichtenberg (1996), 1980 ve 1992 döneminde ABD’de farmasötik (ilaç kullanımı ile ilişkili) Kullanım ve inovasyonun hastanede tedavi ve ölüm oranları (mortalite) üzerinde etkisini incelediği Araştırmasında, söz konusu faktörler arasında önemli bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Buna göre, farmasötik harcamaların artması Sağlık hizmetlerinde önemli düşüşe neden olmuştur. Lichtenberg (2001), 90’lı yılları incelediği Çalışmasında ise yeni ilaçları kullanan kişilerin eski ilaç kullanan kişilere kıyasla ölüm ihtimallerinin ve iş kayıplarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra Araştırmaya göre, yeni ilaç kullanımı her türlü ilaç dışı tıbbi harcamayı azaltma eğiliminde olup, toplam tedavi maliyetlerinde önemli bir düşüşe neden olmuştur. Bununla birlikte Shah (2005), Lichtenberg’in söz konusu Çalışmalarıyla çelişen bulgular ortaya koymuştur. 1994-2002 dönemini inceleyen Araştırmaya göre, inovatif (yenilikçi) ilaç Kullanımı ile Sağlık hizmetlerinden faydalanma ve harcamalar arasında pozitif yönlü bir ilişki söz konusu değildir. Smith vd. (2000), geçmişteki Çalışmaları inceleyerek ulaştıkları bulgulara göre, 1940-1990 dönemindeki kişi başına düşen Sağlık hizmeti maliyetlerindeki büyümenin yaklaşık yarısının, yeni tıbbi teknolojinin tanıtılması ve yaygınlaştırılmasına bağlıdır. Sorensen vd. (2013), tıbbi teknoloji ve harcama arasındaki ilişkinin karmaşık ve çok çelişkili olduğunu göstermiştir. Araştırmacılara göre, sınırlı Sağlık kaynakları göz önünde bulundurularak yeni ve giderek teknolojilerin finansmanının fırsat maliyetlerinin tartışılması gerektiğini önermiştir. Agha (2014), 1998-2005 döneminde sağlık bilgi teknolojisinin tıbbi bakım kalitesi ve yoğunluğu üzerindeki etkisini incelediği Çalışmada, bu teknolojilerin fatura ücretlerinin artmasına yol açtığını ve tasarrufla hiçbir ilişkisi olmadığını göstermiştir. Buna ek olarak, söz konusu teknolojilerin hasta kalitesi ve ilaçların olumsuz etkileri gibi faktörler üzerinde çok az etkisi olduğu tespit edilmiştir. Okunade ve Osmani (2018), Sağlık hizmetleri maliyetleri, yenilikçi teknolojiler (inovasyon) ve sektörel verimlilik konularındaki geniş literatürü gözden geçirmişlerdir.

Sağlık hizmetleri ile ilişkili olan bir diğer önemli faktör ise girişimcilik düzeyidir. Bu konuda literatür incelendiğinde çok sınırlı bir kaynağa ulaşılmıştır. Girişimcilik faktörünün teknolojik inovasyonun önemli bir sürücüsü olduğunu belirtmek gerekir. Dolayısıyla bir toplumda toplam girişimcilik düzeyinin artması bu ülkelerin teknolojik inovasyon güçlerini önemli ölçüde olumlu etkilemektedir. Salvino vd. (2012), ABD’de 1948-1999 döneminde girişimcilik ve Sağlık politikaları arasındaki ilişkiyi inceledikleri Araştırmalarında, federal Sağlık sübvansiyonlarının orantısız bir şekilde daha büyük firmalara fayda

sağladığı, serbest meslek, firma içi yenilikçilik ve faktör hareketliliğine olumsuz etki ettiği ortaya konulmuştur. Girişimciliğin kurumsal açıdan Sağlık hizmetleri üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Hinz ve Ingerfurth (2013), organizasyonel girişimciliğin Sağlık hizmetleri açısından hastane performansı üzerindeki etkisini inceledikleri Araştırmalarında söz konusu değişkenler arasında pozitif yönlü ilişki bulunduğunu tespit etmişlerdir.

### 3. YÖNTEM VE VERİ

Bu Araştırmada 2007-2015 döneminde seçilmiş 12 gelişmekte olan ülkede<sup>1</sup> toplam girişimcilik niyeti ve teknolojik inovasyonun Sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma kapsamında değişkenler arasındaki söz konusu ilişki AR(1) kalıntılı doğrusal regresyon modeli ile test edilmiştir. Çalışmada panel veri analizi yaklaşımının kullanılmasının en önemli nedenleri arasında, Araştırmada kullanılan verilerin zaman serileri yöntemlerine imkân tanımaması ve yatay kesit analizleri ile zaman serisi analizlerine kıyasla daha kompleks ve güvenilir sonuçlar üretmesi gösterilebilir.

Araştırma kapsamında kullanılan değişkenler Tablo 1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde değişkenlerin model kurulmadan önce logaritmik dönüşümlerinin yapıldığı görülebilir.

**Tablo 1:** Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Değişken	Tanım	Kaynak
LN(SAGHAR)	Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ADB Doları)	Dünya Bankası
LN(GII)	Küresel Inovasyon Endeksi	Dünya Ekonomik Forum
LN(TEA)	Toplam Erken Aşama Girişimcilik Aktivitesi	GEM
LN(KBGSYH)	Kişi başı GSYH (ADB Doları)	Dünya Bankası

Araştırmanın modeli ise aşağıdaki gibidir:

$$LN(SAGHAR)_{it} = \beta_0 + \beta_1 LN(GII)_{it} + \beta_2 LN(TEA)_{it} + \beta_3 LN(KBGSYH)_{it} + u_t \quad (1)$$

**Tablo 2:** Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Gözlem	Ortalama	SS.	Min.	Max.
LN(SAGHAR)	108	6,087	,837	3,582	7,067
LN(GII)	96	2,680	1,234	,854	3,873
LN(TEA)	96	2,541	,545	,982	3,360
LN(KBGSYH)	108	8,949	,623	7,030	9,60

Tablo 2’de Araştırma kapsamında kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Tablo incelendiğinde değişkenlerin dengeli dağılmadığı açık bir şekilde görülebilir. Buna ek olarak, zaman aralığının ve birim boyutunun kısıtlı olduğu söylenebilir. Söz konusu faktörlerden dolayı modelde homojenite sorunu olmadığı varsayılmış ve Araştırma kapsamında Sabit Etkiler/Tesadüfi Etkiler yaklaşımı benimsenmiştir.

<sup>1</sup> Güney Afrika, Hindistan, Türkiye, Rusya, Brezilya, Meksika, Peru, Şili, Kolombiya, Macaristan, Çin, Arjantin.

#### 4. ANALİZ VE BULGULAR

Araştırma kapsamında kurulacak modelin sabit etkili mi yoksa tesadüfi etkili mi olduğu Hausman Spetikasyon Testi ile sınıanmış, ayrıca modelin tek yönlü mü yoksa iki yönlü mü olduğu birim ve zaman etkiler ile test edilmiştir. Test bulguları sonucunda Tesadüfi Etkiler yaklaşımının benimsenmesi kararlaştırılmıştır. Test bulguları Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3:** Tesadüfi Etkiler Modeli

		Katsayısı	Std. Hata	Z İstatistiği	Prob.
<b>LN(SAGHAR)</b> <b>değişkendir.</b>	<b>Bağımlı</b>				
<b>LN(GII)</b>		.0565837	.0117037	4.83	0.000***
<b>LN(TEA)</b>		-.0051616	.0563289	-0.09	0.927
<b>LN(KBGSYH)</b>		1.354806	.0717373	18.89	0.000***
<b>C Sabiti</b>		-6.159769	.6583343	-9.36	0.000***
<b>Wald Chi2 (3)</b>	510,70	0.000***	<b>Birim Etki</b>	9,34	0.000***
<b>Hausman Testi</b>	4.47	0.2149	<b>Zaman Etki</b>	1,52	0.1721

Tablo 3'te verilen modele ilişkin uygulanan değişen varyans ve otokorelasyon ön test bulgularına göre modelde otokorelasyon problemi bulunmaktadır. Dolayısıyla Araştırma kapsamında değişkenler arasındaki ilişki birinci mertebeye otokorelasyona karşı dirençli olan AR(1) Kalınlı Doğrusal Tesadüfi Etkiler Modeli ile sınıanmıştır. Ön test ve model bulguları Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4:**AR(1) Kalınlı Doğrusal Tesadüfi Etkiler Modeli

		Katsayısı	Std. Hata	Z İstatistiği	Prob.
<b>LN(SAGHAR)</b> <b>değişkendir.</b>	<b>Bağımlı</b>				
<b>LN(GII)</b>		.0330951	.0121252	2.73	0.006***
<b>LN(TEA)</b>		.0284586	.0427622	0.67	0.506
<b>LN(KBGSYH)</b>		1.320913	.0534551	24.71	0.000***
<b>C Sabiti</b>		-5.910694	.4935122	-11.98	0.000***
<b>Wald Chi2 (4)</b>	652,36	0,000***			
<b>Değişen Varyans</b>	W0:1,328 (0,22)		W50:0.776 (0.66)	W10:1,32 (0,22)	
<b>Otokorelasyon</b>	D-W: ,638	Baltagi-Wu:1,66			

\*\*\* % 1 düzeyinde anlamlılığı temsil etmektedir.

Model bulguları incelendiğinde LN(GII) değişkeninin LN(SAGHAR) değişkenin pozitif yönlü ve anlamlı bir etkiye sahiptir. Buna göre ülkelerin teknolojik inovasyon gücü arttıkça Sağlık hizmetlerinin maliyeti artmaktadır. Buna karşın LN(TEA) değişkeninin LN(SAGHAR) değişkeni üzerinde anlamlı bir etkisi söz konusu değildir. Buna göre gelişmekte olan ülkelerde iktisadi büyüme oranının artması bu ülkelerdeki Sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Model bir bütün olarak incelendiğinde anlamlı olduğu görülmüştür.

#### SONUÇ

Bu Araştırmada girişimcilik faaliyetleri ve teknolojik inovasyonun sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda panel veri analizi yaklaşımı ile değişkenlerin Sağlık hizmetlerini temsilen mevcut cari kişi başı Sağlık harcamalarını hangi yönde etkilediği analiz edilmiştir. Analiz bulgularına göre ülkelerin teknolojik inovasyon kabiliyetlerinin artmasının bu ülkelerdeki Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu bulgu, Lichtenberg (1996, 2001) ile çelişmektedir. Buna karşın Araştırma bulguları kısmen Smith vd. (2000), Shah (2005) ve Agha (2014) 'ü doğrulamaktadır. Bunun yanında, Sorensen (2013)'ün ifade ettiği gibi, sınırlı Sağlık kaynakları göz önünde bulundurularak yeni ve giderek teknolojilerin finansmanının fırsat maliyetlerinin tartışılması özellikle gelişmekte olan ülkeler için faydalı olacaktır. Araştırmada girişimcilik faaliyeti (düzeyi) ile Sağlık hizmetleri arasında herhangi bir ilişki gözlemlemiştir. Bununla birlikte ileride daha geniş bir zaman aralığını ve ülke grubunu içeren ampirik uygulamaların gerçekleştirilmesi söz konusu değişkenler

arasındaki ilişkinin görülmesi bakımından önemlidir. Son olarak Araştırmada ekonomik büyümenin Sağlık hizmetlerinin önemli bir belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu Hızlı ekonomik değişimlerin nüfus sağlığını etkilediğini ileri süren hipotezi kısmen doğrulamıştır.

#### **KAYNAKÇA**

Agha, L. (2014), "The Effects Health Information Technology on the Costs and Quality of Medical Care", *J Health Econ*, 34, 19-30.

Hertzman, C. ve Siddiqi, A. (2000), "Health and Rapid Economic Change İn The Late Twentieh century", *Social Science & Medicine*, 51, 809-819

Hinz, V. ve Ingerfurth, S. (2013), "Does Ownership Matter Under Challenging Conditions?: On the Relationship Between Organizationa Entrepreneurship and Performance İn the Healthcare Sector", *Public Management Review*, 15(7), 969-991.

Lichtenberg, F.K (2001), "Are The Benefits of Newer Drugs Worrth Their Cost? Evidence From The 1996 MEPS", *Health Affairs*, 20(5), 241-251.

Lichtenberg, F.K. (1996), "The Effect of Pharmaceutical Utilazation and Innovation on Hospitalization and Mortality", *NBR Working Paper*, 1-29.

Okunade, A.A. ve Osmani, A.R. (2018), "Technology, Productivity, and Costs in Healthcare", *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finace*, 1-19.

Salvino, R., Tasto, M. ve Randolph, G. (2014), "Entrepreneurship and the Consequences of Healtcare Policy", *Journal of Entrepreneurship and Public Policy*, 3(1), 141-159.

Shah, M.B. (2000), "Effect of Pharmaceutical Innovation on Health Care Utilization and Expenditure", *Doctor of Pharmacy Mercer Univeristy, School of Pharmacy*, 1-129.

Smith, S.D, Heffler, S.K. ve Freeland, M.K. (2000), "The Impact of Technological Change on Health Care Cost Spending: An Evaluation of The Literature", *Health Care Financing Administration*, [http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-andReports/NationalHealthExpendData/downloads/tech\\_2000\\_0810.pdf](http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-andReports/NationalHealthExpendData/downloads/tech_2000_0810.pdf).

Sorenson, C., Drummond, M. ve Khan, B.B. (2013), "Medical Technology as a Key Driver of Rising Health Expenditure: Disentangling the Relationship", *Clinico Economics and Outcomes Research*, 5, 223-234.

## GELİR EŞİTSİZLİĞİNİN SAĞLIK HARCAMALARI VE YAŞAM BEKLENTİSİ İLE OLAN İLİŞKİSİ: GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELER ÖRNEĞİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN INCOME INEQUALITY, HEALTH EXPENDITURES AND LIFE EXPECTATION: EXAMPLE OF DEVELOPING COUNTRIES

Hikmet AKYOL<sup>1</sup>  
Kübra KARAKUŞ<sup>2</sup>  
Zeliha TEKİN<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In the last forty years, the liberalization process experienced by developing countries has significantly affected the economic development level of these countries. However, the impact of economic development of these countries on income distribution has been a subject of serious debate. In particular, the increase in income inequality has affected the health policies of these countries and the quality of life of the people living there has become an important problem.

**The Purpose of the Study:** In this study, the relationship between income inequality experienced in developing countries and health policies and quality of life is investigated. In other words, it is aimed to determine whether there is a short and long term relationship between income inequality, health expenditures and life expectancy in selected countries.

**Method:** In this research, the relationship between income inequality with health expenditures and life expectancy is analyzed by using Pedroni cointegration and Granger Causality tests. The main reason for using the Panel Data Analysis method in the research is that it allows the use of data at both the individual level and the time level.

**Findings and Results:** According to the findings of the cointegration and causality test conducted within the scope of the research, there is a statistically significant relationship between income inequality and the health expenditures implemented by countries and the life expectations of people in this country in a short and long term. According to this, programs and practices that will help to solve the income inequality problem in developing countries may positively affect health policies in these countries and may increase the quality of life.

**KeyWords:** Income Inequality, Life Expectancy, Health Expenditures.

### ÖZET

**Araştırmanın Problemi:** Son kırk yıllık süreçte, gelişmekte olan ülkelerin yaşamış olduğu serbestleşme süreci bu ülkelerin iktisadi kalkınma düzeyini önemli ölçüde etkilemiştir. Bununla birlikte, bu ülkelerin yakalamış olduğu ekonomik gelişimin gelir dağılımı üzerindeki etkisi ciddi bir tartışma konusu olmuştur. Özellikle gelir eşitsizliğinin artması bu ülkelerin uygulamış olduğu Sağlık politikalarını ve burada yaşayan insanların yaşam kalitelerini ne ölçüde etkilediği önemli bir problem konusu haline gelmiştir.

**Araştırmanın Amacı:** Bu Araştırmada, gelişmekte olan ülkelerde yaşanan gelir eşitsizliğinin uygulanan Sağlık politikaları ve yaşam kaliteleri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Başka bir ifadeyle, Araştırma kapsamında seçilmiş ülkelerde gelir eşitsizliği ile Sağlık harcamaları ve yaşam beklentisi arasında kısa ve uzun dönemde ilişki bulunup bulunmadığı saptanmak istenmiştir.

**Yöntem:** Bu Araştırmada gelir eşitsizliğinin Sağlık harcamaları ve yaşam beklentisi ile olan ilişkisi Panel Veri Analizi yöntemlerinden Pedroni eşbütünleşme ve Granger Nedensellik testleri ile analiz edilmiştir. Araştırmada Panel Veri Analizi yönteminin kullanılmasının temel sebebi hem birey düzeyinde hem de zaman düzeyinde verileri kullanılmasına izin vermesidir.

**Bulgular ve Sonuçlar:** Araştırma kapsamında uygulanan eşbütünleşme ve nedensellik testi bulgularına göre gelir eşitsizliği ile ülkelerin uyguladıkları Sağlık harcamaları ve bu ülkedeki insanların yaşam beklentileri arasında kısa ve uzun dönemde istatistiksel açıdan önemli bir ilişki vardır. Buna göre gelişmekte

<sup>1</sup>Gümüşhane University/ Şiran Mustafa Beyaz Vocational School / Emergency and Disaster Management / [hikmetakyol76@gmail.com](mailto:hikmetakyol76@gmail.com).

<sup>2</sup>Muş Alp Arslan University/ Vocational School of Social Sciences / Department of Administration and Organization/z.tekin@alparslan.edu.tr.k.karakus@alparslan.edu.tr.

<sup>3</sup>Muş Alp Arslan University/ Vocational School of Social Sciences / Department of Administration and Organization/z.tekin@alparslan.edu.tr.

olan ülkelerde gelir eşitsizliği sorunun giderilmesine yardımcı olacak program ve uygulamalar, bu ülkelerdeki Sağlık politikalarını olumlu etkileyebilir ve de yaşam kalitesini arttırabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Gelir Eşitsizliği, Yaşam Beklentisi, Sağlık Harcamaları.

## 1. GİRİŞ

Gelir eşitsizliğinin toplum sağlığına zarar verip vermediği açık bir tartışma konusu olmayı sürdürmektedir (Hu vd., 2015:615).Dünya genelinde görülen sosyo-ekonomik bozukluklar kişilerin aldıkları Sağlık hizmetlerinin ve yaşam beklentilerinin kalitesini önemli düzeyde olumsuz etkileyebilmektedir. Zira çoğu ülkede yüksek (kaliteli) yaşam beklentisinin yüksek oranlı gelir düzeyi ile ilişkili olduğu (Cervellati ve Sunde, 2011:100) göz önünde bulundurulursa, gelir eşitsizliğinin artmasının toplumsal Sağlık düzeyi ve yaşam kalitesi için ne denli ciddi bir risk kaynağı olduğu daha açık anlaşılabilir. Hızlı ekonomik değişimlerin nüfus sağlığını etkilediğini ileri süren hipoteze göre, hızlı bir şekilde genişleyen ekonomiler artan sağlıkla ve hızlı bir şekilde daralan ekonomiler ise azalan Sağlıkla ilişkilidir (Hertzman ve Siddiqi, 2000:818). Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ekonomik kalkınma düzeyinin gelişmiş ülkelere kıyasla sınırlı olması, bu ülkelerdeki toplumsal (nüfus) sağlığının ve yaşam beklentisinin gelişiminin önünde büyük bir engel olmayı sürdürmektedir.

Bu Araştırmada gelişmekte olan ve az gelişmiş ülke grubu içerisinde seçili 63 ülkedeki gelir düzeyinde meydana gelen bozuklukların Sağlık harcamaları ve yaşam beklentisi ile olan ilişkisi incelenmiştir. Başka bir ifadeyle bu ülkelerdeki gelir eşitsizliği düzeyinin, bu ülkelerdeki mevcut Sağlık harcamalarını ve kişilerin yaşam kalitesini uzun dönemde etkileyip etkilemediği analiz edilmiştir.

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

Gelir dağılımı ve toplumsal Sağlık ilişkisini inceleyen Çalışmalar arasında ilk olarak Wilkinson (1992)'in seminal Çalışmasını göstermek mümkündür. Araştırmacı altı gelişmiş ülke ekonomisi üzerinden gelir dağılımı ve yaşam beklentisi ilişkisini incelediği sınırlı Araştırmasında gelir eşitsizliği ve yaşam beklentisi arasındaki ilişki dahil çeşitli önermeler öne sürmüştür. De Vogli vd. (2005), 1995 ve 2000 döneminde İtalya ile diğer gelişmiş ülkeleri Karşılaştırmalı olarak incelediği Çalışmada, İtalya'da gelir eşitsizliğinin doğumda yaşam beklentisi üzerinde kişi başına gelir düzeyi ve eğitim kazanımından daha güçlü ve Bağımsız bir etkiye sahip olduğunu göstermişlerdir. Singh ve Siahpush (2006), 1980 ve 2000 döneminde ABD'de yaşam beklentisinde görülen eşitsizliğin boyutunu cinsiyet ve sosyo-ekonomik yoksunluğa göre incelemişlerdir. Buna göre daha az yoksul grupta bulunan kişiler diğer gruplara kıyasla daha yüksek yaşam beklentisine sahiptirler. Başka bir Araştırmada Hu vd. (2015), 1987-2008 döneminde 43 Avrupa ülkesinde gelir eşitsizliği, yaşam beklentisi ve nedene bağlı ölüm ilişkisini incelemiştir. Araştırma bulgularına göre, her ne kadar gelir eşitsizliğini azaltmak fırsat eşitliği yaratmak ve Sağlık eşitsizliklerini azaltmak için önemli olsa da Avrupa'da ortalama ölüm oranını azaltmak için sınırlı bir role sahiptir.Khang vd. (2015), 2002-2010 döneminde Güney Kore'yi inceledikleri Araştırmada doğumda yaşam beklentisinin hem kadın hem de erkekler için gelir düzeyine bağlı olarak aşamalı bir şekilde arttığını tespit etmişlerdir.

## 3. YÖNTEM VE VERİ

Bu Araştırmada 2000-2015 döneminde, gelişmekte olan ve az gelişmiş 63 ülkede gelir eşitsizliğinin Sağlık harcamaları ve doğumda yaşam beklentisi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Başka bir ifadeyle bu ülkelerde gelir eşitsizliğinin artmasının uzun dönemde bu ülkelerdeki nüfus sağlığını (toplumsal) ve yaşam beklentisinin kalitesini ne ölçüde etkilediği heterojen panel veri analizleri ile ortaya konmak istenmiştir.

**Tablo 1:**Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Gözlem	Ortalama	SS.	Min.	Max.
LN(SAGHARCAMA)	1,008	6.0196	,996	2,763	8,268
LN (YASAMBEKLENTI)	1,008	4.242	,105	3.851	4,395
LN(GINI)	999	3.682	,198	3.148	4,120

Araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre Araştırmada kullanılan değişkenler tamamen dengeli dağılmıştır. Tablo 2'de ise Araştırmada kullanılan değişkenler ve temin edildikleri veri tabanları gösterilmiştir.





**Tablo 2:** Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Değişken	Açıklama	Kaynak
LN(SAGHARCAMA)	Kişi başı Sağlık harcamaları	Dünya Bankası
LN (YASAMBEKLENTİ)	Doğumda yaşam beklentisi	Dünya Bankası
LN(GINI)	Gelir eşitsizliği	Frederick Solt Dataverse

Araştırma kapsamında kurulan modeller ise aşağıdaki gibidir:

$$LN (SAGHAR)_{it} = \beta_0 + \beta_1 LN (GINI)_{it} + u_t \quad (1)$$

$$LN (YASAMBEKLENTİ)_{it} = \beta_0 + \beta_1 LN (GINI)_{it} + u_t \quad (2)$$

Araştırma kapsamında değişkenler arasında uzun dönem ilişkisi ikinci kuşak panel veri analizi yaklaşımlarından Westerlund (2007), panel eşbütünleşme testi ile incelenmiştir. Uzun dönem katsayıları ise Genişletilmiş Pedroni (2001) Ortalama Grup Dinamik En Küçük Kareler (DOLSMG) Tahmincisi kullanılarak analiz edilmiştir.

#### 4. ANALİZ VE BULGULAR

Araştırma kapsamında ilk olarak değişkenlerin düzey değerlerinde durağan olup olmadıklarını tespit etmek amacıyla panel birim kök testleri uygulanmıştır. Zira düzey değerlerinde durağan olmayan seriler (değişkenler) ile kurulan modellerde sahte regresyon sorunu ortaya çıkabilmektedir. Pesaran (2004), CD testi sonucunda değişkenlerde yatay kesit bağımlılığı sorununun olduğunun ortaya konması sonucundan seriler bu problemi ortadan kaldıracak şekilde düzeltilmiş Breitung (2000) ve Im, Pesaran ve Shin (2003) testleri ile sınanmıştır.

**Tablo 3:** Panel Birim Kök Testleri

	Breitung (2000)	IPS(2003)	Pesaran (2004) CD
LN(SAGHAR)	3,157	-0.807	153.16 (0.000)
$\Delta$ LN(SAGHAR)	-12.233***	-16.975***	
LN(YASAMBEKLENTİ)	15.995	-7.039***	168.71 (0.000)
$\Delta$ LN(YASAMBEKLENTİ)	-2.164***	-5.364***	
LN(GINI)	--	1.102	16.90 (0.000)
$\Delta$ LN(GINI)	--	-5.00***	
Pesaran (2004) CD model Testi	27.25	0.0000	
Homojenlik Testi Chi2 (310)	1.4e+06	0.0000	

\*\* ve \*\*\* sırasıyla %5 ve % 1 düzeyinde anlamlılığı temsil etmektedir.

Panel birim kök testleri incelendiğinde genel anlamda serilerin düzey değerlerinde birim kök içerdikleri ve birinci farkları alındığında ise durağan hale geldikleri görülmüştür. Bunun kurulacak modellere ilişkin homojenlik birimler arası korelasyon testlerine göre ise modelde birimler arası korelasyon ve homojenlik problemi bulunmaktadır. Bu bakımdan söz konusu problemleri göz önünde bulunduran Westerlund (2007) eşbütünleşme testi ile değişkenler arasındaki uzun dönem ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır.

**Tablo 4:Westerlund (2007) ve DOLSMG Tahmincisi Bulguları**

Test İstatistik	Westerlund (2007)			Robust P-Değeri
	Değeri	Z-Değeri	P-Değeri	
<b>Model-1</b>				
<b>Gt</b>	-1.307	-2.525	0.006***	0.060*
<b>Ga</b>	-1.584	3.871	1.000	0.570
<b>Pt</b>	-8.858	-4.118	0.000***	0.000***
<b>Pa</b>	-1.301	-0.754	0.225	0.090*
<b>PDOLS</b>	-1.045	-3.085	0.000***	
<b>Model-2</b>				
<b>Gt</b>	-0.898	0.599	0.726	0.020**
<b>Ga</b>	-1.530	3.966	1.000	0.000***
<b>Pt</b>	-17.257	-11.313	0.000***	0.000***
<b>Pa</b>	-1.134	-0.296	0.384	0.080*
<b>PDOLS</b>	.5991	10.55	0.000***	

\*\* ve \*\*\* sırasıyla %5 ve % 1 düzeyinde anlamlılığı temsil etmektedir.

Tablo 4'te verilen bulgular incelendiğinde, her iki model içinde bootstrap edilmiş kritik test istatistiklerinin en az üçünde değişkenler arasında uzun dönem ilişkisi bulunduğu ortaya konulmuştur. Değişkenler arasındaki uzun dönem katsayıları ise heterojen PDOLS tahmincisi ile test edilmiştir. Buna göre uzun dönemde gelir eşitsizliği Sağlık harcamalarını negatif yönde ve anlamlı düzeyde etkilemiştir. Başka bir ifadeyle uzun dönemde gelir eşitsizliğinin artması nüfus sağlığını olumsuz yönde etkilemiştir. Buna karşın PDOLS sonuçlarına göre uzun dönemde gelir eşitsizliğinin artması doğumda yaşam beklentisini pozitif yönlü etkilemiştir.

#### SONUÇ

Bu Araştırmada gelişmekte olan ülkelerde ve az gelişmiş ülkelerde gelir eşitsizliğinin nüfus (toplum) sağlığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre uzun dönemde söz konusu ülkelerde gelir eşitsizliğinin artması Sağlık harcamalarını olumsuz yönde etkilemektedir. Başka bir ifadeyle gelir eşitsizliğinin artması toplumsal Sağlık için önemli bir risk teşkil etmektedir. Dolayısıyla gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde gelir eşitsizliğini azaltabilecek politikaların uygulanması toplumsal sağlığı olumlu etkileyecektir.

Araştırmada ikinci olarak yaşam beklentisi ile gelir eşitsizliği arasında bir ilişki bulunup bulunmadığı sorgulanmıştır. Buna göre uzun dönemde gelir eşitsizliğinin artması doğumda yaşam beklentisini arttırmaktadır. Söz konusu bulgu ileride yapılacak Araştırmalar ile daha detaylı ve açık bir şekilde ortaya konulabilir.

#### KAYNAKÇA

- Cervellati, M. ve Sunde, U. (2011), "Life Expectancy and Economic Growth: The role of the Demographic Transition", *Journal of Economic Growth*, 16(2), 99-133.
- De Vogli, Mistry, R., Gnesotto, R. ve Andrea Cornia, G. (2005), "Has The Relation Between Income Inequality and Life Expectancy Disappeared? Evidence From Italy and Top Industrialised Countries", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(2), 158-162.
- Hertzman, C. ve Siddiqi, A. (2000), "Health and Rapid Economic Change In The Late Twentieth century", *Social Science & Medicine*, 51, 809-819.
- Heuvel Vd, A WJ ve Marinela O. (2017), "How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative European Analysis", *Jamda*, 276.e9-276.e12.
- Ho Khang, Y., Bahk, J., Yi, N. ve Cheol Yun, S. (2015), "Age- and Cause- Specific Contributions to Income Difference in Life Expectancy at Birth: Findings from Nationally Representative Data On One Million South Koreans", *European Journal of Public Health*, 26(2), 242-248.
- Hu, Y., Van Lenthe, F.J. ve Mackenbach, J.P. (2015), "Income Inequality, Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in 43 European Countries, 1987-2008: A Fixed Effects Study", *Eur J Epidemiol*, 30, 615-625.
- Singh, G.K. ve Siaspush, M. (2006), "Widening Socioeconomic Inequalities in US Life Expectancy, 1980-2000", *International Journal of Epidemiology*, 35, 969-979.

## MARKA DEĞERİNİ BELİRLEYİCİLERİNİN SAĞLIK KURUMLARI TÜKETİCİLERİNİN TERCİHLERİNE ETKİSİ

### THE EFFECT OF BRAND VALUE DETERMINANTS ON THE PREFERENCES OF CONSUMERS OF HEALTH INSTITUTIONS

Zührem YAMAN1  
Büşra KAVUNCU 2

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Due to the recent changes in the hospital preferences of consumers, the quality perceptions of the patients in branding have started to be seen as an important factor in branding. In this research, is there any effect of service quality on hospital brand value is the answer to the question. The aim of this study was to investigate the effect of quality perceived by consumers residing in Konya Selcuklu province on hospital brand value.

**Method:** In the research, quantitative research design and easy sampling method were used. The data obtained from the survey were analyzed in SPSS version 21 program. The analyzes were applied to variables such as descriptive analysis, t-test, ANOVA test and correlation analysis. In this study, 41-item hospital services prepared by Işık (2011) were used. The Cronbach Alpha value of the study was found to be 0,882. The study included individuals who were living in the Seljuk Municipality of Konya Province .The sample of the study is 348 people

**Findings and Results:** 54.9% of the participants were male, 37.9% were in the 32-38 age group and 30.5% were pre-graduate. According to the answers of the participants, no significant relationship was found between the gender, age, educational status and perceived quality, but a significant relationship was found in terms of marital status. Correlation analysis was performed between the income level of the individuals and the perceived quality and a positive and low level significant correlation was found. As a result, positive brand value perceived by consumers can be used as an important competitive factor for hospitals.

**Key words:** Perceived Quality of Service, Patient Satisfaction, Brand Value

#### 1. Giriş

Günümüzde rekabetin artışı ve değişen tüketici beklentileri gibi faktörler işletmeleri daha çok müşteri odaklı davranmaya itmektedir. İşletmelerin rekabet üstünlüğü sağlayabilmesi için farklı stratejiler geliştirmesi gerekiyor. Sağlık hizmeti veren kuruluşlardan özellikle hastaneler de bu rekabet durumundan etkilenmektedir. Bu durumlarda Sağlık hizmetleri veren kuruluşların müşteri sadakati sağlaması ve müşteri memnuniyeti sağlaması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde markalaşma son dönemlerde ortaya çıkan bir kavramdır. Son dönemlerde tüketicilerin hastane tercihlerindeki süreçlerde gerçekleşen değişiklikten dolayı Sağlık işletmelerinde markalaşmada hastaların kalite algıları önemli etken olarak görülmeye başlanmıştır.

Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu ile hastalıkların önlenmesi, toplumun ve kişinin Sağlık düzeyini geliştirilmesi için yapılan faaliyetlerin tümünü kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 34). Sağlık hizmetlerinin temel özelliklerden bazıları şu şekilde sıralanabilir (Odabaşı, 2001: 27–29): Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır ve acil Sağlık hizmetleri ertelenemez, boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil hekim belirlemektedir, tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir, çıktısı paraya çevrilemez, stoklanamaz, teknoloji yoğun ve emek işletmelerdir. Hizmetten sağlanan kalite ve doyumunu önceden belirlemek zordur ve toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Hastane Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre uzun veya kısa süreli tedavi görülen müşahede, tanı-teşhis ve tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunan kuruluşlardır (SB, 1992: 193).Diğer taraftan algılama ise çevremizde olup biten davranışları anlamamızı, anlamlandırmamızı ve değerlendirme yapabilmemiz için gerekli bir öğedir (Barlı, 2010: 106). Algılama kişinin tutumlarından, inançlarından, kişilik özelliklerinden etkilenen öznel yorumdur. (Kardeş, 1991: 20-21). Feigenbaum tarafından yapılan kalite kavramı ise kullanılan ürün ve hizmetin müşteri istek ve beklentilerine cevap verebilmesini sağlayan bakım ve üretim özelliklerinin toplamıdır (Peker, 1993: 201). Hastaneler için hizmet kalitesi tüketicinin tatminini ve karlılığını artırmaktadır (Işık,2011:33). Parasuraman, Zeithaml ve Berry hizmet kalitesi belirleyicilerini on başlıkta

<sup>1</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/[zuhremyaman@gmail.com](mailto:zuhremyaman@gmail.com)

<sup>2</sup> Selçuk University/Healty Care Management/Turkey/[busrakavuncu10@gmail.com](mailto:busrakavuncu10@gmail.com)

toplamaştır bunlar; güvenilirlik, yeterlilik, cevap verebilirlik; somutluk, erişim, nezaket, iletişim, inanılabilirlik, güvenlik, tüketiciyi anlamak/bilmektir. Sağlık sektöründe verilen hizmetten kaynaklanan hataların oluşması insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar doğurabileceğinden Sağlık hizmetlerinde algılanan kalite önemlidir (Aslantekin vd., 2007: 59). Algılanan kalitenin iyi olması hastane için rekabet avantajı, maliyetleri azaltma, performansı geliştirme, verimliliği artırmak için fayda sağlamaktadır. Algılanan kalite marka değeri için önemlidir bunlar; markanın tüketicide nasıl algılandığı hakkında diğer düşünceleri yönlendirmektedir, bir iş için stratejik olarak itici güçtür, finansal performansı yönlendirmektedir (Aaker, 1996: 17);

Marka işletme tarafından sunulan veya aracı kurum tarafından piyasaya arz edilen mal ve hizmetleri rakiplerinden ayırt etmeye farklılaştırmaya yarayan isim, logo, resim, sembol, simge terim ya da bunların bileşkesidir (Kotler, 2001: 188). Tüketicinin ürün ya da hizmetin üretildiği işletme hakkında algıladığı deneyim markadır (Hammond, 2008: 14). Marka şöhret veya patent değildir (Abrahams, 2008: 17). Marka soyut değerleri kapsamaktadır. İşletmeler tüketici odaklı marka imajı ve algılarını oluşturmaya çalışmalıdır (Erdil ve Uzun, 2009: 20).

Marka değeri kavramı ise ürünün markalı değeri ve markasız değeri arasındaki farkı ifade etmektedir (Kim vd., 2008: 77). Tüketicilerin bir ürüne karşı nesnel değerlendirmelerinin üzerinde öznel değerlendirmeleridir (Rust vd.,2004: 116). Marka değeri tüketicilerinin yanında hissedarlarına da değer katmaktadır. Çünkü işletmeciler başarılı markayla rekabet avantajını elde eder (Işık,2011:93). Marka değeri işletmenin içinde bulunduğu pazarın başarısını belirlemektedir ve bazı avantajlar sağlar bunlar; işletmeye rekabet avantajı, başarılı büyüme şansı, müşteri tatmini, müşterinin risk alma algısını azaltır, tekrardan Satın alma bağlılığı ve isteğini arttırır (Kim vd., 2008: 75). Aaker (1991) modelinde marka değeri boyutları vardır. Bu boyutlar; marka farkındalığı, algılanan kalite, marka çağrışımı ve marka bağlılığıdır.

**Marka farkındalığı;** işletmenin markasının tüketici tarafından rakip firmayla kıyaslanması sonucu tüketicinin zihninde oluşan varlığının gücüdür. Müşterinin markayı hatırlaması, tanınması diğer markalardan farklı şekilde konumlandırmasıdır(Aaker, 1991). **Algılanan kalite;** tüketicilerin toplam kalite algısıdır. İşletmenin sunduğu hizmet veya ürünün tüketicide yarattığı kalite algısıdır(Aaker, 2009:106). **Marka çağrışımı;** tüketicilerin o işletmenin markasıyla ilgili anlam ifade eden her şey tüketicinin o ürün veya hizmeti Satın almasını sağlayan zihinde çağrışım yapan tüketicinin zihninde o markayla kurduğu bağ (Erdil ve Uzun, 2010:244; Kwun ve Oh, 2007:82) olarak ifade edilebilir. **Marka sadakati;** tüketicinin markaya karşı beslediği olumlu hisler (Odabaşı ve Barış, 2002), Tüketicinin markaya yönelik inancının gücüdür. Tüketicinin markaya karşı pozitif tutumu, tüketicinin ürün veya hizmetten tatmin olması ile tekrar Satın alma düşüncesinin oluşması şeklinde ifade edilebilir.

## 2.Yöntem

Çalışmanın amacı marka değerinin alt bileşenleri olarak bilinen algılanan kalite, marka farkındalığı, marka çağrışımı ve marka bağlılığı boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hastane marka değerine olan etkisini incelemektir. Araştırmaya, Konya İli Selçuklu İlçesi sınırları içinde yaşayan kişiler dâhil edilmiştir. Araştırmanın örnekleme ise 348 kişidir. Örneklemin evreni temsil edebilmesi için Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004)'ın hazırladığı belirli evren sayısı için farklı örneklem hataları dikkate alınarak hazırlanan tablodan faydalanılmıştır Örnekleme büyüklüğünü belirlemede 639 bin kişi için %95 güvenle 341 örneklem sayısı ile temsil edilebileceği gösterilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan,2004:50). Veri toplama aracı olarak marka değeri ölçeği Işık(2011) tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır (Işık,2016:63). Ankette 41 soru yer almaktadır. Çalışmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için güvenilirlik katsayı değeri hesaplanmış ve ölçeklerin değeri  $\alpha=0.882$  olarak hesaplanmıştır. Ortaya çıkan bu değer %70'in üzerinde olduğundan dolayı ölçeğin güvenilirliği kabul edilebilir seviyede olduğunu ve yüksek güvenilirliği olduğu söylenebilir (Nuhoğlu, 2008: 633). 7'li Likert ölçeğe göre düzenlenen anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada elde edilen verilere istatistiksel analizleri yapmak için SPSS veri analiz programı kullanılmıştır.

### 3. Bulgular

**Tablo1: Araştırmaya Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri**

Demografik Özellikler		n(348)	Yüzde	Demografik Özellikler		n(348)	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	160	46,0	Eğitim Durumu	İlköğretim	33	9,5
	Erkek	188	54,0		Lise	81	23,3
Medeni Durum	Evli	178	51,1		Üniversite	102	29,3
	Bekâr	170	48,9		Lisansüstü	26	7,5
Yaş	18-24	50	14,4	Gelir	500-1000	88	25,3
	25-31	44	12,6		1001-2000	68	19,5
	32-38	132	37,9		2001-3000	126	36,2
	39-45	95	27,3		3001-4000	38	10,9
	46 ve üstü	27	7,8		4001 ve üzeri	28	8,0
	<b>Toplam</b>	<b>348</b>	<b>100,0</b>		<b>Toplam</b>	<b>348</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların; %54'ü erkek, %46'sı kadındır. %51,1'i evlidir. %37,9'u 32-38 yaş aralığında, %30,5'i yükseköğretim mezunu ve %36,2'sinin 2000-3000 TL aylık gelir düzeyi vardır.

**Tablo 2: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutlarının Cinsiyete Göre Dağılımı**

Boyut	Cinsiyet	n	Ort.	S.S	t	p
Marka Çağrışımları	Kadın	160	5,32	0,22	0,208	0,835
	Erkek	188	5,92	0,20		
Marka Farkındalığı	Kadın	160	5,19	0,39	0,395	0,693
	Erkek	188	5,17	0,38		
Marka Bağlılığı	Kadın	160	4,36	0,75	1,051	0,290
	Erkek	188	4,45	0,75		
Algılanan Kalite	Kadın	160	4,85	0,94	0,173	0,008
	Erkek	188	4,90	0,76		
Markalaşma	Kadın	160	4,85	0,94	0,509	0,241
	Erkek	188	4,90	0,76		
Marka Değeri	Kadın	160	5,44	0,44	0,620	0,863
	Erkek	188	5,38	0,45		

Tablo 2'ye göre tüketicilerin cinsiyetlerine göre marka değeri alt boyutları arasında Bağımsız örneklerde t testi uygulanmış ve analiz sonucuna göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3: Tüketicilerin Marka Değeri Boyutlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı t testi**

Boyut	Medeni durum	n	Ort.	S.S	t	p
Marka Çağrışımları	Evli	178	5,33	0,22	0,598	0,550
	Bekâr	170	5,32	0,20		
Marka Farkındalığı	Evli	178	5,22	0,41	2,120	0,350
	Bekâr	170	5,13	0,35		
Marka Bağlılığı	Evli	178	4,25	0,73	3,829	<b>0,000</b>
	Bekâr	170	4,56	0,75		
Markalaşma	Evli	178	4,34	0,23	1,367	0,163
	Bekâr	170	4,31	0,22		
Algılanan Kalite	Evli	178	4,25	0,78	3,614	<b>0,000</b>
	Bekâr	170	4,57	0,86		
Marka Değeri	Evli	178	5,46	0,43	1,873	0,062
	Bekâr	170	5,37	0,45		

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

Tablo 3'e göre marka değeri alt boyutları ve tüketicilerin medeni durumları arasında Bağımsız örneklerde t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda medeni duruma göre marka bağlılığı ve algılanan kalite alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ( $p<0,05$ ).

**Tablo4:Marka Değeri Boyutları Ortalamaları ile Gelir Durumu Arasındaki Bağımsız Gruplarda Tek Yönlü Varyans Testi**

Özellikler (n=385)	N	Ort±SS	F	p	Anlamlık	
Marka Bağlılığı	500-1000 <sup>1</sup>	88	4,45±0,75	4,749	<0,001	5>1,2
	1001-2000 <sup>2</sup>	68	4,50±0,75			
	2001-3000 <sup>3</sup>	126	4,28±0,74			
	3001-4000 <sup>4</sup>	38	3,94±0,67			
	4001 üstü <sup>5</sup>	28	4,55±0,73			
Markalaşma	500-1000 <sup>1</sup>	88	4,40±0,89	5,002	<0,001	5>1,2
	1001-2000 <sup>2</sup>	68	4,51±0,85			
	2001-3000 <sup>3</sup>	126	4,30±0,80			
	3001-4000 <sup>4</sup>	38	4,30±0,74			
	4001 üstü <sup>5</sup>	28	4,59±0,86			

**Post-Hoc Testleri: \*Tukey HSD**

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

Tablo 4'e göre marka değeri boyutlarının gelir durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığına bakmak için Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Analiz sonucuna göre marka bağlılığı boyutlarında anlamlı farklılık çıkmıştır.(p<0,05). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak amacıyla Post Hoc (Tukey HSD) testi yapılmıştır. 4001 TL ve üstünde aylık gelire sahip olan kişilerin aylık geliri 500 ve 1000 TL arası ve 1001-2000 TL arası aylık geliri olanlardan daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 5:Bazı Ortalamalar Arasındaki Korelasyon İlişkisi**

		1	2	3
1. Marka Değeri Genel Ortalama		1		
2.Yaş	r	,199**	1	
	p	,000		
3.Aylık Gelir	r	,141**	,117*	1
	p	0,009	,029	

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

Tablo 5'e göre bazı ortalamalar ile korelasyon analizi yapıldı. Analiz sonucuna göre marka değeri ölçeğine verilen puanların genel ortalaması ile yaş arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur.(p<0,05).Ayrıca marka değeri genel ortalaması ile aylık gelir arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.(p<0,05).

#### 4.Tartışma ve Sonuç

Günümüzde rekabetin artışı ve değişen tüketici beklentileri gibi faktörler işletmeleri daha çok müşteri odaklı davranmaya itmektedir. Sağlık hizmetlerinde markalaşma son dönemlerde ortaya çıkan bir kavramdır. Son dönemlerde tüketicilerin hastane tercihlerindeki süreçlerde gerçekleşen değişiklikten dolayı Sağlık işletmelerinde markalaşmada hastaların kalite algıları önemli etken olarak görülmeye başlanmıştır. Bu çalışmada marka değerini belirleyicilerinin Sağlık kurumları tüketicilerinin tercihlerine etkisi Araştırılması amaçlanmıştır. Tüketicilerin cinsiyetlerine göre marka değeri alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına bakmak için Bağımsız örneklerde t testi analizi yapılmıştır. Sonuca göre cinsiyet Açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Alizade (2019)'un tüketici temelli marka değeri boyutlarının algılamada oluşturduğu farklılığı belirlemek için 400 kişi üzerinde yaptığı Çalışmada paralel olarak anlamlı farklılık bulamamıştır. Bu sonuçtan farklı olarak Işık(2011)'in 610 Sağlık hizmeti tüketicisi ile yaptığı Çalışmasında cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınlarda marka çağrışımı erkeklere göre daha düşüktür. Tüketicilerin medeni durumlarına göre marka değeri boyutları değerlendirilmiş ve Bağımsız örneklerde t testi sonucuna göre marka bağlılığı ve algılanan kalite alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Marka bağlılığı ve algılanan kalite boyutu bekar tüketicilerde daha yüksek düzeydedir. Analiz sonucuna paralel olarak Işık(2011)'in yaptığı

Çalışmada evli tüketicilerin algıladığı kalite daha düşük olarak bulunmuştur. Tüketicilerin marka değeri boyutlarının gelir durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığına bakmak için Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre marka bağlılığı ve markalaşma boyutlarında anlamlı farklılık çıkmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Tukey testi yapılmış ve farkın aylık geliri 4001 ve üstü olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Alizade(2019) medeni durum Açısından anlamlı farklılık olmadığını bulmuştur. Gelir düzeyi marka değerinin oluşmasında önemli bir etken olduğu görülmektedir. Buna göre yüksek gelir düzeyine sahip olanların hastaneye bağlılığı daha yüksektir. Marka değeri ölçeği genel ortalaması ile yaş arasında korelasyon analizi yapılmış ve analiz sonucuna göre pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur. Ayrıca marka değeri genel ortalaması ile aylık gelir arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bu sonuca paralel olarak Alizade(2019)'un Çalışması örnek verilebilir. Tüketicilerin yaşları ve gelirleri arttıkça marka değeri düşünceleri artmaktadır. Tüketiciler Sağlık hizmetlerinde tanınmış bir Sağlık kuruluşundan hizmet almanın önemli olduğunu düşünmektedirler. Bu durum Sağlık işletmelerinin tüketiciler nezdinde marka farkındalığı oluşturup, rakiplerine göre farklı bir strateji uygulayabilir.

Bu Araştırma sonucunda Sağlık kuruluşları üzerinde marka değeri boyutlarının etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Hastaneler bu sonuçlardan yararlanarak daha kaliteli ve tüketicinin beklentisini karşılayacak şekilde olumlu imaj geliştirebilirler. Bu Çalışma Konya Selçuk ilçesinde ikamet eden Sağlık hizmeti kullanıcılarının görüşleri toplanarak analizi yapıldığından dolayı çalışmanın genelleştirilmesini engelleyen bir sınırlılığı vardır. Farklı örneklem grubu ile tekrar yapılarak çıkan sonuçlar bu Çalışmayla benzerlik gösterip göstermediği incelenebilir.

## 5.Kaynakça

Aaker, D.A. (1991). *Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name*. New York: Free Press.

Aaker, D.A. (2009). *Marka Değeri Yönetimi*. İstanbul: MediaCat Yayınları.

Abrahams, D.,(2008). *Brand Risk: Adding Risk Literacy To Brand Management*, Gower,

Alizade,N.,(2019). Tüketicilerin Demografik Özelliklerinin Tüketici Temelli Marka Değerinin Boyutlarını Algılamalarında Oluşturduğu Farklılığın Belirlenmesi: Alman Otomobil Markaları Üzerine Bir Araştırma.Yüksek Lisans Tezi.Niğde.

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R.(2007). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), S.55–71.

Barlı, Ö.,( 2010).*Davranış Bilimler ve Örgütlerde Davranış, Genişletilmiş ve Geliştirilmiş 4. Baskı, Aktif Yayınevi, Erzurum.*

Erdil, T.S. ve Uzun, Y. (2010). *Marka Olmak*. 2.Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Hammond, James,( 2008). *Branding Your Business; Promoting Your Business, Attracting Customers And Standing Out İn The Market Place*, Kogan Page.

Işık,O.,(2011).*Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi*. Doktora Tezi. Ankara.

Kardeş, S.,( 1991). “Gençliğin Spor Ayakkabı Satın Almasında Tercihlerinin Belirlenmesi”, Pazarlama Dünyası Dergisi, 5(26).

Kavuncubaşı, Şahin(2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.*

Kim, Kyung H., Kang S.,Dong Y., Jong H., Kang, H;(2008). “Brand Equity İn Hospital Marketing”, *Journal Of Business Research*, 61, S. 75-82.

KIM, Woo-Gon, JIN-SUN, Bongran, KIM, Hyun Jeong; “Multidimensional Customer-Based Brand Equity and Its Consequences in Midpriced Hotels”, *Journal of Hospitality & Tourism Research*, Vol. 32, No. 2, 2008, s. 235-254.

Kotler, P.,( 2001). *Marketing Management, Millenium Edition, Pearson Custom Publishing,*



Kwun, D.J.W ve Oh. H. (2007). Consumer Evaluation of Brand Protfolios. *International Journal of Hospitality Management*, 26(1), 81-97.

Odabaşı, Y. ve Barış, G. (2002). *Tüketici Davranışı*. 1.Baskı, İstanbul: Kapital Medya.

Parasuraman, A., Zeithaml, Valarie A., Berry, Leonard L(1985 ).“A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications for Future Research”, *Journal Of Marketing*, Vol. 49, No. 4, S.41-50.

Peker, Ö.,(1993).“Toplam Kalite Yönetimi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 26 (1), S.197–215.

Rust, R., Zeithaml, Valarie A., Lemon, Katherine N.(2004). “Customer-Centered Brand Management”, *Harvard Business Review*, 82(9), S. 110-118.

Sb (T.C. Sağlık Bakanlığı) (1992). I. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara,

## SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN İŞSİZLİK KAYGI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

Ebrar İLİMAN<sup>1</sup>  
Merve ŞİMŞEK<sup>2</sup>  
Enis Baha BİÇER<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde eğitim almakta olan öğrencilerin işsizlik kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada betimsel tarama yöntemi kullanılmış olup veriler 20.04.2019-05.05.2019 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan 230 öğrenciden toplanmıştır. Araştırmada çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. İşsizlik kaygısı ölçeği Özder vd. (2018) tarafından geliştirilen ölçekten düzenlenmiştir. Araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.85 olarak saptanmıştır. Araştırma sonucunda anketi cevaplayan Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerin işsizlik kaygı düzeyinin 3,56 olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda işsizlik kaygısının yaş, ailenin tutumu ve gelir seviyesi değişkenlerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, yönetim, kaygı, işsizlik, öğrenci

### ABSTRACT

This study was conducted in order to determine the unemployment anxiety levels of the students who are studying in the Department of Health Management of Cumhuriyet University in Sivas. Descriptive survey model was used in the study and the data were collected from 230 students studying at the Health Management Department of Sivas Cumhuriyet University between 20.04.2019-05.05.2019. Electronic survey method was used in the research. The unemployment anxiety scale was developed from the scale developed by Özder et al. (2018). Cronbach's alpha coefficient of the scale was found to be 0.85. As a result of the research, the Department of Health Management students who answered the survey were found to have an unemployment anxiety rate of 3,56. At the same time, it was found that unemployment anxiety varies according to the variables of age, family attitude and income level.

**Keywords:** Health, management, anxiety, unemployment, student

### 1. GİRİŞ

Küreselleşmenin birçok konuda olduğu gibi piyasalar üzerinde de olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. İşgücü piyasası, emek arzı ve emek talebi olarak dikkate alındığında, küreselleşmenin ve beraberindeki teknolojik değişimlerin sonuçlarından önemli ölçüde etkilenmektedir. Küreselleşme süreci ile birlikte ortaya çıkan gelişmeler işgücü piyasalarının yapısını ve istihdam olanaklarını değiştirmektedir (Çondur ve Bölükbaş, 2014: 78).

İşsizlik; Çalışma yaşları arasında olan, Çalışmaya engel bir özrü bulunmayan ve Çalışma arzusuna sahip kişilerin iş bulamaması durumudur. Bir başka ifade ile işsizlik, Çalışabilecek durumda olan kişilerin Çalışmamayı tercih etmelerinden dolayı gönüllü işsiz olmalarından kaynaklanmayıp aksine gayri iradi bir durumu ifade etmektedir (Yılmaz, 2005: 64).

İşsizlik sadece belli başlı ülkelerin sorunu olmaktan çıkmış; gelişmiş, gelişmekte olan, az gelişmiş tüm ülkelerin başlıca sorunu olan, küresel bir hal almıştır. Bu işsizlik sorunun içinde genç işsizlik sorunun çözümü ise nispeten daha zordur ve gerek sosyal, gerek ekonomik, gerek toplumsal anlamda daha farklı etkilere sahiptir. İşsizliğin psikolojik sebeplerinden birisi de kaygıdır.

Kaygı; nesnesi veya genelde sebebi bilinmeyen belirsiz ve anlamsız korku, üzüntü, endişe ve tasa anlamına gelmektedir. Bireyin kendi varlığı için asıl önemli olan değerlerin, varoluş hissinin ve kimliğinin tehdit edilmesi halinde yaşanan doğal bir olaydır (Tekin ve Korkmaz, 2016: 536). Ancak yaşanan ya da yaşanması beklenen olaylar da kişide kaygı uyandırmaktadır. Bunlardan biri de işsiz kalma korkusu ya da iş bulamama düşüncesidir. Bu iki tanım göz önünde bulundurularak işsizlik kaygısı; bireylerin iş bulamama sonucunda ümitsizliğe kapılmasıyla yaşadığı endişe ve korku şeklinde

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Sivas Cumhuriyet University, Turkey, [ebrrar@cumhuriyet.edu.tr](mailto:ebrrar@cumhuriyet.edu.tr)

<sup>2</sup> Öğr. Gör. Sivas Cumhuriyet University, Turkey, [mervesimsek@cumhuriyet.edu.tr](mailto:mervesimsek@cumhuriyet.edu.tr)

<sup>3</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet University, Turkey, [ebbicer@cumhuriyet.edu.tr](mailto:ebbicer@cumhuriyet.edu.tr)

tanımlanabilir. Alan yazın incelendiğinde de işsizlik kaygısının yüksek olduğu görülmektedir (Zaleski, 1996; Dereli ve Kabataş, 2009; Dursun ve Aytacı, 2009; Saraç, 2015; Tekin ve Korkmaz, 2016; Turaç ve Bayın, 2017). Kaygı belirli düzeyde olduğu sürece güdüleyici bir faktör olmak birlikte yüksek kaygı düzeyi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Sağlık yönetimi mezunları da iş bulma konusunda çok ciddi derecede sorun yaşamaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı, bu Araştırma önem arz etmektedir.

Bu nedenle bu çalışma, Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan öğrencilerin işsizlik kaygısının ne düzeyde olduğunu saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki soruların yanıtları aranmaktadır:

- 1) Sağlık Yönetimi bölümünü okuyan öğrencilerin işsizlik kaygı düzeyi nedir?
- 2) Katılımcıların işsizlik kaygıları cinsiyete, yaşa, sınıfına, gelir düzeyine, yaşadığı yere, not ortalamasına, bölümden memnuniyetine ve aile tutumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?

## 2. YÖNTEM

Bu bölümde Araştırmanın evren/örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi ile ilgili bilgiler sunulmaktadır.

### 2.1. Evren/Örneklem

Araştırmanın verilerinin elde edilmesinde genel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklem grubunu 20.04.2019-05.05.2019 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan 230 öğrenci oluşturmaktadır. Tablo 1’de örnekleme ilişkin betimsel istatistikler sunulmaktadır.

**Tablo 1. Örneklem İlişkin Betimsel İstatistikler**

Değişkenler		(f)	(%)
Cinsiyet	Kız	149	64,8
	Erkek	81	35,2
Yaş	17-19	62	27,0
	20-22	134	58,3
	23-25	34	14,8
Sınıf	1	110	47,8
	2	44	19,1
	3	42	18,3
	4	34	14,8
Yaşadığı Yer	Büyük Şehir	31	13,5
	Şehir	95	41,3
	İlçe	50	21,7
	Köy	54	23,5
Gelir Düzeyi	Alt gelir düzeyi	32	13,9
	Orta gelir düzeyi	198	86,1
Bölüm Memnuniyet	Evet	85	37,0
	Kısmen	93	40,4
	Hayır	52	22,6
Ortalama	2,00 ve daha az	14	6,1
	2,01-2,50	54	23,5
	2,51-3,00	84	36,5
	3,01-3,50	68	29,6
	3,51-4,00	10	4,3

Tablo 1 incelendiğinde, ankete katılanların yarısından fazlasını kız öğrencilerin oluşturduğu, yarısının 20-22 yaş aralığında olduğu, yaklaşık yarısının birinci sınıfta eğitim aldığı ve çoğunluğun akademik ortalamalarının 2,51-3,00 olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu şehirde yaşamaktadır ve gelir düzeyleri orta seviyededir.

## 2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. İşsizlik kaygısı ölçeği Özder vd. (2018) tarafından geliştirilen ölçekten düzenlenmiştir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır, (1) Hiç katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen Katılıyorum (4)Katılıyorum (5)Tamamen Katılıyorum şeklinde 5’li likert yapıda olan ölçek puanlaması; 1-2,50 kaygı yok; 2,51-3,00 düşük düzey; 3,01-3,50 orta düzey; 3,51-4,00 yüksek düzey; 4,001-5,00 çok yüksek düzey şeklindedir.

## 2.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın örneklem grubunu 20.04.2019-05.05.2019 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan 230 öğrenciden toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 25.0 istatistik programı kullanılmıştır. Puanların normal dağılımlarını belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi uygulanmış ve verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların işsizlik kaygı düzeylerinin puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre anlamlı şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANOVA ve Bağımsız gruplar T testi kullanılmıştır.

## 2.4. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde, Araştırma sonucunda elde edilen bulgular sunulmaktadır. Sağlık Yönetimi öğrencilerinin işsizlik kaygısı düzeyi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmalarına ilişkin veriler Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.** İşsizlik Kaygısının Cinsiyete ve Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	n	X	Ss	Levene test			
				F	p	T	P
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	149	3,53	,662	,356	,551	,619	,536
Erkek	81	3,59	,644				
<b>Gelir Düzeyi</b>							
Alt Gelir Düzeyi	32	3,88	,522	2,82	,094	3,13	,002*
Orta Gelir Düzeyi	198	3,50	,659				
<b>Genel Ortalama</b>	230	3,56	,655	-	-	-	-

\*p<0,05

İşsizlik kaygısının cinsiyete göre farklılaşma durumu incelendiğinde, erkeklerde işsizlik kaygısının (3,59) kadınlara (3,53) göre daha yüksek olduğu, fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05) görülmektedir.

İşsizlik kaygısının gelir düzeyine göre farklılaşma durumu incelendiğinde, alt gelir düzeyinde işsizlik kaygısının (3,88) orta gelir düzeyine (3,50) göre daha yüksek olduğu ve gelir düzeyi düştükçe işsizlik kaygısının arttığı görülmektedir. Bu sonuç ise istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Tüm katılımcılara ait genel kaygı düzeyinin ise yüksek (3,56) olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.** İşsizlik Kaygısının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Anova Testi Sonuçları

	Yaş	n	x	s.s	F	P	Fark
İşsizlik Kaygısı	17-19	62	3,58	,74	,885	,414	-
	20-22	134	3,57	,57			
	23-25	34	3,41	,75			

İşsizlik kaygısının yaş gruplarına göre farklılaşma durumu incelendiğinde, en yüksek işsizlik kaygısının 17-19 yaş aralığında olduğu, ikinci olarak 20-22 yaş aralığında ve üçüncü olarak 23-25 yaş aralığında olduğu fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05) görülmektedir.

**Tablo 4.** İşsizlik Kaygısının Sınıf Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Anova Testi Sonuçları

	Sınıf	n	x	s.s	F	P	Fark
İşsizlik Kaygısı	1	110	3,57	,65	,152	,929	-
	2	44	3,56	,70			
	3	42	3,49	,58			
	4	34	3,54	,70			

İşsizlik kaygısının sınıf gruplarına göre farklılaşma durumu incelendiğinde, en yüksek işsizlik kaygısının birinci sınıf öğrencilerinde olduğu (3,57), bir üst sınıfa geçtikçe kaygı düzeyinin düştüğü görülmektedir. En düşük işsizlik kaygısının ise (3,49) ile üçüncü sınıf öğrencilerinde olduğu görülmektedir. Fakat bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmektedir.

**Tablo 5.** İşsizlik Kaygısının Yaşadığı Yere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Anova Testi Sonuçları

	Yaşadığı Yer	n	x	s.s	F	P	Fark
İşsizlik Kaygısı	Büyük Şehir	31	3,63	,73	,185	,906	-
	Şehir	95	3,55	,72			
	İlçe	50	3,52	,60			
	Köy	54	3,54	,52			

İşsizlik kaygısının katılımcıların yaşadığı yere göre farklılaşma durumu incelendiğinde, en yüksek kaygı düzeyinin büyük şehirlerde yaşayanlarda (3,63), en düşük kaygı düzeyinin ise ilçede yaşayanlarda (3,52) olduğu görülmektedir. Fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmektedir.

**Tablo 6.** İşsizlik Kaygısının Bölüm Memnuniyetine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Anova Testi Sonuçları

	Bölüm Memnuniyeti	n	x	s.s	F	P	Fark
İşsizlik Kaygısı	Evet <sup>(1)</sup>	85	3,40	,75	5,383	,005*	1-3
	Kısmen <sup>(2)</sup>	93	3,57	,52			
	Hayır <sup>(3)</sup>	52	3,77	,63			

\* $p<0,05$

İşsizlik kaygısının bölümden memnuniyete göre farklılaşma durumu incelendiğinde, en yüksek kaygı düzeyinin bölümden memnun olmayanlarda (3,77), en düşük kaygı düzeyinin ise bölümden memnun olanlarda (3,40) olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) görülmektedir. Tablo 6'ya göre genel olarak, memnuniyet düzeyi yükseldikçe kaygının azaldığı söylenebilir.

**Tablo 7.** İşsizlik Kaygısının Not Ortalamasına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Anova Testi Sonuçları

	Not Ortalaması	n	x	s.s	F	P	Fark
İşsizlik Kaygısı	2,00 ve daha az	14	3,85	,60	2,102	,081	-
	2,01-2,50	54	3,65	,59			
	2,51-3,00	84	3,51	,66			
	3,01-3,50	68	3,52	,66			
	3,51-4,00	10	3,15	,79			

İşsizlik kaygısının öğrencilerin not ortalamasına göre farklılaşma durumu incelendiğinde, en yüksek kaygı düzeyinin ortalaması 2,00 ve daha az olanlarda (3,85), en düşük kaygı düzeyinin ise ortalaması 3,51-4,00 olanlarda (3,85) olduğu fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmektedir. Genel olarak not ortalaması düştükçe kaygının arttığı söylenebilir.

**Tablo 8.** İşsizlik Kaygısının Ailenin Tutumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Anova Testi Sonuçları

	Ailenin Tutumu	n	x	s.s	F	P	Fark
İşsizlik Kaygısı	Otoriter <sup>(1)</sup>	42	4,01	,59	14,711	,000*	1-2 1-3
	Demokrat <sup>(2)</sup>	157	3,46	,63			
	Çok Serbest <sup>(3)</sup>	31	3,37	,58			

\*p<0,05

İşsizlik kaygısının ailenin tutumuna göre farklılaşma durumu incelendiğinde, en yüksek kaygı düzeyinin otoriter ailede yetişen gençlerde (4,01), en düşük kaygı düzeyinin ise çok serbest ailede yetişen gençlerde (3,37) olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05) görülmektedir. Aynı şekilde demokrat ailelerde yetişen gençlerin kaygı düzeyi (3,46) otoriter ailede yetişen gençlerden daha düşüktür ve bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlıdır.

### 3. SONUÇ VE TARTIŞMA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde eğitim almakta olan öğrencilerin işsizlik kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan Araştırmaya 230 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların %64,8 'ini kadınlar % 35,2'sini erkekler oluşturmaktadır. Ankete katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu mezun olunca iş bulma konusunda endişe duymaktadır. Öğrencilerin işsizlik kaygısı oldukça yüksektir. Alan yazın incelendiğinde de işsizlik kaygısının yüksek olduğu görülmektedir (Zaleski, 1996; Dereli ve Kabataş, 2009; Dursun ve Aytaç, 2009; Saraç, 2015; Tekin ve Korkmaz, 2016; Turaç ve Bayın, 2017).

Araştırma sonuçlarına göre, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerinde işsizlik kaygısının cinsiyet, gelir düzeyi, aile tutumu ve bölümden memnuniyet değişkenlerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Katılımcıların kaygı düzeyleri cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde işsizlik kaygısı kız öğrencilere göre daha yüksektir; fakat bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hammad (2016) ile Dereli ve Kabataş (2009) da Çalışmalarında cinsiyet ile kaygı arasında anlamlı farklılık bulamamıştır. Buna karşın, Tekin ve Korkmaz (2016), Turaç ve Bayın (2017) ve Saraç (2015), Durukan ve Öncel (2013)'in çalışmalarında kız öğrencilerin işsizlik kaygı düzeyleri erkeklere göre yüksek bulunmuştur.

Sonuçlara göre katılımcıların gelir düzeyi düştükçe işsizlik kaygısının arttığı görülmektedir. Alt gelir düzeyinde işsizlik kaygısının (3,88) orta gelir düzeyine (3,50) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Kula ve Saraç (2016) ile Saraç (2015) da kaygı düzeyinin, gelir seviyesi düştükçe arttığını saptamıştır.

Bölüm memnuniyeti değişkeni göz önünde bulundurulduğunda bölümden memnuniyet düzeyi yükseldikçe kaygının azaldığı saptanmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre ailenin tutumunun kaygı düzeyinde oldukça yüksek etkisi olduğu görülmektedir. Otoriter ailede yetişen gençlerde kaygı düzeyi oldukça yüksekken, demokrat ve çok serbest ailede yetişen gençlerde daha düşüktür. Benzer şekilde, Kula ve Saraç (2016) ile Saraç (2015) da ailenin otoriter yapısı artıkça kaygı düzeyinin de arttığını saptamıştır.

Öğrencilerde işsizlik kaygı düzeyinin düşmesi için başta aileler bu duruma tolerans göstermelidir. Öğrenciler ise sürekli kendilerini geliştirmeli ve bu işsizlik durumunun geçici olduğunu bilmelidirler. Aynı zaman da özellikle Sağlık Yönetimi mezunları için istihdam olanakları artırılmalıdır.

### KAYNAKÇA

Çondur, F., Bölükbaş, M. (2014). Türkiye'de İşgücü Piyasası ve Genç İşsizlik- Büyüme İlişkisi Üzerine Bir İnceleme, Amme İdaresi Dergisi, 47 (2), sayfa:77-93.

Dereli, F.; Karataş, S. (2009). Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin İş Bulma Endişeleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi, Yeni Tıp Dergisi, 26: 31-36.

Dursun, S. Aytaç, S. (2009). Üniversite Öğrencileri Arasında İşsizlik Kaygısı, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 28 (1):71-84.

Durukan, K.A.; Öncel, S.Y. (2013). Üniversite Öğrencilerinde İşsizlik Kaygısı Durumunun Değerlendirilmesi, Pdf.

- Hammad, M.A. (2016). Future Anxiety and its Relationship to Students' Attitude toward Academic Specialization, *Journal of Education and Practice* , 7 (15): 54-65.
- Kula, K.Ş.; Saraç, T. (2016). Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13 (33): 227-242.
- Saraç, T. (2015). Ahi Evran Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Kaygısı ve Umutsuzluklarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ahi Evran Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Kırşehir.
- Tekin Tayfun, A , Korkmaz, A . (2016). Üniversite Öğrencilerinde İşsizlik Kaygısı: Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (17), 534-558.
- Turaç, İ., Bayın Donar, G. (2017). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygılarını ve Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 119- 127.
- Yılmaz, Ö. (2005). Türkiye Ekonomisinde Büyüme İle İşsizlik Oranları Arasındaki Nedensellik İlişkisi, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, (2), 63-76.
- Zaleski, Z. (1996). Future Anxiety: Concept, Measurement, And Preliminary Research, *Person Inditcid Diff.*, 21 (2): 165-174.

## ÖRGÜTSEL DÜZEYDE BİR KAVRAM ANALİZİ: BEBEK DOSTU HASTANE

Sevim SİN<sup>1</sup>  
Emine ŞENER<sup>2</sup>

### ÖZET

Günümüzün yaygın bir sorunu olan yetersiz ve dengesiz beslenme; bir yandan bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişmelerini, diğer yandan da toplumun ekonomik ve kültürel gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz etkiler en çok bebeklerde ve çocuklarda görülmektedir. Anne sütü, bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmelerine katkı sağlamanın yanında aile ve ülkeye sosyal ve ekonomik getirileri olan ideal ve vazgeçilmez bir besin kaynağıdır. Anne sütü ile beslenmedeki sorunları en aza indirmek ve tüm yeni doğanların bu mucizevi besinle beslenmesini sağlamak amacıyla WHO ve UNICEF tarafından 1991 yılında Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastane uygulamasını başlatmıştır. Bu çalışmanın amacı, kavram analizini tanımlamak ve kavram analizi yöntemi ile Bebek Dostu Hastane kavramını açıklamaktır. Kavram analizinde, amaç bir kavrama ait çeşitli tanımları, kullanımları, uygulamaları ve kavram ile yakından ilgili diğer kavramları analiz ederek kavramı oluşturan temel unsurları belirlemektir. Bu çalışmada Walker ve Avant (1983) tarafından geliştirilen; 8 aşamalı kavram analizi yöntemi kullanılmıştır. Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesi için Bebek Dostu Hastaneler büyük önem taşımaktadır. Bir örgütsel çaba olarak da “bebek dostu hastane” uygulamalarının derinlemesine çalışılması sürdürülebilirlik adına gereklidir. Yapılan literatür taramaları sonucunda, “bebek dostu hastane” ile ilgili kavramsal düzeyde yeterince çalışma olmadığı görülmüştür. Hastane kavramının geliştirilmesi ve dönüştürülmesi ile ortaya çıkan yeni kavramlardan biri olan bebek dostu hastane, uzun vadede hastane kavramının içinde yer alacak herhangi bir unsur olarak düşünülmektedir. Parçalı (anne dostu, bebek dostu, bakım dostu) yaklaşımlardan sağlığın ve insan haklarının bütünselliği adına vazgeçileceği öngörülmektedir. Dost kavramının hastanelerin güçlü yönlerine atıfta bulunan bir kavram olup olmadığı ise tartışılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek Dostu Hastane, Kavram Analizi, Anne Sütü, Emzirme

### Giriş

Kavramlar, herhangi bir disiplin için bilimsel bilginin veya teorik çerçevelerin temel yapı taşlarıdır. Bir disiplini yönlendiren teorilerin gücü, kavram analizinin kalitesine bağlıdır. Bu nedenle, Araştırma ve teori geliştirmede yeterince veya doğru anlaşılmayan kavramlar kullanılması, güvenilirlik ve geçerliliğin şüpheli olmasına neden olacaktır (Botes, 2002).

Bilimsel bir Araştırmanın amacı, sistematik bilimsel inceleme ve Araştırma süreci boyunca yeni gerçekler veya ilişkiler keşfederek mevcut bilinen bilgiyi artırmak, genellikle bir ‘bilgi birikimi’ sağlamak için girişimde bulunmaktır (Maclead-Clark, Hockey, 1989). Kavram analizi ise, özellikle kavramlar hakkında bilgi birikimine katkıda bulunabilecek bir yöntemdir. Duyarlı bir sürece sahip olan kavram analizi bir kavramı daha iyi anlayabilmek için gereklidir. Kavram analizi kelimelerin netliğe kavuşturulmasını, tanımlanmasını ve anlamlandırılmasını sağlar (Hull, 1981; Norris, 1982; Avant, 1995).

Çeşitli alanlardaki literatürde kullanılan bazı kavramlarda netlik bulunmamaktadır. Bazı kavramlar yeterince açıklanmamıştır. Bu nedenle kavramların doğru bir şekilde analiz edilmesi önem taşımaktadır. ‘Bebek Dostu Hastane’ kavramı literatürde çok yer almayan, yeterince açıklanmamış kavramlardan biridir. Yapılan literatür taramasında Bebek Dostu Hastane kavramına ilişkin herhangi bir kavramsal analize rastlanmamıştır. Bu nedenle anlam ve kullanımı açısından netlik sağlanamamış olan bu kavramın doğru bir şekilde analiz edilmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmada; kavram analizi tanımlanarak kavram analizi aşamalarına uygun şekilde Bebek Dostu Hastane kavramının açıklanması amaçlanmıştır.

Kavram analizi, bir disiplinin ilgi alanına giren kavramların özelliklerini ve niteliklerini açıklığa kavuşturmak için inceleyen bir yöntem ya da yaklaşımı içerir (Cronin ve ark., 2010). Kavram analizinde amaç bir kavrama ait çeşitli tanımları, Kullanımları ve kavram ile yakından ilgili diğer kavramları analiz ederek kavramı oluşturan temel unsurları belirlemektir. Kavram analizi yapabilmek için çeşitli zamanlarda çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu çalışmada Walker ve Avant’ın 8 aşamadan oluşan Kavram Analizi yöntemi kullanılmıştır.

<sup>1</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi

<sup>2</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü, Dr. Öğr. Üyesi



## Yöntem

Kavram, olgular kategorisini temsil eden bir sözcük ya da cümle ile ifade edilen ve bundan dolayı bir olguya göre düşünülmesi biraz zor olan soyut bir düşünce olarak tanımlanmaktadır (Demirtaş ve Bath, 1997). Genel anlamda kavram insan zihninde anamlanan, farklı obje ve olguları değiştirebilen ortak özellikleri temsil eden bir bilgi yapısıdır (Ülgen, 2004). Dolayısıyla bir kavramdan bahsedilirken farklı kişiler için farklı anlamlar ortaya çıkabilir. Bu farklılıkların oluşmasını engellemek amacıyla kavram analizi önemli olabilmektedir.

Kavram analizi basit olarak ifade edilecek olursa, bir disiplinin ilgi alanına giren kavramların özelliklerini ya da niteliklerini açıklığa kavuşturmak için inceleyen bir yöntem ya da yaklaşımı içerir (Cronin et al, 2010). Kavram analizinde kavramı açıklarken ilk üç hedef insan davranışını tanımlama, açıklama ve insan davranışını anlamlandırmayı içerir (Norris, 1982). Kavram analizinde amaç bir kavrama ait çeşitli tanımları, Kullanımları, uygulamaları ve kavram ile yakından ilgili diğer kavramları analiz ederek kavramı oluşturan temel unsurları belirlemektir.

Kavram analizi bir kavramı anlamaya yardımcı olmakla birlikte, karmaşıktır ve bu yöntemi uygulamada yeni olanlar için kafa karıştırıcı olma potansiyeline sahiptir (Cronin et al, 2010). Kavram analizini yapabilmek için çeşitli zamanlarda çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Wilson'ın Kavram Analizi Yöntemi, Rodgers'in Gelişimsel Kavram Analizi, Walker ve Avant'ın Kavram Analizi Yöntemi literatürde yaygın olarak kullanılan kavram analizi yöntemleridir (Aydan, 2017). Çalışmada kavram analizi yöntemleri arasında Kullanımının kolay, adımlarının daha anlaşılır olması nedeniyle Walker ve Avant'ın Kavram Analizi Yöntemi kullanılmıştır.

Walker ve Avant kavram analizinin birincil amacının, bir kavramın tanımlanmış özellikleri ile ilgisiz özellikler arasında ayırım yapmak olduğunu savunmaktadırlar. Bir Araştırmacı bir kavramı izole ettikçe kavramın içyapısını görmek daha kolaydır. Wilson'ın Kavram Analizi yönteminden geliştirilen Walker ve Avant'ın yöntemi, kavram analizi için klasik ve geleneksel bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Walker ve Avant'ın 8 aşamalı kavram analizi yöntemi şu şekildedir:

1. Kavramın seçimi
2. Analizin amacını belirleme
3. Kavramın olası Kullanımlarını belirleme
4. Tanımlayıcı özellikleri belirleme
5. Model bir vaka oluşturma
6. Sınırdaki ve karşıt vaka oluşturma
7. Belirleyici faktörleri ve sonuçları belirleme
8. Ölçüm yollarını belirleme

## Bulgular

### 1. Kavramın Seçimi

Bebek Dostu Hastane kavramı, 1991 yılından bu yana uygulamada olmasına rağmen bu kavram üzerine yeterince Çalışma yapılmadığı görülmüştür. Analiz edilecek kavram olarak, literatürde çok yer almaması, tanımında ve Kullanımında tam bir netlik bulunmaması nedeniyle 'Bebek Dostu Hastane' kavramı seçilmiştir. Google Akademik veri tabanında yapılan taramada örgütsel düzeyde kavram analizi konusunda Türkiye yayınların oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. YÖK Tez Merkezinde ise 'kavram analizi' şeklinde arama yapıldığında 7, 'kavramsal analiz' şeklinde yapılan taramada ise 10 teze ulaşılmıştır. Bebek Dostu Hastane kavramı 1991 yılından bu yana uygulamada olmasına rağmen bu kavram üzerine yeterince Çalışma yapılmadığı görülmüştür.

### 2. Analiz Amacını Belirleme

Bu Çalışmada, Walker ve Avant tarafından geliştirilen model kullanılmıştır. Bu modelde belirsiz terimleri kesin ve işlevsel olarak tanımlamak ve açıklamak hedeflenmektedir. Dolayısıyla, Çalışmada yapılan kavram analizinin amacı 'Bebek Dostu Hastane' kavramının tanımlanması ve anlaşılabilirliğinde netlik sağlanmasıdır.

### 3. Kavramın Olası Kullanımlarını Belirleme

Anne ve çocuk sağlığı ve beslenme alanlarında dünya genelinde Çalışmalar yürüten Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, çocuk beslenmesine ilişkin uygulamaların düzeltilmesi gereğinin bilinciyle, 1991 yılında 'Bebek Dostu Hastane' programını gündeme getirdiler. Bu program '10 Adımda Başarılı Emzirme' ilkelerinin uygulanması ile bebeğin anne sütü ile beslenmesini sağlamayı, emzirmeyi özendirmeyi ve desteklemeyi amaçlamıştır. Bebek Dostu Hastaneler, emzirme konusundaki eğitim ve danışmanlık hizmetlerini daha sistemli ve etkili bir şekilde vermeyi taahhüt eden hastanelerdir.

### 4. Tanımlayıcı Özellikleri Belirleme

10 Adımda Başarılı Emzirme stratejileri çerçevesinde değerlendirilen; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş Sağlık personeli yardımıyla annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler 'bebek dostu' unvanını almaktadır.

Bebek Dostu Hastaneler Çalışmasının hedef grubu; öncelikle hastane (devlet, özel, üniversite hastaneleri), aile hekimlikleri, Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'nde görevli tüm Sağlık personeli ve bunların hizmet götürdüğü annelerdir.

#### Kavramın Etrafındaki Kavramlar

Literatürde Bebek Dostu Hastane kavramına yeterince yer verilmemesi nedeniyle kavramı tek başına açıklamak yetersiz olacaktır. Kavramın etrafında yer alan anne sütü, emzirme, dost kavramları Bebek Dostu Hastane kavramını açıklamaya yardımcı olacaktır.

Anne sütü, yeni doğan bebeğin altı ay boyunca hemen hemen tüm ihtiyaçlarına cevap veren fizyolojik bir besindir. Annelerin emzirmeye başlamaları ve başarıyla sürdürmeleri için bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır. Bu bilgi ve desteği sağlamak, anne sütüne teşvikte bulunmak amacıyla Bebek Dostu Hastanelerin önemi büyüktür.

Emzirme, dünyanın birçok yerinde ve ülkemizde anneler tarafından oldukça tercih edilen bir yöntem olmasına rağmen, etkili emzirmenin sağlanması ve sürdürülmesi konusunda birtakım sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunları en aza indirmek ve tüm yeni doğanların anne sütü ile beslenmesini sağlamak amacıyla Bebek Dostu Hastane programı başlatılmıştır.

Dost kavramı, işletmelerde güven algısı oluşturmaktadır. Etkili ve işlevsel işletmelerde güven, gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Bu bağlamda bebek dostu hastane, anne dostu hastane, bakım dostu hastane, çevre dostu hastane gibi kavramlar günümüzde giderek artmaktadır.

### 5. Model Vakanın Oluşturulması

1995 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Bebek Dostu unvanı verilen hastanenin amacı tüm doğan bebeklerin anne sütü almasını ve bu sayede kendine güvenen Sağlıklı nesiller yetişmesini sağlamaktır. Bu amaçlar doğrultusunda verilen hizmetler şu şekildedir:

Bebek Dostu Hastane olarak yazılı bit emzirme politikası bulundurmak ve tüm personeli bu doğrultuda eğitmek, hamilelere anne sütü ve emzirme konusunda eğitim vermek, anne ile bebeğin aynı odada kalmasını sağlamak, bebek her istediğinde emzirmeye teşvik etmek, anne sütü dışında ek gıda, emzik, biberon vermemek ve bunların Pazar oluşumunu engellemektir.

### 6. Sınırdaki Vakanın Oluşturulması

Bebek Dostu Hastane kriterlerinin hepsini taşımayan hastanelerdir. Örnek vakada bir hastane anne ile bebeğin 24 saat aynı odada kalması şartını sağlayamaması ve anne taburcu olduktan sonra emzirme konusunda bilgilendirme ve danışmanlık yapmaması nedenleriyle Bebek Dostu unvanı alamamıştır.

#### Karşıt Vaka

Bebek Dostu Hastane olma kriterlerini taşımayan hastanelerdir. Örnek vakada hastanenin emzirmeye ilişkin yazılı bir politikası bulunmamakta, Sağlık personelleri bu hususta eğitilmemekte, annelere emzirme hakkında bilgi verilmemekte, anne ile bebeğin 24 saat aynı odada kalabilecekleri ortam sağlanamamakta, anneler ek gıda hakkında bilgilendirilmemektedir.

## 7. Belirleyici Faktörleri ve Sonuçları Belirleme

Hazırlayıcı özellikler, kavramın oluşmasını ve ortaya çıkmasını sağlayan özelliklerdir. Sonuçlar ise kavram oluştuktan sonra ortaya çıkan özelliklerdir. Bebek dostu hastane kavramının hazırlayıcı, tanımlayıcı özellikleri ve sonuçlar şu şekildedir:

### Hazırlayıcı Özellikler

- Emzirmenin yararları
- Anne sütüne teşvik
- Anne ile bebeğin sağlığı
- Anne sütünün üstünlükleri
- Bebek ölüm oranları
- Hastane kalite standardizasyonu

### Tanımlayıcı Özellikler

- Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika
- Politika doğrultusunda tüm Sağlık personeline eğitim
- Başarılı Emzirmede 10 Adım' ilkesi
- Ek gıdaya ilişkin Pazar oluşumunu engelleme
- Gönüllülük ve bütünsellik
- Emzirme eğitimi ve danışmanlık hizmeti

### Sonuçlar

- Anne sütüyle beslenmeyen bebeklerin büyüme ve gelişmesinde gerilik
- Bebek Dostu Hastanede doğum yapan annelerin daha iyi emzirme başarısı
- Emziren annelerde meme ve rahim kanserine yakalanmada düşük risk
- Anne sütünden yararlanan bebeklerde ileri yaşlarda gelişebilecek hastalıklara yakalanmada düşük risk

## 8. Ölçüm Yollarını Belirleme

Araştırmada Bebek Dostu Hastanelerin ölçüm yolları ile ilgili bilgiye ulaşabilmek için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne gidilerek konuyla ilgili yetkili kişilerle görüşme yapılmıştır.

Bebek Dostu kuruluşlar ve Bebek Dostu olmaya aday kuruluşlar için ölçüm 'Kendi Kendini Değerlendirme Formu' ile yapılmaktadır. Bebek Dostu olmayan kuruluşlara unvan Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından verilmektedir. Bebek Dostu olan kuruluşların denetimi ise İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır.

### Sonuç ve Öneriler

Günümüzün yaygın bir sorunu olan yetersiz ve dengesiz beslenme; bir yandan bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişmelerini diğer yandan da toplumun ekonomik ve kültürel gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz etkiler en çok bebeklerde ve çocuklarda görülmektedir. Anne sütü, bebeklerin Sağlıklı büyüme ve gelişmelerine katkı sağlamanın yanında aile ve ülkeye sosyal ve ekonomik getirileri olan ideal ve vazgeçilmez bir besin kaynağıdır. Anne sütü ile beslenmedeki sorunları en aza indirmek ve tüm yeni doğanların bu besinle beslenmesini sağlamak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu tarafından 1991 yılında Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastane uygulamasını başlatmıştır.

Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesi için Bebek Dostu Hastaneler büyük önem taşımaktadır. Bir örgütsel çaba olarak da 'Bebek Dostu Hastane' uygulamalarının derinlemesine çalışılması sürdürülebilirlik adına gereklidir. Yapılan literatür taramaları sonucunda, 'Bebek Dostu Hastane' ile ilgili kavramsal düzeyde yeterince Çalışma olmadığı görülmüştür. Hastane kavramının geliştirilmesi ve dönüştürülmesi ile ortaya çıkan yeni kavramlardan biri olan Bebek Dostu Hastane, uzun vadede hastane kavramının içinde yer alacak herhangi bir unsur olarak düşünülmektedir. Parçalı (anne dostu, bebek dostu, bakım dostu) yaklaşımlardan sağlığın ve insan haklarının bütünselliği adına vazgeçileceği öngörülmektedir. Dost kavramının hastanelerin güçlü yönlerine atıfta bulunan bir kavram olup olmadığı ise tartışılmalıdır.

## Kaynaklar

- Aydan, S. (2017). Sağlık Sektöründe Etik İklim ve Örgütsel Güvenin İhbarcılık (Whistleblowing) Niyeti Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.
- Bayram, F. (2009). Postpartum Dönemdeki Annelerin Anne Sütünün Önemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Afyon.
- Postacı, G., İnal, S. (2015). Bebek Dostu Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin, Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Bebeklerin Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi. HSP, 2(3): 260-270.
- Botes, A. (2002). Concept Analysis: Some Limitations and Possible Solutions. Curationis. 25(3), 23-7.
- Coşkun, T. (2003). Anne Sütü Beslenme. Katkı Pediatri Dergisi, 2:163-83.
- Cronin, P., Ryan, F. And Coughlan, M. (2010). Concept Analysis in Healthcare Research. International Journal of Therapy and Rehabilitation 17(2): 62-68.
- Çelebioğlu, A., Tezel, A., Özkan, H. (2006). Bebek Dostu Olan ve Olmayan Hastanelerde Emzirme Durumunun Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9-3.
- Demirtaş, A., Barth, L.J. (1997). İlköğretim Sosyal Bilgiler Öğretimi. Ankara: Yök/Dünya Bankası Milli Eğitim Geliştirme Projesi Hizmet Öncesi Öğretmen Eğitimi.
- Durduran, Y. (2013). İntörnlerin Anne Sütü ile Bebek Dostu Hastane Uygulaması ile İlgili Bilgi ve Farkındalık Durumu. SDÜ Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi Dergisi, 20(1):23-6.
- Er, P. (2001). Annelerin Bebek Beslenmesi Konusuna İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları. Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Hull, R.T. (1981). Responsibility and accountability analyzed. Nursing Outlook, 29(12), 707-712.
- Irmak, N. (2016). Anne Sütünün Önemi ve İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Vermeyi Etkileyen Unsurlar. Journal Turk Family Phy, 7(2):27-31.
- Macleod-Clark, J., Hockey, L. (1989). Further Research for Nursing London: Scutari Press.
- Norris. C.M. (1982), Concept Clarification in Nursing. Rockville; Aspen Systems.
- Orun, E. (2010). Factors Associated With Breastfeeding Initiation Time in a Baby-Friendly Hospital. Turk Journal Pediatrc, 52:10-6.
- Samur, G. (2008). Anne Sütü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726, Ankara.
- Ülgen, G. (2004). Kavram Geliştirme. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

## SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA YAPILAN AKADEMİK ÇALIŞMALAR ÜZERİNE BİR ANALİZ

Erdal EKE<sup>1</sup>  
Mustafa ZEYBEK<sup>2</sup>  
Dolunay Özlem KİLİT<sup>3</sup>

### ABSTRACT

There are many international and national journals in the field of health management. The fields and subjects studied in these journals are important for today's health management studies. The aim of this study is to compare the articles published in two national and international journals in the field of health management from a comparative perspective. Using the bibliometric analysis method, the published numbers of the Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi and International Journal of Healthcare Management between 2013-2017 were examined. At the end of the study, International Journal of Healthcare Management comes to the fore in terms of number of articles, number of authors and use of qualitative methods. In terms of the methods of the articles, it was found that the number of studies in both journals was higher in the applied method. In addition, it has been determined that the quantitative method is used extensively in the studies, and the main areas such as health services, management and organization and human resources are studied more.

**Key Words:** Health Management, Academic Journal, Bibliometric Analysis.

### 1. GİRİŞ

Bilimsel Çalışmalar, bir sorunu çözmek, yeni bilgiler elde etmek, sosyal ve kültürel yapıları ortaya koymak ve açıklamak için yapılır. Tüm Araştırmalar daha önce yapılmış bilimsel Çalışmaların üzerine kurularak gerçekleştirilir. Bu nedenle daha önce yapılmış Çalışmalardan haberdar olunması önem taşımaktadır. Akademik dergilerde Araştırma Sonuçlarının yayımlanması ve duyurulması konusunda bir göreve sahiptir (Uçak ve Birinci, 2008: 188).

Akademik dergiler, belirli bir periyotta yayımlanan bir Araştırma, yorum, akım veya bir disiplin gibi Çalışmaların ya da bilgilerin yer aldığı yayımlar olarak tanımlanmaktadır (Reitz, 2014). Bilimsel hayatın en önemli parçalarından olan akademik dergicilik, akademisyenlerin yaptıkları çalışmalar kapsamında ortaya çıkan bilginin diğer Araştırmacılara aktararak bilimsel alanda duyurulması, bilgilerin başkaları tarafından test edilebilmesi ve ortaya çıkan fikirlerin geliştirilmesi Açısından önemli bir noktadır (Okerson, 1991: 5; Çelik Bağcı, 2007: 212).

Ülkeler arası akademik Çalışmaların Karşılaştırılması da ilgili alandaki konu ve sorunların işlenmesi ve küresel gelişmelerden haberdar olunması Açısından ciddi bir öneme sahiptir. Sağlık yönetimi alanı da niteliği Açısından akademik Araştırmaların ve yayımların yapıldığı temel alanlardan birisidir. Hem Türkiye'de hem de yurt dışında bu alanla ilgili çok sayıda dergi faaliyet göstermektedir. Bu dergilerde yapılan yayımlarda Çalışmanın konusu/alanı ve yöntemi gibi bazı hususlar öne çıkmaktadır.

Sağlık yönetimi alanında incelenen dergiler kapsamında akademisyenlerin gerçekleştirdiği Çalışmalar 10 konu/alan etrafında şekillendiği söylenebilir. Bu konular/alanlar şunlardır: Sağlık iletişimi, Sağlık hizmetleri, insan kaynakları, Sağlık ekonomisi ve finansman, yönetim ve organizasyon, Sağlık turizmi, Sağlık bilgi ve teknolojileri, Sağlık sosyolojisi, Sağlık politikası ve Sağlıkta kalite. Sağlık yönetimi alanında yer alan bu konular çeşitli Araştırma yöntemleri ile gerçekleştirilmektedir.

Sağlık yönetimi alanında nitel ve nicel Araştırma yöntemlerinin ve bu iki yöntemin birleşimi olarak da karma yöntemin kullanıldığı ifade edilebilir. Nitel yöntem bir sorunun ya da olgunun nasıl gerçekleştiğini anlamak veya çözmek amacıyla sorular sormak ve soruları cevaplayabilecek bilgiler toplayarak elde edilen bilgileri yorumlamak suretiyle bir sonuca ulaşmayı ifade etmektedir (Yıldırım, 1999: 7). Nicel

<sup>1</sup> Suleyman Demirel University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Health Care Management, erdaleke@sdu.edu.tr

<sup>2</sup> Bilecik Şeyh Edebali University/ Medical Documentation and Secretarial//Turkey/mz-zeybek@hotmail.com

<sup>3</sup> Bandırma Onyedü Eylül University/ Health Care Management/ Turkey/ dolunaykilit@hotmail.com

yöntem ise sübjektiflikten uzak olarak örneklemeden evrene genellenebilen deneysel ve istatistiksel tekniklerin kullanıldığı bir Araştırma yöntemidir (Altıparmak ve Nakiboğlu, 2005: 355).

Çalışmanın içeriğinde Sağlık Yönetimi alanında yayım yapan Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ile International Journal of Healthcare Management'ın çeşitli konularda içeriklerinin bibliyometrik olarak analizi yer almaktadır.

## **2. METODOLOJİ**

### **2.1. Araştırmanın Amacı**

Bu Çalışmanın amacı, Sağlık yönetimi alanında yayınlanan Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ile International Journal of Healthcare Management'ın içeriklerinin analiz edilmesi ve son yıllarda bu alanda yurt içi ve yurtdışında Çalşılan konuların ve yöntemlerin karşılaştırmalı bir betimlemesini sağlamaktır.

### **2.2. Yöntem**

Çalışmada, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ile International Journal of Healthcare Management'ın 2013-2017 yılları arasındaki sayılarının içeriklerinin bibliyometrik analizi çerçevesinde bir yöntem izlenmiştir. Bibliyometrik analiz, kitaplara ya da diğer yayın organlarına çeşitli istatistiksel yöntemlerin uygulanması (Pritchard, 1969: 348) veya *“belirli bir alanda belirli bir dönemde ve belirli bir bölgede kişiler ya da kurumlar tarafından üretilmiş yayınların ve bu yayınlar arasındaki ilişkilerin sayısal olarak analizi”* (URL 1) olarak tanımlanan ve bu tür çalışmalarda kullanılan bir analiz türüdür.

### **2.3. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2013, 2014 ve 2015 yıllarında yılda 2, 2016 ve 2017 yıllarında da yılda 4 kez olmak üzere toplamda 14 sayı yayınlandığı tespit edilirken; International Journal of Healthcare Management ise yılda 4 kez olmak üzere toplamda 20 sayı yayınlanmıştır. Dolayısıyla her iki dergide yayınlanan toplam makale ve sayı Açısından ciddi bir farklılık bulunması durumu söz konusudur. Bu durum, dergilerin içerikleri Açısından Çalışma kapsamındaki Karşılaştırmalı analizin bulguları üzerinde bir sınırlılık teşkil etmektedir.

## **3. BULGULAR VE DEĞERLENDİRME**

Çalışma kapsamında Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ile International Journal of Healthcare Management'ın 2013-2017 yılları arasındaki sayıları doğrultusunda yıllara göre toplam makale sayısı, dergilerde yer alan makalelerin yıllara göre konu dağılımı, yazar sayıları, çalışma türü (teorik, uygulamalı) ve makalelerin gönderildiği ülke dağılımı olmak üzere sayısal veriler görsel hale getirilmiş ve yorumlanmıştır.

Çalışmada incelenen ilk husus, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ile International Journal of Healthcare Management dergisinde yıllara göre yayınlanan makale sayısıdır.

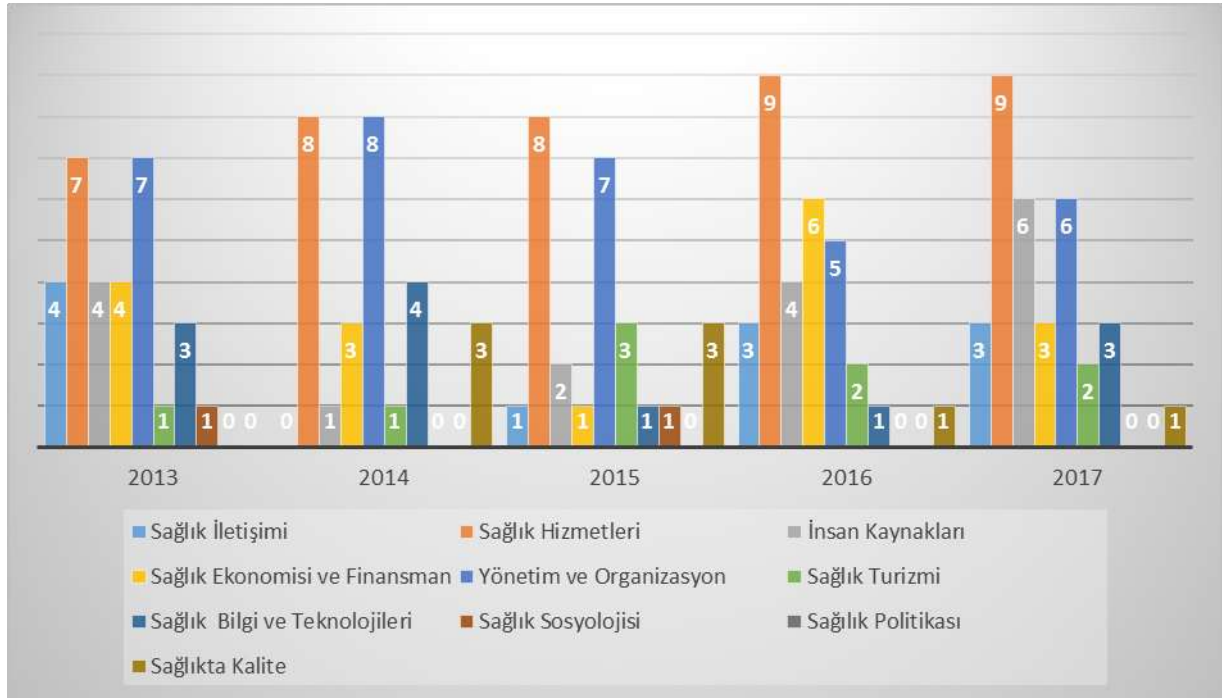
**Grafik 1: Yıllara Göre İncelenen Toplam Makale Sayısı**



**Kaynak:** Grafik yazarlar tarafından Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi (URL 2) ile International Journal of Healthcare Management'ın (URL 3) arşiv kısımları incelenerek oluşturulmuştur.

Grafik 1 incelendiğinde, International Journal of Healthcare Management Dergisinin hem yıllara göre hem de toplamda Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinden daha fazla makale yayınladığı tespit edilmiştir. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi yıllara göre yayınladığı makale sayısını önemli ölçüde artırırken, International Journal of Healthcare Management Dergisinde ise bu trendin daha durağan ve yakın oranlarda ilerlediği tespit edilmiştir. Ayrıca toplamda International Journal of Healthcare Management Dergisinin Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisine göre yayın sayısı bakımından önemli bir yoğunluğa sahip olduğu görülmektedir.

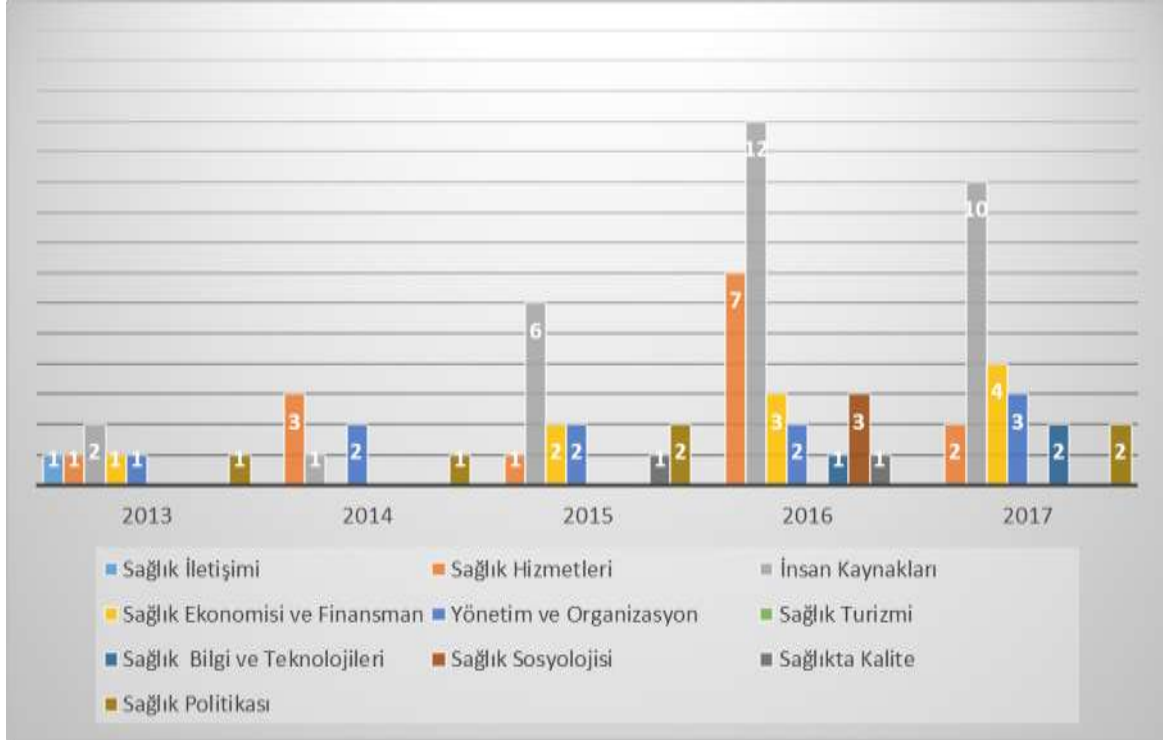
**Grafik 2: International Journal of Healthcare Management Dergisinde Yer Alan Makalelerin Yıllara Göre Konu Dağılımı**



Akademik yayınlar bakımından en önemli konulardan birisi, hiç kuşkusuz dergilerde yayınlanan makale Çalışmalarındaki konu dağılımlarıdır. Grafik 2, International Journal of Healthcare Management Dergisinde 2013-2017 yılları arasında yayınlanan sayılarda yer alan makalelerin Sağlık yönetimi

alanındaki temel alan ve konulara göre dağılımını göstermektedir. Makalelerin temel odaklandıkları konular incelenmiş ve Sağlık hizmetleri, yönetim ve organizasyon, sağlık politikası, Sağlık iletişimi, Sağlık turizmi, Sağlıkta kalite, insan kaynakları, Sağlık bilgi ve teknolojileri, Sağlık ekonomisi ve finansman ile Sağlık sosyolojisi temalar oluşturulmuştur. Bu bağlamda 2013-2017 yılları arasındaki sayılar Açısından Sağlık hizmetleri, yönetim ve organizasyon ile insan kaynakları konularının ilk üç sırayı oluşturduğu tespit edilmiştir. Daha detaylı bir şekilde bakıldığında ise 2013 ve 2014 yıllarında yönetim ve organizasyon ile Sağlık hizmetlerinin eşit sayıda, 2015 yılında Sağlık hizmetleri ile yönetim ve organizasyon, 2016 yılında Sağlık hizmetleri ile Sağlık ekonomisi ve finansman, 2017 yılında ise Sağlık hizmetleri, insan kaynakları ile yönetim ve organizasyon alanlarının öne çıktığı ve bu konuların yoğun bir şekilde çalışıldığı belirlenmiştir.

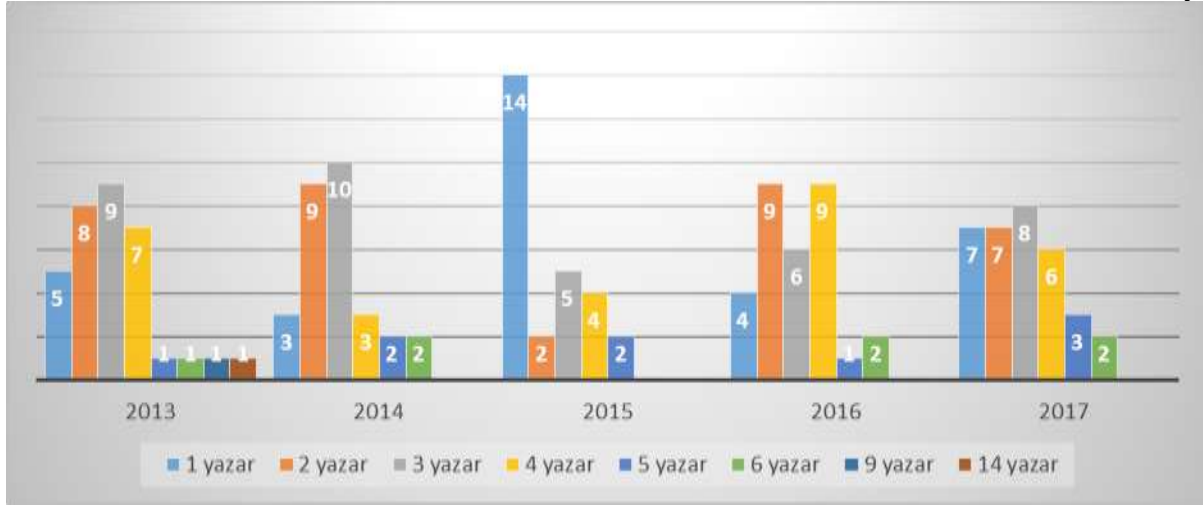
**Grafik 3: Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde Yer Alan Makalelerin Yıllara Göre Konu Dağılımı**



Grafik 3, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde 2013-2017 yılları arasında yayınlanan sayılarda yer alan makalelerin Sağlık yönetimi alanındaki temel alan ve konulara göre dağılımını göstermektedir. Grafik 2’de betimlenen International Journal of Healthcare Management Dergisindeki temel alan ve konuları ile entegre olması açısından aynı kategoriler takip edilmiştir. Bu bağlamda 2013-2017 yılları arasındaki sayılar Açısından insan kaynakları, Sağlık hizmetleri, yönetim ve organizasyon ile Sağlık ekonomisi ve finansman konularının ilk üç sırayı oluşturduğu tespit edilmiştir. Daha detaylı bir şekilde bakıldığında ise 2013, 2015, 2016 ve 2017 yıllarında insan kaynakları konusunun, 2014 yılında ise Sağlık hizmetleri alanlarının öne çıktığı ve bu konuların yoğun bir şekilde çalışıldığı belirlenmiştir.

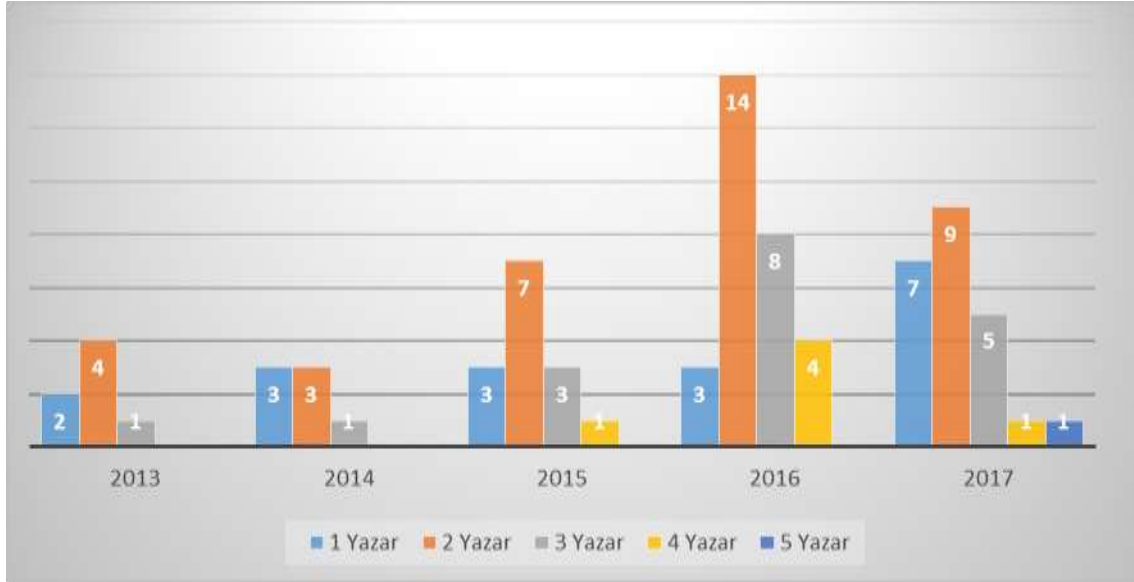


**Grafik 4: International Journal of Healthcare Management Yer Alan Makalelerin Yıllara Göre Yazar Sayıları**



Akademik yayınlar bakımından bir diğer önemli konu ise yayınlanan makalelerdeki yazar sayılarıdır. Grafik 4, International Journal of Healthcare Management Dergisinde 2013-2017 yılları arasında yayınlanan makalelerin yazar sayısına göre 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 ve 14 şeklinde kategorize edilmiştir. 2013, 2014 ve 2017 yıllarında yayımlanan makalelerin yazar sayıları açısından 3 yazarlı makale sayısının daha fazla olduğu anlaşılmıştır. 2015 yılında bir yazar kategorisinin, 2016 yılında ise iki ve dört yazar kategorisinin eşit sayıda olduğu ve öne çıktığı tespit edilmiştir. 2013 yılındaki makaleler kapsamında on dört ve dokuz yazarlı Çalışmaların yer aldığı belirlenmiştir. Genel hatlarıyla değerlendirildiğinde ise yazar sayısı açısından üç yazarlı makale kategorisi( $f=38$ ), iki yazarlı makale kategorisi( $f=35$ ) ile tek yazarlı makale kategorisinin( $f=33$ ) ilk üç sırada yer aldığı gözlemlenmiştir.

**Grafik 5: Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde Yer Alan Makalelerin Yıllara Göre Yazar Sayıları**



Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinin 2013-2017 yıllarında yayınlanan makaleler yazar sayıları tek yazarlı, iki yazarlı, üç yazarlı, dört yazarlı ve beş yazarlı kategorileri açısından Grafik 5'te betimlenmiştir. İlk olarak 2013, 2015, 2016 ve 2017 yıllarında iki yazarlı makalelerin, 2014 yılında ise iki ve tek yazarlı makale kategorisinin öne çıktığı belirlenmiştir. Çok yazarlılık kültürü Açısından değerlendirildiğinde 2015, 2016 ve 2017 yıllarında dört yazarlı makalenin( $f=6$ ) yer aldığı, diğer taraftan ise yine 2017 yılında beş yazarlı bir makalenin yayımlandığı tespit edilmiştir. Yazar sayısı Açısından toplamda en çok iki yazarlı kategorisinin( $f=37$ ) öne çıktığı, ayrıca tek yazarlı ve üç yazarlı makale kategorisinin( $f=18$ ) eşit sayıda olduğu gözlemlenmiştir. Grafik 4 ve Grafik 5'te yer alan bulgular Karşılaştırmalı değerlendirildiğinde ise International Journal of Healthcare Management Dergisinde en çok üç yazarlı

makale kategorisi öne çıkarken, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde ise en çok iki yazarlı makale kategorisinin yoğunlaştığı tespit edilmiştir.

**Tablo 1. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde Yayınlanan Makalelerin Çalışma Yöntemine Göre Dağılımı**

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi			2013	2014	2015	2016	2017	Toplam
ÇALIŞMA YÖNTEMİ	TEORİK		2	1	1	8	3	15
	UYGULAMALI	Nitel	---	1	---	2	1	4
		Nicel	5	4	12	19	19	59
		Karma	---	1	1	---	---	2
Toplam			7	7	14	29	23	80

Akademik Çalışmalar açısından en önemli konulardan birisi, hiç kuşkusuz Çalışmanın yöntemidir. Tablo 1, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde yayınlanan makalelerin yöntemlerine göre dağılımını göstermektedir. Bu bağlamda Çalışma yöntemi açısından en çok uygulamalı Çalışmaların yayınladığı (f=65) ve bu uygulamalı Çalışmaların alt kategorisinde de nicel Çalışmaların nitel ve karma Çalışmalara göre açık ara (f=59) önde olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan ise teorik Çalışmaların 2013-2017 yılları arasındaki seyrinin uygulamalı Çalışma yöntemine göre daha düşük düzeyde kaldığı anlaşılmıştır.

**Tablo 2. International Journal of Healthcare Management Dergisinde Yayınlanan Makalelerin Çalışma Yöntemine Göre Dağılımı**

International Journal of Healthcare Management			2013	2014	2015	2016	2017	Toplam
ÇALIŞMA TÜRÜ	TEORİK		8	4	1	6	9	28
	UYGULAMALI	Nitel	8	13	10	4	8	43
		Nicel	14	11	16	20	16	77
		Karma	1	---	---	1	---	2
Toplam			31	28	27	31	33	150

Tablo 2 ise International Journal of Healthcare Management Dergisinde yayınlanan makalelerin yöntemlerine göre dağılımını göstermektedir. Çalışma yöntemi Açısından değerlendirildiğinde Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde de görüldüğü üzere yine en çok uygulamalı Çalışmaların yayınladığı (f=122) ve bu uygulamalı Çalışmaların alt kategorisinde de nicel Çalışmaların (f=77) nitel ve karma Çalışmalara göre daha önde olduğu tespit edilmiştir. Bir başka bulgu, Çalışmaya konu olan iki dergide yayınlanan makalelerin nitel Çalışma seviyesi ile ilgilidir. Buna göre Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisindeki nitel Çalışma sayısı ve bu sayının toplam içindeki oranı, International Journal of Healthcare Management Dergisi kapsamındaki nitel Çalışma sayısı ve bu sayının toplam içindeki oranına göre çok daha düşük seyretmektedir. Diğer bir ifadeyle iki derginin yayınlarının nitel Çalışma yöntemi açısından Sağlık yönetimi alanında Çalışan yabancı araştırmacıların Türkiye'dekilere göre daha fazla nitel yöntemi tercih ettiği söylenilebilir.

**Tablo 3. International of Healthcare Management Dergisinde Yer Alan Makalelerin Gönderildiği Ülkelerin Sayısı<sup>1</sup>**

Sayı	Ülkeler	Makale Sayısı
1	<u>ABD</u>	42
2	Hindistan	14
3	Portekiz	11
4	Avustralya	10
5	Hollanda	9
	İngiltere	
6	İtalya	6
	Suudi Arabistan	
7	Kanada	5
	Belçika	
	Avusturya	
	Almanya	
	<u>Türkiye</u>	
8	İran	4
	İspanya	
	Malezya	
9	Nijerya	3
	İsveç	
	Norveç	
10	Fransa	2
	İsviçre	
	Brezilya	
	Japonya	
	Güney Afrika	
	Birleşik Arap Emirlikleri	
	Tayvan	
11	Rusya	1
	İrlanda	
	Gana	
	Arnavutluk	
	Endonezya	
	Estonya	
	Tayland	
	Katar	
	Tayvan	
	Tunus	
	Singapur	
	Fas	

Çalışma kapsamında incelenen bir başka husus da Tablo 3’ de yer alan International of Healthcare Management Dergisinde yayınlanan makalelerin gönderildiği ülkelerdir. Bu incelemede en fazla makalenin ABD’li yazarlar (f=42) tarafından gönderildiği saptanmıştır. ABD’nin ardından ikinci sırada Hindistan (f=14), üçüncü sırada Portekiz (f=11), dördüncü sırada Avustralya (f=10) ve beşinci sırada da

<sup>1</sup>Dergiye gönderilen makalelerin gönderildiği ülkeler yazarların çalıştıkları kuruma göre belirlenmiştir. Birden fazla olan yazarlar aynı makalede tek bir ülke olarak baz alınmıştır. Örneğin üç yazarlı bir makalede 2’si ABD, bir tanesi Türkiye ise bir ABD bir Türkiye olarak hesaplanmıştır.

Hollanda ve İngiltere (f=9) yer almaktadır. Türkiye ise bu sıralamada Kanada, Belçika, Avusturya ve Almanya (f=5) ile birlikte yedinci sırada yer almaktadır.

#### 4. SONUÇ

2013-2017 yılları arasında bibliyometrik analiz yöntemiyle Hacettepe Sağlık İdaresi dergisi ve International Journal of Healthcare Management incelenmiştir. Çalışma sonunda dergiler, yıllara göre makale ve yazar sayıları, çalışılan konuların dağılımı, Araştırma yöntemlerinin Kullanımı ve makalelerin gönderildiği ülkeler baz alınarak analiz yapılmıştır.

Yıllara göre makale sayıları incelendiğinde Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi yıllara göre makale sayısını artırırken International Journal of Healthcare Management daha durağan sayıda makalelerin olduğu saptanmıştır. Ancak toplamda yayın sayısında International Journal of Healthcare Management'ın daha önde olduğu görülmüştür.

Dergilerde Çalışılan konular incelendiğinde International Journal of Healthcare Management'de Sağlık hizmetleri, yönetim ve organizasyon ile insan kaynakları konularının ilk üç sırayı oluşturduğu görülmüştür. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde ise insan kaynakları, Sağlık hizmetleri, yönetim ve organizasyon ile Sağlık ekonomisi ve finansman konularının ilk üç sırayı oluşturduğu tespit edilmiştir.

Makalelerin yazar sayıları da Karşılaştırıldığında International Journal of Healthcare Management'da 14 yazara kadar makale yer almaktadır. Genel hatlarıyla değerlendirildiğinde ise yazar sayısı açısından üç yazarlı makale kategorisi(f=38), iki yazarlı makale kategorisi(f=35) ile tek yazarlı makale kategorisinin(f=33) ilk üç sırada yer aldığı gözlemlenmiştir. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisinde ise en fazla 5 yazarlı Çalışma yer almaktadır. Yazar sayısı Açısından toplamda en çok iki yazarlı kategorisinin(f=37) öne çıktığı, ayrıca tek yazarlı ve üç yazarlı makale kategorisinin(f=18) eşit sayıda olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, International Journal of Healthcare Management'da yer alan akademik yayınlarda çoklu yazar seçeneğinin ve ortak Çalışma kültürünün bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Yayınlanan Çalışmalarda Araştırma yöntemi olarak nitel yöntem Kullanımı açısından International Journal of Healthcare Management dergisinin öne çıktığı, makalelerin yöntemleri Açısından her iki dergide de uygulamalı yöntem kapsamındaki Çalışma sayısının fazla olduğu ve ayrıca nicel yöntemin yoğun olarak çalışmalarda kullanıldığı görülmüştür.

Son olarak da uluslararası yayın yapan International of Healthcare Management'a gönderilen makalelerin yazarlarının bulunduğu ülkeler incelendiğinde en fazla makale ABD'den gönderilmiştir. Türkiye ise bu sıralamada 7. sırada yer almaktadır. Bu incelemeye göre Türkiye'de yapılan akademik Çalışmaların uluslararası alanda daha fazla yer alması gerekliliği ifade edilebilir.

#### KAYNAKÇA

- Altıparmak, M., ve Nakiboğlu, M., (2005), Fen Bilimleri Eğitimi Lisansüstü Tez Çalışmalarında Uygulanan Nitel Ve Nicel Yöntemler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (17): 355-358
- Çelik Bağcı, E. (2007), "Türkiye'de Bilimsel Dergiciliğin Yeniden Yapılanması İçin Bir Öneri". İçinde O. Yılmaz (Ed.)," *Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 5. Ulusal Sempozyum Bildirileri-2007*, 19, 212-215.
- Okerson, A. (1991), "The Electronic Journal: What, Whence, and When?", *Public Access-Computer Systems Review*, 2(1): 5
- Pritchard, A., (1969), Statistical Bibliography or Bibliometrics?, *Journal of Documentation*, 25: 348-349.
- Reitz, J. M., (2014), Dictionary for Library And Information Science. ABC-CLIO Cooperate (Erişim Tarihi: 11.07.2019)
- Uçak, N. Ö., ve Birinci, H.G., (2008), Bilimsel Etik ve İntihal, *Türk Kütüphaneciliği*, 22(2): 187-204  
URL 1, <http://cabim.ulakbim.gov.tr/bibliyometrik-analiz/bibliyometrik-analiz-sikca-sorulan-sorular/> (Erişim Tarihi:15.07.2018).
- URL 2, <http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/> (Erişim Tarihi:15.07.2018).
- URL 3, <https://www.tandfonline.com/loi/yjhm20> (Erişim Tarihi:15.07.2018).
- Yıldırım, A., (1999), Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri Ve Eğitim Araştırmalarındaki Yeri Ve Önemi, *Eğitim ve Bilim*, 23(112): 7-17.



## INVESTIGATION OF PROFESSIONAL SELF-RESPECT AND FUTURE CONCERNS OF HEALTH ADMINISTRATION STUDENTS

### SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ BENLİK SAYGISI VE GELECEK KAYGILARININ İNCELENMESİ

Müjdat YEŞİLDAL [1]

Damla Nur SÜSÜN [2]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The choice of profession for students who come to university age affects their whole life and shapes their hopes about their profession. For this reason, the profession of the individual should be in accordance with his / her own self. In this study, is the relationship between professional self-esteem of health management students and Beck hopelessness levels differentiate according to socio-demographic characteristics?

**The purpose of the Study:** The aim of this study is to examine the professional self-esteem of health management students and their future concerns regarding the health management profession.

**Method:** This study was carried out with a questionnaire on health management department of Selçuk University in Konya. Professional self-esteem scale and Beck hopelessness scale were used in the questionnaires. A total of 250 students, 1, 2, 3 and 4 years of health management participated in the study.

**Results and Results:** The data obtained from the questionnaire were analyzed in SPSS version 22 application. The analyzes were applied to the variables in the form of t-test and ANOVA test. As a result of the analyzes, there was a significant difference between the self-esteem and the self-esteem of the health management profession. It was found out that there was a significant difference in terms of professional self-esteem and Beck hopelessness scale. As a result of the ANOVA test, a significant difference was found between the high school graduates and Beck hopelessness scale.

**Key words:** Vocational Self-Esteem, Future Anxiety,

[1] Selçuk University/Healthy Care Management/Turkey/ [mujdatyesildal@gmail.com](mailto:mujdatyesildal@gmail.com)

[2] Selçuk University/Healthy Care Management/Turkey/

## 1. GİRİŞ

Kişinin kendisine uygun bir meslek seçimi ileriki yaşamını sürdürmesi ve mesleğinde mutlu olmasında büyük öneme sahiptir. Birey kendine uygun mesleği seçerken ön planda kişisel benlik algısını tutar. Kişisel benlik algısı, kişilere seçeceği mesleği hakkında nasıl davranacağı, bu konuda başarılı olup olmadıkları hakkında bilgi verir (Üre ve Yılmaz,1997:48). Karar verilen meslekler kişiler için oldukça önemlidir. Çünkü kişiler meslekleri ile kendilerinin yeteneklerinin gelişmesine, ilgilerinin daha çok artmasına olanak sağlayacaklardır (Üstün vd. ,2004:129). Mesleki benlik saygısı, kişinin seçtiği mesleği benimsemesi, mesleğine verdiği değeri ifade eder. Birey seçtiği meslekle doyum içinde olmak istiyor ve mesleğinde uyumlu olmak istiyorsa mesleki benlik saygısı bir ön koşul olmaktadır (Arıcak ve Dilmaç,2003). Kişiler kendi benlik yapılarına uygun meslek seçtiklerinde mesleki benliklerinin güçlenmekte ve mesleklerinde daha başarılı olmaktadır. Bunun tam tersi durumunda ise kişilerin daha başarısız ve mesleğe karşı ilgisiz olması beklenmektedir (Demir, Gürsoy ve Ada,2011:597-614). Zieff'e göre kişinin mesleki benlik saygısının yüksek olması kişinin işiyle ilgili oluşabilecek problemlerle başa çıkma potansiyelinin yüksek olmasını sağlar (Akt. Soğukpınar,2014: 31) . Bu nedenle kişinin mesleki benlik saygısının yüksek olması oldukça önemlidir.

Geleceğe yönelik bir beklenti içinde olmak ve bu beklentinin olumlu olması umut olarak tanımlanır. Kişinin içinde bulundurduğu umut kişiye gelecekte yaşayacağı problemlere karşı baş edebilme duygusunu verir (Dünyaoğulları,2011: 22). Umutsuzluk kavramı ise gelecek hakkında beklentinin az olması ya da hiç olamamasıdır (Akt.Dilbaz ve Seber, 1993: 134). Kişinin umutsuzluk içinde olması gelecek hakkında görüşlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kişideki bu olumsuz tutum geleceğe karşı büyük bir kaygı oluşturmaktadır. Bu kaygı kişide gelecek hakkında olumlu duyguların azalmasına ve kişiye geleceği hakkında korku, kararsızlık gibi kötümser duyguların artmasına yol açar (Abacı,2005: 90). Kaygının büyümesi halinde kişide geleceği hakkında başına ne geleceği gibi korkularının olmasına neden olur (Çakmak ve Hevedanlı, 2005). Bu korkular kişide olan umudu köreltmeye başlar ve umutsuzluk korkuyla

beraber kişide kaygıyı başlatır. Kişi kaygı yaşarken kaygıya bağlı başarısızlıklarda göstermektedir. Varol (1990)' un lise öğrencilerinin üzerinde yapmış olduğu bir Araştırmasında lise öğrencilerinin kaygı düzeylerinin başarıları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada literatür incelemeleri sonucunda öğrencilerin algıladıkları kaygı durumuyla başarı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Kişinin mesleki benlik saygısının düşük olması öğrencinin gelecekle ilgili büyük bir kaygı içine sürükler. Bu kaygı kişinin doğru meslek seçmemesinden veya seçtiği mesleğin kendine uygun olmadığını hissetmesinden ortaya çıkmaktadır (Kutlu,2015;86-87). Öğrencide mesleki benlik saygısının düşmesi onu gelecek hakkında bir kaygıya da sürükler. Geleceği hakkında bir belirsizliğe sürüklenen öğrenci buna bağlı olarak gelecek hakkında umudunu da kaybedebilir (Dursun ve Aytacı,2009;73). Kişilerin kaygı ve umutsuzluk durumunun en dorukta yaşadıkları yer üniversite dönemleridir. Öğrencide mezun döneminin yaklaşması kaygıyı daha da arttırır. Kişinin mezun olduktan sonra işinin kendi istediği gibi olup olamaması, yaşadığı arkadaşlıklar, iş bulamama korkusu ve yüklendiği çeşitli sorumluluklar kişide kaygıyı yaratan ve arttıran etmenlerden bazılarıdır (Çakmak,2013;116). Zambak ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu işsizlik, üniversiteli gençlik ve gelecek hakkındaki Çalışmasında Çalışmaya katılan öğrencilerin sadece üçte birinden azı üniversiteyi bitirince çok zorlanmadan hayal ettikleri gibi beklentilerine uygun bir iş bulabileceğini ummaktadır (Zambak ve ark.,2010;219).

Yapılan Araştırmaların ve alan incelemelerinin sonunda kaygının kişi üzerinde olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde mesleki benlik kişinin mesleği için önemli bir unsur olduğu, düşük olması halinde kişiyi gelecek hakkında kaygıya götürebileceği yapılan Araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu kaygının daha çok üniversite öğrencilerinde olduğu, işsizlik kaygısının gelecek kaygısını tetiklediği görülmüştür. Böylesine önemli bir durumun yönetmelikte meslek tanımı olmayan ve her yıl binlerce mezun veren Sağlık yönetimi bölümünde okuyan öğrencilerin mesleki benlik saygısı ve gelecek kaygılarının durumunun nasıl olduğu merak uyandırmaktadır. Bu Araştırmanın amacı bu öğrencilerin mesleki benlik saygıları ve gelecek kaygılarının ne durumda olduğu ve bu etkenler öğrenci üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu incelemektir.

## 2. YÖNTEM

Bu Çalışma Sağlık yönetimi okuyan öğrencilerinin gelecek kaygısı ve mesleki benlik saygıları arasında ilişkinin nasıl olduğunu saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılı güz yarıyılında Konya Selçuk üniversitesinde okuyan Sağlık yönetimi 1,2,3, ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Belirli evrenler için kabul edilmiş örnek büyüklükleri tablosundan yararlanılarak ve evren sayısına göre örneklem seçilmiştir (Altunışık ve ark., 2015). Toplam evren için söylenen örneklem sayısı 248 olarak gösterilmiş ancak toplam 250 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmada iki farklı ölçek türünden yararlanılmıştır. Bu ölçeklerden biri Beck umutsuzluk ölçeğidir. Bu ölçek Beck ve arkadaşları (1974) intihar girişiminde bulunan 294 hasta üzerinde yapmış oldukları Araştırma sonucunda geliştirilmiştir. Bu ölçek 20 maddelik kişinin kendini değerlendirmesine olanak sağlayacak bir ölçek türüdür. Umutsuzluk ölçeğinin amacı kişinin karamsarlık derecesini belirlemektir. Bu ölçek sonunda elde edilen puan bireyin umutsuzluk puanı olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik Çalışmalarını ilk olarak Seber (1993) tarafından yapılmıştır. Araştırmada kullanılan bir diğer ölçek Arıcağ mesleki benlik saygısı ölçeğidir. Arıcağ (1999) tarafından geliştirilen mesleki benlik saygısı ölçeği bir mesleği tercih etmiş, tercih ettiği alanda mesleki eğitim gören veya tercih ettiği mesleği icra eden 17 yaş ve üstü bireylerin tercih ettikleri mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacıyla uygulanabilir bir ölçektir. Arıcağ mesleki benlik saygısı ölçeği 14’ü olumlu, 16’sı olumsuz ifade içeren toplam 30 maddeden oluşmaktadır (Arıcağ,2001: 8).

### 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan vatandaşlara ait bulgular; genel bilgiler, Karşılaştırma analizleri ve korelasyon analizi olmak üzere tablolar halinde sırasıyla verilmiştir

**Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular**

Özellikler (n=250)		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	192	76,8
	Erkek	58	23,2
<b>Sınıf</b>	1. Sınıf	70	28,0
	2. Sınıf	55	22,0
	3. Sınıf	76	30,4
	4. Sınıf	49	19,6
<b>Gelir Durumu</b>	0 - 500 TL	65	26,0
	500 - 1000 TL	116	46,4
	1000 TL ve üzeri	69	27,6
<b>Bölümü Tercih Sebebi</b>	İş bulma kolaylığı	14	5,6
	Puanım yettiği için	106	42,4
	Ailem istedi	17	6,8
	Mesleği seviyorum	36	14,4
	Çevre etkisi	10	4,0
	Diğer	67	26,8
<b>Mezun Olunan Lise Türü</b>	Fen lisesi	6	2,4
	Anadolu lisesi	164	65,6
	Meslek lisesi	46	18,4
	Düz lisesi	34	13,6
<b>En Uzun Süre Yaşadığı Yer</b>	Büyük şehir	80	32,0
	İl	52	20,8
	İlçe	77	30,8
	Köy / kasaba	41	16,4
<b>Sağlık Yönetimi Bölümünü Önerme</b>	Evet	79	31,6
	Hayır	171	68,4

Tablo 1’de görüldüğü üzere Araştırmaya katılan bireylerin %76’sı (192 kişi) kadın ve %23,2’si (58 kişi) erkek olmak üzere toplam 250 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %65,6’sı (164 kişi) Anadolu Lisesinden mezun olmuş, %2,4’lük(6 kişi) bir kısmı ise Fen lisesinden mezun olmuştur. Katılımcıların yaşamlarının çoğunu %32’si (80 kişi) büyükşehirde, %20,8’i ( 52 kişi) ilde, %30,8’i (77 kişi) ilçede, %16,4’ü (41 kişi) köy/kasabada geçirmektedir. Katılımcıların %26’sı (65 kişi) 0-500 lira gelire, %46,4’ü (116 kişi) 500-1000 arası gelire, %27,6’sı (69 kişi) 1000- 1000 üstü gelire sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların bu mesleği seçme nedenleri arasında %5,6’sı (14 kişi) iş bulma kolaylığı, %42,4’ü (106 kişi) puanı yettiği için, %6,8’i (17 kişi) ailem istediği için, %14,4’ü (36 kişi) mesleği sevdiği için, %4,0’ü (10 kişi) çevre/basın vs. etkisi nedeniyle, %26,8’i (67 kişi) diğer faktörlerin olduğu görülmüştür. Katılımcıların %31,6’sı (79 kişi) Sağlık yönetimi mesleğini önerirken, %68,4’ü (114 kişi) Sağlık yönetimi mesleğini önermediği sonucuna ulaşmıştır.



**Tablo 2. Katılımcıların Genel Özellikleri MBS Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler (n=400)	n	Ort. ± Ss.	Test değeri	p değeri	Anlamlılık	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	192	81,74±19,19	-0,245	0,806	
	Erkek	58	82,41±15,13			
<b>Sınıf</b>	1. Sınıf	70	83,74±18,32	0,898	0,443	
	2. Sınıf	55	78,49±15,94			
	3. Sınıf	76	82,39±18,81			
	4. Sınıf	49	82,32±18,30			
<b>Gelir Durumu</b>	0 - 500 TL	65	84,66±19,22	1,313	0,271	
	500 - 1000 TL	116	80,11±19,13			
	1000 TL ve üzeri	69	82,29±15,71			
<b>Bölümü Tercih Sebebi</b>	İş bulma kolaylığı <sup>1</sup>	14	74,86±16,33	9,800	<0,001	3>1,4
	Puanım yettiği için <sup>2</sup>	106	85,38±16,91			
	Ailem istedi <sup>3</sup>	17	91,47±15,96			
	Mesleği seviyorum <sup>4</sup>	36	65,28±15,09			
	Çevre etkisi <sup>5</sup>	10	87,20±18,39			
	Diğer <sup>6</sup>	67	83,57±17,78			
<b>Mezun Olunan Lise Türü</b>	Fen lisesi	6	82,50±20,92	0,003	0,715	
	Anadolu lisesi	164	81,85±18,36			
	Meslek lisesi	46	81,98±19,65			
	Düz lise	34	81,91±16,41			
<b>En Uzun Süre Yaşadığı Yer</b>	Büyükşehir	80	84,12±18,58	1,589	0,193	
	İl	52	77,19±19,86			
	İlçe	77	82,42±17,84			
	Köy / kasaba	41	82,54±15,99			
<b>Sağlık Yönetimi Bölümünü Önerme</b>	Evet	79	70,66±14,05	-7,250	<0,001	
	Hayır	171	87,09±17,73			

Öğrencilerin Mesleki Benlik Saygısı puanları ile genel özelliklerinin Karşılaştırılması Tablo 2’de sunulmuştur. Mesleki Benlik Saygısı okuduğu bölümü tercih etme ve bölümünü tavsiye etme durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanırken ( $p<0,05$ ); cinsiyet, sınıf, gelir durumu, mezun olunan lise türü ve en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Sağlık Yönetimi bölümünü önermeyenlerin önerenlere göre, aile isteğiyle bölümü tercih edenlerin iş bulma kolaylığı ve mesleğini sevenlere göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 3. Katılımcıların Genel Özellikleri BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler (n=400)	n	Ort. ± Ss.	Test değeri	p değeri	Anlamlılık
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	192	6,44±4,93	0,408	0,684
	Erkek	58	6,17±4,14		
<b>Sınıf</b>	1. Sınıf	70	6,77±4,92	1,980	0,118
	2. Sınıf	55	5,02±3,75		
	3. Sınıf	76	6,87±4,94		
	4. Sınıf	49	6,57±5,04		
<b>Gelir Durumu</b>	0 - 500 TL	65	6,46±4,88	0,130	0,878
	500 - 1000 TL	116	6,21±4,65		
	1000 TL ve üzeri	69	6,56±4,87		
<b>Bölümü Tercih Sebebi</b>	İş bulma kolaylığı	14	4,86±3,84	1,981	0,082
	Puanım yettiği için	106	7,06±4,76		
	Ailem istedi	17	6,53±6,26		
	Mesleği seviyorum	36	4,53±3,64		
	Çevre etkisi	10	5,50±4,43		
	Diğer	67	6,70±4,88		
<b>Mezun Olunan Lise Türü</b>	Fen lisesi	6	6,83±3,43	0,379	0,768
	Anadolu lisesi	164	6,58±4,93		
	Meslek lisesi	46	5,81±4,62		
	Düz lise	34	6,09±4,36		
<b>En Uzun Süre Yaşadığı Yer</b>	Büyükşehir	80	6,50±4,88	0,087	0,967
	İl	52	6,52±5,26		
	İlçe	77	6,30±4,59		
	Köy / kasaba	41	6,10±4,25		
<b>Sağlık Yönetimi Bölümünü Önerme</b>	Evet	79	4,92±3,97	-3,628	<0,001
	Hayır	171	7,05±4,94		

Öğrencilerin Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel özelliklerinin Karşılaştırılması Tablo 3'te sunulmuştur. Beck Umutsuzluk Ölçeği ile Sağlık Yönetimi Bölümünü Önerme arasında anlamlı bir farklılık saptanırken ( $p<0,05$ ); cinsiyet, sınıf, gelir durumu, bölümü tercih etme sebebi, mezun olunan lise türü ve en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Sağlık yönetimi bölümünü diğer adaylara öneren öğrencilerin BUÖ puanlarını önermeyen öğrencilere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

#### 4. SONUÇ

Cinsiyet ile mesleki benlik saygısı ölçeği ve Beck umutsuzluk ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Demir, Gürsoy ve Ada, 2011) mesleki benlik saygısı ölçeği ile yaptığı Çalışmasında cinsiyet ile mesleki benlik saygısı ölçeğinde cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmalarında kız öğrenciler erkek öğrencilere göre değerinin daha yüksek olduğu sonucu çıkmıştır. Araştırmada öğrencilerin mesleği önerme durumlarına bakılmış t testi sonucunda her iki ölçekte anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Öğrencilerin meslekle alakalı umutları azaldığında çevrelerine mesleği önermesi beklenemez. Çıkan sonuç bunu destekler niteliktedir. Aynı zamanda öğrenci o meslekle ilgili kendini bütün görmediğinde yine aynı sonuç beklenmektedir. Çıkan sonuç beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Öğrencilerin burs durumuna göre yapılan t testi sonucunda mesleki benlik saygısı ve

Beck umutsuzluk ölçeği arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç Çakır (2014)'ın mesleki benlik saygısı ölçeği ile yaptığı Çalışmasında aynı sonucu vermiştir.

Araştırma sonunda yapılan ANOVA testi sonuçlarında ise öğrencilerin okuduğu sınıf arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Araştırmada öğrencilerin bölümü isteyerek tercih edip etmemelerinin mesleki benlik saygısı ve Beck umutsuzluk ölçeği üzerinde durumuna bakılmıştır. Çıkan sonuçta her iki ölçekte anlamlı farklılık çıkmıştır. Bu beklenen bir sonuçtur çünkü; öğrenci isteyerek tercih ettiği bir bölümü kendine uygun bulur ama istemeyerek tercih edilen bölümde bir uyum düşünülmez. Aynı şekilde istemeyerek tercih edilen bölümle alakalı geleceğe yönelik kaygı ve umutsuzluk daha yüksek olacaktır. Bu sonuç tahmin edilen ve beklenen bir sonuçtur. Öğrencilerin yaşamını sürdürdüğü yer ve gelir durumuna bakılmış anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çıkan sonuçta her iki değişken mesleki benlik saygısı ve Beck umutsuzluk ölçeği üzerinde etkili değişkenler değildir. Sağlık yönetimi öğrencilerinin anne ve baba eğitim durumu incelenmiş anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çıkan sonuç Çakır (2014)'ın çalışmasıyla örtüşmektedir. Öğrencilerin Sağlık yönetimi mesleğini seçme nedenleri incelenmiş ve mesleki benlik saygısı ölçeği ile anlamlı fark bulunmuştur. Çıkan sonuçta öğrencilerin aile isteği ve çevre faktörleri aracılıyla seçim yapmaları mesleki benlik saygısını düşürmektedir. Öğrencinin mesleği sevip mesleği tercih etmesi ise mesleki benlik saygısını yükselten değişken olarak ortaya çıkmıştır. Bu sonuç beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Öğrenci meslek hakkında kendini yeterli görüp mesleği severek tercih edebilir. Buda öğrencinin mesleki benlik saygısını olumlu yönde etkileyen bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç olarak mesleki benlik saygısı ölçeği ile Beck umutsuzluk ölçeği birbirleri ile düşünülebilecek ölçeklerdir. Kişinin mesleği hakkında olumlu düşünmesi, kendini mesleğine layık görmesi, mesleği ile bütünleşmesi onun ilerleyen zamanlarda mesleği hakkında umudunu da etkileyecektir. Görüldüğü gibi mesleki benlik saygısını etkilen birçok değişken vardır. Bu değişkenler ister istemez meslek hakkında umutsuzluğu da etkileyecektir. Sağlık yönetimi öğrencilerinin de bazı değişkenler yönüyle mesleki benlik saygılarının ve umutlarının düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

## KAYNAKLAR

- Abacı O. (2003). Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Görsel Sanatlar Eğitimi. (2. Baskı). Morpa Kültür Yayınları, İstanbul
- Altunışık R. Coşkun R. Bayraktaroğlu S. Yıldırım E. (2015). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Sakarya yayınları, İstanbul
- Arıcak, T. Dilmaç, B. (2003). Psikolojik danışma ve rehberlik öğrencilerinin bir takım değişkenler Açısından benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 3(1), 1-7.
- Çakmak Ö. Hevedanlı M. (2005). Eğitim ve fen edebiyat fakülteleri biyoloji bölümü öğrencilerinin kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler Açısından incelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 4(14), 115-127.
- Çakmak, H.G.(2007). Sınav Kaygısı Ümraniye İlçesi Farklı Tür Liselerde Okuyan Lise Son Sınıfı Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. Eğitim yönetimi ve denetimi Yüksek Lisans Programı, İstanbul
- Çakır C, (2014). Öğrenci Ve Mezun Hemşirelerde Bilişsel Çarpıtmaların, Mesleki Benlik Saygısı Ve Hemşirelik Algısı İle İlişkisinin Belirlenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya
- Demir, V., Gürsoy, F. ve Ada, Ş. (2011). Okulöncesi öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(1), 597-614
- Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. Kriz Dergisi, 1(3), 134-138. Doğan, P. (2012). Resim Öğretmeni Adaylarının Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 36, 115-127.
- Dursun, S., Aytaç, S. (2009). Üniversite öğrencileri arasında işsizlik kaygısı. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 28(1), 71-84

Dünyaogulları Ö, (2011). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Kendilerini Gerçekleştirme Engelleriyle Genel Erteleme Eğilimi Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İzmir

Kutlu M. (2015). Rehber Öğretmenlerin Benlik Saygısı ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. e-International Journal of Educational Research. 6, 1, 84-101

Soğukpınar E. (2014). Rehber öğretmenlerin benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin çeşitli değişkenler Açısından incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Malatya

Üre, Ö., Yılmaz, H. (1997). Rehberlik Ders Notu. Güney Ofset Matbaacılık. Konya

Üstün, E., Erkan, S. ve Akman, B. (2004). Türkiye'de okul öncesi öğretmenliği öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine yönelik tutumlarının incelenmesi. Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10 (2), 129-136.

Varol, S., 1990, Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), On dokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun

Zanbak M, Mütevellioğlu N, Mert M, (2010). İşsizlik, Üniversiteli Gençlik ve Gelecek: Bir Alan Araştırmasının Bulguları. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 11, 1

## BEDEN ALGISI VE TOPLUSAL CİNSİYETİN SAĞLIĞA ETKİSİ

### PHYSICAL PERCEPTION AND THE EFFECT OF GENDER ON HEALTH

Müjdat YEŞİLDAL [1]

Damla Nur SÜSÜN [2]

#### ABSTRACT

**Research Problem:** Health is a very important phenomenon in all of our lives. It is a well-known fact that everyone is doing their best to be healthy, paying great attention to health. But in some cases, health is adversely affected. There are various situations that negatively affect the health of individuals. The most important of these situations is the society in which we are always intertwined, from the moment we were born, to social interactions. The qualities and roles that the society imposes on women and men that we live in face as a condition that negatively affects the health of individuals.

**Purpose of the Study:** In this study, it has been tried to show how effective the norms of society on health and what kind of results can cause to people.

**Method:** The academic studies on the factors that may cause the perception of body perception and gender perception in the community are examined. In this study, academic studies on this subject are included

**Findings and Conclusion:** As a result, the situations attributed to society by men and women affect the lives of men and women. One aspect of this influence is health. Women and men are highly affected by their health, because of the roles that the society presents to them as the ideal body, and the roles they place on women and men in society. We see this result in the studies conducted on the subject.

**Key words:** Body perception, Gender, Health

[1] Selçuk University/Healty Care Management/Turkey/ [mujdatyesildal@gmail.com](mailto:mujdatyesildal@gmail.com)

[2] Selçuk University/Healty Care Management/Turkey/

#### 1.GİRİŞ

Daha önce Araştırmalara konu edinmeyen beden sosyolojinin de gelişmesiyle üzerinde düşünülmesi gereken öge haline gelmiştir. Beden en çok toplum içinde kendini belli eder. Beden sayesinde toplum içinde yer alır ve toplumun parçasını oluştururuz. Böylelikle toplum da bedeni önemsemeye başlar ve bedene nitelikler kazandırma yoluna gider. Toplum tarafından beden de oluşturulan nitelikler kişiler üzerinde ideal beden algısını oluşturur. Her kadın ve erkek kendi beden algılarını ideal bedene dönüştürmek için çaba harcarlar. Beden algısı kişinin kendi bedeni üzerinde oluşturduğu fikridir. Bu fikir toplumdan etkilenir ve ideal bedene uygun olamayan bedenler değişim yoluna sokulur. Bu değişim yolu bazen zararsız olsa da bazen de kişinin bedenine zarar verebilir. Çünkü kişi her bakımdan Sağlıklı olsa bile ideal bedene ulaşmak için çeşitli çaba içine girebilir. Bu da kişinin sağlığını olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır.

Toplum içinde beden bu kadar önemli hale gelmesi cinsiyetinde ön plana çıkartmıştır. Cinsiyetin ön plana çıkması toplum içinde kadın ve erkek ayrımı yapılmasına neden olmuştur. Toplum bu ayrımı yaparken kadın ve erkeğe özel davranış rolleri oluşturmuştur. Bu roller toplum içinde kabul gören erkek ve kadın davranışlarını şekillendiren rollerdir. Kız ve erkek doğduğu andan itibaren toplum içinde yer almaya ve toplumun değerlerini yakından görmeye başlarlar. Doğdukları zaman eşit olan bu kişiler toplumun içinde oluşturulan toplumsal cinsiyet anlayışıyla erkek kadından üstün olmaya başlar. Bu düşünceye küçüklükten alışan bireyler büyüdüklerinde de bu anlayışı sürdürmeye devam ederler. Kadınların ve erkeklerin toplum içinde daha çok kabul görme istediği toplum tarafından yüklenen rolleri daha geçerli kılmaktadır. Böylelikle toplumsal cinsiyet rolleri kadının ve erkeklerin toplum içinde davranışlarına yön veren önemli olgu haline gelmiştir. Toplumsal cinsiyetin bu kadar önemli ve kabul görmesi kişilerin sağlığını da önemli derecede etkilemektedir. Kadınların toplumda daha çok ikinci plana atılması, eğitim seviyelerinin düşük olması gibi erkeklerinde toplumda daha çok güçlü konumda olmaları, duygularını dışarı aktarmamaları, zor işlerde Çalışmaları gibi toplumun kadın ve erkeğe yüklediği roller yüzünden Sağlıklarını etkilemektedir. Yani kısaca beden toplumda önemli bir obje haline gelmesi ve ardından toplumsal cinsiyet zihniyetinin gelişmesi Sağlık üzerinde önemli derece etkili bir rol oynamaktadır.

## 2.BEDEN ALGISI

İnsanlarla ilgili yapılan Araştırmalarda beden göz ardı edilmiştir. Beden bireyden ayrı bir olgu olarak ele alınmış Araştırmalarda daha çok ruh ile ilgilenilmiştir. Beden ruhtan Bağımsız görülmüş ve doğaya ait olarak ele alınmıştır. 14. Yüzyıla kadar bu düşünce devam etmiş ve 14. Yüzyıldan sonra beden insan Bağımsız düşünülemez olduğu anlaşılmıştır. Bu anlayış sosyoloji biliminin gelişmesiyle yakından ilişkilidir. Sosyoloji bilimi insanı Araştıran, insanların daha çok toplumda nasıl oldukları ve toplumda nasıl bir işlevi olduklarını araştıran bilim dalıdır. Böylelikle sosyoloji insanı toplum içinde incelemeye başlamasıyla insanların toplumda bedenleriyle var olduklarını bildirmiş olmuştur. Bedenin önemli hale gelmesiyle Araştırmalarda beden üzerine odaklanmış ve insan bedeniyle ilgili çeşitli Araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. İnsanların bedenleriyle alakalı fikirleri gelişmeye ve önemli olmaya başlamıştır. Her insanın iyi veya kötü kendi bedeniyle alakalı tutumu ortaya çıkmıştır. Bireyin kendi üzerinde bedeni hakkında bu olumlu ve olumsuz (iyi veya kötü) düşünceleri beden algısını oluşturmaktadır. Kişi burada kendini öznel bir şekilde değerlendirmektedir. Bu öznel değerlendirme bazı faktörlerin altında kalınır yapılır. Beden algısı toplumsal, kültürel, psikolojik etkenlerden etkilenir (Ata, Vural ve Keskin,2014, s.75).

Toplumun gelişmesiyle Araştırma alanına giren beden her dönem aynı şekilde değerlendirilmez. Toplum çeşitli açılardan geliştikçe insanların kendileri ve birbirleri üzerinde olan beden algısı da değişecektir. Beden algısı kişilerde tahmin edilenden daha erken yaşlarda oluşmaya başlar. Bu beden algısı daha çocuk 1,5 yaşında etrafındakileri tam olarak ayırt etmeye başladığında oluşmaya başlar. Çocukta oluşan beden algısı sürekli gelişerek yaşamı boyunca devam eder. Bu kadar küçük yaşta beden Algısının oluşması o yaşlarda fiziksel özelliklerle karşılaşılıyor olmasıdır. O yaşlarda öykü kitaplarında karşılaştığı kahramanlar genellikle yakışıklı, güçlü ve güzel kişilerdir (Tezcan,2009, s.24).

Beden algısı zaman üzerinde farklılık gösterdiği gibi toplumdan topluma da farklılık göstermektedir. Ricciardelli ve McCabe 2001’de yaptıkları Araştırmada Afrika kökenli Amerikalı çocukların daha iri ve güçlü görünmek istedikleri, Kafkas kökenli çocukların ise daha zayıf görünmek istedikleri ortaya çıkmıştır. Aynı Araştırmada Asya kökenli kız çocukların Latin kökenli yaşıt kız çocuklarından daha az beden algısına önem verdikleri böylece onlardan daha beden memnuniyetsizliği yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Robinson ve diğ., 2001).

Beden algısındaki toplum tarafından kalıplaşmış nitelikler kişilere çeşitli araçlar tarafından kabul ettirilir. Bu araçlardan en önemlisi kuşkusuz medyadır. Medyanın beden algısındaki yeri çok önemlidir. Medya aracılığıyla kişilere ideal beden algısı kalıpları pekiştirilir. Bu pekiştirme sonucunda kişi kendini o kalıplara göre değerlendirir ve kişide o kalıba uygunsuzsa toplum tarafından kabul görülebileceği, uygun değilse toplum tarafından dışlanacağı düşüncesi hâkim olur. Eğer kişi medya aracılığı ile kabul görmüş kalıplara uygun değilse beden memnuniyetsizliği yaşayabilir. Bu da kişiyi psikolojik, sosyal ve Sağlık açısından önemli problemlere götürebilir (Kerkez, Tural ve Akçınar,2013, s.235). Medya bize bu kalıpları televizyon, dergi, gazete gibi araçlardan vermektedir. Özellikle televizyon herkesin evinde olması, herkes tarafından kolay ulaşılabilir olması nedeniyle önemli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle televizyondaki reklamlar genç kızları etki altına alan, beden algısıyla ilgili mesajlar veren önemli bir etkidir (Çakı, 2011, s.319). Medyanın beden algısı üzerindeki etkisi küçümsemeyecek niteliktedir. Medyada yer alan film yıldızları, starlar, sanatçılar yarattıkları beden imajıyla beden algısı üzerinde önemli rol oynarlar. Onlar adeta ideal vücudun bize sunulmuş şekli olarak görünürler (Timurturkan, 2009, s.106).

Güzellik olgusu her çağda kendini göstermiş ancak her anlamda gelişimin olduğu bu çağda daha bir önemli olmaya başlamıştır. Böyle bir çağda kimse ideal beden algısı kriterlerine uygun olarak doğmamakta ve ideal vücuda kavuşmak için elinden geleni yapmaktadır. Toplum tarafından kabul gören ideal vücuda kavuşmak için kişi emek harcar. Bunu ideal beden algısına ulaşırsa güzel olacağını, toplum tarafından daha çok kabul göreceği için yapmaktadır (Eke,2013, s.191).

İdeal beden Algısının özellikle kadınlara dayattığı en önemli baskı kişinin kilosudur. Toplum tarafından kabul gören beden algısı kadınların zayıf olması yönündedir. Çeşitli medya araçlarıyla dergi, gazete, televizyon programlarında zayıflığın ön plana çıkarılmasının yanı sıra zayıflama ürünlerinden bahsedilmesi kadınların dikkatlerini çekmiştir. Bu dikkat sadece yetişkin kadınlarda değil daha küçük yaşlardaki genç kızlarında da kendini göstermiştir. Bu nedenle genç kızlar daha küçük yaşlarda zayıf

olmanın istenen bir şey olduğunu, her kadının zayıf olması gerektiği gibi düşünceler oluşmaktadır (Yenilmez,2009, s.46-47). Kadında zayıflığa verilen önem eski çağlara dayanmaktadır. Kadının zayıf olması kadının ince ruhluluğunu, narinliğini gösteren bir nitelik olarak kabul edilmiş tam tersi ise kadının kilolu, güçlü yapılı bedeni onun alt sınıftan olduğunu, Çalışmaya yatkın olduğunu gösteren bir nitelik olarak kabul edilmiştir. Böyle düşünce ortamında kadının zayıf olması onun sosyal sınıfının yüksek olduğu anlamına gelmiştir (Çabuklu,2004, s.144). Kadınlar arasında giderek yaygınlaşan zayıf beden algısı sınıf farklılığıyla daha çok artmıştır. 1940'lara gelindiğinde ise kadınların en önemli beden algısı olan zayıflık dergilerde boy göstermeye başlamıştır. Sağlık için diyet yapmak, ince bir görüntüye sahip olmak dergilerde konu edinilen baş tema haline gelmiştir (Çabuklu, 2004, s. 144). Yıllar önce kadınlarda zenginlik göstergesi olarak şişmanlık, güçlü görünme gibi nitelikler aranmaktayken şimdilerde ise bu tamamen değişmiş durumdadır. Bu değişimde medyanın rolü büyüktür. Bazı ünlü sanatçıların medyada boy göstermesi ve rol model olarak alınması zayıflığı kadınlarda önemli derecede etkili kılmıştır (Yenilmez,2009, s.30).

Kadınlardaki bu güzellik ve zayıf görünme beklentisi bir zorunluluk haline gelmiştir. Kadınlar artık daha zayıf ve daha güzel görünmek böylece daha mutlu olacaklarına inançları da artmıştır. Geçen yüzyıllardan beri değişen bu düşünce kadınları bazı yöntemler kullanılmaya itmiştir. 18. Yüzyıla gelindiğinde kadınlar artık sadece diyet değil aynı zamanda bu işi cerrahi yolla yapmaya başlamışlardır (Paquet, 2007, s.106). Kişi ne kadar sağlıklı görünse de bir yerde kendini yetersiz hissedip bu durumu düzeltmek için arayış içine girmektedir. Birey bu arayış içinde istediği sonuca ulaşmış, istediği etkiyi gördüğü zaman bir döngü içine girmektedir. Bedenini parçalar halinde görüp istediği parçayı istenilen şekilde yapmak için bu uğraşı hep sürdürecektir (Çabuklu,2007, s.138-139). Estetik her zaman diliminde başvurulan, yapılması gereken olarak görülen bir ihtiyaç olmuştur. Aynı şekilde kilolu zayıf ilişkisi gibi estetikte sosyal sınıf farkını gösteren bir kriter halinde görülmüştür. Yüksek zümreye ait kişiler beden estetiğine önem vermiş ve cerrahiye başvurmuştur (Eke,2013, s.212). Yüksek zümreye sahip olan insanlar sınıfının yüksekliği kaybolmasın diye ameliyat masasına yatmış, Sağlık kriterini göz ardı etmiştir. Günümüzde yapılan estetikler sadece güzel görünmek için değil aynı zamanda kişinin beğendiği kişi veya karaktere benzemesi içinde yapılmaktadır. Buna örnek olarak Barbie bebeğe benzemek için bazı kişilerin yaptığı onlarca ameliyat veya çizgi film karakterlerine benzemek için yapılan estetikleri söyleyebiliriz. Bu benzeme ameliyatları aynı zamanda bir ırk içinde yapılabilmektedir. Buna örnek olarak göz kapağı ameliyatları verilebilir. Asyalı ırklara ait bir özellik olan çekik gözlerin Avrupalı ırkların göz yapısıyla benzetilmesi amacıyla göz kapağı ameliyatları yapılmaktadır (Çakı, 2011, s.318). Bakıldığı zaman kişiler artık tek bir olguya göre estetik düşünmeyip, idol olarak kendilerine seçtikleri, beğendikleri sanatçıları kendilerine örnek alıp ona göre estetik düşünmeye başlamışlardır. Beden artık kişinin oyuncağı olmuş ve kişi onu istediği şekilde yorumlar hale gelmiştir (Çabuklu,2007, s.137-138).

### 3.TOPLUMSAL CİNSİYET

Toplumsal cinsiyet zaman içinde öğrenilir ve zaman, mekân içinde değişiklik gösteren kavramdır. Tam olarak tanımı ise, kadın ve erkeğin toplumsal olarak tanımlanması, toplumun iki cinsiyete yüklediği roller olarak tanımlanabilir (Ecevit,2011, s.4). Ann Oakley' ye göre cinsiyet kadın ve erkek arasında biyolojik açıdan bir ayrım yaparken, toplumsal cinsiyet ise kadın ve erkeğin toplum içindeki konumuna ayrım yapmaktadır. Bu ayrım eşitsiz bir şekilde yapılmaktadır (Vatandaş, s.31). Toplumsal cinsiyet kelimesinin çıkışına bakıldığı zaman kadın ve erkeklerin toplumsal olarak bir araya gelmeleri ve burada kadınların hep ikinci planda görülmesi yatmaktadır. Kadınlar tarih boyunca erkeklerden hep aşağı görülmüş ve bu durum toplum tarafından normal karşılanmıştır. Toplumun bu kadar cinsiyetlerde düşüncelerinin olması toplumsal cinsiyet kavramını geliştirmiştir. Toplumsal cinsiyet kavramının gelişmesinin ardından onunla ilgili yapılan çalışmalar da artmaya başlamıştır. Toplumsal cinsiyet alanında yapılan çalışmalarda 1970'lerden bu yana üç önemli aşama bilinmektedir. Birinci aşama biyolojik olarak cinsiyet farklılığına dikkat çeken Çalışmalardır. İkinci aşamada bu farklılıkların biyolojik açıdan değil toplumdan kaynaklandırıldığına dair görüş vardır. Burada toplumsal cinsiyet rolleri kavramına dikkat çekmişlerdir. Üçüncü aşamada toplumsal cinsiyetin artık bütün sosyal sistemlere yaygınlaşması ve her yerde kendini göstermesi fark edilmiştir (Ecevit,2011, s.4).

Toplum tarafından kişilere yüklenen roller nedeniyle kadın veya erkek nasıl bir rol sergilemesi gerektiğini öğrenir. Bu öğrenme üç kısımdan kaynaklanmaktadır. Birinci kısım rollerin öğrenilmesi kısmıdır. Burada kadın veya erkek nasıl davranması gerektiğini toplumdan öğrenir. İkinci kısımda toplumlaşma süreci vardır. Kadın veya erkek toplumdan öğrendiği uygun rolleri artık topluma sergilemeye başlarlar. Üçüncü

yani son kısım ise bu öğrenilen rolleri kişi kendine içselleştirdiği içselleştirme kısmıdır. Kişi o rolleri toplumda sergilerken kendine bu rolleri yapıştırır ve karakteri de bu şekilde gelişmeye başlar (Polat,2017, s.60). Her kültürde ve her zaman diliminde bu roller farklılaşır. Toplum tarafından bu kalıplaşmış cinsiyet yargıları daha çocuk doğar doğmaz başlar. Kız çocuk dünyaya geldiğinde ona daha çok pembe eşyalar alınması, oyuncak olarak bebek veya mutfak aletleri alınması gibi durumlar buna örnek olarak gösterilebilir. Aynı zamanda erkek çocuk içinde mavi renkli kıyafetler, daha çok oyuncak için araba seçilmesi de erkeklerde bu duruma örnek olarak verilebilir. Küçük yaşta maruz kalan bireylerde bu duruma uygun hareket etmeye başlarlar. Sonuç olarak erkekler daha dışarda kadınlar ise evde aktif rol oynamaya başlar (Gümüšoğlu,2008, s.40). Toplumun erkeklerden ve kadınlardan beklediği roller vardır. Bu rollerde erkekler güçlü durmalı, sağlam olmalıdırlar. Bu durum erkeği duygusal olarak yoksun bırakır. Ama toplumun kadına yüklediği roller tam tersidir. Toplum kadınlardan duygusal, naif, evini ve çocuğunu düşünen rolleri beklemektedir. Kadının mesleği hakkında bile toplumun rolü belirgindir. Kadınların meslekleri özel hayatlarında herhangi bir sorun yaratmayacak türden olmalıdır. Çünkü kadın hem işini hem de evi düşünmesi gereken, onlarla ilgilenmesi gereken varlık olarak görülür (Eyüboğlu, Özar ve Tufan Tanrıöver, 2004, s. 4). Toplumsal cinsiyet rolleri daha çok geleneğe dayanmaktadır. Toplumun kadından istediği rol biçimi de böyledir. Geleneksel olan rolleri toplum kadından beklemektedir. Bu durumda kadından beklenen roller aslında kabaca kadının ev hanımı, anne ve iyi bir eş olmasıdır (Fiztpatrick ve ark., 2004). Bu davranış türlerini gösteren kadın toplum tarafından da ideal olarak algılanır. Geleneksel kadın rollerini iki önemli rolü vardır. Bu roller anne ve eş rolleridir. Kadın öncelikle evlenmeli mutlu olabilmesi için bunun temel olduğu düşüncesi hakimdir. Kadın bu evlilikte eşine sadık olmalı, kocasının sözünü dinlemeli ve evinden başka bir yer bilmemelidir. Daha sonra kadının anne rolü başlar. Kadın anne olunca Çalışmasının çocuk için iyi olmayacağı, evinde durup çocuğa bakmalıdır. Geleneksel kadın rolleri bu şekildedir (Çelebi, 1990). Bu geleneksel kadın rollerine sahip kadınlar kendilerini daha Bağımlı hissetmektedirler (Yüksel,2013, s.24). Çünkü bu rollerde hep bir erkek ön plandadır. Kadın kendi için karar verir ancak erkek bir noktada hep bulunur ve o nokta kadın için önemli bir noktadır. Toplum tarafından kadın ve erkeğe farklı roller yüklenmektedir. Bu roller belirttiğimiz gibi dönemden döneme olacağı gibi durumdan duruma göre bile farklılık göstermektedir. Şöyle ki kadın evde olduğunda anne, iş yerinde olduğunda iş kadınıdır. Erkek de aynı şekilde evde olduğunda evin erkeği, iş yerinde olduğunda iş adamı gibi farklı durumlara girer. Bu farklı durumlarda toplumda erkek ve kadınlardan bekleyeceği roller değişim gösterir. Yani toplum her durumda kadın ve erkeklerden o durumlara özgü roller bekler. Kişide bu duruma ayak uydurup her durumda toplumun beklediği şekilde davranır (Ataman,2002, s.10).

Toplumun kadın ve erkeğe yüklediği roller evrensel değildir. Her zaman diliminde toplumun kadın ve erkeklerden beklediği roller farklılık göstermektedir. Özellikle 1980'li yıllardan 1990'lı yıllara geçiş döneminde bu durum kendini göstermektedir. Bu dönemde toplumda farklılaşan zihniyet roller üzerinde de etkili olmuştur. 1990 sonrasında gelişen toplum, eğitim seviyesinin artması, modernleşme sürecine geçiş, medyanın önemli hale gelmesi gibi gelişmeler cinsiyet rollerini de etkilemiştir. Cinsiyet rollerindeki bu etkilenme en çok kadınlarda etkili olduğu söylenebilir. Artık kadınlar daha görünür olmaya başlamışlardır. Kadınlara seçme ve seçilme hakkı verilmesi kadınlarda artık söz sahibi olduğunu göstermiştir. Daha sonra bu yıllarda artan kırdan kente göçler de kadınlar Açısından önemlidir. Kadınlar kırdan kente göçmesiyle iş hayatıyla tanışmışlardır. Aynı zamanda eğitim seviyesindeki artış kadınların farkındalığını arttırmış ve kadın artık her alanda kendini görmek istemesi yaygınlaşmıştır. Bu gelişmelerin aslında en somutu feminizm hareketidir. Bu yıllarda çıkan feminizm hareketi kadınların hakları yönünden oldukça önemlidir. Feminizm ile kadınlar artık her alanda eşit olduklarını herkese duyurabilmişlerdir. Her alanda hak arayışına rahatlıkla gidebilmişlerdir. Ayrıca kadın hakları böylelikle her yerde konuşulan üzerinde düşülmesi gereken konu olarak yer almaya başlamıştır (Ataman,2002, s.12-13).

Toplum tarafından yüklenen roller günümüzde de devam etmektedir. Toplum bu yüklediği roller kadın ve erkek arasında eşitlik göstermez. Toplum geleneksel olarak bu rolleri yüklediği için erkek toplumda daha üstündür. Yani toplum erkeğe kadından büyük roller vermektedir. Erkek eve ekmek getiren, evdeki bireyleri koruyup kollayan, her zaman güçlü duran özelliklere sahiptir. Toplumun yüklediği bu görevlerden ötürü erkek kendini her zaman güçlü durması gerektiğine inandırır ve bazı sorunlar yaşasa bile bunu çevresindekilere söyleyemez. Erkek yaşadığı sorunla ilgili bir destek bulamaz bu da onu duygusal yönden olumsuz etkiler. Anlaşılacağı gibi toplumun erkek ve kadına yüklediği roller olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu olumsuz etkiler eğitim, Sağlık, sosyal hayat gibi birçok alanda kendini



göstermektedir (Çelik Bekleviç,2013, s.4). Aslında ortaya çıkan bu olumsuz etki cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanmaktadır. Kız ve erkek bebek doğduklarında hiçbirinin birisi üzerinde üstün noktası yoktur. Her ikisi de aynı rolleri gösterir. Fakat büyüdüklerinde durum farklılaşmaya başlar. Çünkü bireyler büyüdüklerinde toplum içine girerler ve orada bazı roller ile karşılaşır. Bu roller kadın ve erkeğe ait rollerdir ve biz bu rolleri toplumsal cinsiyet rolleri diye adlandırdığımızı söylemiştik. Bu roller her iki cinsiyette aynı değildir hatta erkeğin rolü kadının rolünden daha üstündür. Buna örnek vermek gerekirse en basit şekilde akşam erkek dışarı çıkabilir fakat kız dışarı çıkamaz diye ifade edebiliriz. Bu durum kadın ve erkek arasındaki roller arasında eşitsizlik getirir (Alp,2018, s.3).

Toplumun kadın ve erkeğe yüklediği roller aslında eşit olarak görülmektedir. Çünkü toplum her erkeğe hem kadına uygun roller yükler. Bu rollerin her iki cinsiyete göre yüklendiği bilindiği için eşit olarak kabul edilmektedirler (Polat,2017, s.60). Aslında istenilen toplumsal olarak cinsiyetlerin eşit olması gerektiğidir. Fakat görüldüğünde toplumun kadın ve erkeğe yüklediği roller eşit değildir. Bu durum toplumun erkeği her zaman yüceltmesinden, kadını ikinci planda görmesinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda çıkan kadınları toplumdaki dışlama, erkeğe güçlü roller verilmesi, kadınların bazı durumlardan yoksun tutulması, kadınların ekonomik özgürlüklerinin kısıtlanması gibi durumlar toplumsal cinsiyet eşitsizliği olarak adlandırılır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği toplumu da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuzluklar toplumda daha bir geri planda olan kadınların Sağlıkları, eğitimleri, ekonomik durumları gibi faktörler olarak sıralanabilir (Demiröz Bal,2014, s.15). Bütün bu cinsiyetler üzerindeki olumsuzluk hiçbir toplum ve devlette istenmeyen durumlardır. Toplumun geleneksel olarak kurduğu bu eşitsizlik devletin aldığı önlemler sayesinde göz önüne çıkarılmaya başlanmıştır. Bu duruma Türkiye Açısından bakarsak toplumsal cinsiyet eşitliği hakkında Çalışmaların olduğunu görmek mümkündür. Bilindiği gibi Türkiye’de de toplumsal olarak kadın ve erkekler için birçok roller yüklenmiştir. Bu rollerin çoğu toplumsal cinsiyet Açısından eşitsizlik getirir. Türkiye’de bu durumu hükümet tarafından farkında olduğunu ve cinsiyetler arasında eşitliği oluşturduğunu yaptığı Çalışmalarla göstermiştir. Bu Çalışmalardan biri 24 Mart 2009 tarihinde kurulan komisyondur. Bu komisyon Türkiye Büyük Millet Meclisi kadın ve erkek fırsat eşitliği komisyonudur. Bu komisyon kadınların her alanda erkeklerle eşit olduğunu gösteren, kadına yönelik şiddetin azalması yönünde Çalışmalar yapan ve bu durumların herkes tarafından görünür kılmasını sağlayan komisyondur (Uluslararası Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Buluşması, 2012, s. 11-12).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden en çok etkilenen en açık biçimde kadınlardır. Kadınlar toplumda her zaman ikincil konumda görülmektedir. Kadınların ikincil konumda görülmeleri eski çağlardan beri gelmektedir. Avcılığın olduğu dönemlerde Eskimolar avlanmaya gittiklerinde avları başarısız olduğunda bunun suçlusu olarak kadınları görmüşlerdir. Aynı şekilde büyücülüğün en çok yapıldığı dönemlerde kadınlar büyücü olarak vurgulanmış ve kadınların şeytanla iş birliği içinde olduğu söylenmiştir. Sırf bu yüzden kadınların Sağlık hizmetleri yapmaları yasaklanmıştır. Çünkü kadınların büyücü olduğu genel olarak düşünölmeye başlanılmıştır. Kadınların Sağlık alanına girmeleri kişilere daha çok şeytani şeyler yüklemesi olarak algılanmıştır. Böylelikle Sağlık erkek egemenliğine geçmiştir (Turner,2017, s.108-109). Erkekler Sağlık alanında kendilerini göstermeye başlamış ve egemenliklerini bir alanda daha yükseltmiş olmuşlardır. Kadın mesleği olarak görölen ebeliği bile erkek hakimiyetine bu anlayıştan dolayı bırakmıştır. Kadınların bu kadar alt seviyede görölmeleri eşitsizliğin başlangıcı olmuştur. Kadın her alanda verimsiz görölmeleri ileriki çağlarda da devam etmiştir. Kadınların bu değersiz görüntüsü onların üretimlerinin de değersiz olacağını, ekonomide önemli yer kapsayamayacağı gibi düşünceler toplum tarafından genel bir düşünce oluşturmuştur. Toplum tarafından bu genelleşen fikir istatistiki verilere bakıldığı zaman doğruluk payının olmadığı görölmektedir. Üretimde kadınların rolünün çok büyük olacağı, üretilen mal ve hizmetlerin %50’si kadınlar tarafından üretildiğini istatistiki veriler ortaya koymaktadır. Kadınların Çalıştığı yerde ve evde kayıt altına alınmayan üretime katkı yaptıkları oran 16 milyar dolar olarak bilinmektedir. Bu rakamlar kadınların üretimde ve ekonomide önemli yerini göstermesine karşın bu üretimlerden elde ettikleri pay sadece %1 civarındadır. Böyle bir durumda kadınların ekonomiye fazla girmediklerini, toplumsal olarak onlara yüklenen roller nedeniyle daha çok evde oldukları, ev işleriyle meşgul olup çocuklarının bakımlarıyla ilgilendikleri görölmektedir. Daha çok ekonomi erkeğe yüklenen görevler arasına girmektedir. Eve ekmek getirme görevi erkekte olduğu, iş gücünde erkeklerin daha aktif olduğu bilinmektedir. Hatta Çalışan kadınların ücretlerinin erkeklerin ücretlerinden daha düşük olduğu yapılan bazı Araştırmalarda görölmektedir (Polat,2017, s.64). Durum böyleyken kadınların her alanda kendilerini göstermeleri daha bir zorlaşır duruma gelmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle bu durum daha bir güçleşmektedir. Çünkü toplumsal cinsiyet

eşitsizliği kadınların daha az eğitilmiş, daha az sağlıklı ve daha az verimli olarak bakılmasına neden olur (Demiröz Bal,2014, s.15).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınları daha alt seviyede görmesinden kaynaklanan olumsuzlukların olmasının yanında erkeklerinde bu durumdan etkilendiği açıktır. Erkeklerde bu eşitsizlikten nasibini alan durumlarla karşılaşmaktadırlar. Toplum tarafından yüklenen rollerde erkeklerden sürekli güçlü olma, duygularını dışa yansıtmayan, ailesini koruyup kollamakla yükümlü olan biri olarak davranması beklenmektedir. Bu roller erkekler tarafından rahatça uygulanırsa da ileriki zamanlarda onlara psikolojik açıdan ağır gelmektedir. Bu da erkeklerin Sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Akın ve Demirel,2013, s.74). Erkek ailenin geçimini sağlar yönündeki düşünceden dolayı daha genç yaşlarda geçimini sağlayacak iş arayışına girmektedir. Toplum tarafından beklenen bu rolde erkek evde işsiz bir şekilde duramaz ve erkek bunun düşüncesini her yaşta çekmektedir. Çalışan kesimin erkeklerde daha çok olmasından dolayı meslek hastalıklarına yakalanma oranları daha yüksek olacaktır. Ayrıca şiddet deyince akla kadın şiddetinin gelmesinin yanında aslında erkeklerde eşlerinden şiddet görmekteyler. Fakat çoğu erkek eşinden gördüğü şiddeti etrafındakilere söylememektedirler. Bu durum sadece toplumun erkekleri yüklediği yükten kaynaklanmaktadır. Erkeğin her zaman güçlü durma durumu onların bu konu hakkında konuşmalarını etkilemektedir. Ayrıca erkekler eğer bunu söylersek toplum tarafından bir dışlanma yaşarız kaygısıyla konu hakkında konuşmayı seçmezler. Durum böyle olunca erkekler duygularını kendi içinde yaşarlar ve dışarıdan bir destek göremezler (Adak,2013, s.2-22).

Toplumsal cinsiyet düşüncesinin toplum tarafından oluşmasıyla yüklenen roller arasında eşitsizlik her iki cinsiyete de olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Kadınların ikincil varlık olarak görünmesi, erkeklerin ise duygularını dışa vuramaması ve toplum tarafından güçlü rollerin verilmesi eşitsizliği arttırmaktadır. Bu eşitsizlik hem kadın hem de erkeği Sağlık, ekonomik, sosyal açıdan fazlaca etkilemektedir.

#### **4.BEDEN ALGISI VE SAĞLIK**

Beden toplum gelişmesiyle birlikte görünür kılınmış ve üzerine düşünülen bir kavram olmuştur. Bedenin görünür kılınması ile birlikte bedenin güzel ve sağlıklı görünmesi gerektiği düşüncesi hâkim olmaya başlamıştır. Bedenin toplumda önemli olması bedeni yüklenen niteliklerinde artmasına sebep olmuştur. Beden öncelikle Sağlıklı olmalı, ince görünmeli, genç bir şekilde görünmeli gibi nitelikler bedene yüklenmiştir. Bu niteliklere uymaya Çalışan toplum ise kendini estetiğe, spora, diyet, kozmetiğe vermektedir (Nazlı, 2009, s. 64-65). Bu gelişen olaylarla bireyler Sağlıklı olması için bedenini kontrol etmesi gerektiğine inanmıştır. Artık birey yaşlanmayan, her zaman güzel görünen, hareketli bir durumda olan ve zayıf görünen bir yapıda olması için zorlanmaktadır (Bahar,2015, s.28).

Sağlık Açısından da çok önemli hale gelen beden algısı kadın ve erkekleri oldukça etkilemektedir. Toplumun kadınlara dayattığı güzellik normları kadınların Sağlıkları üzerinde oldukça etkilidir. Özellikle bu güzellik normunda kilo ön planda görülmektedir. Toplum kadını zarif, narin, ince olarak nitelendirmektedir. Kadında daha küçük yaşlarda bile bu niteliği kendine örnek olarak almakta ve daha zayıf, narin olabilmek için hayatı boyunca uğraşmaktadır. Kadın ideal kiloya ulaştığı zaman kendini daha iyi hissetmekte ve daha Sağlıklı olduğunu düşünmektedir. Kilolu kadın kendini toplumdan dışlanmış hissetmekte ve bu durum onu psikolojik açıdan etkilemektedir (Keskin,2018, s.7). Psikolojik olarak etkilenmesi daha çok kilo almasına ve bu da kişinin sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olacaktır. Bu düşüncelerin gelişmesinde medyanın rolü oldukça önemlidir. Medyada yer alan kadınların hemen hepsi ideal beden olgusundaki kadınlardır. Hepsi bakımlı, narin, ince ve oldukça zayıf insanlardır. Genç kadınlar ise bu bedenlere sahip olmak için özellikle daha zayıf gözükmek için ellerinden geleni yapmaktadırlar. Bu durumu sayısı yükselen diyet merkezlerinden, spor salonuna giden kişilerin sayılarının artmasından, medyada artan diyet önerilerinden görülebilmektedir. Başta sadece zayıflama kaygısı olan bireyler daha sonra daha birçok işlem görmektedirler (Yücel,2009, s.39).

Kadınlar ideal kilo anlayışından fazlaca etkilenmeleri onların Sağlıklı olduklarında bile Sağlıklarının olumsuz derecede etkilenmelerine yol açmaktadır. Kişilerin bu kilo takıntıları onların yeme alışkanlıklarını değiştirecek ve bu da ileride kişi üzerinde Sağlık Açısından önemli sorunlara yol açacaktır. Yeme bozukluğundan kaynaklanan hastalıklar olarak en sık görülen anoreksiya nervroza hastalığı artık her genç bireyde görülmeye başlamıştır. Bu hastalık iştahsızlık olarak bilinen, psikolojik nedenleri de olan sinirsel bir hastalıktır. Bu hastalık üzerinde yapılan Araştırmalar sonucunda kişilerin tam olarak bir iştahsızlık çekmedikleri ve kilo alacakları korkularından dolayı yemek yemedikleri ortaya

çıkıştır. Hastalar bunun için büyük uğraş verdikleri, yemeyi reddettikleri ve yeseler bile daha sonra kendilerini kusturma gibi davranışlarda olduğu ortaya çıkmaktadır (Yücel,2009, s.39). Anoreksiya nevroza hastalığının ilerlemesi kişinin sağlığında büyük sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar ölümle bile sonuçlanabilmektedir. Yeme bozukluğundan kaynaklanan bir diğer çok görülen hastalık ise Bulumiya nevroza hastalığıdır. Bu hastalıkta kişi istediği kadar yiyip daha sonra kusma eğiliminde olur. Çok eskilere dayanan bu hastalık yeme hazzını devam ettirmek için yapılan davranışken şimdilerde kilo almamak için yapılan davranış şeklini almıştır (Halmi,2003, s.1-33).

Kadınlar gibi erkeklere de toplum en çok kilo bakımından baskı yapmaktadır. Bu nedenle erkekler de kilo almaktan kaçınan bir duruma girmektedirler. Aynı şekilde yeme bozuklukları ve onun ardından gelen hastalıklar erkekler içinde geçerlidir. Anoreksiya hastalığı erkeklerde de sıkça görülen hastalıklar arasına girmektedir(Fırat ve ark., 2005,s.152). Aynı şekilde toplum tarafından ideal beden olarak kabul edilen kaslı vücut düşüncesi erkelerde sağlığı tehdit eden durumlardandır. Erkekler vücutlarını daha kaslı yapmak böylelikle toplum ideallerine uymak isterler. Bu nedenle bazı takviyeler alabilirler. Bu takviyeler kişilerin sağlıklarına ciddi derecede olumsuz etkileri vardır. Akılcı kullanılmadığında kişiyi ölüme bile götürebilmektedir. Bunun örneğini protein tozu yüzünden oğlunu kaybeden bir annenin bir internet sitesine yazdığı mektupta görebiliriz. Oğlu kısa zamanda kaslı vücudu olmasını istediği için protein tozu kullandığını ve bunun sonrasında kansere yakalanıp hayatını kaybetmiştir(papirroom.net). Toplumun dayattığı idealler düşüncesi hem kadınların hem erkeklerin hayatlarında oldukça önemli olduğu ve bu önemin kötü sonuçlara yol açtığı oldukça açıktır.

## 5.TOPLUMSAL CİNSİYET VE SAĞLIK

Kadın ve erkekler arasında görülen toplumsal cinsiyet eşitsizliği hastalık görülme sıklığını, bazı çıkan hastalık dağılımlarını, Sağlık hizmetine erişim olanağını etkilemektedir. Her toplumda görülen toplumsal cinsiyet anlayışının farklı olması gibi her toplumda bu anlayışın sağlığa etkisi de farklı olmaktadır. Mesela nehir tarafında yaşayan toplumlarda görülen şistozomiyaz hastalığı daha çok kadınlarda görülmektedir. Şistozomiyaz hastalığı nehirde bulunan solucan hayvanlarının ellerde yaptıkları kızarıklık ve yaralardır. Bu hastalığın en çok kadınlarda görülmesinin nedeni kadınların daha çok ev işleriyle, çamaşır, bulaşık gibi işlerle uğraşması olarak gösterilebilir (Sezgin,2015, s.158). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden etkilenen kadınların daha ikincil planda görülmeleri nedeniyle bu durumdan onların daha çok etkilendiği bilinmektedir. Daha öncede bahsettiğimiz gibi kadınların eğitim oranlarının daha düşük olması, sosyal ortamlarının daha sınırlı olması ve erişimlerinin daha az olması eşitsizliğin getirdiği durumdur. Bu durum onların sağlığına da büyük etkiler yapmaktadır. Kadın hastalandığında sınırlı bilgisi nedeniyle hastalığını ihmal etme olasılığı yüksektir. Böyle bir durumda kadın aslında önemli olan hastalığını tedavi yoluna gitmez ve hastalığını daha ileri seviyelere çıkarabilmektedir. Bu da kadının hastalığında tedavi süresini uzatmaktadır. Kadınların daha çok şikayetleri üreme organlarından olmaktadır. Kadınlar bu hastalıklarla ilgili bilgi eksikliğinden dolayı kendi Sağlıklarını riske atmaktadırlar (Manderson,1999, s.80);

Kadınlar Sağlık risklerinin yüksek olmasına rağmen Sağlık hizmetine erişim kapsamında da sorunlar yaşamaktadırlar. Kadınlar toplum tarafından tek başınalık yapamayan sürekli erkeğe bağımlı şekilde görülen varlıklardır. Bu yüzden bir kadın hastalandığında doktora tek başına gitmesi hoş karşılanmayan durum olarak çıkmaktadır. Yani kadın eşine veya Bağımlı olduğu erkeğe hasta olduğunu söyleyecek ve daha sonra Sağlık hizmetine erişecektir. Kadınların da belirttiğimiz gibi üreme organları ile ilgili hastalık problemleri daha çok olmaktadır. Bu yüzden kadınlar utanıp söylemeyebilirler. Böylece kadın bu tür bir hastalığa yakalandığı zaman her zaman tedavi yoluna gitmeyebilir. Buda kadının sağlığını olumsuz yönde etkileyen başka bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortaya çıkardığı ve sağlığı aslında en çok etkileyen durumlardan biride kadına yönelik şiddettir. Kadına yönelik yapılan şiddet cinsiyet temelli olarak, kadını inciten, onun her açıdan sarsılmasına neden olan durum olarak tanımlanabilir (DSÖ,1998). Kadına yönelik yapılan şiddette erkek kadın üzerinde gücünün kullanır ve güçlü olduğunu kadına göstermektedir. Bu güç gösterimi kadında sadece Sağlık sorununa yol açmaz aynı zamanda sağlığını olumsuz yönde de etkilemektedir. Şiddet gören kadınlarda kırık, ezilme, vücutta morarma, baş ağrısı, depresyon gibi Sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Hatta bu şiddetin ileri seviyesi ölümle bile sonuçlanabilmektedir. Şiddet gören kadınların Sağlıklı ömürlerinin %5 ile %16'sının kaybettikleri saptanmıştır. Kadının sürekli olarak şiddet görmesi kadını derin bir depresyona ve ardından intihara bile sürükleyebilmektedir. Amerika'daki Çalışmalar

kadınların şiddet yüzünden hastaneye daha sık başvurdukları ve bu da Sağlık harcamalarını 2 kat arttırdığını göstermektedir. Türkiye'ye bakıldığı zaman kadına yönelik şiddetin çok fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun Türkiye'nin toplumsal yapısından kaynaklandığı, erkeğin egemen olduğu ve güçlü olarak nitelendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Buda kadınların Sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Subaşı ve Akın,2003, s.231-249).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınlar üzerindeki bu kadar olumsuz etkisinin olmasına rağmen kadınların yaşam süreleri erkeklerin yaşam sürelerinden daha uzundur. Kadınların yaşam süreleri 80,8 iken erkeklerin yaşam süreleri 75,3 olarak bilinmektedir (Türk,2019). Bu durumun toplumun kadınlara yüklediği rollerden kaynaklandığını söyleyebilmekteyiz. Kadınlar toplumda narin varlıklar olarak bilinir. Her ne kadar bazen hastalıklarını söylemekten çekinseler ya da hastalık hakkında bilgi eksikliği olsa dahi gelişen toplumla birlikte bunlar bir nebze aşılmıştır. Kadınlar hastalık şikayetlerini söylerken toplum onlara normal göz ile bakmaktadır. Ayrıca kadınlar kendi hastalıklarıyla ilgili Sağlık tedavisini almada da erkeklerden daha dikkatlidirler. Sağlık kuruluşlarına başvurma da erkeklerden daha çok girişimde oldukları belirlenmiştir.

Kadın sağlığının toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan olumsuz yönleri olduğu kadar erkeklerinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan sağlığa olumsuz yönleri vardır. Toplumun erkeklere yüklediği en büyük rol evine ekmek götürmektir. Erkekler ne durumda olursa olsunlar bu görev altında kalırlar. Bu da onların yükü ağır işlerde Çalışmalarına, uzun saatler boyunca iş yükü altında kalmalarına neden olacaktır. Erkek bu iş yükü altında belki de her gün katlanacaktır. Bu durumda erkeğin sağlığını olumsuz bir şekilde etkileyecektir. Meslek hastalıklarının çoğunun erkeklerde daha sık görülmesinin nedeni de bu durumdur. Aynı şekilde toplum tarafından erkeklere yüklenen bir diğer rol ise her zaman güçlü durması gerektiğidir. Erkek toplumdan bu güçlü durma rolünü öğrenir ve bunu gerçek erkek rolü olarak algılar. Bu nedenle erkek hastalandığında bu rolünün gereği kimseye bir şey demez ve hastalığını erteler. Sağlık kuruluşuna başvurma konusunda her zaman geciktirir. Bu da erkeğin sağlığında ciddi problemlere yol açan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Erkek sağlığını etkileyen bir başka durum ise bazı kötü alışkanlıkların erkeksi alışkanlıklar olarak bilinmesidir. Erkekler toplumda özgür biçimde büyüyen, istediği zaman dışarı çıkma yetkisi olan varlıktır. Bu nedenle erkeler sokak ortamlarında kızlardan daha çok yer alırlar. Bu da o ortamlardaki bazı kötü alışkanlıkları yakından görmelerine ve buna alışmalarına neden olmaktadır. Toplum böyle durumda bu kötü alışkanlıkları erkeksi alışkanlık olarak niteler. Toplumdaki erkekler gerçek bir erkek olmak istedikleri için bu alışkanlıklara kolayca alışırlar. Aynı zamanda erkekler kadınlardan daha çok trafik kazalarından ölüm riskiyle karşılaşmaktadırlar. Bu da erkeklerin daha çok hız tutkunu oldukları ve alkol gibi kötü alışkanlıklarının kadınlardan daha çok olduğuyla açıklanabilmektedir. Bununla birlikte erkekler toplum tarafından cesur görüldükleri için risk alma konusunda kadınlardan öndedir. Risk alma aynı zamanda erkelerde kalp rahatsızlığının da yüksek olmasını tetiklemektedir. Bu nedenle erkeklerde kalp hastalığı yüzünden ölümler daha fazladır. Aynı zamanda erkeklerdeki kötü alışkanlıklar nedeniyle akciğer hastalıkları görülme riski de kadınlara oranla daha fazladır (Akın ve Demirel,2003, s.73-74).

## 6.SONUÇ

Doğduğumuz andan itibaren içinde yaşadığımız toplum hem kadınların hem de erkelerin hayatlarını bir yönden şekillendirmektedir. Bu şekillendirme kadın ve erkeği hem dış görünüş Açısından etkilemiş hem de toplum içinde nasıl bir rol takınacağı konusunda etkilemiştir. Bu niteliklerin hepsi ideal sayılacak nitelik olarak toplumda yerini almıştır. Kadınların toplum içinde nasıl görüneceği, nasıl hal ve hareket sergileyeceği, nelerde kısıtlı olup nelerde yer alabileceği toplum tarafından kabaca belirlenmiştir. Aynı şekilde erkelerinde nasıl bir görünüş içinde olacağı, nasıl davranış sergileyeceği toplumun belirlediği nitelikler arasındadır. Küçük yaşta beri toplum içinde büyüyen kadın ve erkek bu niteliklere doğal olarak bakar ve bu niteliklere sahip olabilmek için yaşamı boyunca süren bir Çalışma içine girer. Bu niteliklere sahip olurken bazı olumsuz durumlar karşımıza gelmektedir. Bu durumların en önemlisi Sağlıktır. Maalesef kişiler toplumun koyduğu bu niteliklere uymak için sağlıklarını bile hiçe sayabilirler. Toplumun ideal olarak algıladığı bedene sahip olmak için kadınların çokça diyet girdiği, bu sırada yeme hastalıkları gibi hastalıklara yakalandığı, daha güzel görünmek için kozmetik ürünleri sıkça kullandığı hatta sürekli bir değişim olması için ameliyat bile olduğu herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Aynı şekilde erkek de toplumda ideal görünmek için dış görüşüne dikkat ettiği bunu yaparken de sonucunun ölüm bile olduğu bilinmektedir. Toplum tarafından kadınlara ve erkeklere yüklenen roller de sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kadınların toplum tarafından ikincil görüldüğü, bazılarının Sağlık hizmetine

ulaşamaması, eşitsizlik nedeniyle kadına şiddetin görüldüğü için Sağlıkları olumsuz şekilde etkilenmektedir. Aynı şekilde erkeklerde toplumda güçlü olarak görüldüğü için hastalıklarını, duygularını herkese söyleyemezler ve bu da onların psikolojik yönden kötü etkilenmektedir. Erkeklerin güçlü görülmesi nedeniyle ağır işlerde onların çalışması da Sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörlerden biridir.

Sonuç olarak bakıldığı zaman toplumun kadın ve erkeklere attığı durumlar kadın ve erkeklerin yaşamlarını oldukça etkilenmektedir. Bu etkilenmenin bir yönü de Sağlıktır. Kadın ve erkekler toplumun onlara ideal beden diye sunduğu nitelikler ve toplumda kadın ve erkeğe yüklenen roller yüzünden Sağlıkları önemli derecede etkilenmektedir.

## KAYNAKLAR

- Adak N. (2013). Madalyonun öteki yüzü: erkeğe yönelik şiddet, *Sosyoloji Araştırma Dergisi*, 16(2): 2-23.
- Alp C. (2018). Cinsiyet eşitsizliğinin ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye örneği. Yüksek lisans tezi, Giresun Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Giresun.
- Ata A, Vural A, Keskin F. (2014). Beden Algısı ve Obezite, *Ankara Med J*, 14(3): 74-84.
- Ataman, Ö.(2002). Sinemada Toplumsal Cinsiyet Rollerini: 1980-1999 Yılları Arasında Türk Sinemasında Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Sunumu. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Çabuklu, Y. (2004). Toplumsalın sınırında beden. İstanbul, Kanat Kitap.
- Çabuklu, Y. (2007). Toplumsal Kurgular ve Cinsiyetçilik. Everest Yayınları, İstanbul.
- Çakı, F. (2011). Batı Dışı Toplumlarda Gençlik ve Beden imajı, *Beden Sosyolojisi*, İstanbul, Açılım Kitap, s. 307-323.
- Çelebi, N. (1990). Kadınlarımızın Cinsiyet Rolü Tutumları. Sebat Ofset, Konya.
- Çelik Bekleviç A. (2013). Bir üniversite hastanesi Araştırma görevlilerinin toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeği ve çalışma yaşamında toplumsal cinsiyet algısının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Demirgöz Bal M.(2014).Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine genel bakış. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi:1(1):15-28.
- Ecevit, Y.(2011). Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisi. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayını, s.4.
- Eke P. (2013). Bedene müdahalenin bir yolu olarak moda ve medyada sunulan beden algısı. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Eyüboğlu A., Özar Ş. ve Tufan Tanrıöver H. (2004) Kentlerde Kadınların İş Yaşamına Katılım Sorunlarının Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Boyutları, KSSGM, Ankara.
- Fitzpatrick M. K, Salgado, D. M., Suvak, M. K., King, L. A., ve King, D. W. (2004). Associations of gender and gender-role ideology with behavioral and attitudinal features of intimate partner aggression. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(2), 91-102.
- Gümüsoğlu, F. (2008). Ders kitaplarında toplumsal cinsiyet. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 2 (4), s. 39-50.
- Halmi KA. (2003). Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: a review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N; eds. *Eating Disorders*. WPA Series. West Sussex: John Wiley & Sons: 1-33.
- Kabadayı A. 2019.Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim tarihi, 10 Mayıs 2019. Erişim adresi<http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30707>
- Kerkez F, Tural V, Akçınar F. (2013). Okul Öncesi Dönemde Beden İmajı Algısı ve Beden Memnuniyetsizliği, *Spor Bilimleri Dergisi*, 14(3): 234-244.
- Keskin B.(2018). Estetik operasyon geçirmiş bireylerde beden algısı ve sosyal kaygı arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Manderson, L. (1999). *Social Meaning And Sexual Bodies: Gender, Sexuality and Barriers to Women's Health Care*. Gender and Health. Pollard, T. ve Hyatt S. B. (Ed.). UK: Cambridge University Press: 75-93
- Nazlı, A. (2009). Sosyolojik Bakışın Eşiğindeki Beden, *Toplumbilim Beden Özel Sayısı, Sayı:24, s.61-68*.
- Paquet, D. (2007). *Bir Güzellik Öyküsü*. İstanbul: YKY.
- Polat S. (2017). Bir eşitsizlik nosyonu olarak toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve akraba evliliğinde kadının konumu. Yüksek lisan tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Robinson TN, Chang JY, Haydel KF, Killen JD. (2001). Overweight concerns and body dissatisfaction among third-grade children: The impacts of ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Pediatrics*, 138, 181– 187.
- Sezgin D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde Sağlık ve tıbbileştirme, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18(1): 153-186.
- Subaşı N, Akın A.(2003). Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın kitabı içinde (Ed. Akın A), Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s.231-249*.
- Tezcan B. (2009). Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Timurturkan, M, (2009). Güzellik İdeali Etrafında Biçimlenen ve Biçimlendirilen Bedenler, *Toplumbilim Dergisi Beden Sosyolojisi Özel Sayısı, S. 24: 105-109*.
- Tuna I, 2015. Oğlunu protein tozu sebebi ile kaybeden bir annenin yazdıkları. Erişim tarihi,10 Mayıs 2019. Erişim adresi [https://www.papirroom.net/495554505149\\_oglunu-protein-tozu-sebebi-ile-kaybeden-bir-annenin-yazdiklari](https://www.papirroom.net/495554505149_oglunu-protein-tozu-sebebi-ile-kaybeden-bir-annenin-yazdiklari)
- Turner S. B. (2017). *Tıbbi güç ve toplumsal bilgi (çev. Tatlıcan Ü.)*, Sentez Yayınları, İstanbul, s.104-107
- Uluslararası Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Buluşması 2011. (2012). *Daha Eşit Bir Dünya İçin Eşitlik Komisyonlarının Rolü*. İstanbul. Bayt Yayınları.
- Vatandaş C. Toplumsal cinsiyet ve cinsiyet rollerinin algılanışı, 29-54.
- Yenilmez G. (2009). Halkla ilişkiler bağlamında bir pazarlama stratejisi olarak medyada güzellik anlayışına genel bir bakış. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yolga Tahiroğlu A, Fırat S, Diler R, Avcı A (2015). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervoza vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 151-157
- Yücel B, 2009. Estetik kaygıdan hastalığa uzanan yol, *Klinik gelişim psikiyatri dergisi* 22(4): 39-44.
- Yüksel Ö. (2013). Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

## ETKİSİZ BİR BOŞ ZAMAN YÖNETİMİ SONUCU: SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI

### AN INEFFECTIVE LEISURE MANAGEMENT RESULT: SOCIAL MEDIA ADDICTION

Müjdat YEŞİLDAL [1]  
Beyza Nur ÜSTÜNBAŞ [2]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Social media has an important share in today's communication technologies. In our country, the number of social media addicts is increasing and this problem prevents them from using the right time. People cannot perform effectively because of their inability to plan their time as well as their devotion to social media. For this reason, people should be aware of effective time usage and social media addictions. The

**Purpose of the Study:** In this research, the effects of social media on human and its communication with the environment; however, it was aimed to investigate people's viewpoints of leisure and their ability to control it.

**Methods:** The sample of the study consists of the students of Selcuk University Child Development, Midwifery, Health Management and Social Work Department. Social Media Addiction Scale (Tutgun-Unal, 2015) and Leisure Time Scale were used in the study (Akgül and Karaküçük, 2015) and 298 students were surveyed. T-test, one-way analysis of variance and correlation analysis were performed. The results were compared with each other to find any relationship or difference between them.

**Findings and Results:** 57.4% of the students participated in the study were women and 27.5% were midwifery departments. The mean age was  $20.82 \pm 1.46$  and the monthly amount of internet was  $7.06 \pm 3.80$  GB. No significant relationship was found between gender, age, income status and scales. Social media addiction increases as the amount of internet used and the time allocated to internet increase. Leisure management with social media is negatively associated. Increased use of social media affects leisure time management.

**Keywords:** *Social Media Addiction, Leisure Time Management*

[1] Selçuk University/Healthcare Management/Turkey/ [mujdatyesildal@gmail.com](mailto:mujdatyesildal@gmail.com)

[2] Selçuk University/Healthcare Management/Turkey [beyzanurustunbas@gmail.com](mailto:beyzanurustunbas@gmail.com)

## 1. GİRİŞ

Zaman; yaşarken kaybını fark edemediğimiz, hayatımızın tümünü oluşturan ve tutup da yavaşlatamadığımız bir olgudur. Geçmiş veya gelecek yerine ancak içinde bulunan an çerçevesinde kullanılabilir. Bu yüzden anı verimli kullanmaya yönelik planlar yapılmalı, zaman belli bir düzen içerisinde değerlendirilmelidir. Zaman kavramının önemini anlayan insanlar onu yönetme işini uygun görmüşlerdir. Zaman yönetimi; işlerin önceliklerine göre sıralamasından, izlenecek yolların belirlenmesinden, her işin kendi içinde planlanmasından; kişinin saatlerini, gününü, haftalarını ve daha uzun süreli vakitlerini planlamasına yönelik işlerden oluşur. Özellikle kişilerin boş zamanlarını doğru şekilde değerlendirmesi onlara yaptıkları işlerde ve gündelik hayatlarında avantajlar sağlayacaktır. Boş zamanları iki tarafı keskin bir kılıca benzetmek mümkündür. Olumlu kullanılırsa, kişisel ve toplumsal gelişim, olumsuz kullanılırsa bunalım, başıbozukluk gibi problemler doğurabilmektedir. Bu durum da toplumun önemli bir kesimini oluşturan 'gençlik' için çok daha önemsenmesi gereken bir olguyu ortaya koymaktadır (Akgül ve Karaküçük, 2015).

Önceden kullanılan kablolu telefonların yerini akıllı telefonlar, televizyon ve radyonun yerini de internet ve sosyal medya almıştır. Fırat Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler fakültesinde 2203 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada gençlere, akıllı telefon Kullanımlarının önemli işlerini aksatıp aksatmadığı sorulmuştur. Öğrencilerin %14,9'u "evet ciddi şekilde engel oluyor" derken, %43,9'u da "evet biraz engelliyor" cevabını vermiştir. %58,8'lik bu oranlara bakıldığında öğrencilerin yarıdan fazlasının akıllı telefon ve internet kullanımının önemli işlere verdiği zararın farkında oldukları görülmektedir. (Yusufoğlu, 2017) Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması raporu 2018 son çeyrek verilerine göre hanelerin %83,8'i evden internet erişim imkanına sahip olmuştur. Raporun diğer bir verisine göre ise Türkiye'deki kullanıcıların interneti kullanma amaçlarında %84,1 ile sosyal medya Kullanımı ilk sırada yer almıştır. (TÜİK, 2018) Bireylerde bu derece sosyal medya Kullanımı, ilerleyen zamanlarda ise kendini Bağımlılık olarak göstermektedir.

Sosyal medya Bağımlılığı; “aşırı Kullanım, kullanma isteğini doyuramama, aşırı Kullanımdan dolayı aktivitelerin ihmal edilmesi, aşırı Kullanımın sosyal ilişkilere zarar vermesi, negatif duygu ve yaşam stresinden bir kaçış aracı olarak kullanma, Kullanımı azaltma ve durdurmada problemler yaşama, Kullanımın mümkün olmadığı durumlarda gergin ve sınırlı olma ve Kullanım süresi ve miktarına ilişkin yalan söyleme durumu” (Savcı ve Aysan, 2017) şeklinde tanımlanmaktadır.

Kişilerin boş zamanlarını sosyal medya ile doldurma çabaları onlara; vakit kaybı, ruhsal huzursuzluk, Sağlıkta bozulma, günlük rutininin aksaması vb. olumsuzluklar olarak dönecektir. Oysaki aktif değerlendirilen boş zamanlarda birey kariyer gelişimine ek Çalışmalar yapabilir, sosyal ilişkilerine yoğunlaşabilir, yeni aktiviteler edinebilir, bedensel ya da ruhsal olarak kendini rahatlatarak ve stresini azaltacak faaliyetlere yönelebilir.

Bu bilgiler ışığında Araştırmada boş zaman yönetimi ile sosyal medya Bağımlılığı arasındaki ilişkinin araştırılması ve bu ilişkide demografik özelliklerin etkisinin olup olmadığına bakılması amaçlanmıştır.

## 2. YÖNTEM

Araştırma Selçuk Üniversitesi’nde 2018-2019 bahar yarıyılı döneminde, Sağlık Bilimleri Fakültesinde yapılmıştır. Anketler Ebelik, Çocuk Gelişimi, Sağlık Yönetimi ve Sosyal Hizmet bölümlerinde okuyan öğrencilere uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla (Altunışık ve ark 2012) Çalışmasından yararlanılmıştır. Altunışık ve arkadaşlarına (2012) göre 1.278 evrene karşılık 280 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüş ve 289 kişi Çalışma kapsamına dâhil edilmiştir

Yapılan bu Araştırmada veriler toplanırken anket yöntemi seçilmiştir. Anketler 3 bölümde sorulan toplam 62 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde cinsiyet, aile gelir durumu, yaş, bölüm, günlük internet kullanım süresi ve aylık internet kullanım miktarlarından oluşan demografik soruların sorulduğu, ikinci bölümde Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinden, üçüncü bölümde Boş Zaman Yönetimi Ölçeğinden oluşmaktadır. Tutgun Ünal’ın (2015) geliştirdiği Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği 41 sorudan oluşmakta olup ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı 0,914 olarak bulunmuştur. Akgül ve Karaküçük (2015) tarafından geliştirilen Boş Zaman Yönetimi ölçeği 4 alt boyut ve 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı 0,867 olarak tespit edilmiştir. Veriler normallik testi sonucuna göre normal dağılıma uyduğu için Araştırmada; tanımlayıcı istatistiksel metotlar ile birlikte, t testi, One-way ANOVA ve korelasyon analizleri yapılmıştır.

## 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilere ait bulgular, genel bilgiler, Karşılaştırma analizleri ve korelasyon analizi olmaz üzere tablolar halinde sırasıyla verilmiştir.

**Tablo 3.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilere İlişkin Genel Bilgiler**

Özellikler (n=289)		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	171	57,4
	Erkek	127	42,6
<b>Yaş</b> (20,82±1,45)	Ortalama altı	244	63,4
	Ortalama üstü	141	36,6
<b>Bölüm</b>	Çocuk Gelişimi	72	24,2
	Ebelik	82	27,5
	Sağlık Yönetimi	71	23,8
	Sosyal Hizmet	73	24,5
<b>İnternet Kullanım Süresi</b>	1- 2 saat	65	21,8
	3 saat	84	28,2
	4 saat	73	24,5
	5 saat ve üzeri	76	25,5
<b>Gelir Durumu</b>	0-2020 TL	80	26,8
	2021-3000 TL	67	22,5
	3001-4000 TL	79	26,5
	4001 TL ve üzeri	72	24,2



Araştırmaya katılan öğrencilere ilişkin bilgiler Tablo 3.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20,82±1,45 olup %63,4’ü ortalama yaşın altında yer almaktadır. Öğrencilerin %57,4’ü kadınlardan, %27,5’i Ebelik bölümünden, %26,8’i 0-2020 TL gelire sahipken %28,2’si gün içerisinde 3 saat internet kullandığını belirtmiştir.

**Tablo 3.2.** Öğrencileri Genel Özellikleri ile Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=289)	n	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Anlamlılık
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	171	95,03±32,95	0,282	0,778
	Erkek	127	94,01±30,07		
<b>Yaş</b>	Ortalama altı	244	92,37±31,98	-1,00	0,318
	Ortalama üstü	141	96,03±30,73		
<b>Bölüm</b>	Çocuk Gelişimi	72	92,61±28,81	0,838	0,474
	Ebelik	82	91,54±31,14		
	Sağlık Yönetimi	71	95,00±3406		
	Sosyal Hizmet	73	98,89±31,04		
<b>İnternet Kullanım Süresi</b>	1- 2 saat <sup>1</sup>	65	78,80±22,93	12,274	<0,001*
	3 saat <sup>2</sup>	84	91,06±30,65		
	4 saat <sup>3</sup>	73	97,84±29,23		
	5 saat ve üzeri <sup>4</sup>	76	108,32±33,67		
<b>Gelir Durumu</b>	0-2020 TL	80	92,10±34,00	1,324	0,267
	2021-3000 TL	67	92,75±28,86		
	3001-4000 TL	79	92,46±30,24		
	4001 TL ve üzeri	72	100,82±31,18		

**Post-Hoc Testleri:** \*Tukey HSD \*\*Dunnett’s T3

Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının genel özellikleri ile Karşılaştırılması Tablo 3.2’de verilmiştir. Sosyal Medya Bağımlılığı ölçeği ile cinsiyet, yaş, bölüm ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05). İnternet kullanım süresine göre 1-2 saat günlük internet kullanan öğrencilerin sosyal medya Bağımlılık düzeyi 3-4 saat günlük internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.3.** Öğrencileri Genel Özellikleri ile Boş Zaman Yönetim Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=289)	n	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Anlamlılık
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	171	55,00±8,51	0,136	0,892
	Erkek	127	54,86±9,05		
<b>Yaş</b>	Ortalama altı	244	54,78±8,28	-0,247	0,805
	Ortalama üstü	141	55,03±9,23		
<b>Bölüm</b>	Çocuk Gelişimi <sup>1</sup>	72	56,64±8,88	1,422	0,236
	Ebelik <sup>2</sup>	82	54,99±8,07		
	Sağlık Yönetimi <sup>3</sup>	71	54,06±9,98		
	Sosyal Hizmet <sup>4</sup>	73	53,99±8,24		
<b>İnternet Kullanım Süresi</b>	1- 2 saat <sup>1</sup>	65	57,62±8,45	4,949	0,002**
	3 saat <sup>2</sup>	84	54,75±8,51		
	4 saat <sup>3</sup>	73	55,63±7,62		
	5 saat ve üzeri <sup>4</sup>	76	52,12±9,78		
<b>Gelir Durumu</b>	0-2020 TL	80	54,69±9,56	0,485	0,693
	2021-3000 TL	67	55,73±8,84		
	3001-4000 TL	79	55,27±9,07		
	4001 TL ve üzeri	72	54,04±7,64		

**Post-Hoc Testleri:** \*Tukey HSD \*\*Dunnett’s T3

Katılımcıların Boş Zaman Yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının genel özellikleri ile Karşılaştırılması Tablo 3.3'te verilmiştir. Boş Zaman Yönetimi ölçeği ile cinsiyet, yaş, bölüm ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). İnternet kullanım süresine göre günlük 1-2 saat internet kullanan öğrencilerin boş zaman yönetim düzeylerinin, günlük 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.4. Ölçekler Arası Korelasyon Analizi**

Ölçekler		Boş Zaman Yönetimi
Sosyal Medya Bağımlılığı	Test değeri	-0,304**
	p değeri	<0,001

\*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Katılımcıların Boş Zaman Yönetimi ve Sosyal Medya Bağımlılığı ölçeklerinden aldığı puanların Karşılaştırılması Tablo 3.4'te verilmiştir. Sosyal Medya Bağımlılığı ve Boş Zaman Yönetimi ölçekleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

#### 4. SONUÇ

Hayatımızın her alanına dahil olan internet ve sosyal medya bize olumlu katkılar sağladığı gibi birçok problemi de beraberinde getirmiştir. Aşırı Kullanım sonucunda ortaya çıkan bu olumsuz durumlar bireyle beraber bireyin çevresini de etkileyebilecek türdendir. Sosyal medya Bağımlılığı, bireyin yaşamının en değerli ögesi olan zamanını çalmaktadır.

Yapılan bu çalışmada kişilerin demografik özelliklerinin, sosyal medya Bağımlılıkları ve boş zaman yönetimi becerileri üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Ancak öğrencilerin internet kullanım süreleri ile sosyal medya Bağımlılıkları arasındaki ilişkiye bakıldığında, günde 1-2 saat internet kullanan öğrencilerin sosyal medya Bağımlılık düzeylerinin, günlük 3-4 saat internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bostancı (2010), Deniz ve Gürültü (2017) tarafından yapılan Araştırmalarda da internet kullanımı fazla olan öğrencilerin aynı zamanda sosyal medya Bağımlılıklarının da yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmanın temel konusunu oluşturan boş zaman yönetimi ve sosyal medya Bağımlılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise günlük 1-2 saat internet kullanan öğrencilerin boş zaman yönetim düzeylerinin, günlük 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ölçekler arasındaki bu negatif yönlü ilişkinin varlığı göz önüne alınacak olursa; vakitlerinin çoğunu sosyal medyada tüketen öğrenciler, yapmaları gereken işleri kalan vakitlerine sığdırmak için kendilerini bu boş zamanlarını düzenlemek mecburiyetinde görmektedirler. Bununla birlikte boş zaman yönetimi ve sosyal medya Bağımlılığı arasındaki ilişki hakkında gerekli literatür taraması yapılmış ancak bulunan bu bulgulara paralel ya da bulguların tersine bir sonuca rastlanamamıştır.

Sonuç olarak bize avantaj sağlayacak şekilde kullanabilecek boş zamanlar, bizi her yönden tahrip edecek sosyal medya Bağımlılığı sebebiyle feda edilmemelidir. Unutulmaması gerekir ki insan karşılığında ne verirse versin kaybettiği zamanlarını bir daha bulamayacaktır.

#### KAYNAKLAR

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. (2012). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.

Akgül, B. M., Karaküçük, S. (2015). Boş Zaman Yönetimi Ölçeği: Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. International Journal of Human Sciences.

Bostancı, M. (2010). Sosyal Medyanın Gelişimi ve İletişim Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Alışkanlıkları. Gazetecilik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Deniz, L., Gürültü, E. (2017). Lise Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılıkları. Kastamonu Education Journal.

Savcı, M., Aysan, F. (2017). Teknolojik Bağımlılıklar ve Sosyal Bağlılık: İnternet Bağımlılığı, Sosyal Medya Bağımlılığı, Dijital Oyun Bağımlılığı ve Akıllı Telefon Bağımlılığının Sosyal Bağlılığı Yordayıcı Etkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*.

Tutgun Ünal, A. (2015). Sosyal Medya Bağımlılığı: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Gazetecilik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Türkiye İstatistik Kurumu (2018).

Yusufoğlu, Ö., Ş. (2017). Boş Zaman Faaliyeti Olarak Akıllı Telefonlar ve Sosyal Yaşam Üzerine Etkileri: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*

## TÜRKİYE’DE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN İLLER BAZINDA GENEL GÖRÜNÜMÜ

### GENERAL VIEW OF THE TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE IN TURKEY

Beyzanur ÜSTÜNBAŞ [1]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In today’s medical field, as far as modern medicine cannot cure or patients refuse treatment, traditional and complementary medicine emerges as an alternative. Compared to the newly emerging interest in this alternative medicine, the implementation of training and practice centers is slower. The institutionalization process of alternative medicine in our country should be evaluated and examined on the basis of provinces.

**The Purpose of the Study:** In the study, the definition of traditional and complementary medicine was made. Then to look at the distribution of the provinces in Turkey this medicine and with this distribution, aimed to monitor the development of complementary medicine in Turkey.

**Methods:** The Traditional and Complementary Medicine Practice Research Department page has been prepared on the basis of established practice in provincial centers, the number of training centers and units and their distribution in Turkey were examined. A literature study has been done on the subject.

**Findings and Results:** In the framework of traditional and complementary medicine, a total of 97 health facilities are provided in 43 provinces. 25 of them are connected to universities, there are 68 application centers. There are 19 educational centers, 11 of which are affiliated to universities. Acupuncture and cup are the most common treatment methods. As a result, the number of traditional and complementary medical centers institutionalized since 2014 continues to increase.

**Keywords:** *Traditional Medicine, Complementary Medicine*

[1] Selçuk University/Healthcare Management/Turkey [beyzanurustunbas@gmail.com](mailto:beyzanurustunbas@gmail.com)

#### 1. GİRİŞ

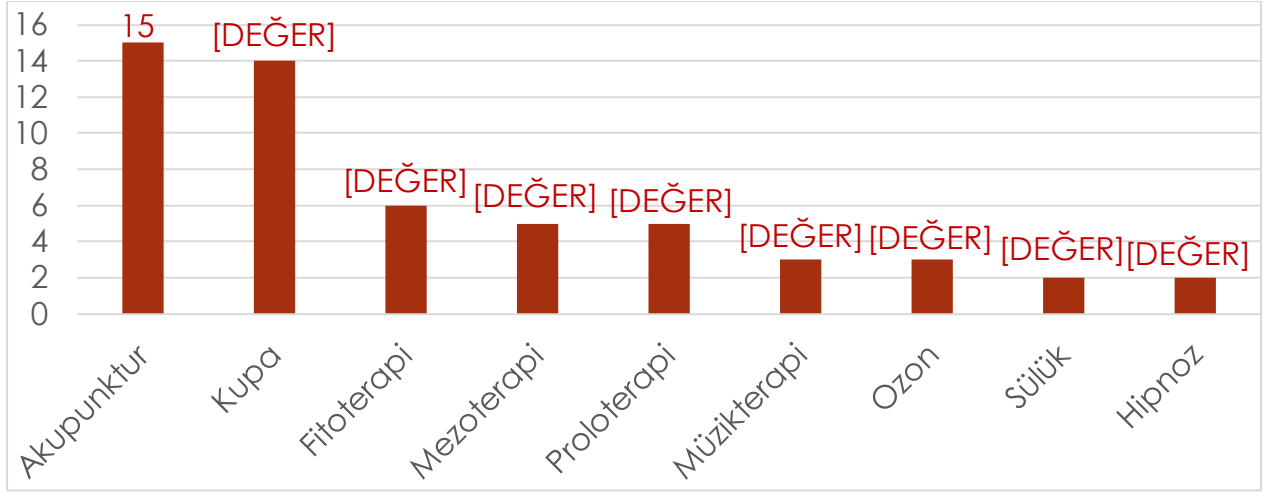
İnsanlık tarihinin başlangıcından beri var olan hastalıklar, insanlara kendilerini iyileştirme ve hastalıklarla mücadele etme yeteneği de kazandırmıştır. Kayıtlı olmasa da tıp tarihi de insanlıkla birlikte başlamış olmaktadır. Toplumlar, hastalıklarla mücadele konusunda çeşitli yollara başvurmuş ve kimi zaman deneme yanılma yoluna gitmişlerdir. Lakin teknolojinin hızlı ilerleyişiyle birlikte tıp uygulamaları da ivme kazanmıştır.

Günümüzde modern tıp teknolojileri sayesinde kan, doku, idrar tahlilleri ve vücut durum analizleri; x ışınları ve manyetik alan sayesinde görüntüleme, kapalı ameliyatlar, doku ve organ nakilleri ve hatta yapay organ üretimi gibi ileri düzey uygulamalar rahatlıkla gerçekleştirilebilmektedir. Bu teorik ve uzmanlaşmış Tıbbın yanı sıra geçmişten süregelen ve günümüzde de henüz yeni resmiyete kavuşmaya başlayan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları vardır. DSÖ’ne göre geleneksel tıp “Açıklanabilir olsun ya da olmasın sağlığı korumak için olduğu kadar, fiziksel ve mental hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinde de kullanılan; farklı kültürlerle özgü, kuram, inanç ve tecrübeye dayanan bilgi, yetenek ve uygulamaların toplamı” olarak açıklanmıştır. Tamamlayıcı tıp ya da alternatif tıp kavramını ise o ülkenin kendi geleneğinin ya da geleneksel ilacın bir parçası olmayan ve baskın Sağlık bakım sistemine tam olarak entegre olmayan geniş bir Sağlık bakımı uygulamaları dizisini tarif etmek için kullanmaktadır (World Health Organization, 2018).

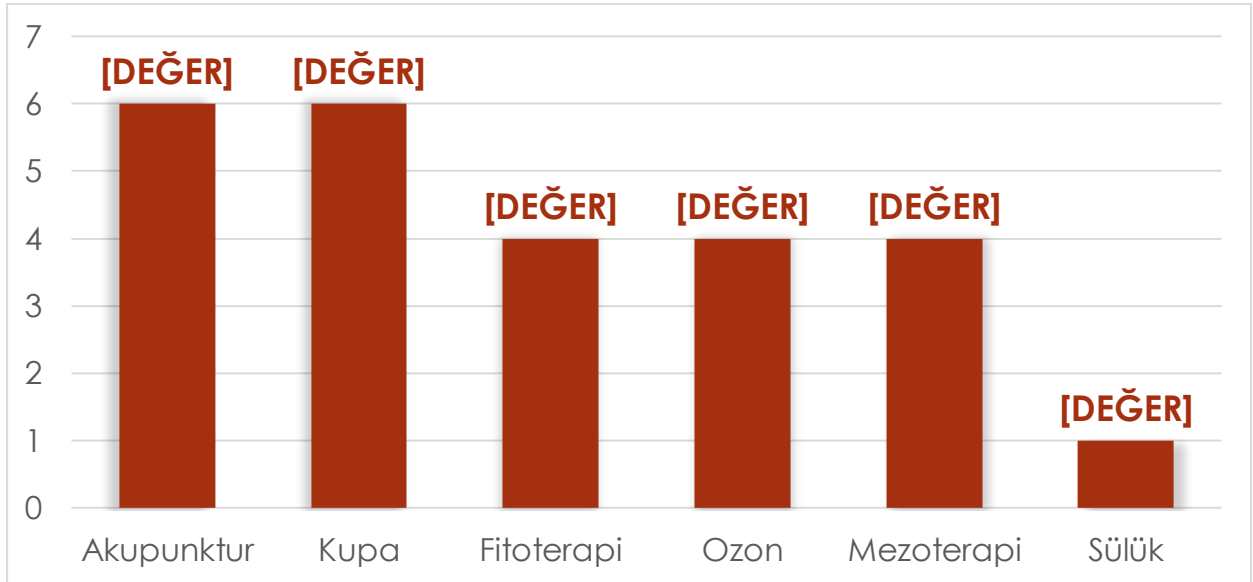
Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları 27 Ekim 2014 yılında 29158 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile resmiyet kazanmıştır. Bu yönetmelikle geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapılabileceği yerler, uygulayabilecek kişiler, uygulamaların sınırlılıkları, usul ve esasları belirlenmiştir.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı’na (TÜSEB) bağlı olarak Türkiye GETAT Enstitüsü 2014 yılında çıkarılan 6569 kanun numaralı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile ilgili kanun ile kurulmuştur (Resmî Gazete, 2014b). GETAT Enstitüsü’nün temel amacı; kanıta dayalı olarak geleneksel

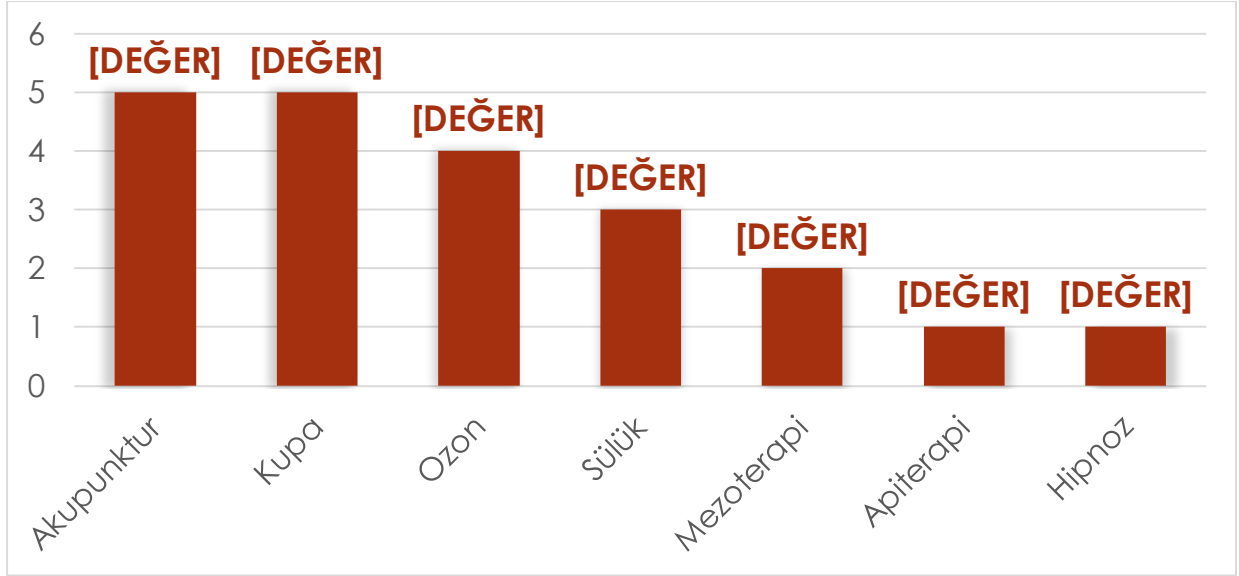




- İstanbul'da 11 uygulama merkezi, 5 eğitim merkezi, 6 adet GETAT ünitesi bulunmaktadır. Uygulama merkezlerindeki tedaviler çokluklarına sıralamalarına göre şu şekildedir:



- Antalya'da 6 uygulama merkezi, 1 eğitim merkezi, 5 adet GETAT ünitesi bulunmaktadır. Uygulama merkezlerindeki tedaviler çokluklarına göre şu şekildedir:



• Çanakkale, Manisa, Bolu, Kırşehir, Niğde, Samsun, Trabzon, Elâzığ, Van gibi şehirlerin de içinde bulunduğu toplam 25 şehirde birer tane uygulama merkezi bulunmaktadır. Bu şehirlerdeki uygulamalara bakacak olursak çokluk sırası şöyledir:

- Kupa (20)
- Akupunktur (16)
- Ozon (8)
- Sülük (6)
- Mezoterapi (6)
- Hipnoz (4)
- Fitoterapi (3)

#### 4.SONUÇ

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, geçmişten günümüze olduğu kadar gelecekte de hastalar için bir alternatif çözüm önerisi olmaya devam edecektir. Sağlık bakanlığının yaptığı ise bu alternatif yöntemleri de bu yöntemlerin uygulayıcılarını da bünyesine almak olmuştur. Genellikle büyükşehirlerde hayata geçirilen bu uygulamalar gösterilen ilgiye ve etkililik derecelerine göre diğer şehirlerde de kullanılmaya başlanmıştır. Bunun bazı sebepleri büyükşehirlerde fazla kişi, hastane ve doktor sayıları; daha yüksek refah seviyesi ve kişilerin farklılık arayışları olabilmektedir. Şehirleşmenin artmadığı ve kişilerin yoğunlukla aynı bölgede yaşamadığı küçük kentlerde geleneksel tıp uygulamalarına başlamak yeterli kişi sayısına ve yeterli teknolojiye ulaşamama sıkıntılarının doğmasına sebep olabileceklerdir. Bundan ötürü büyükşehirlerde tedavi hizmetleri daha geniş bir çerçevede sunulmaktadır. En çok tedavi çeşitliliğinin bulunduğu Ankara, diğer küçük şehirlere öncü konumunda olmuştur.

Sağlık bakanlığına bağlı çalışmalarda, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları henüz kapsamlı bir yer tutmasa da eğitim merkezlerinde yetişmiş uzmanlar, kişilerin ihtiyaçlarına yönelik geleneksel tıp hizmetlerini sunmaya; bakanlık da talepler ve ihtiyaçlar doğrultusunda hem eğitim merkezleri hem de uygulama merkezi açmaya devam edecektir.

Şimdilik Sağlık turizminde niş pazar konumunda olan geleneksel ve alternatif tıp uygulamaları, hasta memnuniyet derecesine göre uluslararası bir boyuta taşınabilir ve bu alanda ülke ekonomisine katkı sağlaması beklenebilir. Jeopolitik konumu nedeniyle Asya ve Avrupa kültürlerini aynı anda bünyesinde barındıran ülkemiz, bu kültürlerin geçmiş alternatif tıp yöntemlerinden de etkilenmiştir. Bu sayede

kazandığı avantaj ile Sağlık konusunda uluslararası düzeyde kendini ön plana çıkarabilme yeteneğini de bünyesinde barındırmaktadır.

#### **KAYNAKLAR**

Ayhan, H., Mollahaliloğlu, S. (2018). Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi. Ankara Medical Journal.

Benli, Z. (2017). Hacamat Tedavisi. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi.

Kutlubay, Z., Engin, B. Ve diğerleri (2010). Dermatolojide Ozon Tedavisi. Dermatoz.

Resmî Gazete, 2014. Sayı: 29898.

World Health Organization, 2018.



## HEALTH CARE PROBLEMS EXPERIENCED BY LGBT PEOPLE

Betül AKALIN [1]  
Şehmus SAÇAN [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Addressing health problems of LGBT individuals, reducing the transmission and progression of disease, increasing mental and physical well-being, low health expenses, increased life expectancy will provide many benefits.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to investigate whether LGBT individuals have problems about receiving services from health institutions and whether there are violations of sexual rights / sexual identity and patient rights violations.

**Method:** The study was planned as quantitative research. 32-question questionnaire was applied to the LGBT individuals via social media. The first 5 questions are related to demographic characteristics such as your gender, sexual identity, age, education, and occupation. The survey was announced via non-governmental organizations and other social media networks, including LGBT acquaintances in the researcher's own social network.1 The survey published on the internet in May 2019 was held on the portal until 14 May 2011. Until this time, 152 people completed the survey. The data of the study were evaluated with SPSS 25.0 program.

**Findings and Results:** Of the participants, 101 were male and 52 were female, 22 were lesbian, 62 were gay, 39 were bisexual and 30 were transpersonal. The majority of the individuals are between 40% and 18-25 years old, 35% are university graduates and 31.4% are graduates. At least the group consists of 0.07% (age: 50) and primary school graduate (1.3%). Approximately half of the LGBT people do not have any health insurance, they prefer to receive services from private hospitals, they refrain from taking health care services with the concern of health personnel prejudice, deprive of your identity in the health service procurement, lack of adequate medical attention due to gender identity, health stated that they felt that their security had not been ensured. However, nearly all individuals reported that their privacy was protected during medical interventions.

**Key Words:** LGBT, Health care, Patient rights, Discrimination

[1] University of Health Sciences / Hamidiye Faculty of Health Sciences / Health Management /betul.akalin@sbu.edu.tr /Turkey

[2] University of Health Sciences / Hamidiye Faculty of Health Sciences / Health Management /mr.sehms@gmail.com /Turkey

### 1. GİRİŞ

Lezbiyen, eşcinsel, biseksüel ve transseksüel (LGBT) bireyler tüm ırkları ve etnik kökenleri, dinleri ve sosyal sınıfları kapsar. Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği ile ilgili veriler LGBT bireylerin sayısını ve Sağlık ihtiyaçlarını tahmin etmek konusunda yetersiz görülmektedir. Araştırmalar, LGBT bireylerin toplumsal damgalanma, ayrımcılık ve medeni ve insan haklarının ihlali ile bağlantılı Sağlık eşitsizlikleriyle karşı karşıya olduğunu gösteriyor. LGBT kişilere yönelik ayrımcılık, yüksek oranda psikiyatrik bozukluk, madde bağımlılığı ve intihar ile ilişkilendiriliyor. Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğinin kişisel, aile ve sosyal olarak kabulü, LGBT bireylerin ruh sağlığını ve kişisel güvenliğini etkiliyor (5).

Türkiye'de eşcinsellere yönelik önyargı ve tutumların olumsuz yönde olduğu, detaylı ifade etmek gerekirse, erkek bireylerin, dindarlık düzeyi yüksek olanların, geleneksel ve muhafazakâr olanların, eşcinsel bireylerle sosyal ilişkisi ve tanışıklığı az olanların, cinsiyetçi bireylerin, cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutumlara sahip olanların ve eşcinselliğin kontrol edilebilirliğine ilişkin nedensel yüklemeler yapanların diğerlerine göre daha fazla homofobik tutum sergiledikleri bildiriliyor (2).

Cinsel yönelimli kişiler büyük ölçüde ayrımcı ve homofobi deneyimleriyle ilişkili olarak Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik yaşıyorlar. Bu ayrımlar rutin Sağlık bakım ve tarama hizmetlerinden kaçınmaya yol açıyor. Bu durum LGBT bireyler arasında sigara, alkol Kullanımı, depresyon, HIV/AIDS, fiziksel şiddet ve intihara teşebbüs oranlarındaki artışla bağlantılandırılıyor (1).

Sağlık hizmetine erişemeyen, yanlış tutum ve davranışlarla karşılaşan, Sağlık bilgilerine erişimle ilgili sorunlar yaşayan LGBT bireylerin karşılaştıkları bu eşitsizliklerle birlikte Sağlık durumları daha da

kötüye gidebilmekte ve bu tür zorluklar yaşayan bireyler hem fiziksel hem de ruhsal Sağlıklarını koruyamamaktadır. Risk altındaki LGBTİ bireylerin yaşadıkları Sağlık eşitsizliklerinin önüne geçilmesinde Sağlık profesyonellerinin bilgi, tutum ve becerileri son derece önemlidir (3).

Ülkemizde LGBT bireylerin Sağlık hizmeti alımında cinsel yönelim, cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılığı yasaklayan somut bir düzenleme bulunmamasıyla birlikte konuyla ilgili 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 5. maddesinde; Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmayacağı, Sağlık hizmetlerinin herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenleneceği belirtilmektedir (7).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25. maddesinde, herkesin kendisinin ve ailesinin Sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı olduğu ve herkesin işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahip olduğu belirtilmektedir (4).

Sözleşmenin 12. maddesinde taraf devletler, herkesin, ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve zihinsel Sağlık standardına sahip olma hakkı ve bu hakkın tam olarak kullanılmasını sağlamak için alacakları tedbirlerin yönelik olduğu amaçlar arasında hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması da yer almaktadır. Türkiye’nin üyesi olduğu Avrupa Konseyi’nin, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılığa ilişkin ayrıntılı bir tavsiye kararı bulunmaktadır. Ancak tavsiye kararları hukuken bağlayıcı metinler değildir. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi’nin Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temellerinde Ayrımcılıkla Mücadeleye Dair Önlemler ile ilgili CM/Rec(2010)5 sayılı ve 31 Mart 2010 tarihli Tavsiye Kararı’na göre üye ülkeler, cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılığa uğramaksızın erişilebilir en yüksek Sağlık standardının etkin şekilde Kullanımını sağlamak için uygun yasal ve diğer tedbirleri almalı, özellikle intiharı önleme tedbirleri, Sağlık Araştırmaları, tıbbi müfredat, eğitim kursları ve malzemelerini de içeren ulusal Sağlık planlarının geliştirilmesinde ve Sağlık hizmetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi sırasında lezbiyen, gey, biseksüel ve transcinsiyetli kişilerin özel ihtiyaçlarını hesaba katmaları ve üye devletler transcinsiyetli kişilerin makul olmayan yükümlülüklerle tabi tutulmaksızın transcinsiyet Sağlık hizmetleri alanında psikolojik, endokrinolojik ve cerrahi uzmanlığı içeren uygun cinsiyet değiştirme hizmetlerine etkin bir şekilde ulaşımını sağlamak için uygun tedbirleri almaları, cinsiyet değiştirme işlemlerinde Sağlık sigortalarının karşıladığı masrafları sınırlayan tüm kararların hukuka uygun, nesnel ve orantılı olmasını sağlamak için uygun yasal ve diğer tedbirleri almaları gerektiği bildirilmektedir (6).

Sağlık sorunlarını ele almanın ve eşitsizliklerin azaltılmasının, hastalık bulaşmasında ve ilerlemesinde azalma, artan zihinsel ve fiziksel iyilik hali, düşük Sağlık masrafları, artan ömür ile ilişkilendirilmesi öngörülmektedir (5).

Bu Çalışmada LGBTİ bireylerin Sağlık kuruluşlarında yaşadıkları cinsel yönelim/cinsiyet kimliği temelinde gerçekleşen sorunları ortaya koymak amaçlanmıştır.

## 2. YÖNTEM

Çalışma nicel Araştırma olarak planlanmıştır. Sosyal medya aracılığıyla ulaşılabilen LGBTİ bireylere 27 soruluk anket web taban üzerinden uygulanmıştır. Sorular kısıtlı sayıda ulaşılabilen LGBTİ bireyler ile yapılan nitel görüşmeler ve literatür ışığında hazırlanmış olup, İlk 4 soru cinsiyetiniz, cinsel kimliğiniz, yaşıınız, eğitim durumunuz gibi demografik özelliklerle ilgilidir.

Cinsel yönelim ile ilgili bilginin paylaşımında yaşanabilecek sıkıntılar ve mahremiyet ilkesi gereği hedef kitleye ulaşmada en iyi yöntemin internet tabanlı bir anket olduğuna karar verilmiştir. Anket, sivil toplum kuruluşları ve sosyal medya ağları üzerinden duyurulmuştur.

1 Mayıs 2019’da internet üzerinden yayımlanan anket 14 Mayıs 2019’a kadar portalde tutulmuştur. Bu zaman aralığında anketi 153 kişi doldurmuştur. Araştırmanın verileri SPSS 25.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

### 3. BULGULAR

LGBT bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri tablo 1’de ele alınmıştır

Tablo 1. LGBT bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Cinsel Yönelim</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Erkek	101	66	Lezbiyen	22	14,4
Kadın	52	34	Gay	62	40,5
			Biseksüel	39	25,5
			Trans	30	19,6
Toplam	153	100	Toplam	153	100
<b>Eğitim durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Yaş</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lisansüstü	48	31,4	18-25	62	40,5
Üniversite	55	35,9	26-33	46	30,1
Üni/lise öğrencisi	38	24,8	34-41	44	28,8
İlkokul mezunu	10	6,5	50 ve üzeri	1	,7
Toplam	2	1,3	Toplam	153	100,0

LGBT bireylerin %66’sı erkek, %34’ü kadındır. Yaş ortalaması çoğunluklu olarak 18-25 yaş aralığında %40,5, ardından 26-33 yaş aralığında %30,1, 34-41 yaş aralığında %28,8, 50yaş ve üzeri sadece 1 kişi %0,7 olarak bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumu en yüksek %35,9 oranıyla üniversite, ardından sırasıyla %31,4 lisansüstü, %24,8 oranında üni/lise öğrencisi, %6,5 oranında da ilköğretim mezunu oldukları görülmüştür. LGBT bireylerin cinsel yönelimlerine bakıldığında, kendilerini %40,5 Gay, %25,5 Biseksüel, %19,6 Trans, %14,4 Lezbiyen olarak tanımlamışlardır. Katılımcılar Türkiye’de LGBT birey olarak yaşamaktan %37,3 oranında memnun olduklarını, %62,1 oranında memnun olmadıklarını bildirmişlerdir. LGBT bireylerin Sağlık hizmeti Kullanımı sırasında yaşadıkları deneyimleri sorgulayan sorulara verilen yanıtlar tablo 2’de ele alınmıştır.

Tablo 2. LGBT li Bireylerin Sağlık Hizmeti Kullanımları

	<b>EVET</b>		<b>HAYIR</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hastalık ve/veya tedaviniz ile ilgili yeterli sözlü/yazılı bilgi alabiliyor musunuz?	123	80,4	12	7,8
Sağlık hizmetlerine kolayca erişebiliyor musunuz?	81	52,9	72	47,1
Sağlık kuruluşunu özgürce seçip değiştirebiliyor musunuz?	63	41,2	90	58,8
Modern Tıbbın bilgi ve teknolojisine uygun cinsel yöneliminize yönelik teşhis, tedavi ve bakım aldığınızı düşünüyor musunuz?	78	51	75	49
Güncel veya daha önceki tıbbi kayıtlarınıza inceleme/düzeltilmesini istediğinizde güçlüklerle karşılaşılıyor musunuz?	56	36,6	94	61,4
Sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde faydalandığınızı düşünüyor musunuz?	77	50,3	73	47,7
Tıbbi müdahaleler sırasında mahremiyetinize saygı gösterildiğini düşünüyor musunuz?	143	93,5	9	5,9
Sağlık kuruluşlarında güvenliğinizin sağlandığını düşünüyor musunuz?	58	37,9	93	60,8
Cinsiyet kimliği nedeniyle yeterli tıbbi ilgiyi görebiliyor musunuz?	62	40,5	89	58,2
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda tedavi almakta veya test yaptırırken sıkıntı yaşıyor musunuz?	62	40,5	89	58,2
Cinsel Sağlık sorunuzla ilgili probleminizde doktorun yeteri bilgiye sahip olduğunu düşünüyor musunuz?	60	39,2	93	60,8
Muayene tanı ve tedavi öncesinde rızanız alınıyor mu?	94	61,4	59	38,6

Talep ettiğiniz halde size hizmet verecek Sağlık personelinin tanıma, seçme ve değiştirme hakkını kullanabiliyor musunuz?	86	56,2	64	41,8
Sağlık kuruluşlarında verilen hizmet ve kuruluşun imkanları hakkında bilgi alabiliyor musunuz?	93	60,8	59	38,6
Cinsel yöneliminizle ilgili bir Sağlık hizmeti alımında kimliğinizin ifşa olmasından korkuyor musunuz?	80	52,3	71	46,4
Cinsel Sağlık Hizmeti almak için gittiğinizde açıkça veya üstü kapalı olarak geri çevrildiniz mi?	59	38,6	92	60,1
Sağlık personelinin önyargılı davranması endişesiyle Sağlık hizmeti almaktan kaçındığınız veya ertelediğiniz oldu mu?	60	39,2	89	58,2
Size bilgi verilmeden tıbbi Araştırmalara tabi tutulduğunuzu düşünüyor musunuz?	79	51,6	67	43,8
Bir Sağlık kurumunda hizmet alırken cinsiyet kimliği veya cinsel yönelim nedeniyle karşılaşılan bir ayrımcılık deneyiminiz oldu mu?	81	52,9	69	45,1

Katılımcılar herhangi bir Sağlık sigortanız var mı? Sorusuna (n=84) %54,9 evet, (n=69) %45,1 hayır cevabını vermişler, Devlet hastanesini mi tercih etmekteyiz yoksa özel hastaneyi mi? sorusuna ise Özel (n=91) %59,5, Devlet (n=62) %40,5 hastanesini tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

LGBT bireyler %41,8 oranında Sosyal çevresiyle veya ailesi ile cinsel yönelimini paylaşmaktadır.

LGBT bireyler %52,3 oranında cinsel yönelimi ile ilgili bir Sağlık hizmeti alımında kimliğinin ifşa olmasından korkmaktadır. %52,9 'u Sağlık hizmetlerine kolayca erişebilmekte, %41,2'si Sağlık kuruluşlarını özgürce seçip değiştirebilmekte, %50,3'ü Sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde faydalandığını belirtmektedir.

Katılımcılar %93,5 oranında tıbbi müdahaleler sırasında mahremiyetlerine saygı gösterildiğini belirtmişler ancak %40,5 i cinsiyet kimliği nedeniyle yeterli tıbbi ilgiyi göremediklerini ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda tedavi almak/test yaptırırken sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %39,2'si cinsel Sağlık sorunları ile ilgili problemlerde doktorlarının yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünmektedirler.

LGBT bireylerin %38,6'sı cinsel Sağlık hizmeti almak için gittiklerinde açıkça veya üstü kapalı olarak geri çevrildiklerini, %52,9'u bir Sağlık kurumunda hizmet alırken cinsiyet kimliği veya cinsel yönelimi nedeniyle bir ayrımcılık yaşadıklarını belirtmişler ve %39,2'si Sağlık personelinin önyargılı davranması endişesiyle Sağlık hizmeti almaktan kaçındığını veya ertelediğini belirtmişlerdir.

#### 4. SONUÇ

Geleneksel ve heteronormatif bir yapılanmaya sahip toplumumuzda LGBTİ bireyler sosyal yaşamın her basamağında olduğu gibi Sağlık hizmeti Kullanımı sırasında da bazı sorunlar yaşamaktadır.

LGBT bireylerin yaklaşık olarak yarısı Sağlık sigortasına sahip değil ve özel hastanelerden hizmet almayı tercih ediyor.

Sağlık personeli önyargısı, Sağlık hizmeti alımında cinsel yönelimi ile ilgili kimliğinin ifşa olma korkusu, Sağlık Çalışanlarının yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünme, tıbbi deneylerde kullanılma korkusu gibi nedenlerle Sağlık hizmeti almaktan kaçınıyor.

Cinsiyet kimliği nedeniyle hakkaniyetli tıbbi yardım alamama, Sağlık kuruluşlarında yeterli güvenliğin sağlanamaması korkuları mevcut.

Ancak tüm bunlarla birlikte, neredeyse tüm LGBT bireyler Sağlık hizmeti Kullanımında mahremiyetlerinin korunduğunu bildirmişlerdir.

Yapılması gereken, Sağlık Çalışanlarının cinsiyet kimliği konusundaki farkındalıklarının artırılması, LGBTİ bireylerin Sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması ve LGBTİ bireylerin hizmet Kullanımlarını kolaylaştırmak için çabaların artırılmasıdır. Böylelikle hastalık bulaşmasında ve ilerlemesinde azalma, artan zihinsel ve fiziksel iyilik hali, düşük Sağlık masrafları, artan ömür ile sadece biyolojik yaşamın uzatılması değil, yaşamda kalitenin yükseltilmesi ve bu bireylerin karşılaştığı baskı ve ayrımcılık nedeniyle toplanabilecekleri tek güvenli yer olan barlar ve kulüplerin getirisi olan alkol tüketiminin ve doğuracağı yeni Sağlık sorunlarının da azaltımı sağlanabilir.

## 5. KAYNAKLAR

Çelik, D. B., & Şahin, N. H. (2012). Cinsel Yönelimler: Sağlık Personelinin Yaklaşımı. *Literatür Sempozyum Dergisi*, 1, 15-23.

ORTA, İ. M., & CAMGÖZ, S. M. (2018). Türkiye’de yapılan homofobi Çalışmalarına genel bir bakış. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 58(1), 409-439.

ÜNAL, E., ALTUNDAL, H., & YILMAZ, M. KÜLTÜREL YETKİNLİK GERÇEĞİ: LGBTİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE EŞİTSİZLİKLER.

Yeşiltepe, G. (2015). Lezbiyen Gey Biseksüel Trans (LGBT) Bireyler ve Hasta Hakları. *Uzmanlık Tezi*.

<https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>

[https://insanHaklarımerkezi.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/02/24/Cinsel\\_Yonelim\\_veya\\_Cinsiyet\\_Kimligi\\_Izleme\\_Raporu.pdf](https://insanHaklarımerkezi.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/02/24/Cinsel_Yonelim_veya_Cinsiyet_Kimligi_Izleme_Raporu.pdf)

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>

## OCCUPATIONAL DISEASES IN HEALTH EMPLOYEES

Betül AKALIN [1]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** the protection of employees from the conditions that can harm the health and the hazards that occur during the execution and execution of the work, ensuring the security of the service provided and the safety of the institution are considered as the identifiers of the competitive environment in increasing the efficiency and efficiency in health services

**The Purpose of the Study:** This research was carried out to inform health workers about the danger they face in the workplace and their occupational diseases, and to contribute to the work to be done.

**Method:** this study was designed as literature review

**Findings and Results:** this study was continued on two main headings and sub-headings. The first main headline is that the health care employees in the study area are exposed to the risk rates; by identifying as, high-risk areas, medium-risk areas, and low-risk areas at least, the risky areas within the institution where health workers work are investigated. According to the risk factors, which are the second main topic, the type of risks faced by health employees in the institution is determined in six subtitles. These; biological factors, chemical factors, psycho-social factors, physical factors, ergonomic factors and violence. In this study revealed that AIDS, hepatitis, burnout, mobbing, lighting, breast cancer effects, musculoskeletal system diseases, asthma to myofascial pain are risk factors for health employees, but one of the most important factors is violence.

When the hazards in the working environment cannot be prevented, it can lead to risk, and when work cannot be prevented, work-related health problems, work accidents, occupational diseases and related disability, inability to work, loss of labor such as absenteeism and situations that threaten patient safety.

**Key Words:** Occupational diseases, Health employees

[1] University of Health Sciences / Hamidiye Faculty of Health Sciences / Health Management /betul.akalin@sbu.edu.tr /Turkey

### GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, kamu ya da özel kurumlar tarafından verilen bireylerin sağlığının korunması, tanı, tedavi ve bakım içeren hizmetler olarak tanımlanmaktadır (18). Sağlık Çalışanları mesleki olarak birçok risk ve tehlikeyle karşılaşabilmektedir (17). İş güvenliği, iş sürecinde oluşan tehlikelerden ve zararlı koşullardan Çalışanları korumak ve daha iyi bir Çalışma ortamı sağlamak için yapılan sistemli Çalışmalardır (27,20,16). İş güvenliği ile Çalışanların rahat ve güvenli ortamlarda Çalışmalarını sağlamak, iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı koruyarak ruh ve beden sağlıklarını sürdürmeleri, hizmetin ve kurumun güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. (24,27,20,16). Ayrıca Çalışanların moral yönden güvenli ve Sağlıklı olması, böylece uyumlu ve verimli Çalışması, psikolojik ve ruhsal yönden Sağlıklı ve tatmin olması arzulanmaktadır (27,20,16).

Pek çok hizmet grubu Çalışanını, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, Sağlık Çalışanı, stajyer, gibi geniş kapsamıyla hastanelerin güvenli ve Sağlıklı bir ortam oluşturma eğilimi günümüzde hız kazanmıştır (15,16,7). Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık örgütü (İLO) her Çalışanın Sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli bir ortamda Çalışmasının yaşama hakkı sınırları içindeki bir insanlık hakkı olduğunu dolayısıyla her ülkenin buna uyması gerektiğini belirtmiştir (32). Sağlık hizmetlerinin sunulduğu birçok alanda özellikle de hastanelerde, Çalışanların Sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (National Institute for Occupational Safety and Health= NIOSH), Sağlıklı ve güvenli bir hastane ortamını "işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, mekanik tehlikelerin, tehlike ve risklere bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu" olarak tanımlamıştır (11). Çalışanın sağlığı ve güvenliği bakımından önemli tehlike ve riskler taşıyan Çalışma ortamlarından biri de Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerdir (23,16). Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü hastanelerde 29 çeşit fiziksel, 25 çeşit kimyasal, 24 çeşit biyolojik, 6 çeşit ergonomik ve 10 çeşit psikososyal mesleki maruziyet kaynaklı risk olduğunu bildirmiştir(14,15,32,24,28,16,19,7). Sağlık Çalışanlarının yoğun Çalışma temposu, uzun süreli, kesintisiz

çalışma ve iş gerilimi diğer iş kollarında Çalışanlara göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve Sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (15,32,24,28,8,7). Toplumda sunulan Sağlık hizmetinin yürütülmesinde görev yapan Sağlık Çalışanları büyük bir fedakârlık ve özveri ile Çalışmaktadırlar (24). Çalışma ortamlarındaki tehlikenin hangi durumda riske dönüştüğünün bilinmesi ve tanınması gerekmektedir. Bu durum göz ardı edildiğinde, Çalışanın Sağlıklı ve güvenli bir ortamda Çalışması, işe bağlı Sağlık sorunlarının önlenmesi mümkün olmamaktadır. Sağlığın korunabilmesi için öncelikle sağlığı bozan etmenlerin iyi bilinmesi gerekir. İş yerinde oluşturan tehlikeler işe bağlı Sağlık sorunlarına, iş kazalarına, meslek hastalıklarına ve bunlara bağlı sakatlık, iş görmezlik durumlarına ve işe devamsızlıkların oluşmasına yol açmaktadır. Sağlık Çalışanlarında hem Çalışma ortamı hem de işin yoğunluğu ve performanslarının azalmasına ve mesleki hataların oluşmasına neden olabilmektedir (32,23). Türkiye’de ilk olarak Sağlık Çalışanlarının güvenliği 1996 yılında " SES Dergisi'nde yayınlanan makale ile değerlendirilmiş, 2003 yılında ise Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi'nde "kamu Çalışanlarının sağlığı" konusu incelenmiştir (12).

Çalışma ortamındaki Sağlık sakıncaları belirlenmiş etmenlerin Çalışanlarla teması sonucu ortaya çıkan her hastalık ya da Sağlık sorunu meslekle/işle ilgili hastalıklar olarak değerlendirilmektedir. Meslek hastalıkları, kendine özgü bir klinik tablo ile ortaya çıkar, hastalık deneysel olarak da oluşturulabilir ve bir veya birden fazla hastalık etkeni veya metabolitin biyolojik ortamda bulunması ile kendisini gösterir. Hastalığın insidansının o meslekte Çalışanlarda yüksek olması da meslek hastalıklarının genel özellikleri arasında dır (12). Çalışma ortamına özgü etiyolojik etkenle karşılaşma sonucu meydana gelen hastalıklara meslek hastalığı adı verilir. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu'nun 11/b maddesinde Meslek Hastalığı; "Sigortalının Çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici ve sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri" olarak tanımlanmaktadır (31,10,12). Günümüzde sağlık Çalışanları yaptıkları işin niteliğine bağlı olarak daha farklı iş riskleriyle de karşı karşıyadır. Sağlık Çalışanları iğne yaralanmaları, bel ve sırt sorunları, alerjiler, şiddet ve stres gibi çok çeşitli meslek risklerine maruz kalmaktadır. Tüm bu tehlikeler Sağlık Çalışanlarının işteki performanslarının azalmasına, iş kazalarının artmasına neden olmakta ve hem Çalışanların mesleki hastalıklara yakalanmasına neden olmaktadır (10). Bu Araştırma Sağlık Çalışanlarının iş yerinde karşılaştıkları tehlikeler ve yakalandıkları mesleki hastalıklar konusunda bilgi vermek ve yapılacak Çalışmalara katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

Bu Araştırma literatür taramasından yararlanılmış derleme bir Çalışmadır.

## BULGULAR

### A-RİSK ALANLARINA GÖRE

1-Çok Yüksek Riskli Alanlar: Ameliyathaneler, yoğun bakımlar, enfeksiyon hastalıkları kliniği,onkoloji kliniği, izolasyon odaları, yanık ünitesi, invaziv girişimlerin uygulandığı ve hastaların enfeksiyon yönünden yüksek risk altında olduğu diğer bölümler (sistoskopi,anjiyografi, endoskopi,kolonoskopi, dis ünitesi, ERCP, ayaktan kemoterapi ünitesi, girişimsel radyoloji, resusitasyon odası, hemodializ ünitesi, ürodinami, pansuman ve biyopsi odaları ile nütrisyon ünitesi) ve bu alanlardaki banyo, koridor, ofis, depo, toplantı odası, büro ve personel odaları.

2-Yüksek Riskli Alanlar: Acil servis, merkezi sterilizasyon ünitesi, steril destek alanları ve bu alanlarda ki banyo, koridor, ofis, depo, toplantı odası, büro ve personel odaları.

3-Orta Riskli Alanlar: Günlük Kullanım alanları, koroner yoğun bakım ünitesi, genel klinikler, laboratuvarlar, radyoloji, halka açık işlek bölümler, poliklinikler, patoloji, eczane, tedavi odaları, bekleme odaları, çamaşırhane, morg, destek Sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon alanları, mutfak,kafeterya ve diğer iç alanlar (banyo, koridor, asansör, toplantı odası, ofis ve bürolar, merdivenler,personel odaları ve depolar).

4-Düşük Riskli Alanlar: İdari bölümler, konferans salonları, steril olmayan destek bölümleri ve diğer iç alanlar (banyo, balkon, koridor, asansör, depo, toplantı odası, büro ve personel odaları, yükleme boşaltma odaları).

5-En Az Riskli Alanlar: Arşiv, teknik servis, çevre alanlar ve bu alanlardaki iç bölümler (balkon, tuvalet, koridor, yollar, bahçe bölümleri, asansör, depo, toplantı odası, bürolar) (30).

## B-RİSK ETMENLERİNE GÖRE

### 1-BİYOLOJİK FAKTÖRLER

Sağlık Çalışanlarının günlük Çalışmaları sırasında en çok karşılaştıkları ortam faktörü biyolojik etkenlerdir (2,8,17,4) Sağlık Çalışanları mesleki olarak birçok risk ve tehlikeyle karşılaşabilmektedir. Bu riskler içerisinde en önemlileri, enfeksiyonlar ve kesici-delici alet yaralanmalarıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her yıl üç milyon Sağlık Çalışanının kan yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kaldığını belirtmektedir. (17,4) Sağlık Çalışanları, mesleki nedenlerle enfekte kan ve vücut sıvılarına maruz kalmayı takiben önemli mortalite ve morbititeye neden olabilen hepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsüne (HIV) bağlı enfeksiyon hastalıklarına yakalanma Açısından risk altındadır. Hastalık Kontrol Merkezi'nin (Centers for Disease Control, CDC) 2002 verilerine göre, Sağlık Çalışanlarında toplam 23.212 mesleki HIV/AIDS vakası mevcuttur. ABD'de her yıl görülen 300.000 yeni HBV enfeksiyonun 12.000'i Sağlık Çalışanlarında görülmektedir. Bu enfeksiyonların bulaşma riski, mukokütanöz yaralanmalara oranla perkütan yaralanmalarda daha yüksektir. (2,17,13,4,5,25,10) Bu enfeksiyonlar içinde kanla bulaşanlar, gerek sıklık gerekse yarattıkları uzun süreli olumsuz etkiler nedeniyle, özel bir öneme sahiptir (2). Ayrıca; Sağlık Çalışanlarının meslek riskleri arasında yer alan solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonlar önemli bir iş gücü kaybı nedenidir. Hastanelerde hava yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ; çevresel rezervuarlardan herhangi bir yolla ( insanlar , hava akımı, su , inşaat malzemeleri , cihazlar vb. )hastaneye giren mikroorganizmaların , hastanede uygun bir ekolojik ortamda üremesi ve sonar havaya ,karışarak bir enfeksiyon kaynağı oluşturmasıyla gelişmektedir (8,23,27). Solunumla bulaşan hastalıklar içinde tüberküloz özel bir yer tutmaktadır. Ülkemizde yapılan iki Çalışmada toplumda tüberküloz insidansı 100.000'de 34 bulunmuşken sağlık Çalışanlarında 100.000'de 96 bulunmuştur. Literatürde yapılan bir Araştırmada özellikle tüberkülozlu hasta ile sık karşılaşan kliniklerde Çalışmakta olan Sağlık Çalışanlarının, tüberküloz hastalığı yönünden yüksek risk altında oldukları tespit edilmiş ve tüberkülozun meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği ifade edilmiştir (32).

Meslek gruplarına bakıldığında ise Sağlık Çalışanları içinde hemşireler perkütan yaralanmalar yönünden en riskli grubu oluşturmaktadır. Hemşirelerde yaralanma neden olan en sık işlem iğne ucunu kapatmalarıdır (17). Hemşirelerde perkütan yaralanmaların en sık görülmesi; yoğun Çalışma şartları, hemşire sayısındaki azlık, işlerini aceleyle yapmaları, bakım, tedavi, kan alma, enjeksiyon, malzemelerin toplanması ve temizliği gibi birden çok işlemde sorumlu olmaları, uzun Çalışma saatleri, kimi zaman da hastaların aceleci ve agresif davranışlarıyla açıklanabilir. Bir diğer risk altındaki grup olan temizlik personeline görülen yaralanmaların çoğunluğu atıkların toplanması sırasında olmaktadır. Hastanede delici-kesici aletlerin tıbbi atık kutuları yerine tıbbi atık ve evsel çöp torbalarına atılmaları bu yaralanmalardan sorumlu tutulabilir. Doktorlarda perkütan yaralanmalar en sık ameliyathanede sütür işlemi sırasında görülmektedir (32,26,10,30,18). Doktorlarda yaralanmaya neden olan en sık işlemin sütür atmak olması bu grupta yoğun Çalışmaya bağlı dikkatsizliği düşündürmektedir. Perkütan yaralanma cerrahi servislerde daha sık görülmektedir (4,5]. En sık cerrahi birimlerde yaralanma görülürken, bunu hasta yoğunluğunun ve invaziv girişimin fazla olduğu birimler izlemektedir (17). Diş hekimliğinde, hastadan diş hekimine, diş hekiminden hastaya ve hastadan hastaya kan ve vücut sıvıları, tükürük, enfekte aerosoller, cerrahi aletler ve su ile enfeksiyon geçiş olasılığı bilinmektedir. Dental tedavi sırasında küçük aerosoller (<1µm) önemli mesleki solunum yolu riskidir. Gram-negatif biyolojik ajanlar ve bakteriyel endotoksinler diş ünitesi su hatlarında ve yüksek hızlı el aletlerinden akan suda tespit edilmiştir ve diş hekimlerinde potansiyel bir bronş astımı riski oluşturmaktadır (23).

Hastanelerde biyolojik risk etmenlerine maruziyet düzeyinin en aza indirilmesi için öncelikle toplu koruma önlemleri alınmalı veya maruziyetin önlenemediği durumlarda kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılmalıdır. Hastanelerde kullanılan kişisel koruyucu ekipmanların başında; maske, gözlük, yüz koruyucusu, önlük, eldiven gelmektedir. Hijyen önlemlerinin alınması da enfeksiyon etkenlerinin ortamda bulunması veya bir yerden başka bir yere taşınması Açısından önemlidir (17,23).

### 2-KİMYASAL FAKTÖRLER:

Günlük yaşantımızın pek çok alanında kullanıldığı gibi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi ile de yaşantımızın bir parçası haline gelen kimyasallar, yararlarının yanı sıra özellikle uygun şekilde kullanılmadıklarında insan sağlığı için tehlike, çevre için zehir olabilmektedirler. Kimyasal tehlike ve riskler oldukça geniş ve izlenmesi zor bir gruptur (32). Sağlık Kurumlarında insan sağlığına zararlı toz,



buhar, gaz, sıvı şeklinde 299 değişik kimyasal bileşenin kullanıldığı yapılan Araştırmalarda saptanmıştır. Sağlık Çalışanlarının sıklıkla karşılaştığı kimyasal tehlike ve riskler, deterjan, dezenfektanlar, anestetik gazlar, sterilizanlar, kimyasal sterilize ajanlar ve ilaçlar olarak belirtilmektedir. Sağlık Çalışanları dermatit ve işe bağlı astıma neden olan kimyasal tehlikelere maruz kalmaktadır. Patoloji, biyokimya, hematoloji ve diğer laboratuvarlarda kullanılan asit ve alkaliler, tuzlar, boyalar, uçucu organik solventler, başta antineoplastik ilaçlar olmak üzere çeşitli ilaçlar, allerjiden kansere kadar bir dizi hastalığın oluşumu için önemli risk faktörleridir. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon için kullanılan çeşitli deterjanlar, formaldehit, glutaraldehit, gaz sterilizasyo-nunda kullanılan etilen oksit, kullanılanlar için zararlı ajanlardır (32,8,23,18). Oluşabilecek Sağlık sorunları arasında; dermatozlar, egzema gibi deri irritasyonları, allerjik olaylar, solunum yolu ve göz irritasyonları, olası kanserojen ve mutajen etkiler, toksik etkiler, üreme sistemi enfeksiyonları, uyku hali yakınması, baş ağrıları, görme bulanıklığı ve teratojenik etkiler özellikle gebelerin maruziyeti sonucunda erken doğumlar, düşükler, ölü doğumlar sıralanabilir (32). Kimyasal risklerin bertaraf edilmesinde 6331 sayılı kanununun 30. maddesi kapsamında çıkarılan ve tüm işyerleri bakımından geçerli olarak uygulanması gereken tali hükümler de dikkate alınmalıdır (23).

### 3-PSİKO-SOSYAL ETKENLER:

Birçok hastanın ve ölen kişilerin bakımının direkt sorumlusu olmanın verdiği stresle beraber artan iş yükü, sağlık Çalışanlarının Sağlık ve iyilik halini ciddi şekilde tehdit etmektedir (23,18). Vardiya, nöbet, gece Çalışmaları, çağrı üzerine Çalışma, hasta ve hasta yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, Sağlık personelinin maruz kaldığı aşırı ve düzensiz Çalışma saatleri, tek başına Çalışma, aşırı-uzun Çalışma, zaman baskısı, dinlenme molalarının yetersizliği, beslenme düzensizliği, fiziksel olarak kötü iş koşulları, zor ve karmaşık görevler, şiddet, kötü muamele, düşük ücret, Lojman-kreş vb. olanaklarının olmayışı, kronik uykusuzluk, yorgunluk, motorlu araç kazaları, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, yaralanmalar, malpraktis, obezite, bazı kanser türleri, yaygın kronik hastalıklar, duygudurum bozuklukları, tükenmişlik sendromu, yabancılaşma ve aile içi sorunlar çok sayıda Sağlık sorununa ve iş güvenliği problemlerine yol açabilmektedir (15,24,28,31,23,16,19). Ayrıca Sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmet ve personel dağılımındaki dengesizlikler Çalışanlarda motivasyon kaybına ve gerginliğe yol açmaktadır (23). Çalışma hayatını olumsuz etkileyen ve yaygın bir biçimde gözlenen konulardan biri de psikolojik yıldırma (mobbing). Mobbing, hastanelerde yaygın olarak görülen ve Sağlık Çalışanları için tedbir alınmasını gerektiren düzeyde ciddi bir mesleki Sağlık ve güvenlik riskidir. İşyerlerinde gerek yönetim gerekse Çalışanlar bakımından alınacak tedbirler ve yapılacak düzenlemeler için, bu sorunun farkındalığının sağlanması oldukça önemlidir. Mobbinge maruz kalan bireyler; bıkırma, yıldırma, dışlanma, kurumun hizmetlerinden yoksun bırakılma, aşağılanma, izin ve görevlendirilmelerden yararlandırılmama, zorla tayin gibi psikolojik tacize neden olabilecek tutum ve davranışlara maruz kalabilmektedir. Yapılan Çalışmalar Sağlık Çalışanlarının %18- 37 oranında kasten mobbinge maruz kaldığını, mobbingin iş tatminsizliğine, depresyona, heyecana ve hatta işten ayrılmaya kadar neden olabildiğini göstermiştir (24,28,31,23),

Psiko-sosyal risk etmenlerinden biri olan tükenmişlik özellikle hizmet sektöründe sık görülen bir sorundur. Sağlık Çalışanlarının tükenmişlik yönünden en riskli gruplardan biri olduğu bilinmektedir. Tükenmişlik çalışma şartlarından doğan fiziksel ve duygusal çöküş olarak yorumlanmaktadır (23). Tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olan temel faktör, uzun süre strese karşı korumasız kalmaktır. Rol çatışması, rol belirsizliği, aşırı iş yükü ve sosyal destekten yoksunlukla uzun süre karşı karşıya kalınması, tükenmişlik sendromunu ortaya çıkarabilir (1). Günümüzde pek çok alanda görülmekle birlikte özellikle hekimlik, hemşirelik, fizyoterapistlik gibi insanlarla yoğun ve süreğen ilişkide olan mesleklerde görülmektedir (23,1).

Sağlık hizmeti sunumunda Sağlık personeli yoğun stres altında olup diğer meslek gruplarına göre daha fazla strese maruz kalmaktadırlar. Strese verilen tepkilerin kişiden kişiye değişiklik gösterip, duygusal düzeyde huzursuzluk, gerginlik, kaygı, öfke, yoğun depresif içerikli duygular (değersizlik gibi) fizyolojik düzeyde gerginlik tipi baş ağrıları, allerjik reaksiyonlar, gastrointestinal rahatsızlıklar, soğuk algınlıklarında artışlar, alkol ve madde bağımlılığı sorunları ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı ortaya çıkan diğer hastalıklardır. Bu belirtilerin iş gücüne yansımada ise, dikkat ve konsantrasyon düzeyinde azalma ve bunlarla bağlantılı olarak işte yapılan hataların artması, kişilerarası ilişkilerde bozulma, duyarsızlaşma, iş veriminde düşme, Çalışma hızında azalma, sık hastalanma ve rapor alma sıklığında artış dikkati çekmektedir (15,32,24,28,). Söz edilen tüm bu tehlikeler Sağlık Çalışanlarının işteki performanslarının azalmasına, iş kazalarının artmasına neden olmakta ve hem Çalışanların hem de

hastaların güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Her ne kadar Sağlık Çalışanlarının bu tehlikelere maruz kalması önlenemez ya da azaltılabilirse de Sağlık Çalışanları iş yerlerinde yaralanma ve hastalanma deneyimi yaşamaya devam etmektedir (27).

#### 4-FİZİKSEL ETKENLER

Sağlık kuruluşlarında işyeri ortam faktörü olarak fiziksel faktörler önemli yer tutar (27). Sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında Çalışanların maruz kaldığı fiziksel risklerin başında, ısı, ışık ve gürültü gelir (23). Sağlık kuruluşlarının sessiz ortamlar olması arzu edilmektedir (27). Bu risklerin bertaraf edilmesi için Sağlık birimlerinin yeteri kadar aydınlık ve sıcak olması ve aynı zamanda Çalışanda olumsuz psikolojik ve fiziksel etkiler yaratmayacak seviyede bir ses olmasının sağlanması gerekir (23). Aydınlatmanın iyi olmaması özellikle ameliyathanelerde görüş alanını olumsuz etkiler, aşırı aydınlatma olması ise yorgunluk nedeni olabilmektedir. Işığın ve elektromanyetik alanların fazla olmasının pineal bez fonksiyonunu etkilediğini gösteren Çalışmalar mevcuttur. Bu, uzun dönemde meme kanseri, üreme fonksiyon sorunları ve depresyon nedeni olabileceği için özellikle gece nöbet tutan kişiler ve yoğun bakım ünitelerinde Çalışanlar için önemlidir (23,27). Sağlık kuruluşlarındaki elektrik ve radyasyon konuları da fiziksel faktörler olarak çok önem taşır. Kullanılan çeşitli elektrikli cihazların doğru olarak topraklanması ve yalıtımlarının sağlanması gerekmektedir (27). Radyasyon maruziyeti radyoterapi, nükleer tıp ve radyoloji Çalışanları başta olmak üzere, Sağlık Çalışanları, iyonizan ve non iyonizan radyasyon riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunların çeşitli kanserojen ve teratojen, mutajen etkileri söz konusudur (27). Ayrıca ultraviyole, lazer, mikrodalga, ultrason, fotokopi makinaları, bilgisayar ekranları, gürültü, aydınlatma koşulları, havalandırma sistemleri, iç ortam hava kirliliği sorunları da Sağlık Çalışanlarını olumsuz etkilemektedir. Elektromanyetik alana maruz kalan Sağlık Çalışanlarında baş ağrısı, bulanık görme, çarpıntı, gözde batma, kaşıntı, sulanma, işitme azlığı, halsizlik ve yorgunluk gibi yakınmaların fazla olduğu bilinmektedir (32,27,18).

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda Çalışmak; Çalışanın yaşamdan beklenen süresini uzatması, işten kaynaklı korunulabilir Sağlık sorunlarını önlemesi, mevcut hastalıkların yükünü azaltması, çalışanın çalışma etkinliğini artırması, ekonomik bağımsızlığını ve işe devamlılığını sağlaması, Çalışma yaşamının niteliğini artırması gibi pek çok yarara sahiptir (19).

#### 5-ERGONOMİK ETKENLER:

Ergonomi: İnsanın davranışsal ve biyolojik özelliklerini inceleyerek bunlara uygun yaşama ve Çalışma ortamları yaratmayı amaçlayan bir bilim dalıdır. İş yükü ve çalışma gücünün en iyi şekilde dengeleyerek Çalışanın sağlığını koruyarak üretimin artmasını sağlar (8,23,21,10).

İş yerinde ergonomik düzenlemeler: kişiyi, çevre koşullarını ve kullanılan ekipmanlar gibi bütün düzenlemeleri içerir. Böylece, Çalışma ortamındaki olumsuz fizik koşulların kaldırılması, Çalışma sürecinin insanın bedensel ve mental yeteneklerine uygun hale getirilmesi, araç- gereç tasarımının Kullanıma daha uygun olacak şekilde geliştirilmesi sonucunda iş yeri ortamının kişiye en uygun hale getirilmesi sağlanarak hem verimlilik artışı hem de kas iskelet sistem hastalıkları için oluşabilecek risk faktörleri en aza indirilir. Bu risk faktörlerinde önemli olan etmenler: Çalışma postürü, iş yoğunluğu, hareketlerin şiddeti- tekrarı, ısı- sıcaklık, kullanılan aletlerin vibrasyon, ortamın aydınlatması (21), Sağlık Çalışanları hastayı kaldırma ve elle taşıma, aşırı efor gibi nedenlere bağlı ergonomik tehlikeler ile gürültü ve radyasyon gibi fiziksel tehlikelere maruz kalmaktadır. Sağlık Çalışanlarının hemen tümü kas-iskelet sistemi sorunları Açısından risk taşımaktadır (28,23,19). Hemşirelerle yapılan Çalışmalarda, hemşirelerin bel problemlerinin ağır fiziksel Çalışma gerektiren iş kollarında Çalışanlara oranla daha fazla görüldüğü belirlenmişti (32,23,7).

Hemşireler dışında diş hekimleri, fizyoterapistler ve hastabakıcılar da bel ağrısı Açısından yüksek risk altındadırlar. Sağlık Çalışanlarında kas-iskelet sorunlarının en önemli nedeni hasta ile yakın temas gerektiren aktivitelerdir. Başlıca kas-iskelet sistemi sorunları, bel ağrısı, boyun, omuz ve kol ağrıları ve karpal tünel sendromudur. Hekim, diş hekimi, hemşire, fizyoterapist ve hastabakıcılarda bel ağrısı insidansının (%50-60) toplum geneline göre oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (24,18). Ayrıca; yönetim, bilgisayar odası, büro, ofis ve sekreterlik hizmetleri işleri gibi genel bölümlerde görev yapanlar da gerek iş yükü yoğunluğu, gerekse uygunsuz Çalışma ortamı nedeniyle birikimli kas-iskelet sistemi hastalıklarıyla karşı karşıya gelmektedir (23). Sağlık profesyonellerinde ortaya çıkan kas iskelet ağrıları; iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına, kazaların artmasına ve bakım verilen bireylerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır (7).

### Sağlık Çalışanlarında Görülen Kas-İskelet Sorunları:

Hekim; Bel ağrısı, Myofasial ağrı

Diş hekimi; Servikal spondiloz, Torasik çıkış sendromu, Raynaud fenomeni, Periferik nöropati, Myofasial ağrı, Rotator manşon tendiniti, Bel ağrısı

Hemşire; Bel ağrısı

Fizyoterapist; Bel ağrısı

Laboratuvar Çalışanları; Karpal tünel sendromu, Servikal spondiloz

Hastabakıcı; Bel ağrısı (24)

Yapılan çalışmalarda en fazla etkilenen Sağlık Çalışanlarının doktorlar, diş hekimleri, hemşireler, fizyoterapistler, laborantlar olduğu yönünde olsa da diğer Sağlık elemanlarına yönelik Çalışmalara da ihtiyaç fazladır. Çünkü hasta ile direkt temas eden tüm Sağlık Çalışanları kas- iskelet sistem hastalıklarına maruz kalmaktadır. Bunun en büyük nedenleri ise; işin tekrarlanan ve statik karakterde olması, iş uyumun ve memnuniyetin az olması, stres ve de işle ilgili yanlış ekipmanların kullanılıyor olması gelmektedir. Karpal tünel sendromu, disk hernileri, mekanik bel ağrıları, tendinit, tenosynovit bunlardan en sık görülenlerdir (21).

Ergonomide insan hataları ve kazalar konusu, önemli bir Araştırma alanıdır (23,7). Tıp alanında buna bir de tıbbi araçlarla ilgili tasarım hataları da eklenmekte, bu alandaki ergonomik yetersizlikler tıbbi süreçlerde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Teşhis ve tedavi süresini hızlandırmak için kullanılan; röntgen cihazları, bilgisayarlı tomografi, EEG, EMG, EKG, dijital videolu anjiyografi, ultrasonografi vb. modern teknolojik cihazlar beraberinde farklı sorunları da beraberinde getirmektedir (24,23).

Poliklinik odaları, hasta bekleme koridorları, acil servis, cerrahi, dahiliye servisleri, laboratuvar, yanık-diyaliz merkezleri, banyo tuvalet hizmetleri, çamaşır-ütü üniteleri, gıda üretim tesisleri vb. geliştirilecek ergonomik iş akış şemaları ile verimlilik artışının yanı sıra hastanede yaşanan tıbbi olumsuzlukların da ortadan kaldırılması sağlanacaktır (23).

### 6-ŞİDDET

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet: kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan kasıtlı güç Kullanımı tehdididir (23,22). Sağlık Kurumlarındaki şiddet ise “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, Sağlık Çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak ifade edilmektedir (6,22). Şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte, hekime ve Sağlık Çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermekte ve şiddet her sektör için önemli bir Sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (15,24,6,22). Sağlık kurumunda Çalışmak diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir (6,9). Sağlık Kurumlarında şiddet riskini arttıran değişik faktörler bulunmaktadır. Bunlar, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması gibi durumlardır. Ayrıca işlerin yoğun fakat personel sayısının az olması, aşırı kalabalık ortamda Çalışma, tek başına Çalışma, şiddetle baş etme konusunda Çalışanın eğitim yetersizliği, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması, şiddete karşı yasalarda sınırlamanın olmaması şiddet riskini arttıran faktörler arasında sayılabilir. Bu durum hastalar, hasta yakınları ve Çalışanlar arasındaki ilişkiyi bozmakta ve Sağlık Çalışanlarının moral ve motivasyonunu azalmakta, Çalışanların hastalara sunduğu hizmet kalitesi düşmekte, Çalışanlarda psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmekte ve hatta Çalışanların iş bırakmasına neden olabilmektedir (9). Dünya Sağlık örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı “Sağlık sektöründe iş yeri şiddeti” başlıklı ortak raporunda Sağlık Çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini uyguladıkları süre içinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir (6,22,9). Sağlık Çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok Çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; Sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Sağlık Kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği Çalışmalarda öne çıkmıştır. İş yerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmiştir. Bir Çalışmada Sağlık kurumunda Çalışmanın diğer iş

yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir (6,22,9). Şiddet olaylarının genel hastanelerin her bölümünde gerçekleşmesi ile birlikte en sık acil, yoğun bakım ve psikiyatri kliniklerinde sergilenmektedir (24,22,9). Şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı belirlenmiştir (6). Şiddete maruz kalan Çalışanlarda hem şiddet olayı sonrası fiziksel ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmekte, hem de kurum için ekonomik maliyetleri olmaktadır (24).

## SONUÇ

Çalışma ortamındaki riskli alanların varlığı, yoğun iş şartları Sağlık Çalışanları için tehlike oluşturarak muhtemel hataların oluşmasına, Sağlık sorunlarına, iş kazalarına, meslek hastalıklarına ve bunlara bağlı sakatlık, iş görmezlik durumlarına ve işe devamsızlıkların oluşmasına yol açmaktadır. Risk alanlarına ve/veya risk etmenlerine bağlı olarak oluşan meslek hastalıkları Sağlık hizmet kullanımının artması, iş gücü kaybı ile Sağlık sistemi üzerine yük oluşturmaktadır.

## KAYNAKÇA

Akbolat, M., & Oğuz, I. Ş. I. K. (2008). Sağlık Çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 229-254.

Akova, M. (1997). Sağlık Personeline Kan Yoluyla Bulaşan İnfeksiyon Hastalıkları ve Korunmak İçin Alınacak Önlemler. *Hastane İnfeksiyonları*, Editör: Akalın E., *Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Yayınları*, 1(1), 224-233.

Aksoy, A., & Arıkan, F. B. Diş Hekimlerinin Bazı Bulaşıcı Hastalıklar (AIDS, Hepatit B, Tüberküloz, Grip, Kabakulak) Konusundaki Farkındalık ve Davranışları. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 5(2).

Altıok, M., Kuyurtar, F., Karaçorlu, S., Ersöz, G., & Erdoğan, S. (2009). Sağlık Çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 70-9.

Altun, H. U., Eraslan, A., & Özdemir, G. (2012). İkinci basamak bir hastanedeki Sağlık Çalışanlarının HBV, HCV ve HIV seroprevalansları. *Viral Hepatit Dergisi*, 18(3), 120-2.

Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.

Asiye, G. Ü. L., Üstündağ, H., Kahraman, B., & Purisa, S. (2014). Hemşirelerde kas iskelet ağrılarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 1-10.

Aydın Aktekin, F. (2010). *İş sağlığı ve güvenliğinin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Buyukbayram, A., & Okçay, H. (2013). The socio-cultural factors that affect violence in health care personnel/Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1), 46-54.

Çalışkan, D., & Akdur, R. Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaştıkları Mesleki Riskler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 54(02).

Çil, G. (2016). Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği Düzeyinin Saptanması. *KKTC Yakın Doğu Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa*, 81.

Emiroğlu, C. (2015). Sağlık Sektöründe Mesleki Riskler Ve Hukuksal Düzenlemeler. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 12(43).

Erol, S., Özkurt, Z., Ertek, M., Kadanalı, A., & Taşyaran, M. A. (2005). Sağlık Çalışanlarında kan ve vücut sıvılarıyla olan mesleki temaslar. *Hastane enfeksiyonları dergisi*, 9(2), 101-6.

Göçgeldi, E., İstanbulluoğlu, H., Türker, T., Güleç, M., Ceylan, S., Koçak, N., & Komutanlığı, T. S. (2011). Tıp fakültesi öğrencilerinin mesleki maruziyetten kaynaklanan Sağlık riskleri konusundaki bilgi düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53(3), 195-204

- Öztürk, H., Babacan, E., & Anahar, E. Ö. (2012). Hastanede Çalışan Sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252-268.
- Karabiber, C., Gülay, S. A. R. B., & Savaş, N. Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı-Güvenliği Durumu ve Risk Faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 367-375.
- Korkmaz, P., Çevik, F., Aykın, N., Yaşar, Z. D., Uğur, M., Güldüren, H. M., & Alpay, Y. (2014). 2008-2013 Yılları Arasında Sağlık Çalışanlarımızda Meydana Gelen Perkütan Yaralanmaların Değerlendirilmesi. *FLORA*, 19(1), 33-37.
- Meydanlıoğlu, A. M. A. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ve Güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.
- Özkan, Ö., & Emiroğlu, O. N. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10 (3) 43
- Öztürk, H., & Babacan, E. (2012). Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Hastanede Çalışan Sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 36-42.
- Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi (Kitabı Pdf )
- Serin, H. H., Serin, S., Bakacak, M., & Ölmez, S. (2015). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *3MAYIS*, 109.
- Solmaz, M., & Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156.
- Yılmaz, F. K. İstanbul İli Ruh Sağlığı Hastanelerinde Hemşirelerin İş Sağlığı Ve Güvenliğine Yönelik Görüşleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 1-16.
- Yoldaş, Ö., Bulut, A., Ertürk, E., Çelik, D., Karakaşoğlu, Ü., & ALTINDIŞ, M. (2014). Sağlık Çalışanlarında enfekte kan ve vücut sıvılarına maruziyet riskinin belirlenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(3), 297-300.
- Zencir, M. (2015). Mesleksel Bulaşıcı Hastalıklar: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örneği. *Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi (Msg)*, 14(51-52).
- <http://acikerisim.istanbul.edu.tr/handle/123456789/26838>
- <https://docplayer.biz.tr/60650155-Saglik-calisanlarinin-mesleki-tehlike-ve-riskleri-ogr-gor-nurhan-bingol.html>
- <https://docplayer.biz.tr/9310520-Saglik-calisanlarinin-is-sagli-ve-guvenligi-konularinda-Haklari-yukumlulukleri-ve-saglik-bakanligi-nin-faaliyetleri.html>
- <https://docplayer.biz.tr/1909988-Genel-temizlik-hizmetleri-proseduru.html>
- <http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/SedatGulay.pdf>
- <http://www.sdplatform.com/Dergi/831/Hemsirelerin-is-guvenligi.aspx>

## SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN TEKNOLOJİSİZ DOĞA YÜRÜYÜŞÜ DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF HIKING EXPERIENCES OF HEALTH MANAGEMENT STUDENTS WITHOUT TECHNOLOGY

Ahmet ALKAN1  
Ramazan ERDEM2

#### ABSTRACT

The rapidly growing urbanization in modern times and the technology that has become an integral part of life have brought the separation of the individuals from the essence and the fact that the events that continuously circulate around them cause pay no attention. In addition, notification bombardment from technological devices makes it difficult to look at life in a holistic way. It is thought that all these situations make it difficult to see the big picture and to look holistically. Thanks to hiking, people will be able to get out of the routine and realize that there is a life outside their usual life.

The aim of this study is to evaluate the effects of time which is intertwined with nature and time which is away from technological devices on the changes in the inner and outer world of the individual.

As a data collection tool, the State-Trait Anxiety Inventory and 4 open-ended question were used. The experimental method was used in this study. Qualitative research method was used in the analysis of open-ended questions. Quantitative methods were used in the analysis of the answers given to the survey. The study included 52 people who participated in the nature walk. Participating of the the study, 33 were second grade and 19 were fourth grade students. In terms of gender, there are 13 male and 39 female.

In the Paired Samples T test, it was concluded that the students participating in the nature walk were “more calm”, “more peaceful” and “more relaxed” after the nature walk. Also; from the analysis of the answers given to open-ended questions, it was concluded that increased awareness, occurred serenity, they realized their limits and communication skills increased after the nature walk

**Keywords:** hiking without technology, mindfulness, techno-fasting.

#### 1. Giriş

Modern zamanlarda hızla artan kentleşme ve hayatın ayrılmaz bir parçası haline gelen teknoloji bireylerin özünden kopuşunu, etrafında sürekli olarak deveren eden olayların farkına varamaz hale gelmesini de beraberinde getirmiştir. Ayrıca teknolojik aletlerden gelen bildirim bombardımanı hayata bütüncül bakabilmeyi de zorlaştırmaktadır. Tüm bu durumların büyük resmi görebilmeyi ve bütüncül bakabilmeyi zorlaştırdığı düşünülmektedir.

Düzenli Çalışma saatleri ile birlikte gelen boş zamandaki artış, yaşam standartlarındaki iyileşme ve kentleşmenin beraberinde getirdiği doğaya yabancılaşma insanlarda doğanın rekreasyon amaçlı Kullanımı için büyüyen bir talebe yol açmıştır (Vaara ve Matero, 2011: 269). Esasında doğa yürüyüşü sayesinde insanlar rutinin dışına çıkarak kendilerinin olağan yaşamlarının dışında da bir hayat olduğunu fark edebilecekler, ruhen de bir dinginlik hissedeceklerdir. Ardahan ve Yerlisu Lapa (2011: 1334) yapmış oldukları Çalışmanın sonuçları da bu yöndedir. Araştırmacılar Çalışmalarında doğa yürüyüşünün katılımcılara kendilerini daha mutlu hissetme, daha Sağlıklı ve güçlü hissetme, rahatlamış hissetme, yeni kişilerle tanışma ve yeni şeyler öğrenme gibi faydalar sağladığı sonucunu elde etmişlerdir.

Teknolojilerin sürekli gelişme halinde olmasından dolayı onunla etkileşim halinde olan bireylerin de teknolojinin etkilerinden uzak kalması düşünülemez (King et al., 2013: 43). Günlük faaliyetler esnasında kullanılan telefon ve benzeri aygıtlara gelen bildirimler nedeniyle odaklanma ve bütüncül bakabilme yetisinin gün geçtikçe azaldığı düşünülmektedir. Erdem ve diğerlerinin (2019: 397) tekno-oruç adını verdikleri Çalışmanın sonuçları da aynı minvaldedir. Çalışmada teknolojiye maruz kalınarak yaşanan günümüz şehirlerinde biraz olsun sakinlik ve dinginliğe ihtiyaç olduğu, Sağlıklı karar verme, iç disiplini harekete geçirme ve odaklanma sorununun teknoloji Kullanımının azaltılmasıyla artabileceği sonuçlarına

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetalkan@sdu.edu.tr.

<sup>2</sup> Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ramazanerdem@sdu.edu.tr.

ulaşmıştır. Erdem ve Alkan (2017: 42) yapmış oldukları deneysel Çalışmada katılımcılardan 2 saatlik bir süreçte (21:00-23:00 arası) tüm teknolojik aygıtlardan uzak durmalarını istemişlerdir. Çalışma sürecinde ve sonrasında toplanan verilerin sonucunda teknolojik cihazlardan biraz da olsa uzak durup iç dünyaya yönelmenin katılımcılarda odaklanmayı artırdığı, zihinsel dinginlik sağladığı, yapılan çalışmalarda derinleşme sağladığı ve aile arkadaş çevresi gibi sosyal ortamlarda interaktif iletişimi artırdığı sonuçlarına ulaşmıştır.

Tüm bu gerekçelerden dolayı teknolojik aletler olmadan, doğa ile iç içe geçirilen zamanın bireyin iç ve dış dünyasındaki değişimlere etkisinin değerlendirilmesinin amacıyla bu Çalışma yapılmıştır.

## 2. Yöntem

Hem nitel yöntemin hem de deneysel yöntemin bir arada yapıldığı bu çalışmada veri toplama aracı olarak Spielberg ve diğerleri tarafından 1964 yılında geliştirilen, Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve Atasoy (2012) tarafından tez Çalışmasında kullanılan Durumluk Kaygı Ölçeği ve Araştırmacılar tarafından oluşturulan 8 açık uçlu sorunun bulunduğu form kullanılmıştır. Çalışmada gönüllü olan öğrencilerle Şarkikaraağaç Kızıldağ Milli Parkı'nda iki saatlik bir yürüyüş gerçekleştirilmiştir. Yürüyüş başlamadan önce öğrencilerin tüm teknolojik aygıtları toplanmış ve kendilerinden durumluk kaygı ölçeği formunun doldurulması ve açık uçlu soruların cevaplanması (1. Faaliyetin uygulanabilirliği ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?, 2. Faaliyetin sizi endişelendiren tarafı nedir?, 3. Faaliyetin sizi heyecanlandıran yönü nedir?, 4. Böyle bir faaliyete katılma gerekçeniz nedir?) istenmiştir. Yürüyüş tamamlandıktan sonra hemen durumluk kaygı ölçeği formu tekrar doldurtulmuş ve diğer dört açık uçlu sorunun cevaplanması (1. Faaliyet sürecindeki gözlemlerinizi nelerdir?, 2. Faaliyet sürecinde yaşadığımız zorluklar nelerdir?, 3. Faaliyetin size katkıları nelerdir?, 4. Böyle bir faaliyete tekrar katılmak ister misiniz?) istenmiştir. Katılımcılardan formları doldururken üzerine kod ad yazmaları ve ikinci aşamada tekrar aynı kod ismi yazmaları istenmiştir. Deneysel yöntem kullanılan bu Çalışmada; açık uçlu soruların analizinde nitel Araştırma yönteminden, anket formuna verilen cevapların analizinde ise nicel yöntemlerden faydalanılmıştır. Anket formuna verilen cevaplar SPSS programı vasıtasıyla Paired Samples T testi kullanılarak analiz edilmiş, açık uçlu soruları verilen cevaplar ise tematik analiz yöntemiyle analiz edilmiştir program olarak da MAXQDA kullanılmıştır.

## 3. Bulgular

### 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışma kapsamında yer alan bireylerin demografik özelliklerine ait bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Katılımcı No	Sınıf	Cinsiyet	Katılımcı No	Sınıf	Cinsiyet	Katılımcı No	Sınıf	Cinsiyet
Katılımcı 1	4	Kadın	Katılımcı 19	4	Kadın	Katılımcı 37	2	Kadın
Katılımcı 2	4	Erkek	Katılımcı 20	2	Erkek	Katılımcı 38	2	Kadın
Katılımcı 3	4	Kadın	Katılımcı 21	2	Kadın	Katılımcı 39	2	Kadın
Katılımcı 4	4	Kadın	Katılımcı 22	2	Kadın	Katılımcı 40	2	Kadın
Katılımcı 5	4	Erkek	Katılımcı 23	2	Kadın	Katılımcı 41	2	Kadın
Katılımcı 6	4	Kadın	Katılımcı 24	2	Kadın	Katılımcı 42	2	Kadın
Katılımcı 7	4	Kadın	Katılımcı 25	2	Kadın	Katılımcı 43	2	Kadın
Katılımcı 8	4	Kadın	Katılımcı 26	2	Kadın	Katılımcı 44	2	Erkek
Katılımcı 9	4	Kadın	Katılımcı 27	2	Kadın	Katılımcı 45	2	Kadın
Katılımcı 10	4	Erkek	Katılımcı 28	2	Kadın	Katılımcı 46	2	Kadın
Katılımcı 11	4	Erkek	Katılımcı 29	2	Kadın	Katılımcı 47	2	Kadın
Katılımcı 12	4	Kadın	Katılımcı 30	2	Kadın	Katılımcı 48	2	Kadın
Katılımcı 13	4	Erkek	Katılımcı 31	2	Kadın	Katılımcı 49	2	Kadın
Katılımcı 14	4	Erkek	Katılımcı 32	2	Kadın	Katılımcı 50	2	Kadın
Katılımcı 15	4	Erkek	Katılımcı 33	2	Kadın	Katılımcı 51	2	Erkek
Katılımcı 16	4	Kadın	Katılımcı 34	2	Kadın	Katılımcı 52	2	Erkek
Katılımcı 17	4	Erkek	Katılımcı 35	2	Kadın			
Katılımcı 18	4	Erkek	Katılımcı 36	2	Kadın			

Bu Çalışmaya 33'ü ikinci sınıf ve 19'u dördüncü sınıf olmak üzere toplam 52 öğrenci katılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerden 39'u ise kadın, 13'ü erkek öğrencidir. Cinsiyete göre dağılımda kadınların fazla olmasında bölümde genel olarak erkek öğrencilerin daha az olması etkilidir.

### 3.2. Katılımcıların Durumluk Kaygılarına Yönelik Bulgular

Çalışmanın nicel kısmını oluşturan Durumluk Kaygı Ölçeğindeki ifadelerle verilen cevapların aritmetik ortalamaları, standart sapması ve ölçeğin ortalaması ile standart sapması Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2. Katılımcıların Durumluk Kaygılarına Yönelik Bulgular**

No	İfadeler	$\bar{X}_1$	SS	$\bar{X}_2$	SS	Test Değerleri
1	Şu anda sakinim	3.92	0.947	4.25	1.118	<b>t= -2.050</b> <b>p=0.046</b>
2	Kendimi emniyette hissediyorum	4.13	0.768	4.29	0.825	t=-1.091 p=0.281
3	Su anda sinirlerim gergin	1.73	0.910	1.44	0.802	t=1.876 p=0.066
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	1.47	0.784	1.41	804	t=0.417 p=0.674
5	Şu anda huzur içindeyim	3.69	0.927	4.08	0.956	<b>t=-2.553</b> <b>p=0.014</b>
6	Şu anda hiç keyfim yok	1.56	0.951	1.62	0.855	t=-0.331 p=0.705
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1.94	1.145	1.65	0.926	t=1.466 p=0.149
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	3.12	1.182	3.23	1.260	t=-0.579 p=0.565
9	Şu anda kaygılıyım	1.79	1.073	1.58	0.997	t=1.097 p=0.278
10	Kendimi rahat hissediyorum	3.85	1.036	4.00	0.950	t=-0.942 p=0.351
11	Kendime güvenim var	4.52	0.804	4.48	0.874	t=0.299 p=0.766
12	Şu anda asabım bozuk	1.55	0.891	1.39	0.975	t=1.112 p=0.272
13	Çok sinirliyim	1.29	0.572	1.25	0.682	t=0.468 p=0.642
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1.35	0.711	1.37	0.950	t=-0.139 p=0.890
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	3.53	1.084	3.98	0.948	<b>t=-2.749</b> <b>p=0.008</b>
16	Şu anda halimden memnunum	3.80	1.040	3.78	1.172	t=0.111 p=0.912
17	Şu anda endişeliyim	1.77	0.983	1.50	0.728	t=1.849 p=0.070
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1.83	1.080	1.58	0.915	t=1.460 p=0.150
19	Şu anda sevinçliyim	3.43	1.025	3.59	0.983	t=-1.135 p=0.262
20	Şu anda keyfim yerinde	3.88	1.022	4.10	0.995	t=-1.376 p=0.175
	Durumluk Kaygı Ölçeği*	1.879	0.535	1.712	0.434	<b>t=-2.104</b> <b>p=0.041</b>

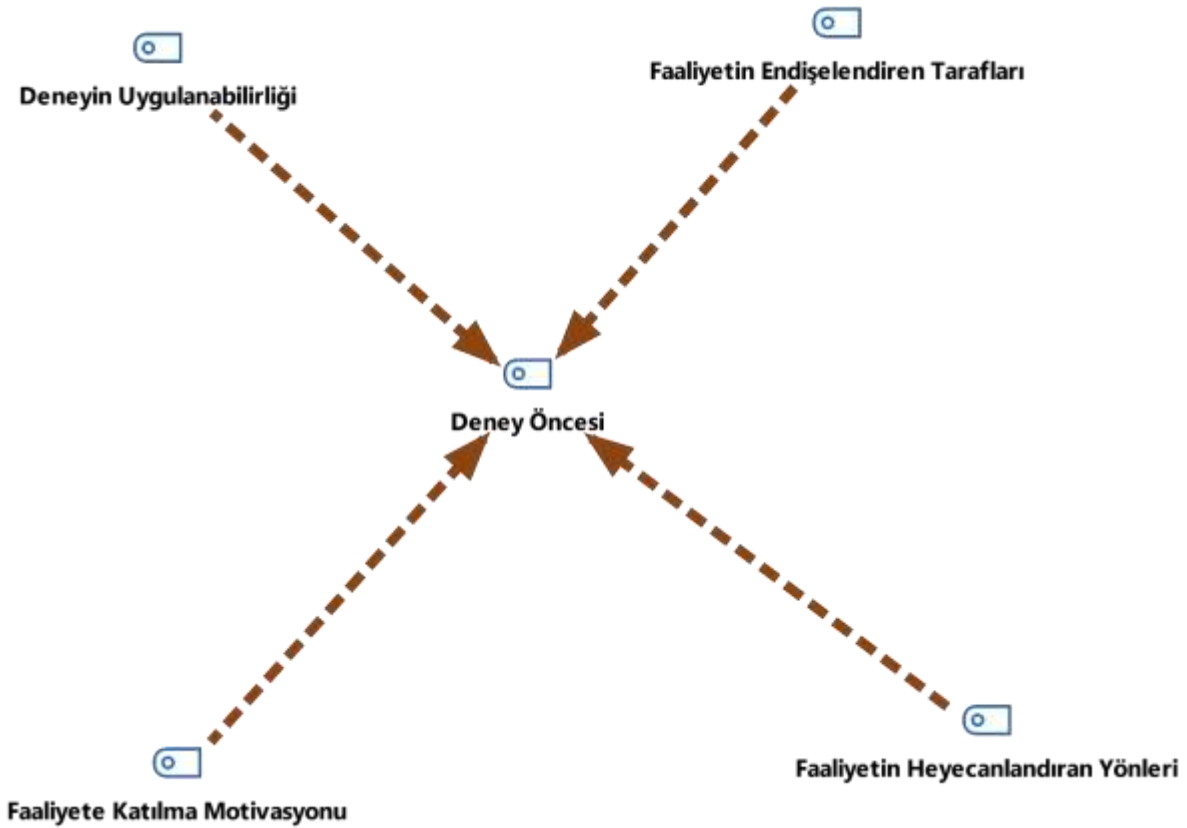
\* Ölçeğin aritmetik ortalama ve standart sapması hesaplanırken 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 numaralı ifadeler ters çevrilmiştir.



Tablo 2’den deneyin ikinci aşamasında 6,11, 14, 16 numaralı ifadeler hariç tüm olumlu ifadeler verilen puanların ortalaması artarken olumsuz ifadeler verilen puanların ortalamasının düştüğü görülmektedir. 11 ve 16 numaralı ifadeler olumlu olmasına rağmen puanlarında az da olsa düşüş görülürken 6 ve 14 numaralı ifadelerin puanlarının ortalamasında artış görülmektedir. Genel olarak tüm olumlu ifadelerin ortalamalarında artış olumsuzlarda azalış meydana gelse de “şu anda sakinim”, “şu anda huzur içindeyim” ve “kendimi rahatlamış hissediyorum” ifadelerindeki artış istatistiksel olarak anlamlıdır. Durumluk kaygı ölçeğindeki olumlu ifadeler ters çevrildikten sonra ifadelerin puanlarının toplamının ortalamalarıyla yapılan Paired Sample T testi teknolojisi doğa yürüyüşü sonrasında öğrencilerin durumluk kaygı seviyelerinin düştüğünü göstermektedir ve bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Çalışmanın nitel kısmı iki aşamalı olarak analiz edilmiştir. Öncelikle doğa yürüyüşü öncesinde sorulan “Faaliyetin uygulanabilirliği ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?, Faaliyetin sizi endişelendiren tarafı nedir?, Faaliyetin sizi heyecanlandıran yönü nedir?, Böyle bir faaliyete katılma gerekçeniz nedir?” sorularına verilen cevaplar analiz edilmiştir. Daha sonra ise doğa yürüyüşü bittikten sonraki açık uçlu sorulara verilen cevaplar analiz edilmiştir.

Araştırmanın bu kısmında deney öncesine dair sorulara verilen cevapların bulgu ve yorumları yer almaktadır. Dört ana soru çerçevesinde elde edilen veriler kodlanarak ayrıntılı analize tabi tutulmuş ve bu kodlar belirli temalar altında toplanmıştır.



Şekil 1. Deney Öncesine Ait Kavram Haritası

Yukarıda verilen Şekil 1’de deney öncesini ilgilendiren deneyin “uygulanabilirliği”, “endişelendiren tarafları”, “heyecanlandıran tarafları” ve “faaliyete katılma nedenlerine” dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur.

### 3.3. Deneyin Uygulanabilirliğine Dair Bulgular

Araştırmanın bu kısmında katılımcıların deneyin uygulanabilirliğine dair görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcılara “Faaliyetin uygulanabilirliği ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?” sorusu sorulmuş ve verilen cevaplar kodlanarak temalaştırılmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler “uygulanabilir, koşullu uygulanabilirlik ve uygulanabilirliği artıran durumlar” şeklinde temalaştırılmıştır.



Şekil 2. Deneyin Uygulanabilirliğine Dair Kavram Haritası

### Uygulanabilirlik

Deneyin uygulanabilirliği noktasında katılımcılar deneyin uygulanabilir olduğunu belirterek bunu şu şekilde ifade etmişlerdir:

Uygulanabilirlik Açısından gayet **uygundur** (Katılımcı 2)

Faaliyetin **uygulanabilirliği çok fazladır**. Bu faaliyet için kolay imkânlar gereklidir. Teknolojiden uzak kalmak yeterli (Katılımcı 8).

**Uygulanabilir** (Katılımcı 15).

Faaliyet **uygulanabilirlik açısından harika** bir uygulama. Çünkü yaşamımızın her anında bulunan teknolojiden bir nebze uzak kalıp doğayla iç içe olmak bizi ve ruhumuzu temizleyecektir (Katılımcı 21).

Faaliyet herkes tarafından **rahatça uygulanabilir** (Katılımcı 23).

**Bence bu faaliyet uygulanabilir**, en azından ayda bir yapılmalı (Katılımcı 24).

**Uygulanabilirliği olan bir faaliyet**, bence zaman zaman uygulanmalı (Katılımcı 41).

Orijinal, güzel bir faaliyet, **bence uygulanabilir** (Katılımcı 50).

### Koşullu Uygulanabilirlik

Faaliyetin uygulanabilirliğini değerlendiren katılımcılardan bazıları parametrelerde değişiklikler yapıldığında deneyin daha uygulanabilir olacağını ifade etmişlerdir.

Katılımcı 1 hava durumuna vurgu yaparak *“hava durumunun dikkate alınması halinde uygulanabilir olduğunu düşünüyorum”* demiştir. Katılımcı 4 de Katılımcı 1 gibi hava durumuna ve ayrıca süre ve gönüllülüğe dikkat çekerek fikirlerini şöyle beyan etmiştir: *“Hava şartları uygunsuz ve kısa süreli bir gezi planlanmışsa ayrıca katılım da gönüllülük esasına dayalıysa deney uygulanabilir.”* Yine katılımcı 10,20, 28, 29, 34 de hava şartlarına vurgu yaparak, hava şartlarının iyi olmasının uygulanabilirliği artıracığını ifade etmişlerdir.

Uygulanabilirliği güzel fakat **hava şartları** biraz zorlaştırıyor (Katılımcı 10).

**Hava şartları** uygunsuz uygulanabilir (Katılımcı 20).

**Hava şartları** biraz kötü olduğu için zorlanacağımızı düşünüyorum. Zor bir yürüyüş olacak gibi görünüyor. Hava şartları güzel olsa daha uygulanabilir olurdu (Katılımcı 28).

**Hava şartları** uygulanabilirliği azaltıyor (Katılımcı 29).

**Hava durumu** daha iyi olsaydı daha uygulanabilir olabilirdi (Katılımcı 34).

Genel olarak katılımcılar hava şartlarını bir koşul olarak göstermişlerdir. Çünkü o gün yağmurlu bir hava vardı ve haliyle yollar çamurdur. Bu durum da katılımcıların değerlendirmelerine yansımış durumda.

### Uygulanabilirliği Artıran Durumlar

Katılımcılar faaliyeti uygulanabilir bulmalarına rağmen grup olarak hareket etme, gönüllülük, planlı hareket etme ve grubun istekliliği gibi durumların uygulanabilirliği artıracaklarını şu cümleleriyle ifade etmişlerdir:

Uygulanabilirlik Açısından gayet uygundur, **faaliyetin toplu olarak yapılması ve katılımın isteğe bağlı olması uygulanabilirliği artırmaktadır** (Katılımcı 2).

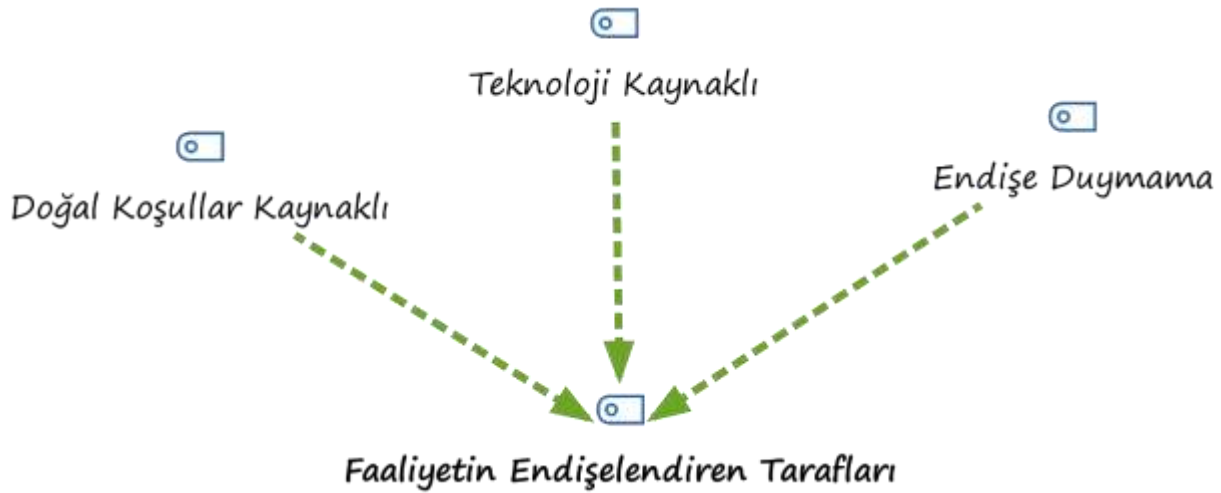
Faaliyetin uygulanabilir olduğunu düşünüyorum. **İstekli kişilerin bir araya toplanmış olması uygulanabilirliği yüksek düzeyde etkilemekte** (Katılımcı 30).

**Faaliyetin planlı olması** (neyi ne zaman ve nerede yapacağımızın belli olması) uygulanabilirliği artırdı (Katılımcı 31).

**Grubun istekliliği** uygulanabilirliği artırmıştır (Katılımcı 52).

### 3.4. Faaliyetin Endişelendiren Taraflarına Dair Bulgular

Katılımcılara “Faaliyetin sizi endişelendiren tarafı nedir?” sorusu yöneltilmiş ve katılımcılardan gelen cevaplar kodlanmıştır. Kodlama neticesinde “doğal koşullar kaynaklı endişeler”, “teknoloji kaynaklı endişeler” ve “endişe duymama” şeklinde üç alt tema elde edilmiştir.



Şekil 3. Faaliyetin Endişelendiren Taraflarına İlişkin Kavram Haritası

#### Doğal Koşullar Kaynaklı Endişeler

Doğal koşullar kaynaklı endişeler genel olarak hava şartları, araba tutması, bilinmezlik ve vahşi hayvan korkusu alt temasında toplanmıştır. Yürüyüş başlarken hafif hafif yağmur başlaması endişelerin hava şartlarına doğru kaymasına sebep olmuştur. Katılımcıların da büyük bir çoğunluğu bu duruma vurgu yapmışlardır:

**Hava şartlarının** kötü gidecek gibi olmasının dışında endişem yok (Katılımcı 1).

**Yağmurdan** dolayı ıslanma endişem var (Katılımcı 3).

**Hava durumunun** kötü olması (Katılımcı 4).

Sanırım **yağmura** yakalanmak (Katılımcı 6, ).

**Yağmur ve çamur** (Katılımcı 7).

**Hava şartlarından** dolayı endişe duyuyorum (Katılımcı 9).

**Hava şartları** (Katılımcı 12).

**Yağmurda** ıslanmak ve üşümek( Katılımcı 16).

**Hava durumu** (Katılımcı 18).

**Hava kötü** olduğu için biraz endişeliyim (Katılımcı 28).

**Yağmur** yağma ihtimali beni endişelendiriyor çünkü ıslanmayı sevmiyorum (Katılımcı 32).

**Islanıp** hasta olmak (Katılımcı 33).

**Hava yağmurlu** olursa üşütüp hasta olurum diye korkuyorum (Katılımcı 43).

Havanın **soğuk** olması (Katılımcı 47).

**Hava şartlarından dolayı** otobüsün kaza yapma ihtimali ve yerlerin çamur olması (Katılımcı 48).

**Kötü hava** şartları (Katılımcı 52).

Katılımcı 15 endişesini “*araba tutması*” şeklinde ifade ederken Katılımcı 25 “*ormanda nelerle karşılaşacağımın belirsizliği ve kaybolma ihtimali beni endişelendiriyor*” diyerek belirsizliğe dikkat çekmiştir.

Katılımcılardan 24, 26 ve 27 kaybolmaktan dolayı endişe duyduklarını; 27, 28, 36, 37 ve 40 ise vahşi hayvanlardan endişe duyduklarını şu şekilde ifade etmişlerdir:

**Kaybolmaktan** korkuyorum (Katılımcı 24).

Ormanda **kaybolmaktan** korkuyorum (Katılımcı 26).

Doğada **vahşi hayvanlarla** karşılaşmak ve **kaybolmak** faaliyetin beni endişelendiren tarafı (Katılımcı 27).

**Yabani hayvanlarla** karşılaşabilirim diye korkuyorum (Katılımcı 28).

**Yabani hayvanların** karşımıza çıkma olasılığı beni biraz endişelendiriyor (Katılımcı 36).

**Yaban hayvanlarına** yem olurum diye endişeleniyorum (Katılımcı 37).

**Yabani hayvanlar** beni endişelendiriyor (Katılımcı 40).

### **Teknoloji Kaynaklı Endişeler**

Katılımcılardan bazıları teknolojik aletlerinden uzak olmanın bazı nedenlerden dolayı (haberleşme sağlayamama, kayıt yapamama vb.) kendilerini endişelendirdiğini ifade etmişler ve bu duygularını şu cümlelerle dile getirmişlerdir:

Telefon kapalı olduğundan dolayı **fotoğraf çekemeyecek olmak** (Katılımcı 4).

Kötü bir olayla karşılaşarsak **haber veremeyecek olmak** beni endişelendiriyor (Katılımcı 21).

**Telefonumun yanımda olmaması** (Katılımcı 26).

**Teknolojiden uzak** bir faaliyet olduğu için başımıza bir şey gelirse haberleşememe sorunu beni kaygılandırıyor (Katılımcı 30).

**Telefonları araçta bırakacak olmak** (Katılımcı 31).

**Telefonumun arabada kalması** hususu beni endişelendiriyor (Katılımcı 32).

Faaliyetin beni en çok endişelendiren tarafı **telefonların toplanması**, çünkü telefonda bir dakika bile ayrı kalmak zor benim için (Katılımcı 38).

**Telefonları yanımızda bulundurmuyacak olmamız** (Katılımcı 48).

### **Endişe Duymama Durumu**

Katılımcılardan bazıları endişe duymadıklarını belirtmişler ve bunun gerekçesi olarak da grup halinde hareket edilecek olunmasını ve bu tarz gezilere/doğaya alışık olmayı göstermişlerdir.

Katılımcı 2 “*genelde doğa ile iç içe olduğum için endişeli değilim*” diyerek endişe duymama gerekçesini ifade etmiştir. Yine Katılımcı 23 de benzer bir ifade kullanarak “*endişeli değilim, doğayla iç içe olmak bana iyi geliyor*” demiştir. Katılımcı 42 “*hocalarımızla ve arkadaşlarımızla birlikte hareket ettiğimiz için endişelenmiyorum*” diyerek grup olmaya vurgu yapmıştır. Katılımcı 8, 10, 11, 14, 17 ve 41 faaliyetin kendilerini endişelendirmediğini gerekçe belirtmeden ifade etmişlerdir:

Faaliyetin beni **endişelendiren bir tarafı yok** (Katılımcı 8).

Endişelendiren bir şey yok (Katılımcı 10).

Endişelendiren tarafı yok (Katılımcı 11).

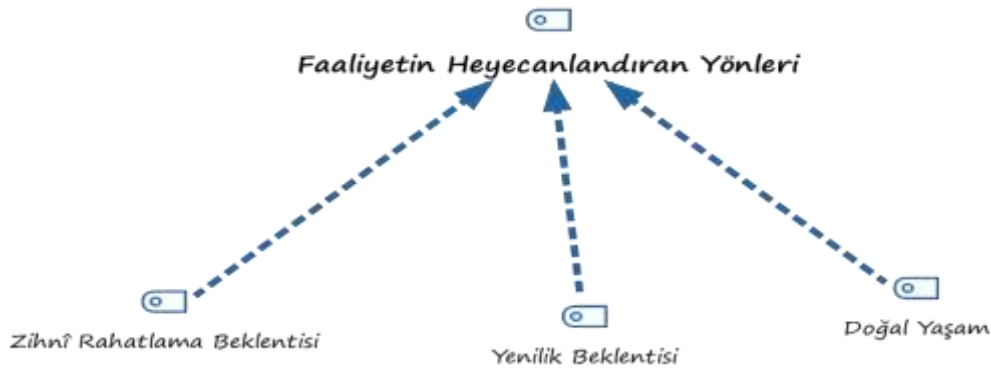
Endişelendirmiyor (Katılımcı 14).

Endişelendiren bir yönü yok (Katılımcı 17).

Hiç endişem yok (Katılımcı 41).

### 3.5. Faaliyetin Heyecanlandırıcı Tarafına Dair Bulgular

Katılımcıların “Faaliyetin sizi heyecanlandırıcı yönü nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar doğrultusunda kod ve temalar oluşturulmuştur. Bu soruya verilen cevaplar zihni rahatlama (dinginlik) beklentisi, yenilik beklentisi ve doğal yaşam olmak üzere 3 alt temada toplanmıştır.



Şekil 4.  
Faaliyetin  
Heyecanlandırıcı  
Taraflarına İlişkin Kavram Haritası

#### Taraflarına İlişkin Kavram Haritası

##### Zihni Rahatlama Beklentisi

Bu alt temada katılımcılar daha çok telefonda uzaklaşma, insanlardan uzaklaşma, şehirden uzaklaşma, sorumluluklardan uzaklaşma sayesinde ruhi arınma meydana geldiğine vurgu yapmışlardır.

Katılımcı 51 “*sorumluluklarından uzaklaşarak doğayla bütünleşecek olmak beni heyecanlandırıyor*” diyerek sorumluluklardan uzaklaşmaya vurgu yaparken Katılımcı 44 “*şehirden uzaklaşarak doğayla iç içe vakit geçirecek olmak beni heyecanlandırıyor*” ifadesiyle şehirden uzaklaşmaya vurgu yapmaktadır. Katılımcı 25 hayatın telaşlarından ve insanların curcunasından uzaklaşacak olmanın kendisini heyecanlandığını şöyle dile getirmektedir: “*insanlardan ve hayatın telaşesinden uzaklaşmak ve doğayla vakit geçirecek olmak beni heyecanlandırıyor.*” Yine katılımcılardan bazıları kendilerini heyecanlandırıcı şeyi farklı mecralarda bularak teknolojiyle ilişkilendirmişlerdir. Telefonda uzak olacak olmayanın kendilerini heyecanlandığını katılımcılardan bazıları şöyle ifade etmişlerdir:

**Telefonsuz bir etkinlik olması** (Katılımcı 1).

**Teknolojiden uzak** ve doğa ile iç içe olacak olmak beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 3).

Kafa karıştırıcı **teknolojik aletler olmadan**, fotoğraf çekmek için çabalamadan doğa ile iç içe olmak beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 8).

**Teknoloji olmadan** yapılacak bir gezi olması beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 9).

**Teknolojiden uzak** bir şeyler yapacak olmak beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 27).

Grupça **teknolojiden uzak** olacak olmak beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 30).

Tabiat yürüyüşünün **teknolojisiz** olarak yapılacak olması (Katılımcı 38).

**Telefonsuz birkaç saat** geçirecek olma fikri beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 40).

Telefonun benden alınarak doğayla baş başa kalacak olma düşüncesi (Katılımcı 43).

Telefonlardan, insanlardan, sorumluluklardan ve şehrin keşmekeşinden uzak olmanın ruhunu arındıracağını düşündüğü için heyecan duyanlardan katılımcı 32 bunu “*ruhumuzun temizlenecek olması*”

*beni heyecanlandırıyor*” ifadesiyle, Katılımcı 36 ise “*yeşilin sonsuzluğunun ruhumuzu dinlendirecek olması beni heyecanlandırıyor*” sözleriyle belirtmektedir.

### **Yenilik Beklentisi**

Yenilik beklentisi alt temasında daha çok bireylerin yenilik çağrıştıran yeni yerler görme ve yeni insanlarla tanışma beklentisi, ilk defa yapacak olma ve rutinin dışına çıkma gibi kodlar yer almaktadır.

Yeni insanlarla tanışacak olmanın kendisini heyecanlandığını ifade eden Katılımcı 26 bunu “*yeni insanlarla tanışıp birlikte yürüyüş yapacak olmak beni heyecanlandırıyor*” şeklinde ifade etmiştir. Katılımcı 34 düşüncelerini “*yeni arkadaşlıklar kurmak*” şeklinde ifade ederken Katılımcı 39 “*toplula yapılacak bir etkinlik olduğu için hem yeni arkadaşlıklar kurabilecek olmak hem de hocalarım ve arkadaşlarımla daha güçlü ilişkiler kurabilecek olmak beni heyecanlandırıyor*” demiştir.

Bazı katılımcılar ise yeni yerler göreceğ olmanın kendilerini heyecanlandığı şu şekilde ifade etmişlerdir:

Doğayla iç içe yeni ve **hiç görmediğim bir yerde** böyle bir etkinliğe katılmak beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 3)

**Daha önce görmediğim yeni bir yer göreceğ olmak** beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 4).

**Daha önce görmediğimiz bir yere gelmiş olmak** beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 9).

**Yeni bir yere gitmiş olmak** beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 10).

**Yeni yerler görmek** beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 23).

**Yeni yerler keşfetmek** (Katılımcı 33).

**Farklı yerler görmek** (Katılımcı 37).

Faaliyetin beni heyecanlandıran yönü **yeni yerler** görmek (Katılımcı 38).

**Daha önce buraya hiç gelmediğim için** neler göreceğimi, nelerle karşılaşacağımı merak ediyorum (Katılımcı 46)

Rutinin dışına çıkacak olmanın kendisini heyecanlandığına dikkat çeken Katılımcı 27 bu durumu “*banel hayatımdan çıkıp farklı bir etkinlik yapacak olmak beni heyecanlandırıyor*” şeklinde dile getirmiştir. Katılımcı 28 ve 52 de böyle bir etkinliğe ilk defa katıldıklarını vurgulayarak bu durumun kendilerini heyecanlandığını ifade etmişlerdir. Katılımcı 28 bu durumu “*bu şekilde bir yürüyüş yapmamıştım daha önce, bu yüzden heyecanlıyım. İlk defa yürüyüş yapacak olmanın heyecanı var.*”, Katılımcı 52 ise “*daha önce Kızıldağ’a gitmediğimden heyecanlayım*” şeklindeki ifadesiyle belirtmiştir.

### **Doğal Yaşam**

Bu alt temada katılımcıların görüşleri doğayı hissetme, manzaranın güzelliği ve yabani hayvanlar şeklinde kodlanmıştır.

Katılımcı 15 kendisini heyecanlandıran şeyin “*manzara*” olduğunu ifade ederken Katılımcı 19 “*heyecanlı yönü yabani hayvanları görme düşüncesi*” diyerek yabani hayvanlara vurgu yapmıştır. Yine katılımcılardan bazıları dolayı hissedecek olmanın kendilerini heyecanlandığını şu sözlerle ifade etmişlerdir:

**Doğayı dinleme** fırsatı bulacak olma (Katılımcı 6).

Faaliyetin beni heyecanlandıran yönü **doğa ile iç içe olacak olmak** (Katılımcı 8).

**Doğa ile iç içe** gezinti yapacak olmak (Katılımcı 11).

**Doğa ile iç içe** olmak (Katılımcı 14).

Uzun süredir doğa yürüyüşü yapmamış olmak (Katılımcı 18).

**Doğayla iç içe** olacak olmak beni en çok heyecanlandıran şey (Katılımcı 21).

Doğa ile iç içe olup **huzur içinde** gezmek (Katılımcı 24).

**Doğada vakit geçirecek olmak** beni heyecanlandırıyor (Katılımcı 25).

Orman banyosu, **doğayla iç içe olma**, yeşilin sonsuz huzurunun tadını çıkarma beni her zaman çok heyecanlandırıyor (Katılımcı 36).

**Doğayla iç içe** olmak (Katılımcı 41).

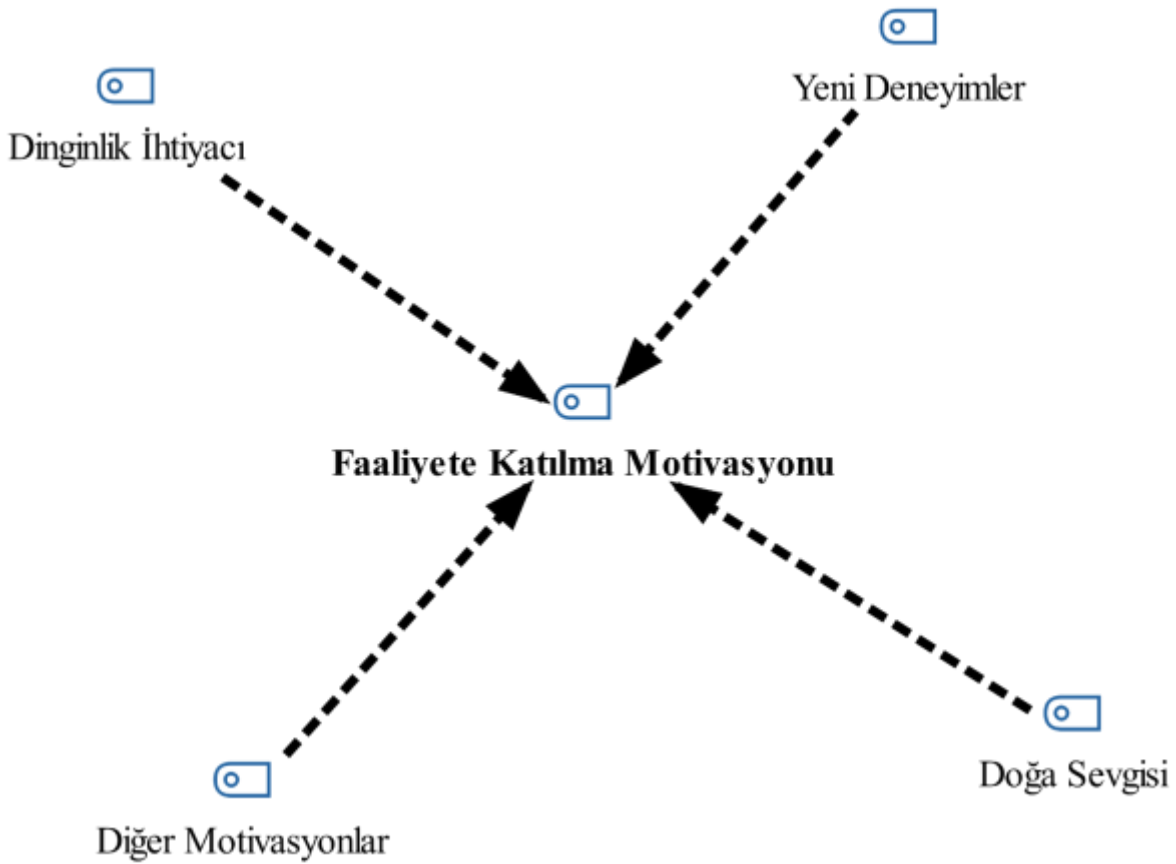
**Doğayla iç içe** vakit geçirmek (Katılımcı 44).

**Doğada olmamız** (Katılımcı 48).

**Doğayla bütünleşerek** temiz havayı solumak (Katılımcı 51).

### 3.6. Faaliyete Katılma Motivasyonlarına Dair Bulgular

Katılımcıları teknolojisiz doğa yürüyüşü faaliyetine katılmaya iten nedenlerin tespitine yönelik sorulan “böyle bir faaliyete katılma gerekçeniz nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar öncelikle kodlanmış ve elde edilen kodlardan “dinginlik ihtiyacı”, “yeni deneyimler”, “doğa sevgisi” ve “diğer deneyimler” olmak üzere 4 alt tema oluşturulmuştur.



Şekil 5. Faaliyete Katılma Motivasyonlarına İlişkin Kavram Haritası

#### Dinginlik İhtiyacı

Telefondan uzaklaşma, içe yolculuk, teknolojiden uzaklaşma, dinginlik ihtiyacı gibi kodlar bu temanın altında toplanmıştır. Katılımcı 33 ve 45 içe yolculuk yapabilecek olmanın kendilerini motive ettiğine dikkat çekmişlerdir. Katılımcı 33’ün bu yöndeki ifadesi “*kendi içime yolculuk yapabilecek olmak*” şeklindedir. Benzer şekilde Katılımcı 45 de “*düşünerek kafa dinlemek*” şeklindeki ifadeyle içe yapılan yolculuğun rahatlatıcı etkisine dikkat çekmiştir.

Bazı katılımcılar ise teknolojiden ve teknolojinin en önemli aygıtlarından biri olan telefondan uzaklaşacak olmanın motive edici bir etken olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcı 25 “*teknolojiden uzak vakit nasıl geçiyor gerçekten merak ettim*”, Katılımcı 27 “*her zamankinden farklı olarak doğada, teknolojiden uzak olarak bir etkinlik yapılacak olması ilgimi çekti*” ve Katılımcı 28 “*teknolojinin olmadığı bir yürüyüş olması*” şeklindeki ifadeyle kendisini motive eden şeyin teknolojik aygıtların olmayışı olduğuna dikkat

çekmiştir. Katılımcı 16 ve 21 de benzer ifadelerle teknolojik aygıtlardan biri olan telefonun olmayışının motive edici etkisini şu şekilde dile getirmişlerdir:

En önemlisi **telefon kullanmıyor oluşumuz**. Çünkü fotoğraf çekineceğiz diye doğanın güzelliklerini göremiyoruz (Katılımcı 16).

Ruhumun ve bedenimin **telefonsuz birkaç saate** ihtiyacının olduğunu düşünmem katılma nedenimdi (Katılımcı 21).

Katılımcılardan bazıları ise onları asıl motive eden şeyin sakinlik/dinginlik ihtiyacı olduğunu şu sözlerle ifade etmişlerdir:

Bu tür faaliyetler **bağımlısı olmaya başladığımız şeylerden uzaklaşmamıza** yardımcı olacaktır (Katılımcı 8).

**Huzur** bulmak (Katılımcı 14).

**Stres seviyemizi düşürmek** (Katılımcı 18).

Sınav **stresimi üzerimden atmak** için (Katılımcı 24).

**Kafa dinlemek** için (Katılımcı 26).

**Ruhumun temizleneceğine** inanmam (Katılımcı 32).

**Ruhumu dinlendirmek** (Katılımcı 41).

**Kafa dinlemek**, düşünmek (Katılımcı 45).

Doğanın insana iyi geldiğini ve **huzur bulacağımızı düşünmem** (Katılımcı 48).

**Ruhumu dinlendirmek** (Katılımcı 49).

### **Yeni Deneyimler**

Daha önce yaşanmamış bir şeyi yaşayacak olmak ve bu durumun beraberinde getirdiği merak duygusu kişileri bir faaliyete yönlendiren motivatörlerden olabilmektedir. Katılımcı 1'in "*Daha önce böyle bir etkinliğe katılmamış olmam*" şeklindeki ifadesi birinci durumu özetlerken Katılımcı 2'nin "*yeni yerler görme merakım beni böyle bir faaliyete katılmaya itti*" ifadesi ikinci duruma örnek teşkil etmektedir. Yine yeni yerler görecektir olmanın kendilerini motive ettiğini söyleyen katılımcıların ifadeleri şöyledir:

**Yeni yerler** görecektir olmam (Katılımcı 9).

**Yeni yerler** keşfetmek (Katılımcı 26).

**Yeni yerler** görmek (Katılımcı 28).

**Yeni yerler** görecektir olmak (Katılımcı 32).

Görmediğim yerleri görmeyi, **yeni yerler** keşfetmeyi çok seviyorum (Katılımcı 46).

Katılımcılardan bazıları ise yeni deneyimler kazanacak olmanın onları motive ettiğini belirtmişlerdir. Katılımcı 23 bu durumu "*yeni deneyimler edinmek*" diyerek, Katılımcı 48 "*daha önce deneyimlemediğim bir şeyi deneyimleyeceğiz*" sözleriyle ifade etmiştir.

### **Doğa Sevgisi**

Bu alt temada katılımcılar daha çok doğa sevgisi ve doğayı hissetme konularına vurgu yapmışlardır. Katılımcı 2 "*doğa sevgisi benim bu faaliyete katılmamda etkili oldu*" şeklindeki ifadeyle faaliyete katılmasında doğa sevgisinin etkili olduğunu belirtirken, Katılımcı 36 bu duygularını "*böyle etkinlikleri hiçbir zaman kaçırmak istemem, ormanları, yeşili ve doğayı çok seviyorum*" şeklinde dile getirmiştir. Yine Katılımcı 43 "*doğayı ve doğada olmayı çok seviyorum*" şeklindeki ifadesi ile diğer iki katılımcı ile aynı görüşü paylaşmıştır. Doğayı hissetmeye telmih yapan katılımcıların görüşleri şöyledir:

**Doğa ile baş başa** kalmak (Katılımcı 17)

**Doğa ile iç içe** olmak (Katılımcı 20)

**Doğayla iç içe** olmak (Katılımcı 49)



## Diğer Motivasyonlar

Bu alt temada katılımcılar; faydalı olacağına inanma, irade testi ve sosyalleşme gibi konulara vurgu yapmışlardır. Katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Bana **yararlı** olacağını düşündüğüm için katılmak istedim (Katılımcı 8).

Kendim için **yararlı** olacağını düşünüyorum (Katılımcı 12).

**Yararlı** bir faaliyet olacağını düşündüğüm için katıldım (Katılımcı 30).

**Faydalı** olacağını düşündüğüm için katıldım (Katılımcı 35).

**Sosyalleşmek** için iyi bir seçenektir (Katılımcı 37).

Faaliyete katılma gerekçem biraz **sosyalleşmekti** (Katılımcı 38).

**Kendimi/irademi** sınamak (Katılımcı 40).

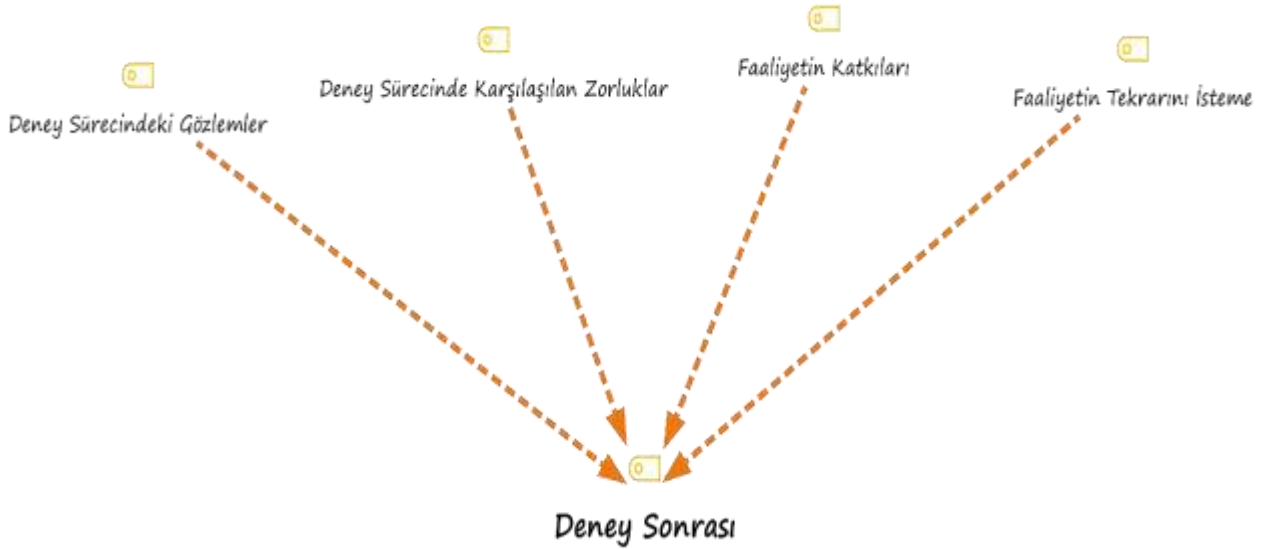
**Sosyalleşmek** (Katılımcı 51).

Bana **faydalı** olacağını düşündüğüm için katıldım (Katılımcı 52).

Araştırmanın bu kısmında deney sonrasında sorulara verilen cevapların bulgu ve yorumları yer almaktadır. Dört ana soru (“Faaliyet sürecindeki gözlemlerinizi nelerdir?”, “Faaliyet sürecinde yaşadığınız zorluklar nelerdir?”, “Faaliyetin size katkıları nelerdir?”, “Böyle bir faaliyete tekrar katılmak ister misiniz?”) çerçevesinde elde edilen veriler kodlanarak ayrıntılı analize tabi tutulmuş ve bu kodlar belirli temalar altında toplanmıştır.

## Şekil 6. Deney Sonrasına Ait Kavram Haritası

Yukarıda verilen Şekil 6’da deney sonrası ilgilendiren deney sürecindeki “gözlemler” “karşılaşılan zorluklar”, faaliyetin “katkıları” ve “tekrarını isteme” şeklinde kavramsal çerçeve ana hatlarıyla



sunulmuştur.

## 3.7. Deney Sürecindeki Gözlemlere Dair Bulgular

Teknolojisiz doğa yürüyüşü faaliyetindeki gözlemlerini öğrenmeye yönelik sorulan “faaliyet sürecindeki gözlemlerinizi nelerdir?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar öncelikle kodlanmış ve elde edilen kodlardan “farkındalıklar”, “doğal güzellikler” ve “diğer gözlemler” olmak üzere 3 alt tema oluşturulmuştur.



Şekil 7. Deney Sürecindeki Gözlemlere İlişkin

## Kavram Haritası

### Farkındalıklar

Deney sürecindeki gözlemler katılımcılarda teknolojiyle ilgili, doğayla ilgili ve kendileriyle ilgili bir takım farkındalıklar oluşturmuştur. Teknoloji ile ilgili farkındalıklarda katılımcılar daha çok; teknoloji körlüğü, teknoloji Bağımlılığı, teknolojik kaygı gibi konulara vurgu yapmışlardır.

Katılımcı 9 “*etrafımızdaki birçok güzelliği telefon gibi aygıtlarla uğraşmamız sonucu fark edemediğimi anladım*” şeklindeki ifadesiyle teknoloji körlüğüne dikkat çekmektedir. Yine katılımcılardan bazıları bu konuyla ilişkili olarak teknolojiye Bağımlı olduklarının farkına vardıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı 1 “*teknolojiye aşırı Bağımlı hale geldiğimizden etrafımızda ne var ne yok diye bakınmayı unutmamışız*” diyerek farkındalığını dile getirirken Katılımcı 15 “*Teknolojik ürünlere Bağımlı olduğumuz için Bağımlılıktan nasıl kurtulabileceğimiz konusunda fikir oluşturdu*” şeklindeki ifadesiyle bağımlılık konusuna dikkat çekmiştir. Katılımcı 20 ise grup olarak bağımlılığa dikkat çekerek bunu şöyle dile getirmiştir: “faaliyete katılan bütün arkadaşlarım telefon toplanma konusunda itirazda bulundu, teknolojiden ayrılmak zor geldi herkese. Hatta ben de telefonu vermek istemedim.” Katılımcı 20 aynı cümlelerin devamındaki “... ama sonrasında fark ettik ki bu gerçekten faydalı bir hareketti. Teknolojiden uzak doğa ile baş başa kalmak daha çok şey kazandırdı” ifadesi ile gezi esnasındaki tekno-orucun faydasına dikkat çekmektedir. Teknoloji kaygı ilişkisini vurgulayan Katılımcı 18 teknolojiden uzaklaşmanın kaygıyı azalttığı yönündeki farkındalığı şu cümlelerle dile getirmektedir: “*teknolojiden uzaklaşıp doğayla bir araya geldiğimde endişe ve kaygılarımdan uzaklaştığımı hissettim.*”

Doğa kaynaklı farkındalıklar alt temasında Katılımcı 12, 30, 40 ve 43 doğanın huzur verici atmosferini fark ettiklerini dile getirirken Katılımcı 14, 34 ve 43 doğadan uzaklaştığımızı, Katılımcı 21 ve 45 ise gerçek hayatı unuttuğumuzu fark ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri şu şekildedir:

Şehirleşme ile birlikte fazla görülmeyen **bu alanların insan ruhunu üzerindeki olumlu etkisini** görmek zor değil, gezide bunu fark ettim (Katılımcı 12).

Oksijen Açısından oldukça güzel bir alanda yaptığımız **yürüyüş huzur vericiydi**. Zorlu yürüyüşe rağmen kendimi çok huzurlu hissettim (Katılımcı 30).

**Tabiatın huzur ve keyif vericiliğini** gözlemledim (Katılımcı 40).

Tabiat yürüyüşüne başladığımız an itibarıyla **kendimi huzurlu hissettim**. .... Doğada yürüyüş yaparken kafama herhangi bir şeyi takmadan veya hayatımdaki döngünün nasıl ilerleyeceğini, neler yapacağımı düşünmeden, kısaca gelecek kaygısı olmadan sadece temiz havayı içime çektiğimi fark ettim. **Zihnim yorgun değildi, huzurluydum** (Katılımcı 43).

**Doğadan uzaklaştığımızı** gözlemledim (Katılımcı 14).

.... Diğer taraftan uzun zamandır kendime ayıramadığım vakti ayırdım ve **sadece doğada yürüyüşe ihtiyacım olduğunu anladım** (Katılımcı 34).

Küçükken dedem ve babaannemle beraber yaz aylarında çadırda kalırdık. **Doğaya hasret kaldığımı gördüm** (Katılımcı 43).

Hepimiz şu teknoloji döneminde koşuşturmaya içerisindeyiz. Hayatımızı insanlara olduğundan daha iyiymiş gibi göstermekten **kendi gerçek hayatımızı unutuyoruz** (Katılımcı 21)

O yokuşları çıkarken kafamda onca düşünceyle birlikte tüm yaratılan bu canlıların ne kadar güzel olduğunu. Ama ne yazık ki **bu onların farkında olmadığımızı da düşündüm** (Katılımcı 45).

Katılımcı 5 gezinin kendisine spor yapmadığımızı fark ettirdiğini “*özellikle yürüyüş yaparken dikkatimi çeken insanların nefes nefese kaldığıydı. Bunun da sebebi günümüzde yeterince spor yapmamamız*” şeklindeki ifadesiyle dile getirirken; Katılımcı 16 “*insan ilişkilerinde gelişme olduğunu fark ettim. Normal okul yaşantımızda birbirimizi görmezden gelirken bu ortamda eski dostlar gibi muhabbet edip şakalaştık*” cümlesiyle bu tarz yürüyüşlerin iletişim becerilerini artırdığına dikkat çekmektedir. Katılımcı 45 “*Başta biraz yokuş çıkmıştık, biran nefesimin kesilecek gibi olduğunu hissettim. Bu durumu hiç spor yapmamamın bir cezası olarak düşündüm*” ifadesiyle spor yapmadığını, “*yol boyunca yaptığımız sohbetlerin bizi birbirimize daha da yakınlaştırdığını hissettim*” sözüyle ise yürüyüşün iletişimi artırdığını fark ettiğini belirtmiştir.

## Doğal Güzellikler

Bu alt tema genel olarak katılımcıların doğa ve doğal güzelliklerle ilgili vurguladıkları oksijen, ormanın temizliği, toprak kokusu, doğal güzellikleri keşif gibi gözlemlerinden oluşmaktadır.

Katılımcı 19 “***gittiğimiz orman çok güzeldi, tekrar gitmek isterim***” diyerek ormanın güzelliğine dikkat çekerken Katılımcı 5’in “*gezide en çok dikkatimi çeken sedir ağaçlarıdır. **O kadar mükemmeler ki bunu görmezden gelemedim***”, Katılımcı 41’in “*yoldaki **kocaman ağaçlar harika görünüyor***”, Katılımcı 44’ün “*oldukça büyük sedir ağaçları dikkatimi çekti*” ve Katılımcı 45’in “*çok yüksek ve **kocaman ağaçlarla her taraf yemyeşildi***” ifadesi Katılımcı 19’un dikkatini çeken ormanın güzelliğini destekler niteliktedir. Bu denli büyük ve çok ağacın olması katılımcıların doğadaki oksijeni fark etmelerine sebep olmuştur ve katılımcılar bunu şu cümlelerle dile getirmişlerdir:

Yürüyüş esnasında nefes almakta zorlandığımı hissettim, çünkü bu kadar **bol oksijene** alışık değildim (Katılımcı 33).

**Temiz havayı** içime çekmek güzeldi (Katılımcı 37).

**Oksijen** bakımından oldukça zengin bir yerdi (Katılımcı 44).

**Bol oksijenli** yürüyüş gerçekten zihnimi açtı (Katılımcı 51).

Katılımcı 17 ve 52 toprak kokusunu hissettiklerini; Katılımcı 4, 24, 36 ve 41 ise doğayı özümlediklerini dile getirmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri şöyledir:

Doğanın ne kadar harika olduğunu bir kez daha anladım, **ormanın nefes alması bizim nefes almamızı** (Katılımcı 17)

Doğayı, yağmuru, kuşları dinledik. **Onları hissettik** (Katılımcı 52).

Ormandaki **oksijeni solumak, ağaçların içerisinde yürüyüş yapmak**; yağmur, çamur demeden ilerlemek güzel bir tecrübe oldu (Katılımcı 4)

Çok eğlenceliydi; çamurda kayarak ilerledim, **ciğerlerime oksijenin dolduğunu hissettim**, ağaçların rüzgârda ahenkle dans edişine şahit oldum (Katılımcı 24)

Uzun yollar giderek yeşilin sonsuz huzuruna ulaştık. Ayakkabılarımız çamurda iyice kirlendi ama değdi. **Doğa ile bütünleşmek, orman kokusunu almak....kendimi daha huzurlu hissettiriyor** (Katılımcı 36)

Üşüyor olamam rağmen **rüzgârı tenimde hissetmek** bana huzur veriyordu (Katılımcı 41)

## Diğer Gözlemler

Katılımcıların bu tema altında toplanan gözlemleri iç huzur, azim, yardımlaşma, telefonda uzak doğayı hissetme gibi kodlardan oluşmaktadır.

Katılımcı 23 “*faaliyet sürecinde en çok dikkatimi çeken olay **zorlu bir yürüyüş olmasına rağmen herkesin yüzünde tebessüm oluşu ve hallerinden memnun görünmeleri***” şeklindeki ifadesiyle, Katılımcı 29 “*hava soğuk olmasına rağmen **herkes neşeli görünüyor***”, ifadesiyle grup üzerinden yaptığı değerlendirmeye; Katılımcı 33 “*ıslanmış toprağın kokusu **mutluluğuma mutluluk katıyordu***” ve Katılımcı 51 “*yağmura rağmen rahatladım, hafifledim, yüklerimden kurtulmuş **gibi hissettim***” şeklindeki ifadesi ile kendi üzerinden yaptığı değerlendirme vasıtasıyla faaliyetin insanlarda iç huzuru sağladığını belirtmektedir.

Katılımcı 32 yürüyüşte kendinin ve arkadaşlarının azmini gözlemlediğini “*yürüyüş sırasında ne kadar zorluk olursa olsun hayatta kalmak için **direnmeye çalıştık***” cümlesiyle ifade etmiştir. Yine Katılımcı 40 “*doğanın insanları **birlikte harekete zorlamasını gözlemledim***” diyerek birlikte hareket edebilmeyi/yardımlaşmayı vurgulamaktadır. Katılımcı 44 ve 46 da sırasıyla “*zorlu yürüyüşü **birbirimize yardım ederek geçirdik***”, “*herkesin illaki **birbirinden destek alarak hareket ettiğini ve böylece yürüyüşü tamamladığını gözlemledim***” ifadeleri de yardımlaşmayı işaret etmektedir.

Katılımcılardan teknolojiden uzak doğayı hissettikleri yönünde görüş bildirenlerin ifadeleri şöyledir:

**Teknolojiden uzak**, doğayla gerçekten iç içeydik (Katılımcı 7)

Doğada olmak ve **teknolojisiz** bunu yapmak güzeldi (Katılımcı 8)

**Teknolojiden uzak**, doğayla iç içe yürümek güzeldi (Katılımcı 9)

Bu yürüyüş birkaç saatliğine de olsa doğanın tadına varmamız için ve doğal güzellikleri **gördüğümüz anda telefona sarılma yerine** tadını çıkarmamız için güzel bir etkinlik oldu (Katılımcı 21)

**Hiç kimsede fotoğraf çekme ya da telefonla oyalanma kaygısı olmadan** herkes bastığı toprağı, soluduğı o temiz havayı rüzgârın o asil esişini hissederek yürüyüşü tamamladı (Katılımcı 22).

**Teknolojiye bağlı kalmadan** vakit geçirmenin tadına vardım (Katılımcı 35).

**Telefonlarımız toplanmış olduğu için** bir şeylerle uğraşmadan doğayı dinleyip yürümek huzur verdi (Katılımcı 48).

Toprağı bu kadar yakın olmak, yağmuru yüzümde hissetmek hoştu (Katılımcı 50).

### 3.8. DeneY Sürecinde Yaşanan Zorluklara Dair Bulgular

Teknolojisiz doğa yürüyüşü faaliyetinde yaşanan zorlukları öğrenmeye yönelik sorulan “faaliyet sürecinde yaşadığımız zorluklar nelerdir?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar öncelikle kodlanmış ve elde edilen kodlardan “hava koşullarıyla ilgili zorluklar” ve “diğer zorluklar” ve olmak üzere 2 alt tema oluşturulmuştur.



Şekil 8. DeneY Sürecinde Karşılaşılan Zorluklara İlişkin Kavram Haritası

#### Hava Koşullarıyla İlgili Zorluklar

Doğa yürüyüşünün yapıldığı gün havanın yağmurlu ve rüzgârlı olması sebebiyle katılımcılar genellikle hava koşullarından dolayı zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı 1 “*hava şartlarının kötü olması sebebiyle aşırı üşüdüm ve soğuktan ellerim çatladı*” sözleriyle hava koşullarından dolayı zorluk yaşadığını belirtmektedir. Yağmur ve soğuktan dolayı zorluk yaşadığını belirten katılımcıların ifadeleri şöyledir:

**Yağmur ve soğuk** benim için zorluk teşkil etti (Katılımcı 3)

Sürekli **yağmur yağması** ve **rüzgâr** esmesi, bundan dolayı yolların çamur olması benim için sıkıntı oluşturdu (Katılımcı 4)

Faaliyet sürecinde **yağmur** olması büyük bir zorluktu, üşüdük ve ıslandık (Katılımcı 8).

**Yağmur, çamur ve rüzgâr** yürümeyi zorlaştırdı (Katılımcı 12).

Havanın **soğuk ve yağışlı** olmasından dolayı dönüşte sıkıntı çektik (Katılımcı 16)

**Hava şartlarından** dolayı yürümekte zorlandım (Katılımcı 18).

**Yağmur, soğuk** ve yerlerin kaygan olması beni zorladı (Katılımcı 25).

Çok fazla **yağmur** yağması, **çamur**la ağırlaşan ayakkabılarım ve üşümek beni zorladı (Katılımcı 26)

Soğuk, **yağmurlu ve rüzgârlı** bir havada çamur içerisinde yürümek zorladı (Katılımcı 28).

**Yağmurdan** dolayı ıslandık, üşüdük ve çamurdan dolayı yürüyüşümüz olumsuz etkilendi (Katılımcı 31).

Katılımcılardan bazıları ise bahsedilen olumsuz hava şartlarına ek olarak dik yokuşların da kendilerini olumsuz etkilediğini şöyle ifade etmişlerdir:

En çok zorlandığım **dik yokuşlar** oldu. Yağmurda yokuşları çıkmak zorlayıcıydı (Katılımcı 23).

**Dik yokuşları** çıkmakta zorlandım (Katılımcı 25).

...aynı zamanda **yürüdüğümüz yolların yokuş** olması zorladı (Katılımcı 28).

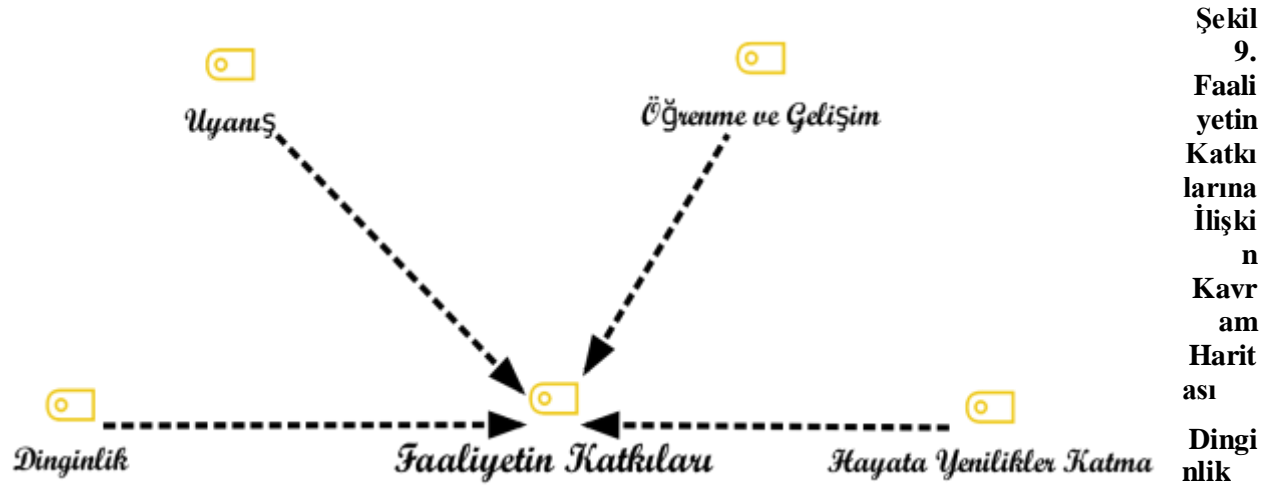
**Yolların dik olmasından** dolayı yürüyüşümüz zorlaştı.

### Diğer Zorluklar

Katılımcı 12 ve 15 sırasıyla telefonun olmayışının kendilerini zorladığını şu ifadelerle dile getirmişlerdir: “daha önceleri **teknolojisiz zaman geçirdiğim** olmuştum ama bu defa **dışarıda olduğum için psikolojik olarak gerginlik hissettim**.”, “saate bakma ihtiyacım olduğu zamanlarda **telefon yanımda olmadığı için zorlandım**.” Katılımcı 16 ise dışarıda ibadet etmenin kendisini zorladığını “**dışarıda namaz kılmak biraz zor geldi**” şeklinde ifade etmiştir.

### 3.9. Faaliyetin Katkılarına Dair Bulgular

Teknolojisiz doğa yürüyüşü faaliyetinin katkılarını öğrenmeye yönelik sorulan “faaliyetin size katkıları nelerdir?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar öncelikle kodlanmış ve elde edilen kodlardan “dinginlik”, “uyanış”, “öğrenme ve gelişim” ve “hayata yenilikler katma” olmak üzere 4 alt tema oluşturulmuştur



Katılımcılar bu alt temada zihnen ve ruhen dinginlik yaşama, doğayı hissedebilme, kendine vakit ayırma, şehir hayatından uzaklaşma ve özü anlama gibi kodlar üzerinde durmuşlardır.

Katılımcı 2 “**şehrin stresini atarak daha dinç olarak geriye dönmek bana katkısı**” şeklindeki ifadesiyle şehrin keşmekeşinden uzaklaşarak zihnen bir dinlik yaşadığına işaret ederken Katılımcı 6 ruhen dinginlik içerisinde olduğunu “**iç huzuru hissettim diyebilirim**” şeklindeki beyanatıyla ortaya koymuştur. Yine diğer katılımcıların bazıları da farklı noktalara temas ederek aynı konuya vurgu yapmışlardır. Bu katılımcıların ifadeleri ise şöyledir:

**Doğanın bedenime ve zihnime rahatlatıcı etkisini hissettim** ve bu etkinlikte zihnimin negatif düşüncelerden sıyrıldığını hissettim (Katılımcı 12).

**Ruhî bir huzur** için ara sıra böyle etkinliklere katılmam gerektiğini öğretti (Katılımcı 14).

Fiziksel açıdan zorlanmama rağmen **ruhsal açıdan bir dinginlik halindeydim** (Katılımcı 23).

Yürüyüş sonrasında kendimi **dinlenmiş ve rahatlamış hissettim** (Katılımcı 28).

**Ruhen arındığımı** ve dinlendiğimi hissettim (Katılımcı 41).

Tabiatta **zihnimin ve ruhumun dinlendiğini** hissettim (Katılımcı 43).

Katılımcı 6 doğayı hissettiğini “doğayı dinleme fırsatı buldum” Katılımcı 33 ise “Doğanın bize sunduğu güzelliklerin tekrar farkına vardım” şeklindeki ifadeleriyle dile getirirken Katılımcı 24 ve 45 hayatın anlamını sorgulayarak özü anladıklarını şöyle dile getirmektedir:

Rüzgârın ağaçlarla birlikte çıkardığı ses **bana patronun kim olduğunu bir kez daha hatırlattı** (Katılımcı 24)

Çamur zorlasa da şikâyet etmedim; çünkü insanların nasıl karşılayacağını düşünmeden bir daha nerede yürüyebilecektim? **Sürekli “insanlar ne der” şeklinde yaşıyoruz** ve bu durum kendimiz dışındaki kalıplarda yaşamamıza sebep oluyor (Katılımcı 45)

“*En önemli katkısı bir süreliğine de olsa şehir hayatından uzaklaşmak oldu*” diyen Katılımcı 24 gibi Katılımcı 7’de bir şeylerden uzaklaşarak kendine zaman ayırmış olduğunu “dünyadan uzaklaşıp **kendime gerçekten vakit ayırabildiğimi** fark ettim” şeklinde dile getirmektedir. Yine Katılımcı 9 da aynı minvaldeki düşüncesini şöyle dile getirmiştir: “*kendime zaman ayırmanın önemli olduğunu anlamış oldum.*”

### Uyanış

Bu alt temada daha çok katılımcıların bir şeylerin farkına varmaya, bir uyanış/bir kıpırdanışa işaret eden ifadelerine yer verilmiştir. Bu minvalde Katılımcı 1 gerçek dostluğun ne olduğunu öğrendiğini “**dostluk kavramının önemini ve bu kavramın herkese yakışmadığını fark ettim**” şeklindeki cümlesiyle ifade etmiştir. Katılımcı 49 da doğayla aramıza çekmiş olduğumuz setlere dikkat çekmiştir: “**doğadan ne kadar uzak olduğumun farkına vardım.**”

Katılımcılardan bazıları kendilerini daha yakından tanıyarak bazı özelliklerini fark ettiklerine vurgu yaparken, bazıları da teknolojik aygıtlar olmadan da yaşama devam edilebileceği ve bu aygıtların yokluklarında bireylere sağladığı faydayı şöyle dile getirmişlerdir:

Normal şartlarda iletişimde zorlandığım bir çevreyle **asgari düzeyde de olsa iletişim kurabileceğimi fark ettim** (Katılımcı 13)

Bu yürüyüş **sahip olup da farkında olmadığım birçok özelliğimi fark ettirdi** (Katılımcı 40).

**Kendi sınırlarımı** ve yapabildiklerimi gördüm (Katılımcı 6)

**Telefonlarımızın olmayışı** çok güzel oldu. Arkadaşarımla ve hiç tanımadığım üst sınıflarla konuştum, **insanlarla iletişimim güçlendi** (Katılımcı 36)

**Telefonsuz da bazı faaliyetler yapılabileceğini** fark ettim (Katılımcı 21)

**Telefonsuz hayat** sanıldığı kadar zor değilmiş (Katılımcı 24)

**Telefonsuz** da vaktin geçtiğinin farkına vardım (Katılımcı 25)

Telefonsuzluğa herkes adapte olabildi, **onsuz yaşayabileceğimizin farkına vardık** (Katılımcı 42)

**Telefon olmadan da** vakit geçirilebileceğini düşündüm (Katılımcı 43)

**Telefondan uzak** kalınabileceğini öğrenmiş oldum (Katılımcı 48)

### Öğrenme ve Gelişim

Bu alt temada katılımcıların edindikleri yeni bilgi ve becerilere, hayata dair kazanımlarına yer verilmiştir. Bu faaliyetin katılımcılara zorluklarla baş edebilmeyi, sabrı, özgüveni ve yeni bakış açılarını öğrettiği elde edilen kodlardan anlaşılmaktadır. Katılımcıların beyanatlarına bakıldığında bu durum daha iyi görülecektir. Katılımcı 1 “bir daha böyle bir zorlukla karşılaşırsam **nasıl hareket edeceğimi öğrenmiş oldum**”, Katılımcı 32 “karşımıza çıkan zorluklarla baş edebileceğimizi, **bunlara çözüm üretebileceğimizi öğrendim**”, Katılımcı 34 “zorlu doğa koşullarında hareket edebilmeyi, **mücadeleyi öğretti**” ve Katılımcı 47 “faaliyet bana **zorluklarla mücadele etmem gerektiğini**, bir yola çıktığımda o yolun sonuna kadar gidebilecek güce sahip olduğumu öğretti” şeklindeki söylemiyle faaliyetin zorluklarla baş edebilmeyi öğrettiğine vurgu yapmıştır.

Katılımcıların vurgu yaptıkları sabrı öğrenme, özgüven kazanma ve yeni bakış açısı edinmeye dair beyanları ise şöyledir:

Faaliyet bana **sabrı** öğretti (Katılımcı 3)

Zorluklarda hemen vazgeçmemem gerektiğini, sonuna kadar **sabretmem** gerektiğini öğrendim (Katılımcı 46)

Zorluklara rağmen yürüyüşe devam etmek **güçlü ve zinde** hissettirdi (Katılımcı 4)

Başlangıçta gözümde büyüttüğüm yolu aştım ki bu **özgüven** Açısından iyiydi (Katılımcı 50)

Önceden çamurun pis olduğunu düşünürken **artık bu algıdan uzaklaştım** ve doğanın getirdiklerinin içimizden daha temiz olduğu kanaatindeyim (Katılımcı 45).

Her yürüyüşün **bakış açımızda farklılık** sağladığını fark ettim (Katılımcı 16).

Bu faaliyet sayesinde **insanları daha yakından tanıdım** (Katılımcı 12)

Arkadaşlarımla **samimiyetimizi pekiştirmemizi** sağladı (Katılımcı 24)

**Arkadaşlarımı daha yakından tanımama** vesile oldu (Katılımcı 34)

Arkadaşlarla **daha fazla kaynaştık** (Katılımcı 37)

### **Hayata Yenilik Katma**

Faaliyet sayesinde hayatına yenilik katıldığını belirten katılımcıların ifadeleri bu alt temada toplanmıştır. Katılımcıların beyanlarından oluşan kodlar yeni yerler görme, yeni insanlarla tanışma, ilkleri yaşama ve rutinin dışına çıkma şeklindedir

Katılımcı 4, 35, 46 gezi sayesinde yeni yerler gördüğünü; 11, 18, 24, 45 ise yeni insanlarla tanıştığını şöyle dile getirmişlerdir:

**Daha önce görmediğim** bir yer görmüş oldum (Katılımcı 4)

Isparta'da **yeni bir yer** görmek güzeldi (Katılımcı 35).

**Hiç gitmediğim** ve belki de bir daha gidemeyeceğim bir yer görmüş oldum (Katılımcı 46)

**Birbirini tanımayan insanların tanışmasına**/iletişim kurmasına vesile oldu (Katılımcı 11).

**Yeni kişilerle** tanıştım (Katılımcı 18).

**Yeni bir arkadaş** edindim (Katılımcı 24).

**Fatma ile tanıştım**, kendisiyle bundan sonra da görüşmeyi düşünüyorum. Harika bir insan kazandım (Katılımcı 45).

Katılımcılardan bazıları da yenilikleri hayatının ilkleri olarak nitelendirmişlerdir. Bu konuda katılımcıların görüşleri aşağıdaki gibidir:

Bu etkinlik sayesinde **ilk defa** bu kadar kalabalık ve bu kadar uzun bir yürüyüşe katıldım (Katılımcı 28).

Buraya **ilk defa** geliyorum, burayı görmüş odum (Katılımcı 38)

**İlk defa** Eğirdir gölünü görmüş oldum (Katılımcı 44).

Katılımcı 4 “*doğa ve göl manzarası gördüm, **değişiklik oldu benim için**. Okul, staj ve kurs üçgeninin dışına çıkmış oldum*”, Katılımcı 17 “*rutin, günlük şeylerden uzaklaşmış oldum*” Katılımcı 27 “*sıradan giden hayatımı bir gün bile olsa **farklı bir etkinlik ile değerlendirme** fırsatı buldum*” Katılımcı 31 “*bu etkinlik **okuldan başka da bir hayatımız olduğunu hatırlamamı sağladı***” şeklindeki cümlesiyle bu etkinlik sayesinde hayatın rutinitesinin dışına çıkabildiklerine dikkat çekmişlerdir.

### **3.10. Faaliyetin Tekrarını İstemeye Yönelik Bulgular**

Katılımcılara faaliyetin tekrarını isteyip istemediklerine dair sorulan “böyle bir faaliyete tekrar katılmak ister misiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar kodlanarak temalaştırılmıştır. Katılımcıların faaliyetin tekrarını isteme nedenlerini kafa dinleme, bilgi-beceri artışı, teknolojiden uzaklaşma, değer katması gibi çeşitli nedenlere dayandırdıkları görülmüştür. Katılımcıların bu konudaki görüşleri şu şekildedir:

Fırsatım oldukça katılmak isterim. Çünkü doğanın güzellikleriyle birlikte **sanki tekrar doğmuş gibi hissediyor** insan (Katılımcı 2).

Böyle faaliyetlere tekrar katılmak isterim. Yeni yerler görmek, yeni insanlarla yolculuk yapmak bana **yeni bakış açıları kazandırdı** (Katılımcı 3).

Katılmak isterim. İnsanlar **kafa dinlemek** istiyorlarsa böyle bir etkinliğe katılmaları gerektiğini düşünüyorum (Katılımcı 9).

Bu gibi etkinlikler gelişimimiz için oldukça önemli role sahip. **Bilgi ve becerimi** artırma için katılmak isterim (Katılımcı 20).

**Kesinlikle katılmak isterim** çünkü iyi hissettiriyor (Katılımcı 23).

**Evet.** Topluluk halinde ve teknolojiden uzak birkaç saat geçirmek gerçekten güzeldi, iyi hissediyorum (Katılımcı 27).

Katılmak isterim çünkü çok **huzurlu bir ortamdı** (Katılımcı 25).

**Bana çok şey kattı** o yüzden katılmak isterim (Katılımcı 34).

#### 4. Değerlendirme ve Sonuç

Teknolojik aletler olmadan, doğa ile iç içe geçirilen zamanın bireyin iç ve dış dünyasındaki değişimlere etkisinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bu Çalışmaya 33'ü ikinci sınıf ve 19'u dördüncü sınıf olmak üzere toplam 52 öğrenci katılmıştır.

Teknolojiden uzak olarak yapılan doğa yürüyüşünün sonucunda öğrencilerin “daha sakin”, “daha huzurlu” ve “daha rahatlamış” oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yürüyüşün durumluk kaygıyı düşürdüğü sonucuna da ulaşılmıştır.

Faaliyete katılan öğrencilerin faaliyete katılma motivasyonlarının dinginlik arayışı, yeni deneyimler kazanma, doğa sevgisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonucunda teknolojisiz doğa yürüyüşünün öğrencilerde teknoloji ve doğa ile ilgili farkındalık oluşturduğu; ayrıca bedenen ve ruhen dinginlik, bazı gerçekleri fark etme anlamında ‘uyanış’, öğrenme ve gelişim, hayatlarına yenilik katma gibi faydalarının olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öğrencilerin çeşitli katkılarından dolayı faaliyetten memnun kaldıkları ve bu tarz faaliyetlerin artırılması konusunda isteklerinin olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlardan hareketle; üniversitenin sadece sınıfta işlenen derslerden daha ziyade hayatı öğrenme mekânları olması görüşünden hareketle bu tarz etkinliklerin dönem içerisine yayılabileceği kanaati oluşmuştur.

Öğrencileri bu etkinliğe katılmaya teşvik eden motivasyonlardan en önemlisi dinginlik arayışıdır. Buradan hareketle öğrencilerin kaygı düzeylerini azaltıcı faaliyetlerin dönem içerisine yayılması başarıyı artıracığı düşünülmektedir.

İlerleyen aşamalarda teknolojik aletlerin Kullanım düzeyi ile öğrencinin akademik başarısı arasındaki ilişkinin tespit edilerek dönem içerisindeki eğitim öğretim faaliyetlerinin bu minvalde düzenlenmesi için öneri verilmesi bundan sonra yapılacak bir çalışmanın konusunu teşkil edebilir.

#### 5. Kaynakça

Ardahan, F. ve Yerlisu Lapa, T., (2011), Açık Alan Rekreasyonu: Bisiklet Kullanıcıları ve Yürüyüşçülerin Doğa Sporu Yapma Nedenleri ve Elde Ettikleri Faydalar, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1): 1327-1341.

Atasoy, S., (2012), Farklı Yaş Gruplarının Merkezi Sınavlara Hazırlanma Sürecindeki Durumluk Kaygı Düzeyleri ve Gelecek Zaman Perspektiflerinin Karşılaştırılması, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Erdem, R. ve Alkan, A., (2017), Seeking for Serenity In Modern Times: “Techno-Fasting Application”, In, William Sayers (Ed.), AGP Humanities and Social Sciences Conference Book, (s. 42), London & İstanbul: Electronic Published.



Erdem, R., Erdem, İ. ve Alkan, A., (2019), Bir Zihinsel Arınma Yöntemi Olarak Tekno-Oruç: Deneysel Bir Çalışma, içinde İ. G. Yumuşak (Ed.), 15. Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı, (ss. 391-398), İstanbul: Elektronik Yayın

King, A.L.S., Valença, A.M. Silva, A.C.O., Baczynski, T., Carvalho, M.R. and Nardi, A.E., (2013), Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia?, *Computers in Human Behavior*, 29:140-144

Vaara, M. ve Matero, J., (2011), Modeling Daily Outdoor Recreation Participation and Time-Use as a Two-Stage Choice Process: A Finnish Example, *Leisure Sciences*, 33(4): 269-289.

## AN ASSASMENT ON PRECISION MEDICINE CONCEPT AND EXECUTION

Deniz ÇEVİK 1  
Necla YILMAZ2

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Precision medicine; is to provide a better understanding of the mechanisms of disease formation the biology of diseases and the privatization of medical treatment based on the individual genetic profile. The concept of precision medicine is not only about the evaluation of genomic elements. In addition to genetic structure, there are also environmental and behavioral factors on the basis of diseases. It is an approach developed for the treatment and prevention of diseases in which each person's lifestyle, genes and sociocultural environment is taken into consideration. The genome project, which started in 1990 and gave its first results in 2000, accelerated the development of precision medicine. Cancer disease a chronic disease is one of the disease types with the highest mortality rate. Genome project; it will give people the chance to intervene earlier, with the eject of the gene maps, to people who are predisposed to cancer.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is; to evaluate the conceptual framework of the concept of precision medicine and its applications.

**Method:** In this context, the conceptual framework and importance of precision medicine are take overed.

**Findings and Results:** Precision medicine aims to determine the weak points of cancer and use appropriate drugs. One of the important concepts of this medical approach is the active role of the patient during the treatment. It is thought that examining the precision medicine concept will fill an important gap in the literature and contribute to the literature.

**Key words:** Public health, precision medicine, genome project, electronic medical record

Presentation Language: Turkish

### 1. Giriş

Hastalık riskleri genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak insanlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Yapılan tıbbi tedaviler de her hastanın bireysel özelliklerine göre değişiklik göstermelidir. Aynı hastalığa sahip olan insanlar aynı tedavilere farklı cevaplar verebilmektedir. Hastanın en etkili tedavi yönteminin belirlenmesi için hastalığın kendisi ile değil bizzat hastaya uygun tedavi yolu seçilmelidir.

#### 1.2. Hassas Tıp Nedir?

Doktor ve hastanın istediği kadar olmasa da tıp her zaman kişiselleştirilmiştir. Gündeme yeni katılan şey, biyomedikal teknolojinin birçok hastalığın daha derinden anlaşılmasını sağlamasıdır (Ashley, E. 2015). Tıbbi tedavilerin çoğunda hastalıklara geniş açıdan bakılıp ortak bir tedavi yöntemi belirlenmiştir. Hassas tıp ise her hasta için en uygun tedaviyi uygulamayı ilke edinmiştir. Genlerimizdeki değişiklikler, yaşadığımızın çevrenin koşulları, yaşam tarzımız, hatta içimizde yaşayan mikroskopik organizmalar da bu hesaba dahil edilmektedir. Hassas tıp, öncelikle genlerimizin sağlığını nasıl etkilediğini anlamaya çalışmaktadır. Boy, kilo ve saç rengi gibi fiziksel özelliklerimiz bazı hastalıklara yakalanma ihtimalimizi de etkilemektedir. Bazı genetik varyasyonlar bazı hastalıklara karşı bizi korurken bazı hastalıklara karşı ise yatkınlığımızı artırmaktadır. Genetik varyasyonlar, insanların ilaçlara ve tedavilere tepkilerin farklı şekilde vereceğini de göstermektedir. Hassas tıp, hastalıkların Araştırılmasında genetik verilerin yanında fiziksel çevre, beslenme ve yaşam biçimi dahil olmak üzere birçok faktörü ele almaktadır. Hastanın çevre koşulları hakkındaki bilgiler ile genetik bilgiler bir araya getirildiğinde hastalıkların tedavi edilmesi daha kolay hale gelecektir.

Daha hassas tıp için insanların genetik verilerinin toplanarak paylaşımına açılması gerekmektedir. Sağlık ve hastalık durumlarında elektronik tıbbi kayıtların yani genetik mirasların Kullanımı hassas tıbbın öncelikli

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/Turkey/dnzcvk46@mail.com

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi/İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi/Sağlık Yönetimi Bölümü/Turkey/neclabardakdu@edu.tr

isteğidir. Tedaviye yanıtı öngören genetik belirteçler dahil, özellikleri tanımlamak için çok sayıda insandan veri gerekir (Khoury, M., Evans, J. 2015). Hassas tıp, genetik bilimiyle birlikte çalışmaktadır. Son yıllarda genetik biliminin gelişmesiyle kanser tedavilerinde hassas tıp önem kazanmaya başlamıştır. Hassas tıp yaklaşımı, kanser hastalarına uygulanan geleneksel kemoterapi tedavisi yerine hastanın ve kanserinin genetik yapısına uygun yeni tedavi yöntemleri önermektedir.

## **2. Kişiselleştirilmiş, Bireyselleştirilmiş ve Hassas Tıp Arasındaki Ayrım**

2005 yılında ABD’de kurulan Kişiselleştirilmiş Tıp Koalisyonu’nun (Personalized Medicine Coalition), kişiselleştirilmiş tıp tanımı şu şekildedir; “Genomik ve moleküler verilerin uygulanması ile Sağlık hizmetlerinin sunumunu daha iyi hedeflemek, kolaylaştırmak, yeni ürünlerin keşfi, klinik testleri ve bir kişinin bir özel hastalık veya durumu ” olarak tanımlanmıştır. Kişiselleştirilmiş tıp köklü bir terimdir ve genellikle genetik ve genomik üzerine Araştırmalara odaklanan, özellikle kanser ile ilgili olan ve ilaç keşfi ve hastanın tedavisi ile sonuçlanan veya sonuçlanamayan akademik bilim adamları ve klinisyenler tarafından kullanılmaktadır (March, R., Schott, C. 2017) Kişiselleştirilmiş tıp, hastaların genetik yapılarını göz önünde bulunduran ancak tercihlerine, inançlarına, tutumlarına, bilgilerine ve sosyal bağlarına dikkat eden bir yaklaşımı ifade etmektedir (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018). Genomik ve moleküler uygulamalar ile hastalığa yatkın olan kişilerin belirlenmesinde hedeflenmektedir (Pokorska, A. Vd. 2014). Pek çok doktor, hastalara sağladıkları bakımın, bireyin kendine özgü koşullarını ve sağlığa bütünsel yaklaşımını hesaba katması anlamında her zaman “kişisel” olduğunu iddia etmektedir. Buna karşılık, “hassasiyet”, bir hastalığın moleküler özelliklerine daha hassas bir şekilde uyan, güçlü bir bilimsel odağı içeren ve doktorlar, hastalar ve politika yapımcılar tarafından daha kolay anlaşılabilen bir tıp kavramını benimsemektedir (March, R., Schott, C. 2017).

Bireyselleştirilmiş tıp, ilaç tedavilerinin etkili olmadığı durumlarda hastanın kendi kök hücreleri ile tedavi edilmesini ifade etmektedir. Hasta için benzersiz olan bir tedaviyi geliştirmek için bireyin kendi hücre materyalleri kullanılmalıdır. Örneğin kök hücre tedavisi ve kanser aşuları gibi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Hastalığın moleküler özelliklerinin araştırılması ve yeni, daha doğru bir tedavinin uygulanmasıdır. Hassas tıp ise tıbbi tedavinin, her açıdan moleküler Araştırmaların entegrasyonu ile hastanın bireysel özelliklerine uygun hale getirilmesi olarak ifade edilmektedir (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018).

## **3. Hassas Tıp İçin Zorluklar**

Hassas tıbbın Sağlık hizmetlerinde hem olgunlaşan hem de değişikliklere yol açan bir yaklaşım olduğu görülmektedir. Genomik testlerin mevcudiyeti ve Kullanımında hızlı bir artış görülmekte ve bu artışın devam etmesi beklenmektedir. Hassas tıpta genetik testlerin kullanılması güçlü bir eğilimdir. Genetik testler sonucunda bir kişinin DNA’sı ve soy ağacına inebilecek bilgiler mevcuttur. Bu sebepten dolayı veri paylaşımında gizlilik yoluna gidilmektedir. Hassas Tıbbın önündeki çeşitli sorunlar aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır.

### **3.1. Kanıt Üretimi**

Hassas Tıbbın yaygın olarak benimsenmesi ile birlikte hastalara uygulanan yeni tedavi yöntemlerinin işe yarayıp yaramadığı hakkında kesin kanıtlara ihtiyaç duyulmaktadır. Her ne kadar bazı alanlarda ilerleme kaydedilmiş olsa da, daha önce atılan adımlar yeni kanıtlar sunmaya devam etse de alanın hızlı evriminden dolayı kanıt eksikliği büyük zorluklar yaşatmaktadır(Freng, L. Vd.,2018)

### **3.2. Veri Paylaşımı ve Altyapı İhtiyacı**

Hassas tıbbın uygulanması, büyük ölçekli, ayrıntılı ve yüksek derecede hasta verilerine erişim gerektirecektir. Bu sebeple birçok girişim hasta verilerinin Çalışabilirliğini arttırmaya ve genetik verilerinin bakım noktasında kullanılmasını sağlayan veri sistemlerini geliştirmeye odaklanmalıdır. Her ne kadar son yıllarda “kağıtsız bir Sağlık sistemi” elde etmek için büyük adımlar atılmış olsa da, verileri sistemlere aktarmak için ve var olan ancak raflarda kalan verileri toplamak için çok daha fazla şey yapılması gerekiyor. Altyapı bölümünün altında düzenleme alanı bulunmaktadır. Gelecek için kilit bir konu, hassas tıp testleri için gelişen düzenleyici alan olacaktır. . FDA'nın hassas tıp testlerini nasıl düzenleyeceği ve FDA onayını gerektirmeyen “laboratuvarda geliştirilen testler” (LDT'ler) konusundaki görüşlerini ne derecede artıracığı konusunda belirsizlik halen devam etmektedir. Hassas tıp testlerinin çoğunluğu şuanda laboratuvarda geliştirilen testlerdir. Bu testler ise esnek ve gelişen düzenleyici yaklaşımlar gerektirmektedir (Freng, L. Vd.,2018).

### 3.3. Genomik ve Diğer Moleküler Verilerin Sağlık Sistemlerine ve Araştırmaya Dahil Edilmesi

Yeni Sağlık bakım yöntemlerinin benimsenmesi yıllar sürdüğü gibi hassas Tıbbın Sağlık sistemleri ile entegrasyonu de zaman alacaktır. Uygun eğitim, veri sistemleri, kapsam ve geri ödeme, Sağlık sistemi süreçleri ve Sağlık politikaları dahil olmak üzere benimsenmeyi teşvik etmek için birçok farklı sektör ve faaliyet alanı bir araya gelmelidir. Bu konular sadece ABD ile ilgili değildir. Hassas tıp uygulamalarına geçmiş olan ve ya yakın zamanda geçmek için hazırlıklar yapan diğer ülkeleri de ilgilendirmektedir. Ancak şu anda yapılan Araştırmalar ışığında tanınmış lider ülkeler dışında (ABD, Çin) hassas tıp uygulamaları açısından az sayıda Çalışmalar bulunmaktadır (Freng, L. Vd.,2018).

### 3.4. Teşhis, İlaç Keşfi ve Hassas Tıp Ekonomisi

Yeni Sağlık hizmetleri uygulama aşamalarında çeşitli zorluklar yaşanmaktadır. Eğer hassas tıp kanıtlanmış bir değer sağlamazsa ve ya ödeme yapanlar ve tüketiciler onlar için ödeme yapmak istemezse, uygulama sonlandırılmak zorunda kalacaktır. Hassas Tıbbın maliyetlerine göre yeterli değeri sağlayıp sağlayamadığını belirlemek oldukça güçtür. Hassas tıp üzerine maliyet tasarrufu sağlayan Araştırmaların yeterli sayıya ulaşmamaktadır.

### 3.5. Katılım ve Güven

Genetik veri havuzu potansiyelini elde etmek için hastalar ve tüketiciler hassas tıp uygulamalarına katılım göstermelidirler. Hassas Tıbbın benimsenmesi katılımcılar Açısından güvenlik ve gizlilik gibi alanlarda birçok soru akla getirmektedir. Bu sorulardan birkaçı aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Mahremiyet nasıl sağlanabilir?
- Sonuçlar ışığında hastaya en uygun tedavi uygulanabilir mi?
- Gerçekten aydınlatılmış onam nedir?
- Genetik bilgi sahibi kimdir?
- Hangi sonuçlarda geri dönüş alınacaktır ve genetik verilerin Kullanım alanında nasıl karar vermelidir?

Hassas tıp Çalışmalarının yalnızca bireyi değil gelecek kuşağı da ilgilendireceği hassas tıp yaklaşımının odak noktasıdır. Hassas tıp bu düşüncesini “hassas halk sağlığı” olarak ifade etmiştir (Freng, L. Vd.,2018).

### 4. Hassas Tıp Bugün Nerede?

Bir dizi hassas tıp uygulaması, bireyin yaşamındaki birçok alanda Sağlık hizmetine katkıda bulunabilir (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018). Örneğin; gebe kalmadan önce genetik hastalıkların bebeklere geçme ihtimalini tahmin etmek için genetik tarama yöntemleri kullanılabilir (Kaback, M.,20000). Doğumda gerçekleşebilecek birçok kritik sorunları önceden teşhis etmek için kullanılabilir. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde, bu tür yöntemler, özellikle daha kesin olarak kanser teşhisi ve kronik hastalıklar için rehberlik terapisi olmak üzere çeşitli hastalıkların teşhisi ve tedavisi için yardımcı olabilir (Jameson J.L, Longo D.L. 2015). Genetik testler sonucunda nesiller öncesinden bu yana atalarımızdan taşıdığımız genler bulunmaktadır. Gen haritaları ile birlikte insan DNA'sında var olan kalıtsal hastalık virüsleri Araştırılarak erken teşhis ve tedavi yöntemleri geliştirilmektedir. Tedaviye yanıtı öngören genetik belirteçler dahil, özellikleri tanımlamak için çok sayıda insandan veri toplanması gerekmektedir (Khoury, M., Evans, J. 2015).

### 5. Hassas Tıp Alanında Yeni Girişimler

Hassas tıbbın uygulanması konusunda bugüne kadar Araştırma eksikliği mevcuttur. Bu sebeple yeni girişimler kanıt üretme ihtiyacını ele almaya başlamıştır. Aşağıda, hassas tıbbın klinik bakım ve Sağlık politikalarına çevrilmesi konusunda yeni kanıtlar sunan girişimler ele alınmaktadır.

#### 5.1. Klinik Sıralama Kanıt Oluşturucu Araştırma (CSER2)

CSER2, 2010 yılında başlatılan ve Ulusal İnsan Genomu Araştırma Enstitüsü (NHGRI) ve Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) tarafından finanse edilen ilk CSER Konsorsiyumu üzerine kurulmuştur (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018).

Geleneksel olarak yetersiz temsil edilen popülasyonların genom Araştırmalarına dahil edilmesine öncelik vermektedir. CSER'in tıbbi olarak bakılmış kişileri klinik bakımına entegre etmenin yollarını incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın amacını aşağıda maddelerde özetlenmektedir.

- Genom diziliminin klinik Kullanımına ilişkin kanıtları tanımlamak, üretmek ve analiz etmektir.
- Hastalar, aile bireyleri, Sağlık Çalışanları ve klinik genom diziliminin uygulanmasını etkileyen klinik laboratuvarlar arasındaki kritik etkileşimleri Araştırmak.
- Kanıt temeli oluşturmak için genomik, klinik ve Sağlık hizmeti Kullanım verilerini bir Sağlık sistemi içine entegre etmenin önündeki engelleri tespit etmek. <https://cser-consortium.org/>

### 5.2. Genomiklerin Uygulamadaki Uygulanması (IGNITE)

Genomik verileri elektronik Sağlık kaydına sorunsuz bir şekilde aktaran ve karar vermesi için araçlar kullanan genomik tıp uygulama modellerinin geliştirilmesini, araştırılmasını ve yayılmasını desteklemek için finansman sağlamak amacıyla kurulmuştur (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018). IGNITE projelerinin amacı, genomik bilgileri elektronik tıbbi kayıtlara dahil ederek ve uygun müdahalelerin veya klinik tavsiyelerin uygulanması için klinik karar desteği sağlamaktır. Genomik tıbbın hasta sonuçlarını iyileştireceğine dair kanıt sağlamak için IGNITE, daha büyük ve daha etkili klinik denemelere izin vererek Araştırmacıların ve klinisyenlerin anlamasına yardımcı olmak istemektedir. <https://gmkb.org/>

### 5.3. Milyon Gaziler Programı (MVP)

MVP, tamamen Gaziler İşleri Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından finanse edilen ulusal ve gönüllü bir Araştırma programıdır. Gaziler İşleri (VA) Araştırma ve Geliştirme programı gaziler arasında genlerin sağlığı nasıl etkilediği hakkında daha fazla bilgi elde etmek ve gaziler için Sağlık hizmetlerini iyileştirmek için önemli bir ortaklık olan MVP'yi başlatmıştır. Bu programda elde edilen bulgular gazilerdeki hastalıkları önleme ve tedavi etmeyi sağlayabilir. Araştırmaya katılan gazilerden gizlilik ve güvenlik önlemi için isim, adres, doğum tarihi veya sosyal güvenlik numaralarını alınmamaktadır. MVP Araştırması mevcut gazilerin yalnızca kendileri için değil, gelecek nesil gaziler için Sağlık hizmetlerini dönüştürmelerine yardımcı olabilecek bir Araştırma programıdır. <https://www.research.va.gov/MVP/veterans.cfm>

### 5.4. 23andMe

2006 yılında insanların insan genomuna erişmelerine, anlamalarına ve bunlardan faydalanmalarına yardımcı olmak için kurulmuştur. 2015 yılında 23andMe, ABD Doğrudan Tüketici Genetik Testini pazarlamak için ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından yetkilendirilmiştir. Dünyada beş milyondan fazla genotipli müşteri veri tabanı bulunmaktadır. <https://www.23andme.com/> 23andme firması doğrudan tüketiciye genetik testler sağlamak amacıyla başlatılmıştır, ancak son birkaç yıl içinde Araştırmaya katkıda bulunmak isteyen yaklaşık 1 milyon kişiden veri toplamıştır (Ashley, E. 2015).

## 6. Sonuç

Hassas tıp bireylerin kişisel özellikleri ve yaşam tarzlarına dayalı tedavi yöntemleri geliştirmek istemektedir. Hassas Tıbbın nihai hedefi hastalarına gerçek ihtiyaçları yönünde müdahale etmektir. Genel olarak bakıldığında hastalığın nasıl önleneceği ve nasıl tedavi edileceğinin daha iyi anlamak için olabildiğince fazla veri toplamaya çalışılmaktadır. Hastalara tıbbi tedavi uygularken genetik testler ışığında hareket etmek istemektedir. Tedavilerde kullanılan aynı ilacın kişiler üzerinde farklı etki göstermesinde birçok faktör bulunmaktadır (yaş, cinsiyet, beslenme, alışkanlıklar gibi). Fakat bunların yanı sıra bireyler arasında genetik farklılıklarda bulunmaktadır. İlaç ve tedavilerin bireyselleştirilmesi hastalar Açısından oldukça önem kazanmıştır. Hastalık için değil hasta için tedavi yöntemleri keşfedilmeli ve uygulanmalıdır. Hassas tıbbın diğer bir amacı ise geniş bir genetik veri havuzu elde etmektir. Fakat toplanan verilerin gizliliği için gerekli politikalar üretilmelidir. Genetik testlerin kişilerin özeline inmesinden dolayı veri toplamak güçleşmektedir. Toplanan verilerin paylaşımı ise oldukça zordur. Hassas Tıbbın daha uygulanabilir bir hale getirilmesi için veri paylaşımı önemli bir unsurdur. Hassas Tıbbın ilerleyebilmesi için veri paylaşımı daha verimli hale getirilmelidir. Bunu sağlamak için politika yapımcılar gizlilik, rıza ve veri kalitesi gibi konulara yenilikçi bakış açılarıyla yaklaşp veri paylaşımının engellenmesinin önüne geçmelidirler. Toplanan verilerin güvenli bir şekilde saklanacağı bir altyapı kurulmalıdır. Veri Kullanımı için personel eğitimleri verilmelidir. Uygun eğitim, veri sistemleri, kapsam ve geri ödeme politikaları geliştirilmelidir. Sağlık sistemi süreçleri ve Sağlık politikaları da dahil olmak üzere, hassas Tıbbın benimsenmesini ve uygulanmasını teşvik etmek için farklı sektör ve faaliyet alanları bir araya getirilip beraber çalıştırılmalıdır. Hastanelerde depolanan elektronik Sağlık kayıtlarında tedavi edilen hastalarda toplanan klinik ve genomik veriler sürekli olarak toplanmalı ve güvenli bir

şekilde saklanmalıdır. Bunun yanında klinik ve moleküler bilgi sistemleri arasındaki işleyiş birleştirilmelidir (Agorwala, V. vd., 2018).

### **Kaynakça**

Agarwala, V., Khozi, S., Singal, G., Connell, C. O., Kuk, D., Li, G., et al. (2018). Real-World Evidence In Support Of Precision Medicine: Clinico-Genomic Cancer Data As A Case Stud. HEALTH AFFAIR, 37(5), 765-772.

Ashley, E. A. (2015, 11 05). The Precision Medicine Initiative A New Nationa lEffort.

Fece de la Cruz, F., Gapp, B. V. & Nijman, S. M. Synthetic lethal vulnerabilities of cancer. Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol. 55, 513–531 (2015).

Freng, L. B., Grosse, S. D., Green, R. F., Fink, A. K., & Sawicki, G. S. (2017). Precision Medicine In Action: The Impact Of Ivacaftor On Cystic Fibrosis–Related Hospitalizations. HEALTH AFFAIRS, 37(5), 773-779.

Ginsburg, G. S., & Phillips, K. A. (2018). Precision Medicine: From Science to Value. Health AFFAIRS(Millwood), 37(5), 694-701.

<https://cser-consortium.org/>

<https://gmkb.org/>

<https://www.23andme.com/>

<https://www.research.va.gov/MVP/veterans.cfm>

Jameson JL, Longo DL. Precision medicine--personalized, problematic, and promising. N Engl J Med. 2015 Jun 4; 372(23):2229–34

Kaback M. Population-based genetic screening for reproductive counseling: The Tay-Sachs disease model. Eur J Pediatr. 2000; 159(Suppl 3):S192–S195

Khoury, M. J., & Evans, J. P. (2015, 04 06). A Public Health Perspective on a National Precision Medicine Cohort Balancing Long-term Knowledge Generation With Early Health Benefit. s. 2117-2118.

March, R., & Schott, C. (2017). Personalized/Precision Medicine/Personalised Healthcare: the art of giving different names to the same thing? s. 1-4.

Pokorska, A., Stewart, A., Sagoo, G. S., Hall, A., Kroese, M., & Burton, H. (2014). 'Personalized medicine': what's in a name? s. 197-210.

Topol EJ. Individualized medicine from pre-womb to tomb. Cell. 2014 Mar 27; 157(1):241–253.

## İNTERNET HABER MEDYASINDA YER ALAN SAĞLIK HABERLERİ: BİR SÖYLEM ANALİZİ ÇALIŞMASI

### HEALTH NEWS IN THE INTERNET NEWS MEDIA: A DISCOURSE ANALYSIS STUDY

Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ  
Merve AĞLAMIŞ

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Increase of internet use, has accelerated the dissemination and accessibility of health news in the media. Access to health-related information and the Internet uses has become easier. However, there are no conclusive results regarding the accuracy and reliability of this information.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to analyze the expressions used in health news in internet news media in the context of healthy living suggestions.

**Method:** In this research, discourse analysis and descriptive analysis methods have been adopted. Expressions used in the news in the health category between 03.03.2019 and 03.04.2019 on Hürriyet and En son Haber websites were evaluated. This evaluation was carried out within the framework of the content of the subject matter, the drawbacks of the subject and the suggestions made.

**Findings and Results:** A total of 58 news items were analyzed on 29 websites. It is noteworthy that a health news has been published almost every day. First of all, the news is written by experts in the field of health. It has been found that the news is presented with remarkable titles and often contains statements in the form of a healthy life suggestion.

**Key Words:** Internet News Media, Health News, Discourse Analysis

#### GİRİŞ

Teknoloji şüphesiz küreselleşmenin en büyük etkenleri arasındadır. Geçmişten günümüze teknoloji çok farklı boyutlarda Kullanım alanına sahip olmuştur. Yaklaşık 20-30 yıl öncesinde insanların evlerinde ev telefonu bulunması bir lüks olarak görülürken, günümüzde bireyin kişisel akıllı telefonu olmaması büyük bir eksiklik olarak görülmektedir. Teknolojinin hızla geliştiği bir Dünya’da Sağlık alanının etkilenmemesi imkânsızdır.

Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler ile Sağlık bilgisinin yayılmasında yeni bir dönem başlamıştır. Önceki yıllarda, Sağlık kampanyalarında mesajların iletilmesi için geleneksel medya araçları kullanılırken, günümüzde bu klasik medya araçlarının daha fazla kitleye erişimde yetersiz olduğu düşünülmektedir. Özellikle sosyal medya günümüzde, kullanıcıların kelime, resim, video gibi farklı formatlardaki dijital içeriği üretmesi, paylaşması, bu içerikle ilgili yorum yapması için kolay ve uygun maliyetli fırsatlar sunan bir iletişim kanalı olarak önem kazanmıştır (Mendi, 2015). İnternet kullanımının artması medya da Sağlık haberlerinin yayılımına ve erişimine büyük bir hız kazandırmıştır. İnsanlar Sağlık konusunda internet aracılığı ile kolayca istedikleri bilgilere ulaşabilmektedir. Ancak bu erişimi kolay Sağlık bilgilerinin doğruluğu ve güvenilirliği tartışma konusudur.

Sağlık haberlerinin güvenilirliği konusunda ülkemizde yapılmış medyada Sağlık konulu içeriğin sorunlu yönlerine ilişkin Araştırmalar bulunmaktadır. Buna örnek olarak Hayran ve Özdemir (2012)’in 11 gazeteden 344 haberi inceledikleri Çalışma verilebilir. Çalışma sonucunda gazetelerde yer alan Sağlık haberlerinin başlıklarıyla içeriklerinin büyük ölçüde uyuşmadıkları ve haber içerisinde hekim adı geçenlerin %58’inde içerik tıbbi açıdan doğru olduğu ancak hekim adı geçmeyenlerin doğruluk oranının %32’ye düştüğü saptanmıştır (Atabek ve ark 2013). Başak Mendi’ nin 2015 yılında yapmış olduğu “Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye’deki uygulamalar” başlıklı Çalışmasının sonucunda da; Sağlık iletişimde sosyal medya Kullanımının birçok faydası bulunduğu ancak paylaşılan bilgilerin güvenilirliği ve kalitesi konusunda sorunlar ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Mendi, 2015). İnternet ve sosyal medya sayesinde toplumun Sağlıkla ilgili konularda bilinçlendirilmesi, Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, hastalık ve salgın durumlarının önceden tahmin edilmesi ve toplumsal sağlığın

<sup>1</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/ [akmanhilal@hotmail.com](mailto:akmanhilal@hotmail.com)

<sup>2</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/ [merveee7481@gmail.com](mailto:merveee7481@gmail.com)

geliştirilmesi gibi birçok konu daha hızlı ve kolay bir şekilde ele alınabilmektedir(Tosyalı ve Sütçü, 2016).

Medyanın geçtiğimiz on yıl içinde Sağlık/hastalık konularına geniş yer ayırdığı gözlemlenmektedir(Sezgin, 2011). Medyada Sağlık ile ilgili yayınların artması, sağlığın gündelik yaşamın rutinleri arasına yerleştiğinin kanıtıdır. Toplumun hastalıklar karşısındaki zaaflarının, bu konulara olan ilginin tüketim endüstrisi tarafından keşfedildiği ve medya yoluyla işlendiği söylenebilir (Demez, 2012). Medya insanların Sağlık ve hastalık konusundaki zaaflarını kullanarak çeşitli olumsuzluklara da sebep olabilmektedir.

Bu Araştırma ile ilgili literatür incelendiğinde genellikle Sağlıkla ilgili medya içeriğinin yanlış ve hatalı olabileceği, sansasyonel içerik nedeniyle konunun özünün kaybolduğu, yanıltıcı içerik nedeniyle Sağlık alanının giderek daha fazla ticarileştirilmesine yol açabileceği ve benzeri endişeler dile getirildiği fark edilmiştir (Atabek ve ark 2013). Medyada Sağlık ile ilgili metinler incelendiğinde haber ve bilgilendirme değeri taşıyan metinlerden çok, uzmanlar aracılığıyla, yani otoritelerin yorumuyla yönlendirici, düzenleyici, disipline edici metinlerin ön planda olduğu dikkati çekmektedir(Demez, 2012). Medyada kullanılan Sağlık otoritelerinin yönlendirici ve düzenleyici faaliyetleri kişiyi etkilemektedir. Bu duruma olarak, Yasin Buduklu'nun 2010 yılında yapmış olduğu "Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri" başlıklı Çalışması verilebilir. Bu Çalışma sonucunda Sağlık programları izleyicilerinin, Sağlık programını izleme sonrasında elde ettikleri bazı bilgileri ya onaylatmak ya da hastalığın kendisinde de olup olmadığını kontrol ettirmek için doktora başvurduğu tespit etmiştir(Buduklu, 2010).

Medya da Sağlık konularının işlenme sıklığı arttıkça toplumunda Sağlık için medyayı kullanma sıklığının arttığı söylenebilir. Bu durum Hikmet Tosyalı ve Cem Sefa Sütçü'nün 2006 yılında "Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkisi" başlıklı Çalışmasında tespit edilmiştir. Çalışmada bireyin eskiden Sağlık problemleri konusunda aile büyüklerinden veya arkadaş çevresinden tavsiye alırken günümüzde ise Sağlıkla ilgili bir karar vermeden önce birey internet ve sosyal medya üzerinde Araştırma yaptığı gözlenmiştir(Tosyalı ve Sütçü, 2016). Geçmişten günümüze medyada Sağlık konularının çeşitli şekillerde işlenmesi artmıştır. Bunun sebebi ise gelişen Dünya ile birlikte medya araçlarının da gelişmesi olabilir.

İlgili literatürde gazete haberleri üzerinde yapılmış ve önemli sonuçlar ortaya koymuş bazı söylem, içerik ve betimsel analiz çalışmaları mevcuttur. Gönül Demez 2012 yılında yapmış olduğu "Medyada yeni yaşam anlayışları ve kadın bedeninin temsili" adlı Çalışmasında, Hürriyet ve Posta gazetelerindeki Sağlık ile ilgili metinler içerikleri bakımından Kasım 2008 ve Şubat 2009 tarihleri arasında incelenmiştir(Demez, 2012). Deniz Sezgin 2010 yılında "Yaşam Tarzı Önerileri bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi" adlı Çalışması ile 1 Ocak 2008 – 31 Aralık 2008 tarihleri arasında Hürriyet gazetesi ve eklerinde, Sağlık ve Sağlıklı yaşam tarzı vaatlerinin yer aldığı tüm Sağlık yazılarını incelemiştir(Sezgin, 2011). Esmâ Özşaker ve diğerleri 2007 yılında "Gazetelerde Meme Sağlığı ile İlgili Haberlerin İncelenmesi" adlı çalışmasında 01 Ocak-31 Aralık 2004 tarihleri arasında Sabah, Takvim, Zaman, Milliyet ve Vatan gazetelerinde Meme sağlığı ile ilgili haberleri incelenmiştir(Dramalı, 2007). Serap Şahinoğlu ve Zehra Göçmen Baykara 2011 yılında " Bir Gazetenin Sağlık Haberlerinin Sağlık/Hastalık Kavramı Çerçevesinde İncelenmesi" Ekim 2005 ve Mart 2006 tarihleri arasında ülkemizde bir gazeteyi Sağlık haberlerinin gündem konuları Açısından incelemiştir(Şahinoğlu ve Göçmen Baykara, 2011). Zülfikar Damlapınar ve Umut Işık 2017 yılında yaptığı "Sağlık İçerikli Basın Haberleri ve Çocuğa Yaklaşımı: Bir İçerik Analizi" adlı Çalışma başlığı ile 1 Şubat ve 31 Mart 2005 tarih aralığını kapsayan Hürriyet, Sabah, Zaman ve Posta gazetelerinde Sağlık içerikli haber kategorileri incelenmiştir(Damlapınar ve ışık, 2017).

Bu Çalışmanın amacı, Hürriyet Haber sitesi ve En Son Haber web sitelerinde 03.03.2019-03.04.2019 tarihleri arasında yayınlanan Sağlık haberlerini söylem analizi ve betimsel analiz yöntemiyle incelemektir. Literatürde yalnızca Sağlık haberlerini inceleyen bir çalışma bulunmamakla birlikte bu konudaki eksikliği gidereceği ve bundan sonraki Çalışmalara yol gösterici olacağı tahmin edilmektedir.

## YÖNTEM

Bu Çalışmanın amacı, internet haber medyasında yer alan Sağlık haberlerinde kullanılan ifadelerin Sağlık önerileri bağlamında analiz edilmesidir. Yöntem olarak söylem analizi ve betimsel analiz tercih edilmiştir. Söylem analizi, yazılı metinlerin ayrıntılı bir dilbilimsel analize tabi tutulduğu nitel Araştırma türüdür. Bu analiz tekniğini sosyal olayların ve sosyal ilişki yapılarının anlaşılmasında dilin önemli bir analiz birimi olduğu düşüncesine dayanır (Özdemir, 2010). Betimsel analiz ise toplanmış verilerin



önceden belirlenmiş temalara göre özetlenmesini ve yorumlanmasını içeren nitel Araştırma türüdür. Bu analiz tekniğinde amaç verilerden elde edilen bulguları düzenleyip ve yorumlayıp okuyucuya sunmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2003). Bu Araştırmada her iki yöntemden de faydalanılmıştır.

Alexa 'ya göre en fazla okunan haber siteleri arasından ilk ikisi bir aylık bir süre kapsamında Araştırmaya dahil edilmiştir. Alexa 1996 yılında Amerika merkezli e-ticaret firması **Amazon.com** tarafından kurulmuş olan, siteleri arama motoru trafiğinde belli kriterler dahilinde sıralamaya koyan web ölçümleme ve SEO hizmetleri veren bir kuruluştur. Alexa'ya göre 01.03.2019 tarihi itibarıyla en fazla okunan internet haber siteleri Hürriyet ve En Son Haber'dir. Bu Araştırma kapsamına Hürriyet ve En Son Haber web sitelerindeki 03.03.2019 ile 03.04.2019 tarihleri arasında Sağlık kategorisinde yer alan haberler dahil edilmiştir. Haberler içerisinde kullanılan ifadeler değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme konunun içeriği, ve sunulan öneriler çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

## BULGULAR

Bu bölümde Araştırma verilerine tablolar halinde yer verilmiştir.

**Tablo1. Hürriyet ve Ensonhaber web sitelerindeki 03.03.2019 ile 03.04.2019 tarihleri arasında Sağlık kategorisinde yer alan haber konuları**

	<b>Hürriyet</b>	<b>Ensonhaber</b>
1	Yaşam süresi	Kaliteli uyku
2	Üzüm	Yüksek tansiyon
3	Bunama ve Hipertansiyon	Enerji tüketen davranışlar
4	Nonil fenol ve bisfenol	Gluten
5	Hassas erkek sendromu	Dikkat eksikliği hiperaktive bozukluğu
6	Probiyotik	Kefir
7	İnsülin direnci	Sağlıklı iki ürün tavsiyesi
8	Yaşlılık	Kanser
9	Öğün sayısı	Chia ve keten tohumu
10	Sessizlik kürü	Glokoma
11	Pancar	Ağız kokusu
12	Zerdeçal ve kanser	Kalça protezi
13	Fitobesin	Vücut gençleştirme
14	Mitokondri	Tuz tüketimi
15	Griple savaşı besinler	D, C, E ve K vitaminleri
16	Otofaji	Ağız ve diş sağlığı
17	Kış yorgunluğu	Su
18	Egzersiz ve bel çevresi	Cilt nemlendirme
19	Ekmek	Prostat
20	Şekerleme ve şekerlenme	Pancar
21	Bellek ve beslenme	Alerji
22	Uyku	C vitamini
23	Aspirin	Kalp atış hızı
24	Demir eksikliği	Multipl skleroz
25	Su	Diyetler
26	Ruh sağlığı	Otizm
27	Kış kiloları	Kolon kanseri
28	Hormon ve fenoller	Göbek yağı eritme
29	Haşimato ve Otoimmün bozukluklar	Hamilelikte Antibiyotik Kullanımı

Hürriyet haber sitesinde yayınlanan Sağlık haber yazılarında konular genellikle dikkat çekici başlıklar altında verilmiştir. “Üzümün sapı mı Çöpü mü?” “Şekerle ama Şekerlenme” “Ruhunuzu da doğru besleyin!” “Hangisi doğru?” “Haşimato neden patladı?” gibi başlıklar ile konunun içeriğine merak uyandırmıştır. Ayrıca başlıkta söz edilen konunun haricinde günlük yaşam için birden fazla farklı konularda önerilere değinilmiştir. Konunun içeriğine dikkat çekmek için giriş cümlelerinde; “Su hayattır...” “... Yaş 50’yi geçti mi can boğazdan gelmez, gider!” “Ekmek parası peşinde koşarken zorla ulaştığı o ekmekten bile sağlığına zarar verecek diye korkan vatandaş ne yapacak?” “Kirlilik denizinde boğulmamak için hepimize daha çok manevi zenginlik, daha fazla temizlik, daha az ışık ama öncelikle de

sessizlik gerekiyor” “İnsülin direnci en yaygın sağlık sorunlarımızdan biri” “Bazı besinler yıllardır hep sevilmiş, önemsenmiş Sağlıklı ve faydalı gıdalar listesinin değişmezleri arasına girmiştir” gibi ifadeler kullanılmıştır. Bu haber sitesinde konuların işleniş genellikle Sağlıklı görülen besinler, sağlığımızı bozan olumsuzlukların zararları, Sağlıklı yaşam için bilinmesi gerekenler ve günlük yaşam için sunulan öneriler şeklindedir.

En son haber sitesinin Sağlık köşesinde yayınlanan konuların içerikleri alanında uzman kişilerden edinilen bilgiler doğrultusunda yazılmıştır. “Diyetisyen Serkan Sıtkı Şahin, göbek yağı eritmenin hızlı ve güvenilir yollarını yazdı” “Gastroenteroloji Uzmanı Prof. Dr. Mehmet Sökmen kanser haftası vesilesiyle kolon kanserini önlemede önemli yer tutan beslenmenin püf noktalarını anlattı” “Ortopedi ve Travmatoloji Hastalıkları Uzmanı Prof. Dr. Cihangir Yurdođlu kalça protezi ile ilgili Őu bilgileri verdi” “Diş Hekimi Recep Eşkar, ülkemizde her 4 kişiden 1’inde bulunan ağız kokusunun nedenlerini ve ağız kokusundan kurtulmak için uygulanabilecek yöntemleri açıkladı” gibi ifadeler bu savımızı desteklemektedir. Bu sitedeki Sağlık yazılarının çoğu konuyu destekleyen Çalışmalarla değinerek konunun içeriğini güçlendirmiştir. “Bir Çalışmaya göre günde 14 gram daha fazla lif alımı, günlük toplam kaloride %10’luk bir düşüşü ve 4 ay boyunca uygulandığında 2 kg kaybını sağlıyor” “Aerobik egzersizin( yürümek, koşmak, yüzmek vb.)sayısız Çalışmada göbek yağında büyük düşüşlere neden olduğu gösterilmiştir” “Birkaç Çalışma ALA’yı daha düşük kalp hastalığı riski ile ilişkilendirmiştir” “Çalışmalarda kefirin alerji ve astıma bağlı vücut yanıtlarını baskıladığı gösterilmiştir” “Kanserler üzerine yapılan Araştırmalar, az posalı gıda tüketen toplumlarda kolon ve rektum kanserlerinin daha yaygın olarak görüldüğünü ortaya çıkarmıştır” gibi ifadelere sıklıkla rastlanmaktadır. Bu haber sitesinde konuların işleniş genellikle sağlığımızı etkileyen olumlu ve olumsuz durumlar (beslenme, hastalık, çevre, davranış vb.) hakkında bilgilendirme ve Sağlık önerileri sunma şeklindedir.

Her iki haber sitesinde de benzer sağlık konularına değinilmiştir. Pancarın faydalarına Hürriyet haber sitesi “Pancar damar açar” başlığında değinirken, En son haber sitesinde “Pancar: Besin değeri ve sağlığa faydaları” başlığında değinilmiştir. Hürriyet haber sitesi “Uyku meselesi çok mühim” En son haber sitesi “Kaliteli bir uyku için atılması gereken 7 adım” başlıkları altında uykunun önemine vurgu yapmıştır. Hürriyet haber sitesi “Hangi su?” başlığında su konusuna değinirken En son haber sitesi “Dünya su günü: Günde kaç litre su içmeliyiz?” başlığı ile değinmiştir. Bunlar dışında iki haber sitesinde de tansiyon, kanser, Sağlıklı beslenme, egzersiz vb. konulara değinilmiştir.

**Tablo 2. Hürriyet Haber Web Sitesi Hastalığa ve güncel yaşama dair öneriler**

Hürriyet haber sitesi	
1	Sigara ve akolü bırakma, sosyal çevre edinme, doğal, vegan ve Akdeniz tarzı beslenme, karbonhidrat ve şekerden uzak durma
2	Günlük 7-8 tane taze veya kuru üzüm, 1-2çay kaşığı üzüm çekirdeği, doğal besinler, daha az tuz tüketimi
3	Egzersiz, daha az şeker-un-niştasta tüketimi, günde iki öğün beslenme, sigaradan uzak durma
4	Çocuklarda obezite, erken ergenlik, karaciğer gibi birçok organda Sağlık sorunu
5	
6	Hangi probiyotiğin içinde hangi bakteri olduğu bilinmeli ve soruna göre probiyotik kullanımı
7	Ayaküstü atıştırılmaması, her lokma 25-30 kere çiğnenmesi, 2 öğün beslenme, yürüyüş, ekme-şekerden uzak durma, sigara- akolden uzak durma
8	
9	14-16 saat açlıktan sonra daha az şekerli, unlu, niştastalı ürün tüketimi, 14-16 saatlik açlıkta aşırı aktivite yapılmaması
10	Evde veya doğada bazen sessizlik kürleri yapılması, aşırı gürültü ve görüntü kirliliğinden uzak durma
11	Yüksek tansiyon için bir bardak pancar suyu, her mevsim pancar ürünlerinin sofrada bulunması
12	Her öğüne zerdeçal eklenmesi, zerdeçalın emilimini arttırmak için karabiberle tüketimi, günlük ortalama 1 çay kaşığı, taze zerdeçal ise 1 santim tüketilmeli
13	Fitobesin ürün olan Lahana, maydanoz, soğan, sarımsak, zerdeçal, tarçın, yeşil çay, salça, turşu vb. doğal tüketilmesi
14	
15	Zencefil, siyah frenküzümü, nohut, sarımsak, kıvırcık lahana ve Brezilya cevizi tüketimi
16	Günde 14-16 saatlik açlık kürleri, çok fazla unlu, şekerli, omega6 ve trans yağlı besinler tüketmemeyi, omega3 zengini besin tüketme
17	Bilinçli beslenme, iyi bir uyku, düzenli egzersiz, huzurlu bir hayat ve biraz da doğru zamanda, doğru ürünlerle yapılan takviyeler
18	Yatmadan önce, yemeğin öncesinde-sonrasında egzersiz yapılmaması, sabahları aç karnına 20-30 dakika orta yoğunlukta bir egzersiz yapılması
19	Tam buğday unlu ekmeğin makul miktarda tüketimi, beyaz unlu fırın ekmeğini yememeyi
20	Rastgele demir hapı kullanmamayı, demir içeren ürünlerle kalsiyum içerenler birlikte alınmamalı, susam, badem, maydanoz, buğday vb. tüketimi
21	Kalori kazanımını %20 azaltma, %80-90 sebze %20-10 oranında hayvansal besin tüketimi
22	Uyku ortamını sestem, ışıktan, aşırı sıcak ve soğuktan koruma, her gün aynı saatlerde yatağa girme, belli saatten sonra minimum kafein
23	Aspirini damarlarında plak olanlar kullanmalı, olmayanlar ise koruyucu amaçlı kullanmamalı
24	Günlük demir kazanımının 2-3 mg civarında olması, Demir yönünden zengin sakatat, kırmızı et vb. besinler C vitamini ile tüketilmesi
25	Suyun, içeceklerin içinde değil, sadece su olarak, gün boyu kısa aralıklarla tüketilmesi ayrıca kalsiyumu ve minerali zengin suların tüketilmesi
26	Stresi azaltmak için pazı, modu yükseltmek için çikolata, ruh haline iyi gelmesi için balık tüketimi
27	2 öğünlü beslenme, daha az gluten ve şeker içeren besinler, daha fazla probiyotik içeren besinler tüketimi, her öğünde sirke tüketimi
28	
29	Kanser riski olanların daha sık kanser tarama testi yaptırması, kadınların 40'lı yaşlardan sonra düzenli meme kanseri tarama programı yaptırması

Hürriyet haber sitesinde yayınlanmış Sağlık yazılarında söyleşi üslubuna rastlanmıştır. Yazılarda sunulan önerilerde de bu üslubu görmek mümkündür. Örneğin “Salataya bolca limon sıkarsanız mükemmel bir demir eksikliğini önleme öğünü olacaktır” “Meseleniz uzun yaşamak değil, erken ve lüzumsuz hatalar nedeniyle ölmek olsun” “İster meyve suyu/meşrubat, ister et-süt, ister yağ, ister makarna tüketin, gıda etiketlerini dikkatle okuyun” gibi ifadeler yazarın okuyucu kitlesini arkadaşları samimiyetinde gördüğünün

göstergesidir. Ayrıca yazar bilimsel bilgi içerikli önerilerinin yanında kendi önerilerini de sunmuştur. “Benim önerim kilo kaybı için hızlı ve tempolu yürüyüşü seçmenizdir” “Kanaatimce önümüzdeki yıllarda en az kan şekeri veya kolesterol ölçümü kadar önem kazanacak olan bu testi bir kenara not ediniz derim!” “Ben doğal halini öneriyorum” “Tarçını bal, zeytinyağı ve zerdeçalla birlikte tüketebileceğiniz farklı karışımlar, farklı soslar oluşturmanızı da tavsiye ederim” vb. ifadeler bu duruma örnek verilebilir.

Bu sitedeki haber yazılarında üstü kapalı öneriler de sunulmuştur. Mesela “Kısa süreli şekerlemeler Sağlık açısından da bilhassa 50 yaşı geçenler için Sağlıklı bulunuyor” ifadesi doğrudan 50 yaşını geçenlere kısa süreli uyku yapılması tavsiye ediliyor dememiş olsa bile okur bu cümleden tavsiye çıkabilmektedir. Ya da “Zencefilin gribe yol açan virüslerle savaşmaya yardımcı olan anti-enflamatuar özellikleri vardır” “Brezilya cevizi, bağışıklığı güçlendiren selenyum isimli mineral bakımından oldukça zengin” ifadelerinde de dolaylı yoldan öneriler görülmektedir.

Sağlık yazılarında sunulan önerilere “Dahası, bu dörtlü öneriyi hayatımızın vazgeçilmezleri haline getirelim. Peki neler mi var o dörtlüde? Merak ediyorsanız buyurunuz...” “Nasıl mı? Buyurun, uykusuzlara ‘öneriler’ bölümüne” “Peki başka detaylar var mı? Var! Merak ediyorsanız buyurun...” “Peki nasıl olacak bu iş? diyorsanız, buyurunuz...” “Peki önlemek nasıl olacak hocam? diyorsanız, size basit iki önerim var...” gibi soru ifadeleri ile dikkat çekilmiştir.

Bu sitede genellikle bir konuda yazılmış Sağlık yazısında sunulan öneriler içerisinde konudan Bağımsız başka konu ile ilgili öneriler de sunulmuştur. Mesela suyu nasıl tüketmemiz gerektiği konusunda öneriler sunan ‘su’ konulu Sağlık haber yazısında prostat spesifik antijen yüksekse ne yapılması gerektiği konusunda öneriler sunulmuştur. Ya da ekmek konulu bir Sağlık yazısında ekmeğin tüketimi ile ilgili öneriler sunarken aynı zamanda tarçının tüketimi konusunda da tavsiyeler verilmiştir. Başka bir örnek verecek olursak Fitobesin konulu bir yazıda fitobesin ürünlere tavsiyelerde bulunurken, iyi bir etiket okuyucu olma konusunda da tavsiyeler sunulmuştur. İncelediğimiz Sağlık haber yazılarında bunun gibi birçok örnek mevcuttur. Ayrıca yazılarda “Oruç kürü yap” “Gluteni indir” “Daha çok sebze ve meyve” “Fazla kilolarınız varsa verin” “Probiyotiği yükselt” “Harekete geç” “Her lokmayı 25-30 kere çiğnemeyi bileceksiniz” “Makarna ve pilavla dostluğunuzu askıya alacaksınız” “Daha az kızartma ve füme besinle beslen” “Antibiyotiklerden uzak durun” “Halsiz ve yorgunsanız, şunları araştırın” “Atıştırmaktan vazgeçin” gibi emir üslubunda öneriler dikkat çekmektedir.

Bunlar dışında Sağlık yazılarındaki diğer öneriler şu şekildedir: “Her öğünde yemeklerinize daha fazla sirke ilave etmeyi kesinlikle unutmayın” “Beslenme sisteminizi uygularken yavaş yavaş da ‘günde iki öğün beslenme’ metodu ile yaşamınızı sürdürmeyi deneyin” “...Ama yine de yatmadan 2 saat önce ile yemeğin hemen öncesi ve sonrasında ağır egzersiz yapmanız önerilmez” “İşte bu nedenle yaşlandıkça çöplük haline gelen bedenlerimizi daha Sağlıklı tutmak adına glutasyon rezervlerimizi dikkatle korumamız lazım” “özellikle de bitkisel protein zengini besinler(bakliyat) ile balık, yoğurt ve yumurtayı daha sık ve bol yemeyi ihmal etmeyin!” “Mutfağınızda zerdeçalla daha sık yer açın ama böbrek taşı probleminiz varsa ya da safra kesesi probleminiz söz konusuysa önce gidip doktorunuzla bir konuşun” vb.

**Tablo 3. En Son Haber Web Sitesi Hastalığa ve güncel yaşama dair öneriler**

	<b>En son haber sitesi</b>
1	Her gün aynı saatte uyumak, karanlık ortamda uyumak, uyumadan 3 saat önce yemeyi bırakmak, uyku öncesi ılık duş almak ve kitap okumak
2	Yeşil çay, kafein ve bazı reçetesiz kullanılan ilaçların bilinçli kullanılması
3	Aşırı stres yapan davranışlardan, aşırı yemek yemekten, aşırı düşünmekten uzak durulması
4	Çölyak hastalarının glutensiz diyet yapması, diğerleri ise gluteni tamamen çıkarmamalı
5	DEHB belirtilerine özellikle kız çocuklarında dikkat edilmesi, erken tanı ile önlem alınması
6	Kefirin tüketiminin artırılması ve kefirin evde yapılarak tüketilmesi
7	Sağlıklı beslenmek isteyenler için yapımı kolay iki tarif önerilmiştir
8	Meme kanseri teşhisinde kadınlar yılda 1 kez mamografi, Kalınbağırsak kanseri teşhisi için herkes dört yılda bir sigmoidoskopi, yedi yılda bir kolonoskopi yaptırması
9	Protein ve omega3 için keten tohumu, lif ve kemik güçlendirici için chia tohumu tüketimi
10	Glokom teşhisi için rutin göz muayenesinde göz tansiyonu ölçülmesi
11	Ağız kokusunun sebebi teşhis edilmeli ve sebebe yönelik tedavi uygulanması
12	Gerekli görüldüğü hallerde kalça protez ameliyatı olmayı ve ameliyat sonrasında çok ağır taşımamasını ve kilolarına dikkat etmesini
13	Düzenli olarak gece 7-9 saat uyku, işlenmiş gıdalardan uzak durmayı, probiyotik tüketimini, tuz miktarının azaltılması
14	Sofra tuzu tüketiminin azaltılması, bebeklere bir yaşına kadar tuz verilmemesi, tuz alırken etiketlerin okunması, tuz yerine baharat kullanımını arttırmayı
15	Günde 600 IU D vitamini, 1.000 mg C vitamini, 15 mg E vitamini ve K vitaminli besinler alınması
16	Diş fırçalanması bazı bakterilerin yok olmasında yetersiz kaldığı için şekersiz sakız çiğnenmesi, BENEON'un bazı diş dostu ürünlerinin Kullanımı
17	Günlük 6-8 bardak su 1 litreye yakında diğer sıvıların tüketimi, günlük çorba, dondurma, kavun, kabak, salatalık gibi yüksek su içeriğine sahip besin tüketimi
18	Cildi nemli tutmayı, parfümsüz sabunlar ve vücut jelleri kullanmayı, duşta çok sıcak su kullanmamayı vücut nemlendirmesini duştan çıkınca yapılmasını
19	Prostat kanseri için 50 yaşından sonra yılda bir kez ürolojik muayene, PSA testi yapılması
20	İyi bir kalp sağlığı ve geliştirilmiş egzersiz kapasitesi için pancar tüketimi, pişmiş veya çiğ olarak pancar ve pancarın yapraklarının da tüketimi
21	Çocukları mevsime uygun giydirmeli, elleri sıklıkla yıkatılmalı, probiyotik içeren besinler tüketilmeli, anne adaylarının alerjik durumlara dikkatli olması, alerji için gerekirse ilaç tedavisi
22	Yetişkin erkeklerin günde en az 90 miligram ve kadınların günde en az 75 miligram C vitamini almaları, C vitamini yüksek besinlerin tüketimi
23	Kalp damar hastalığı bulunan herkesin rutin kardiyoloji kontrollerini yaptırması
24	Hormon Replasman Tedavisinin hastaya yardımcı olup olmayacağı vb. soruların cevaplarını doktordan alarak tedaviyi alması
25	Soğuk pres zeytin yağ tüketimi, meyve ve sebzeleri çeşitli ve mevsiminde tüketmeyi, Haftada en az 2 kez 30 dakika kalp atımını hızlandıran egzersiz
26	Otizmin erken teşhisi ile ilgili olarak özellikle sosyal belirtilere dikkat edilmesi
27	50 yaşını dolduran her bireye kolonoskopi yapılması, her gün 2-2,5 litre su, elma, arpa, yulaf, baklagiller, sebze ve meyveler, tam tahıllı besinlerin tüketilmesi
28	Diyetlerde yumurta, balık, baklagiller, kuruyemiş, et ve süt ürünleri gibi yüksek proteinli gıda tüketimi, rafine karbonhidratlardan kaçınmayı, egzersiz
29	Hamilelik sırasında genellikle güvenli kabul edilen antibiyotikleri- penisilinleri (amoksisilin ve ampisilin), sefalosporinleri (sefalekssin gibi) ve eritromisini- doktor kontrolünde kullanılması

En son haber sitesinde Sağlık yazılarında genellikle sunulan önerinin nedeni açıklanmıştır. Yani önerinin öncesinde veya sonrasında niçin bu öneriyi tavsiye ettiğine değinmiştir. Mesela “Proteinin etkili olduğunu gösteren Çalışmaların çoğunda toplam kalorinin %25-30’u proteinden sağlanıyor. Bu nedenle bütün yumurta, balık, deniz ürünleri, baklagiller, kuruyemiş, et ve süt ürünleri gibi yüksek proteinli gıda alımınızı arttırmaya Çalışın” ifadesinde bu durum açıkça görülmektedir. Ayrıca “...Bu nedenle kolon kanserine karşı bol posalı besinler tüketmeye özen gösterilmelidir” “...Bu sebeple en az bir porsiyon meyve tüketmeye dikkat edilmelidir” “...Bundan dolayı herkesin mutlaka yılda bir kez ayrıntılı

kardiyoloji muayenesinin, EKG ve ekokardiyografik incelemesinin yapılması önerilir” “...Bu sebeple sofraya tuzu tüketimi sınırlandırılmalıdır” “...Dolayısıyla bu rahatsızlığa sahip olan kişilerin glutenden uzak durması önerilmektedir” “...Bu nedenle sindirimle ilgili sorunlarınız varsa kefir yararlı olabilir” vb. ifadelerde bu durumu desteklemektedir.

Bu sitenin Sağlık yazılarında okuyucunun tercihine bırakılmış önerilerde sunulmuştur. “Su kaybını engellemek için günde yaklaşık 6-8 bardak ve 1 litre diğer sıvıları içmeyi hedefleyebilirsiniz” “...iyi bir ağız sağlığını desteklemek için ağızdaki bakterileri beslemeyen, şekersiz şekerlemeler ve sakızlar kullanılabilir” “Kuruluk, kızarıklık, kırılganlık ve yaşlılık lekelerini tedavi etmek için C vitamini içeren cilt bakımı ürünlerini kullanabilirsiniz” “Daha fazla omega-3 arıyorsanız, keten tohumunu tercih edebilirsiniz” “Daha iyi kalp sağlığı ve geliştirilmiş egzersiz kapasitesi için pancarlar tüketilebilir” gibi ifadelerde yapılması tavsiye edilen öneriler sunulmuştur ama yapılmaması durumunda herhangi bir risk durumu söz konusu değildir. Bunun için önerinin yapılıp yapılmaması okuyucunun tercihine bırakılmıştır.

Bu haber sitesinde de üstü kapalı ifadelerle yani doğrudan sunulmuş bir öneri cümlesi gibi görünmese bile okuyucunun öneri olarak algılayabileceği ifadelerle rastlanmaktadır. “Pancar ve suyunun, özellikle kalp sağlığı ve egzersiz performansı için birçok Sağlık yararı vardır” “D vitamini cilt sağlığı Açısından önemli rol oynar. Sedef hastalığının tedavisinde bile yardımcı olabilir” “Uyku, beyninizin yeniden düzenlenmesini, yeniden şarj edilmesini ve gün boyunca birikmiş toksik atık yan ürünlerini uzaklaştırılmasını sağlar” “İyi prebiyotik kaynakları arasında domates, enginar, muz, kuşkonmaz, soğan, sarımsak ve yulaf bulunur” “Kefir ayrıca, Sağlık yararlarına katkıda bulunan çok çeşitli biyoaktif bileşikler içerir” gibi ifadelerde dolaylı yolla sunulmuş öneriler görülmektedir.

Bu sitedeki Sağlık haber yazılarında yapılması gereklilik bildiren önerilere de yer verilmiştir. Bu öneriler şu şekilde ifade edilmiştir: “Aktif kullanıcılar sigara ve alkolü acilen bırakmalı, henüz kullanmayan kişiler ise kesinlikle uzak durmalıdır” “...Yani kansızlığın, enfeksiyonun ya da tiroid fonksiyonlarının tedavisi yapılmalı, kondisyonsuzluk varsa düzenli egzersize başlanmalıdır” “Çinkolu sakızlar ve çinkolu diş macunları tercih edilmelidir” “...Bu durumda felç veya kalp krizi riski çok yüksek olduğu için en yakın acil servise gidilmelidir” vb.

Bunlar dışında bu sitedeki diğer Sağlık önerileri şunlardır: “Şekerden uzak durun” “Fazla kilolardan arının” “Meyve ve sebzeleri çeşitli ve mevsiminde tüketin” “Ailesel Sağlık öykünüzü iyi takip edin” “Duşta, cildi kurutmaya meyilli aşırı sıcak sudan kaçınmak en iyisidir” “...Ancak çay ve kahve gibi kafeinli içeceklerin vücudun daha hızlı ve idrar üretmesini sağlayabildiğini unutmayın” “8 saatten daha uzun bir süredir idrara çıkmadıysanız, sersemlemiş veya uyuşukluk hissederseniz, kafa karışıklığınız varsa veya nabzınız hızlıysa Sağlık uzmanınıza başvurun” “Çölyak hastası değilseniz dikkat...” “...Bu tohumları diyetisyen kontrolünde tüketmenizi öneririm”

Her iki web sitesinde de sunulan öneriler içerisinde gerekli görüldüğü durumlar belirtilerek doktora veya uzman kişiye başvurulması tavsiye edilmiştir. Ayrıca yine her iki web sitesinde de aile de olan bazı hastalıkların genetiklik Açısından risk faktörü oluşturduğunu belirterek önlem alınması tavsiye edilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu Çalışmada “Hürriyet Haber” ve “En Son Haber” web sitelerinin Sağlık köşesi yazıları 03.03.2019-03.04.2019 tarihleri arasında bir aylık süre içerisinde incelenmiştir. Her iki web sitesinde de amaç okuyucuyu sağlık konusunda bilgilendirmektir. Ayrıca bu web sitelerinde okuyucuya Sağlıkları hakkında oluşabilecek olumsuz durumları belirtme ve çeşitli önerilerde bulunma hedefi de saptanmıştır. İki web sitesinde de Sağlık köşe yazılarında yer alan konular birbirlerinden farklı olmakla birlikte benzer konulara da değindikleri tespit edilmiştir. Benzer Sağlık konularına değinme sebepleri olarak günümüzde en çok rastlanan Sağlık problemi veya en popüler Sağlık konusuna değinmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Her iki web sitesinde de değinilen konuları Sağlık çerçevesinde; bilgilendirme, sakıncalı durumlar, hastalık ve semptomları, risk faktörleri ve öneriler şeklinde işlenmiştir.

Hürriyet Haber web sitesinde yer alan konular dikkat çekici başlıklar ve giriş cümleleri ile ifade edilmiştir. Bu durum okuyucuda merak uyandırmaktadır. Çünkü bazı Sağlık yazılarının başlığına bakmak hangi konu üzerinde durulduğunun tam olarak anlaşılmasına izin vermemektedir. Okuyucuda yazının içeriğine göz atma gereksinimi doğurmaktadır. Ayrıca bu sitede konu içerisinde farklı konulara da değinme söz konusudur. Bu yüzden asıl konuya değinme uzunluğu biraz kısa tutulmuştur. En Son Haber web sitesinde yer alan konuların yazı başlıkları ise konunun içeriğini yansıtmaktadır. Bu sitede yer alan

Sağlık haberlerinde konuların içerikleri, konu ile ilgili alanında uzman kişilerden elde edilen bilgilerle oluşturulmuştur. Ayrıca konuların içerikleri tek bir konu üzerinde yoğunlaştıkları için konu uzunluğu Hürriyet Haber web sitesine göre daha fazladır.

İki web sitelerindeki Sağlık yazılarında yer alan olumsuzluklar, risk durumları, sakıncalı durumlar, oluşabilecek hastalıklar ve belirtileri şeklinde ifade edilmiştir. İfade edilme şekilleri olarak değerlendirildiğimizde ise iki sitede de benzer ifadelere rastlanmaktadır. Yani ifade cümlelerinde abartma, çarpıcı cümleler içermeye, önemine vurgu yapma vb. durumlar her iki sitede de mevcuttur.

Hürriyet Haber web sitesinde Sağlık yazılarında sunulan öneriler genellikle okuyucu ile sohbet ediyormuş havasında verilmiştir. Önerilere dikkat çekmek için soru cümleleri kullanarak okuyucuyu önerilere davet etmiştir. Sağlık yazıları içerisinde farklı birçok konu ile ilgili önerilerde mevcuttur. Dikkat çekiciliği arttırmak için emir üslubu içeren önerilere de yer verilmiştir. En Son Haber web sitesinde yer alan Sağlık yazılarında ise öneriler nedenleri ile birlikte verilmiştir. Yani öneriyi sunma gerekçesi genellikle belirtmiştir. Bu sitede önerilerde okuyucunun inisiyatifine bırakılan(öneriyi uygulayıp uygulamamak okuyucuya bırakılmış) önerilerde mevcuttur. Ayrıca yapılmasının gerekli olduğunu ifade eden önerilerde sunulmuştur.

Her iki web sitesinde de dolaylı yolla yapılmış, üstü kapalı öneriler mevcuttur. Sunulan öneriler genellikle bilimsel temelde verilmiştir. Ancak Sağlık haber yazarısının kendi önerilerine de rastlanmaktadır. Bu durum Hürriyet Haber web sitesinde, En Son Haber web sitesine göre daha fazla gözlenmiştir. Genel olarak her iki web sitesini değerlendirdiğimizde konu işleme şekillerinde benzerliklerinde farklılıklarında mevcut olduğu saptanmıştır. Hürriyet Haber web sitesi Sağlık yazılarını samimi bir üslupla ele aldığı görülmektedir. En Son Haber web sitesinde ise Sağlık yazılarında ifadeler konunun uzmanlarından edinilen bilgilerle bilimsel bir üslupla oluşturduğu görülmektedir.

Bu çalışmada her gün en az bir Sağlık haberi incelenmesi medya araçlarının Sağlık alanında önemli bir yere sahip olduğunu gösterir. Görüldüğü gibi Sağlık ve sağlığa ilişkin durumlar yalnızca Sağlık Kurumlarında Sağlık profesyonelleri tarafından kullanılan bilgi olmaktan öteye geçerek medya aracılığı ile tüm topluma yayılmıştır. Bilginin yayılmasının hem olumlu hem de olumsuz yönleri bulunur. Sezgin'in de belirttiği gibi gündelik hayatın içerisinde bulunan bir çok ritüel artık Sağlık alanına dahil edilmiştir(Demez, 2012; Sezgin, 2011).

Medyada kişileri olumlu Sağlık davranışlarına itebilecek mesajlar yayınlanırken aynı zamanda toplum sağlığını olumsuz etkileyebilecek mesajlara da yer verilmektedir. Bu durum Sağlık okuryazarlığının yanı sıra medya okuryazarlığının da önemini vurgulamaktadır(Çınarlı, 2008). Yani Sağlık ve hastalık olguları için medya araçlarını kullanmak kişileri sadece olumlu davranışlara sürüklemeye. Bu durumu önlemek için de medyayı bilinçli olarak kullanmak gereklidir. Bu Araştırma kapsamında incelenen haberlerde de gözlemlendiği üzere medyada yer aldığı şekliyle toplum hem bilinçlenmekte hem de sağlığı gündelik yaşam içerisine dahil etmektedir. Bu konuda yapılan Araştırmalar da gösteriyor ki; geçmişten günümüze Sağlık bilgi paylaşımı televizyon, gazete, internet ve özellikle sosyal medyada yaygınlaşmıştır. Bu Araştırmada, zaman kısıtlılığı sebebiyle en çok takip edilen iki haber sitesi bir aylık süre ile incelenmiştir. Benzer çalışmalar daha geniş veri havuzunda değerlendirilebilir.

#### **KAYNAKÇA**

- 1)Mendi B. (2015) Sağlık iletişimde sosyal medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki uygulamalar, Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi 11(44):275-290.
- 2)Atabek Ü., Atabek G. ve Bilge D. (2013) Televizyon Sağlık Programlarında İdeolojik Söylemler, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi 3:11-30.
- 4)Tosyalı H. ve Sütçü CS. (2016) Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri, Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi 3:3-22.
- 5)Sezgin D. (2010) Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2:52-78.
- 6)Demez G. (2012) Medyada Yeni Sağlık Anlayışları ve Kadın Bedeninin Temsili, 9(1):512-532.
- 7)Buldukluy Y. (2010) Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 24:75-85.



- 8)Özşeker E., Dönmez Y., İlçe A. ve Dramalı A. (2007) Gazetelerde Meme Sağlığı ile İlgili Haberlerin İncelenmesi, Aile ve Toplum Dergisi 3(11):77-82.
- 9)Şahinoğlu S. ve Göçmen Baykara Z. (2011) Bir Gazetenin Sağlık Haberlerinin Sağlık/Hastalık Kavramı Çerçevesinde İncelenmesi, Lokman Hekim Journal 1(2):11-15.
- 10)Damlapınar Z. ve Umur I.Ş.I.K. (2017) Sağlık İçerikli Basın Haberleri ve Çocuğa Yaklaşımı: Bir İçerik Analizi, Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi 5(1):373-398.
- 11)Özdemir M. (2010). Nitel veri analizi: sosyal bilimlerde yöntem bilim sorunsalı üzerine bir Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 11(1):323-343.
- 12)Yıldırım A. ve Şimşek H. (2003) Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma yöntemleri, Ankara: Seçkin Yayınları.
- 13)Çınarlı İ. (2008) Sağlık İletişimi ve Medya, Ankara: Nobel Yayınevi.
- 14)<http://www.hurriyet.com.tr/>
- 15)<https://www.ensonhaber.com/>

## AFGANİSTAN’IN BİR DEVLET HASTANESİNDE TEDAVİ OLAN KİST HİDATİK HASTALARIYLA AYNI YAŞAM ALANINI PAYLAŞAN BİREYLERDE RADYOLOJİK VE SEROLOJİK TARAMA SONUÇLARI

RADIOLOGICAL AND SEROLOGICAL SCREENING RESULTS OF INDIVIDUALS WHO HAVE THE SAME LIFE AREA AS HYDATID CYSTS TREATED IN A STATE HOSPITAL OF AFGHANISTAN

Mohammad Maroof EİLBİĞİ (1)  
Kemal Macit HİSAR (2)

(1) Şibirgan State Hospital/ General Surgery Department/Afghanistan  
(2) Selçuk University/Medical Faculty/Turkey/kmhisar@gmail.com.

### ÖZ

**Amaç:** Bu Çalışma Afganistan’ın bir Devlet Hastanesinde tedavi olan kist hidatik hastalarıyla aynı yaşam alanını paylaşan bireylerde radyolojik ve serolojik tarama sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Afganistan bir Devlet hastanesine başvuran kist hidatik hastalar Araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Tam örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Hasta yakınları hastaneye çağırılarak direkt akciğer grafisi, üst karın ultrasonografisi ve ELISA yöntemi ile kist hidatik antikorlarının varlığı araştırılmıştır. Verilerin Mayıs 2016- Eylül 2017 tarihleri arasında 214 kişiden toplandı.

**Bulgular:** Katılımcıların 102 erkek 112 kadın olmak üzere toplam 214 hasta yakınına radyolojik ve serolojik tarama yapılmıştır. Sekiz hastada karaciğerde 2 hastada akciğerde ve 1 hastada dalakta radyolojik olarak kist saptanmış, 22 hastada ise seroloji pozitif sonuç vermiştir.

**Sonuç:** Çalışma sonucunda kist hidatik Açısından endemik bir bölge olan Afganistan’ın Şibirgan şehrinde kist hidatik tanısı konulan hastalarla aynı ortamı paylaşan bireylerde hastalığın sık görüldüğü ve bu bireylere yönelik tarama programlarının yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hidatidoz, Kist Hidatik, Echinococcus granulosus

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Hydatid cyst is a parasitic infection common in many countries in the world. It is thought that hydatid disease is a common disease that threatens public health due to the fact that the majority of the people of Afghanistan live in rural areas, the access to facilities to provide hygiene conditions is difficult and the uncontrolled animal segments.

**The Purpose of the Study:** This study was carried out to determine the results of radiological and serological screening in individuals who shared the same habitat with cyst hydatid patients treated in Şibirgan State Hospital of Afghanistan.

**Method:** Cyst hydatid patients presenting to a public hospital in Afghanistan formed the universe of the study. Full sampling method was used. The relatives of the patients were called to the hospital and direct chest x-ray, upper abdominal ultrasonography and ELISA were used to investigate the presence of hydatid cyst antibodies. Data were collected from 214 people between May 2016 and September 2017. Data were collected from 214 people between May 2016 and September 2017. This research is produced from the thesis made by Dr. Mohammad Maroof EİLBİĞİ and Dr. Kemal Macit HİSAR at the Institute of Health Sciences of Selçuk University.

**Findings and Results:** During the study period, a total of 214 patients included 102 male and 112 female patients were screened radiological and serological examination. Cysts were radiologically detected in the liver, lung and spleen in 8, 2 and 1 patient respectively and the serology was positive in 22 patients. As a result of the study, it was concluded that the patients who shared the same environment with the patients who were diagnosed with hydatid cyst in an endemic region for cyst hydatid disease.

**Key words:** Hydatidosis, hydatid cyst, Echinococcus granulosus  
Presentation Language: Turkish

## Giriş

Kist hidatik dünyada birçok ülkede yaygın olarak görülen parazitik bir enfeksiyondur. Kuzey Afrika, doğu Avrupa ve orta doğu kist hidatik açısından endemik bölgelerdir. Bu bölgelerde sağlıklı görünen bireylere yönelik yapılan taramalar yaygınlığın %5-10 arasında olduğunu göstermektedir (1) Kist hidatik geç teşhis durumunda morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir Sağlık sorunudur. Bu nedenle bu hastaların erken teşhisi ve erken tedavisi önem arz etmektedir. Erken teşhis edilen hastaların medikal yöntemler veya minimal invaziv bir yöntem olan PAIR (ponksiyon, aspirasyon, enjeksiyon, reaspirasyon) ile tedavisi mümkün olabilmektedir (2). PAIR tedavisine uygun olmayan hastalarda cerrahi en uygun seçenektir. Cerrahide daha az invaziv olan parsiyel kistektomiden oldukça agresif tedavi yöntemi olan perikistektomi, karaciğer rezeksiyonları ve kistojejunostomi prosedürleri uygulanabilmektedir (3). Tüm bu prosedürler hastane maliyetlerinin artışı yanında ciddi morbiditeye sahip işlemlerdir. Kist hidatiğin bulaş yolu düşünüldüğünde aynı ortamı paylaşan ve benzer yiyecekleri tüketen bireylerde hastalığın daha sık görülmesi olasıdır (4). Çalışmanın Halk Sağlığı Bilimine Katkısı Halk sağlığı açısından ciddi bir sorun oluşturan bu hastalıkta tüm toplumun taranması ve hastalığın asemptomatik evrede tespit edilmesi teorik olarak mümkün olmasına rağmen bu yöntemin maliyet etkinliği oldukça düşüktür. Ayrıca kırsal kesimde toplumun tüm bireyelerine ulaşmak sorun olabilmektedir. Bu amaçla kist hidatik tanısı alarak tedavi edilen hastalarla aynı ortamı paylaşan bireylerin taranması muhtemel bir hastalığın asemptomatik evrede tanınmasını kolaylaştıracak, bu hastalığa bağlı oluşacak maliyetleri en aza çekecektir. Günümüze kadar Afganistan’da kist hidatik hastalığının bulaş yollarının engellenmesi, asemptomatik hastaların erken tanınmasına yönelik herhangi bir Çalışma yapılmamıştır. Bu Çalışmanın sonuçları farkındalık oluşturmak açısından Afganistan .... Sağlık Müdürlüğü birimlerine iletilecektir.

**Çalışmanın Amacı:** Bu Çalışma Afganistan’ın bir Devlet Hastanesinde tedavi olan kist hidatik hastalarıyla aynı yaşam alanını paylaşan bireylerde radyolojik ve serolojik tarama sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## Yöntem

**Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:** Afganistan’ın bir Devlet hastanesine başvuran kist hidatik hastalar Araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Tam örnekleme yöntemiyle hastaneye kist hidatik tanısı ile tedavi olan hastalarla aynı yaşam alanını paylaşan bireylerde Çalışmaya katılmayı kabul eden 214 kişi Araştırma kapsamına alındı.

## Araştırmaya Alınma Kriterleri:

Bir Yakının bir Devlet Hastanesinde tedavi olan kist hidatik hastalığı olması ve hastayla yaşam alanını paylaşıyor olması

**Çalışma Grubu:** Araştırma, Afganistan’ın Şibirgan Devlet Hastanesi’ne başvuran ve karaciğer kist hidatik tanısı ile ameliyat edilen hastalarla aynı ortamı paylaşan ve Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra Çalışmaya dahil olmayı kabul eden toplam 214 hasta yakını ile yapılmıştır. Verilerin Toplanması Şibirgan Devlet Hastanesine Mayıs 2016- Eylül 2017 tarihleri arasında başvurarak karaciğer kist hidatiği tanısı ile ameliyat edilen hastalarla aynı evi paylaşan hasta yakınları hastaneye çağırılarak direkt akciğer grafisi, üst karın ultrasonografisi ve ELISA yöntemi ile kist hidatik antikörlerinin varlığı Araştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hasta yakınlarının demografik verileri, radyolojik tetkik sonuçları ve seroloji sonuçları hasta kayıt kartlarına kaydedildi.

## Uygulama Süreci

Araştırmada, yukarıda belirtilen hastanede seçilen 214 hasta yakınına bir demografik anket uygulanmış olup akabinde de radyolojik ve serolojik kist olup olmadığı durumlarını görmek açısından test uygulanmıştır. Daha sonra hasta yakınlarının, hasta ile olan yakınlığının kist oluşumunu etkileyip etkilemediği sonucuna varılmıştır.

**Araştırmanın Değişkenleri:** Araştırmanın bağımsız değişkenlerini sosyodemografik özellikler, oluşturmaktadır. Bağımlı değişken ise kist hidatik olma durumudur.

**Araştırmanın Etik Boyutu:** Araştırma öncesi .... Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 27.04.2016 tarihinde 2016/142 sayılı kararı ile izin alınmıştır. Gereken kurum izinleri Afganistan resmi makamlarından alınmıştır. Katılımcılardan da sözlü onam alınmıştır.

## Verilerin analizi:

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma verilmiştir. Verilerin normal dağılıma sahip olma durumunun değerlendirilmesinde Kolmogorow-Smirnow testi, Skewness ve Kurtosis değerleri kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda t testi, Tek Yönlü ANOVA ve regresyon analizi testleri kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## Bulgular

Katılımcıların %48'ı bay, %52'si bayan, %76'sının 10-25 yaşlarında, %48,6'si öğrenci, %41,6'sının hastanın kızı, %37'sinin hastanın oğlu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların radyolojik sonuçlarına bakıldığında ise, test sonucu negatif çıkanlar %94,9'luk kısmken, Pozitif olanlar; %3,7 karaciğer kisti %0,9 akciğer kisti, %0,4 dalak kisti olarak belirlenmiştir. Katılımcıların serolojik sonuçlarına bakıldığında ise, test sonucu negatif çıkanlar %89,8'lik kısmken, pozitif olanlar %10,2 oranında gözlemlenmiştir.

Cinsiyete göre 102 bay katılımcının ve 112 bayan katılımcının ortalaması 4'tür. Yani hem bay hem de bayanlar, kist bulunma durumlarına eşit ihtimal olduğu ortaya konulmaktadır. %95 güven aralığı için olasılık değeri 0,05'ten büyük çıkmıştır ( $P = 0,890$ ). Bu durumda bay ve bayanların, kist olma durumlarında aynı olasılığı taşıdıkları görülmektedir.

Katılımcıların çalıştıkları meslekleri arasında kist hidatik testlerinde pozitif olma durumları Açısından bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların, yakınlık değişkenine göre radyoloji sonucu arasında önemli bir fark olmadığı görülmüştür.

Cinsiyete göre 102 bay katılımcının ve 112 bayan katılımcının ortalaması 4'tür. Yani hem bay hem de bayanlar, kist bulunma durumlarına eşit ihtimal olduğu ortaya konulmaktadır. %95 güven aralığı için olasılık değeri 0,05'ten büyük çıkmıştır ( $P = 0,890$ ). Bu durumda bay ve bayanların, kist olma durumlarında aynı olasılığı taşıdıkları görülmektedir.

Katılımcıların çalıştıkları meslekleri arasında kist hidatik testlerinde pozitif olma durumları Açısından bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların, yakınlık değişkenine göre radyoloji sonucu arasında önemli bir fark olmadığı görülmüştür.

## Tartışma

Bu Çalışma kist hidatik tanısı ile ameliyat edilen hastalarla aynı yaşam alanını paylaşan bireylerde asemptomatik hastalık varlığını Araştırmayı amaçlamıştır. Bu nedenle Çalışma sonuçları dünya literatürü ile Karşılaştırıldığında hastalığın endemik olduğu bölgelerde kist hidatik tanısı alanlar ile aynı evde yaşayan bireylerde hidatik hastalığın daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır. Bu hasta popülasyonunda tarama Sonuçlarının halk sağlığı Açısından olumlu sonuçları olacağı düşünülmektedir.

Literatüre benzer şekilde çalışmada kist hidatiğin %76,23'lük oran ile karaciğerde yerleştiği tespit edilmiştir. Karaciğerden sonra en sık tutulan organ akciğerlerdir. Sistemik dolaşıma dahil olan parazitler düşük orana sahip olsalarda tüm organ sistemlerinde kistik hastalığa neden olabilmektedir. Parazitin vücuda ilk giriş yolunun gastrointestinal sistem olduğu düşünülürse, bu yolla girip portal venden öncelikle karaciğere geçmesi bu organın en çok etkilenen yer olmasını açıklar (5). Karaciğerde saptanmış hidatik kistlerin büyük çoğunluğu sağ lobda yerleşir. Bunun ana nedeni sağ portal venin daha dik bir açı ile karaciğer içine girmesi ve sağ lobun kitlesel olarak daha büyük olmasıdır. Bizim çalışmamızda da kist hidatik %60 oranında karaciğer sağ lobda yerleşmiştir. Karın içi organlar düşünüldüğünde, karaciğerden sonra en yüksek kan akımına sahip organ dalakta kist hidatik insidansıda yüksektir. Splenik kisti bulunan hastaların diğer organlarında da kist hidatik bulunma olasılığı yüksektir (6). Bizim Çalışmamızda yalnızca bir (%7.69) olguda dalakta hidatik kist saptanmıştır.

Kist hidatiğin sık görüldüğü birçok ülkede hastalığın erken teşhisi ve tedavisine yönelik tarama programları bulunmamaktadır. Bu nedenle hastalığın toplumdaki ve hastalarla aynı ortamı paylaşanlardaki gerçek prevalansı kesin olarak bilinmemektedir. Literatür incelendiğinde en geniş sayılı tarama Sonuçlarının Arjantin'de gerçekleştirildiği görülmüştür. Bu Çalışmanın sonuçlarına göre 42,734 hasta üzerinde yapılan serolojik ve radyolojik taramada sadece 192 (%0,44) bireyde asemptomatik kist hidatik olgusuna rastlanmıştır (7). Bizim Çalışmamızda radyolojik olarak 11 (%5,1) hastada kist hidatik tespit edilirken, serolojik hastalık pozitifliği 22 (%10,2) hastada saptanması kist hidatik hastalığı

bulunanlarla aynı ortamı paylaşanlarda hastalığın yaklaşık 20 kat fazla görüldüğünü göstermiştir. Bu kadar yüksek farkın Arjantin'de kist hidatik insidansının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülürse Afganistan'a daha yakın yaşam şartlarına sahip olan İran'da yapılan bir surveyans Çalışmasında 680 hastada kadınlarda %3,1 erkeklerde %4,7 oranında kist hidatik saptanmıştır (8). Karaciğerde yerleşmiş asemptomatik kist hidatik olguların saptanması ve izlenmesinde ultrasonografinin (US) kullanılması önerilmektedir. Bu olgularda, US'nin serolojik testlere göre daha duyarlı olduğu belirtilmektedir (9). Çalışmamız da literatürde önerilen tanısal basamaklar kullanılmıştır. Tüm olgular akciğer hidatik kist için posteroanterior akciğer grafisi ve abdominal kist hidatik için batın US ile değerlendirilmiştir. Her iki teknikte tanısal ayrımı netleştirmek için gerekli görülen olgularda toraks ve batın bilgisayarlı tomografisi ile tanı desteklenmiştir.

### **Sonuç**

Çalışma sonucunda kist hidatik Açısından endemik bir bölge olan Afganistan'ın Şibirgan şehrinde kist hidatik tanısı konulan hastalarla aynı ortamı paylaşan bireylerde hastalığın sık görüldüğü ve bu bireylere yönelik tarama programlarının yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

### **Kaynaklar**

1. Mandal S, Mandal MD. Human cystic echinococcosis: epidemiologic, zoonotic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Asian Pac J Trop Med.* 2012;5(4):253-60 doi: 10.1016/S1995-7645(12)60035-2.
2. Yagci G, Ustunsoz B, Kaymakcioglu N, Bozlar U, Gorgulu S, Simsek A, et al. Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients. *World J Surg* 2005; 29: 1670-1679.
3. Yilmaz H, Sahin M, Ece I, Yormaz S, Alptekin H. A New Approach to the Complicated Liver Hydatid Cyst--Laparoscopic Roux-en-Y Cystojejunostomy. *Prague Med Rep.* 2015;116(3):233-8. doi: 10.14712/23362936.2015.63.
4. Karadağlı E, Gürses D, Akpınar F, Herek Ö, Birsen O, Aydın Ç. Four Hydatid Cysts in One Family: Is Family Screening Necessary? *Turkiye Parazitoloj Derg* 2015; 39: 319-22. doi: 10.5152/tpd.2015.4318. Turkish
5. Saidi F, Sayek İ. Karaciğer kist hidatiği. In: Sayek İ, editor. *Temel cerrahi*. 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996. s. 1239-45.
6. Cöl C, Cöl M, Laççi H. Unusual localizations of hydatid disease. *Acta Med Austriaca* 2003; 30: 61-4.
7. Larrieu E, Uchiumi L, Salvitti JC, Sobrino M, Panomarenko O, Tissot H, et al. Epidemiology, diagnosis, treatment and follow-up of cystic echinococcosis in asymptomatic carriers. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2018;9. doi: 10.1093/trstmh/try112.
8. Dabaghzadeh H, Bairami A, Kia EB, Aryaeipour M, Rokni MB. Seroprevalence of human cystic echinococcosis in Alborz Province, central Iran in 2015. *Iran J Public Health.* 2018;47(4):561-566.
9. Larrieu E, Frider B, del Carpio M, Salvitti JC, Mercapide C, Pereyra R, et al. Asymptomatic carriers of hydatidosis: epidemiology, diagnosis and treatment. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8: 250-6
10. Tekin, Recep; Kara, Ali Fuad; Tekin, Rojbin Ceylan; Çimen, Derya. Cardiac hydatid cyst case recovered with medical treatment/Tibbi tedavi ile düzelen kardiyak kist hidatik olgusu *Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD: The Anatolian Journal of Cardiology*; 11, (7), 2011; 650-651.

## INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL DESIRABILITY AND SUCCESSFUL AGING

Hilal Akman DÖMBEKÇİ  
Berna DOĞRU2

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The elderly population is increasing in Turkey. Social adaptation, cognitive and physical function problems, psychological perceptual and behavioral problems occur in individuals with ageing. Successful aging will reduce the likelihood of social and psychological negativity. Social desirability is the desire of individuals to be accepted by exhibiting culturally appropriate behaviors.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to investigate the relationship between social desirability and successful aging levels of individuals over 45 years of age who applied to a health institution.

**Method:** This research is descriptive. The research population consists of 250 individuals over 45 years of age who apply to a public hospital. The research population consists of 250 individuals over 45 years of age who apply to a public hospital. Social desirability and successful aging scales were used for data collection. In the analysis of data, frequency analysis, t and Anova tests were performed in independent groups using SPSS 22.0 program. In addition, correlation analysis was performed.

**Findings and Results:** As a result of the study, it was found that the participants' social desirability levels were high and the levels of successful aging were above the average. A moderately positive relationship was found between the levels of successful aging and social desirability. A strong positive correlation was found between Successful Aging and the lower dimensions of social desirability.

**Key Words:** Health Institutions, Social desirability, Successful aging

### GİRİŞ

Yaşlanma, doğumda başlayarak ölüme dek süren, geri döndürülemez ve dinamik bir süreçtir, yaşlanmanın beraberinde getirdiği bir dönem olarak “Yaşlılık” ise biyolojik yaşam döngüsünde varılan en son noktadır. Antropolojik incelemeler, insanlık tarihinin çok eski dönemlerinde dahi yaşlı bireylerin var olduğunu kanıtlamıştır. Dolayısıyla yaşlanma, insanlık tarihi kadar eskidir. Bununla birlikte günümüzde yaşlanma olgusuna yapılan vurgunun artmasına neden olan ana etmen, bugün daha fazla sayıda bireyin yaşlanabiliyor olmasıdır. Bir başka deyişle, insanoğlunun biyolojik olarak belirlenmiş ömür uzunluğunda bir değişim olmamış olmasına rağmen, yaşlı olarak kabul edilen kişi sayısı özellikle 19. yüzyıldan itibaren önemli ölçüde artmıştır ve artmaya devam etmektedir. Doğumda yaşam beklentisinin yükselmesi olarak da ifade edilebilecek bu durum, nüfusların yaşlanmasını beraberinde getirmektedir. Yaşlı nüfustaki bu artış, önemli bir toplumsal değişme olarak kabul edilmektedir. Yaşlı nüfusunun artışı, Yaşlılık alanının gelişmesini sağlamıştır. Bu artış, yaşlı bireye olan önemi ve ilgiyi artırmıştır. Yaşlılıkla birlikte sosyal uyum, bilişsel ve fiziksel fonksiyon sorunları, psikolojik algısal ve davranışsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Erol, 2016).

Yapılan Araştırmaların fiziksel fonksiyonlardaki gerileme, psikolojik ve sosyal durum merkezinde olması başarılı yaşlanmanın bu konular Açısından önemini ortaya koymaktadır. Çevresi ile iletişim halinde olması gereken yaşlı bireyin hayata bağlılık algısı, fiziksel, bilişsel ve sosyal ilişkilerde açılarından durum değerlendirmesinde pozitif olma, zorluklarla baş edebilme algısı başarılı yaşlanma için önemli göstergelerdir. Başarılı yaşlanma terimi hastalıklardan kaçınma, yüksek fiziksel ve zihinsel işlevsellik, hayata aktif katılım, biyomedikal anlamda hastalığın yokluğu, psikolojik iyi oluş, yaşam tatmini, finansal güvenlik, hayata pozitif bakış açısı gibi anlamlarda kullanılmaktadır (Bowling, 2005). Son yıllarda nüfus olarak, yaşlı nüfusu ağırlıklı bir ülkeye dönüşüyor olmak bizim adımıza bu konuya oldukça önem vermemiz gerektiğini gösteriyor. Sosyal istenirlik kavramı ise “bireyin herhangi bir ölçme aracının maddelerini yanıtlarken, kendisiyle ilgili gerçekçi bilgiler vermek yerine kendini sosyal ve normatif anlamda olumlu biçimde sunması eğilimi” (Ellingson, 2001). İnsan doğası gereği topluma kendini kabullendirebilmek, toplumda ki statüsünü korumak düşüncesiyle öz-bildirime dayalı araçları kullanırken

<sup>1</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/ [akmanhilal@hotmail.com](mailto:akmanhilal@hotmail.com)

<sup>2</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/ [brnadogru@gmail.com](mailto:brnadogru@gmail.com)

tam anlamıyla dürüst davranışlar sergilemeyebilir. Bu davranışlar ise bazen önemli sonuçlar doğurabilecek bir teorinin ispatlanmasında yanıltıcı bir yönlendirme yapılmasına neden olur. Böylece yapılan çalışmalar doğru sonucu yansıtmayacağı için bir başarıda getiremeyebilir. Öyle ki bunun sonucunda hem kendini hem de karşısındaki kişiyi aldatmış olur. Bu kapsamda sosyal istenirlik önem kazanır.

## YÖNTEM

Bu Çalışmanın amacı 45 yaş üstü bireylerde başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik durumları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın evrenini Mart 2019'da Konya ilinin Selçuklu ilçesinde bir kamu hastanesinin dahiliye polikliniğine başvuran 45 yaş ve üstü 819 hasta oluşturmaktadır. Bu hastalar arasından 250 birey kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Bu Araştırmada kişilerin başarılı yaşlanma bilincini ölçme adına başarılı yaşlanma ölçeği kullanılmıştır. Başarılı Yaşlanma Ölçeği 2009 yılında Reker (2009) tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe versiyonu Hazer ve Özsungur (2017) tarafından yapılmıştır. BYÖ "Sağlıklı yaşam biçimi" (3 madde) ve "sorunlarla mücadele etme" (7 madde) olmak üzere 2 alt boyut ve 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade 1' den 7' ye kadar puanlanmış (1=Kesinlikle katılmıyorum; 7=Kesinlikle katılıyorum) 7'li Likert tipte bir ölçektir. Sosyal istenirlik durumunun belirlenmesi için ise Akın (2010) tarafından geliştirilen sosyal istenirlik ölçeği kullanılmıştır. Ölçek öz aldatma ve izlenim yönetimi olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçme aracında likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Derecelendirmede "tamamen katılıyorum", "oldukça katılıyorum", "kararsızım", "kısmen katılıyorum" ve "hiç katılmıyorum" seçenekleri yer almıştır (Akın, 2010). Bu Çalışmada başarılı yaşlanma ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri .904, sosyal istenirlik ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri ise .863 olarak hesaplanmıştır.

## BULGULAR

**Tablo 1. Araştırmanın Katılımcılarına Ait Demografik Bilgiler**

<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Erkek	124	49,6	Evli	216	86,4
Kadın	126	50,4	Bekar	34	13,6
<b>Yaşama Biçimi</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Sağlık Durumu</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Tek başına	31	12,4	İyi	126	50,4
Eşi ile	84	33,6	Orta	105	42,0
Aile üyeleri ile	135	54,0	Kötü	19	7,6
<b>Yaş</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
45-52	111	44,4	İlkokul ve altı	43,6	43,6
53-60	62	24,8	Ortaokul	16,0	16,0
61-68	47	18,8	Lise	26,0	26,0
69 ve üstü	30	12,0	Üniversite	14,4	14,4
<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Sayı(N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Aylık Gelir</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Çalışıyor	117	46,8	0-2000	135	54,0
Emekli	58	23,2	2001-4000	89	35,6
Çalışmıyor	75	30,0	4001 ve üstü	26	10,4
<b>Yaşanılan yer</b>	<b>Sayı(N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Engel Durumu</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Büyükşehir	84	33,6	Evet	7	2,8
Şehir	114	45,6	Hayır	243	97,2
Kasaba	18	7,2	<b>Kronik Hastalık</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Köy	34	13,6	Hayır	143	57,2
<b>Spora yönelmeye etki</b>	<b>Sayı(N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>	Evet	107	42,8
Kendi isteğim	83	33,2	<b>Spor Yapma</b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Sosyal Çevre	16	6,4	Evet	109	43,6
Doktor Tavsiyesi	10	4,0	Hayır	141	56,4
Spor yapmayanlar	141	56,4	<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

Tablo 1'de katılımcıların demografik özellikleri görülmektedir. Toplam katılımcı sayısı 250'dir. Katılımcıların yaklaşık yarısı kadın yarısı erkektir. Katılımcıların %86'sı evli, % 13'ü ise bekârdır. Katılımcıların %44'ü 45-52, %24'ü 53-60 yaş aralığında yer almaktadır. Katılımcıların %43'ü ilkokul ve

daha altı eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların %46'sı herhangi bir işte çalışmakta iken diğerleri emekli ya da çalışmamaktadır. Katılımcıların %54'ü 0-2000 TL aralığında aylık gelir durumuna sahiptir. Katılımcıların %54'ü ailesiyle, %33'ü eşiyle, %12'si ise tek başına yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %50'si genel Sağlık durumunun iyi olduğunu ifade ederken, % 42'si orta halde bir Sağlık durumuna sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %45'i şehirde yaşamaktadır. Katılımcıların neredeyse tamamının herhangi bir engel durumu yoktur. Yarsından fazlasının ise kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısı spor yapmaktadır. Katılımcıların spora yönelmelerine etki eden faktörler arasında %33 oranında kendi isteği, %6 oranında sosyal çevre ve %4 oranında doktor tavsiyesi yer almaktadır.

**Tablo 2. Sosyal İstenirlik ve Başarılı Yaşlanma Ölçek Alt Boyutlarının Ortalama Değerleri**

Ölçek ve Boyut	X	ss
Sosyal İstenirlik	4,1462	,46716
Başarılı Yaşlanma	5,5592	1,08680
Sağlıklı Yaşam Biçimi	5,4653	1,44075
Sorunlarla Mücadele Etme	5,5994	1,07453

Tablo 2'de Araştırma kapsamında yararlanılan ölçek ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları yer almaktadır. Öncelikle katılımcıların sosyal istenirlik düzeylerinin (4,14/5) yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların başarılı yaşlanma düzeylerinin ise ortalamasının (5,55/7) üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların sorunlarla mücadele etme düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Sosyal İstenirlik ile Başarılı Yaşlanma Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**

	Medeni Durum	N	X	ss	t	p
Başarılı Yaşlanma	Evli	34	4,94	1,10	-3,65	,000
	Bekar	216	5,65	1,05		
	Toplam	250	5,29	1,07		
Sosyal İstenirlik	Evli	34	4,04	,493	-1,42	,156
	Bekar	216	4,16	,461		
	Toplam	250	4,10	,477		
<b>Teşhis Edilen Kronik Rahatsızlık</b>						
Başarılı Yaşlanma	Evet	107	5,11	1,185	5,981	,000
	Hayır	143	5,89	,872		
	Toplam	250	5,5	1,02		
Sosyal İstenirlik	Evet	107	4,05	,450	2,76	,006
	Hayır	143	4,21	,468		
	Toplam	250	4,13	,459		
<b>Spor Yapma Durumu</b>						
Başarılı Yaşlanma	Evet	109	6,02	,856	,155	,000
	Hayır	141	5,20	1,112		
	Toplam	250	5,61	,984		
Sosyal İstenirlik	Evet	109	4,21	,383	2,16	,026
	Hayır	141	4,09	,517		
	Toplam	250	4,15	0,45		

\*p<0.05

Tablo 3'te sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin bazı demografik değişkenlere göre farklılıkları yer almaktadır. Başarılı yaşlanmanın medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre bekarların başarılı yaşlanma düzeyleri daha yüksektir. Sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin kronik hastalık durumuna göre de anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Buna göre kronik bir hastalığı bulunmayanların başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca sosyal istenirlik ve



başarılı yaşlanma düzeylerinin spor yapma ve yamama durumuna göre de anlamlı bir farklılık içerdiği tespit edilmiştir. Spor yapanların, yapmayanlara göre, sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4. Araştırmaya katılanların başarılı yaşlanma ile sosyal istenirlik puan ortalamalarının yaş, eğitim durumu, Çalışma durumu değişkenlerine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları**

		n	x	ss	F	p	Fark Sheffe	
<b>Yaş</b>								
Başarılı Yaşlanma	45-52	1	111	5,76	,100	5,30	<b>,001*</b>	<b>3&lt;1</b>
	53-60	2	62	5,51	,118			
	61-68	3	47	5,04	,148			
	69 ve üstü	4	30	5,69	,241			
	Toplam		250	5,55	,068			
Sosyal İstenirlik	45-52	1	111	4,15	,045	1,50	,214	
	53-60	2	62	4,12	,058			
	61-68	3	47	4,05	,066			
	69 ve üstü	4	30	4,28	,078			
	Toplam		250	4,14	,029			
<b>Eğitim Durumu</b>								
Başarılı Yaşlanma	İlkokul	1	109	5,72	,097	8,51	<b>,000*</b>	<b>2&lt;4</b>
	Ortaokul	2	40	5,07	,169			
	Lise	3	65	5,28	,151			
	Üniversite	4	36	6,09	,104			
	Toplam		250	5,55	,068			
Sosyal İstenirlik	İlkokul	1	109	4,25	,038	4,047	<b>,008*</b>	<b>4&lt;1</b>
	Ortaokul	2	40	4,09	,074			
	Lise	3	65	4,07	,062			
	Üniversite	4	36	3,99	,085			
	Toplam		250	4,14	,029			
<b>Çalışma Durumu</b>								
Başarılı Yaşlanma	Çalışıyor	1	117	5,68	,095	7,086	<b>,001*</b>	<b>2&lt;1</b> <b>2&lt;3</b>
	Emekli	2	58	5,10	,149			
	Çalışmıyor	3	75	5,71	,120			
	Toplam		250	5,55	,068			
Sosyal İstenirlik	Çalışıyor	1	117	4,14	,043	2,565	,079	
	Emekli	2	58	4,04	,065			
	Çalışmıyor	3	75	4,22	,048			
	Toplam		250	4,14	,029			

\*p<0.05

Tablo 4'te sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin bazı değişkenlere göre istatistiksel açıdan farklılıkları yer almaktadır. Başarılı yaşlanma düzeyinin yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir. Buna göre, 45-52 yaş grubu arasındaki katılımcıların, 61-68 yaş grubu arasındaki katılımcılara oranla başarılı yaşlanma düzeyleri daha yüksektir. Sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin eğitim durumuna göre değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Buna göre, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan katılımcıların ortaokul mezunu katılımcılara oranla başarılı yaşlanma düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Öte yandan ilkökul ve altı mezunlarının, üniversite ve üstü mezunlarına oranla sosyal istenirlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca emekli olanların başarılı yaşlanma düzeyleri, Çalışan ve çalışmayanlara göre daha yüksektir.

**Tablo 5. Araştırmaya katılanların başarılı yaşlanma ile sosyal istenirlik puan ortalamalarının yaşam biçimi, gelir ve Sağlık durumu, değişkenlerine göre tek yönlü varyans analiz sonuçları**

		n	x	ss	F	p	Fark Sheffe	
<b>Yaşam Biçimi</b>								
Başarılı Yaşlanma	Tek başına	1	31	5,09	,224	3,620	<b>,028*</b>	<b>1&lt;3</b>
	Eşi ile	2	84	5,55	,100			
	Aile ile	3	135	5,66	,096			
	Toplam		250	5,55	,068			
Sosyal İstenirlik	Tek başına	1	31	4,06	,101	,954	,387	
	Eşi ile	2	84	4,11	,047			
	Aile ile	3	135	4,18	,039			
	Toplam		250	4,14	,029			
<b>Gelir Durumu</b>								
Başarılı Yaşlanma	0-2000	1	135	5,42	,097	2,325	,100	
	2001-4000	2	89	5,70	,116			
	4001 ve üstü	3	26	5,77	,134			
	Toplam		250	5,55	,068			
Sosyal İstenirlik	0-2000	1	135	4,22	,036	4,356	<b>,014*</b>	<b>3&lt;1</b>
	2001-4000	2	89	4,07	,051			
	4001 ve üstü	3	26	3,98	,104			
	Toplam		250	4,14	,029			
<b>Sağlık Durumu</b>								
Başarılı Yaşlanma	İyi	1	126	5,91	,080	23,03	<b>,000*</b>	<b>2&lt;1</b> <b>3&lt;1</b> <b>3&lt;2</b>
	Orta	2	105	5,33	,104			
	Kötü	3	19	4,41	,284			
	Toplam		250	5,55	,068			
Sosyal İstenirlik	İyi	1	126	4,22	,041	3,413	<b>,034*</b>	<b>2&lt;1</b>
	Orta	2	105	4,07	,043			
	Kötü	3	19	4,03	,132			
	Toplam		250	4,14	,029			
<b>Yerleşim Yeri</b>								
Başarılı Yaşlanma	Büyükşehir	1	84	5,88	,113	5,702	<b>,001*</b>	<b>3&lt;1</b>
	Şehir	2	114	5,45	,104			
	Köy/Kasaba	3	52	5,16	,261			
	Toplam		250	5,55	,068			
Sosyal İstenirlik	Büyükşehir	1	1	84	4,23	2,378	,070	
	Şehir	2	2	114	4,06			
	Köy/Kasaba	3	3	52	4,18			
	Toplam		250	4,14				

Tablo 5'e göre başarılı yaşlanma düzeyi yaşam biçimine göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Aile üyeleri ile birlikte yaşayanların tek başına yaşayanlara oranla başarılı yaşlanma düzeyleri daha yüksektir. 0-2000 TL aralığında aylık gelire sahi olan katılımcıların, 4001 ve üstü TL aylık gelire sahi olan katılımcılara oranla sosyal istenirlik düzeyleri daha yüksektir. Başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik düzeylerinin Sağlık durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sağlık durumu iyi olanların sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık durumu değerlendirmesinde negatife gidildikçe sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinde de azalma görülmektedir. Yerleşim yeri değişkenine göre ise büyükşehirde yaşayanların köy ya da kasabada yaşayanlara göre başarılı yaşlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 6. Başarılı Yaşlanmanın Sosyal İstenirlik ve Sosyal İstenirliğin Alt Boyutları İle İlişkisi**

		Sosyal İstenirlik	Sağlıklı Yaşam	Sorunlarla Mücadele
Başarılı Yaşlanma	r	,397**	,854**	,954**
	p	,000	,000	,000

Tablo 6'da başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik arasındaki ilişki görülmektedir. Yapılan korelasyon analizi sonucu başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam ve sorunlarla mücadele alt boyutları ile ise pozitif yönlü üçlü bir ilişki tespit edilmiştir.

## SONUÇ

Bu Çalışma 45 yaş ve üstü 250 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı kadındır, çoğunluğu evli ve eğitim düzeyi ağırlıklı olarak ilkökul ve altı seviyesindedir. Katılımcıların çoğunluğunun gelir düzeyi düşüktür. Katılımcıların büyük kısmının ailesi ile yaşadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yarıya yakını şehirde yaşamaktadır.

Araştırma kapsamında yararlanılan ölçek ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarında katılımcıların sosyal istenirlik düzeylerinin (4,14/5) yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların başarılı yaşlanma düzeylerinin ise ortalamasının (5,55/7) üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların sorunlarla mücadele etme düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başarılı yaşlanmanın medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Bundan çıkan sonuca göre bekarların başarılı yaşlanma düzeyleri daha yüksektir. Sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin kronik hastalık durumuna göre de anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Buna göre kronik bir hastalığı bulunmayanların başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin spor yapma ve yapmama durumuna göre de anlamlı bir farklılık içerdiği tespit edildi. Spor yapanların, yapmayanlara göre, sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Başarılı yaşlanma düzeyinin yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu sonuca göre göre, 45-52 yaş grubu arasındaki katılımcıların, 61-68 yaş grubu arasındaki katılımcılara oranla başarılı yaşlanma düzeyleri daha yüksektir. Sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin eğitim durumuna göre değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Buna göre, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan katılımcıların ortaokul mezunu katılımcılara oranla başarılı yaşlanma düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Öte yandan ilkökul ve altı mezunlarının, üniversite ve üstü mezunlarına oranla sosyal istenirlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca emekli olanların başarılı yaşlanma düzeyleri, Çalışan ve çalışmayanlara göre daha yüksektir. Başarılı yaşlanma düzeyi yaşam biçimine göre anlamlı olarak farklı göstermektedir. Aile üyeleri ile birlikte yaşayanların tek başına yaşayanlara oranla başarılı yaşlanma düzeyleri daha yüksektir. 0-2000 TL aralığında aylık gelire sahi olan katılımcıların, 4001 ve üstü TL aylık gelire sahip olan katılımcılara oranla sosyal istenirlik düzeyleri daha yüksektir. Başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik düzeylerinin Sağlık durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sağlık durumu iyi olanların sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık durumu değerlendirmesinde negatife gidildikçe sosyal istenirlik ve başarılı yaşlanma düzeylerinde de azalma görülmektedir. Yerleşim yeri değişkenine göre ise büyükşehirde yaşayanların köy ya da kasabada yaşayanlara göre başarılı yaşlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan korelasyon analizi sonucu başarılı yaşlanma ve sosyal istenirlik arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam ve sorunlarla mücadele alt boyutları ile ise pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Bireyin yaşlılığa ilişkin öz değerlendirmesinde pozitif olma düzeyi hayata ve yaşlılığa bakışını görebilmek için önemlidir. Yaşlılığa pozitif yaklaşan bir bireyin başarılı şekilde yaşlanması çevresi ile uyumuna bağlıdır (Özsunur, 2018). Birçok Çalışma, bireylerin özellikle kişilik testlerinde kendileriyle ilgili çarpıtılmış ve doğru olmayan bilgiler verdiğini ortaya koymuştur (Hough, 1998). Bu çalışmada da sosyal istenirlik ölçeğindeki bazı sorulara doğru olmayan cevapların verildiği görüldü. Negatif etkiler hem kuramsal düzeyde hem de uygulama düzeyinde ortaya çıkmaktadır. Kuramsal düzeyde bugün elde edilen veriler yarının kuramlarını yönlendirmektedir. Aynı zamanda doğru olmayan veya gerçekte olduğundan daha olumlu ve iyi bir konumda sunulan öz-bildirime dayalı bilgiler geliştirilen teorilerin geçerliliğini tehlikeye atmaktadır. Uygulama düzeyindeki olumsuz etkilerden en önemlisi ise tam anlamıyla geçerli olmayan verilere dayalı olarak yapılan uygulamalar, spesifik sosyal problemleri

çözmeye yönelik bilimsel çabaları engellemektedir (Loving, 2001). Sosyal istenirlik eğilimlerinin eğitim düzeyi yüksek bireylerde daha fazla olduğu öne sürülmüştür (Krysan, 1998). Yapılan çalışmada eğitim düzeyi Krysan'ın savunmasının tersi yönde çıkmıştır. İlkokul ve altı mezunu olan bireylerin sosyal istenirlik düzeyleri, üniversite ve üstü mezunu olan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Sosyal istenirlik toplumun değişik kesimlerinde farklılık sergilemesine rağmen Araştırmacıların önemli bir kısmı Çalışmalarını üniversite öğrencileri üzerinde yürütmüştür (Akın, 2010). Genel olarak üniversite öğrencilerine uygulanan bu konu, yapılan çalışmada 45 yaş ve üstü, değişik yerleşim kesimlerine sahip bireylere uygulandı. Çünkü yaşlı nüfusu artan bir ülkeye dönmekteyiz. Gelişim Açısından önem verilmesi gereken kesimin bu konuda yaklaşımı ölçmek adına böyle bir yaş aralığı tercih edildi.

Gerek dünya gerekse ülkemizdeki yaşlı nüfusta meydana gelen artış “yaşlı sağlığı” ve bunun önemli bir bileşeni olan “yaşlılarda yaşam kalitesi” kavramını oldukça önemli bir noktaya taşımaktadır. Bu durum birçok disiplinin yaşlılık konusuna olan ilgisini arttırmakla birlikte yaşlı sağlığını daha sık gündeme getirmektedir. Tüm dünyada giderek önem kazanan, yaşlı bireylerin Sağlıklı ve başarılı yaşlanmaları, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, toplumla bütünleşmeleri ve toplumla uyumlu olarak yaşamaları konusundaki girişimler giderek artmaktadır. Başarılı bir yaşlanma modeli için üç özellik olarak hastalık ve sakatlıktan kaçınma, yüksek fiziksel ve bilişsel işlevsel kapasitenin sürdürülmesi ve hayata aktif katılımın gerekli ön şartlar olduğu ileri sürülmüştür. Yaşlılıkta yaşam kalitesi sorularına Sağlıkla ilgili konular ve sorunlar egemen olmuştur (Çam ve ark. 2018). Bu nedenle yaşlı insanların yaşamlarında Sağlıklarına dair yapacakları maliyeti nasıl daha aza indirebileceği ve bazı şeylere kendini Bağımlı yapmadan nasıl yaşayacakları endişe halini almıştır. Oluşan bu durum ise, aslında ruhsal yönden kötü yönde etki etmektedir. Kaygıyı yaşamamak adına başarılı yaşlanma kavramının ne kadar farkında olursak ve toplumu bu konuda ne kadar çok bilgilendirirsek daha sağlam, Sağlıklı yaşama dair zemin hazırlanmış olacaktır. Fiziki hastalıklardan daha tehlikeli olan ruhsal hastalıkları ve kişinin yalnız kalma korkusunu en aza indirecektir.

#### KAYNAKÇA

- Akın, A., (2010). İki boyutlu sosyal istenirlik ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin Araştırılması. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, pp. 771-784.
- Bowling, A. D. P., (2005). What is successful ageing and who should define it. *BMJ*. s.1.:s.n., pp. 331: 24-31, 1548- 1551.
- Çam, C., Atay, E. & Işıklı, B. (2018). Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, pp. 49-67.
- Ellingson, J. E., Smith, D. B. & Sackett, P. R., (2001). Investigating the influence of social desirability on personality factor structure. *Journal of Applied Psychology*. 86(1), pp.122-33.
- Erol, P. Ö., (2016). Türkiye’de yaşlanm sosyolojisi alanında yapılan çalışmalara dair kısa bir değerlendirme. *Sosyoloji Dergisi*, Issue 158.
- Hazer, O. & Özsungur, F. (2017). Başarılı yaşlanma ölçeği (BYÖ) Türkçe versiyonu, *International Journal Of Education Technology and Scientific Researches*. Issue: 4, pp. (184-206).
- Hough, L., (1998). *Effects of intentional distortion in personality measurement and evaluation of suggested palliatives*. *Human Performance*. 11 (2-3), p. 209-244.
- Krysan, M. (1998). Privacy and the expression of white racial attitudes. *Public Opinion Quarterly*, pp. 506-544.
- Loving, T. J. v. A. C. R., (2001). Socially desirable responding in close relationships: a dual-component approach and measure. *Issue Journal of Social and Personal Relationships*. 18 (4), pp. 551-573
- Özsungur, F. (2018). Yaşlıların teknoloji kabul ve kullanım davranışlarının başarılı yaşlanma üzerindeki etkilerinin analizi: Adana ili örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aile ve Tüketici Bilimleri Doktora Tezi, Ankara.

## MESLEK YÜKSEKOKULLARINDA SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜNE DİKEY GEÇİŞ SINAVI İLE GEÇİŞ YAPABİLEN PROGRAMLARDAKİ ÖĞRENCİLERİN DGS İLE İLGİLİ BİLGİ VE İSTEK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

THE EVALUATION OF THE KNOWLEDGE AND ASPIRATION LEVELS OF THE STUDENTS ABOUT EXTERNAL TRANSFER EXAM WHO HAVE THE RIGHT OF TRANSFERRING TO HEALTH MANAGEMENT DEPARTMENT IN VOCATIONAL SCHOOLS

Eyüb EKMEK [ 1 ]  
Kerime GÜLEÇ [ 2 ]  
Belma KEKLİK [ 3 ]

### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Dikey Geçiş Sınavı ile Meslek Yüksekokullarında okuyan öğrencilere yüksekokullarda veya fakültelerde üst öğrenim görme hakkı verilmiştir. Meslek Yüksekokullarındaki programlarda okuyan öğrenciler programlarına göre 4 yıllık bir bölüme geçiş hakkı kazanabilmektedirler. **Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma Meslek Yüksekokullarında Sağlık Yönetimi bölümüne dikey geçiş yapma hakkı bulunan Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı, Ağız ve Diş Sağlığı ile İşletme/İşletme Yöneticiliği programlarında okuyan 2. sınıf öğrencilerinin dikey geçiş Sınavı ile ilgili bilgi ve istek düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini 5 farklı programda 1300 öğrenciden oluşan Meslek Yüksekokulu öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma 2019 Nisan ve Mayıs aylarında yürütülmüştür. Dikey geçiş Sınavı klavuzu ve bu alanda yapılan Çalışmalar incelenerek 40 soruluk bir anket oluşturulmuştur. Örneklem için tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış olup Meslek Yüksekokullarındaki Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı, Ağız ve Diş Sağlığı ile İşletme/İşletme Yöneticiliği programlarında okuyan toplam 349 öğrenciye uygulanmıştır. Elde edilen veriler ile SPSS istatistik programı kullanılarak frekans yüzde dağılımları ve ki-kare analizi yapılmıştır.

**Bulgular ve Sonuçlar:** Dikey geçiş Sınavı ile ilgili bilginiz var mı sorusuna katılımcıların %23,8 'i kesinlikle katılıyorum cevabını verirken bu oran en yüksek %34,7 ile Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı öğrencilerine aittir. Tüm öğrenciler Sağlık Yönetimi bölümüne geçiş yapmak istiyorum yargısına %14 oranında kesinlikle katılıyorum cevabını verirken bu yargıya Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı öğrencileri %37,3 kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir. Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı öğrencilerinin diğer programlara göre daha fazla DGS ile ilgili bilgi sahibi oldukları ve Sağlık Yönetimi bölümüne geçiş yapma eğiliminde oldukları anlaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Dikey Geçiş Sınavı, Meslek Yüksekokulları, Sağlık Yönetimi

### ABSTRACT

**The Research Problem:** The students who study at vocational schools are given rights of transferring to higher schools or faculties with the help of External Transfer Exam. Students studying in the programs of Vocational Schools can get the right to pass to a 4 year program according to their departments.

**The aim of this study:** This study aims to determine the level of knowledge and aspiration of 2nd grade students of Health Facilities Management Program, Medical Documentation and Secretariat, Office Management and Executive Assistantship, Oral and Dental Health and Business Administration in Vocational Schools about External Transfer Exam since they have right to transfer to the Health Management Department.

**Method:** The target population of the study consisted of the students of the Vocational School, consisting of 1300 students in 5 different programs. The research was conducted in April and May 2019. A questionnaire with 40 questions was prepared by examining the External Transfer Exam Guide and several studies in this field. The stratified sampling method was used for sampling and was applied to a total of 349 students studying in Health Facilities Management Program, Medical Documentation and Secretariat, Office Management and Executive Assistantship, Oral and Dental Health and Business Administration in Vocational Schools. By using the acquired data and SPSS statistical program, frequency percentage distributions and chi-square analysis were performed.

**Findings and Results:** 23,8% of the participants answered the question of whether they have any knowledge about the External Transfer Exam saying “absolutely”, and this rate is the highest among the students of Health Facilities Management Program with 34.7%. 14% of all students answered “exactly” to the question of whether they want to switch to Health Management Department while 37.3% of Health Facilities Management Program students answered as “totally agree” to the same question. It is understood that Health Facilities Management Program students have more information about external transfer exam than other programs and they tend to switch to Health Management Department.

**Key Words:** External Transfer Exam, Vocational Schools, Health Management

## GİRİŞ

Mesleki eğitim, bireylere iş hayatında geçerliliği olan bir meslek için gerekli bilgi, beceri ve çalışma alışkanlıkları kazandırma ve bireyin yeteneklerini, işi bir araç olarak kullanarak çeşitli yönleri ile geliştirme sürecidir (Kaya, 2014).

2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu’na göre Meslek Yüksekokulu (MYO) “belirli mesleklere yönelik nitelikli insan gücü yetiştirmeyi amaçlayan, yılda iki veya üç dönem olmak üzere iki yıllık eğitimöğretim sürdüren, önlisans derecesi veren bir yükseköğretim kurumudur” şeklinde tanımlanmaktadır. MYO, ilk olarak 1974- 1975 öğretim yılında Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) bünyesinde açılmıştır. Daha sonra 1981 yılında üniversitelere bağlanarak Yükseköğretim Kurulu (YÖK) bünyesine alınmıştır. Meslek Yüksekokulları (MYO’lar) 1. Devlet üniversiteleri bünyesinde, 2. Vakıf üniversiteleri bünyesinde, 3. Müstakil olarak Kanunla kurulan Vakıf MYO’ları ve 4. Diğer MYO’lar (Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı Astsubay MYO’ları ve Polis MYO’ları) şeklinde yükseköğretim sistemi içinde yer almıştır (Günay ve Özer,2016).

Meslek Yüksekokulları mezunlarının lisans öğrenimlerine devamlarına ilişkin 15.10.1999 tarih 23847 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmelik esaslarına göre yapılan dikey geçiş Sınavı (DGS) ile meslek yüksekokulu öğrencilerinin ilgili lisans öğrenim programlarına geçiş yapmalarına ilişkin düzenlemelerbelirlenmiştir

(<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.8315&MevzuatIliiski=0&sourceXmlSearch=MESLEK%20Y%20DCKSEKOKULLARI%20VE%20A%C7IK%D6%D0RET%20DDM%20D6N%20L%20DDSANS%20PROGRAMLARI>).

Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Sağlık sektörü ile ilgili her türlü kamu ve özel kurum ve kuruluşlarında idari işlemlerin yönetilmesini ifade etmektedir. Sağlık Kurumları İşletmecisi ise, Sağlık sektörü ile ilgili her türlü kamu ve özel kurum ve kuruluşlarda idari işlemlerin yerine getirilmesini sağlayan kişi olarak görevini sürdürmektedir (<https://uskudar.edu.tr/shmyo/tr/sayfa/saglik-kurumlari-isletmeciligi-program-hakkinda>).

Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Önlisans Programının amacı, Sağlık hizmetlerinin temel ilkelerine, süreçlerine ve yönetime vakıf, etkin iletişim kuran nitelikli insan kaynağı yetiştirmektir. Ülkemizde Sağlık Hizmetleri sektörünün gelişimine paralel olarak nitelikli eleman ihtiyacı da artmaktadır. Bu nedenle sektöre ilgi duyan ve bu alanda eğitim alarak mesleki anlamda uzmanlaşmak isteyenlere uzaktan eğitim yoluyla sektörde istihdam edilme imkânı sağlanması amaçlanmaktadır. Yetiştirilen insan gücünün mezuniyet sonrası hastane yönetiminde görev alması düşünülmektedir (<https://www.anadolu.edu.tr/acikogretim/turkiye-programlari/acikogretim-fakultesi-onlisans-programlari-2-yillik/tibbi-dokumantasyon-ve-sekreterlik>).

Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı Programının amacı, hızlı değişen ve gelişen iş dünyasının gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilerle donatılmış, bilgisayar kullanımında uzman, büro yönetimi ilkelerini ve yöntemlerini profesyonelce kullanabilen, iyi insan ilişkileri kurabilen, yazıları on parmakla ve bakmadan, süratle yazabilen, her türlü büro teknolojisini kullanabilen, modern protokol bilgilerine sahip, yüksek düzeyde büro elemanları, büro yöneticileri ve yönetici asistanları yetiştirmektir (<http://www.pau.edu.tr/bmyo/tr/sayfa/buro-yonetimi-ve-yoneticisi-asistanligi-4>).

Diş hekimi muayenelerinde, kamu veya özel kişilere ait diş polikliniklerinde diş hekiminin tüm klinik çalışmaları için gerekli ortamı hazırlayacak, hasta kabulünde, tedavisinde ve kayıtlarında sorumluluk alacak, toplumun değişen gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve beceriye sahip elemanlar

yetiştirip bu bireylere bilgilerini tam olarak kullanabilecekleri iş ve aktivite alanları sağlamaktır ([https://aybu.edu.tr/shmyo/custom\\_page-391-program-hakkinda.html](https://aybu.edu.tr/shmyo/custom_page-391-program-hakkinda.html)).

İşletme Yönetimi Önlisans Programı bir taraftan yeni bir işletmenin doğuş süreçlerini (girişimcilik) kapsarken diğer taraftan da hâlen piyasada faaliyetini sürdüren işletmelerde Çalışanların daha inovatif ve girişimci (iç girişimcilik) olmalarını sağlamak amacıyla tasarlanan bir programdır (<https://www.anadolu.edu.tr/acikogretim/turkiye-programlari/acikogretim-fakultesi-onlisans-programlari-2-yillik/isletme-yonetimi>).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini 5 farklı programda 1300 öğrenciden oluşan Meslek Yüksekokulu öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma 2019 Nisan ve Mayıs aylarında yürütülmüştür. Dikey geçiş Sınavı klavuzu ve bu alanda yapılan Çalışmalar incelenerek 40 soruluk bir anket oluşturulmuştur. Örnekleme için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış olup Meslek Yüksekokullarındaki Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı, Ağız ve Diş Sağlığı ile İşletme/İşletme Yöneticiliği programlarında okuyan toplam 349 öğrenciye uygulanmıştır. Elde edilen veriler ile SPSS istatistik programı kullanılarak frekans yüzde dağılımları ve ki-kare analizi yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin dağılımının birbirinden farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Ki kare testi ( $\chi^2$ ) testi kullanılmıştır.

Ki-kare testi, gözlenen frekanslar(G) ile beklenen frekanslar(B) arasındaki farkın istatistik olarak anlamlı olup olmadığı temeline dayanmaktadır (Güngör ve Bulut,2008).

## BULGULAR

Tablo 1’de Araştırmanın demografik bulguları yer almaktadır. Araştırmaya katılan deneklerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular; deneklerin yaş, cinsiyet, eğitim ve dikey geçiş Sınavı ile ilgili bilgilerinin olup olmadığına ilişkin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 1: Demografik Özellikler ile İlgili Bulgular

Özellikler	Guruplar	n	%
Yaş	17-18	12	3,4
	19-20	191	54,7
	21-22	114	32,7
	23 ve üzeri	32	9,2
Cinsiyet	Erkek	77	22,1
	Kadın	272	77,9
Bölümünüz	Sağlık kurumları işletmeciliği	75	21,5
	Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik	81	23,2
	Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı	61	17,5
	Ağız ve diş sağlığı	65	18,6
	İşletme yönetimi	67	19,2
Mezun olduğunuz lise	Genel lise	36	10,3
	Anadolu lisesi	141	40,4
	Fen lisesi	6	1,7
	Meslek lisesi	114	32,7
	Diğer liseler	52	14,9
Öğrenim türü	Normal öğretim	187	53,6
	İkinci öğretim	162	46,4
Dikey geçiş Sınavı ile ilgili bilginiz var mı?	Evet	83	13,8
	Hayır	68	19,5
	Kısmen	198	56,7

Tablo 1'e bakıldığında; katılımcıların %3,4'ünün 17-18 yaş grubunda, %54,7'sinin 19-20 yaş grubunda, %32,7'sinin 21-22 yaş grubunda, %9,2'sinin 23 ve üzeri yaş gurubunda olduğu görülmektedir. Deneklerin cinsiyet durumlarına bakıldığında %22,1'inin erkek, %77,9'unun da kadın olduğu görülmektedir. Ankete katılan öğrencilerin okudukları bölümlere bakıldığında %21,5'inin Sağlık Kurumları İşletmeciliği programında, %23,2'sinin Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programında, %17,5'inin Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı programında, %18,6'sının Ağız ve Diş Sağlığı programında ve %19,2'sinin İşletme/İşletme Yöneticiliği programında okuduğu görülmektedir. Katılımcıların öğrenim türü dağılımına bakıldığında ise %53,6'sının normal öğretim ve %46,4'ünün ikinci öğretim olduğu görülmektedir. Katılımcılara dikey geçiş Sınavı ile ilgili bilgileri sorulduğunda %13,8'i evet, %19,5'i hayır ve %56,7'si kısmen cevabını vermiştir.

Tablo 2: Öğrencilerin sorulara verdikleri cevaplar

	Ortalama*	Standart Sapma
Bölümümü seviyorum.	3,23	0,13
Bölümümü severek okuduğum için daha uzun süre(4yıl) okumak istiyorum.	6,50	0,00
Bilinçli tercih yaparak bölümüme yerleştim.	3,19	0,014
DGS hakkında bilgi sahibiyim.	0,88	0,47
Dikey geçiş sınavına hazırlanıyorum.	10,90	0,00
Lisans mezunlarının (DGS ile) daha kolay iş bulabileceğini düşünüyorum.	7,93	0,00
İstedğim lisans programına yerleşemediğim için dgs ile geçme hedefim var.	3,05	0,02
Hangi bölümlere dgs ile geçiş yapabileceğimi biliyorum.	2,34	0,06
Sağlık yönetimi dgs ile geçebileceğim lisans bölümlerindedir.	1,23	0,30
Dgs ile Sağlık yönetimi bölümüne geçiş yapmak istiyorum.	5,25	0,00
Lisans mezuniyeti sonrası kariyerime akademisyen olarak devam etmek istiyorum.	2,13	0,08
Dgs nin bu yıl hangi tarihte yapılacağını biliyorum.	6,86	0,00
Dgs puanında ön lisans diploma notu önemlidir.	3,88	0,00
Bölümlere açılan dgs kontenjanları yeterlidir.	2,18	0,07
İstedğim bölüme yerleşene kadar dgs' ye girmek istiyorum.	2,09	0,08
Dgs ile geçebilmek için ortalamamı yüksek tutmaya çalışıyorum.	4,83	0,00
Dört yıllık okul okumak toplumda prestij sahibi olmayı sağlar.	3,67	0,00
Dört yıllık okul okumak askerlik Açısından avantaj sağlar.	0,71	0,58
DGS kursuna gidiyorum.	1,54	0,19
DGS Sınavı ile ilgili deneme Sınavları çözüyorum.	2,42	0,05
DGS önlisans öğrencilerine verilmiş çok büyük bir fırsattır.	2,13	0,08
DGS ile lisansa geçmiş arkadaşlardan bilgi alıyorum.	2,03	0,09
4 yıllık lisans eğitimine geçmeyi çok istiyorum.	3,44	0,01
DGS ile lisans eğitimine geçemezsem tekrar üniversite Sınavına girip 4 yıllık bir bölüm kazanmak istiyorum.	1,29	0,28
Lisans eğitimine geçersen daha iyi ve kaliteli eğitim alacağımı düşünüyorum.	2,33	0,06
Önlisans programlarında yeterli eğitimi aldığımızı düşünüyorum.	2,21	0,07
Önlisans okuduğum için kendimi üniversiteli gibi hissetmiyorum.	0,85	0,50
DGS ile lisans eğitimine geçebilmek büyük bir başarıdır.	2,13	0,08
DGS ile geçiş yaparsam lisans eğitiminde zorlanacağımı düşünüyorum.	0,43	0,79
Üniversite Sınavında "Sağlık Yönetimi Bölümü" tercihlerim arasındaydı.	2,42	0,05
Sağlık Yönetimi alanını seviyorum.	1,58	0,18
Hangi üniversitelerde "Sağlık Yönetimi Bölümü" olduğunu biliyorum.	1,50	0,20
2 yıl okumak yeterli. Öğrenim hayatımı daha fazla uzatmak istemiyorum.	1,32	0,26

\*Ölçek :1-5 (1= hiç katılmıyorum, 5=katılıyorum) n=110

Sonuçlara bakıldığında, "bölümümü severek okuduğum için daha uzun süre (4 yıl) okumak istiyorum, bilinçli tercih yaparak bölümüme yerleştim, dikey geçiş Sınavına hazırlanıyorum, .lisans mezunlarının daha kolay iş bulabileceğini düşünüyorum, istediğim lisans programına yerleşemediğim için dgs ile geçme hedefim var, dgs ile Sağlık yönetimi bölümüne geçmek istiyorum, dgs nin bu yıl hangi tarihte



yapılacağını biliyorum, dgs puanında ön lisans diploma puanı önemlidir, dgs ile geçebilmek için puanımı yüksek tutmaya çalışıyorum, dört yıllık okul okumak toplumda prestij sahibi olmayı sağlar ve dgs ile lisansa geçmiş arkadaşlardan bilgi alıyorum soruları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo:3 Bölümü sevme durumu ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	21,4	1,3	77,3
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	16,1	11,1	71,6
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	4,9	1,6	93,4
Ağız ve Diş Sağlığı	16,9	13,8	69,2
İşletme Yönetimi	15	6	79,1

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %77,3'ü, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %71,6'sı, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %93,4'ü, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %69,2'si ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %79,1'i bölümü sevdiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4:Bölümü sevdikleri için lisansa tamamlamak isteyen öğrenciler ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	21,3	18,7	60
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	48,1	21,0	29,6
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	39,3	31,1	29,5
Ağız ve Diş Sağlığı	49,2	23,1	27,7
İşletme Yönetimi	49,2	29,9	20,8

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %60'ı, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %29,6'sı, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %29,5'i, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %27,7'si ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %20,8'i bölümü sevdikleri için lisansa tamamlamak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5: Bilinçli tercih yaparak bölüme yerleşme durumları ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	45,1	2,8	52,1
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	35,8	11,1	51,9
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	24,6	4,9	70,4
Ağız ve Diş Sağlığı	44,6	12,3	43
İşletme Yönetimi	20,9	10,4	68,6

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %52,1'i, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %51,9'u, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %70,4'ü, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %43'ü ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %68,6'sı bilinçli tercih yaparak bölüme yerleştiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 6: Öğrencilerin DGS hakkında bilgi sahibi olma durumları ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	21,3	12	66,7
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	22,2	27,2	49,4
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	23,4	31,7	45
Ağız ve Diş Sağlığı	24,6	29,2	46,1
İşletme Yönetimi	26,8	25,4	47,8

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %66,7'si, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %49,4'ü, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %45'i, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %46,1'i ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %47,8'i DGS hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 7: Öğrencilerin DGS hazırlanma durumu ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	42,6	9,3	48
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	67,9	16	14,8
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	78,7	13,1	8,2
Ağız ve Diş Sağlığı	77	10,8	12,3
İşletme Yönetimi	74,6	17,9	7,5

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %48'i, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %14,8'i, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %8,2'si, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %12,3'ü ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %7,5'i DGS'ye hazırlandıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 8: Lisans mezunlarının daha kolay iş bulabildikleri düşüncesi ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	22,6	20,0	57,3
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	29,6	25,9	43,2
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	52,4	27,9	19,7
Ağız ve Diş Sağlığı	47,7	21,5	30,8
İşletme Yönetimi	35,8	38,8	25,4

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %57,3'ü, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %43,2'si, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %19,7'si, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %30,8'si ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %25,4'ü lisans mezunlarının daha kolay iş bulabildiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 9: İstedikleri lisans programına dgs ile geçme durumları ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	40	33,3	26,6
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	51,9	18,5	28,3
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	65	23,3	11,7
Ağız ve Diş Sağlığı	67,7	15,4	16,9
İşletme Yönetimi	55,2	25,34	19,4

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %26,6'sı, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %28,3'ü, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %11,7'si, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %16,9'u ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %19,4'ü lisans mezunlarının daha kolay iş bulabildiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 10: Dgs ile Sağlık yönetimi bölümüne geçiş yapmak isteme durumu ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	37,3	20	42,6
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	58	16	24,6
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	54,1	36,1	9,8
Ağız ve Diş Sağlığı	66,2	16,9	16,9
İşletme Yönetimi	59,7	31,3	9

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %42,6'sı, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri %24,6'sı, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %9,8'i, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %16,9'u ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %9'u Dgs ile Sağlık yönetimi bölümüne geçiş yapmak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 11: Öğrencilerin dikey geçiş Sınavı tarihini bilme durumları ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	20	17,3	62,6
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	32,5	35	31,3
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	42,6	45,9	11,5
Ağız ve Diş Sağlığı	44,4	34,9	20,6
İşletme Yönetimi	37,3	47,8	14,9

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %62,6'sı, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri % 31,3'ü, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %11,5'i, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %20,6'sı ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %14,9'u Dgs'nin bu yıl hangi tarihte yapılacağını bildiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 12: Ön lisans diploma notunun dgs puanındaki önemi ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	10,7	28	61,4
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	14,8	42	42
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	9,8	57,4	32,8
Ağız ve Diş Sağlığı	20	47,7	32,3
İşletme Yönetimi	12	58,2	29,9

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %61,4'ü, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri % 42'si, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri %32,8'i, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %32,3'ü ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %29,9'u Dgs puanında ön lisans diploma notunun önemli olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 13. Dgs ile geçebilmek için ortalamalarını yüksek tutma durumları ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	26,6	16	57,3
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	46,9	12,3	39,5
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	48,3	23,3	28,4
Ağız ve Diş Sağlığı	63,2	15,6	21,8
İşletme Yönetimi	51,5	21,2	27,3

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %57,3'ü, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri % 39,5'i, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri % 28,4'ü, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri %21,8'i ve İşletme yönetimi programı öğrencileri %27,3'ü Dgs ile geçebilmek için ortalamalarını yüksek tuttuklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 14: Dört yıllık okumanın toplumda yarattığı prestij durumu ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	24	16	60
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	33,3	9,9	55,6
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	27,8	18	54,1
Ağız ve Diş Sağlığı	50	15,6	34,4
İşletme Yönetimi	35,8	17,9	46,2

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %60'ı, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri % 55,6'sı, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri % 54,1'i, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri % 34,4'ü ve İşletme yönetimi programı öğrencileri % 46,2'si dört yıllık okul okumanın toplumda prestij sahibi olmayı sağladığını ifade etmişlerdir.

Tablo 15.Dört yıllık okumanın toplumda yarattığı prestij durumu ile ilgili bulgular

Bölümler	%		
	Olumsuz	Kararsız	Olumlu
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	41,3	13,3	45,3
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	53,1	17,3	28,4
Büro Yönetimi ve Yönetici Asistanlığı	54,1	29,5	16,4
Ağız ve Diş Sağlığı	60	13,8	26,1
İşletme Yönetimi	52,2	29,9	17,9

Tabloda görüldüğü gibi Sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencileri %45,3'ü, Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencileri % 28,4'ü, Büro yönetimi ve yönetici asistanlığı programı öğrencileri % 16,4'ü, Ağız ve diş sağlığı programı öğrencileri % 26,1'i ve İşletme yönetimi programı öğrencileri % 17,9'u Dgs ile lisansa geçmiş arkadaşlarından bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

## SONUÇ

Elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıda belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır:

Öğrencilerin bölümü sevdiği için lisansa tamamlamak isteme durumlarına, DGS hakkında bilgi sahibi olma durumlarına, DGS hazırlanma durumlarına, Lisans mezunlarının daha kolay iş bulabildikleri düşüncesi, İstedikleri lisans programına dgs ile geçme durumları, Dgs ile Sağlık yönetimi bölümüne geçiş yapmak isteme durumları, dikey geçiş Sınavı tarihini bilme durumları, Ön lisans diploma notunun dgs puanındaki önemi, dgs ile geçebilmek için ortalamalarını yüksek tutma durumları, dört yıllık okumanın toplumda yarattığı prestij durumu ile ilgili bulgulara bakıldığında Sağlık Kurumları İşletmeciliği programındaki öğrencilerin diğer programdaki öğrencilerden daha bilinçli olduğu istatistiki verilerle ifade edilmektedir.

MYO öğrencilerininin dikey geçiş yapacağı lisans programlarının sayısı ve kontenjanı artırılarak okullardaki başarıya olumlu katkı yapılabilir. Ayrıca yine bu okulları bitiren öğrencilere lisans mezunu öğrencilere tanınan kısa dönem veya yedek subay olarak askerlik yapma gibi haklar tanınarak bu okullara olan ilginin artırılması ve daha yetenekli öğrencilerin buralara gelmeleri sağlanabilir.

## KAYNAKÇA

GÜNAY, D. ve ÖZER, M., “Türkiye’de Meslek Yüksekokullarının 2000’li Yıllardaki Gelişimi ve Mevcut Zorluklar”,Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 2016, 6(1): 001-012

GÜNGÖR, M. ve BULUT, Y., “Ki-Kare Testi Üzerine”, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları,2008,84-89

KAYA, Ali . "Meslek Yüksekokulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Eğitim Öğretim ve Geleceğe Yönelik Düşünceleri". Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 33 / 2 (Mart 2015): 349-356.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.8315&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=MESLEK%20Y%DCKSEKOKULLARI%20VE%20A%C7IK%D6%D0RET%DDM%20%D6N%20L%D DSANS%20PROGRAMLARI>.

<https://uskudar.edu.tr/shmyo/tr/sayfa/saglik-kurumlari-isletmeciligi-program-hakkinda>

<https://www.anadolu.edu.tr/acikogretim/turkiye-programlari/acikogretim-fakultesi-onlisans-programlari-2-yillik/tibbi-dokumantasyon-ve-sekreterlik>

<http://www.pau.edu.tr/bmyo/tr/sayfa/buro-yonetimi-ve-yonetici-asistanligi-4>

[https://aybu.edu.tr/shmyo/custom\\_page-391-program-hakkinda.html](https://aybu.edu.tr/shmyo/custom_page-391-program-hakkinda.html)

<https://www.anadolu.edu.tr/acikogretim/turkiye-programlari/acikogretim-fakultesi-onlisans-programlari-2-yillik/isletme-yonetimi>

## TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN MEKANSAL DÖNÜŞÜM ANALİZİ: BİMARHANELERDEN ŞEHİR HASTANELERİNE

Kerime GÜLEÇ[1]  
Gülçin Gökçenur KARATAŞ[2]  
Belma KEKLİK[3]

### ÖZET

**Çalışma Problemi:** Zaman içinde Dünya’da esmeye başlayan refah devleti ve sosyal devlet akımları Türkiye’yi de etkilemiş, Sağlık hizmetleri sosyalleşmeye ve gelişmeye başlamıştır. Hastanelerin hem iç hem dış yapısı yenilenmiştir. Günümüzde “Şehir Hastaneleri” adı altında dev yapılar inşa edilmeye başlanmıştır. Bu yapılara gelene dek nasıl bir tarihsel evrimleşme süreci geçirmiştir sorusu Çalışmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

**Amaç:** Bu makalenin amacı tarihsel süreç içerisinde hastanelerin kuruluşu ve gelişimini incelemektir.

**Yöntem:** Çalışma problemi temel alınarak resmi dokümanlar, istatistiksel raporlar, Araştırma raporları, önceki yüksek lisans ve doktora tezleri, tarihi dokümanlar, internetteki web sayfaları gibi ikincil veri kaynakları kullanılmıştır (Böke, K., 310-322).Çalışmada hastanelerin gelişim süreci M.Ö. 14 yy.’dan M.S. 4. yy.’a kadar geçen sürede ilk Bimarhaneler, Selçuklu döneminde ilk Bimarhaneler, Osmanlı döneminde meşrutiyet öncesi ve sonrası Bimarhaneler, Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet sonrası dönem kronolojik olarak ele alınmıştır.

**Bulgular-Sonuç:** Bimarhane, Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat’ta “hastane”, “tumarhane, deliler yurdu” olarak tanımlanmaktadır. Bimarhanelerde, hastaların özel hastane elbiseleriyle yattıkları, hekimler tarafından tedavi edildikleri, ilaç ve yemeklerinin önlerine getirildiği ve teknik imkânlar dışında, hasta bakım ve hizmetleri yönünden bugünkü modern hastanelerin vasıflarını taşıdığı bildirilmektedir (Öztürk, 2007). Cumhuriyetin ilanı ile birlikte devlet sağlık hizmetlerinde aktif rol almaya başlamıştır (Çavmak, 2017). Günümüze gelindiğinde ise Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile yapılandırılan Şehir Hastaneleri karşımıza çıkmaktadır. Çalışma sonucunda, hastane yapısının gelişim süreci ve işleyişinin zaman içinde değiştiği ve bu değişimin teknolojik gelişim ve küresel rekabete paralel olarak iyi yönde ilerlediği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Bimarhaneler, Hastane, Hastanelerin Tarihsel Gelişimi, Şehir Hastaneleri

### ABSTRACT

**The Research Problem:** The welfare state and social state flows spreading all over the World have affected Turkey and health care services started to develop and become socialized. Both internal and external structures of the hospitals have been renewed. Giant buildings under the name of “city hospitals” are being constructed nowadays. The question of how hospitals had undergone a historical process of evolution was the starting point of this study.

**Aim:** The aim of this article is to examine the establishment and development of hospitals in the historical process.

**Method:** Secondary data sources such as official documents, statistical reports, research reports, previous master’s and doctoral theses, historical documents, web pages on the internet were used based on the research problem. (Böke, K., 2011:310-322) in this study, the development period of hospitals were discussed chronologically as follows: The first bimarhanes (old Turkish hospitals) from 14<sup>th</sup> Century B.C. to 4<sup>th</sup> Century A.C., bimarhanes in the Seljuk period, bimarhanes of Ottoman period before and after the constitutional era and before and after the Republic period.

**Findings and Results:** Bimarhane is defined as “hospital, madhouse, and mental hospital” in Ottoman-Turkish Encyclopedic dictionary. In bimarhane, the patients are hospitalized with private hospital robes, treated by physicians, drugs and meals are brought to the table and apart from technical facilities, they have the similar features as today’s modern hospitals in terms of patient care and patient services. (Öztürk, 2007). With the declaration of the Republic, the state has started to play an active role in health services. (Çavmak, 2017). Today, the City Hospitals are structured with the public-private partnership model. As a result of the study, it has been seen that the development process and functioning of hospital structures have changed over time and this change has progressed well in parallel with technological development and global competition.

**Key words:** Bimarhane, hospitals, the historical development of hospitals, city hospitals.

## İLK BİMARHANELER

İnsanlık tarihinde Sağlık kurumu olarak bilinen ilk eserler M.Ö. 14. yüzyıldan M.S.4. yüzyıla kadar geçen sürede varlığını sürdürdüğü söylenen Asklepion denilen Sağlık tapınaklarıdır. Asklepion denen bu Sağlık tapınaklarında teşhis ve tedaviyi Asklepiad denilen rahip-hekimlerin yaptığı, tedavi metodunun ise uyutma ve telkin olduğu ifade edilmektedir (Ceyhun, 1974; Akt. : Taneli, 2009). Asklepion Sağlık tapınaklarına ölümcül ve hamile hastaların alınmadığı, tapınağa alındıktan sonra fenalaşan hastaların buradan çıkarıldığı, ayınlerin ve rüya yorumlamalarının yapıldığı, uyku odalarının bulunduğu ifade edilmektedir. Tedavi metodu diyet, sıcak banyo, masaj, çamur banyosu ve basit bitkisel ilaçlardır (Gilgil, 2002:280). Asklepion Sağlık tapınaklarına durumu ağır ve hamile hastalar alınmaz iken akıl hastalarının sözü dahi edilmemektedir. Genel hastane özelliği taşıyan bünyelerinde akıl hastalarına da yer veren Bimarhaneler, Asklepion Sağlık tapınaklarının eksiklikleri yönünde inşa edilmiştir.

Bimarhane, Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat'ta, "hastane", "tumarhane, deliler yurdu" olarak tanımlanmaktadır. Uzun asırlar boyunca bugünkü hastane terimini karşılayan "bimarhane" kelimesinin zaman içerisinde anlam kayması sonucu "tumarhane" gibi sadece akıl hastalarının bulundurulduğu yer anlamını kazandığı kabul görmektedir (Terzioğlu, 1992: 163-178).

İlk İslam bimarhanesi Hendek Savaşı sırasında seyyar savaş hastanesi olarak ortaya çıkmıştır. 847-861 yılları arasında Halife Mütevekkil Alellah döneminde Bağdat ile Vasıt arasındaki Deyrihizkıl'da akıl hastalarına özgü bimarhanelerin kurulduğundan söz edilmektedir. Burasının sadece akıl hastalarının tedavisine tahsis edilmiş, döneminin en iyi hastanelerinden biri olduğu belirtilmektedir (Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, 1992:163).

IX. yüzyılda bimarhanelerde diğer hastaların yanı sıra akıl hastalarının da tedavi edildiğini gösteren en güzel örnek olarak 872 yılında Ahmed Bin Tolun'un Mısır'da kurduğu kendi adıyla anılan bimarhanesi olduğu belirtilmektedir. Bugün hâlâ ayakta duran bimarhanede, hastaların özel hastane elbiseleriyle yattıkları, hekimler tarafından tedavi edildikleri, ilaç ve yemeklerinin önlerine getirildiği ve teknik imkânlar bir tarafa bırakılırsa, hasta bakım ve hizmetleri yönünden bugünkü modern hastanelerin vasıflarını taşıdığı aktarılmaktadır (Hatunoğlu, 2014: 257).

Türk İslam Dünyası Açısından Bimarhaneler ele alındığında Selçuklu Döneminde ruhsal hastalıkların tedavisiyle uğraşan birimlerin kurulduğu görülmektedir.

## SELÇUKLU DÖNEMİNDE BİMARHANELER

İlk Selçuklu hastanesi ve tıp medresesi Alparslan'ın (1063-1072) veziri Nizâmülmülk tarafından Nîşâbur'da kurulmuştur. Selçuklular'ın 1055'ten itibaren Bağdat, Şiraz, Berdesir, Kâşan, Ebher, Zencan, Gence, Harran ve Mardin'de kurdukları bimaristanlar ise vakfiyelerini günümüze taşıyamamışlardır (Terzioğlu, 1992: 171).

Selçuklular döneminde Anadolu'da inşa edilmiş olan dârüşşifalardan yalnızca Sivas İzzettin Keykavus Dârüşşifası'nın vakfiyesi günümüze kalmıştır. Selçuklular dönemine ait en önemli vakıf eseri olarak kabul edilen ve Kayseri Gevher Nesibe Hatun Dârüşşifası'nın Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün arşiv kayıtlarına göre vakıf hisseleri mevcut olmakla birlikte, vakfiyesi günümüze kadar ulaşamamıştır (Yüksel, 2006: 309-328). Bugüne ulaşabilen Selçuklu dârüşşifalarından bazıları şunlardır: 1205'te Kayseri'de Gevher Nesibe Dârüşşifası ve Gıyasiye Tıp Mektebi, 1217'de Sivas'ta Keykâvus Dârüşşifası, 1217-1236'da Konya Dârüşşifaları, Divriği'deki Behram Şah'ın kızı Turan Melik'in hastanesi (1228), 1235'te Çankırı'da Selçuklu Emirlerinden Atabey Ferruh Dârüşşifası, 1272'de Kastamonu'da Ali Pervane'nin Dârüşşifası, 1275'te Tokat'ta Pervane Bey'in Dârüşşifası, 1288'de Turan Melik Sultan'ın Divriği'de inşa ettirdiği dârüşşifa (Terzioğlu 1992: 167).

Selçuklular döneminde genel bîmâristanlardan başka sadece akıl hastalarının tedavisiyle uğraşan Bağdat'taki Deyrihizkıl Tekkesi gibi müesseselerle cüzzamhıların tecrit edilerek bakıldığı miskinler tekkesi veya cüzzamhâne denilen hastaneler de kurulmuş ve bunlardan Anadolu'da bulunan Afyon dolaylarındaki Karacaahmet Tekkesi ile Burdur yakınlarında Onacak'taki Melek Dede Türbesi Osmanlılar tarafından yakın zamanlara kadar işlevini korumuştur. Erzurum civarında şimdiki adı Deli Baba olan köyde akıl hastalarının tedavisiyle uğraşan Selçuklular'a ait böyle bir tekkenin XV. yüzyılın başlarında faal olduğu, Deli Baba köyünde akıl hastalarının tedavisiyle meşgul olan dervişlerin yaşadığı ve buraya getirilen hastalar onların telkinleri ve meşguliyet tedavileri ile derman bulduğu ifade edilmektedir (sifahane.org).

Selçuklular tıbbın toplumsal boyutuna ve halk sağlığına önem vermiş ve kurumsal yapılaşmasına katkı sağlamıştır. Bu amaçla Anadolu'da Dârüşşifalar kurmuşlardır. XI.-XIII. yüzyılda inşa edilen bu Sağlık ve sosyal yardım kuruluşları ve bunların sunmuş oldukları hizmet kalitesi oldukça ileri seviyede idi. Bu seviye günümüzde hâlen ayakta duran abidevî Sağlık binalarından, kitaplardaki tabip isimlerinden, tıp hakkındaki kitaplarından ve kullanılmış olan ileri seviyedeki tedavi yöntemlerinden anlaşılmaktadır. Anadolu'ya Türk-İslam mührünün vurulmasına her zaman önem veren Selçukluların özellikle Anadolu'da yaptıkları dârüşşifalar Türk tıp tarihi Açısından da önemlidir (Kemaloğlu, 2014: 289-301).

### **OSMANLI DÖNEMİNDE BİMARHANELER**

Osmanlı Devleti'nin Sağlık kuruluşları köklü ıslahat teşebbüslerinin başladığı III. Selim dönemine kadar gerek uygulama gerekse de görünüm Açısından Selçuklu döneminin bir tekrarı niteliği taşımaktaydı. Dârüşşifâ, bimarhâne veya timarhâne gibi çeşitli isimlere sahip olan bu Sağlık kurumları devlet tarafından açılan resmi kurumlar olarak değil genellikle devlet adamları ve şahısların vakıf sistemi içerisinde toplum hizmetine sundukları sosyal yardım kuruluşları şeklinde hizmet sunmaktaydı (Yavuz, 1988: 123).

Osmanlı döneminde belli bir süre Sağlık alanında her ne kadar Selçuklular'ın devamı niteliği arz etse de bimarhaneler ve akıl hastalarına yönelik önemli reformlar bu dönemde gerçekleştirilmiştir.

Fatih Darüşşifası (1470), Edirne II. Bayezid Darüşşifası (1488), imparatorluğunun en parlak devrinde Mimar Sinan tarafından İstanbul'da inşa edilen, bugüne ulaşan Haseki Hastanesi (1538-1550), Süleymaniye Külliyesi'ndeki şifahane ile tıp medresesi (1550-1557) ve Atik Valide Hastanesi (1583-1587) her türlü hastanın tedavi edildiği Osmanlı hastaneleridir (Cantay, 2000:367-375). Kanuni'nin annesi Hafsa Sultan'ın Manisa'da 1522-1539 yılları arasında Sultaniye Külliyesi'nin bir parçası olarak 1539'da açtığı Manisa Darüşşifası önemlidir (Taneli, 2009: 92).

Haseki (1550) ve Atik Valide (1582) Darüşşifalarının vakfiyelerinde hastalarla ilişkide tabibin nazik, güler yüzlü, şefkatli, merhametli, bir baba gibi koruyucu olması ön koşul olarak belirtilmiştir. Sadece Edirne'de kurulan II. Bayezid (1484-88) ve Süleymaniye Darüşşifasının (1553-59) vakfiyelerinde akıl hastalarından ve onlarla ilgili koşullardan da ayrıca söz edilerek hastaları gözetmek, sebat etmek ve en yaraşır şekilde hizmet vermek koşulları dikkat çekmektedir (Sarı ve Akgün, 2008: 8).

Birinci meşrutiyet ve İkinci Meşrutiyet sonrası Sağlık bürokrasisini daha çok ilgilendirmeye başlayan ruh hastalarına sadece fiziksel koşullar ve salgın hastalıkların önlenmesi değil aynı zamanda tedavi yöntemlerinde de farklı gelişmeler sağlanmıştır.

Osmanlı döneminde müzikle tedavi yöntemine uygun olarak yaptırılan Fatih Darüşşifası (1470), Edirne II. Bayezid Darüşşifası (1488) ve Süleymaniye Darüşşifası (1557) hastanın dış görünüşü, mizacı, kültürel yapısı gibi özelliklerine uygun müziklerle tedavi ediliyordu. Bu Darüşşifalar Dünya psikiyatrisi ve hastaneciliğinin gelişmesinde de öncü rol oynamışlardır (Erer ve Atıcı, 2010: 29-32). Avrupa toplumu ruh sağlığı alanına giren hastalıkların tedavi ve hastane yaklaşımlarını İslam toplumlarından almış ve bunu da geç uygulamaya koymuştur (Hatunoğlu, 2014: 262).

### **CUMHURİYET SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİ**

Türkiye'de Sağlık hizmetlerinin gelişimi tarihsel olarak, Cumhuriyet öncesi olarak adlandırılan Selçuklu ve Osmanlı dönemi ile Cumhuriyet ve sonrası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti ilân edildiği zaman, toplum hayatının diğer alanlarında olduğu gibi Sağlık hizmetlerinde de çok büyük sıkıntılar vardı. Yeni devlet kurulduğu zaman Sağlık alanında yeni hamleler gerçekleştirilmiştir. Daha millî mücadele döneminde Sağlık Bakanlığı kurulmuş; Cumhuriyet'in ilânından itibaren hastaneler inşa edilmiş, hasta yatak sayıları artırılmış, doktor, hemşire, ebe, eczacı gibi Sağlık personeli yetiştirilmeye çalışılmıştır. Sıtma, verem, frengi, trahom ve diğer hastalıklarla mücadele edilerek halkın sağlığı korunmaya çalışılmıştır (Evsile,2018).

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra Hastanelerin yapımı ve idaresi belediyeler, özel idareler ve vakıflar gibi yerel teşkilata bırakılmıştır. 1924 yılında Ankara, İstanbul, Trabzon, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da o 55 ilin adı ile örnek olmak üzere Numune hastaneleri kurulmuştur. 1954 yılında çıkarılan bir kanunla Ankara İstanbul ve İzmir'deki hastaneler dışındaki hastaneler Sağlık bakanlığına aktarılmıştır ( <http://www.yorumla.net/saglik/15017-osmanlilardatip.html>). Bunlar Çankırı, Kayseri, Konya, Eskişehir, Niğde, Edirne, Çorlu, Kırklareli, Tekirdağ, Adapazarı, Balıkesir, İzmir, Bursa, Bilecik, Bandırma, Çanakkale, Haydarpaşa, Adana, Mersin, Antalya, Isparta, Maraş, Erzincan, Malatya, Elazığ, Erzurum,



Kastamonu, Ordu, Samsun, Zonguldak, Amasya, Trabzon, Bolu, Giresun, Tokat, Afyon, Uşak, Aydın, Manisa, Kütahya, Denizli, İzmir, Muğla, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Siirt memleket hastaneleridir (Tinal,1999).

Bu dönemde Atatürk, devletin Sağlık politikasını şu şekilde belirtmişti: “Milletimizin sıhhatini korumak ve takviye etmek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların tahribine karşı koymak ve bu suretle millet fertlerinin dinç ve Çalışmaya kabiliyetli, sıhhatli vücutlar halinde yetişmesini temin etmek” .

Bu dönemdeki Sağlık politikasının esasını tedavi hizmetleri oluşturmaktadır. Bu amaca yönelik olarak öncelikle yasal düzenlemeler yapılmış, serbest hekim ve dış hekimlerinin çalışmaları düzenlenmiş, “Etibba odaları” (tabip odaları) kurulmuş, günümüzde halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmış, serum üretim kısmı faaliyete geçmiş, Dr. Adnan Adıvar tarafından kurulan Sıhhiye Müzesi aracılığı ile halka, hastalıkların vücutta ne gibi rahatsızlıklara neden olduğu ve bunlardan korunmak için neler yapılması gerektiği, değişik şekillerde anlatılmaya Çalışılmış ve çocukların tıbbi bakımları için muayenehaneler açılmış ve buralarda uzman hekimler ve dış hekimleri Çalıştırılmıştır(<http://www.sdplatform.com/Dergi/251/Cumhuriyetin-ilk-yillarında-saglik-Alanındaki-faaliyetler.aspx>).

## ŞEHİR HASTANELERİ

Sağlık sektöründeki gidişat, halkın Sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, aynı zamanda Sağlıkla ilgili risklerin azaltılması ve bu risklerden bireyleri korumanın yollarının Araştırılıp tespit edilmesi üzerine tasarlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014).

Şehir hastaneleri uygulamaları ilk olarak 07/05/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na, 03/07/2005 tarihli ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile dercedilen Ek 7. madde ile planlanmıştır.

Şehir hastaneleri diye adlandırılan Sağlık kampüslerinin Türkiye’ de geçmişte yaşanmış Sağlık problemlerinin çözüme kavuşturulması gibi bir amacı olduğu söylenebilmektedir. Hastalara daha nitelikli hizmet sunmak amacıyla yapılan ve son derece konforlu olan entegre Sağlık tesislerinin yapısı bu modelin tercih edilmesinin sebebi olduğu düşünülebilir. Hasta yakınlarının 5 yıldızlı otel konforunda konaklayabileceği odaların yapılması ve yatak kapasitesinin maksimum sayıya çıkarılması hedeflenmiştir. Bunların dışında şehir hastanelerinin ileri teknoloji laboratuvarlar, son derece gelişmiş düzeyde Araştırma merkezleri sektöre rahatlık sağlayacaktır. Bunların yanı sıra hasta ve yakınlarının yararlanabileceği fonksiyonel sosyal tesisler, medikal otellerde konaklama olanakları, alışveriş merkezi gibi yapılar bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti göz önünde bulundurularak otopark ve peyzaj alanları, Merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczaneler, kreşler yapılmıştır (Yılmaz ve Karakaş, 2011, s.44).

## SONUÇ

Bu Çalışma kapsamında ilk Bimarhaneler, Selçuklu Döneminde Bimarhaneler, Osmanlı Döneminde Bimarhaneler, Cumhuriyet Sonrası Sağlık Hizmetleri ve Şehir hastaneleri mali yapıları, teknik imkanları, fiziki özellikleri, Sağlık hizmeti verme şekli bakımından ele alınmıştır.

Çalışmada verilen bilgilere dayanarak şifahanelerin günümüz hastanelerinin temelini oluşturduğu görülmektedir. İlk Bimarhanelerden Şehir Hastaneleri’ne gelene dek zamanla tıbbın gelişmesi, hekimlerin sayılarındaki artış, demografik değişimler, Sağlıkta rekabet ortamının artması, hızlı teknolojik gelişmeler, Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir özelliğinin korunabilmesi için mali yükümlülüğünün artması ve Sağlık giderlerinin devlete ciddi yük oluşturması özel sektörün teşvik edilmesini gerekli kılmıştır. Ülkemizde özel sektör ile kamunun işbirliğine yönelik çalışmaların Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzandığını söylemek mümkündür. Bahsi geçen dönemde bir takım kamu hizmetlerinin sunulmasına özel sektör katkıda bulunmuştur.1990’lı yıllardan sonra sosyal,siyasal ve ekonomik anlamda yaşanan dönüşümler ve etkileşimlere bağlı olarak, altyapı hizmetlerinde kamunun rolünde değişiklikler olmuştur. Politika düzenleyen ve uygulayan devlet anlayışına doğru yaşanan dönüşüm, hizmet üreten ve işleten anlayıştan uzaklaşmıştır. Kamu hizmetinin üretiminin devamlılığı hususunda problemler yaşanması nedeniyle hizmet alanlarında yap-işlet, yap-kirala devret, yap işlet devret, gibi yöntemler kullanılarak kamu yatırımlarının özel sektör üzerinden gerçekleşmesine imkan sağlanmıştır. Şehir hastanelerinin yeni

inşa edilmelerinden dolayı zamanla en yüksek kalitede toplumdan gelen talepleri karşılayacağı öngörülmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Erer, S. ve Atıcı, E., (2010), “Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1): 29-32.
- Evsile, M., (2018), “Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri (1923-1950)”, *Kesit Akademi Dergisi*, 4 (13): 1-19
- Gilgil, E., (2002), “Asklepion’dan Nosokomeion’a: Antikçağ’da Tedavi Kurumlarının Gelişimi”, *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, 10: 279-284.
- Hatunoğlu, A., (2014), “Türk İslam Hekimlerinin Psikoloji Biliminin Gelişimine Katkıları ve Psikolojik Hastalılara Tedavi Yöntemleri”, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(5), 255-263.
- Kemaloğlu, M., (2014), “XI.-XIII. Yüzyıl Türkiye Selçuklu Devletinde Dârüşşifalar”, *Hikmet Yurdu Düşünce-Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 7(13): 289-301.
- Sarı, N. ve Akgün, B., (2008), “Türk Tarihinde Psikiyatriye Bakış”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, No:62, 1-24.
- Taneli, B., (2009), “Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Sağlık Kurumları ve Çocuk Hastaneleri”, *Ege Pediatri Bülteni*, 16(2):95-110.
- Terzioğlu, A., (1992), *Türk Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi*, c.6,163-178.
- Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi*, (1992), c.6.
- Tinal M. İzmir Atatürk Lisesi Tarihçesi. İzmir, İzmir Atatürk Lisesi Eğitim Vakfı Yayınları, 1999;72
- Yavuz, Y., (1988), “Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları”, *ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 8(2): 123-142.
- Yılmaz, F. Y. ve Karakaş, D. G. (2011), “Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı’nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye’ye Özgü Nedenleri”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011, “Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek...”
- Yüksel, H., (2006), “Anadolu Selçuklularında Vakıflar”, A. Yaşar (Ed.), *Anadolu Selçukluları ve Beylikleri Dönemi Uygarlığı*, (309-328), T. C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- <http://sifahane.org/selcuklu-donemi/>, Erişim Tarihi: 20.05.2019.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN GRIP STRENGTH, HAND FUNCTIONS AND INSTRUMENTAL DAILY ACTIVITIES OF THE HEALTHY ELDERLY

Tugba CIVI KARAASLAN [1]  
Aynur CICEK [2]  
Ela TARAKCI [1]

[1] Istanbul University-Cerrahpasa/Faculty of Health Science/Department of Physiotherapy and Rehabilitation/Division of Neurologic Physiotherapy and Rehabilitation/Turkey/ tugba.civi@istanbul.edu.tr  
[2] Istanbul Bahcelievler Nursing Home Elderly Care and Rehabilitation Center/Turkey

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Innovations in health and technology in the world and in our country have led to an increase in the life expectancy and an increase in the elderly population. According to population projections, the rate of elderly population in our country is expected to increase with each passing year. The aging of the society and the increasing of the elderly population draw attention to the physiological consequences of aging.

**The Purpose of the Study:** It is aimed in this study to investigate the effect of upper extremity health on instrumental daily living activities in healthy elderly individuals.

**Method:** 30 (16 female, 14 male) healthy elderly who appropriate the inclusion criteria were included in the study. Demographic data of the elderly were recorded. All participants were assessed with dynamometer for upper extremity muscle and grip strength, with Nine Hole Peg Test for dexterity, with the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for instrumental daily living activities.

**Findings and Results:** The mean age of geriatric individuals was 77.50±8.74 years. The mean values were: grip strength 28.63±10.75 for right, 25.03±2.87 for left; manual dexterity 29.34±7.92 for right, 31.67±14.38 for left; instrumental daily living activities 6.30±1.49. Instrumental daily living activities found to be correlated with grip strength (right p<0.002; left p<0.004) and dexterity score (right p<0.022; left p<0.037). No significant relationship was found with other parameters (p>0.050).

**Key Words:** Elderly, Instrumental Daily Living Activities, Strength

### GİRİŞ

Sağlık ve teknoloji alanında meydana gelen yenilikler, yaşam süresinin uzamasıyla beraber yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında ülkemizdeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,5'dir. Bu oran 2018 yılında %8,8'e ulaşmıştı (TÜİK, 2018). Yaşlı nüfusun giderek artmasıyla beraber toplumun yaşlanması, yaşlılığın fizyolojik sonuçlarına verilen önemi arttırmaktadır (Smith & Gilligan, 1983).

Yaşlanmayla beraber eklem ve çevresindeki yapılarda oluşan değişikliklere bağlı olarak eklem hareket aralığı azalır, hareketlere başlamada zorlanma ortaya çıkar (Tails & Fillit, 2003). Bireylerde yaş arttıkça beyin kan akımının artması, nörotransmitter ve dendritik bağlantıların azalması nörofonksiyonel aktivitelerde azalmaya sebep olabilmektedir (Özkayan & Arıoğlu, 2007). Hawers kanallarının büyümesi veya artması ve iç medüller kavitede genişleme meydana gelmesiyle kemik korteksi zayıflar. Osteoklastik metabolizmanın artmasıyla kemik kaybı görülür (Tails & Fillit, 2003). Yaşlanma ile beraber kas kuvveti ve kitlesi de azalmaktadır (Frischknecht, 1998). Kas kitlesi kaybına bağlı olarak el kavrama kuvveti azalmakta, el fonksiyonları yavaşlamaktadır (Scherder, Dekker, & Eggermont, 2008; Smith & Gilligan, 1983). Bunun yanında yaşlanmaya bağlı olarak reaksiyon zamanı gerilemektedir (Ghisletta, Bickel, & Lövdén, 2006).

Yaşlılığın tüm bu fizyolojik sonuçları günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) zorlanmaya yol açarak bireyin Bağımsızlığının azalmasına sebep olmaktadır (Davies, 1985). GYA bireyin hayatta kalması için yapması gereken aktiviteleri (beslenme, hareket etme, tuvalet, banyo yapma, giyinme) içerirken, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) bireyin sosyokültürel ortamlara uyumunu sağlayan (yemek hazırlama, çamaşır yıkama, ev işleri yapma, telefon kullanma, ilaç kullanma, alışveriş yapma, para idaresi) aktiviteleri içerir (Aydın et al., 2009).

Bu kapsamda, çalışmanın amacı sağlıklı yaşlı bireylerde üst ekstremité sağlığının EGYA üzerine etkisini Araştırmaktır.

## YÖNTEM

İstanbul Bahçelievler huzurevinde Mart 2019 - Nisan 2019 tarihlerinde 65-100 yaş arasında 30 Sağlıklı yaşlı birey çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılacak olan bireyler yöntem ve amaç ile ilgili bilgilendirildi ve Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden onam alındı.

Altmışbeş yaş altı, üst ekstremitesinde nörolojik problemi, tremoru, ağrısı, belirgin eklem hareket açıklığı kısıtlılığı veya geçirilmiş travma öyküsü olan bireyler, Parkinson veya Demans hastaları, sistemik artropatisi olan bireyler çalışma dışında bırakıldı.

Yaşlı bireylerin demografik özellikleri Araştırmacılar tarafından oluşturulan bilgi formuna kaydedildi.

Kaba kavrama kuvveti Jamar el dinamometresi ile değerlendirildi. Değerlendirme, bireyler sırt destekli sandalyede dik bir şekilde oturur pozisyonda iken nötral pozisyonda, dirsek 90 derece fleksiyonda, önkol ve el bileği nötralde olacak şekilde yapıldı. Ölçümler bir defa ve bilateral olarak yapıldı. Kaba kavrama kuvveti kilogram cinsinden kaydedildi.

Beceriklilik 9 Delikli Peg Test ile değerlendirildi. Test kiti, üzerinde 9 adet delik bulunan 30x30x6 cm ölçülerindeki platform ve 7 milimetre çapında ve 3.2 cm uzunluktaki 9 adet çubuktan oluşmaktaydı. Bireyler sırt destekli sandalyede dik bir şekilde oturur pozisyonda iken test gereçleri bireylerin tam önüne kondu. Bireylerden tek eliyle tahta çubukları olabildiğince hızlı şekilde tek tek deliklere yerleştirmesi, hemen ardından tekrar çıkarıp kutuya koyması istendi. Testi tamamlama süresi kronometre ile ölçülerek saniye cinsinden kaydedildi.

EGYA'daki Bağımsızlık seviyesini ölçmek için Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi kullanıldı. Bu test yemek hazırlama, çamaşır yıkama, ev temizliği, telefon kullanma, yolculuk yapma, ilaçlarını kullanma, alışveriş yapma ve mali işleri yapma aktiviteleri olmak üzere 8 bölümden oluşur. Her bir bölüm 0-1 arasında puanlanır. Toplam puan 0-8 arasındadır. Düşük puan daha fazla Bağımlılığı işaret eder.

İstatistiksel analizde frekans ve ortalama hesaplamaları için Student T Test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk'e göre değerlendirildi. Verilerin birbiriyle korelasyonunu Araştırmak için Spearman Test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p < 0.05$  olarak belirlendi.

## BULGULAR

Çalışmaya 16 (%53,30) kadın, 14 (%46,7) erkek olmak üzere 30 birey katıldı. Yaş ortalaması  $77,50 \pm 8,74$  yıldır. Yaşlı bireylerin tamamı sağ dominant idi. Katılımcılardan 1'i (%3,30) üniversite, 9'u (%30) lise, 6'sı (%20) ortaokul, 8'i (%26,7) ilkokul mezunu, 6'sı (%20) ise okuryazardı. Geriatrik bireylerin 4'ü (%13,30) evli, 5'i (%16,70) bekar, 21'i (%70) duldu. Otuz katılımcıdan 5'i (%16,70) sigarayı bırakmış, 12'si (%30) aktif içici iken, 13'ü (%43,30) sigara kullanmıyordu. Toplam sigara içme değerler  $21,92 \pm 32,46$  paket x yıl idi.

Çalışmamızda 30 katılımcıdan 12'si (%40) diyabet idi. Katılımcıların 18'inde (%60) hipertansiyon mevcuttu. Çalışmaya dahil edilen 30 katılımcıdan 5'i (%16,70) alt ekstremitte operasyonu geçirmişti. 5 (%16,70) katılımcı omurga operasyonu, 9 (%30) katılımcı ise viseral operasyon geçirmişti.

Katılımcıların kavrama kuvveti, beceriklilik ve Lawton GYA toplam puanı değerleri tablo 1'de gösterildi.

**Tablo 1. Kavrama kuvveti, beceriklilik ve Lawton GYA toplam puanı ortalama değerleri**

Kavrama kuvveti - Sağ	$28.63 \pm 10.75$ kilogram
Kavrama kuvveti - Sol	$25.03 \pm 2.87$ kilogram
Beceriklilik - Sağ	$29.34 \pm 7.92$ saniye
Beceriklilik - Sol	$31.67 \pm 14.38$ saniye
Lawton GYA puanı	$6.30 \pm 1.49$

EGYA ile el kavrama gücü arasındaki ilişki incelendiğinde, EGYA ile el kavrama gücü değerleri birbiri ile ilişkili bulundu (sağ  $p=0.002$   $\rho=0.546$ ; sol  $p=0.004$   $\rho=0.509$ ). EGYA ile beceriklilik arasındaki ilişki incelendiğinde, EGYA ile beceriklilik değerleri birbiri ile ilişkili bulundu (sağ  $p=0.022$   $\rho=-0.417$ ; sol  $p=0.037$   $\rho=-0.383$ ).

## SONUÇ

Düşük el kavrama gücü olan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik gelişme oranının yüksek olduğu gözlenmiştir.

Giampaoli ve arkadaşlarının yaptığı Çalışmada kavrama gücü değerleri diyabetik nöropati, bilişsel işlevler ve osteoartritle ilişki bulunmamıştır. Yine bu Çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde yetersizliği olmayan yaşlı erkek bireylerin el kavrama gücü değerleri incelenmiş ve dört yıl takip edilmişlerdir. Düşük el kavrama gücü olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik gelişme oranının yüksek olduğu gözlenmiştir (Giampaoli, 1999). Bizim Çalışmamızda sağ ve sol kavrama güçleri Lawton GYA toplam skoru ile korele bulunmuştur. Geriatrik bireylerde yaşla birlikte el kavrama gücü değerlerinde azalma olmaktadır. Bu azalmaya etkili birçok faktör olabilir. Bunlar arasında el kaslarındaki güçsüzlüğe yol açabilen ortopedik ve nörolojik hastalıklar. Hipertansiyon, alkol ve sigara Kullanımı gibi faktörlerin bu azalmaya neden olabileceğini düşünüyoruz.

Shiffman ve arkadaşlarının yaptığı Çalışmada yaşları 24 ile 87 arasında değişen katılımcılardan bir bardağa süt dökmeleri ve cüzdandan para çıkarmaları istenmiş. Ayrıca katılımcıların kavrama ve üçlü tip kavrama kuvvetleri kaydedilmiş. Çalışma sonucunda 65 yaş sonrasında kavrama güçleri ile performans süresi arasında ilişki bulunmuştur. Bizim Çalışmamız da daha kapsamlı günlük yaşam aktivitelerini içeren Lawton GYA skorlaması ile kavrama güçleri ve 9 delikli peg testi süreleri arasında 65 yaş üzeri yaşlılarda anlamlı ilişki bulunmuştur (Shiffman, 1992). Çalışmamızda yaşlılarda el fonksiyonlarının yavaşlaması ve kavrama gücünün azalması ile günlük yaşamda Bağımlılığın artması arasında ilişki bulundu. Tıpkı 2001 yılında Ranganathan ve arkadaşlarının genç -yaşlı denekler üzerinde yaptığı Çalışmada yaşlı gubun kavrama gücü, el fonksiyonlarında yavaşlama, parmak kuvvetlerinde azalma sebebini yaşlılığın dejeneratif etkisi olarak bulması gibi bu sonucun da yaşlılığın fizyolojik etkilerinden kaynaklandığını düşünüyoruz.

Rocha ve arkadaşları Brezilya'nın kırsal bölgelerinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği ile kas gücü arasındaki ilişkiyi incelemek üzere 104 kişiyi Çalışmaya dahil etmişlerdir. Günlük yaşam aktiviteleri için Katz ve Lawton ölçeklerini kullanmışlardır. Yapılan çalışmada hem alt, hem de üst ektremite kas kuvvetini ölçmüşlerdir. Bu Çalışmada, kas gücü ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Vasconcelos Rocha, Souza dos Santos, Carneiro Vasconcelos, & Alves dos Santos, 2016).

El fonksiyonlarının yavaşlaması ile günlük yaşamda Bağımlılığın artması arasında ilişki vardır. Yaşlılarda kavrama gücü ve el becerikliliğini arttıracak rehabilitasyon yöntemlerinin uygulanmasının Yaşlılık dönemindeki GYA'da Bağımsızlığı arttıracak düşüncesindeyiz.

## KAYNAKLAR

Aydın, Z., Ersoy, İ., Baştürk, A., Kutlucan, A., Göksu, S., Güngör, G., & Tamer, M. (2009). Toplumda yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve ilişkili faktörler. *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, 2, 9-18.

Davies, A. M. (1985). Epidemiology and the challenge of ageing. *International journal of epidemiology*, 14(1), 9-19.

Frischknecht, R. (1998). Effect of training on muscle strength and motor function in the elderly. *Reproduction Nutrition Development*, 38(2), 167-174.

Ghisletta, P., Bickel, J.-F., & Lövdén, M. (2006). Does activity engagement protect against cognitive decline in old age? Methodological and analytical considerations. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(5), P253-P261.

Giampaoli, S. (1999). Ferrucci L, Cecchi F, Lo Noce C, Poce A, Dima F, Santaquilani A, Vescio MF, and Menotti A. *Handgrip strength predicts incident disability in non-disabled older men. Age Ageing*, 28, 283-288.

Özkayan, N., & Arıoğul, S. (2007). Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14(1), 18-26.

Scherder, E., Dekker, W., & Eggermont, L. (2008). Higher-level hand motor function in aging and (preclinical) dementia: its relationship with (instrumental) activities of daily life—a mini-review. *Gerontology*, 54(6), 333-341.

Shiffman, L. M. (1992). Effects of aging on adult hand function. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 785-792.

Smith, E. L., & Gilligan, C. (1983). Physical activity prescription for the older adult. *The Physician and sportsmedicine*, 11(8), 91-101.

Tails, C., & Fillit, M. (2003). Geriatric medicine and gerontology: London: Churchill Livingstone.

TUİK. (2018). *Türkiye İstatistik Kurumu*.

Vasconcelos Rocha, S., Souza dos Santos, S., Carneiro Vasconcelos, L. R., & Alves dos Santos, C. (2016). Strength and ability to implement the activities of daily living in elderly resident in rural areas. *Colombia Médica*, 47(3), 167-171.

## İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN HASTA HAKLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF THE STUDENTS OF THE FACULTY OF ECONOMICS AND ADMINISTRATIVE SCIENCES ON PATIENT RIGHTS

Gülçin Gökçenur KARATAŞ [1]  
Eyüb EKMEK [2]  
Belma KEKLİK [3]

#### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencileri kamu ve özel kurumlarda yönetici pozisyonunda Çalışma imkânına sahiptirler. Yöneticiler ise Çalışanlarının ve kuruma başvuran her kesimin haklarını bilmeli ve tesis etmelidirler. Öğrencilik hayatı boyunca, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin hasta hakları konusunda ne ölçüde bilgi sahibi olduğunu değerlendirmek için bu Araştırma dizayn edilmiştir.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde okuyan 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerinin araştırılması amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini 6 farklı bölümde okuyan 1700 öğrenciden oluşan İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma 2019 Nisan ve Mayıs aylarında yürütülmüştür. Hasta Hakları Yönetmeliği incelenerek 33 soruluk bir form oluşturulmuştur. Örneklem için tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış olup İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesindeki Sağlık Yönetimi, İktisat, İşletme, Kamu Yönetimi, Maliye ve Uluslararası İlişkiler bölümlerinde okuyan toplam 366 öğrenciye anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS istatistik programı aracılığıyla frekans yüzde dağılımları, independent t testi ve tek yönlü anova testi ile değerlendirilmiş, anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular ve Sonuçlar:** Hasta hakları ile ilgili bilginiz var mı sorusuna %61,5 ile Sağlık yönetimi bölümü öğrencileri evet derken, diğer bölümlerin %28'i bilgilerinin olmadığını söylemişlerdir. Hasta hakları içeriğine sahip herhangi bir ders aldınız mı sorusuna Sağlık yönetimi bölümü öğrencileri %68 oranında evet cevabını vermişken, diğer bölümler %70 oranında hayır cevabını vermişlerdir. Genel anlamda bölümleri Karşılaştırdığımızda Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin diğer bölümlere göre hasta hakları konusunda daha bilinçli olduğu anlaşılmaktadır. Birer yönetici adayı yetiştiren İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi bünyesindeki tüm bölümlerde hasta hakları konusunun bir ders içeriği olarak müfredata eklenmesi düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık ,Hak, Hasta Hakları

#### SUMMARY

**The Research Problem:** The students of the Faculty of Economics and Administrative Sciences have the opportunity of working as a director in public and private institutions. Managers should know and establish the rights of their employees and every individual who apply to the institution. This research was conducted to evaluate the extent to which the students of the Faculty of Economics and Administrative Sciences have knowledge about their patient rights during pupilage.

**The Aim of the Study:** This study was carried out as a descriptive study in order to investigate the knowledge level of the 3rd and the 4th grade students in the Faculty of Economics and Administrative Sciences about patient rights.

**Method:** The target population of the study consisted of the students of the of Economics and Administrative Sciences Department, consisting of 1700 students in 6 different programs. The research was conducted in April and May 2019. A questionnaire with 33 questions was prepared by examining the Patient Rights Regulation. A stratified sampling method was used for sampling and a total of 366 students in the Faculty of Economics and Administrative Sciences, Health Management, Economics, Business Administration, Public Administration, Finance and International Relations were conducted a questionnaire. The acquired data was evaluated by SPSS statistical program, frequency percentage distributions and chi-square analysis.

**Findings and Results:** 61.5% of the students in the Health Management Department said yes to the question of whether they had information about the rights of patients, while 28% of the other departments said that they didn't have any information. While 68% of the students in the Health Management

Department answered yes to the question of whether they received any courses with the content of patients' rights, 70% of the students in the other departments said that they didn't have a course related with this topic. When we compare the sections in general, it is understood that the students of the Health Management Department are more conscious about the patient rights than the other departments. It may be considered to include the subject of patient rights in the curriculum as a course content in all departments within the Faculty of Economics and Administrative Sciences, since executive candidates of the future are educated in these departments.

**Key Words:** Health, Right, Patient Rights

## 1. GİRİŞ

Hasta hakları kişilerin aldığı Sağlık hizmetinden haberdar olması, kişisel isteklerine göre karar verebilmesi ve Sağlık hakkı ihlalinde hukuki haklarını arayabileceği bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinden yararlanırken hastaların; Sağlık hizmetlerinden faydalanma, bilgi isteme, personeli seçme ve değiştirme, teşhis tedavi ve bakım, mahremiyet, tedaviyi reddetme ve durdurma, müracaat ve şikâyet hakları vardır. (Sütlaş,2000)Bu haklar her kişiye eşit olmakla birlikte günümüzde hastanelerden ya da Sağlık merkezlerinden hizmet alınırken hastaların adaletli, saygın ve insanı koruyucu bir şekilde hizmet almasının sağlanmasıdır. Hasta haklarında insanı motive eden durumlardan biride hastalara eşit hakların tanınarak kişiye özel uygulamadan kaçınılması olarak ta değerlendirilebilir.(Hatun 1999)

Hasta hakları ile ilgili 01.08.1998 tarihinde resmi gazetedede yayınlanmış olan Hasta hakları yönetmeliği, hastaların haklarının ve menfaatinin eşit oranda Sağlık hizmeti alınmasının,haklarının korunabilmesinin hukuksal yollar ile korunabilmesi için çıkarılmıştır.(sbu.saglik.gov)hukuksal olarak tanımlanmış bu haklar Sağlık hizmetlerinden faydalanma,bilgi alma,haklarını korumayı bilme ve müdahale ve tedavide hastadan rıza alabilme gibi hizmetlerden yararlanmayı amaçlamaktadır.

Hasta hakları ilk olarak Amerika Birleşik Devletinde ortaya çıkmış bir kavram olup hekimlerin öncülüğünde geliştirilmiş ve ilerlemesi sağlanmıştır. İlk olarak 1972 de Hasta Hakları Beyannamesi olarak tanımlanan bir belge ortaya çıkarılmıştır. (Kuzu,2006) Daha sonra bu belgeyi takiben Dünya Hekimler Birliği 1981'de hasta haklarının yer aldığı Lizbon Bildirgesi ile ilk olarak hasta hakları hakkında kararlar almışlardır. Ardından Lizbon Bildirgesinin daha gelişmiş hali ile ekstra maddeler eklenerek Bali bildirgesi yayınlanmıştır.( Özcan M.,Özkan M2009)

Hasta haklarının ortaya çıkmasına zorlayan nedenlerden biri de hekimlerin kendi bilgi ve becerilerini geliştirmek üzere hastaları denek olarak kullanmakta olduğu görülmektedir. İnsanların haklarını ihlal ederek Sağlık hizmeti sunmak, hastanın tedavi ve bakımda yeterli bilgi verilmemesi, hastaya yeterli önem verilmemesinden dolayı hasta hakları kavramı gündeme gelmiştir. (Zulfikar,1999) Hastanın haklarını korumada, menfaatini kollamada hekim faktörü en önemli faktörlerden biridir. Hasta için doğru olan tanıyı koymak ve hastanın menfaatine yönelik uygulama yapmak durumundadır. (Dünya Hekimler Birliği 2005) Diğer bir yandan hasta hakları uygulanmasında diğer Sağlık personeline önemli görevler düşmekte ve doğru bir şekilde hasta haklarının uygulanmasını sağlamaktır. Hasta hakları yönetmelikte yer alan kanunlara göre kendi insiyatiflerini doğru kullanarak uygulanmasının sağlanmasıdır.

Diğer ülkeler bu kavramı geliştirmeye ve ilerletmeye yönelik girişimlerde bulunurken ülkemizde hasta hakları kavramı son yıllarda düzenlenmeye çalışılmıştır. Ülkemizde ilk olarak 1961 ve 1982 anayasalarında hasta hakları kavramına yer verilmiş fakat detaya inilmemiştir, ABD de yayınlanmış olan Hasta Hakları Beyannamesi nezdinde 1998 yılında hasta hakları yönergesi ilan edilmiştir.

Son yıllarda hastaların Sağlık hizmetleri sunumunda bilinç kazanması, ne istediğini bilmesi, hastane ve hekim seçebilme ve değiştirme özgürlüğü olması hasta haklarının gelişim sürecini hızlandırmıştır. Hasta hakları dediğimizde sadece hastanın haklarının korunduğu gibi bir algı yaratılmaktadır. Hâlbuki hastalar için düzenlenmiş haklar hem hastaneyi, Sağlık personelinin ve hekimi korumaktadır. Kavram geniş bir yelpazeye hitap ederek tüm insanlığın haklarının korunmasına yönelik uygulanmaktadır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1 Çalışmanın Tipi

Çalışma Konya 'da bulunan Selçuk Üniversitesi ile Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış olan bir



Çalışmadır. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket Çotur (2013) tarafından hazırlanmıştır. Kullanılan anketin Cronbach Alpha değeri 0,752 olarak hesaplanmıştır

## 2.2 Evren ve Örneklem Seçimi

Örnekleme için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış olup İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesindeki Sağlık Yönetimi, İktisat, İşletme, Kamu Yönetimi, Maliye ve Uluslararası İlişkiler bölümlerinde okuyan toplam 366 öğrenciye anket uygulanmıştır.

## 2.3 Araştırma Etiği

Yapılan Çalışma etik kurallar çerçevesinde yürütülmüş olup ilgili makamlardan gerekli izinler alınarak başlatılmıştır.

## 2.4 Veri toplama aracı

Çalışmada ilk bölüm sosyodemografik içerik formu ile; ikinci bölüm ise Hasta hakları konusunda bilgiyi ölçen sorulardan oluşmaktadır.

## 2.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS istatistik programı aracılığıyla frekans yüzde dağılımları , independent t testi ve tek yönlü anova testi ile değerlendirilmiş, anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

## 3. BULGULAR

Özellikler	Guruplar	n	%
Yaş	19-20	162	44,3
	21-22	140	38,3
	23-24	55	15,0
	25-26	6	1,6
	27 ve üzeri	3	0,8
Cinsiyet	Erkek	177	48,4
	Kadın	189	51,6
Bölümünüz	Sağlık yönetimi	78	21,3
	İktisat	46	12,6
	İşletme	62	16,9
	Kamu yönetimi	76	20,8
	Maliye	52	14,2
	Uluslararası ilişkiler	52	14,2
Hasta hakları ile ilgili bilginiz var mı?	Evet	101	27,6
	Hayır	47	12,8
	Kısmen	202	55,2
Evet ve kısmen ise kaynağı	Basın yayın	58	15,0
	Çevre	87	23,8
	Hizmet içi eğitim	62	16,9
	Okul	103	28,1
	Diğer	24	6,6
Sağlık personelleri hasta hakları ile ilgili eğitim almalı mı?	Evet	321	87,7
	Hayır	24	6,6
	Fikrim yok	17	4,6
Hasta hakları içeriğine sahip herhangi bir ders aldınız mı?	Evet	134	36,6
	Hayır	229	62,6

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik bilgileri bakımından değerlendirilmiştir. Verilere göre %44,3'ünün 19-20 yaşları arasında ,%38,3'ünün 21-22 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Yaş gurupları

ile hasta hakları ile ilgili uygulanan alt grup sorularında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. ( $P>0,05$ )

Katılımcıların cinsiyet dağılımı ile ilgili %51,6 'sının kadın ve % 48,4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Hasta hakları ile ilgili uygulanan alt grup sorularında cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. ( $P>0,05$ )

Öğrencilerin bölümlerine göre %21,3'ünün Sağlık yönetimi, %20,8'inin kamu yönetimi öğrencisi oldukları tespit edilmiştir. Hasta hakları ile ilgili uygulanan alt grup sorularında öğrencilerin bölümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. ( $P>0,05$ )

Katılım gösteren öğrencilerin %55,2 'si hasta hakları konusunda bilgi seviyelerine kısmen bilgileri olduğunu belirtmişlerdir. Kısmen yanıtı veren öğrenciler arasında bunun nedeninin okuldan kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Araştırmaya katılan öğrenciler % 51 oranında hasta hakları eğitimi konusunda ders almadığı tespit edilmiştir. Katılım gösteren öğrencilerin %87,7'sinin Sağlık personellerinin hasta hakları konusunda bilgi almaları gerektiğini düşündükleri tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin hasta hakları yönetmeliği, hasta hakları bilgisi, hasta haklarında dosya ve kayıt tutulması ve acil durumlarda hastaların haklarının neler olduğu ile ilgili verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ( $P>0,05$ )

**Tablo 2. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Puanlarının Dağılımı**

Değişkenler	Cinsiyet	n	%	X±SS	t	p
Hasta hakları yönetmeliği	Kız	187	%51,9	1,74±0,28	2,57	0,09
	Erkek	176	%48,1	1,82±0,34		
Hasta hakları bilgisi	Kız	186	% 51,6	1,49±0,41	2,11	0,22
	Erkek	174	% 48,4	1,6±0,50		
Hasta dosya kayıt bilgisi	Kız	189	%51,7	1,65±0,52	0,51	0,51
	Erkek	176	%48,3	1,62±0,51		
Acil durum bilgisi	Kız	188	%51,9	3,63±1,30	1,61	0,62
	Erkek	174	%48,1	3,85±1,25		

Çalışmada kızların erkeklere göre hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin, biraz daha yüksek olduğu ve cinsiyet değişkenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 2). Bazı Çalışmalarda kızların ortalama bilgi puanları bildirimlerine benzer olarak erkeklere göre yüksek bulunmuştur. (Zülfikar 1999) Sosyal ve Kuşçunun yapmış olduğu Çalışmada ise Araştırmaya katılan öğrencilerin %53'ü kadın ve %47'sinin erkek olduğu belirtilmiştir.

**Tablo 3: Öğrencilerin Yaşlarına Göre Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Puanlarının Dağılımı**

Değişkenler	Yaş	n	%	X±SS	f	p
Hasta hakları yönetmeliği	19-20			1,76±0,30	6,77	0,00
	21-22			1,76±0,31		
	23-24			1,95±0,26		
	25-26			1,97±0,48		
	27 ve üzeri			1,47±0,16		
	TOPLAM			1,78±0,31		
Hasta hakları bilgisi	19-20			1,56±0,49	5,61	0,00
	21-22			1,49±0,39		
	23-24			1,55±0,46		
	25-26			2,44±0,89		
	27 ve üzeri			1,4±0,34		
	TOPLAM			1,54±0,46		
Hasta dosya kayıt bilg	19-20			1,61±0,45	1,89	0,01
	21-22			1,62±0,53		
	23-24			1,75±0,63		
	25-26			2,00±0,38		
	27 ve üzeri			1,25±0,25		
	TOPLAM			1,64±0,52		
Acil durum bilgisi	19-20			3,73±1,35	0,795	0,529
	21-22			3,79±1,23		
	23-24			3,64±1,25		
	25-26			3,00±0,00		
	27 ve üzeri			4,31±0,57		
	TOPLAM			3,73±1,28		

Çalışmada hasta hakları alt grup sorularından olan hasta hakları yönetmeliği, hasta hakları bilgisi ve hasta dosyalama kayıt bilgisi 25-26 yaşlarındaki öğrencilerin daha yüksek olduğu, acil durumda hasta hakları bilgisinde 27 ve üzeri yaş gurunu öğrencilerinin daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). Sosyal ve Kuşçunun yapmış olduğu Çalışmada ise Araştırmaya katılan öğrencilerin %74,2 'si 17-20 yaş arasında %25,8'inin ise 21-24 yaş aralığında olduğu görülmektedir. (Sosyal ve Kuşçu 2018)

**Tablo 4. Öğrencilerin Bölümlerine Göre Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Puanlarının Dağılımı**

Değişkenler	Bölüm	n	%	X±SS	f	p
Hasta hakları yönetmeliği	Sağlık yönetimi	77	<b>21,1</b>	1,63±0,28	5,74	0,00
	İktisat	46	<b>%12,6</b>	1,86±0,33		
	İşletme	61	%16,7	1,81±0,34		
	Kamu yönetimi	76	%20,8	1,79±0,25		
	Maliye	52	%14,2	1,87±0,32		
	Uluslararası ilişkiler	52	%14,2	1,87±0,30		
	<b>TOPLAM</b>	<b>364</b>	<b>%100</b>	<b>1,78±0,31</b>		
Hasta hakları bilgisi	Sağlık yönetimi	77	%21,3	1,42±0,40	3,04000	0,10
	İktisat	45	%12,4	1,64±0,45		
	İşletme	60	%16,6	1,64±0,45		
	Kamu yönetimi	75	%20,7	1,47±0,40		
	Maliye	52	%14,4	1,65±0,61		
	Uluslararası ilişkiler	52	%14,4	1,52±0,39		
	<b>TOPLAM</b>	<b>361</b>	<b>%100</b>	<b>1,54±0,46</b>		
Hasta dosya kayıt bilg	Sağlık yönetimi	78	%21,3	1,6±0,47	,71000	0,61
	İktisat	46	%12,5	1,66±0,67		
	İşletme	62	%16,9	1,70±0,59		
	Kamu yönetimi	76	%20,7	1,56±0,46		
	Maliye	52	%14,2	1,69±0,46		
	Uluslararası ilişkiler	52	%14,2	1,62±0,46		
	<b>TOPLAM</b>	<b>366</b>	<b>%100</b>	<b>1,6±0,52</b>		
Acil durum bilgisi	Sağlık yönetimi	78	%21,4	3,39±0,94	2,82	0,67
	İktisat	45	%12,3	3,71±1,30		
	İşletme	61	%16,8	3,78±1,19		
	Kamu yönetimi	75	%20,6	4,04±1,38		
	Maliye	52	%14,3	3,84±1,37		
	Uluslararası ilişkiler	52	%14,3	3,67±1,46		
	<b>TOPLAM</b>	<b>363</b>	<b>%100</b>	<b>3,73±1,28</b>		

Araştırmada öğrencilerin bölümlerine göre hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri incelendiğinde hasta hakları ile ilgili tüm alt grup sorularında Sağlık yönetimi öğrencilerinin bilgi düzeylerinin diğer bölüm öğrencilerinden anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür.(Tablo 4).

Araştırma sonucuna göre öğrencilerin hasta hakları ile oluşturulan alt grup sorularda hasta hakları ile hasta haklarındaki acil durumda hasta hakları bilgileri ile ilgili bilgi düzeylerinde %61,6 sının kısmen cevabı verdiğini, hastaların dosya ve kayıt durumlarında ki bilgi düzeylerinin de ise %61,33'ünün de kısmen yanıtı verdiğini görmekteyiz.

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite öğrencileri üzerinde hasta hakları ile ilgili yapılan çalışmalardan demografik değişkenlerden cinsiyet değişkeninde kızların hasta hakları bilgi düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Yaş değişkeninde 25-26 yaş arası öğrencilerin hasta hakları bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe Sağlık sektöründen alınan hizmet konusunda daha çok bilinçlendiği düşünülmekte ve 25-26 yaş grubu arası öğrencilerin bilgilerinin bu nedenle yüksek olduğu düşünülmektedir.

Hastanın teşhis ve tedavi konusunda yanında bir yakınının bulunması cevabına Sağlık yönetimi öğrencileri %36,4, iktisat öğrencileri %%39,1, işletme öğrencileri %35,5 maliye öğrencileri %44,2, kamu yönetimi öğrencileri %40,0,uluslar arası ilişkiler öğrencileri %32,7 tıbben sakınca yoksa durabileceğini ifade etmişlerdir.

Hastaların can güvenliğini korumada gerekli tedbir alması gereken kişinin Sağlık yönetimi öğrencilerinde %83,3, uluslar arası ilişkiler öğrencilerinin %78,8 oranında hastane yönetimi olduğunu belirtmişlerdir.

Kamu hastanelerinde hasta haklarının ihlali halinde maddi ve manevi tazminatın kamu yönetimi öğrencileri %82,9 Sağlık yönetimi öğrencileri ise %64,1 oranında Sağlık personelinin bağlı olduğu kuruma yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Genel olarak bakıldığında Sağlık yönetimi öğrencilerinin hasta hakları bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu, bunun Sağlık yönetimi öğrencilerinin okuldaki derslerde hasta hakları derslerinin eğitimini aldıklarından kaynaklandığını düşünülmektedir.

Çalışmada hasta hakları alt gruplarına bakıldığında en düşük puan alan boyutların hasta hakları bilgisi ve hastaların dosya ve kayıt bilgisi olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin diğer üniversite bölümlerinde eğitim alan öğrencilerin hasta hakları eğitimleri almadıkları ve Sağlık personeli olmadıkları için yeterli bilgi sahibi olmadıkları düşünülmektedir.

Çalışma yürütülürken Sağlık yönetimi öğrencilerinin ortalamadan yüksek puan almaları beklenerek Çalışma yürütülmüştür.

Hasta hakları günümüzde sadece sağlık personeli ve Sağlık yönetimi öğrencilerinin bilgi sahibi olması gereken bir konu olmamak ile birlikte, herkesin bilmesi gerektiği düşünülmektedir.( Khalesi, Masole 2012) Üniversitelerde bilgilendirme dersi olarak konulabileceği gibi, genel bilinçlendirme sağlayacak toplantılarda düzenlenebilir. Hastanelerde hasta hakları konusunda kısa tabelalar yer almakta fakat hastalar için yeterli olmamaktadır. Hasta hakları ile ilgili cep kitap, broşür v.s verilerek bilgilendirme düzeyi yükseltilebilir.

## KAYNAKÇA

ÇOTUR, H. (2013). Hasta Hakları ve Kocaeli Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Personeli ile Hastaneye Müracaat Eden Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgilerinin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.

Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Elkitabı, Dünya Hekimler Birliği 2005. Çev. Dr. M. Civaner, Türk Tabipler Birliği Yayını (Ankara Tabip Odası tarafından basılmıştır) II. Baskı, Ankara 2008.

HATUN, Ş.Hasta Hakları. İletişim Yayınları, İstanbul, 1999;21-22, 46-47, 79-92, 12.

<https://sbu.saglik.gov.tr/hastaHaklari/yonetmelik.htm>, Erişim Tarihi:10.06.2019.

KHALESİ B.Z, MASOLE S, ABEDİZZADE M. (2012). evaluation of the patients, doctors and nurses view points about patient bill of rights in rasht public hospitals. J Fasa Univ Med Sci, 2(2): 9195

KUZU N, Ergin A, Zincir M. (2006). Patients awareness of their rights in a devolving country. Public Health, 120(4): 290-296.

NİŞANCI Y, Nazlı N, Özkan M, Özcan M. (2009). Türk Kardiyoloji Derneği Etik Klavuzu: Hasta, Hasta Yakını ve Doktor ilişkileri. Türk Kardiyol Dem Arş, 37: 3-14.

SOYSAL A.,KUŞÇU F.,(2018) Hasta Hakları :Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama ,Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi7(1)102-111

STERN Z, Mersel E, Gedalia N. Are you being served? The inter-organizational status and job perception of those responsible for patient rights in general hospitals in Israel. Harefuah 2009;148(6):395-9, 411, 410.

SÜTLAŞ M. (2000). Hasta ve hasta yakını hakları. 1. basım, Berdan Matbaası, İstanbul, s. 52.

YAGHOBİAN, M., KAHENİ, S., DANESH, M., ABHARİ, F.R. (2014). Association between Awareness of Patient Rights and Patient's Education, Seeing Bill, and Age: A Cross-Sectional Study, Global Journal of Health Science, 6(3),55-64.

ZÜLFİKAR, F.; Hastaların Hasta Haklarını Talep Etme Durumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1999.



## KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI OLGUSUNA İLİŞKİN BİR DURUM ÇALIŞMASI: KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

### A CASE STUDY ON ORGANIZATIONAL HEALTH LITERACY: THE CASE OF PUBLIC HOSPITAL

Sevda AYDIN BÜYÜK<sup>1</sup>  
Emine ŞENER<sup>2</sup>  
Pınar GÜNGÖR KETENCİ<sup>3</sup>  
Sunay GÜNER<sup>1</sup>  
Özlem AYZAZ<sup>3</sup>  
İlknur ALP<sup>4</sup>  
Zeliha ARAS BALCI<sup>1</sup>  
Funda ÖZTÜRKAN ERDEK<sup>4</sup>

#### ABSTRACT

In multicultural societies, organizational health literacy is among the issues of increasing importance. The level of health literacy of organizations should be kept separate from the level of health literacy of the individual. In the provision of health care services, organizational health literacy, including the physical structure of organizations, signs and directions, and web page arrangements, should be adopted strategically, allowing the individual to have easy access to health services. The study was carried out to reveal the status of organizational health literacy in public hospitals. In this case study the data were collected in two stages. The data were analyzed with SPSS 22.0. In this study, the majority of the observers and managers were nurses. 9 observers, 33.3% of whom were civil defense supervisors, completed their observations in an average of 76.6 minutes. In particular, observers reported a deficiency in the size of the telephone system and more positive reports on the size of the website and corridors. According to the HLHO-10, which was answered with the participation of managers, the media diversity had the lowest score and the communication standards had the highest score. In addition, according to the ANOVA test results, a significant difference was found between the hospitals in terms of literacy skills, communication standards, cost information and workforce training. According to the results of the research, suggestions for weak points were developed.

**Keywords:** Organizational Health Literacy, Hospital, Observation, Case Study, HLHO-10

#### GİRİŞ

Tarih boyunca kişinin içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik değişimlere ayak uydurması için, tüm yaşamı boyunca eğitim alması bir zorunluluk haline gelmiştir. Eğitim ve öğrenmenin önem kazanması ile birlikte, okuryazarlık kavramı yaşam boyu öğrenme sürecinin vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Okuryazarlık, zamana göre değişen ve gelişen bir kavramdır. Bu bakımdan farklı bilim dalları okuryazarlık kavramını kullanmış birçok Araştırma yaparak önemini vurgulamışlardır. Okuryazarlık, belli bir konuda bilgi edinebilme ve belli alanlarda hedefe ulaşmak için kullanılan bir araç olarak tanımlanmıştır. Bu da kişinin belli bir konuda okuryazar olmasını değil mevcut alanla ilgili temel bilgilere ulaşip anlayabilme ve yorumlayıp kullanabilme becerisini ifade etmektedir. Bu ifadeden yola çıkarak birçok alanda okuryazarlık türü bulunmuş ve geliştirilmiştir. Bu türler arasında günümüzde okuryazarlık kavramının en önemli türlerinden biri Sağlık okuryazarlığıdır (1,2).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında kullanılmış, 2000’li yıllardan sonra konu ile ilgili Araştırma ve Çalışmalarda artış olmuştur. Sağlık okuryazarlığı bireylerin Sağlık durumunda iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gereken bilişsel ve sosyal beceri olarak tanımlanmaktadır. Ratzan ve Parker (2010) Sağlık okuryazarlığını “*bireylerin uygun Sağlık kararları almak için gereken temel Sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi*” olarak tanımlamışlardır (3). Dünya Sağlık Örgütü’nün

<sup>1</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

<sup>3</sup>Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi

<sup>4</sup>Kepez Devlet Hastanesi

belirlemiş olduğu tanıma göre ise Sağlık okuryazarlığı “Sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin enformasyona erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak ifade edilmiştir (2,4).

Bir toplumun Sağlık okuryazarlığı, gelişmişlik göstergelerinden biri olarak sayılmaktadır. Bireyin ve hizmet sunucusu olan hastanelerdeki Sağlık okuryazarlığının yüksek olması sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için vazgeçilmez bir bileşendir. Sınırlı Sağlık okuryazarlığı, bireyin Sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını, temel öz bakım görevlerini yerine getirmesini engelleyerek, kötü Sağlık sonuçları doğurmaktadır. Bu nedenle bireyler dışında hizmet sunumu yapan kurumların Sağlık okuryazarlığının da yeterli ve yüksek olması gerekmektedir (5).

Sağlık hizmeti sunumunda hizmet alan bir kişi için en önemli faktörlerden biri hizmet aldığı Sağlık kurumudur. Kurumsal Sağlık okuryazarlığı bireye sunulacak hizmetin etkili ve verimli olması için önemli bir rol oynar. Bu nedenle Sağlık hizmeti sunan Sağlık Kurumlarında hizmet almaya gelen bireylerin isteklerine ve beklentilerine cevap verecek seviyede Sağlık okuryazarlığı olmalıdır. Bu durum Sağlık kurumlarının bireylere sunacakları hizmetin kaliteli ve rahat olmasını sağlayacak şekilde düzenlemeler yapmasını gerektirmektedir. Kurumsal Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan düzenlemeler sayesinde kişilerin yaptıkları Sağlık harcamalarında azalmaların olacağı ve hizmet sunumunun sorunsuz ve sistematik bir şekilde devam edeceği düşünülmektedir (6).

Bu açıklamalar ışığında, bu Çalışma, kamu hastanelerinin kurumsal Sağlık okuryazarlığına ilişkin durumunu ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

## **YÖNTEM**

Bir durum Çalışması olan bu Araştırma, Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan ve kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenen üç hastanede gerçekleştirilmiştir. Gözleme Dayalı Durum Çalışması, önemli veri toplama tekniği olup katılımcı gözlem ile bir örgütün belli yönleri ile ilgili veri toplama amaçlı yapılan çalışmadır. Durum Çalışmaları gerçekte ortamda neler olduğuna bakma, sistematik bir biçimde verileri toplama, analiz etme ve sonuçları ortaya koyma yoludur. Ortaya çıkan ürün ise, olayın niçin o şekilde olduğunun ve gelecek Araştırmalar için daha detaylı olarak nelere odaklanmanın gerektiğinin keskin bir biçimde anlaşılmasıdır (7). Çalışmamızda veriler iki aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada, Harvard Üniversitesi tarafından geliştirilen ve Özer (2018) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan Kurumsal Sağlık Okuryazarlık Gözlem Formunu gözleme dayalı olarak her hastaneden belirlenen kriterlere uygun olarak seçilen 3 gözlemciden doldurmaları istenmiştir. İkinci aşamada, aynı hastanelerde, kurumsal Sağlık okuryazarlığının gelişiminde katkısı olduğu düşünülen, farklı birimlerde görevli 73 yöneticiye, Kowalski ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen HLHO-10 anketi uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 ile analiz edilmiştir.

## **BULGULAR**

Bu bölümde Araştırmada verilerinin analizi sonucu elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur. İlk kısımda gözlemcilerden elde edilen bulgular yer alırken ikinci kısımda yöneticilerle uygulanan HLHO-10 Ölçeğine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 1’de hastanelerin kurumsal Sağlık okuryazarlığını belirlemek amacıyla kurum Çalışanları içinden belirlenen 9 adet gözlemciye ait sosyo-demografik bulgular verilmiştir. Gözlemci grubu; Araştırma görevlisi, kalite yönetim direktörü, sivil savunma amiri, başhekim yardımcısı, enfeksiyon kontrol hemşiresi, kalite birim Çalışanı olan 9 kişiden oluşmaktadır. Gözlemciler, ortalama 76.66 dakikada gözlemlerini tamamlamıştır. Gözlemcilerin %50’si 40 yaş altı ve kurumda Çalışma süresi 1-10 yıl arasında olan fakat meslekte ilk 20 yıl içinde olan Çalışanlardır.



**Tablo 1. Gözlenen Hastanelerin Kurumsal Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bulgular-Telefon Sistemi**

<b>Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Telefonun kimin tarafından cevaplandırıldığı</b>		
Otomatik sistem	7	77,8
İnsan	2	22,2
<b>Sesin Kalitesi</b>		
Anlaşılır	9	100
<b>Operatörle iletişim için bir menü seçeneğinin varlığı</b>		
Var	4	44,4
Yok	1	11,1
İnsan Cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100
<b>Operatör seçeneğini duymadan önce kaç tane menü seçeneği dinlediği</b>		
1	5	55,6
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100,0
<b>İstediklin menü seçeneğine ulaşmak için kaç tane menü seçeneği geçtiği</b>		
1	3	33,3
2	1	11,1
3	1	11,1
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100,0
<b>Menüyü tekrar dinleme seçeneğinin varlığı</b>		
Evet	2	22,2
Hayır	3	33,3
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100,0
<b>Bütün olarak menü seçeneklerinin hızı</b>		
Çok hızlı	1	11,1
Hızlı	3	33,3
Yavaş	1	11,1
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100,0
<b>Operatöre kaç dakikada ulaşıldığı</b>		
1-3 dk	4	44,4
4-6 dk	1	11,1
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100,0
<b>Kişinin konuşma hızı</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Hızlı	3	33,3
Yavaş	2	22,2
Telefonu operatör cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100,0
<b>Görüşmenin başarılı geçme durumu</b>		
Evet	8	88,9
Hayır	1	11,1
Toplam	9	100,0
<b>Herhangi bir tetkik sonucu için arayan kişinin talebi kaç aramanın sonunda çözüme ulaştırıldığı</b>		
2	2	22,2
3	3	33,3
Santral tetkik sonucu için yanlış birime bağıladı,	3	33,3
Santrala yönlendirildi, santral bir yere bağıladı telefonu açan olmadı	1	11,1
Toplam	9	100,0

Tablo 1’de gözlenen hastanelerin, kurumsal Sağlık okuryazarlığına ilişkin telefon sistemi değerlendirildiğinde, %77,8’inin telefonu otomatik sistemle cevaplandığı, sesin kalitesinin anlaşılabilirliğinin %100 olduğu ve %44,4’ünde operatörle iletişim için bir menü seçeneğinin olduğu ve insan cevapladığı tespit edilmiştir.

Operatör seçeneğini duymadan önce kaç tane menü seçeneği dinlediğinde %55,6’sının 1, istediğini menü seçeneğine ulaşmak için kaç tane menü seçeneği geçtiğini %33,3’ü 1 menü geçtiğini belirttiği görülmüştür. %33,3 menüyü tekrar dinleme seçeneğinin olmadığı ve %33,3 menü seçeneklerinin hızlı olduğu belirtilmiştir. Gözlemcilerin %44,4’ü operatöre 1-3 dk’da ulaştığını, %88,9’u görüşmenin başarılı geçtiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 2. Gözlenen Hastanelerin Kurumsal Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bulgular-Web Sitesi**

<b>Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı</b>		
<b>Ana sayfada yol tarifleri için link varlığı</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Evet	8	88,9
Hayır	1	11,1
Toplam	9	100,0
<b>Yol tariflerini bulmak için tıkanılan sayfa sayısı</b>		
1	6	66,7
2	2	22,2
Yol tarifi yok	1	11,1
Toplam	9	100,0
<b>Web sayfasında Özel araba ile gelişin yol tariflerinde yer alma durumu</b>		
Evet	7	77,8
Hayır	2	22,2
Toplam	9	100,0
<b>Web sayfasında Toplu taşıma araçları ile gelişin yol tariflerinde yer alma durumu</b>		
Evet	6	66,7
Hayır	3	33,3
Toplam	9	100,0
<b>Web sayfasında Otopark bilgisinin yer alam durumu</b>		
Hayır	9	100,0
<b>Web Sayfasında Haritanın bulunuşu</b>		
Evet	9	100,0
<b>Harita örnek çıktısı alma seçeneği</b>		
Evet	3	33,3
Hayır	6	66,7
Toplam	9	100,0

Tablo 2’de gözlenen hastanelerin, kurumsal Sağlık okuryazarlığına ilişkin web sitesi değerlendirildiğinde, %88,9 oranında ana sayfada yol tarifleri için link bulunduğu, %77,82 oranında web sayfasında özel araçla gelmek için yol tarifinin olduğu, %66,7 oranında ise toplu taşıma araçları ile geliş yol tarifinin yer aldığı tespit edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen kurumların tümünün web sayfalarında yol haritası ve otopark bilgisinin bulunduğu görülmüştür. %66,7’sinde harita örnek çıktısı alma seçeneğinin olduğu belirlenmiştir.

### **Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Yönetici Görüşlerine Ait Bulgular**

Bu bölümde, kurumsal Sağlık okuryazarlığının gelişiminde katkısı olduğu düşünülen farklı birimlerde görevli 73 yöneticiye, Kowalski ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen HLHO-10 anketi uygulaması sonunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

**Tablo 3. HLHO-10 Ölçeğine Ait Yönetici Tutumları**

<b>Kurumsal Sağlık Okuryazarlık (HLHO-10) Değerlendirme Maddeleri</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>
1. Hastanenizin yönetimi Sağlık okur-yazarlığını ne ölçüde dikkate almıştır? (Miyon belirleme, insan kaynakları planlaması vb. konularda) (LİDERLİK)	5,41	1,37
2. Hastanenizde, Sağlık okuryazarlığı konusu, kalite yönetimi ölçütleri içerisinde ne ölçüde yer alıyor? (ENTEGRASYON)	5,34	1,45
3. Hastanenizde Sağlık enformasyonu toplanma sürecinde hastaların da içinde yer alacağı bir yöntem kullanılıyor mu? (KATILIMCILIK)	4,78	1,87
4. Farklı dillerde hazırlanmış açıklamalar, görme engelliler alfabeti gibi kişiye özel Sağlık bilgilendirmeleri uygulamaları hastanenizde yapılıyor mu? (OKURYAZARLIK BECERİLERİ)	4,72	1,92
<b>5. Hastanenizde, hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını sağlayacak iletişim standartlarınız var mı? (tercüman vb.) (İLETİŞİM STANDARTLARI)</b>	<b>5,64</b>	<b>1,42</b>
6. Hastanenizde hastaların herhangi bir sorun yaşamadan kendi başlarına yolunu bulmaları ne ölçüde sağlanmıştır? (yönlendirme işaretleri, danışma personel) (ERİŞİM İMKÂNI)	5,56	1,51
<b>7. Hastanenizde farklı hastaları farklı yöntemlerle bilgilendirme imkânı ne ölçüde bulunmaktadır? (üç boyutlu modeller, DVD'ler, resimli hikâyeler) (MEDYA ÇEŞİTLİLİĞİ)</b>	<b>4,39</b>	<b>1,80</b>
8. Hastanenizde, hastaların özellikle kritik durumlara ilişkin her şeyi gerçekten anlaması ne ölçüde sağlanmıştır? (ilaç tedavisi, cerrahi onay gibi konularda) (RİSKLİ DURUMLAR)	4,97	1,57
9. Hastanenizde, hastalarınıza tedavileri için kendilerinin yapacağı ödemeler konusunda önceden, ne ölçüde açık ve ayrıntılı bilgi veriyorsunuz? (cepten yapılan ödemeler, vb.) (MALİYET BİLGİSİ)	4,80	1,62
10. Hastanenizde Çalışanlar Sağlık okuryazarlığı konusunda ne ölçüde eğitiliyorlar? (İŞGÜCÜ)	4,98	1,62

Tablo 3’de HLHO-10 ölçeğine ait yönetici görüşleri verilmiştir. Tabloya göre “Medya Çeşitliliği” alt boyutu en düşük ortalamaya ( $4,39 \pm 1,80$ ) sahipken, hastanenin, hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını sağlayacak iletişim standartlarının var olduğunu gösteren “İletişim Standartları” boyutu en yüksek ortalamaya ( $5,64 \pm 1,42$ ) sahiptir.

**Tablo 4. Hastanelerin HLHO-10 Boyutlarına Ait Puanları Arasındaki Farka İlişkin ANOVA testi**

<b>HLHO-10 maddeleri</b>	<b>Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi</b>	<b>Antalya Kepez Devlet Hastanesi</b>	<b>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>Ort. ± Ss</b>	<b>Ort. ± Ss</b>	<b>Ort. ± Ss</b>		
Liderlik	6,22±1,09	5,42±1,35	5,13±1,40	2,221	,116
Entegrasyon	5,77±1,48	5,45±1,42	5,06±1,48	1,024	,364
Katılımcılık	5,77±1,30	4,77±1,98	4,48±1,82	1,674	,195
Okuryazarlık	<b>5,33±1,73</b>	5,31±1,69	3,82±1,94	5,971	<b>,004*</b>
İletişim	<b>6,11±,92</b>	5,94±1,08	5,13±1,76	3,264	<b>,044*</b>
Erişim İmkânı	6,22±1,20	5,48±1,56	5,44±1,54	,976	,382
Medya	<b>5,55±1,33</b>	4,80±1,81	3,55±1,57	6,908	<b>,002*</b>
Riskli Durumlar	5,44±1,33	5,22±1,41	4,51±1,74	2,153	,124
Maliyet Bilgisi	<b>6,11±1,05</b>	5,20±1,32	3,93±1,66	10,275	<b>,000*</b>
İşgücü Eğitimi	<b>5,77±1,39</b>	5,34±1,45	4,31±1,69	4,872	<b>,010*</b>

Tablo 4’de Hastanelerin HLHO-10 Boyutlarına Ait Puanları Arasındaki Farka İlişkin ANOVA testi yer almaktadır. Buna göre, her üç hastane arasında: Okuryazarlık Becerileri, İletişim Standartları, Maliyet Bilgisi, Medya Çeşitliliği ve İşgücü Eğitimi boyutları arasında anlamlı bir farklılık vardır. İlgili

boyutlarda fark Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

## SONUÇ

Kamu hastanelerinin kurumsal Sağlık okuryazarlığına ilişkin durumunu ortaya koymak amacıyla yapılmış olan bu Çalışma iki devlet hastanesi ve bir üniversite-egitim Araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastanelerin telefon başvuru sistemi, web sitesi ve hastane binasının gözlem yoluyla yapılan kurumsal Sağlık okuryazarlığı değerlendirmesi sonucunda, İstanbul ve Antalya'da yer alan hastaneler arasında önemli bir farklılık olmadığı görülmüştür. Özer (2018) de yapmış olduğu yüksek lisans tezinde Araştırmaya dâhil edilen farklı hastane grupları arasında hastane telefon başvuru sistemi, web sistemi ve hastane bina yapısında anlamlı bir farklılık olmadığını tespit etmiştir. Çalışmanın evrenine dâhil edilen hastane sayısı az olmasına rağmen Özer (2018)'in yaptığı Çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuca göre hastanelerin kurumsal Sağlık okuryazarlığı kapsamında hizmet sunumu algısında, ortak bir dil oluşturulmuş olduğu düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz Çalışmada kurumsal Sağlık okuryazarlığı alt gruplarının değerlendirilmesi yapılmış olup Tablo 3'te HLHO-10 ölçeğine ait yönetici görüşleri verilmiştir. Tabloya göre "Medya Çeşitliliği" alt boyutu en düşük ortalamaya ( $4,39 \pm 1,80$ ) sahipken, hastanenin hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını sağlayacak iletişim standartlarının var olduğunu gösteren "İletişim Standartları" alt boyutu en yüksek ortalamaya ( $5,64 \pm 1,42$ ) sahiptir. Özer (2018)'in yapmış olduğu Çalışmada ise kamu hastaneleri "Erişim İmkânı", özel hastaneler "Maliyetler" alt boyutları en yüksek puanı almıştır. Tüm hastane yöneticilerinin vermiş olduğu cevaplara göre "Medya Çeşitliliği" ve "Katılımcılık" alt boyutları en düşük puanı almıştır. Kowalski ve ark. yapmış olduğu Çalışmada ise en yüksek puanı "Riskli Durumlar", en düşük puanı ise "Okuryazarlık Becerileri" alt boyutları almıştır (8). Yapmış olduğumuz Çalışmada "Medya Çeşitliliği" alt boyutunun Sağlık okuryazarlığında en düşük puanı alması Özer (2018)'in yapmış olduğu Çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Durum Çalışması olan Araştırmamızda mevcut literatür bilgisi ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kurumların Sağlık okuryazarlığı alt bileşenlerinden okuryazarlık becerileri, iletişim standartları, maliyet bilgisi, medya çeşitliliği ve işgücü eğitimi ile ilgili başlıklarda daha fazla Çalışma yapması gerektiği düşünülmektedir. Günümüzde bireysel Sağlık okuryazarlığının yanı sıra kurumsal Sağlık okuryazarlığı Çalışmalarına ağırlık verilmesi kaliteli hizmet sunumu ve sağlığın geliştirilmesi sürecine bilimsel olarak daha çok katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Güven, A. (2016). Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve Sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
2. Kutlu, G., Akbulut, Y. (2019). Türkiye'de Sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler Açısından değerlendirilmesi, Konuralp Tıp Dergisi, 11(1): 134-145.
3. Ratzan, S.C., Parker R. (2010). Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans, Journal of Health Communication, 15:20-33.
4. Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı: 3 (Sağlık İletişimi): 73-92
5. Hanan, J. et al. (2013). The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension, J Gen Intern Med, 28(11):1469-76
6. Özer, O. (2018). Sağlık hizmeti sunan kuruluşların kurumsal Sağlık okuryazarlığı ile hizmet sundukları kişilerin Sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
7. Aytaçlı, B. (2012). Durum Çalışmasına Ayrıntılı Bir Bakış, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, Haziran 2012, 3 (1), 1-9
8. Kawalski et al. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation, BMC Health Services Research, 15:47.

## YEREL YÖNETİMLERDE SAĞLIK HİZMET SUNUMU: BATI AKDENİZ BÖLGESİ ÖRNEĞİ

### ACTIVITIES OF LOCAL GOVERNMENTS IN HEALTH SERVICE PRESENTATION: THE CASE OF THE WESTERN MEDITERRANEAN REGION

Erdal EKE<sup>1</sup>  
Halil Can AYDEMİR<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

The Ministry of Health is the most important actor that is responsibility for provision of health services in Turkey. In addition, local administrations also have a number of important responsibilities arising from legislation to provide health services. The aim of this study is to describe the services that Antalya, Isparta and Burdur municipalities offer in terms of health services within the Western Mediterranean region. Within the scope of the study, it shows especially the Antalya Metropolitan Municipality, the Municipality of Isparta and the Municipality of Burdur take on responsibility for the health services and their capacity to serve. The study is structured in a theoretical framework and it is a literature review. In the study, first of all, the services provided by Antalya Metropolitan Municipality were examined from the activity reports and it was understood that there were many services such as outpatient diagnosis and treatment services, medical laboratory services, home health services, oral and dental health services for children, occupational health and safety services, burial and burial services. The services provided by the Municipality of Isparta have been identified as therapeutic services such as home health services, laboratory services, occupational health and safety services, ambulance services and inspection services. When the health service provision of Burdur Municipality is examined; a unit or directorate in the field of direct health could not be reached. As a result of the study, it is understood that the Antalya Metropolitan Municipality performed the best and effective work in the organization and presentation of health services among the municipalities in the Western Mediterranean region. It is also determined that the Municipality of Isparta undertakes this responsibility within certain services. Based on the results of the study, it can be said that the role of local administrations is important in terms of the provision of health services, and their existing capacities need to be further developed.

**Keywords:** Health, Healthcare Service, Municipality, Local Governments, Health Management.

#### GİRİŞ

Yerel yönetimler, merkezi yönetimin haricinde kalan, o bölgedeki vatandaşların gereksinimlerini karşılamak üzere meydana gelmiş, yöneticilerini direkt olarak o bölge vatandaşlarının seçtiği, özerk bir kuruluş yapısı olan bir yönetim şekli veya tarzı olarak ifade edilebilmektedir. Bütün bu özelliklere bakıldığında yerel yönetimler, demokratik bir anlayış yapısına sahip, bölgedeki kamu hizmetlerinin etkin bir şekilde ortaya konulması amacıyla meydana gelmiş kurum ve kuruluşlardır (Bozkurt v.d,1998: 258).Bahsettiğimiz bu kurum ve kuruluşlar, bölge ve yerelde çeşitli amaçlara hizmet etmek ve belirli gereksinim ve ihtiyaçları gidermek suretiyle meydana gelmişlerdir (Keleş, 2012: 29).

Türkiye’de modern anlamda yerel yönetimlerin oluşumu, yirminci yüzyıla kadar geri götürülebilmektedir. Tanzimat Fermanı ile ortaya çıkan reform hareketleri ve toplumda ortaya çıkan modernleşme akımı süreçlerinde yeni kanunlar ve yönetim alanında yeni düzenlemelerin faaliyete girdiği bilinmektedir (Tortopv.d, 2006: 36). Cumhuriyetin kurulması ile birlikte yerel hizmetlerin sunumunda önemli bir sorumluluk üstlenen yerel yönetimlere ilişkin en önemli hukuki referans, 1982 Anayasasında 123. ve 127. maddelerinde yer almaktadır. Anayasanın 123. maddesinde idarenin bir bütün olduğu ve idarenin kuruluş ve görevleri merkezi yönetim ve yerel yönetim (mahalli idare) olmak üzere ikiye ayrıldığı belirtilmektedir.Ayrıca 127. maddede ise yerel yönetimler; il, belediye yada köyde yaşayan toplumun ortak gereksinimlerini gidermek amacıyla kurulmuş, kuruluş hükümleri ve yönetim organları yasada ortaya konulan, halk tarafından seçilen ve belirlenen kamu tüzel kişileri olarak ifade edilmiştir(1982 Anayasası,md. 123-127).

<sup>1</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, [erdaleke@sdu.edu.tr](mailto:erdaleke@sdu.edu.tr)

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi, [halilcanaydemir@gmail.com](mailto:halilcanaydemir@gmail.com)

Bir başka tanıma göre ise yerel yönetimler; bir coğrafi bölgede hayatlarını sürdüren vatandaşlara, birlikte yaşamak amacıyla vatandaşlara hizmet sunmak, bu bölge vatandaşları tarafından seçimle göreve gelen karar organları, kanunla ortaya konulmuş görev ve sorumluluklara, kendisine ait bütçe ve Çalışanları bulunan, kendi içerisinde yönetimini sağlayan ve mahalli özerklikten faydalanan kurum ve kuruluşlardır (Parlak ve Ökmen, 2015: 20).

Türkiye'deyerel yönetim birimleri; belediyeler, il özel idareleri ve köyler olmak üzere sınıflandırılabilir(Gözübüyük,1971: 121).Belediyeler, o beldenin ve o belde de yaşayan vatandaşların ortak gereksinimlerinin karşılamak üzere ortaya çıkan ve karar birimleri (belediye başkanı vb.) vatandaşlar tarafından seçilen, yönetsel açıdan ve mali açıdan kendi kendini yönetme yetkisi olan kurum ve kuruluşlar şeklinde tanımlanmaktadır(5393 sayılıBelediyeKanunu, md.3).

Belediyenin görev ve sorumlulukları iki ayrı şekilde ortaya konulmuştur. Bu görev ve sorumlulukların belediye kapsamında olmasının asıl sebebi, hizmetlerin yerel düzeyde ve ortak gereksinimlerin karşılanması şeklinde ifade edilmiştir(5393 sayılı Belediye Kanunu, md.14).Belediyenin sağladığı ya da sunduğu görev ve hizmetler, bölge halkına en yakın bir şekilde ve en optimum sistemlerle halkın beklenti ve arzularına göre sağlanmaktadır. Bu görev ve hizmetlerin sağlanmasında 65 yaş üstü bireyler, hali ve vakti yerinde olmayanlar, engelli vatandaşlar ve gelir düzeyleri alt seviyelerde olan vatandaşlar öne çıkmaktadır. Bu vatandaşların yanı sıra toplumsal bazı yönlerden eksik kalan vatandaşların ve bireylerin problemlerinin giderilmesi konusunda da belediyeye ciddi görev ve sorumluluklar düşmektedir (Çukurçayır, 2013: 184).

Belediyeler ile Büyükşehir Belediyeleri arasında da belirli farklılıklar bulunmaktadır. Büyükşehir Belediyesi'nin sorumluluk ve görevleri ilgili mevzuatta şu şekilde sıralanmıştır:

- Büyükşehir Belediyesine bağlı olan yerlerde yolların, caddelerin, mahallelerin temizliğinin sağlanması,
- Koruyucu Sağlık hizmetleri kapsamında içme suyu ile ilgili konularda su kaynaklarının korunmasının sağlanması,
- Halk sağlığı ve çevrenin temizliği kapsamında iş yerleri ile alakalı tedbirler alınması,
- Büyükşehir Belediyesi katı atıklarla ilgili tedbirler almak ve bir plan kapsamında katı atıkların toplanması,
- Tıbbi atıklar konusuna önem vermek ve bu konuda tedbirler alınması,
- Gıda sağlığı ile ilgili konularda önlemler alarak bu konuda tıbbi laboratuvarlar inşa edilmesi,
- Defin ve mezarlık hizmetleri konusunda Çalışmalar yapılması,
- Engelli, yaşlı ve çocuklara yönelik olarak Sağlık tesislerinin sağlanması,
- Sağlık merkezleri, hastaneler ve sosyal hizmetlere yönelik olarak her türlü hizmetin sağlanması şeklinde ortaya konulmuştur (5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, md.7).

Diğer taraftan 5393 sayılı Belediye Kanununa göre Sağlıkla ilgili belediyelerin görevleri şu şekildedir:

- Çevre ve çevrenin temizliği gibi konularda koruyucu Sağlık hizmetlerinin sunulması,
- Su ve kanalizasyon gibi vatandaşların sağlığını etkileyen konularda önlemler almak ve sağlıklı hizmetler sunulması,
- Atıklar konusunda ve katı atıklar konusunda bölgenin temizliğinin sağlanması,
- Defin işlemleri ve mezarlık kontrolü gibi konularda hizmette bulunulması,
- Sosyal hizmetler alanında etkili olunması ve hali yerinde olmayan vatandaşlara yönelik tedbirler alınması şeklindedir (5393 Sayılı Belediye Kanunu, md. 14).

Belediyeler ile Büyükşehir Belediyeleri arasında bulunan farklılıklar incelendiğinde; büyükşehir belediyeleri belediyelere oranla daha yoğun hizmetler sunabilmektedir. Büyükşehir Belediyelerinde, belediyelere oranla daha fazla hizmet alanı yer almaktadır. Büyükşehir Belediyelerinin, belediyelere göre genel anlamda daha etkin olduğu bilinmektedir. Bunun sebebi olarak da Büyükşehir Belediyelerinin, belediyelere göre daha fazla nüfusa veya gelire sahip olması öngörülebilir.

Günümüzde belediyeler, ilgili mevzuattaki yetki ve sorumluluklara ilişkin hükümlerden hareketle Sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda belli noktalarda önemli görevler üstlenmektedir.

**Tablo 1:**Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hizmet Alanları ve Türleri

Koruyucu Sağlık Hizmetleri		Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri		Rehabilitasyon Hizmetleri	Sağlığın Geliştirilmesi
Bireye Yönelik Hizmetler	Çevreye Yönelik Hizmetler	Günübirlik-Ayaktan Hizmetler	Yataklı Tedavi Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri
Aile Sağlık Merkezleri	Çevre Sağlık Kurumu	Özel Birimler	Hastane Hizmetleri	Rehabilitasyon Hizmetleri	Sağlık Eğitim Birimi
Toplum Sağlık Merkezleri	Halk Sağlığı Birimi	Poliklinik Hizmeti	Hemşirelik Hizmetleri	Hemşirelik Hizmetleri	Halk Sağlığı Birimi
Anne-Çocuk Sağlığı Birimi	Toplum Sağlık Birimi	Acil Servis Hizmetleri	Terminal Dönem Hizmetleri	Terminal Dönem Hizmetleri	Anne-Çocuk Sağlığı Birimi
Gezici Sağlık Hizmeti	Okul Sağlığı Birimi	Ayaktan Tedavi			Spor Merkezleri
Hastane Hizmetleri	Gezici Sağlık Hizmeti	Evde Sağlık Hizmetleri			Fitness Merkezleri
Revir Hizmetleri	Hastane Hizmetleri				

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 35.

Türkiye’de Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik alan ve türleri dört başlık şeklinde ifade edilmektedir. Bunlar; koruyucu Sağlık hizmetleri, tedavi edici Sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak görülmektedir. Ayrıca aile sağlığı, toplum sağlığı, anne-çocuk sağlığı, evde Sağlık hizmetleri, hastane hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, hemşirelik hizmetleri gibi birçok alan ve türde Sağlık hizmetleri sunumu gerçekleştirilmektedir.

## YÖNTEM

Çalışma kapsamında Antalya Büyükşehir Belediyesi, Isparta Belediyesi ile Burdur Belediyesinin hangi tür Sağlık hizmetlerinde sorumluluk üstlendiği ve hizmet sunum kapasiteleri ele alınmaktadır.

Çalışma teorik bir çerçevede kurgulanmış olup literatür incelemesi niteliğini taşımaktadır. Çalışma kapsamında Antalya, Isparta ve Burdur illerindeki Sağlık hizmet sunumları Karşılaştırılarak yerel yönetimlerde sunulan Sağlık hizmetlerinin önemine vurgu yapılmıştır.

## BULGULAR

Sağlık hizmetlerinin sunumu geçmişten günümüze her zaman önemli olmuştur. Bu sebepten dolayı devletler Sağlık hizmetlerinde çeşitli sunum yöntemleri geliştirmiş ve izlemişlerdir. Türkiye’de bu konuda en yetkili örgüt, hiç şüphesiz görev ve sorumluluk alanı itibarıyla Sağlık Bakanlığıdır. Ayrıca yerel yönetim birimleri de ilgili mevzuat gereği Sağlık alanında çeşitli Çalışmalar yürütmektedirler. Bu bağlamda Batı Akdeniz Bölgesi illeri Antalya Büyükşehir Belediyesi, Isparta Belediyesi ve Burdur Belediyesi’nin Sağlık hizmet sunumları, faaliyet raporlarından faydalanılarak incelenmeye tabi tutulmuştur.

Hizmet sunum kapasitesi açısından ilk incelenen belediye, Antalya Büyükşehir Belediyesidir. Antalya Büyükşehir Belediyesinin, Sağlık hizmetlerini sunarken daha kaliteli ve daha iyi hizmet sunabilmek adına bir stratejik amaç ve stratejik hedef belirlediği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Antalya Büyükşehir

Belediyesinin Sağlık hizmetlerindeki stratejik amacı, Sağlık alanındaki problemleri gidermeye dayalı hizmetler sunarak, vatandaşların yaşam kalitelerinin yukarıya çekilmesi ve mezarlık ile ilgili hizmetleri sunarken de halkın memnuniyet oranının en yüksek noktaya çıkarılması olarak kamuoyu ile paylaşılmıştır. Diğer taraftan stratejik hedef ise; halkın yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olarak Sağlık hizmetlerinin sunulması ve vatandaşın Sağlık hizmetleri konusunda bilinçlenmesinin sağlanması şeklinde belirtilmiştir (Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 169).

Antalya Büyükşehir Belediyesi; ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri olarak bazı hizmetler vermektedir.

**Tablo 2:** 2018 Yılı Vatandaşlara ve Belediye Personeline Verilen Ayaktan Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

Sağlık Hizmetleri	Birey
Merkez- Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri	6399
İbradı Ormana- Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri	276
Gündoğmuş İlçesi Köprülü Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri	228
Kaş İlçesi Sütleğen Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri	947
Okullar Ligi Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri	155
Zıpzıp- Park Hemşirelik Faaliyetleri	710
Sarısu-Tünektepe Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri	212
Hobi Bahçesi Hemşirelik Faaliyetleri	38
<b>Toplam</b>	<b>8965</b>

Kaynak: Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 169.

Antalya Büyükşehir Belediyesi Sağlık hizmetleri kapsamında, merkezde sunulan poliklinik hizmetleri ve diğer hizmet sunumlarında toplamda 8.968 bireye Sağlık hizmeti sunmuştur. Tablo 2 incelendiğinde %75 gibi bir oranda Sağlık hizmetlerinin, Merkez Poliklinik Muayene ve Hemşirelik Hizmetleri şeklinde gerçekleştiği anlaşılmaktadır (Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 169).

**Tablo 3:** Yıllara Göre Tıbbi Laboratuvar İstatistikleri

Özellik	2016	2017	2018
Vatandaş	4737	6322	17489
Belediye Çalışanı	12857	7856	13525
<b>Toplam (Adet)</b>	<b>17594</b>	<b>14178</b>	<b>31014</b>

Kaynak: Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 169.

Antalya Büyükşehir Belediyesinin tıbbi laboratuvar alanında da bazı sağlık hizmetleri sunduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda belediye çalışanları ve vatandaşlara bazı tahlil ve Sağlık sonuçları uygulanmaktadır. 2018 yılına gelindiğinde tıbbi laboratuvar alanında 16.601 bireye hizmet sağlanmıştır ve toplamda 31.014 adet test ve tahlil uygulanmıştır. Bunların yanı sıra Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi kapsamında 69 bireye Sağlıkla ilgili tarama yapılmış, ilçelerde ise 15.435 bireye Sağlıkla ilgili tarama yapılmış ve Ramazan ayı Şenlik Programında 395 bireye şeker hastalığı (glukoz) taraması uygulanmıştır (Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 169).

Antalya Büyükşehir Belediyesinin sunduğu bu tür hizmetlerin yanı sıra bir takım alanlarda hizmet sunumu sorumluluğunu üstlendiği ve bu yönde projeler geliştirdiği belirlenmiştir. Bu kapsamdaki hususlar şu şekilde sıralanabilir (Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 170):

- **Yatılı Palyatif (Geçici) Bakım Merkezi:** Türkiye'nin en büyük projelerinden birisi olarak nitelendirilen Palyatif Bakım Merkezi yerel yönetimler içerisinde ilk kez Antalya Büyükşehir Belediyesi tarafından inşa edildiği belirtilmektedir. Belediye ile İl Sağlık Müdürlüğü arasında ortak bir anlaşma ile vatandaşın hizmetine girdiği tespit edilmiştir.



- **En Yeni Antalya Projesi:** Bu proje kapsamında Antalya'da merkezde ya da ilçelerinde devlet hastanelerinde yeni doğumu gerçekleşen çocuklar için aileleri ziyaret edilerek bazı hediyeler verildiği anlaşılmıştır.
- **Sağlıklı Yaşam Projesi:** Antalya Büyükşehir Belediyesi ile İl Sağlık Müdürlüğü; Şehit Dr. Atilla Nizam Sağlıklı Yaşam Projesi kapsamında bir anlaşma sağlamıştır. Antalya Muratpaşa İlçesinde yer alan bu merkezde; Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Ailelere Yönelik Sağlık Merkezleri, Atatürk Devlet Hastanesi Polikliniği, Verem ile alakalı birimler, Sigara Kullanımını Engellemeye Yönelik Birimler, Üreme ile ilgili birimler yer almaktadır. Bunların yanı sıra; çocukların gelişimi, psikolojik destek, aile ve sosyal hizmetler, mesleki eğitim ve halkın sağlıklı beslenmesi ile ilgili çalışmalarda yürütülmektedir.
- **Yeşilay ile İlgili Birim:** Sigara, alkol ve uyuşturucu gibi Bağımlılık konusu ile savaşma amacı gütmekte ve bu konuda halktan ücret alınmamaktadır. Psikolojik ve sosyal alanda destek sağlayan, bazı konularda rehabilitasyon sağlama gibi konularda Çalışma yürüten bu kurum; Antalya Büyükşehir Belediyesi ile Yeşilay Kurumu arasında bir anlaşma imzalanarak faaliyete girmiştir.

Antalya Büyükşehir Belediyesinin bir diğer hizmet sunduğu alan, evde Sağlık hizmetleridir. Evde sunulan Sağlık hizmetleri kapsamında vatandaşlar ziyaret edilerek 65 yaş üstü bireylere, engelli bireylere, yatağından kalkamayan vatandaşlara ücretsiz bir şekilde kontrolleri, teşhis ve tedavileri, ihtiyaç olduğunda ise hastaneye ulaşmaları sağlanmaktadır. Belediyenin sağladığı bu hizmetler sayesinde 13 yıldan beri muhtaç durumda olan vatandaşlara hizmet götürülmüştür. Sağlık profesyonelleri tarafından belirli zamanlarda hastalar ziyaret edilerek gerekli tıbbi yardımlar sağlanmaktadır.

**Tablo 4:** 2016-2017-2018 Yıllarında Evde Sağlanan Bakım Hizmetleri

Özellikler	2016	2017	2018
Hekim Bakımı	545	289	1872
İlaç Sağlanması	9	255	686
Hemşire Bakımı	7352	7045	10291
Şeker Kontrolü	2983	3159	3191
Sağlık Kurumunda Hasta Bakımı	808	646	711
Ambulans Sağlama	2717	2937	4270
Vasıta Sağlama	2259	2987	2525
Pansuman Tedariği	1816	1399	1660
Diş Hekimi Muayene İşlemi	553	449	422
Diş Çekilmesi	130	131	92
Diş Bakım ve Temizliği	57	53	38
Diş Dolgu Yaptırma	57	44	49
Protez Yapma	23	29	24
Sonda Uygulaması	50	68	54
Pansuman Uygulaması	1522	1090	1855
Bakım Çalışanına Yardım	3275	3094	3197
Banyo İşlemi Sağlama	1725	2021	2107
Fizik Tedavi	502	554	419
<b>Toplam (Adet)</b>	<b>26383</b>	<b>26250</b>	<b>33463</b>

Kaynak: Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 170.

Yıllara göre evde sağlanan bakım hizmetleri konusunda; 2016 ve 2017 yıllarına göre 2018 yılında yedi bin civarında artış sağlanarak 33.463 adet Sağlık hizmeti sunulmuştur. 2016 ve 2017 yıllarında ise hemen hemen aynı sayıda Sağlık hizmeti sağlanmıştır. 2016 ve 2017 yıllarında 26.000 civarında Sağlık hizmeti sunulmuştur (Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 170).

**Tablo 5: 2016-2017-2018 Yılında Sağlanan Tıbbi Cihaz Yardımları**

Özellik	2016	2017	2018
Hasta Yatağı Tedariği	35	63	49
Anti Dekübit Yatağı Durumu	74	88	34
Tekerlekli Sandalye Tedariği	37	46	34
Tuvalet Sandalyesi	20	9	15
Yürüme Aracı	21	7	7
<b>Toplam (Adet)</b>	<b>187</b>	<b>213</b>	<b>139</b>

Kaynak: Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 170.

Antalya Büyükşehir Belediyesi'nin 2016, 2017 ve 2018 yıllarında sağlamış olduğu tıbbi cihaz yardımları verilerle ortaya konulmuştur. 2016 yılında toplamda 187 adet, 2017 yılında 213 adet ve 2018 yılında ise 139 adet tıbbi cihaz yardımı sağlanmıştır. Veriler incelendiğinde 2018 yılında sağlanan tıbbi cihaz yardımlarında bir düşüş olduğu görülmektedir.

Antalya Büyükşehir Belediyesi'nin ağız ve diş sağlığı alanında verdiği hizmetler Tablo 6'da ortaya konulmuştur.

**Tablo 6: Antalya Büyükşehir Belediyesi Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri**

Özellikler (Adet)	2016	2017	2018
İlk Hastalık Yaşayanlar	7456	6508	3949
Eğitim Alma	20536	14428	19924
Dolgu İşlemi	8025	6499	5699
Diş Çekim İşlemi	4527	4590	4661
Enjeksiyon İşlemi	2464	2696	2361
Fissür Örtücü İşlemi	209	84	81
Detraj İşlemi	122	112	122
Polisaj	86	79	72
Kanal Tedavi İşlemi	-	115	195
Reçete Yazma	1928	1971	2049
Kontrol İşlemi	2552	3511	3923
Engelli (Engelsiz) Çocuk Adeti	-	442	252
Okul Miktarı	122	212	20
Verilen Fırça Macun İşlemi	20536	19235	23973
Hasta Adeti	21814	19713	16224
İşlem Miktarı	52283	42625	44850

Kaynak: Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 171.

Bir başka Sağlık hizmet sunum alanı ise çocuklara yönelik ağız ve diş sağlığı hizmetleridir. Bu bağlamda 5 ile 14 yaş arası çocuklara yönelik olarak Antalya-Kepez’de Büyükşehir Belediyesi Çocuklara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi biriminde diş doktorları tarafından Sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Antalya il merkezi ve ilçeleri de dahil olmak üzere bölgede bulunan okullarda ağız ve diş sağlığı alanında eğitimler verilerek öğrencilere malzemeler dağıtılmaktadır. Bu konuda 251 engelli vatandaşa da belirli zamanlarda ağız ve diş sağlığı tetkikleri yapılmıştır.

Bir başka Sağlık hizmet sunum alanı ise iş sağlığı ve güvenliği ile ilgilidir. Antalya Büyükşehir Belediyesi, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nu esas alarak ileriye de düşünerek yaşanabilecek iş kazalarını önlemek ve az sayıda yaşanmasını sağlamak amacıyla geçmişten günümüze bazı Çalışmalar yürütmüştür. Belediye’ye ait olan yeni veya önceden bulunan işletmeler incelenerek bazı risk ve tehlikeler ortaya konularak, toplam 189 tane Risk Değerlendirilmesi ve İnceleme konusunda raporlar oluşturulmuştur. İş Sağlığı ve Güvenliği alanında önem verilen konulardan olan eğitim konusunda da bazı Çalışmalar yürütülmüştür. Bu alanda belediye Çalışanlarına Sağlık, teknik, itfaiye ve hukuki boyutlarda her personel için 16 saatten oluşan bilgilendirmeler yapılmıştır (Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 171).

Bir başka Sağlık hizmet sunum alanı ise mezar ve defin alanında sağlanan hizmetlere yöneliktir. Antalya ilinde yer alan mezarlıkların bakımları, onarımları ve temizliklerinin sağlanması amacıyla toplamda 2392 adet mezarlığa faaliyet götürülmüştür. 188 numarası aranarak Belediye personellerine ulaşan her vatandaşa yardımcı olunarak; mezarlıkların nakli ve yeni mezarlık ya da defin işlemleri ücretsiz olarak Büyükşehir Belediyesi tarafından sağlanmaktadır.

**Tablo 7:** Büyükşehir Belediyesi Tarafından Sağlanan Mezar-Defin Hizmetleri

Özellikler	İşlem Sayısı
Cenaze Defin Hizmetleri	7948
Cenaze Nakil İşlemleri ve Diğer İşlemler	678
Çeşme Hizmeti	26
Aile Mezarlık İşlemi	136
Verilen Mezarlıklar	115
Özel Cenaze Defin İşlemi	30
Cenazeyi Çıkarma İşlemi	8

Kaynak: Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 172.

Büyükşehir Belediyesi tarafından sunulan mezar-defin hizmetlerine bakıldığında en çok sağlanan hizmet; 7948 hizmet ile vatandaşların cenaze defin işlemleri sağlanmıştır. Antalya Büyükşehir Belediyesi mezarlık ve defin bölgeleri ile alakalı ise bazı ilçelerde Çalışmalarda bulunmaktadır. Bu ilçeler; Konyaaltı, Alanya, Kaş, Kemer, Kumluca, İbradı, Manavgat, Aksu, Gazipaşa, Serik, Korkuteli ve Elmalı ilçeleridir (Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 172).

Çalışma kapsamında incelenen ikinci belediye, Isparta Belediyesidir. Isparta Belediyesi kendi bünyesinde vatandaşlarına Sağlık hizmetleri sunarken bazı amaç, hedef ve performans ölçütleri belirlemiştir. Bunlara incelendiğinde Isparta Belediyesinin Sağlık hizmetleri sunarken amacı, vatandaşların Sağlıklarının korunması ve Sağlık konusunda halkın bilinçli hale ulaştırılması için eğitim çalışmalarına önem verilmesi şeklinde tespit edilmiştir. Diğer taraftan hedefi ise sürdürülebilir bir şekilde hizmet sunabilmek adına toplumsal çevrenin ve halk sağlığının korunması ayrıca vatandaşlar arasında ekolojik denge unsurunun sağlanması şeklinde gözlemlenmiştir. Çağdaş hayat şartlarıyla bağlantılı bir halk ve toplumsal çevre sağlığı adına etkin bir şekilde Sağlık hizmeti sunulması için faaliyetlerde bulunulması, Isparta Belediyesinin performans anlamında amacı olarak kamuoyu ile paylaşılmıştır.

Isparta Belediyesi performans verileri anlamında 2017, 2018 ve 2019 yılına ait bazı verileri paylaşmıştır. Bu veriler Tablo 8’de yer almaktadır.

**Tablo 8:** Isparta Belediyesi Tarafından Sunulan Performans Verileri

<b>Performans Verileri</b>	<b>2018 Yılı Hedefi</b>	<b>2018 Yılı Gerçekleşen</b>
<b>Muayene Edilen Hasta Adeti</b>	700	406
<b>Ekonomik Durumu İyi Olmayan Vatandaşlara Sağlık Yardımı</b>	100	166
<b>Laboratuvar Hizmetleri</b>	800	984
<b>İl ve İl Dışı Ambulans ile Hasta Nakli</b>	300	2311
<b>Belediye Çalışanlarına Verilen İtme ve Tarama Uygulaması</b>	Bir defaya mahsus bütün Çalışanlara 2013 senesinde uygulanmıştır. Günümüzde tam teşekküllü hastanelerde bu hizmet sağlanmaktadır.	
<b>6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununca Çalışanlara İkyardım Alanında Sertifika Sağlanması</b>	Çalışanlara bu sertifika 2010 yılında sağlanmıştır. Tekrar verilmesi adına uygulamalar yapılmaktadır.	
<b>Çalışanlara hastalık bulaşmaması adına Hepatit A ve B aşılarının sağlanması</b>	Bu uygulama Isparta Belediyesinde Çalışanlara 2013 yılında uygulanmıştır.	

Kaynak: Isparta Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 208.

Isparta Belediyesi 2019 yılında Sağlık alanında kaynak ihtiyaçları için bütçeden bazı miktarlar ayırmıştır (Bkz. Tablo 9).

**Tablo 9:** Isparta Belediyesi Sağlık Alanında Yapılan Çalışmalara İlişkin Veriler

Isparta Belediyesi Sağlık Alanında Çalışmalar		
	2018 Yılı Hedefi	2018 Yılı Oluşan
Sağlık İşleri Müdürlüğü Çalışmalarında vatandaşlara iyi hizmet verebilmek adına mal ve araç-gereç alımı	52.000	44.647,06
Müdürlüğün hizmetleri sunarken tıbbi ve medikal malzeme alımı	40.000	14.945,04
SGK'ya bağlı olmayan gelir durumu kötü olan vatandaşlara Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında oluşan ilaç giderleri	40.000	-
Yapılacak olan hastane ve kreş ilanında oluşan uzman maliyetleri	107.000	7.139,00
Personellere İkyardım sertifikasının verilmesinde oluşan giderler	20.000	-
Oluşturulan İş Sağlığı ve Güvenliği kurumunun ve Sağlık İşleri biriminin bakım ve onarımında oluşan maliyetler	74.000	13.575,90
İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışanının giderleri	7.000	2.937,13
6331 sayılı Kanun gereği Çalışanların Sağlık muayenelerinin sağlanması	20.000	21.058,38
Sağlıkla ilgili bir merkez ve hastane inşa edilmesi	19.010,00	862.379,56
Çocuklara yönelik kreş yapımı	300.000	-
<b>Toplamda Oluşan Giderler</b>	<b>1.670.000</b>	<b>966.682,07</b>

Kaynak: Isparta Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 209.

Isparta Belediyesinin 2018 yılı kaynak gereksinimi TL Bazında toplamda gerçekleşen miktar 966.682,07 TL'dir. Belediyenin kaynak gereksinimi Açısından 2018 yılında en fazla tutar ayırdığı kısım 862.379,56 TL ile Sağlıkla ilgili bir merkez ve hastane inşa edilmesi konusunda gerçekleşmiştir. Belediyenin Sağlık İşleri Müdürlüğü Çalışmalarında vatandaşlarına iyi hizmet verebilmek adına mal ve araç-gereç alımı ise 44.647,06 TL ile ciddi bir tutar olarak göze çarpmaktadır (Isparta Belediyesi Faaliyet Raporu, 2018: 208-209).

Çalışma kapsamında incelenen üçüncü belediye, nüfus kapasitesi Antalya ve Isparta illerine göre daha düşük düzeyde bulunan Burdur Belediyesidir. Burdur Belediyesi 2017 yılı Faaliyet Raporu incelendiğinde; direkt Sağlık alanında bir birim ve müdürlük bulunmadığı tespit edilmiştir. Ancak Burdur Belediyesi de Sağlık alanında bazı hizmetler Açısından incelemeye tabi tutulacaktır.

Burdur Belediyesinin evde Sağlık hizmetleri kapsamında açık bir hizmet sunumu bulunmamaktadır. Ancak Burdur Belediyesi 27 Şubat 2015 yılında, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve İl Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü ile imzalanan bir çalışma yürütmüştür. Bu Çalışma ile hedeflenen; 29280 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair yayınlanan yönetmelik baz alındığında, evde Sağlık hizmetleri ve sosyal bakım alanda hizmet sunulmasının birliktelik içerisinde sağlanması hedeflenmiştir. Evde Sağlık Hizmetleri ihtiyacı olan bireylere, Sağlık ve gıda ihtiyaçlarının belediye tarafından sağlanması ve kendi ihtiyacını kendisi göremeyen bakıma ihtiyaç duyan vatandaşlara da İl Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü tarafından hizmet sunulması hedeflenmiştir (Burdur Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, 2015).

En son olarak ise Batı Akdeniz illeri olan Antalya, Isparta ve Burdur belediyelerinin sunduğu Sağlık hizmetlerinin bazı boyutlar üzerinden bir Karşılaştırması yapılacaktır.

**Tablo 10:** Belediyeler Arası Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması

Sağlık Hizmetleri	ANTALYA B.B.	ISPARTA B.	BURDUR B.
Koruyucu Sağ. Hiz.	Var	Var	Var
Laboratuvar Hiz.	Var	Var	
Ayaktan Teş. Ve Ted. Hizmetleri	Var	Var	
Evde Sağ. Hizmetleri	Var	Var	Var
İlaçlama Hizmetleri	Var	Var	Var
Halk Sağlığı Hizmetleri	Var	Var	Var
Ağız ve Diş Sağ. Hizm.	Var		Var
Mezar ve Defin Hiz.	Var	Var	Var
İş Sağ. Ve Güvenliği Hizmetleri	Var	Var	

Kaynak: Araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

**Tablo 11:** İller Arası Bütçe ve Sağlığa Ayrılan Pay

İLLER	BÜTÇE	SAĞLIĞA AYRILAN MİKTAR	YÜZDE (%)
ANTALYA	3.210.000.000	26.213.000	%0,81
ISPARTA	620.000.000	20.281.000	%3,27
BURDUR	51.550.520,60	-	-

Kaynak: Antalya Büyükşehir Belediyesi 2018 Yılı Gider Bütçesi; Isparta Belediyesi 2018 Yılı Performans Programı; Burdur Belediyesi 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu.

İlk olarak hizmet sunum kapasitesi açısından Antalya Büyükşehir Belediyesi ciddi bir potansiyele sahip olduğu tespit edilirken Isparta Belediyesi ve Burdur Belediyesinin bu açıdan kapasitelerini attırmaları gerektiği belirlenmiştir. İkinci olarak teşkilat yapısı açısından Burdur Belediyesinin Sağlık hizmetleri alanında direkt bir birim veya müdürlüğe sahip olmadığı anlaşılmıştır. Bir diğer tespit, incelenen bu belediyeler kapsamında en kapsamlı Sağlık hizmeti sunan belediyenin, Antalya Büyükşehir Belediyesi olduğu, en dar kapsamlı olan belediyenin ise Burdur Belediyesi olduğu şeklindedir. Diğer bir tespite göre ise Antalya Büyükşehir Belediyesi koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerine daha fazla önem verdiğine ilişkindir. Bu bağlamda Tablo 10 ve 11'deki veriler incelendiğinde kapasite genişliği açısından Antalya, Isparta ve Burdur şeklinde bir sıralama yapılabileceği ifade edilebilir.

## SONUÇ

Türkiye'de yerel yönetim kuruluşlarının Sağlık, eğitim, ulaşım, sosyal hizmetler gibi birçok hizmet alanında etkili oldukları bilinmektedir. Bu çalışmada yerel yönetimler kapsamında Belediyelerin Sağlık hizmet sunumu konusunda odaklanılmış; Batı Akdeniz Bölgesi illeri Antalya, Isparta ve Burdur'da sağlanan Sağlık hizmetleri değerlendirmeye tabi tutulmuş ve bu belediyelerin sunduğu Sağlık hizmetleri ile karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda ilk önce Batı Akdeniz Bölgesinin (Antalya Büyükşehir Belediyesi, Isparta Belediyesi ve Burdur Belediyesi) Sağlık hizmet sunumları ortaya konulmuştur. Bu belediyelerin Sağlık hizmet sunumları incelendiğinde:

- Antalya Büyükşehir Belediyesinin ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri, tıbbi laboratuvar hizmetleri, evde Sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği Çalışmaları, mezar ve defin hizmetleri ve bazı hizmet alanları-projeleri kapsamında Sağlık hizmetlerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Antalya Büyükşehir Belediyesinin bu hizmetler içerisinde en yoğun ve kapsamlı hizmet sunum alanının, evde Sağlık hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri olduğu belirlenmiştir.
- Isparta Belediyesinin ise evde Sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, ambulans hizmetleri, Çalışanlarına iş sağlığı ve güvenliği alanında Sağlık hizmetleri sunduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Burdur Belediyesinin teşkilat yapısı açısından doğrudan Sağlık alanında bir birim veya müdürlüğe sahip olmadığı anlaşılmıştır. Bu doğrultuda belediyelerin Sağlık hizmet sunumuna ilişkin teşkilat yapılarında nüfus parametresinin de etkili olduğu ifade edilebilir.
- Batı Akdeniz Bölgesi Antalya, Isparta ve Burdur Belediyeleri Sağlık hizmetleri sunumları değerlendirildiğinde bu noktada en iyi belediyenin ‘‘Antalya Büyükşehir Belediyesi’’ olduğu görülmektedir. Bu açıdan Isparta Belediyesi ikinci sırada yer almaktadır. Burdur Belediyesi ise bu noktada son sırayı almaktadır.

Yerel yönetimlerde sunulan Sağlık hizmetlerinin incelendiği bu Çalışmada ulaşılan sonuçlar bağlamında bazı öneriler ifade edilebilir. Örneğin yerel yönetimlerin hizmette yerellik ilkesinden hareketle koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici Sağlık hizmetlerine daha fazla önem vermesi, kaynak ayırması ve teşkilatlanma Açısından kapasitesini güçlendirmesi gerekmektedir.

#### KAYNAKÇA

5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 23.07.2004 Tarih ve 25531 sayılı Resmi Gazete.

5393 Sayılı Belediye Yasası, 13.07.2005 Tarih ve 25874 sayılı Resmi Gazete.

Antalya Büyükşehir Belediyesi Gelir-Gider Bütçesi, Antalya Büyükşehir Belediyesi 2018 Yılı Gider Bütçesi, <http://www.antalya.bel.tr/Content/UserFiles/Files/2018%20%C3%96denek%20Cetveli-A-Gider.pdf>, Erişim Tarihi: 15.07.2019.

Antalya Büyükşehir Belediyesi Faaliyet Raporu, (2018), Mali Hizmetler Dairesi Başkanlığı Strateji Geliştirme Şube Müdürlüğü.

Bozkurt, Ö., Ergun T., Seriyi S., (1998), Kamu Yönetimi Sözlüğü, TODAİE Yayını No:283, Ankara, s. 258.

Burdur Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, (2015), ‘‘<https://burdur.ailevecalisma.gov.tr/haberler/evde-saglik-hizmetleri-protokolu-imzalandi>’’.

Burdur Belediyesi Sayıştay Denetim Raporu, Faaliyet Sonuçları Tablosu, (2015), s. 23, <https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2015/Belediyeler/BURDUR%20BELEDİYESİ.pdf>, Erişim Tarihi: 15.07.2019.

Çukurçayır, M. A., (2013), Yerel Yönetimler Kuram, Kurum ve Yeni Yaklaşımlar, Çizgi Kitabevi, 2. Baskı, s. 184.

Gözübüyük, Ş., (1971), Türkiye'nin İdari Yapısı, TODAİE Yayınları, 2. Baskı, Ankara, s. 121.

Isparta Belediyesi Performans Programı, (2018), s. 40, <http://www.isparta.bel.tr/uploads/26130f9d-fe9a-4e0d-ad8a-f63edd6f10bf.pdf>, Erişim Tarihi: 15.07.2019.

Isparta Belediyesi Faaliyet Raporu, (2018), s. 208-209.

Kavuncubaşı, Ş., (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, s. 35-46.

Keleş, R., (2012), Yerinden Yönetim ve Siyaset, Cem Yayınevi, İstanbul, s. 605.

Parlak, B. ve Ökmen, M., (2015), Yerel Yönetimler Kuram ve Uygulamada Küresel ve Ulusal Konular ve sorunlar, Ekin Yayınları, Bursa, 4. Baskı, s.1-2, ss. 177-199.

Tortop, N., Aykaç, B., Yayman, H., Özer, M.A., (2006). Mahalli İdareler, Nobel Yayın, Ankara, s. 514.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (1982), 09.11.1982 Tarih ve 17863 sayılı Resmi Gazete.

## STUDY ON DETERMINING THE QUALITY PERCEPTIONS OF SELÇUK UNIVERSITY MEDICAL FACULTY STUDENTS

Mehmet YORULMAZI  
Ahmet EKİZER<sup>2</sup>

### ABSTRACT

While being evaluated as increasing the level of health, today quality of health covers all the elements used in service provision, it is evaluated not only as a medical but also as a whole in terms of administrative, financial and social aspects. The concept of quality has undoubtedly been one of them is important terms affecting our lives in cultural, political, financial and social fields. Although there are many definitions of quality, the three main elements of quality concept are remarkable; the first is the continuous development, the second is the customer (patient) focused movement and finally the total approach. The health sector is a service-oriented sector. Service quality is important in health service delivery. Although there are many variables in the quality of service provision, two variables come to the fore. The severable are; perceived quality and expected quality concepts. Perceived quality is the value obtained from the service received by the patient or the customer at the end of the service. Expected quality is the best health service that the patient wants to get in the minds before receiving the service. Based on the perceived quality, this study investigated the quality perception of the newly recognized health institutions in the field of health. In this study, the quality perception of health services of medical faculty students who have not been included in the profession and have been educated have been tried to be measured.

**Keywords:** *Quality in Health, Quality Perception, Quality in Healthcare*

### 1.Giriş

Kalite ve hizmetin özel ve kamu sektörü için sorun olarak görülmeye başlaması 1990'lı yıllardan itibaren (Usta & Memiş, 2010). Türkiye ve dünya ekonomisi içerisinde hizmet sektörü payının artması, ortalama yaşam süresinin neredeyse bütün dünya ülkelerinde yükselmesi ek olarak bu ilerlemeler doğrultusunda Sağlık alanındaki teknolojik gelişimin sürekliliği ve ekonomik olarak büyüme eğiliminde olması bu alanda sağlanan hizmetin kalitesinin önemini artırmaktadır (Yağcı & Duman, 2006).

Sanayi ve bilgi çağları arasındaki en belirgin özelliklerden biri, bilgi çağında hizmet sektörünün ekonomik yönden etkinliğini ve büyüklüğünü artırmasıdır. Hizmet sektörü, hizmetin oluşturulması ve alıcıya sunulması bakımından sanayi sektöründen ayrı özellikleri mevcuttur (Zerenler & Öğüt). Hizmet, herhangi bir sahiplik ile sonuçlanmayan, esasen maddiyat ile ilgili olmayan, bir tarafın diğerine göstermiş olduğu faaliyetler veya fayda olarak tanımlanması yapılmaktadır (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, & Erdem, 2007).

Sağlık alanında verilen hizmet %100 güvenilirlikle sunulmalıdır. Bir diğer deyişle, bu alanda verilmekte olan hizmetin çeşitli hizmet alanlarına kıyasla daha kaliteli olması gerekmektedir. Sağlık sektörü hizmet sunucuları nitelik ve güvenilirlik açısından çok önemlidir çünkü bu alanda sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgilidir (Bircan & Baycan, 2004). Hizmetlerin herhangi bir yöntemle kayıt altına alınamamakta, saklanamamakta, görsellik, nesnellik veya sahiplik ilişkisi bulunmamaktadır. Bunun sebebi ise hizmetlerin soyutluk özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Papatya, Papatya, & Hamşioğlu, 2012). Hizmetlerin soyutluk özelliğinden dolayı tüketicilerin hizmeti satın almadan önce alacağı hizmetin kalitesini de değerlendirilmesini yapmakta zorlanmaktadır (Devebakan & Aksaraylı, 2003).

Bir şeyin iyileştirilebilmesi için ölçülmesi gerektiğinden hizmet kalitesini ölçme, bu alanda öncelik verilmesi gereken konuların başında bulunmaktadır (Bircan & Baycan, 2004). Çalışanlar hastane veya diğer hizmet sunan işletmelerde sunulan hizmet kalitesinin ana belirleyicileridir. Hastanelerde tıbbi, teknolojik ve fiziksel özellik önemli olmasının yanında, hastanelerin başarısı genellikle insan faktörüne bağlı olmaktadır (Kıdak & Aksaraylı, 2009).

Hizmetler soyut olduklarından dolayı, hizmet kalitesi de soyut bir yapıdadır. Bu sebeple, hizmet kalitesi terimi yerine “algılanan hizmet kalitesi” kavramı kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi, bireylerin

<sup>1</sup>Doktor Öğretim Üyesi, Selçuk Üniversitesi, E-mail: mtyorulmaz@hotmail.com

<sup>2</sup>Daire Başkanı, Selçuk Üniversitesi, E-mail: ahmetekizer@hotmail.com



hizmeti almadan önce olan beklentileri ile almış olduğu esas hizmet deneyiminin Karşılaştırmasının bir sonucu olup, bireylerin hizmetten bekledikleri ile algılanmış olan deneyim arasındaki farklılığın derecesi ve yönü şeklinde ele alınmaktadır (Usta & Memiş , 2010).

Hizmet kalitesinin tatmin olmasına giden esaslı yol hizmeti alan müşterilerden geçmektedir. Müşterilerden alınan geri bildirimler (öneriler, tepkiler, şikâyetler, beklentiler) işletmeye yol gösterici olmaktadır (Sevimli, 2006). Bu nedenle hizmet kalitesi için önemli unsurların başında hizmeti alan tüketiciler gelmektedir. Müşteri beklentileri ve ardından gerçekleştirdikleri algıları hizmetin kalitesini belirlemektedir. Beklenen karşılanabilmiş ise yüksek kalite, beklenti algılanandan fazla ise düşük kalite söz konusudur (Bircan & Baycan , 2004).

Çeşitli ülkeler Sağlık hizmeti kalitesinin geliştirilebilmek amacıyla TKY (Toplam Kalite Yönetimi) uygulamaktadırlar (Doğan & Kaya, 2004). Herhangi bir ihtiyacı giderebilecek özellikteki ürün ve hizmetlerin içerdiği nitelikler kalite sayılırken TKY sürekli kalite ve müşteri odaklı iyileştirme için sistemli ve stratejik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Ovayolu & Bahar, 2006). Türkiye de Sağlık hizmetleri kalitesine ve TKY'ne her geçen yıl daha fazla önem vermektedir. Sağlık bakanlığı bu alanlardaki Çalışmalarına hız vermektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan hastaneler Türkiye'de bulunan toplam hastanelerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır (Doğan & Kaya, 2004).

TKY daha verimli ve etkili bir şekilde hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek için modern yönetim araçlarını ve yönetsel felsefe metotlarını kullanmaktadır (Can, 2008). Kavramı oluşturan sözcükler içerisindeki 'toplam' kelimesi, kalitenin bütün işlerde, süreçlerde ve herkesin katılımı ile sağlanabilir bir yapıda olmasını belirtmektedir (İpek, 2010). Toplam kalite yönetimi kavramı üzerine çok sayıda yaklaşım bulunmaktadır ve bu kavramı üç esas prensibe dayandırılmaktadır. Bu prensipler; sürekli gelişim, müşteri odaklılık ve bütünleyici yaklaşımdır (Arpat, Şaşmaz, & Yürekli, 2014).

Hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla birtakım göstergeler kullanılmaktadır. Bu göstergelerden yaygın bir biçimde kullanılanlardan bir tanesi SERVQUAL kısaltmalı Zeithaml, Bery ve Parasuman tarafından geliştirilen modeldir (Zerenler & Ögüt). SERVQUAL göstergesinde hizmet kalitesini belirleyen unsurlar beş boyutta toplanmışlardır. Bu boyutlar; anında hizmet, güven telkin etme, gözle görülür imkânlar, müşteriye tanıma-anlama ve doğru - güvenilir hizmettir (Varinli & Çakır, 2004).

Bulduğumuz yüzyılda kültürel, siyasal, finansal ve sosyal alanlarda hayatımızı etkileyen terimler arasından en önemlilerinden biri de şüphesiz kalite kavramı olmuştur. Kalite toplum-birey-örgüt dinamiklerinin ve devamlı başarının ana faktörü olarak karşımıza çıkmakta ve bir hayat tarzı olarak önerilmektedir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, & Erdem , 2007). Dinamik bir özelliğe sahip olan kalite kavramı, bir hizmet veya ürünün belirlenen veya oluşabilecek ihtiyaçları giderebilecek yeteneklere dayanan niteliklerin toplamıdır (Demirbilek & Çolak, 2008).

Kalite kavramı, "müşteri beklentileri ile isteklerinin giderilmesi" şeklinde değerlendirildiğinde müşteri algılayışlarını ve beklentilerini odak nokta olarak almaktadır. Herhangi bir hizmetin kaliteli olarak belirlenebilmesi için tüketici beklenti ve isteğini karşılaması, başka bir deyişle tüketiciyi tatmin etmesi gerekli görülmektedir (Demirbilek & Çolak, 2008).

Bu açıklamaya benzer nitelikteki bir diğer açıklamada hizmet kalitesi iki adet değişkenle ilişkilidir. Bu değişkenler; algılanmış kalite ve beklenen kalitedir. Algılanmış kalite, hastanın veya müşterinin hizmet sonunda gösterilen hizmete olan duygularıdır. Beklenen kalite kavramı ise, hastanın çevresinden duymuş olduğu duyular veya önceden yaşamış olduğu deneyimlerdir (Gülmez & Kitapçı, 2008).

Türkiye'de Sağlık hizmeti kalitesinin devamlı ilerlemesi ve bu kalitenin sağlanabilmesi için kalite değerlendirme uygulamaları ve akreditasyon Çalışmaları mevcuttur. Esas olarak Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde Sağlık hizmetlerinde akreditasyon uygulamalarını sağlamak amacıyla Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü kurulmuştur böylelikle Sağlık hizmetleri akreditasyonu ve kalite Çalışmalarına farklı bir perspektif kazandırılmıştır (Kayral, Beylik, & Orhan, 2016).

Kalitede standart terimi, belirli hastalıkların tedavisiyle ilişkili üzerinde mesleki uzlaşmaya varılmış, gerçekleştirilebilir ve arzulanabilir başarı derecesi olarak tanımlanmaktadır (Can, 2008). Türkiye'de Sağlık hizmeti kalitesini belgelendirebilmek için hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü'ne TS-EN ISO 9000 belgesi alabilmek için başvuru yapmaktadırlar. ISO 9000 serisindeki kriterler ülkemizde sık bir şekilde kullanılmaktadır (İpek, 2010). 1979 senesinde 10 gözlemci ve 20 üye ülkenin katılımıyla Amerika,

Japonya, İngiltere ve Kanada standartlarından yararlanılarak oluşturulmuştur ve uygulamaya geçmesi ise 1987 senesinde gerçekleşmiştir. Ülkemizde de bu standartların kullanılması yaygındır(Can, 2008).

Hasta Açısından kalite kavramının tek bir anlamı yoktur. Hastanın kalite beklentisi iki boyutta kendini göstermektedir. İlk olarak; hastanın kabul edeceği kalite boyutu ve arzuladığı kalitedir. Bunların dışında hasta Açısından kalite zamanla sektörel bir şekilde değişebilmektedir. İkincisi; hizmeti aldıktan sonraki algısı ve hizmeti almadan önce hastada bulunan beklentilerdir. Bu durum hastanın hizmet kalitesi üzerindeki genel düşüncesini belirlemektedir(Papatya, Papatya, & Hamşioğlu, 2012).Bir ampirik Araştırmada hastane hizmetlerinde hastaların hizmet kalitesini değerlendirmek için kullandıkları niteliklerin önemi üzerinde durulmuştur. Carman (2000) hizmet kalitesi olgusunu bir çeşit tutum olarak ele almıştır. Carman, Gronroos'un (1990) kalite üzerine yapmış olduğu tanımlamadan esinlenerek hizmet kalitesini teknik ve işlevsel nitelikler diye adlandırdığı iki tür nitelikten oluştuğu fikrini ortaya atarak bu özelliklerin hizmet kalitesi değerlendirilmesinde ağırlıkların ve etkileşimlerin üzerine Çalışmıştır. Teknik özellikler hizmetin sonuçlarıyla ilgili niteliklerden oluşurken, işlevsel özellikler hizmet sunumu ile ilgili niteliklerden meydana gelmektedir (Yağcı & Duman, 2006).

Ülkemizde özel Sağlık işletmelerinin sayısı artarak devam etmektedir. Bu artış Sağlık işletmeleri arasında kıyasıya bir rekabet ortamının yaşanmasına ve bununla beraber daha kaliteli bir şekilde hizmet sunumunun gerekliliğine neden olmaktadır. Çünkü Sağlık hizmeti sunumunun kaliteli bir biçimde sunulması bireyleri ve toplumları güçlü bir biçimde etkilemektedir(Papatya, Papatya, & Hamşioğlu, 2012). Tüm bunların yanında mevcut hizmet sektörlerinin ülke ekonomileri içerisindeki durumu, kalkınmışlığın bir göstergesi halinde kendini göstermektedir. Geçtiğimiz son otuz senelik süreç içerisinde hizmetler sektörünün dünya ekonomileri içerisinde hızlı bir artış gösterdiği görülmektedir(Devebakan & Aksaraylı, 2003). Örneğin 1970'li yıllardan günümüze ABD işverenlerinin sayısında %60'lık bir artış görülürken Japonya'da ise bu oranın %40 olduğu görülür. Tüm bu gelişmeler önceleri üretim sektöründe uygulanan kalite faaliyetlerinin hizmet sektöründe de hayata geçirilmesini gerekli kılmaktadır (Devebakan & Aksaraylı, 2003).

Hastaneler sadece yaralı ve hasta kişileri tedavi sunmakla kalmayıp tedavi edici hizmetlerin dışında da birey ve toplumlara hizmet sunduğundan dolayı bireysel ve toplumsal Sağlık üzerinde çok etkili kurumlardır. Hastaneler, hareketli ve sabit olmayan bir ortamda, almış oldukları girdileri dönüştürme aşamalarından geçirerek, çıktılarının büyük bir kısmını yeniden aynı ortama veren, geribildirim mekanizması olan sistemlerdir(Sevimli, 2006).Türkiye'de hizmet veren toplam hastane sayısı 1.528'dir. Bu hastanelerden 866 tanesi kamu, 556 tanesi özel ve 69'u da üniversite hastaneleridir. Hastaneler toplamda 206.836 yatakla hizmet sunmaktadırlar. Bu yapı içerisinde 2014 senesinde tabiplere başvuru sayısı 644 milyondur. Bu başvuruların içerisinde de birinci basamak Sağlık hizmetlerine 219 milyon başvuran olurken, geriye kalan sayı ise ikinci ve üçüncü basamak Sağlık hizmetlerine yönelik olmuştur. Başka bir deyişle senede kişi başı ortalama 8,3 defa tabibe başvuru gerçekleşmekte. Türkiye'de 135.000'i tabip olmak üzere toplamda 760.000 Sağlık sektörü Çalışanı hizmet sunumunu sağlamaktadır (Kayral, Beylik, & Orhan, 2016). Bu özelliklerinden dolayı da Sağlık hizmetleri ayrı bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmetleri bireylerin ruhsal, fiziksel ve toplumsal açıdan sağlığının muhafaza edilmesi, iyileştirilmesi ve bunun devamlılığının sağlanarak toplum mutluluğunun ve refahının geliştirilmesi amaçlı sunulan hizmetlerdir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, & Erdem , 2007).Sağlık hizmetlerinin esas gayesi, toplum ihtiyacı olan çeşitli Sağlık hizmetlerini, hastanın istemiş olduğu kalitede, zamanda ve sunulabilen en düşük maliyetle sunabilmektir(Papatya, Papatya, & Hamşioğlu, 2012).

Sağlık hizmetlerinde kalite, yalnızca Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar bakımından değil, hükümetler nezdinde de önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerinin kaliteli olması insanları daha mutlu ve Sağlıklı yapacağından hükümetlerin hem seçimlerde oy alabilmelerine hem de Sağlık hizmetlerinde gerçekleşen harcamalarda azalmaya olanak sağlayacaktır(Dursun & Çerçi , 2004).Sağlık hizmeti kalitesinin tarihsel süreç içinde birçok tanımı yapılmış ve bu tanımlar, tanımı yapanın bakış açısı ve yaklaşımına göre farklı bir kavramı ele almıştır.

Günümüzde Sağlık hizmet kalitesi hakkında şüana kadar kesin bir tanımlama yapılamamasına rağmen konu hakkında yapılan tartışmalarda hizmeti alanların kültürel, finansal ve sosyal yönden tatmin olma konularında yoğunlaştıkları belirtilmektedir(Devebakan, 2006). Örneğin, İngiltere'deki National Health Service (NHS)'e göre, Sağlık hizmetlerinde kaliteyi "doğru işleri doğru kişilere doğru anda uygulamak ve ilk defasında yapılan şeyi doğru bir şekilde yapmak" olarak tanımlamaktadır. ABD de ise Sağlık

Enstitüsü kaliteyi “bugünkü bilgilere uygun bir şekilde, bireylerin veya toplumun Sağlık hizmeti seviyelerini arzulan Sağlık hizmeti sonuçlarına ulaştırmak ” şeklinde belirtmektedir (Arpat, Şaşmaz, & Yürekli, 2014).

Bunlara ek olarak, Christian Gronroos hizmetin toplam kalitesi ile bağlantılı üç temel boyuttan söz etmektedir. Bu boyutların isimleri şöyledir; firma imaj, teknik kalite ve fonksiyonel kalite (Devebakan & Aksaraylı, 2003). Lehtinen de benzer şekilde hizmetin kalitesini üç ayrı boyutta incelemiştir. Lehtinen’e göre bu boyutlar; firma kalitesi, fiziksel kalite ve etkileşim kalitesi şeklindedir (Devebakan & Aksaraylı, 2003). Kalitenin kişiler arası iletişim yönü; hastayla iletişimde olan tabip, yardımcı personel veya hemşire gibi Sağlık hizmeti sunucularının cana yakınlığı, dostça yaklaşımları vb. nitelikleri temsil etmektedir. Teknik yönü; tıbbi bilim ve bilginin herhangi bir Sağlık probleminin tedavisinde veya teşhisinde ne derece iyi meydana getirildiğini belirtmektedir. Konfor yönü ise, hastanede sunulan imkanlar ve bu sunulan imkanların konfor dereceleri gibi nitelikleri ifade etmektedir (Varinli & Çakır, 2004). Sasser, Olsen ve Wkckoff (1978) yukarıdaki Çalışmacılar ile benzer bir şekilde hizmet kalitesi boyutları olarak üç boyut üzerine açıklama yapmıştır. Bunlar; materyal düzeyi, personel düzeyi ve tesisler düzeyi boyutlarıdır. Son olarak Sağlık sektörü hizmetlerinin kalitelerinin belirlenebilmesi için önem verilmesi gereken değişiklikler yedi esas başlık altında toplanmıştır. Bunlar verimlilik, Etkenlik, yasallık, eşitlik, optimal olma, etkililik ve kabul edilebilirliktir. Bu kavramlar ayrıca Sağlık hizmetlerinin kaliteli olup olmadıklarını da belirlemeye yardımcı olan esaslı nitelikler olarak da kabul edilmektedirler (Can, 2008). Tüm bunlar göz önüne alındığında hizmetin, kalitenin, Sağlık hizmetlerinde kalitenin ne kadar önemli faktörler olduğu açığa çıkmaktadır. Tüm bunlara bağlantılı bir şekilde Sağlık hizmeti sunucuları tüm bu faktörlerin merkezinde olan bir etkidir.

Ayrıca üniversite hayatı insanların hayatlarında esaslı değişikliklerin gerçekleştiği bir dönemdir. En önemlisi ise üniversite okumaya hak kazanan öğrencilerin genelde ilk kez ailelerinde ayrı bir şekilde bu sürece katılmalarıdır. Bir diğer önemli konu ise bu süreç süresinde kazanılan alışkanlıklar bireylerin bu süreç sonundaki hayatlarına da rehberlik etmektedir. Bu nedenle geleceğin hizmet sunucuları, tabipleri olacak olan tıp fakültesi talebelerinin hayat biçimlerinin sağlıklı olup olmadığının belirli olması toplumu da etkileyebilir bir özellikte olduğundan dolayı büyük bir öneme sahiptir (Şimşek, et al., 2012). Bu çalışmada amacımız Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2018-2019 öğretim yılında eğitim görmekte olan öğrencilerin Sağlık hizmetlerinde kalite algılarını belirlemektir (Şimşek, et al., 2012).

## 2. Gereç ve Yöntem

Daha önce kullanılan ve geçerliliği ortaya konulmuş, Bayer ve Baykal (2018) tarafından geliştirilen kalite algı ölçeğidir ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; Yönetim ve Liderlik, İnsan Kaynakları Kullanımı, Kalite Eğitimi, Ölçme ve Değerlendirme, Kurum Yararı, Çalışan Yararı ve Hasta Yararı boyutlarıdır. Geçerliliği ortaya konulmuş ölçeğin yapılacak örnekleme göre doğrulanması gerekmektedir. Bu boyutlar için veri girişi, güvenilirlik ve diğer analizler Jamovi 0.9.6.9 istatistik paket programı ile hesaplanmıştır.

### 2.1. Bulgular

**Tablo 1.** Araştırma Sonucu Elde Edilen Bulgular

Cinsiyet	n	%
Kadın	129	61.7 %
Erkek	80	38.3 %
Sınıf	n	%
1. Sınıf	37	17.7 %
2. Sınıf	110	52.6 %
3. Sınıf	38	18.2 %
4. Sınıf	6	2.9 %
5. Sınıf	18	8.6 %
Daha önce hastanede Çalışma durumu (Staj da dahil)	n	%
Evet	27	12.9 %
Hayır	182	87.1 %

Katılımcıların %61,7’si (129) erkeklerden, %38,3’ü (80) ise kadınlardan oluşmaktadır. Anket uygulanan katılımcıların büyük çoğunluğunu 2. sınıf öğrencileri oluşturmakta olup %52,6’sını, geriye kalan

%47,4'lük oran ise diğer sınıflardan katılan öğrencileri temsil etmektedir. Katılımcıların %87,1 gibi büyük çoğunluğu daha önce hastanede staj dahi olsa Çalışmadığı, sadece %12,9'luk oran hastanede Çalışmış ya da staj yaptığı görülmektedir.

## 2.2.Güvenilirlik Analizi

**Tablo 2.** Güvenirlik Analizi

Kalite Algı Ölçeği	Ortalama	Cronbach's $\alpha$	İfade Sayısı
	3,56	0,967	70
Yönetim ve Liderlik	3,60	0,872	12
İnsan Kaynakları Kullanımı	3,56	0,878	14
Kalite Eğitimi	3,40	0,765	5
Ölçme ve Değerlendirme	3,54	0,769	7
Kurum Yararı	3,58	0,849	10
Çalışan Yararı	3,64	0,839	8
Hasta Yararı	3,54	0,881	14

Araştırma verilerinin analizinde ilk olarak ölçeğin güvenilirlik testi (Cronbach Alfa Katsayısı) bulunmaktadır. Güvenilirlik ölçme aracını oluşturan ifadelerin ya da ölçeğin alt boyutlarını oluşturan ifadelerin hepsinin aynı konuyu/boyutu ölçüp ölçmediğini test etmektedir. Cronbach Alpha katsayısı; ölçekte yer alan sonuçların varyansları toplamının, ölçeğin genel varyansına oranı ile elde edilmektedir. Bu yöntem kullanılarak ölçeğin ne kadar güvenilir olduğu test edilmiştir.Cronbach Alfa Katsayısı yönteminde katsayı, 0 ile 1 arasında değişim göstermektedir. Cronbach's Alfa Katsayısı 0.80-1.00 aralığında olduğundan, anketin genel güvenilirliğinin yüksek derecede olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 3.** Cinsiyete göre Analiz (IndependentSamples t testi)

Ölçek ve Alt Boyutları	Grup	N	Ortalama	Ortanca	SS	SH	p
Toplam Kalite Algısı	Kadın	129	247.5	245	32.45	2.857	0.335
	Erkek	80	252.4	257.5	40.17	4.491	
Yönetim ve Liderlik	Kadın	129	42.8	43	6.34	0.558	0.298
	Erkek	80	43.9	44	7.87	0.879	
İnsan Kaynakları Kullanımı	Kadın	129	49.7	49	7.85	0.691	0.637
	Erkek	80	50.2	51	8.79	0.982	
Kalite Eğitimi	Kadın	129	17	17	3.08	0.271	0.749
	Erkek	80	17.1	17	3.67	0.41	
Ölçme Değerlendirme	Kadın	129	24.9	25	3.52	0.31	0.475
	Erkek	80	24.5	25	4.69	0.524	
Kurum Yararı	Kadın	129	35.5	36	5.78	0.509	0.32
	Erkek	80	36.4	37	6.65	0.743	
Çalışan Yararı	Kadın	129	29	29	4.74	0.417	0.753
	Erkek	80	29.3	29.5	5.92	0.661	
Hasta Yararı	Kadın	129	48.6	48	7.47	0.658	0.031*
	Erkek	80	51.1	52	8.75	0.979	

\*p<0,05 (İstatistiksel anlamlılık değeri)

IndependentSamples t testi ile yapılan analize göre, hasta yararı alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Erkeklerin ortalaması (51,1) kadınların ortalamasından (48,6) daha yüksektir. Erkek öğrencilerin hasta yararını düşünmeleri kadın öğrencilerden daha yüksektir denilebilir. Diğer alt boyutlar ve toplam kalite algısında herhangi anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir (p>0,05).

**Tablo 4.** Sınıf Düzeyine Göre Farklılık Analizi (One-WayAnova)

Ölçek ve Alt Boyutları	Grup	N	Ortalama	SS	SH	SD	p	F
Toplam Kalite Algısı	1. sınıf	37	261.9	39.78	6.540	4	0.147	1841
	2. sınıf	110	244.3	36.06	3.438			
	3. sınıf	38	246.9	29.44	4.775			
	4. sınıf	6	249.3	23.23	9.482			
	5. sınıf	18	259.9	33.51	7.899			
Yönetim ve Liderlik	1. sınıf	37	44.9	8.09	1.331	4	0.088	2228
	2. sınıf	110	42.4	6.73	0.642			
	3. sınıf	38	42.1	6.67	1.082			
	4. sınıf	6	44.3	3.33	1.358			
	5. sınıf	18	46.4	6.31	1.487			
İnsan Kaynakları Kullanımı	1. sınıf	37	52.5	9.1	1.497	4	0.045*	2774
	2. sınıf	110	48.5	8.12	0.774			
	3. sınıf	38	49.6	7.06	1.146			
	4. sınıf	6	48	6.87	2.805			
	5. sınıf	18	54	7.57	1.784			
Kalite Eğitimi	1. sınıf	37	17.4	3.22	0.529	4	0.893	0.273
	2. sınıf	110	16.8	3.28	0.313			
	3. sınıf	38	17.2	2.84	0.461			
	4. sınıf	6	17.5	4.23	1.727			
	5. sınıf	18	16.9	4.4	1.038			
Ölçme Değerlendirme	1. sınıf	37	25.3	4.33	0.712	4	0.887	0.282
	2. sınıf	110	24.6	4.09	0.39			
	3. sınıf	38	24.6	3.19	0.518			
	4. sınıf	6	24.5	2.07	0.847			
	5. sınıf	18	25.3	4.95	1.166			
Kurum Yararı	1. sınıf	37	37.8	6.47	1.063	4	0.243	1435
	2. sınıf	110	35	6.24	0.595			
	3. sınıf	38	35.9	5.77	0.936			
	4. sınıf	6	35.5	2.43	0.992			
	5. sınıf	18	36.7	5.75	1.355			
Çalışan Yararı	1. sınıf	37	31.3	6	0.986	4	0.011*	3984
	2. sınıf	110	28.3	4.75	0.453			
	3. sınıf	38	28	4.88	0.792			
	4. sınıf	6	29.2	7	2.857			
	5. sınıf	18	31.8	4.41	1.039			
Hasta Yararı	1. sınıf	37	52.6	8.8	1.447	4	0.22	1514
	2. sınıf	110	48.6	7.93	0.756			
	3. sınıf	38	49.6	6.82	1.106			
	4. sınıf	6	50.3	3.14	1.282			
	5. sınıf	18	48.7	9.81	2.313			

\*p<0,05

Yapılan One-Way ANOVA (Welch's yöntemi) analizi sonuçlarına göre insan kaynakları Kullanımı ve Çalışan yararı alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Post-Hoc testlerinden olan Games-Howell testi ile incelenmiştir. Gruplar arasındaki farkın kaynağını ortaya çıkarmak için yapılan düzeltme testine göre değişkendeki grup sayısı 5 olduğu için 10 karşılaştırma yapılmış olup p değeri 0,05/5=0,01 olarak bulunmuş ve Karşılaştırmalar p<0,01 değeri üzerinden yapılmıştır.

İnsan kaynakları Kullanımı alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık olmasına rağmen farkın kaynağı tespit edilememiştir (p>0,05). Ancak Çalışan yararı alt boyutunda gruplar arasında fark, 2.sınıf ve 5.sınıf (p=0,034) ile 3.sınıf ve 5.sınıf (p=0,041) arasındakaynaklanmaktadır (p<0,05). Bu sonuçlara göre insan kaynakları Kullanımı alt boyutunda beşinci sınıf öğrencilerin ortalaması en yüksek (ort=54),

dördüncü sınıf öğrencilerin ortalaması (ort=48) ise en düşüktür. Çalışan yararı alt boyutunda ise beşinci sınıf öğrencilerin ortalaması (ort=31,8) en yüksek iken üçüncü sınıf öğrencilerin ortalaması (ort=28) ise en düşüktür.

**Tablo 5.** Hastanede Çalışma Durumuna Göre Analiz (IndependentSamples t testi)

Ölçek ve Alt Boyutları	Grup	N	Ortalama	SS	SH	SD	p
Toplam Kalite Algısı	Evet	27	253.9	35.38	6.809	207	0.482
	Hayır	182	248.7	35.66	2.644		
Yönetim ve Liderlik	Evet	27	44.6	6.07	1.168	207	0.262
	Hayır	182	43	7.08	0.525		
İnsan Kaynakları Kullanımı	Evet	27	51.7	7.1	1.366	207	0.224
	Hayır	182	49.6	8.34	0.618		
Kalite Eğitimi	Evet	27	16.9	4.2	0.808	207	0.827
	Hayır	182	17	3.17	0.235		
Ölçme Değerlendirme	Evet	27	24.4	4.46	0.858	207	0.561
	Hayır	182	24.9	3.94	0.292		
Kurum Yararı	Evet	27	36.2	5.73	1.102	207	0.711
	Hayır	182	35.8	6.2	0.459		
Çalışan Yararı	Evet	27	30.3	5.5	1.059	207	0.218
	Hayır	182	28.9	5.16	0.382		
Hasta Yararı	Evet	27	49.9	8.28	1.593	207	0.838
	Hayır	182	49.5	8.05	0.596		

Daha önce hastanede Çalışma durumuna göre yapılan IndependentSamples t testi analiz sonuçlarına göre, ölçek ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p < 0,05$ ).

### 3. Tartışma ve Sonuç

Bu Araştırma Sağlık alanında önemi yeni fark edilen, Sağlık kurumlarının uygulamalarını yürütmelerinde önemli bir faktör olan ayrıca bu kurumların ekonomik gelirleri ile de yakından ilişkili olan Sağlık hizmetlerinde kalite algısını Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören öğrencileri ile yapılan anketler aracılığıyla belirlemek amaçlı yapılmıştır (Işık, 2016). Bu nedenle kalite algısını açıklamada esas rol oynadığı düşünülen birtakım alt boyutlar; Yönetim ve Liderlik, İnsan Kaynakları Kullanımı, Kalite Eğitimi, Ölçme ve Değerlendirme, Kurum Yararı, Çalışan Yararı ve Hasta Yararı üzerinde çalışılmıştır.

Çalışmamızda hasta yararı alt boyutlarında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Kalite algı ölçeğindeki diğer alt boyutlar ile toplam kalite algısı arasında herhangi bir anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir fakat erkek öğrencilerin hasta yararını düşünmeleri kadın öğrencilere oranla daha yüksek çıkmıştır denilebilir. Yapılan bir diğer analiz sonucuna göre ise insan kaynakları Kullanımı alt boyutu ile Çalışan yararı alt boyutları arasındaki ilişkide anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Bunlara ek olarak insan kaynakları Kullanımı alt boyutu içerisinde gruplar arasında (birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıf öğrencileri) farkın kaynağı tespit edilememiştir. Ancak Çalışan yararı alt boyutunda 2.sınıf ve 5.sınıf ile 3.sınıf ve 5. Sınıf arasından kaynaklı olduğu analiz sonucu tespit edilmişti. Bir diğer deyişle Çalışan yararı adlı alt boyuttaki farklılık bu gruplar arasında gerçekleşmiştir. İnsan kaynakları Kullanımı alt boyutunda beşinci sınıf öğrencilerinin ortalaması en yüksek iken dördüncü sınıf öğrencilerinin ortalaması en düşüktür. Çalışan yararı alt boyutunda da beşinci sınıf öğrencilerinin ortalaması yine yüksek değerde iken üçüncü sınıf öğrencilerinin ortalaması en düşük değerde gözlemlenmiştir. Bu bilgilere ek olarak gruplar ve hastanede Çalışma durumları göz önüne alındığında bu özelliğin ölçek ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark teşkil etmediği gözlemlenmiştir.

Ülkemizde Sağlık hizmetleri kalite algısı ile ilgili Çalışmalara çok fazla rastlanamamaktadır. Bu sebeple yapılan çalışma bulguları benzer Araştırma bulguları ile kıyaslanamamıştır (Devebakan & Paşalı, 2015). Fakat Araştırma konusu ile ilişkili olarak aşağıda birkaç Araştırma bulgusuna yer verilmektedir.

Flexner ve Berkowitz'in (1979) 1465 katılımcıyla gerçekleştirdikleri ve bu katılımcıları bağlı buldukları hekimi bulunanlar ve bağlı olduğu bir hekimi bulunmayanlar şeklinde ikiye ayırdığı Araştırmalarında da her iki grup da hastane belirlemede daha iyi muayene sunan hastanelere öncelik tanıdıklarını gözlemlenmişlerdir. Dolayısıyla hastanelerin Sağlık hizmeti sunumunda hizmetlerini tüketici

beklentilerini karşılayacak bir şekilde geliştirmeleri ve kaliteye değer vermeleri önemli bir faktör olarak kendini göstermektedir(Işık, 2016). Bu nedendir ki geleceğin Sağlık hizmeti sunularının kalite algılarındaki olumlu gelişim Sağlık hizmet sistemlerini de pozitif yönde etkileyecektir.

Başka bir çalışmada genel olarak hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi kavramını hastanelerde sağlık bakım standartlarını arttıracak geçici bir heves şeklinde algılamadıkları ve bu kavramın gelişir bir şekilde ilerleyeceğini düşündükleri tespit edilmiştir. Ayrıca yöneticiler toplam kalite yönetiminin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerde sunulan hizmeti geliştirecek bir yönetim aracı olduğuna inanmakta ve kalite kavramı üzerinde her hizmet sunucusunun sorumluluğunun bulunduğunu kabul etmektedirler(Doğan & Sıdika , 2004).

Kaliteyalgılama biçimi üzerine yapılan bir diğer çalışmada kalite kavramı ile arasında güçlü bir bağ bulunan hasta algısı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve algılanan Sağlık statüsü arasında anlamlı ilişkinin var olduğu tespit edilmiştir(Kaya, Yiğit , Peker , & Cankul, 2003).

Sonuç olarak öğrenci gruplarının hastanelerde tecrübe sahibi olup olmamaları onların kalite algılarına herhangi bir etkide bulunduğu tespit edilememiştir. Hasta yararı alt boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık söz konusu olmamıştır. Buna ek olarak toplam kalite algısı ile kalite algı ölçeğindeki diğer alt boyutlar arasında da herhangi anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Yine insan kaynakları Kullanımı alt boyutunda gruplar arası farkın kaynağı tespit edilememiştir. Bunların dışında Çalışan yararı ile insan kaynakları Kullanımı alt boyutları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışan yararı alt boyutunda 5.sınıf ile 2. ve 3. Sınıflar arasında farklılıklar gözlemlenmiştir. Çalışan yararı alt boyutunda 5. Sınıfların algı ortalamaları en yüksek düzeyde iken 3. Sınıfların ortalaması en düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. İnsan kaynakları Kullanımı alt boyutunda ise 5.sınıfların algı ortalamaları daha yüksek iken 4.sınıfların ortalamaları en düşüktür. Hasta yararı alt boyutunda ele edilen sonuçlara göre ise erkek öğrencilerin hasta yararını düşünmeleri kadın öğrencilere kıyasla daha yüksek çıkmıştır denilebilmektedir.

#### **KAYNAKÇA**

Arpat, B., Şaşmaz, N., ve Yürekli, E. (2014). SAĞLIK Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(3), 313-332.

Aslantekin, vd. (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: DR. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 55-71.

Bircan, H., ve Baycan , S. (2004). Sağlık sektöründe verimlilik ve kalite sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. Sosyal Bilimler Dergisi, 28(2), 173-185 .

Can, A. (2008). Örgüt Kültürünün Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Uygunluğunun Testine Yönelik Bir Araştırma. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(3), 293-307.

Demirbilek, S., ve Çolak, M. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(2), 91-111.

Devebakan, N. (2006). Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(1), 120-149.

Devebakan, N., ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde servqual skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(1), 38-54.

Devebakan, 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.

Doğan, S., ve Kaya, S. (2004). Aksaray'daki Sağlık bakanlığı hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi konusundaki algıları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1), 65-83.

Doğan, S., ve Sıdika , K. (2004). Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1), 65-83.

Dursun, Y., ve Çerçi , M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi(23), 1-16.

- Gülmez, M., ve Kitapçı, O. (2008). Hastane Hizmet Kalitesi Ve Bir Uygulama. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(1), 165-186 .
- İpek, P. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hasta Memnuniyetinin Yeri Ve Önemi Üzerine Bir Uygulama. 1-93.
- Işık, O. (2016). Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(1), 57-72.
- Kaya, S., Yiğit , Ç., Peker , S., ve Cankul, H. (2003). Bir askeri hastanenin dahiliye polikliniği kullanan hastaların kalite algıları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 6(1), 89-113.
- Kayral, İ. H., Beylik, U., ve Orhan, F. (2016). Hastane standartlarının çok boyutlu kalite analizi: Bir standart seti örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 3(1), 6-16.
- Kıdak, L., ve Aksaraylı , M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri. Sosyal Bilimler Dergisi, 7(1), 75-94 .
- Ovayolu, N., ve Bahar, A. (2006). Hemşirelik ve kalite. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1), 104-110.
- Papatya, G., Papatya, N., ve Hamşioğlu, A. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırılmalı Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Dergisi, 2(1), 87-108.
- Sevimli, S. (2006). Hizmet sektöründe kalite ve hizmet kalitesi ölçümü üzerine bir uygulama. 1-131.
- Şimşek, H., Öztoprak , D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., . . . Çiftçi, Ş. (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler. TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ, 26(3), 151 - 157 .
- Usta, R., ve Memiş , L. (2010). Belediye hizmetlerinde kalite: Giresun Belediyesi Örneği. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(2), 333-355.
- Usta, R., ve Memiş, L. (2010). Belediye hizmetlerinde kalite: Giresun Belediyesi örneği. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(2), 333-355.
- Varinli, İ., ve Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki- Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(17), 33-52.
- Yağcı, M. İ., ve Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması : Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. Doğu Üniversitesi Dergisi, 7(2), 218-238.
- Yağcı, M., ve Duman, T. (2006). Hizmet kalitesi - Müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre Karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. Doğu Üniversitesi Dergisi, 7(2), 218-238 .



## KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIK SEVİYELERİNİN İNCELENMESİ

Ümmügülsüm BAYAR<sup>1</sup>  
Sevim SİN<sup>2</sup>  
Musa ÖZATA<sup>3</sup>

### ÖZET

Sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlığını koruyabilmek, geliştirebilmek ve bozulan sağlıklarını iyileştirebilmek için, Sağlık hizmeti alabilme, Sağlık bilgisi edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesidir. Çalışmanın amacı, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerin Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesidir. Araştırma tanımlayıcı tipte bir Araştırmadır. Araştırmanın evrenini Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde öğrenim gören 1849 öğrenci oluşturmuştur. Bu öğrencilerden Araştırmaya katılmayı kabul eden 320'sine Tanrıöver ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen ve 32 sorudan oluşan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 17.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testleri kullanılmıştır. Araştırma grubundaki öğrencilerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalaması 66,67±0,50 olarak tespit edilmiştir. Araştırma grubundaki öğrencilerin %79,7'sinin yetersiz, %16,3'ünün sorunlu-sınırlı, %3,4'ünün yeterli ve %0,6'nın da mükemmel Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında Araştırmaya katılanların üniversite öğrencisi olduğu göz önünde tutulursa Sağlık okuryazarlığı düzeyi beklenenden düşüktür. Bu durumda Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

### 1.GİRİŞ

Okuryazarlık, okuma ve yazma faaliyetiyle birlikte kişinin yaşadığı hayatı ve bu hayat içinde nesne ve olayları algılayışı, anlaması ve sosyal hayatındaki bütün ilişkilere bir anlam yüklemesi ile ilgili bir kavramdır. Kelime bu anlamını, Batı kültürü içinde oluşturmuş ve bizde de yavaş yavaş kullanılmaya başlamıştır. Okuryazarlık (literacy), okuma (reading) ve yazma (writing) eylemlerinden farklı olmasıyla birlikte İngilizce'de literacy kelimesi başlangıçta harfleri seslendirme ve bu harflerle yazılmış metinleri okuma anlamına gelirken, daha sonra Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık anlamı genişlemiştir. Günümüzde okuryazarlık, yazı sembolleri ile gerçekleştirilen bir eylem olmasının çok ötesinde, pek çok zihinsel beceriyi, dili kullanarak gerçekleştirilen iletişim becerilerini ve tutumlarını kapsayan bir eğitim terimidir (Aşıcı,2009).

Kısaca, başlangıçta harfleri okuma metinleri seslendirme anlamındaki okuryazarlık kavramı, zaman içinde değişime uğramış ve konu üzerinde yapılan çalışmalarla toplumu etkileyerek değiştirmiştir. 20.yüzyılın son çeyreğindeki teknolojik gelişmelere bağlı olarak yeni okuryazarlık türleri ortaya çıkmıştır. Bu okuryazarlık türleri özünde okuma-yazma ile alakalı olmasına rağmen çok farklı, karmaşık ve çoklu okuma ve yazma becerileri gerektirmektedir.

Okuryazarlık kavramı hızlı teknolojik gelişmeler ve çağın beklenti ve gereksinimleri doğrultusunda çeşitlenmeye başlamıştır. Bu bağlamda okuryazarlığı; görsel okuryazarlık, bilgisayar okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı ve Sağlık okuryazarlığı şeklinde sınıflandırmıştır. Burada Sağlık okuryazarlığı dikkate alınmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını iyileştirici biçimde temel Sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak ifade edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, yorumlayabilmeyi, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi Sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de barındırmaktadır (Uğurlu,2018).

Bireylerin Sağlık okuryazarlığında tanımlanan yetkinlikleri, bazı etkenlere göre değişebilmektedir. Bu etkenler bireyin hizmete ulaşabilme kabiliyeti, bilgisi, Sağlık kurumları, Sağlık Çalışanları ve diğer

<sup>1</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Y. Lisans Öğrencisi

<sup>2</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Y. Lisans Öğrencisi

<sup>3</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Prof. Dr.

önemli özellikler olarak sıralanmaktadır. Hizmete ulaşma Sağlıkla ilgili konularda gerektiğinde uygun Sağlık profesyoneli ve kurumu seçebilme durumu iken kabiliyetler ise, bilgiyi anlama ve Sağlık sorunu anlatabilme durumu olarak açıklanmaktadır. Ayrıca Sağlık kurumları ve Sağlık Çalışanları, Sağlık bakım vericilerinin iletişim becerileri, hasta eğitimine yönelik Çalışanlara verilen kurumsal olanaklar, Sağlık Kurumlarındaki uyarıcı işaret ve levhaları içermektedir. Diğer önemli özellikler ise Sağlık inancı, bilgiyi etkileyen eğitim, dil, kültür farklılıkları ve yaşam dönemleridir (Sezer, 2012: 9- 10).

Bireylerin Sağlık konusunda yeterli bilgiye olmamaları hem kendilerini hem de çevrelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği, bireyin doğru karar alamamasına, doğru bilgiye ulaşamamasına, sunulan hizmetlerden yararlanamamasına ve hastalık yönetimi gibi konularda sorun yaşamasına neden olmaktadır (Demirli,2018).Sağlık okuryazarlığı en temelde bireylerin okuryazarlık düzeyleriyle ilişki bulursa da yapılan Araştırmalarda Sağlık sisteminin karmaşıklığı ve Sağlık sistemi Kullanıcılarının kullandığı tıbbi terimler, bireylerin okuryazarlık seviyeleri yeterli düzeyde olsa dahi bireylerin Sağlık okuryazarlığı becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Martin, vd., 2009: 1211).

Türkiye’de Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda, genel Sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden ortalama 30,4 olarak hesaplanmıştır. İndeks ortalaması Avrupa’da 33,8’dir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Değerlendirmeler kategorik olarak ele alınmış ve toplumun %64,6’sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) Sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyonluk Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin “yetersiz” ve “sorunlu” Sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Yaş arttıkça ve eğitim düzeyi düştükçe Sağlık okuryazarlığının doğrusal olarak azaldığı görülmüştür. Genel Sağlık okuryazarlığı kadınlarda (indeks=30,0) ve 65 yaş üstünde (indeks=23,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tanrıöver vd., 2014: 42-63). Bu durum eğitimin Sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır(Demirli,2018).

Giderek artan kanıtlar Sağlık okuryazarlığının sağlığın en güçlü sosyal belirleyicilerinden biri olduğunu göstermeye devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığı göreceli olarak yeni ve hızla gelişen bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı çabalarını daha iyi anlamaya yönelik çalışmalar dünya çapında devam etmektedir. Ancak Sağlık okuryazarlığı ile ilgilenen Araştırmacılar, akademisyenler ve diğer uygulayıcılar için uluslararası bir örgüt bulunmamaktadır. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bireylere ve örgütlere yönelik aktif olarak Çalışan veri tabanları mevcut değildir. Sağlık okuryazarlığının tanımı veya değerlendirilmesi üzerinde bir uzlaşma sağlanamadığı bilinmektedir. Her gün Sağlık okuryazarlığını ele alan yeni Çalışmalar da ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler tüm Sağlık okuryazarlığı Çalışmalarının kapsamlı bir şekilde birleştirilmesini imkânsız hale getirmektedir (Pleasant, 2013).

Sağlık okuryazarlık konusunun ülkemizde giderek önem kazanmasıyla beraber, bu konuyla ilgili çeşitli Çalışmalar ortaya çıkmaya başlamıştır. 26 Aralık 2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ilkesiyle çeşitli Çalışmalar yürütülmektedir(Çiftçi,2017).

UNESCO’nun 2012 verilerinde Türkiye’de genel okuryazarlık oranı 15 yaş ve üzeri kadınlarda %91.60,aynı yaş grubu erkeklerde %98.26 olmak üzere toplamda %94.92 olarak ifade etmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerde %99.66 olarak belirtilmiştir. Ayrıca bu verilerde okula gitme oranları kadınlarda 6.7 yıl, erkeklerde 8.5 yıl ve toplamda 7.6 yıl olarak gösterilmiştir (ABD’de bu oran 12.0 yıl). Bu verilerden de anlaşıldığı gibi hem genel okuryazarlık açısından hem de okullaşma süresi açısından ülkemiz gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığı görülmektedir (Tanrıöver,2014).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumların Sağlık okuryazarlığı ile ilgili Çalışmalarına, Sağlık okuryazarlığı hakkında farkındalık oluşturmak ilkesiyle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın aile eğitim programı çerçevesinde yayınladığı kitap (Çetin, 2012) ile Türkiye’nin bağımlılıkla mücadele eğitim programı kapsamında Yeşilay’ın (2016) yayınladığı bir kitapta Sağlık okuryazarlığına değinmesi örnek verilebilir. Ankara Üniversitesi (2015) de Sağlık okuryazarlığına yönelik dokuz makalenin bileşiminden oluşan bir kitap yayınlamıştır. Ayrıca Ankara Üniversitesi (2016) Uzaktan Eğitim Merkezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile birlikte “Sağlık Okuryazarlığı e-Öğrenim Sertifika Programını” yürütmektedir(Gözlü,2018).

Bu Çalışmaların yanısıra Sağlık okuryazarlığına yönelik bir başka Çalışma olan “GAP Bölgesi’nde Halk Sağlığı Okuryazarlığı” projesi 2014 yatırım programında desteklenmiş ve Ocak 2014 tarihinde başlamış olup devam etmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2016). Diğer taraftan Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) için Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ile ilgili Özel İhtisas Komisyonu raporlarından birinde, bireylerin koruyucu ve temel Sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla Sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun sağlığı geliştirme, Sağlık okuryazarlığı alanı olarak gösterilmiştir. Bu sorunun nedenleri şu şekilde ifade edilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014):

- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmemesi
- Güncel ve güvenilir Sağlık bilgi kaynaklarının yetersizliği
- Hasta bilgilendirme formlarının içerik ve uygulanmasındaki yetersizlik
- Sağlıkta medya yönetiminin uygun yapılmaması
- Öncelikli gruplar ve özel hastalıklara yönelik bilgilendirici doküman yetersizliği
- Toplumun Sağlık sisteminde paydaş rolünün güçlendirilmemiş olması
- Toplumun fiziksel aktivitelerde bulunabileceği ve hareketli bir yaşam tarzı oluşturmasını destekleyici kentleşmenin olmaması

Sağlık okuryazarlığına ilişkin olarak Özel İhtisas Komisyonu raporunda yer alan bu bilgilere ve bu bilgilere yönelik önerilere/stratejilere ne Onuncu Kalkınma Planında, ne de Onuncu Kalkınma Planının eylem programları niteliğinde olan Öncelikli Dönüşüm Programlarında yer verilmiştir. Dolayısıyla Sağlık okuryazarlığı olgusunun Türkiye Açısından henüz yüksek politika düzeyinde bir yer işgal etmediği söylenebilir (Yıldırım, 2015).

Sağlık okuryazarlığı doğru bilginin kullanılmasıyla kendi Sağlıklarını kontrol etmesinde kişileri güçlendiren, bireysel ve sosyal faydalar sağlayan, böylelikle toplum davranışına ve sosyal sermaye oluşumuna imkân tanıyan bir araçtır. Ancak dünya genelinde Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür. Gelişmekte olan ülkelerde Sağlık okuryazarlığının düzeyi net olarak bilinmemektedir. İletişim ve eğitim alanları ile ilgili olarak halk ve Sağlık profesyonelleri arasında hala eksiklikler mevcuttur. Türkiye’de bu eksikliklere karşı Sağlık eğitimi, kamu farkındalık programları adı altında çeşitli Çalışmalar yapılsa da Sağlık okuryazarlığı yeni bir alan olarak ifade edilmektedir (IOM, 2013).

## 2.YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı, Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesidir. Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin 1849 kişilik evreninden örneklem hesaplaması sonucu 319 kişi olarak hesaplanmıştır, anket 320 kişiye uygulanmıştır. Araştırma tanımlayıcı bir Çalışmadır. Çalışmada veri toplama aracı olarak 2 bölümden oluşan bir anket formuna yer verilmiştir. Birinci bölüm HLS-EU Çalışmasında kullanılan sosyo-demografik değişkenlerdir. Bunlar sırası ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, bölüm, sosyal güvence ve ailenin aylık gelir algısıdır. İkinci bölüm HLS-EU çalışmasından temel alınarak geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği-32 (TSOY-32)’dir. Çalışmadaki kullanılan bu ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU) Çalışması Kavramsal Çerçevesi temel alınarak geliştirilmiş 32 soruluk yeni bir Sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. TSOY-32 ölçeği iki temel boyut alınarak (tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) yapılmıştır. Bu boyutlara denk gelen madde numaraları aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. TSOY-32’nin Ölçek Boyutları ve Boyutlara Denk Gelen Madde Numaraları

Ölçek Boyutları	Boyutlara Denk Gelen Madde Numaraları
Tedavi ve Hizmet	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 değerlendirilmesinde indeksler 0 ile 50 olarak standardize edilmiştir. Standardizasyon için “indeks= (ortalama-1) x (50/3)” formülü kullanılmıştır. İndeks kişiye özgün indeksi ifade etmektedir. Ortalama değer ise kişinin cevaplandığı her bir maddenin ortalamasını göstermektedir. 0 puan en düşük Sağlık okuryazarlığı düzeyini, 50 puan da en yüksek Sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir. İndeks 4 kategoride sınıflandırılmıştır.

(0-25) puan: yetersiz Sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: sorunlu – sınırlı Sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: yeterli Sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: mükemmel Sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Araştırma verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 ile analiz edilmiştir. Araştırmanın güvenilirliği için Cronbach's Alfa analizi yapılmış olup 0,913 değeri bulunmuştur. Öz değeri (Eigenvalues) 1'in üstünde olan 7 faktör saptanmıştır. Ancak 3.soru, 8.soru ve 10. Soru çıkartılarak 5 faktöre indirilmeye çalışılmıştır. KMO and Bartlett's Testi de 0,891 bulunmuştur. Bu değer, faktör analizin yapılabilmesine olanak veren bir örnek büyüklüğünü göstermektedir. Ölçümle elde edilen verilerin değerlendirilmesinde önce normal dağılıma uygunluk değerlendirilmiş sonrasında, tanımlayıcı veriler, yüzdeler ve ortalama±standart sapma (SS) ya da ortalama (%95 güven aralığı) olarak verilmiştir. Analitik çözümlerinde, veriler normal dağılmadığı için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır.

### 3.BULGULAR

Tablo 2.Araştırma grubunun temel sosyo-demografik özellikleri

	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	151	47,2
Erkek	169	52,8
<b>Yaş Grubu</b>		
17-20	199	62,2
21-24	104	32,5
25-28	13	4,1
29-32	4	1,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	5	1,6
Bekar	315	98,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lisans	309	96,6
Yüksek lisans	11	3,4
<b>Bölüm</b>		
İşletme	80	25
İktisat	80	25
Kamu Yönetimi	80	25
Uluslararası ilişkiler	80	25
<b>Sosyal Güvence</b>		
SGK	222	69,4
Yok	87	27,2
Diğer	11	3,4
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	117	36,6
Gelir gidere denk	154	48,1
Gelir giderden fazla	49	15,3

Görüşülen kişilerin yaş ortalaması 22,5 olup, %52,8'i erkek, %47,2'si kadındır. Araştırma grubu bölüm kısmında eşit oranlarla (%25) işletme, kamu yönetimi, iktisat ve uluslararası ilişkiler oluşturmaktadır. Araştırma grubunun % 62,2'sini 17-20 yaş grubunu, %32,5'ini 21-24 yaş grubu, 25-28 yaş grubu %4,1'ini ve 29-32 yaş grubu %1,3'ünü kapsamaktadır. Araştırmaya katılanların % 1,6'sı evli olup, %98,4'ü bekâr, %96,6'sı lisans, %3,4'ü yüksek lisans eğitimlidir. Araştırma grubunun yarısında fazlasının (%69,4) SGK güvencesi olup, % 27,2'lik kısmının sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Gelir durumunda Araştırma grubunun (%48,1) büyük çoğunluğu gelir gidere denk kısmını oluşturmaktadır.

Tablo 3.Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 İndeks Değerlendirmeleri

	Sayı	%
--	------	---

Yetersiz Sağlık okuryazarlığı(0-25puan)	255	79,7
Sorunlu-sınırlı Sağlık okuryazarlığı(26-33 puan)	52	16,3
Yeterli Sağlık okuryazarlığı(34-42 puan)	11	3,4
Mükemmel Sağlık okuryazarlığı(43-50 puan)	2	,6
Toplam	320	100,0

Araştırma grubundaki öğrencilerin SOY puan ortalaması  $66,67 \pm 0,50$  olarak bulunmuştur. Tablo 3’de SOY düzeyleri ise %79,7’sinin yetersiz Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, %16,3’ünün sorunlu-sınırlı Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, %3,4’ünün yeterli Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve %0,6’sinin de mükemmel Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (N=320)

Cinsiyet	N	Sıra ortalaması	Sıraların toplamı	İstatistik
Kadın	151	170,50	25745,00	
Erkek	169	151,57	25615,00	Z= -1,874
Toplam	320			Önemlilik=0,061

Tablo 4’de görüldüğü üzere cinsiyet Açısından bakıldığında, kadınların SOY puanı sıra ortalamalarının 170,50 iken, erkeklerin SOY puanı sıra ortalamaları, 151,57 olarak bulunmuştur. %95 güven düzeyinde yapılan test sonucuna göre Sağlık okuryazarlığı için anlamlılık değeri  $p=0,061 > 0,05$  bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı için  $p > 0,05$  olduğundan  $H_0$  hipotezi kabul edilir. Yani; cinsiyet ile Sağlık okuryazarlığı arasında fark yoktur.

Tablo 5. Öğrencilerin Bölüme Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (N=320)

Bölüm	N	Sıra Ortalaması	İstatistik
İşletme	80	163,59	
kamu yönetimi	80	158,01	
İktisat	80	164,77	Serbestlik Derecesi=3
uluslararası ilişkiler	80	155,63	Önemlilik=0,918
Toplam	320		

Tablo 5’de görüldüğü üzere bölüm Açısından bakıldığında, işletme bölümünün SOY puanı sıra ortalamaları 163,59; kamu yönetimi bölümünün SOY puanı sıra ortalamaları 158,01; iktisat bölümünün SOY puanı sıra ortalaması 164,77; uluslararası ilişkiler bölümünün SOY puanı sıra ortalaması 155,63 olarak bulunmuştur. %95 güven düzeyinde yapılan test sonucuna göre Sağlık okuryazarlığı için anlamlılık değeri  $p=0,918 > 0,05$  bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı için  $p > 0,05$  olduğundan  $H_0$  hipotezi kabul edilir. Yani; bölüm ile Sağlık okuryazarlığı arasında fark yoktur.

#### 4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde Sağlık hizmetlerinin sunumundaki değişim nedeniyle bireylerin kendi Sağlıklarına ilişkin sorumlulukları artmıştır. Bireylerin tedavi ve bakımları için daha fazla sorumluluk almada aktif olmaları beklenmektedir. Bu yönüyle bireylerin Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmeye ilişkin Çalışmalar giderek artmaya başlamış ancak üniversite öğrenciler tarafından ne kadar değerlendirme yapıldığı bilinmemektedir. Üniversite öğrencilerinin hem kendilerine hem de çevrelerindeki insanlara yardımcı olabilmek için bireylerin Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi önemlidir. Bu değerlendirme sonucu bireyin Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre yapılacak olan eğitim ve danışmanlıklar ile sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarının benimsenmesine, bireyin tedaviye uyumunun artmasına, kronik hastalık yönetiminin daha etkin yapılmasına katkı sağlayacağı bir gerçektir. Aynı zamanda bu değerlendirme bireyin gereksinimlerinin karşılanması için en iyi iletişim kanallarının belirlenmesine de yardımcı olacaktır. Bireylerin Sağlık durumu, Sağlıkta eşitsizlik, maliyet artışları, Sağlık bilgilerine ulaşabilme gibi etkenler göz önüne

alındığında Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması da önem kazanmaktadır. Kültürel olarak toplumumuza yönelik ölçekler geliştirilerek Sağlık okuryazarlığını hassas bir şekilde değerlendirmek ve girişimlerde bulunmak Sağlıkta eşitsizliği azaltacak, hastaların Sağlık seviyelerini arttıracak ve dolayısıyla daha kaliteli bir yaşam sağlayacaktır.

## 5.KAYNAKÇA

- Akalın, HE. (2012). Sağlık Okuryazarlığı: Nedir? Neden Önemlidir? Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı, 26 Aralık 2012.
- Akbulut, Yasemin, Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara, 2015.
- Alphan, Gülgün, “Görsel Okuryazarlık ve Öğretim Teknolojisi”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 2, 2008, ss. 74-102.
- Aşıcı, Murat, “Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık”, Değerler Eğitimi Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 17, 2009, ss. 9-26.
- Baker David W., “The Meaning and the Measure of Health Literacy”, Journal of General Internal Medicine, 21,2006, pp. 878–883.
- Çetin, M. (2012). Sağlık Okuryazarlığı. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı AEP Uygulama ve Yaygınlaştırma Projesi, 2. Baskı, İstanbul: Nakış Ofset.
- Çiftçi, Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Belirlenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa,2018.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W., Crouch, M.A. “Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument”, Family Medicine, 25, 391-395. 1993.
- Egbert, N. ve Nanna, KM. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing; Vol 14 No (3): 1-9.
- Gözlü, Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği, Doktora Tezi, Ankara, 2018.
- Güneş, Firdevs, Okuma- Yazma Öğretimi ve Beyin Teknolojisi, Ocak Yayınları, Ankara, 1997.
- Hülür, A. Banu, “Sağlık İletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi”, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 1, 2016, ss. 156- 178.
- IOM (Institute of Medicine), (2013). Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.
- İşler, A. Şinasi, “Günümüzde Görsel Okuryazarlık ve Görsel Okuryazarlık Eğitimi”, Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt:15, Sayı:1, 2002, ss.153-161.
- Kalkınma Bakanlığı, (2014). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Yayın No: KB:2904-ÖİK:743. Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı, (2016). GAP Bölgesi'nde Halk Sağlığı Okuryazarlığı Projesi. GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı.
- Mancuso, Josephine M., “Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of the Literature”, Nursing and Health Sciences, 11, 2009, pp. 77-89
- Martin, Laurie.T. et al. “Developing Predictive Models of Health Literacy”, Journal of General Internal Medicine, 24(11), 2009, pp. 1211- 1216.
- Nutbeam, Don, “The Evolving Concept of Health Literacy”, Social Science & Medicine, 67(12), 2008, pp. 2072-2078.
- Özdemir, H., Alper, Z., Üncü, Y., Bilgel, N. “Health literacy among adults: a study From Turkey”, Health Education Research, 25(3), 464–477. 2010.
- Özdoğan, Pınar Ş., Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi, (Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara 2014.

- Pleasant, A. (2013). Health Literacy Around the World: Part 2, Health Literacy Efforts Within the United States and a Global Overview (October 2013) Commissioned by Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy .
- Ratzan, SC. (2001). Health Literacy: Communication for Public Good. Health Promotion International, Vol. 16 (2): 207-214.
- Rootman, Irving, Mitic, Wayne, “An Inter-sectoral Approach to Improve Health Literacy for Canadians: A Discussion Report”, Public Health Association of BC, Public Health Agency of Canada, 2012, pp. 24-49.
- Sezer, Ayşe, Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi, (Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2012.
- Sorensen, Kristine, Van den Broucke, Stephan, Fullam, James, Doyle, Gerardine, Pelikan, Jürgen, Slonska, Zofia, Brand, Helmut and Consortium Health Literacy Project European, “Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models”, BMC Public Health ,12(80),2012, pp.1-13.
- Taş, T. Aydın ve Akış, Nalan, “Sağlık Okuryazarlığı”, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt:25, Sayı:3, 2016, ss. 119- 124.
- Tekin, Ayşe, Kaya, Esin, Demirel, Mustafa ve Yazıcı, Sercan Ö., “Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta- Hekim İlişkilerine Etkisi”, Cilt: 6, Sayı:1, 2009, ss.23- 36.
- Tosyalı, Hikmet ve Sütçü, C.Sefa, “Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri”, Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 2, 2016, ss. 3-22.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2014). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023. “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım” Kanıtı Dayalı Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 970, 1. Baskı, Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Uğurlu, Ziyafet, Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, (Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara 2011.
- Von Wagner C., Steptoe A., Wolf MS., Wardle J. (2009). Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology. Health Education & Behavior, Vol. 36 (5): 860-877.
- White, S. ve Dillow, S. (2005). Key Concepts and Features of the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-471). U.S.Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- WHO (World Health Organization), (2013). Health Literacy. The Solid Facts. In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD. (Editors). World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.
- WHO (World Health Organization), (2016). Health Education.
- Yıldırım, HH. (2015). Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı? ABSAM Analiz, Sayı 2, ss:1-11.
- Yılmazel, Gülay ve Çetinkaya, Fevziye, “Sağlık Okuryazarlığının Toplum Açısından Önemi”, TAF Preventive Medicine Bulletin, Cilt: 15, Sayı:1,2016, ss. 69-74.

## DETERMINATION OF GEOGRAPHICAL PROFILES OF STUDENTS WHO PREFER HEALTH MANAGEMENT IN TURKEY

Ramazan Rüçhan KAYA<sup>1</sup>  
Ahmet Alkan<sup>2</sup>

### ABSTRACT

The process of transition to higher education is a challenging process for the individual herself/himself and for the family of the individual. In this process, the most challenging questions are which university should be preferred and which department should be chosen. It is an important problematic for students to choose which criteria they prefer. One of the important criteria at the stage of preference is considered to be the geographical location. For this reason, it is important to reveal the profiles of Health Management students in terms of geographical distributions with the help of "YÖK ATLAS" application. In this study, it is aimed to reveal the geographical profile of the students in the health management department by examining the city preferences and preference trends of the first year students in the health management departments. In this way, the sub objective is to create a guide map in determining the cities that need to focus on universities during the period of preference. In the scope of the study, 70 health management departments in 68 universities in Turkey were examined using YÖK ATLAS database. In this context, using YÖK ATLAS "LİSANS ATLASI", the statistics belonging to the students who settled in health management departments in 2018, "Geographical Regions of the Settlements", "Settlements of the Settlers" and "Preferred Trends of Settlers" will be analyzed and interpreted by means of statistical analysis. In this study, 70 health management departments in 68 universities, including state and foundation universities in Turkey and 25 of them were found to be foundation university and 45 were found to be state universities. Furthermore, 4708 students were settled in these departments in 2018-2019 academic year. As a result of the study, it is seen that public universities in Central Anatolia and Marmara regions stand out in terms of the number of students. In the distribution of the number of departments and students in foundation universities, Marmara region stands out. As a result, when the preferences tendency of the students who settled in health management departments is examined, it is seen that they generally prefer their own regions and nearby regions. And in this point, it has been determined that there is a student transfer between South East Anatolia and East Anatolia regions and regional conservation is high among themselves.

**Keywords:** Healthcare Management, Preference Tendency, YÖKATLAS, Geographic Profile

## TÜRKİYE'DE SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜNÜ TERCİH EDEN ÖĞRENCİLERİN COĞRAFİ PROFİLLERİNİN TESPİTİ

### 1. Giriş

Yükseköğretime geçiş süreci hem bu süreci yaşayan bireyin kendisi hem de bireyin ailesi için zorlu bir süreçtir. Bu süreçte en çok kafa yorulan sorular hangi üniversite tercih edilmeli, hangi bölüm seçilmeli şeklindedir. Bu dönemde öğrencilerin, hangi kriterlere bakarak tercih yapacakları hem aileler hem de birey açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Karataş ve Gizir'e (2013: 260) göre böylesine zorlu bir süreçte öğrenciler genellikle ÖSYM (Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi) tarafından yapılan sınavlarda aldığı puanlara, ailelerinin önerilerine, öğretmenlerin ve rehberlik servislerinin yönlendirmelerine göre hareket etmektedir. Ayrıca son kırk yılın en önemli iletişim, bilgi, eğitim ve haberleşme ortamı olan, internet de bu bilgi kaynaklarına dâhil olmaktadır (Dikener, 2011: 153).

İnternetin geniş dünyası öğrencilere, tercih edecekleri üniversiteler hakkında sınırsız bilgi sağlamaktadır. Öğrenci istediği meslek ve bu mesleğe giden yolda tercih edebileceği, üniversite, bölüm ve bunların buldukları coğrafi konum hakkında bilgi bulabilmektedir. Bu geniş ortamın üniversite adayları öğrenciler tarafından doğru, bilinçli ve kolay kullanılabilir olması, onlara tercih sürecinde daha etkili ve verimli şekilde Araştırma yapabilme imkânı sağlayacaktır. Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) (www.yok.gov.tr) tarafından 10 Mart 2016 tarihinde, Öğrenci dostu YÖK anlayışı çerçevesinde üniversite tercihinde bulunacak aday öğrenciler ve ailelerine, üniversite ve meslek tercihi yaparken daha bilinçli

<sup>1</sup> Uşak Üniversitesi / Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu / Yönetim ve Organizasyon Bölümü / Uşak / Turkey / [ramazan.kaya@usak.edu.tr](mailto:ramazan.kaya@usak.edu.tr)

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi / İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık Yönetimi Bölümü / Isparta / Turkey / [ahmetalkan@sdu.edu.tr](mailto:ahmetalkan@sdu.edu.tr)



tercihler yapabilmesi amacıyla, YÖK ATLAS adı verilen veri tabanı oluşturulmuş ve internet ortamında Kullanıma açılmıştır.

YÖK ATLAS ([www.yokatlas.yok.gov.tr](http://www.yokatlas.yok.gov.tr)), veri tabanı lisans ve ön lisans düzeyinde aday öğrencilerin tercih etmeyi düşündükleri bölüm ya da üniversite ilgili; “*Kontenjan bilgileri, yerleşen, kayıt yaptıran, ek yerleşen, ek kayıt yaptıran sayıları – Yerleşenlerin cinsiyet dağılımı-Yerleşenlerin geldikleri coğrafi bölgeler – Yerleşenlerin geldikleri iller – Yerleşenlerin öğrenim durumu – Yerleşenlerin liseden mezuniyet yılları – Yerleşenlerin mezun oldukları lise alanları – Yerleşenlerin mezun oldukları lise grupları / lise tipleri – Yerleşenlerin mezun oldukları liseler – Yerleşen okul birincileri – Taban puan ve başarı sırası istatistikleri – Yerleşen son kişinin profili – Yerleşenlerin YKS net ortalamaları – Yerleşenlerin YKS puanları – Yerleşenlerin YKS başarı sıraları – Ülke genelinde tercih edilme istatistikleri – Yerleşenlerin ortalama kaçınıcı tercihlerine yerleştikleri – Yerleşenlerin tercih eğilimleri – Üniversite türleri, Yerleşenlerin tercih eğilimleri – Üniversiteler, Yerleşenlerin tercih eğilimleri – İller, Yerleşenlerin tercih eğilimleri – Aynı/Farklı programlar, Yerleşenlerin tercih eğilimleri – Programlar (Meslekler), Yerleşme koşulları” gibi Yükseköğretim girdi göstergelerine sekmeler halinde ulaşmalarına olanak sağlamaktadır. Ayrıca yine YÖK ATLAS üzerinden istedikleri bölüm ile ilgili yükseköğretim çıktı göstergeleri olan; “*Öğretim üyesi sayısı ve unvan dağılımı – Kayıtlı öğrenci sayısı – Kayıtlı yabancı öğrenci sayısı – Programdan mezun olan öğrenci sayısı – Değişim Programları ile giden/gelen öğrenci sayısı – Yatay geçiş ile gelen öğrenci sayısı*” gibi verilere kolayca ulaşarak tercih sürecinde Araştırma yapma imkânı sunulmaktadır.*

Üniversite tercih sürecinde, bireyin kararlarını etkileyen; mezuniyet sonrası iş imkânları, eğer ücretliyse öğretim ücreti, mezunlarının başarı derecesi, iş bulma düzeyleri ve üniversitenin bulunduğu coğrafi konum gibi birçok faktör bulunmaktadır (Welki ve Navratil, 1987: 147; Amca, 2011: 2). Bunlar içerisinde tercih edilecek üniversitenin ve bölümün coğrafi konumun önemi göze çarpmaktadır. Coğrafi konum öncelikle yaşanılan şehir ile tercih edilecek şehir arasında öğrenim süresince yaşanacak gidiş gelişlerde maliyet Açısından değerlendirilmesi gereken bir durumdur (Akar, 2012: 99). Ayrıca üniversitenin bulunduğu, Çalışılan, yaşanılan ya da ailenin yaşadığı şehirlerin birbirine göre konumu ailenin ve öğrencinin birbirine kolay ulaşabilmesi ve yolculuk maliyetleri coğrafyanın tercih sürecindeki önemini göstermektedir (Absher ve Crawford, 1996: 60-62). Dolayısıyla tercih aşamasında önemli kıstaslardan birinin coğrafi konum olduğu düşünülmektedir.

Söz konusu sebeplerden yola çıkarak bu çalışmada YÖK Atlas veri tabanı yardımıyla Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerinin coğrafi dağılımlar Açısından profillerinin çıkartılmasının önem arz ettiği düşünülmüş ve Araştırma bu minvalde kurgulanmıştır. Bu Çalışmada 2018-2019 döneminde Sağlık yönetimi bölümlerine yerleşen birinci sınıf öğrencilerinin şehir tercihleri ve tercih eğilimleri incelenerek, Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin coğrafi profilinin çıkartılması amaçlanmaktadır. Bunun yanı sıra Araştırma tercih dönemlerinde üniversitelerin odaklanması gereken şehirlerin belirlenmesinde yol gösterici bir rehber haritanın çıkartılması alt amacını taşımaktadır.

## 2. Yöntem

Bu Çalışma nitel Araştırma yöntemiyle kurgulanmıştır. Verilerin toplanmasında doküman inceleme yönteminden faydalanılarak doküman analizi yapılmıştır. Nitel Araştırmalarda, gözlem ve görüşme için imkân bulunmadığı durumlarda ya da geçerliliği arttırmak adına gözlem ve görüşmelerin yanı sıra konu ile ilgili yazılı ya da görsel nitelikteki materyaller de kullanılabilir. Doküman incelemesi ya da doküman analizi olarak adlandırılan bu yöntem, amaçlanan hedef doğrultusunda bu hedefe yönelik olgu ya da olgular hakkında çeşitli bilgilerin yer aldığı yazılı materyallerin incelenmesine ve analizine dayanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 187). Nitel Araştırmacılar, tek bir kaynağı kullanmak yerine mülakatlar, doküman analizleri veya gözlemlene gibi çoklu veri biçimlerini tercih etmektedirler (Creswell, 2016: 185). Dolayısıyla doküman analizleri tek başına bir veri kaynağı olmakla beraber, bir geçerlilik yöntemi ya da çoklu veri kaynaklarından biri olarak da değerlendirilebilir. Çalışma kapsamında YÖK ATLAS veri tabanı kullanılarak Türkiye’de Sağlık yönetimi lisans eğitimi veren 66 üniversitede bulunan 68 Sağlık yönetimi bölümü incelenmiştir. Bu kapsamda YÖK ATLAS ([www.yokatlas.yok.gov.tr](http://www.yokatlas.yok.gov.tr)), “Lisans Atlası” kullanılarak, 2018 yılında Sağlık yönetimi bölümlerine yerleşen öğrencilere ait, “Yerleşenlerin Geldikleri Coğrafi Bölgeler”, “Yerleşenlerin Geldikleri İller” ve “Yerleşenlerin Tercih Eğilimleri” sekmelerinde yer verilen istatistikler incelenmiştir.

## 3. Bulgular

### 3.1. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Bölümlerinin Kamu ve Vakıf Üniversiteleri Bağlamında Dağılımı

Türkiye’deki Sağlık yönetimi bölümlerinin vakıf ve kamu üniversitelerinde bulunma durumlarına ve buldukları fakültelere ilişkin bulgular Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1 Türkiye’de Sağlık Yönetimi Bölümünün Sayısal Dağılımına Dair Tablo**

S. No	BİRİM	VAKIF	KAMU	TOPLAM
1	Üniversite Sayısı	24	42	66
2	LİSANS	25	43	68
3	Sağlık Bilimleri Fakültesi	17	25	42
4	Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	5	6	11
5	İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	2	9	11
6	İşletme Fakültesi	0	2	2
8	Uygulamalı Bilimler	1	1	2

Örgün öğretimler Açısından ele alındığında, Türkiye’de 66 üniversitede 68 Sağlık yönetimi bölümü bulunmaktadır. Bunlardan 25 tanesi Vakıf üniversitesinde 43 tanesi de Kamu üniversitesindedir. Bu bölümlerden çoğunluğu Sağlık bilimleri fakültesi bünyesinde yer almaktadır.

### 3.2. Türkiye’de Kamu ve Vakıf Üniversitelerindeki Öğrenci Sayılarının Bölgesel Dağılımı

Aşağıdaki Tablo 2’de Türkiye’deki kamu ve vakıf üniversitelerinde bulunan öğrencilerin bölgesel olarak dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 2: Türkiye’de Kamu ve Vakıf Üniversitelerindeki Öğrenci Sayılarının Bölgesel Dağılımına İlişkin Tablo**

Bölgeler/ Dağılımlar	KAMU ÜNİVERSİTESİ				VAKIF ÜNİVERSİTESİ				KAMU+VAKIF ÜNİVERSİTESİ			
	Öğrenci S.	Oran %	Bölüm S.	Oran %	Öğrenci S.	Oran %	Bölüm S.	Oran %	Öğrenci S.	Oran %	Bölüm S.	Oran %
Akdeniz	273	9,82	4	9,3	12	2,48	1	4	285	8,74	5	7,35
Doğu Anadolu	176	6,33	3	6,97	0	0	0	0	176	5,39	3	4,41
Ege	284	10,22	5	11,62	7	1,45	1	4	291	8,92	6	8,82
Güneydoğu Anadolu	113	4,06	2	4,65	0	0	0	0	113	3,46	2	2,94
İç Anadolu	886	31,89	13	30,23	39	8,09	2	8	925	28,37	15	22,05
Karadeniz	598	21,52	9	20,93	8	1,65	1	4	606	18,58	10	14,70
Marmara	448	16,12	7	16,27	416	86,3	20	80	864	26,5	27	39,70
<b>Toplam</b>	<b>2778</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>482</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>3260</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Tablo 2’den Kamu üniversitelerinde öğrenci sayılarının dağılımına bakıldığında yoğunluğun sırasıyla İç Anadolu (%31,89) ve Karadeniz Bölgesinde (%21,52) yer aldığı görülmektedir. Bu iki bölgedeki öğrenci sayısı yaklaşık olarak Türkiye’deki tüm Sağlık Yönetimi Bölümlerinin yarısını oluşturmaktadır. Bölümlerin dağılımına bakıldığında yine aynı tabloyla karşılaşılmaktadır. Hem öğrenci hem de bölümlerin oransal dağılımı açısından bakıldığında yaklaşık %50 oranında bir payın bu iki bölgede olması aslında üniversitelerin Sağlık Yönetimi Bölümü birinci öğretim doluluk oranlarının tam olduğuna işaret etmektedir.

Vakıf üniversiteleri Açısından bakıldığında ise Marmara bölgesinin hem öğrenci yoğunluğu hem de bölüm Açısından başı çektiği görülmektedir. Kamu ve vakıf üniversiteleri birlikte değerlendirildiğinde ise; öğrenci sayılarının oransal dağılımının sırasıyla en çok İç Anadolu bölgesi (%28,37) ve Marmara bölgesinde (%26,5) olduğu görülmektedir. Fakat bölüm sayılarının dağılımına bakıldığında sırasıyla Marmara ve İç Anadolu bölgelerinde en çok olduğu görülmektedir. Bu sonuçtan hareketle vakıf üniversite sayısının Marmara bölgesinde fazla olmasına rağmen öğrenci sayılarının aynı oranda fazla olmadığı söylenebilir.

### 3.3. Türkiye’deki Kamu Üniversitelerine Öğrencilerin Geldikleri Bölgeler Açısından Dağılımları

Türkiye’deki kamu üniversiteleri Sağlık Yönetimi Bölümündeki Öğrencilerin hangi bölgeden hangi bölgeye gittiklerini gösteren bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

**Tablo 3: Türkiye’deki Kamu Üniversitelerine Öğrencilerin Geldikleri Bölgeler Açısından Dağılımları**

Bölge/Sayı-Oran	Akdeniz		Doğu Anadolu		Ege		Güneydoğu Anadolu		İç Anadolu		Karadeniz		Marmara		Toplam Öğr. S.
	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	
<b>Akdeniz</b>	121	44,32	18	6,59	45	16,48	31	11,35	22	8,05	9	3,3	27	9,89	273
<b>Doğu Anadolu</b>	9	5,11	103	58,5	3	1,7	31	17,61	6	3,4	8	4,54	16	9,09	176
<b>Ege</b>	32	11,26	19	6,69	114	40,14	20	7,04	24	8,45	26	9,15	49	17,25	284
<b>Güneydoğu Anadolu</b>	13	11,5	18	15,9	2	1,76	68	60,17	1	0,88	1	0,88	10	8,84	113
<b>İç Anadolu</b>	83	9,36	39	4,4	47	5,3	36	4,06	468	52,82	100	11,28	113	12,75	886
<b>Karadeniz</b>	26	5,8	36	8,03	11	2,45	24	5,35	56	12,5	223	49,77	72	16,07	448
<b>Marmara</b>	21	3,51	26	4,34	29	4,84	18	3,01	26	4,34	51	8,52	427	71,4	598

Tablo 3 genel olarak incelendiğinde öğrencilerin kendi coğrafi bölgelerindeki üniversiteleri tercih etmeye meyilli oldukları görülmektedir. Bu bölgesel tutuculuğun en fazla olduğu bölgeler sırasıyla Marmara ve Güneydoğu Anadolu iken en az olduğu Ege ve Akdeniz’dir. Marmara bölgesindeki öğrencilerin çoğunluğunun kendi bölgelerini tercih etmelerinde bölgenin gelişmişliği ve bölgedeki üniversitelerin tercih puanlarının yüksekliğinin etkili olmuş olması muhtemeldir. Herhangi bir bölgeye farklı bölgelerden gelen öğrenciler açısından dağılıma bakıldığında Akdeniz bölgesine Ege’den, Doğu Anadolu bölgesine Güneydoğu Anadolu’dan, Ege bölgesine Marmara’dan Güneydoğu Anadolu Bölgesine Doğu Anadolu’dan, İç Anadolu ve Karadeniz bölgesine Marmara’dan ve Marmara bölgesine Karadeniz’den öğrenciler gelmiştir. İç Anadolu bölgesi ve Marmara bölgesi kendi bölgesi haricindeki diğer bölgelerden dengeli şekilde öğrenci alırken Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri kendi bölgeleri hariç en fazla öğrenciyi birbirlerinden almışlardır.

### 3.4. Türkiye'deki Vakıf Üniversitelerine Öğrencilerin Geldikleri Bölgeler Açısından Dağılımları

Türkiye'deki vakıf üniversiteleri Sağlık Yönetimi Bölümündeki Öğrencilerin hangi bölgeden hangi bölgeye gittiklerini gösteren bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

**Tablo 4: Türkiye'deki Vakıf Üniversitelerine Öğrencilerin Geldikleri Bölgeler Açısından Dağılımları**

Bölge/Sayı-Oran	Akdeniz		Doğu Anadolu		Ege		Güneydoğu Anadolu		İç Anadolu		Karadeniz		Marmara		Toplam Öğr. S.
	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	
Akdeniz	10	83,3	1	8,33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8,33	12
Ege	0	0	1	14,3	4	57,15	0	0	2	28,57	0	0	0	0	7
İç Anadolu	1	2,56	1	2,56	1	2,56	0	0	35	89,74	1	2,56	0	0	39
Karadeniz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	87,5	1	12,5	8
Marmara	6	1,66	4	0,96	7	1,68	4	0,96	9	2,16	13	3,12	373	89,66	416

Tablo 4 incelendiğinde 5 bölgedeki vakıf üniversitelerinde Sağlık Yönetimi Bölümü bulunduğu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde vakıf üniversitelerinde bölümün bulunmağı görülmektedir. Tabloya bakıldığında öğrencilerin en çok kendi bölgelerindeki üniversiteleri tercih ettikleri görülmektedir. Kendi bölgesini tercih etme yüzdesi Ege Bölgesinde %57.15 iken diğer dört bölgede %80'nin üzerindedir.

### 3.5. Türkiye'deki Kamu ve Vakıf Üniversitelerine Öğrencilerin Geldikleri Bölgeler Açısından Dağılımları

Türkiye'deki kamu ve vakıf üniversiteleri Sağlık Yönetimi Bölümündeki Öğrencilerin hangi bölgeden hangi bölgeye gittiklerini gösteren bulgular Tablo 5'te sunulmuştur.

**Tablo 5: Türkiye'deki Kamu ve Vakıf Üniversitelerine Öğrencilerin Geldikleri Bölgeler Açısından Dağılımları**

Bölge/Sayı-Oran	Akdeniz		Doğu Anadolu		Ege		Güneydoğu Anadolu		İç Anadolu		Karadeniz		Marmara		Toplam Öğr. S.
	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	Öğr. S.	Oran %	
Akdeniz	131	45,96	19	6,7	45	15,78	31	10,87	22	7,72	9	3,15	28	9,82	285
Doğu Anadolu	9	5,11	103	5,9	3	1,7	31	17,61	6	3,4	8	4,54	16	9,09	176
Ege	32	10,99	20	6,9	118	40,54	20	6,87	26	8,93	26	8,93	49	16,83	291
Güneydoğu Anadolu	13	11,5	18	16	2	1,76	68	60,17	1	0,88	1	0,88	10	8,84	113
İç Anadolu	84	9,08	40	4,3	48	5,18	36	3,89	503	54,37	101	10,91	113	12,21	925
Karadeniz	26	5,7	36	7,9	11	2,41	24	5,26	56	12,28	230	50,43	73	16	456
Marmara	27	2,66	30	3	36	3,55	22	2,16	35	3,45	64	6,31	800	78,89	1014

Vakıf üniversiteleri ve kamu üniversitelerinin birlikte ele alındığı Tablo 5'te Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin üniversite tercihinde bölgesel yakınlığın etkili olduğu görülmektedir. 2018 yılında Akdeniz bölgesindeki Sağlık Yönetimi Bölümünü tercih eden öğrencilerin %45.96'sı Akdeniz bölgesindedir. Doğu Anadolu bölgesini kendi bölgesinden tercih edenlerin oranı %59, Ege bölgesini kendi bölgesinden tercih edenlerin oranı %40.54, Güneydoğu Anadolu bölgesini Güneydoğu Anadolu Bölgesinden tercih edenlerin oranı ise %60.17'dir. Bu oran İç Anadolu bölgesinde %54.37, Karadeniz bölgesinde %50.43 ve Marmara bölgesinde %78.89'dur. Tablo 5'teki bulgular genel olarak değerlendirildiğinde üniversite tercihinde bölgesel tutuculuğun çok yüksek olduğu görülmektedir.

## 4. Sonuç

Türkiye'de 66 üniversitede 68 Sağlık yönetimi bölümü bulunmaktadır. Çalışmada genel olarak bu bölümü tercih eden öğrencilerin tercih eğilimleri Açısından coğrafi profillerinin çıkartılması amaçlanmıştır.

Çalışmada kamu üniversitelerindeki Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin en fazla olduğu bölge İç Anadolu, en az olduğu ise Güneydoğu Anadolu bölgesi olarak tespit edilmiştir. Vakıf üniversitelerinde ise en fazla öğrencinin Marmara bölgesinde olduğu, Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerindeki vakıf üniversitelerinde Sağlık yönetimi bölümünün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada Türkiye'deki Sağlık yönetimi bölümlerinin yaklaşık üçte birinin vakıf üniversitelerinde olsa da mevcut öğrenci sayısı Açısından aynı oranda öğrenci yüküne sahip olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonucunda öğrencilerin buldukları üniversiteye genellikle yine aynı bölgeden geldikleri sonucu elde edilmiştir.

Genel olarak çalışmada; Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin tercih eğilimlerinde bölgesel tutuculuğun çok yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Daha sonra yapılacak bir çalışma ile 5 yıllık bir trend analizi yapılarak öğrencilerin tercih eğilimlerinde değişimler olup olmadığının analiz edilmesi Çalışma sonuçlarını daha da güçlendirecektir.

## 5. Kaynakça

- Absher, K., Crawford, G., (1996). "Marketing the community college starts with understanding students' perspectives". *Community College Review*, 23(4), 59-67.
- Akar, C., (2012), "Üniversite Seçimini Etkileyen Faktörler: İktisadi Ve İdari Bilimler Öğrencileri Üzerine Bir Çalışma", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, Nisan, 7(1), 97-120.
- Amca, H., (2011), "Üniversite Seçerken Nelere Dikkat Etmeliyiz?", *Doğu Akdeniz Üniversitesi*, <https://docplayer.biz.tr/5117649-Universite-secerken-nelere-dikkat-etmeliyiz-prof-dr-hasan-amca-dogu-akdeniz-universitesi-muhendislik-fakultesi-dekani.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2019.
- Creswell, J. W., (2016), "Araştırma Deseni", *Eğiten Kitap*, 2. Baskı, Ankara.
- Dikener, O., (2011), "İnternet Reklamcılığında Web Sitesi Tasarımının Önemi", *Erciyes İletişim Dergisi*, 2(1), 152-166.
- [https://www.yok.gov.tr/HaberBelgeleri/Haber/2019/59-YOK-Atlas-a-iki-yeni-modul/YOK\\_Atlas\\_a\\_iki\\_yeni\\_meslek-atlasi-modul-eklendi.pdf](https://www.yok.gov.tr/HaberBelgeleri/Haber/2019/59-YOK-Atlas-a-iki-yeni-modul/YOK_Atlas_a_iki_yeni_meslek-atlasi-modul-eklendi.pdf). Erişim Tarihi: 01.07.2019.
- <https://yokatlas.yok.gov.tr>. Erişim Tarihi: 15.06.2019.
- KARATAŞ, A., GİZİR, C. A., (2013), "Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Danışma Gereksinimlerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi". *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(28-3), 250-265.
- Soutar, G., J. Turner, (2002), "Students' preferences for university: a conjoint analysis", *The International Journal of Educational Management*, Vol. 16(1), 40-45.
- Welki, A. M., Navratil, F. J., (1987), "The role of applicants' perceptions in the choice of a college, College and University", 62(2), 147-160.
- Yıldırım, A., Şimşek, H., (2008), "Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri", *Seçkin yayıncılık*, 7. Baskı, Ankara.

## THE EFFECT OF WORK LOAD PERCEPTION OF HEALTH EMPLOYEES PHASE ON THE QUALITY OF LIFE: THE MEDIATOR ROLE OF WORK-FAMILY CONFLICT\*

Fuat KORKMAZER (1)  
Ali AKSOY (2)

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Since life is a whole, it is not possible to think separately about working and living conditions, and the quality of work and life. This is due to the close interaction between work and living conditions. The fact that the intensive work of the individual negatively affects the family life decreases both their happiness and the happiness of the family. Either problems occur in business life because of family problems or time spent on families. Emphasis on work, neglect of the family or giving importance to the family results in negligence of the work.

**The Purpose of the Study:** In this study, it is aimed to reveal the relation between workload surplus perception, quality of life and work-family conflict.

**Method:** A questionnaire was conducted to employees in the TRB-2 region to determine the concepts of workload surplus perception, quality of life and work-family conflict concepts in different illnesses, affecting each other and developing and changing depending on different variables. Employees from state hospitals affiliated to the Ministry of Health in the TRB-2 region (Van, Muş, Bitlis, Hakkâri) were selected as sample. The questionnaire was composed 5 expressions the Workload Scale, the WHOQOL-BREF-TR Scale consisting of 27 expressions and the Work-Family Conflict Scale consisting of 10 statements. The data obtained are interpreted by analyzing the structural equation model and comparative statistics.

**Findings and Results:** According to the result of SEM analysis, the surplus of workload perception has a negative impact on quality of life, impacts work-family conflict and family-work conflicts positively. Work-family and family-work have reached the result of negatively affecting quality of life.

**Key words:** Work Load Balance, Quality of Life, Work-Family Conflict

\* This study is summarized from the dissertation thesis entitled "The Effect of Workload Surplus Perception on Quality of Life: The Role of Work- Family Conflict" .

(1) Muş Alparslan Universty/ Healty Care Management/ Turkey/ f.korkmazer@alparslan.edu.tr

(2) İnönü Universty/ Faculty of Economics and Administrative Sciences/ Turkey

### 1. Giriş

İnsanlar bir ailede doğup büyür ve hayatlarının belli bir döneminden sonra da bir iş sahibi olurlar. Yaşam bir bütün olduğundan, çalışma ve yaşam koşullarını, dolayısı ile Çalışma ve yaşam kalitesini birbirinden ayrı düşünmek mümkün olmamaktadır. Bu durum, iş ve yaşam koşulları arasında sıkı bir etkileşimin olmasından kaynaklanmaktadır. Günlük zamanın önemli bir kısmını kapsayan Çalışma, bireyin ve ailesinin hayatını devam ettirdiği için önemlidir. Bundan dolayı çalışmaya yönelik duygu, anlam ve değerler de önem kazanmaktadır. İnsanların hayatında iş dışındaki bağları, aile, arkadaş, akraba ve sivil toplum kuruluşları ile süreklilik arz etmektedir.

Günümüz iş dünyasının önde gelen sorunlarından biri de aile ile iş arasındaki çatışmalardır. Bireylerin hayatlarındaki ilişkilerin kalitesi sahip oldukları çok çeşitli rollerdeki başarıları veya başarısızlıklarından etkilenmektedir. Bazı rollerin yoğun olması diğer roller üzerinde baskı oluşturmakta ve diğer rollerin yerine getirilmesi engellenmektedir. Bu durumda bireylerin mücadele etmek durumunda kaldıkları ciddi rol çatışmaları, rol karmaşası veya rol belirsizlikleri oluşmaktadır. Verilen bu mücadele, bireylerin yaşam tatminini azaltabilmektedir. Bireyin işlerinin yoğun olması aile hayatını olumsuz etkilemesi hem kendi mutluluğunu hem de ailenin diğer fertlerinin mutluluğunu azaltmaktadır. Ya da ailevi sorunlar veya ailelere zaman harcanması nedeniyle iş yaşamında sorunlar meydana gelmektedir. İşe önem verilmesi ailenin ihmali veya aileye önem verilmesi işin ihmali sonucunu doğurmaktadır.

Doğrudan insana hizmet eden doktor, hemşire, öğretmen, polis, avukat gibi mesleklerde insan unsuru hizmetin kalitesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. İnsanlarla yüz yüze Çalışılan bu mesleklerde yaşam kalitesi düşüklüğü daha sık görülmektedir (Barron ve West, 2007: 62; Kaçmaz, 2005: 30). Mesleki tatmin, Çalışanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir kavram iken iş yaşamı sürecinde karşılaşılan zorlu süreçler ise yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık Çalışanları, Sağlık hizmeti ihtiyacı olan kişilere yardım ettiği için mesleğinden hoşnut olmakta, bu hoşnutluk Çalışanın iş

doymu yaşamasını sağlamaktadır. Sağlık Çalışanlarında yaşam kalitesi düşüklüğüne, iş yükü yoğunluğu, ağır hastalara verilen bakım, iş yerinde yaşanan ilişki ve görev dağılımı sorunları, bozulan uyku düzeni, gece nöbetleri, hasta yakınlarıyla uğraşılması yol açmaktadır (French vd, 2000: 163; Kaçmaz, 2005: 30). Sağlık Çalışanları rutin Çalışma günleri ve saatleri dışında Çalışmakta, hayati tehlikesi olan insanlara hizmet sunmakta, hasta ve hasta yakınlarının büyük beklentileri ile karşılaşmaktadır. Sağlık Çalışanları yoğun stres altında Çalışmaktan ruhsal olarak etkilenmekte ve bu durum yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011: 62).

İşyükü fazlalığının, yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması düzeylerine etkisinin anlaşılmasında Kaynakların Korunması Teorisi, (COR) yararlı olabilecek bir yaklaşımdır (Hobfoll, 1989). Kaynakların korunması teorisine göre bireyler için değerli olan kaynaklar dört grupta toplanmaktadır. Bu kaynaklar: Maddi kaynaklar, koşullar, kişisel özellikler ve enerjidir (Hobfoll, 1989: 517). Bu teoriye göre; bireyler değer verdikleri kaynakları elde etme, koruma ve artırma amacıyla çabalamaktadır. Çünkü bireylerin kişisel özellikleri ve sosyal koşulları iyileştikçe ve korundukça, kendileri için başarılı bir yaşam sağlama amacı gerçekleşmektedir. Çevrede oluşan koşullar genellikle bu kaynaklar için tehdit oluşturmakta ya da kaynakların azalmasına sebep olmaktadır. Bu tehdit, bireyler için kaynakların taşıdığı değerleri nedeniyle önem arz etmektedir. (Yürür, 2011: 109).

Çalışanların çalışma koşullarına ilişkin sorunların giderilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması, verilen Sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle Sağlık Çalışanlarının Çalışma koşulları ve yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması önem kazanmış ve günümüzde bu konu üzerinde hassasiyetle durulmaya başlanmıştır. Sağlık Çalışanlarının iş yükü fazlalığı ve Çalışma koşullarının incelenmesi, Çalışanların yaşam kalitesi ve sunulan hizmetlerin kalitesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu Çalışma, Sağlık Çalışanlarının iş yükü fazlalığı Algısının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde iş- yaşam (aile) çatışmasının aracı rolünü ortaya koymaya yöneliktir. Sunulan Sağlık hizmetlerinin asıl belirleyicisi konumunda olan Sağlık Çalışanlarının iş yükü fazlalığı, yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması gibi kavramları kapsayan böyle bir Çalışma yapmak oldukça keyifli olmuştur. Özellikle iş yükü fazlalığı ile ilgili Türkçe literatürde benzer bir Çalışmaya rastlanmaması, konuyu daha da ilgi çekici kılmıştır.

### **1.1. İş yükü Fazlalığı**

Bireyin çalıştığı kurumda kendisine yüklenen işin normalin (haftalık 40 saat Çalışma saati) üzerinde olduğuna yönelik algısına iş yükü denir. İş yükü, bireyin kişi başına ve birim zamana düşen iş sebebiyle baskı altında tutulması anlamına da gelmektedir. İş yükü, Çalışan Açısından fazlasıyla önem arz eden bir değişkendir. Tükenmişlik sendromu ile ilgili yapılan çalışmalarda, bireyin ağır iş yükü altında kalması tükenmenin en temel sebeplerden birisi olarak tespit edilmiştir. Bir başka ifade ile aşırı iş yükü, işten kaynaklı stres kaynakları arasında en önemli ve en fazla rastlanan etkenlerdendir (Karoshi,2003: 3). Yapılan birçok Çalışmada iş yükü iş-aile çatışmasını arttırıcı etkisi olan en önemli faktörlerden biri olarak görülmüştür (Geurts vd., 1999; Michel vd., 2010; Moreno-Jiménez ve Mayo, 2010).

Aşırı iş yükü, niceliksel ve niteliksel iş yükü şeklinde iki grupta incelenebilir (Özkalp ve Kirel, 2013: 437). Niceliksel iş yükü, belirli bir iş için Çalışanın zamanının yetersiz olması, belirli bir zaman diliminde yapılması gereken işlerin fazlalığı ve bu iş koşullarının ağır ve yorucu olması durumunda söz konusu olmaktadır. Birey üzerinde olumsuz bir etki oluşturan zaman baskısı, birey işi yapmak için gerekli olan yetenek ve beceriye sahip olduğu halde işi yapış şeklini olumsuz etkilemektedir. Niteliksel iş yükünde ise, işin gerekleri ile Çalışanın sahip olduğu özellikler arasında, Çalışanı olumsuz etkileyen bir dengesizlik söz konusudur. Bu durumda, Çalışan bilgi, beceri ve bireysel nitelik gibi işin gereklerine tamamen sahip olmadığından, Çalışılan iş işi yapacak kişiye zor gelecektir (Eroğlu 2007: 455). Yapılan işin içerik ve kapsamı, Çalışanın yaşadığı rol çatışması ve rol belirsizlikleri iş yükünün meydana getirilmesinde etkileyici olmaktadır (Lydon, 1997:104-108).

### **1.2. İş-Aile Çatışması**

Birey, grup ve örgütler belirledikleri amaçları gerçekleştirmek amacıyla sürekli bir etkileşim halindedirler. Bu süreçte taraflar arasında yaşanan ilişkilerde, anlaşmazlık ve tutarsızlık olduğunda çatışma ortaya çıkmaktadır. Çatışma, iki veya daha fazla birey ya da grubun; hedef, istek ve amaçlarının birbiriyle uyumlu olmaması durumudur. Bir başka tanıma göre çatışma, birey ve gruplar arasında oluşan anlaşmazlık veya sürtüşmeler sonucunda oluşan duygusal ortamlardır (Çarıkcı ve Çelikkol, 2009: 154).

Araştırmacıların çoğunun temel aldığı iş-aile çatışması tanımlaması Greenhaus ve Beutell (1985) tarafından yapılmıştır. Greenhaus ve Beutell (1985: 77)'e göre; iş-aile çatışması iş ve aileden kaynaklı rol taleplerinin bazı yönleriyle uyumlu olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. İş-aile çatışması, çok yönü ve çok boyutu olan bir süreçtir. Bu süreç; bireyin işi ya da ailesine bağlılık düzeyi, işi ya da ailesinde yaşadığı sorunlar ve işi ya da ailesinden kaynaklı talepler ile başlamaktadır. Ardından ise birey işi veya aile yaşamında ve genelde ise yaşam tatmininde önemli düzeyde azalışlar meydana gelmektedir (Çarıkcı, 2001: 2).

İş-aile çatışması Araştırmalarda, işle ilgili taleplerin aile sorumluluklarını yerine getirmeyi zorlaştıran işten aileye çatışma ile aile ile ilgili taleplerin iş sorumluluklarını yerine getirmeyi zorlaştıran aileden işe çatışma şeklinde ele alınmıştır (Frone ve diğerleri, 1997: 148; Stoeva ve diğerleri, 2002: 4; Dixon ve Bruening, 2005: 228; Roos, ve diğerleri, 2006: 49; Çelik ve Turunç, 2011: 229; Hashim ve diğerleri, 2012: 1014; Coşkuner ve Şener, 2013: 2).

Konuya ilişkin literatür incelendiğinde iş-aile çatışmasının zaman esaslı çatışma, gerginlik esaslı çatışma ve davranış esaslı çatışma olmak üzere üç çeşidi bulunmaktadır (Carlson, 1999: 237).

Zaman esaslı çatışma, bir rol için ayrılması gereken zamanın oluşturduğu baskının diğer rol için ayrılacak zamana engel olması durumudur. Genellikle bireyin bir rolle ilgili aktiviteye zaman ayırması, diğer rolleri için ayıracağı zamanı azaltmakta ve bu rollere katılımına engel olmaktadır (O'Driscoll vd., 1992: 272). İş ya da aile rollerinden birinin yerine getirilmesi için ayrılan zaman diğer rolün yerine getirilmesini zorlaştırması hatta imkânsız kılması ile oluşan çatışma türüdür. Bu çatışma türünün belirleyicisi son derece kısıtlı olan zaman bir kaynağıdır (Özdevecioğlu ve Doruk, 2009: 72).

Gerginlik esaslı çatışma, Çalışanın işle ilgili rolünü yerine getirirken olumlu olmayan duygular hissettiğinde aile ile ilgili rolünü hakkıyla gerçekleştirmesine engel olduğunda yaşanmaktadır (Deniz ve Özalp, 2014: 4). Başka bir deyişle, bir rol için yapılması gerekenlerin yerine getirilmesi esnasında bireyin yaşadığı yorgunluk, gerginlik ve tedirginlik diğer rol için yapılması gerekli olan etkinliklere engel olduğunda oluşmaktadır. Örneğin, Çalışan bireyin kendisini iş ortamında tükenmiş hissetmesi ve eve geldiğinde aile ile ilgili talepleri gerçekleştirmek için gereken enerjiyi bulamaması durumunda bu çatışma yaşanmaktadır (Turgut, 2011: 158).

Davranış esaslı çatışma bir rol ile ilgili davranışlar ile diğer rol ile ilgili davranışlar arasında uyum olmadığında oluşmaktadır. İş ve aile hayatında bireylerin yerine getirmesi gereken davranışlar farklı olmakta ve bu davranışlar arasında uyum olmamaktadır. Davranış esaslı çatışma, Çalışan bireyin işindeki rolünden ailedeki rolüne geçmesi esnasında davranışlarını uygun şekilde değiştiremediği veya işindeki rolünde başarıyı sağlayan davranışları ailesindeki rolünde başarılı olmasına engel olduğunda meydana gelmektedir (Turgut, 2011: 158).

### 1. 3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halini ve yaşamın günlük fonksiyonlarını sürdürebilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı toplumun sunduğu imkânlardan yararlanması, toplumsal beklentileri ve temel ihtiyaçları karşılanması gibi birçok yaşam alanından söz etmektedir. Yaşam kalitesi kavramı, bahsedilen bu alanların geliştirilmesi ve düzenleme yapılması açısından önemlidir (Şenol ve Türkay, 2006:383).

Yaşam kalitesi kavramının, fiziki Sağlık, psiko sosyal durum, Bağımsızlık düzeyi, kişisel inançlar, sosyal ilişkiler ve yaşanan çevrenin özelliklerini içeren geniş bir içeriği bulunmaktadır. Bu açıdan incelendiğinde yaşam kalitesi kavramı çevresel, sosyal ve kültürel etmenlere bağlı, öznel bir değerlendirmeyi içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini; bireyin kültür ve değerler sistemi içerisinde kendi durumunu algılama biçimi şeklinde tanımlamıştır. Kişinin yaşadığı yerdeki amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini kapsamaktadır (Yıldırımçakar, 2015: 9).

Yaşam kalitesinin ilgili olduğu alanlar değerlendirildiğinde; bedensel ve ruhsal alan, Bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre, kişisel İnanışlar, genel Sağlık kalitesi gibi alanlar da görülmektedir. Bu alanlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde yaşam kalitesi dört temel alanda ortaya çıkmaktadır. Yaşam kalitesini ilgilendiren alanlar, Hoes ve Sullivan'a göre dört temel grup altında incelenmektedir. Bunlar (Yıldırımçakar, 2015: 17-21):

- Psikolojik esenlik



- Fiziksel esenlik
- Sosyal ve bireysel esenlik
- Maddi esenlik

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Bu Çalışmanın konusu belirlenirken yukarıda bahsi geçen değişkenlerin (iş yükü fazlalığı algısı, yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması) aynı anda bir organizasyonda Çalışanların motivasyonuna olumlu katkı sağlayacak şekilde dengeli olması gerektiği gerçekliğinden hareket edilmiştir. Araştırmanın temel amacı, Sağlık Çalışanların iş yükü fazlalığı yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması düzeylerinin belirlenmesi, iş yükü fazlalığı, yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması arasındaki ilişkilerin ortaya konmasıdır. Bu temel amaç doğrultusunda belirlenen alt amaçlar ise;

- İş yükü fazlalığı algısının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi,
- İş yükü fazlalığı Algısının iş-aile çatışması boyutları üzerindeki etkisinin belirlenmesi,
- İş-aile çatışmasının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi,
- Demografik bilgilerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslekte Çalışma süresi, kurumda Çalışma süresi, unvan, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, Çalışılan il) iş yükü fazlalığı, yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması boyutlarında farklılık oluşturup oluşturmadığının belirlenmesidir.

### 2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, TRB-2 Bölgesi il merkezlerinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık kuruluşlarında 15 Haziran- 05 Ekim 2017 tarihleri arasında Çalışan 4463 Sağlık personeli (Tabip, Tabip dışı Sağlık personeli, İdari personel) oluşturmaktadır. Bu kuruluşlar; Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Muş Devlet Hastanesi, Bitlis Devlet Hastanesi ve Hakkâri Devlet Hastanesidir. Örneklem yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. İzin (yıllık, nöbet, hastalık, doğum, mazeret vd.), görevlendirme, dağıtılan anket kayıpları ve anketin cevaplanmak istenmemesi gibi sebeplerden dolayı Sağlık personeline 1550 anket dağıtılabılmıştır. Dağıtılan anketlerin 1143'ü geri dönmüştür. Hatalı ve eksik doldurulan 48 form Çalışmaya dâhil edilmeyerek geriye kalan toplam 995 soru formu analiz kapsamına alınmıştır. Örneklem sayısı (995), Araştırma evreninin % 22,30'unu oluşturmaktadır.

### 2.3. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Çalışanların iş yükü fazlalığı düzeylerini tespit etmek amacıyla Imoisili (1985) tarafından geliştirilen ve Alam (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan işyükü fazlalığı ölçeği kullanılmıştır. Ölçek tek bir boyuttan ve 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçek herhangi bir soru eklenip çıkarılmadan kullanılmıştır.

Çalışanların yaşadığı iş-aile çatışması düzeyini ölçmek için, Netemeyer ve diğerleri (1996) tarafından ortaya konulan, Apaydın (2004) tarafından Türkçeye uyarlanan iş- aile çatışması ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek iki boyuttan ve 10 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek herhangi bir soru eklenip çıkarılmadan kullanılmıştır.

Yaşam kalitesini ölçmek için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Fidaner ve diğerleri tarafından (1999) yapılan WHOQOL-BREF ölçeği kullanılmıştır. WHOQOL-BREF ölçeği, toplam 26 sorudan meydana gelmiştir. Türkçe geçerlilik çalışmalarında bir ulusal soru eklenmesi sonucu oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçek herhangi bir soru eklenip çıkarılmadan kullanılmıştır.

Çalışma kapsamında elde edilen veriler SPSS 21 paket programında analiz ve test edilerek %95 güven düzeyi ile Çalışılmıştır. Ayrıca iş yükü fazlalığı, yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması ölçeklerinin ilişkisine yönelik Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Amos 23 paket programı ile analiz edilmiştir.

Ölçeklerin tümü normal dağılım göstermedikleri için ( $p < 0,05$ ) Karşılaştırma analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. Çalışmada non-parametrik test tekniklerinden Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Mann Whitney Bağımsız iki grubu nicel bir değişken açısından Karşılaştırmada, Kruskal Wallis ise Bağımsız grubu nicel değişken Açısından Karşılaştırmada kullanılan test teknikleridir. Çalışmada ölçek puanlarının ilişkisi Spearman korelasyon testi ile, ölçek puanlarının kişisel özelliklere göre farklılık gösterme durumu ise Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.

### 3. Bulgular

#### 3.1. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan katılımcıların Sosyo-Demografik özellikleri Tablo 1’ de görüldüğü gibidir.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri**

Sosyo-Demografik Bilgiler	n	%	
Yaş’a Göre Dağılım	18-25	289	29
	26-30	285	28,6
	31-35	179	18
	36-40	165	16,6
	41+	77	7,7
Cinsiyete Göre Dağılım	Kadın	517	52
	Erkek	478	48
Medeni Durumuna Göre Dağılım	Evli	543	54,6
	Bekâr	452	45,4
Eğitim Durumuna Göre Dağılım	Lise	166	16,7
	Önlisans	312	31,4
	Lisans	432	43,4
Unvan Durumuna Göre Dağılım	Lisansüstü	85	8,5
	Tabip	94	9,4
	Tabip Dışı Sağlık Personeli	755	75,9
Meslekte Çalışma Süresine Göre Dağılım	İdari Personel	146	14,7
	1 Yıla Kadar	130	13,1
	1-3 Yıl	203	20,4
	4-6 Yıl	213	21,4
	7-10 Yıl	153	15,4
Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Dağılım	10 Yıl Üzeri	296	29,7
	1 Yıla Kadar	222	22,3
	1-3 Yıl	300	30,2
	4-6 Yıl	202	20,3
	7-10 Yıl	99	9,9
Çalışma Şekline Göre Dağılım	10 Yıl Üzeri	172	17,3
	Gündüz	437	43,9
	Nöbet Üsulu	72	7,2
Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılım	Gündüz + Nöbet	486	48,8
	40 Saat	583	58,6
	41-56 Saat	244	24,5
	57-72 Saat	136	13,7
	72 Saat Üzeri	32	3,2

Araştırmanın örnekleme yaş itibarıyla bakıldığında, katılımcıların %29’unun 18-25 yaş, %28,6’sının 26-30 yaş, % 18’inin 31-35 yaş, %16,6 ‘sının 36-40 yaş, % 7,7’sinin ise 41-üstü yaş aralığında yer aldığı tespit edilmiştir. Bu çerçevede örneklemin ağırlıklı olarak (%57,6’sı) 18-30 yaş aralığında bulunduğunu söylemek mümkündür. Tablo 1. üzerinde de izlendiği gibi örneklemin % 29’unun iş gücüne yeni katılacağı düşünülen 18-25 yaş aralığında genç Çalışanlardan oluştuğu gözlenmiştir.

Örnekleme dâhil edilen Çalışanların cinsiyetlerine göre bakıldığında, katılımcıların %52’sini kadın Çalışanlar oluşturmaktadır. Erkek katılımcıların ise genel örneklem içerisindeki ağırlığı % 48 seviyesinde kalmıştır. Araştırma örnekleminin medeni durum itibarıyla dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %54,6’sını evli katılımcılar, bekâr katılımcıların ise örneklemin %45,4’ünü oluşturduğu gözlenmiştir.

Örnekleme dâhil edilen Çalışanların eğitim durumuna göre bakıldığında, katılımcıların eğitim düzeyleri oldukça yüksektir. Elde edilen verilere göre, örneklemin %43,4’ünün üniversite, %31,4’ ünün meslek yüksekokulu, %16,7’sinin lise düzeyinde, %7,7’sinin ise lisansüstü eğitimi bulunmaktadır. Bu çerçevede

Araştırma verilerinin elde edildiği örneklemin, eğitim durumu dikkate alındığında oldukça iyi bir seviyede oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların meslekte Çalışma sürelerine bakıldığında, katılımcıların % 13,1'inin 1 yıla kadar ilgili kurumlarda Çalıştığı, % 20,4'ünün 1 ile 3 yıllık bir kıdeme sahip olduğu, katılımcıların % 21,4'ü 4 ile 6 yıl arasında, %15,4'ünün 7-10 yıl arasında,% 29,7'sinin ise 10 yıldan fazla ilgili kurumlarda Çalıştığı gözlenmiştir. Söz konusu bulgulara bakılarak, Sağlık hizmetleri sektöründe faaliyet gösteren ilgili kurumlarda Çalışan personelin örgütsel kıdemlerinin yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Katılımcıların ilgili kurumlarda Çalışma sürelerine bakıldığında, katılımcıların % 22,3'inin 1 yıla kadar ilgili kurumlarda Çalıştığı, % 30,2'ünün 1 ile 3 yıllık bir kıdeme sahip olduğu, katılımcıların % 20,3'ü 4 ile 6 yıl arasında, %9,9'ünün 7-10 yıl arasında,% 17,3'sinin ise 10 yıldan fazla ilgili kurumlarda Çalıştığı gözlenmiştir. Söz konusu bulgulara bakıldığında, Çalışan personelin yarısından fazlasının (%52,5) 0-3 yıla kadar kurum bünyesinde Çalıştığı görülmektedir. Söz konusu bulgular, ilgili kurumların mevcut Çalışanları kurumda tutma konusunda başarılı olmadıklarını göstermektedir.

Katılımcıların unvan durumuna bakıldığında, Tabip katılımcıların %9,4 Tabip dışı Sağlık personelinin %75,9'luk kısmını teşkil ettiği ve İdari personelin ise %14,7'lik kısmı oluşturduğu gözlenmiştir. Söz konusu bulgular incelendiğinde tabiplerin (Çalışma koşullarından kaynaklı) Çalışmalara katılım noktasında hassasiyet göstermediği söylenebilir. Araştırmanın örnekleme Çalışma şekli itibariyle bakıldığında, katılımcıların yaklaşık yarısının %48,8 Gündüz + Nöbet şeklinde Çalıştığı görülmektedir. Sadece nöbet usulü Çalışanların %7,2 olduğu, Sadece normal gündüz mesaisinde Çalışanların %43,9 olduğu görülmüştür. Sadece 8-16 mesaisinde Çalışanların ağırlıklı olarak idari personellerden ve tabiplerden oluştuğunu ve kısmen de kurumdaki eski Çalışanlardan oluştuğunu söylemek mümkündür.

Örnekleme dâhil edilen Çalışanların haftalık çalışma sürelerine bakıldığında, Çalışanların yarısından fazlası (%58,6) normal haftalık çalışma süresi olan 40 saat Çalışmaktadır. Haftalık 41-56 saat aralığında Çalışanlar örneklemin %24,5'ini, haftalık 57-72 saat aralığında Çalışanlar %13,7'sini, haftalık 72 saat üzeri Çalışanların ise %3,2'sini oluşturduğu görülmüştür. Haftalık 40 saatten fazla Çalışanların çoğunlukla tabip dışı Sağlık personelinin oluştuğunu söylemek mümkündür.

### 3.2. Ölçeklerin Faktör ve Güvenilirlik Analizleri

Ölçeğin istatistiksel olarak yapı geçerliğinin tespiti için açımlayıcı faktör analizi tekniği kullanılmaktadır. Öncelikle ölçeğin, faktör analizine uygunluğunu anlamak için Kaiser Mayer Olkin (KMO) ve Bartlett testi yapılmaktadır. KMO katsayısı örneklemin büyüklüğü ve değişkenler arası korelasyonların faktör analizine uygunluğunu test etmektedir. Bulunan değer. 80' ve yukarısı ise mükemmel, .70 ve. 80 arası iyi, .60 ve. 70 arası orta, .50 ve. 60'arası kötü, .50'den aşağı kabul edilemez şeklinde yorumlanmaktadır (Durmuş vd, 2013: 80).

**Tablo 2. Ölçeklere İlişkin Cronbach Alfa Katsayıları**

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
<b>İş Yükü Fazlalığı</b>	5	0,815
<b>İş-Aile Çatışması</b>	10	0,782
<b>İşten Aileye Çatışma</b>	5	0,848
<b>Aileden İşe Çatışma</b>	5	0,779
<b>Yaşam Kalitesi</b>	27	0,821

Tablo 2. incelendiğinde; iş yükü fazlalığı ölçeği için ölçeğin Cronbach'ın alpha katsayısı 0,815; iş-aile çatışması ölçeği için 0,782; yaşam kalitesi ölçeği için 0,821 olarak hesaplanmıştır. Buna göre iş yükü fazlalığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin cronbach alfa değeri 0,80 - 1,00 aralığında olduğundan ölçeklerin yüksek güvenilirlikte olduğu, iş-aile çatışması ölçeğinin cronbach alfa değeri ise 0,60 - 0,79 aralığında olduğundan bu ölçeğin oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

DFA'da test edilen modelin yeterliğini belirlemek için pek çok uyum indeksi kullanılmaktadır. Kuramsal model ile gerçek veriler arasındaki uyum değerlendirilirken birbirine göre güçlü ve zayıf yönleri olduğu için birçok uyum indeksi değerinin kullanılması önerilmektedir. Bunlardan en sık kullanılanları Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness), İyilik Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi

(AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), Ortalama Hataların Karekökü (RMR) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü'dür (RMSEA) (Meydan ve Şeşen, 2015: 32-35).

**Tablo 3. Ölçeklerin DFA Sonuçları Uyum İndeksleri**

Uyum İndeksleri	İş yükü Fazlalığı	İş- Aile Çatışması	Yaşam Kalitesi	İyi Uyum	Kabu Edilebilir Uyum
$\chi^2//DF$	<b>0,295</b>	<b>3,020</b>	<b>3,327</b>	<3	<4-5
<b>CFI</b>	<b>1,000</b>	<b>0,981</b>	<b>,954</b>	>0.97	>0.95
<b>RMSEA</b>	<b>0,000</b>	<b>0,045</b>	<b>,048</b>	<0.05	0.06- 0.08
<b>NFI</b>	<b>1,000</b>	<b>0,982</b>	<b>,925</b>	>0.95	0.94- 0.90
<b>RMR</b>	<b>0,002</b>	<b>0,967</b>	<b>,909</b>	<0.05	0.06- 0.08

İş Yükü Fazlalığı Ölçeği için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indekslerinin oldukça iyi uyum düzeyinde olduğu, İş Aile Çatışması Ölçeği uyum indekslerinin çoğunlukla iyi uyum düzeyinde olduğu, Yaşam Kalitesi Ölçeği için uyum indekslerinin kabul edilebilir ve iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Buna göre model doğrulanmıştır.

**Tablo 4. Araştırma Modeli İçin DFA Sonuçları Uyum İndeksleri**

(Uyum İndeksleri)	Ölçüm	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuç
$\chi^2/sd$	<b>2,287</b>	<3	<4-5	İyi Uyum
<b>CFI</b>	<b>,959</b>	>0.97	>0.95	Kabul Edilebilir Uyum
<b>RMSEA</b>	<b>,036</b>	<0.05	0.06- 0.08	İyi Uyum
<b>GFI</b>	<b>,916</b>	>0.90	0.89- 0.85	İyi Uyum
<b>AGFI</b>	<b>,905</b>	>0.90	0.89- 0.85	İyi Uyum
<b>RMR</b>	<b>,053</b>	<0.05	0.06- 0.08	Kabul Edilebilir Uyum

Tablo 4'e göre; modifikasyon sonrası oluşan sonuçlar modelin yeterli uyum sağladığını göstermektedir. Bu durumda iş yükü fazlalığının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde iş-aile çatışmasının aracı rolü olduğu söylenebilir.

**Tablo 5. YEM ile Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımlı (Etkilenen)		Bağımsız (Etkileyen)	Estimate	S.E.	C.R.	P
<b>İşten Aileye Çatışma</b>	<---	İş Yükü Fazlalığı	,703	,047	14,951	***
<b>Aileden İşe Çatışma</b>	<---	İş Yükü Fazlalığı	,177	,027	6,520	***
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<---	İş Yükü Fazlalığı	-,037	,031	-1,190	,234
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<---	İşten Aileye Çatışma	-,084	,031	-2,709	***
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<---	Aileden İşe Çatışma	-,136	,037	-3,680	***

Tablo 4'e göre; iş yükü fazlalığı; işten aileye çatışma ve aileden işe çatışma boyutlarını pozitif olarak anlamlı artırmaktadır. İşten aileye çatışma ve aileden işe çatışma yaşam kalitesini anlamlı olarak azaltmaktadır.

İş yükü fazlalığının, Yaşam kalitesini etkilemesinde işten aileye çatışmanın anlamlı olarak aracılık ettiği belirlenmiştir (Sobel Test İstatistiği=4.102, p<0,05). İş yükü fazlalığının, Yaşam kalitesini etkilemesinde

ve aileden işe çatışmanın anlamlı olarak aracılık ettiği belirlenmiştir (Sobel Test İstatistiği=3.234,  $p<0,05$ ). İş yükü fazlalığının, Yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etki katsayısı -,037 olarak hesaplanmıştır. Aracılık etkisi gösteren işten aileye çatışma modele eklendiğinde dolaylı etki 0,162 ve aileden işe çatışma eklendiğinde dolaylı etki 0,184 olarak hesaplanmıştır. Etki düzeyi arttığından dolayı tam aracılık söz konusudur.

#### 4. Sonuç

Çalışma hayatı bireyin günlük yaşantısı üzerinde önemli etkilere sahiptir. Günün önemli bir kısmını iş yerinde geçirmenin ötesinde, genellikle iş, bireyin düşüncelerini meşgul etmekte, günlük programını belirlemekte, sosyal kimliğine katkıda bulunmakta ve hatta bazı durumlarda bir aileye sahip olup olamayacağını kararını bile etkileyebilmektedir.

Araştırmanın bulguları doğrultusunda, Sağlık kurumları yöneticilerine ve işletmelere de şu öneriler sunulmaktadır:

- Yöneticiler iş-aile çatışması konusunda bilgilendirilmeli, eğitim kurumları ve danışmanlık işletmelerinin sunacağı çeşitli eğitim ve kurslarla desteklenmelidir. Bu eğitimlerle yöneticilerin, işletmelerde olası çatışma yaşanması durumunda hazırlıklı olmaları ve çözüm önerileri geliştirebilecek yetkinliğe ulaşmaları sağlanmalıdır.
- Sağlık kurumları, Çalışanlara bireysel çözümlerinde yeni perspektifler açması sebebiyle iş-aile çatışması deneyimleri ve başa çıkabilme adına yapılanların paylaşılmasını sağlamak ve deneyim paylaşımını arttırmak için etkinlikler düzenlemelidir.
- Çalışanların sağlığını olumsuz olarak etkileyen potansiyel risk faktörleri için önlemler alınmalı ve Çalışma ortamı (iş yerinde yeterli araç gerecin bulundurulması, iş yerinin uygun sıcaklıkta olması, iş yeri ortamı havalandırmasının olması, gürültünün olmaması ya da sessizliğin olması gibi) elverişli hale getirilmelidir.
- Esnek Çalışmaya uygun olan birimlerde Çalışanların, esnek Çalışma koşulları oluşturularak arzuladıkları yaşam kalitesine erişmeye Çalışmaları sağlanmalıdır.
- Çalışanların kaliteli bir yaşam sürmesi için gerekli olan Sağlık eğitimi programlarına katılımı sağlanmalıdır.
- Personelin kaliteli bir yaşam sürmesine ve iş yükü algısına olumlu katkı sağlamak için personel sayılarının en uygun düzeyde olacağı politikalar geliştirmelidir (Örn: Sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan personelin idari hizmetlerde Çalıştırılmaması).
- Çalışanların, iş yerinde ihtiyaç duydukları zaman, para ve eleman gibi kaynakların yeterli olması, ihtiyaç duydukları bilgi ve materyallere kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık Çalışanlarının Çalışma saatleri değişken olabildiği için, Çalışanların sabit gün ve saatlerde eve gönderilmesi için bir hedef belirlenmelidir.

Çalışmanın ileride yapılacak çalışmalara da yol göstermesi beklenmektedir. İleride yapılacak Çalışmalar, iş yükü fazlalığı literatürüne teorik olarak geliştirmeye katkı sağlayabilecektir. Araştırma, sadece Sağlık sektöründeki Çalışanlar üzerinde yapıldığı için, diğer sektörlerde de uygulanması konunun gelişimine katkı sağlayacaktır. Bu Çalışma Türkiye’de TRB-2 bölgesindeki uygulanmıştır. Tüm Sağlık Çalışanları ile ilgili genelleme yapılabilmesi için, TRB-2 bölgesi dışındaki bölgelerin Sağlık Çalışanlarına da benzer bir çalışmanın uygulanması konuya katkı sağlayacaktır.

#### 5. Kaynakça

Alam, M. A. “Techno-Stress and Productivity: Survey Evidence From the Aviation Industry”, Journal of Air Transport Management, 2016/50 (1), 62-70.

Apaydın, M.D., (2004) Çift Kariyerli Ailelerde İş-Aile ve Aile-İş Çatışmalarının Kendini Kurgulama Düzeyleri İle İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Barron DN, West E. “The Emotional Costs of Caring Incurred by Men and Women in the British Labour Market”, Soc Sci Med, 2007/65 (21), 60-71.

Carlson, D., (1999) “Personality and Role Variables as Predictors of Three Forms of Work-Family Conflict”, Journal of Vocational Behavior, 1999/55 (2), 236-253.

- Çarıkcı, İ.H., (2001) Banka Çalışanlarının İş ve Aile Rollerinin Çatışması (Bireysel ve Örgütsel Boyutları), Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çarıkcı, İ.H. ve Çelikkol, Ö. “İş-Aile çatışmasının Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2009/1 (9), 153-170.
- Deniz, N., Özalp, B. (2014) “The Effect of Organizational Culture on Work-Family Life Conflict”. Research Journal of Business and Management, 2014/1 (1), 1-13.
- Eroğlu, F. (2007), Davranış Bilimleri, (7. Baskı), Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Eser, E., Göker, E “WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref’in Psikometrik Özellikleri”, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1999/7 (Ek2), 23-40.
- French SE, Lenton R, Walters V, Eyles J. “An Empirical Evaluation of an Expanded Nursing Stress Scale”. J Nurs Meas, 2000/8 (2), 161-178.
- Geurts, S.A.E. Toon W.T., Michiel, A.J. vd., “Work-Home Interaction from A Work Psychological Perspective: Development and Validation of A New Questionnaire, The SWING”, Work & Stress, 2005/19 (4), 319-339.
- Greenhaus, J. ve Beutell, N.J. “Sources of Conflict Between Work and Family Roles”, The Academy of Management Review, 1985/10 (1), ss.76-88.
- Greenhaus, H.J., Powell, N.G. “When Work and Family Collide: Deciding Between Competing Role Demands”, Organizational Behaviour and Human Decision Processes, 2003/90, 291-303.
- Hobfoll, S.E. “Conservation of Resources: A new Attempt at Conceptualizing Stress”, American Psychologist, 1989/44, 513-524.
- Kaçmaz N., “Tükenmişlik Sendromu”, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2005/68, 29-32.
- Karoshi, “Reduce Stress, Workload And Work Time And Improve Work-Life Balance Before It's Too Late, Hot Topics in Collective Bargaining Issues”, Public Service for Alliance of Canada, 2003/5, 1-19.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım S. (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, (4. Baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Keser, A., “Çağrı Merkezi Çalışanlarında İş Yükü Düzeyi İle İş Doyumu İlişkisinin Araştırılması”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2006/11(1), 100-119
- Lydon, J., Pierce, T. ve O'regan, S., “Coping With Moral Commitment to Longdistance Dating Relationship”, Journal of Personality and Social Psychology, 1997/73, 104- 113.
- Meydan, C.H. ve Şeşen, H. (2015), Yapısal Eşitlik Modellemesi – AMOS Uygulamaları, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Netemeyer, G. Richard., Boles, S. James., McMurrian, R. “Development and Validation of Work Family Conflict and Family Work Conflict Scales”, Journal of Applied Psychology, 1996/81 (4), 400-410.
- Özdevecioğlu, M., Doruk, Ç. N. “Organizasyonlarda İş Aile ve Aile İş Çatışmalarının Çalışanların İş ve Yaşam Tatminleri Üzerindeki Etkisi”, Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, 2009 (33), ss. 69-99.
- Özkalp, E ve Kırel, Ç. (2013). Örgütsel Davranış, 6. Baskı, Ekin Kitabevi Yayınları Bursa.
- Şenol Y. Türkay M., “Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006/5 (5), ss. 382- 389
- Turgut, T., (2011) “Çalışmaya Tutkunluk: İş Yükü, Esnek Çalışma Saatleri, Yönetici Desteği Ve İş-Aile Çatışması İle İlişkileri”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2011/25, (3-4), ss. 155-179
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu R. “Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 2011/2 (2), ss. 61-68
- Yıldırımçakar, Ş. (2015) Sağlık Çalışanları ve Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Yürür, Ş. “Öğrenilmiş Güçlülük, Kıdem ve Medeni Durumun Duygusal Tükenmedeki Rolü: Kaynakların Korunması Teorisi Kapsamında Bir Analiz”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2011/25 (1), ss. 107-126

## AN INEFFECTIVE LEISURE MANAGEMENT RESULT: SOCIAL MEDIA ADDICTION

### ETKİSİZ BİR BOŞ ZAMAN YÖNETİMİ SONUCU: SOSYAL MEDYA BAĞİMLİLİĞİ

Müjdat YEŞİLDAL [1]  
Beyza Nur ÜSTÜNBAŞ [2]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Social media has an important share in today's communication technologies. In our country, the number of social media addicts is increasing and this problem prevents them from using the right time. People cannot perform effectively because of their inability to plan their time as well as their devotion to social media. For this reason, people should be aware of effective time usage and social media addictions. The

**Purpose of the Study:** In this research, the effects of social media on human and its communication with the environment; however, it was aimed to investigate people's viewpoints of leisure and their ability to control it.

**Methods:** The sample of the study consists of the students of Selçuk University Child Development, Midwifery, Health Management and Social Work Department. Social Media Addiction Scale (Tutgun-Unal, 2015) and Leisure Time Scale were used in the study (Akgül and Karaküçük, 2015) and 298 students were surveyed. T-test, one-way analysis of variance and correlation analysis were performed. The results were compared with each other to find any relationship or difference between them.

**Findings and Results:** 57.4% of the students participated in the study were women and 27.5% were midwifery departments. The mean age was  $20.82 \pm 1.46$  and the monthly amount of internet was  $7.06 \pm 3.80$  GB. No significant relationship was found between gender, age, income status and scales. Social media addiction increases as the amount of internet used and the time allocated to internet increase. Leisure management with social media is negatively associated. Increased use of social media affects leisure time management.

**Keywords:** *Social Media Addiction, Leisure Time Management*

[1] Selçuk University/Healthcare Management/Turkey/ [mujdatyesildal@gmail.com](mailto:mujdatyesildal@gmail.com)

[2] Selçuk University/Healthcare Management/Turkey [beyzanurustunbas@gmail.com](mailto:beyzanurustunbas@gmail.com)

#### GİRİŞ

Zaman; yaşarken kaybını fark edemediğimiz, hayatımızın tümünü oluşturan ve tutup da yavaşlatamadığımız bir olgudur. Geçmiş veya gelecek yerine ancak içinde bulunulan an çerçevesinde kullanılabilir. Bu yüzden anı verimli kullanmaya yönelik planlar yapılmalı, zaman belli bir düzen içerisinde değerlendirilmelidir. Zaman kavramının önemini anlayan insanlar onu yönetme işini uygun görmüşlerdir. Zaman yönetimi; işlerin önceliklerine göre sıralamasından, izlenecek yolların belirlenmesinden, her işin kendi içinde planlanmasından; kişinin saatlerini, gününü, haftalarını ve daha uzun süreli vakitlerini planlamasına yönelik işlerden oluşur. Özellikle kişilerin boş zamanlarını doğru şekilde değerlendirmesi onlara yaptıkları işlerde ve gündelik hayatlarında avantajlar sağlayacaktır. Boş zamanları iki tarafı keskin bir kılıca benzetmek mümkündür. Olumlu kullanılırsa, kişisel ve toplumsal gelişim, olumsuz kullanılırsa bunalım, başıbozukluk gibi problemler doğurabilmektedir. Bu durum da toplumun önemli bir kesimini oluşturan 'gençlik' için çok daha önemsenmesi gereken bir olguyu ortaya koymaktadır (Akgül ve Karaküçük, 2015).

Önceden kullanılan kablolu telefonların yerini akıllı telefonlar, televizyon ve radyonun yerini de internet ve sosyal medya almıştır. Fırat Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler fakültesinde 2203 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada gençlere, akıllı telefon Kullanımlarının önemli işlerini aksatıp aksatmadığı sorulmuştur. Öğrencilerin %14,9'u "evet ciddi şekilde engel oluyor" derken, %43,9'u da "evet biraz engelliyor" cevabını vermiştir. %58,8'lik bu oranlara bakıldığında öğrencilerin yarıdan fazlasının akıllı telefon ve internet kullanımının önemli işlere verdiği zararın farkında oldukları görülmektedir. (Yusufoğlu, 2017) Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması raporu 2018 son çeyrek verilerine göre hanelerin %83,8'i evden internet erişim imkanına sahip olmuştur. Raporun diğer bir verisine göre ise Türkiye'deki kullanıcıların interneti kullanma amaçlarında %84,1 ile sosyal medya Kullanımı ilk sırada yer almıştır. (TÜİK, 2018) Bireylerde bu derece sosyal medya Kullanımı, ilerleyen zamanlarda ise kendini Bağımlılık olarak göstermektedir.

Sosyal medya Bağımlılığı; “aşırı Kullanım, kullanma isteğini doyuramama, aşırı Kullanımdan dolayı aktivitelerin ihmal edilmesi, aşırı Kullanımın sosyal ilişkilere zarar vermesi, negatif duygu ve yaşam stresinden bir kaçış aracı olarak kullanma, Kullanımı azaltma ve durdurmada problemler yaşama, Kullanımın mümkün olmadığı durumlarda gergin ve sınırlı olma ve Kullanım süresi ve miktarına ilişkin yalan söyleme durumu” (Savcı ve Aysan, 2017) şeklinde tanımlanmaktadır.

Kişilerin boş zamanlarını sosyal medya ile doldurma çabaları onlara; vakit kaybı, ruhsal huzursuzluk, Sağlıkta bozulma, günlük rutininin aksaması vb. olumsuzluklar olarak dönecektir. Oysaki aktif değerlendirilen boş zamanlarda birey kariyer gelişimine ek Çalışmalar yapabilir, sosyal ilişkilerine yoğunlaşabilir, yeni aktiviteler edinebilir, bedensel ya da ruhsal olarak kendini rahatlatarak ve stresini azaltacak faaliyetlere yönelebilir.

Bu bilgiler ışığında Araştırmada boş zaman yönetimi ile sosyal medya Bağımlılığı arasındaki ilişkinin araştırılması ve bu ilişkide demografik özelliklerin etkisinin olup olmadığına bakılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Araştırma Selçuk Üniversitesi’nde 2018-2019 bahar yarıyılı döneminde, Sağlık Bilimleri Fakültesinde yapılmıştır. Anketler Ebelik, Çocuk Gelişimi, Sağlık Yönetimi ve Sosyal Hizmet bölümlerinde okuyan öğrencilere uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla (Altunışık ve ark 2012) Çalışmasından yararlanılmıştır. Altunışık ve arkadaşlarına (2012) göre 1.278 evrene karşılık 280 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüş ve 289 kişi Çalışma kapsamına dâhil edilmiştir

Yapılan bu Araştırmada veriler toplanırken anket yöntemi seçilmiştir. Anketler 3 bölümde sorulan toplam 62 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde cinsiyet, aile gelir durumu, yaş, bölüm, günlük internet kullanım süresi ve aylık internet kullanım miktarlarından oluşan demografik soruların sorulduğu, ikinci bölümde Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinden, üçüncü bölümde Boş Zaman Yönetimi Ölçeğinden oluşmaktadır. Tutgun Ünal’ın (2015) geliştirdiği Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği 41 sorudan oluşmakta olup ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı 0,914 olarak bulunmuştur. Akgül ve Karaküçük (2015) tarafından geliştirilen Boş Zaman Yönetimi ölçeği 4 alt boyut ve 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğe ait güvenilirlik katsayısı 0,867 olarak tespit edilmiştir. Veriler normallik testi sonucuna göre normal dağılıma uyduğu için Araştırmada; tanımlayıcı istatistiksel metotlar ile birlikte, t testi, One-way ANOVA ve korelasyon analizleri yapılmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilere ait bulgular, genel bilgiler, Karşılaştırma analizleri ve korelasyon analizi olmaz üzere tablolar halinde sırasıyla verilmiştir.

**Tablo 3.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilere İlişkin Genel Bilgiler**

Özellikler (n=289)		n	%
Cinsiyet	Kadın	171	57,4
	Erkek	127	42,6
Yaş (20,82±1,45)	Ortalama altı	244	63,4
	Ortalama üstü	141	36,6
Bölüm	Çocuk Gelişimi	72	24,2
	Ebelik	82	27,5
	Sağlık Yönetimi	71	23,8
	Sosyal Hizmet	73	24,5
İnternet Kullanım Süresi	1- 2 saat	65	21,8
	3 saat	84	28,2
	4 saat	73	24,5
	5 saat ve üzeri	76	25,5
Gelir Durumu	0-2020 TL	80	26,8
	2021-3000 TL	67	22,5
	3001-4000 TL	79	26,5
	4001 TL ve üzeri	72	24,2



Araştırmaya katılan öğrencilere ilişkin bilgiler Tablo 3.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20,82±1,45 olup %63,4’ü ortalama yaşın altında yer almaktadır. Öğrencilerin %57,4’ü kadınlardan, %27,5’i Ebelik bölümünden, %26,8’i 0-2020 TL gelire sahipken %28,2’si gün içerisinde 3 saat internet kullandığını belirtmiştir.

**Tablo 3.2. Öğrencileri Genel Özellikleri ile Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler (n=289)	n	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	171	95,03±32,95	0,282	0,778
	Erkek	127	94,01±30,07		
Yaş	Ortalama altı	244	92,37±31,98	-1,00	0,318
	Ortalama üstü	141	96,03±30,73		
Bölüm	Çocuk Gelişimi	72	92,61±28,81	0,838	0,474
	Ebelik	82	91,54±31,14		
	Sağlık Yönetimi	71	95,00±3406		
	Sosyal Hizmet	73	98,89±31,04		
İnternet Kullanım Süresi	1- 2 saat <sup>1</sup>	65	78,80±22,93	12,274	<0,001*
	3 saat <sup>2</sup>	84	91,06±30,65		
	4 saat <sup>3</sup>	73	97,84±29,23		
	5 saat ve üzeri <sup>4</sup>	76	108,32±33,67		
Gelir Durumu	0-2020 TL	80	92,10±34,00	1,324	0,267
	2021-3000 TL	67	92,75±28,86		
	3001-4000 TL	79	92,46±30,24		
	4001 TL ve üzeri	72	100,82±31,18		

**Post-Hoc Testleri:** \*Tukey HSD \*\*Dunnett’s T3

Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının genel özellikleri ile Karşılaştırılması Tablo 3.2’de verilmiştir. Sosyal Medya Bağımlılığı ölçeği ile cinsiyet, yaş, bölüm ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05). İnternet kullanım süresine göre 1-2 saat günlük internet kullanan öğrencilerin sosyal medya Bağımlılık düzeyi 3-4 saat günlük internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.3. Öğrencileri Genel Özellikleri ile Boş Zaman Yönetim Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler (n=289)	n	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	171	55,00±8,51	0,136	0,892
	Erkek	127	54,86±9,05		
Yaş	Ortalama altı	244	54,78±8,28	-0,247	0,805
	Ortalama üstü	141	55,03±9,23		
Bölüm	Çocuk Gelişimi <sup>1</sup>	72	56,64±8,88	1,422	0,236
	Ebelik <sup>2</sup>	82	54,99±8,07		
	Sağlık Yönetimi <sup>3</sup>	71	54,06±9,98		
	Sosyal Hizmet <sup>4</sup>	73	53,99±8,24		
İnternet Kullanım Süresi	1- 2 saat <sup>1</sup>	65	57,62±8,45	4,949	0,002**
	3 saat <sup>2</sup>	84	54,75±8,51		
	4 saat <sup>3</sup>	73	55,63±7,62		
	5 saat ve üzeri <sup>4</sup>	76	52,12±9,78		
Gelir Durumu	0-2020 TL	80	54,69±9,56	0,485	0,693
	2021-3000 TL	67	55,73±8,84		
	3001-4000 TL	79	55,27±9,07		
	4001 TL ve üzeri	72	54,04±7,64		

**Post-Hoc Testleri:** \*Tukey HSD \*\*Dunnett’s T3

Katılımcıların Boş Zaman Yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının genel özellikleri ile Karşılaştırılması Tablo 3.3'te verilmiştir. Boş Zaman Yönetimi ölçeği ile cinsiyet, yaş, bölüm ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). İnternet kullanım süresine göre günlük 1-2 saat internet kullanan öğrencilerin boş zaman yönetim düzeylerinin, günlük 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.4. Ölçekler Arası Korelasyon Analizi**

Ölçekler		Boş Zaman Yönetimi
Sosyal Medya Bağımlılığı	Test değeri	-0,304**
	p değeri	<0,001

\*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Katılımcıların Boş Zaman Yönetimi ve Sosyal Medya Bağımlılığı ölçeklerinden aldığı puanların Karşılaştırılması Tablo 3.4'te verilmiştir. Sosyal Medya Bağımlılığı ve Boş Zaman Yönetimi ölçekleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

## SONUÇ

Hayatımızın her alanına dahil olan internet ve sosyal medya bize olumlu katkılar sağladığı gibi birçok problemi de beraberinde getirmiştir. Aşırı Kullanım sonucunda ortaya çıkan bu olumsuz durumlar bireyle beraber bireyin çevresini de etkileyebilecek türdendir. Sosyal medya Bağımlılığı, bireyin yaşamının en değerli ögesi olan zamanını çalmaktadır.

Yapılan bu çalışmada kişilerin demografik özelliklerinin, sosyal medya Bağımlılıkları ve boş zaman yönetimi becerileri üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Ancak öğrencilerin internet kullanım süreleri ile sosyal medya Bağımlılıkları arasındaki ilişkiye bakıldığında, günde 1-2 saat internet kullanan öğrencilerin sosyal medya Bağımlılık düzeylerinin, günlük 3-4 saat internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bostancı (2010), Deniz ve Gürültü (2017) tarafından yapılan Araştırmalarda da internet kullanımı fazla olan öğrencilerin aynı zamanda sosyal medya Bağımlılıklarının da yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmanın temel konusunu oluşturan boş zaman yönetimi ve sosyal medya Bağımlılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise günlük 1-2 saat internet kullanan öğrencilerin boş zaman yönetim düzeylerinin, günlük 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ölçekler arasındaki bu negatif yönlü ilişkinin varlığı göz önüne alınacak olursa; vakitlerinin çoğunu sosyal medyada tüketen öğrenciler, yapmaları gereken işleri kalan vakitlerine sığdırmak için kendilerini bu boş zamanlarını düzenlemek mecburiyetinde görmektedirler. Bununla birlikte boş zaman yönetimi ve sosyal medya Bağımlılığı arasındaki ilişki hakkında gerekli literatür taraması yapılmış ancak bulunan bu bulgulara paralel ya da bulguların tersine bir sonuca rastlanamamıştır.

Sonuç olarak bize avantaj sağlayacak şekilde kullanabilecek boş zamanlar, bizi her yönden tahrip edecek sosyal medya Bağımlılığı sebebiyle feda edilmemelidir. Unutulmaması gerekir ki insan karşılığında ne verirse versin kaybettiği zamanlarını bir daha bulamayacaktır.

## KAYNAKLAR

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. (2012). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.

Akgül, B. M., Karaküçük, S. (2015). Boş Zaman Yönetimi Ölçeği: Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. International Journal of Human Sciences.

Bostancı, M. (2010). Sosyal Medyanın Gelişimi ve İletişim Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Alışkanlıkları. Gazetecilik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Deniz, L., Gürültü, E. (2017). Lise Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılıkları. Kastamonu Education Journal.

Savcı, M., Aysan, F. (2017). Teknolojik Bağımlılıklar ve Sosyal Bağlılık: İnternet Bağımlılığı, Sosyal Medya Bağımlılığı, Dijital Oyun Bağımlılığı ve Akıllı Telefon Bağımlılığının Sosyal Bağlılığı Yordayıcı Etkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*.

Tutgun Ünal, A. (2015). Sosyal Medya Bağımlılığı: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Gazetecilik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Türkiye İstatistik Kurumu (2018).

Yusufoğlu, Ö., Ş. (2017). Boş Zaman Faaliyeti Olarak Akıllı Telefonlar ve Sosyal Yaşam Üzerine Etkileri: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*

## SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN KİŞİLİK TİPİ İLE POLİTİK BECERİ İLİŞKİSİ

### EMPLOYEES IN HEALTH INSTITUTIONS PERSONALITY TYPES AND POLITICAL SKILLS RELATIONSHIP

Ümit NALDÖKEN<sup>1</sup>  
Mehmet Veysi KAYA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, unaldoken@cumhuriyet.edu.tr

<sup>2</sup>Yüksek Lisans Öğrencisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, m.veysikaya4@gmail.com

#### ÖZET

Kişiler kişilik özellikleri, yetişme koşulları, deneyimleri, buldukları sosyal çevre koşulları nedenlerden dolayı davranışları konusunda farklılıklar göstermektedirler. Dolayısıyla örgütlerde Çalışanların üstleriyle, astlarıyla ve iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde politik becerilerinin farklılık göstermesi olağan bir durumdur. Bu açıklamalar doğrultusunda bu Çalışma da A ve B tipi kişilik özelliklerinin politik becerileri üzerine olan etkisi Araştırılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanan bu Araştırmanın evreni Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi idari personeli oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme 273 kişi dahil edilmiş ve 276 kişiye ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır; demografik bilgi formu, A ve B tipi kişilik özelliği ölçeği, politik beceri envanteridir. Veriler SPSS 22 tanımlayıcı istatistikler ve analizler ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların %62,7'si erkek, %69,9'u 30-39 yaş aralığında, %35,9'u önlisans ve %43,1'inin toplam Çalışma süresi 10 yıldan fazladır. Katılımcıların %70,3'ü a tipi kişilik özelliklerine sahip olduğu belirlenmiştir. A tipi kişiliklerin B tipi kişiliklere göre politik beceri ve alt boyutlarının ortalamaları üzerinde olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kişilik Tipleri, Politik Beceri, A ve B Kişilik, Sağlık

#### ABSTRACT

Personality characteristics, growing conditions, experiences, social environment conditions of individuals show differences in their behaviors due to reasons. On account of, it is normal for the employees to work in organizations to differ their political skills in their relations with their superiors, subordinates and colleagues. In line with these explanations in study, the effect of type a and b personality traits on political skills was investigated in this study. The population of this research, which is designed as descriptive and cross-sectional type, consists of administrative staff of Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital. 273 people were included in the study sample and 276 people were reached. Survey method was used as data collection tool. The questionnaire consists of three parts; demographic information form, a and b type personality trait scale, political skill inventory. Data were analyzed by SPSS 22 descriptive statistics. 62.7% of the participants were male, 69.9% were in the 30-39 age group, 35.9% were pre-associate and 43.1% had a total working period of more than 10 years. 70.3% of the participants has been identified that they have a type personality characteristics. It has been found that type A personalities are above the averages of political skills and sub-dimensions according to type b personalities.

**Key Words:** Personality Types, Political Skills, A and B Personality, Health

#### 1. GİRİŞ

Günümüz rekabet koşullarında işletmeler, varlığını sürdürebilen ve kar elde edebilen bir yapıya sahip olabilmek için daha çok zaman, para ve yeteneğe ihtiyaç duymaktadır. İhtiyaç duyulan zaman, para ve yeteneğin doğru planlamalarla, amaçlar doğrultusunda organize edilebilmesi gerekmektedir. Bu noktada örgütsel amaçlar ile kişisel amaçların uyumlu hale getirilmesi, işletmelerin ve Çalışanların istedikleri başarıyı elde etmelerine destek olmaktadır (Akçakanat ve Uzunbacak, 2017: 787).

Kişilik modellerinden yola çıkarak bireylerin sahip olduğu kişilik özelliklerinin, iş hayatında ve sosyal hayatta davranışlarını gösterme de ön plana çıktığı görülmektedir (Aydın, 2016: 31). Bu bağlamda işletmelerin iyi hizmet verebilmesi için nitelikli insan kaynağına ve insan kaynağı niteliğinin

yükseltilmesine ihtiyaç duymaktadır. İşletmelerdeki başarı grafiği ancak nitelikli insan kaynağı ile gerçekleşir (Seferoğlu, 2004: 85).

Bilim ve teknoloji alanındaki hızlı değişim ve gelişmelere bağlı olarak, Çalışma yaşamı da kendini yenilemektedir. Bu yenileşme sürecinde, değişimden etkilenen Çalışanların hem gelişim sürecine uyum sağlamaları, hem de gelişime katkıda bulunabilmeleri için Çalışma sürecinde bir takım bilgi ve becerilerle donatılması, var olan becerilerini de geliştirmesi gerekir. Çalışanlar var olan becerileri kazanırken bir yandan da olumsuz bazı davranışlar kazanabilir (Yıldız, 2018: 60-61).

Son yıllarda, örgüt ve örgütsel etkililik ile ilişkili birçok yeni kavram alanyazında tartışılmaya ve Araştırılmaya başlanmıştır. Bu davranışlardan biri de politik davranışlardır. Politik davranış, Çalışanın işyerindeki resmi görev anlayışının bir parçası olarak görülmeyen ancak onu etkileyen/etkilemeye Çalışan, örgüt içinde avantajlarına/dezavantajlarına ilişkin faaliyetlerden oluşan bir süreç olarak ele alınmaktadır (Özdemir ve Gören, 2015: 522).

Politik becerileri olan ve bu becerileri kullanabilen kişiler, liderleriyle daha iyi bir etkileşim içinde olacak, liderlerinin sınırlı olan zamanından ve örgütün kaynaklarından daha fazla faydalanacaklardır. Dolayısıyla, politik beceriye sahip olan kişiler, ulaşmak istedikleri kariyer başarılarına daha hızlı ulaşabileceklerdir (Katı, 2016: 5).

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Bu Çalışmanın amacı hastane birimlerinde görev yapan idari personelin A ve B tipi kişilik özellikleri ile politik beceri Kullanım seviyelerini saptamak ve A ve B tipi kişiliğin, politik beceri ve alt boyutlarının yordama gücünü ölçmektir. Bu amaç doğrultusunda, hastanenin çeşitli idari birimlerinde görev yapan idari personel Çalışma kapsamına alınmıştır.

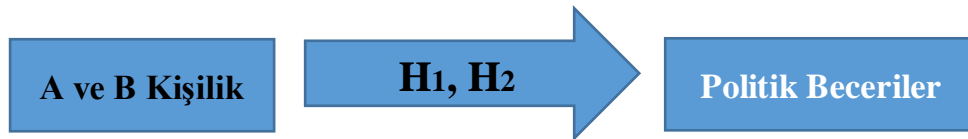
### 2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan 938 idari personel oluşturmaktadır. Araştırmada olasılıklı örnekleme yöntemlerinden olan basit rastgele örnekleme yöntemi seçilmiştir.  $\alpha=0,05$ ,  $H= \pm 0,05$  ve oranlar  $p=0,5$  ve  $q=0,5$  için örneklem büyüklüğü 273 idari personel olarak hesaplanmıştır (Ural ve Kılıç, 2013: 46).

### 2.3. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmada kullanılan değişkenler arası ilişkiler ele alınarak oluşturulan Araştırma modeli aşağıda gösterilmektedir.

#### Model 1: Araştırmanın Modeli



Kurulan Araştırma modeli kapsamında geliştirilen hipotezler şu şekilde belirlenmiştir:

**H1:** Kişilik tipleri ile politik beceriler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

**H2:** Kişilik tiplerinin politik beceriler üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

### 2.4. Veri Toplama Aracı ve Analiz Yöntemleri

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılandırılan çalışmanın verileri anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket yöntemi üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan 5 soru yer almaktadır. İkinci bölümde A ve B tipi kişilik özelliklerini ölçmeye yönelik olan ölçek 8'li likert tipinde olup iki zıt kutuplu 7 ifadeden oluşur. Ölçek, Friedman ve Roseman tarafından geliştirilen kişilik envanterinden yararlanarak Arkan ve Aktaş (1988) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçekteki ifadelerden faydalanarak oluşturulmuştur. Katılımcıların bu ölçeğe göre kişilik özelliklerinin belirlenebilmesi için ifadelerle vermiş oldukları yanıtların sayısal değerleri toplanıp üçle çarpılmaktadır. Elde edilen puanın (asgari 21, azami 168) 100'ün üzerinde olması

durumunda katılımcının A tipi; 100'den az olması durumunda ise B tipi kişilik özelliği sergilediği kanaatine varılmaktadır (Aktaş, 2001: 34). Üçüncü bölümde ise politik becerilerini ölçmeye yönelik Politik Beceri Envanteri Ölçeği, Ferris ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen ve Özdemir ve Gören (2015) tarafından kullanılan 7'li likert tipinde olup 18 maddeden oluşan ölçek kullanılmıştır.

Veriler Mart-Nisan 2019 tarihlerinde Çalışmanın amacı açıklanarak ve katılımcıların sözel onamları alınarak yüz yüze görüşme yöntemi ile 276 idari personelden toplanmıştır.

Veri toplama araçlarının güvenilirliği, alpha değeri temel alınarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanarak sınanmıştır. Politik Beceri Envanteri Ölçeği'nin genel iç tutarlılık katsayısı ise 0,939 olarak bulunmuştur. Veri toplama aracından elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik analizi neticesinde çarpıklık katsayısı -0,454 basıklık katsayısı ise -0,727 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov ile değerlendirilmiş ve  $p > 0.05$  bulunmuştur. Tüm gruplar için %95 güvenilirlikle veriler normal dağılımlıdır. Verilerin normal dağılıma uyması nedeniyle Çalışmada parametrik testler kullanılmıştır. Bu bağlamda verilerin analizinde betimleyici istatistikler, t testler, değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya koymak amacıyla pearson korelasyon analizi ve değişkenlerin birbirini açıklama gücünü test etmek amacıyla da basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında ayrıca aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden de yararlanılmıştır.

### 3. BULGULAR

**Tablo 2:** Katılımcıların Demografik Özellikleri

<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Kadın	103	37,3
<b>Erkek</b>	<b>173</b>	<b>62,7</b>
Toplam	276	100,0
<b>Yaş</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
20-29	50	18,1
<b>30-39</b>	<b>193</b>	<b>69,9</b>
40-49	31	11,2
50 ve Üstü	2	0,7
Toplam	276	100,0
<b>Eğitim</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Lise	73	26,4
<b>Önlisans</b>	<b>99</b>	<b>35,9</b>
Lisans	92	33,3
Lisansüstü	12	4,3
Toplam	276	100,0
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
1-5 yıl	46	16,7
6-10 yıl	111	40,2
<b>10 yıldan fazla</b>	<b>119</b>	<b>43,1</b>
Toplam	276	100,0
<b>Kişilik Tipi</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>A Tipi Kişilik</b>	<b>194</b>	<b>70,3</b>
B Tipi Kişilik	82	29,7
Toplam	276	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin demografik dağılımları incelendiğinde; %62,7'si erkek, %69,9'u 30-39 yaş aralığında, %35,9'u önlisans mezunu ve %43,1'in toplam çalışma süresi 10 yıldan fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların %70,3'ü A tipi kişilik özelliğine sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3:** Katılımcıların Eğitim Durumunun Politik Beceri Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

Değişken	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	p
İlişki Ağı Kurma	Önlisans	Lise	-,23458	,18483	0,583
		Lisans	-,52280	,17350	0,015*
		Lisansüstü	-,53367	,36622	0,465

\*p< 0,05

Eğitim durumu bakımından yalnızca ilişki ağı kurma alt boyutunda önlisans mezunları ile lisans mezunları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Diğer t test sonuçlarında katılımcıların cinsiyeti, yaşı, toplam çalışma yılı ile politik beceriler ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 4:** Katılımcıların Kişilik Tiplerinin Politik Beceri Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

	Kişilik Tipleri	N	$\bar{X}$	S.S.	P
İlişki Ağı Kurma	A Kişilik	194	4,67	0,99	0,000*
	B Kişilik	82	3,18	1,01	
Samimi Görünme	A Kişilik	194	5,82	1,11	0,000*
	B Kişilik	82	4,30	1,52	
Sosyal Zekâ	A Kişilik	194	5,19	1,09	0,000*
	B Kişilik	82	3,53	1,05	
Kişilerarası Etki	A Kişilik	194	5,35	1,10	0,000*
	B Kişilik	82	3,73	1,36	
Politik Beceri Genel	A Kişilik	194	5,16	0,87	0,000*
	B Kişilik	82	3,59	1,00	

Araştırma değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Tablo 3'teki aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde Araştırmaya katılan idari personelden A tipi kişilik özelliğine sahip olanların (5,16±0,87) B tipi kişilik özelliğine sahip olanlara (3,16±1,00) göre politik becerilerini kullanmada oldukça başarılı oldukları görülmektedir. Aynı başarılı durum, politik becerinin alt boyutları açısından da kendini göstermekte olup, alt boyutların ilişki ağı kurma hariç tamamında 5 değerinin üzerinde ortalamalar elde edilmiştir.

**Tablo 5:** Araştırma Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
1. Kişilik Tipleri	1					
2. İlişki Ağı Kurma	-,566**	1				
3. Samimi Görünme	-,486**	,614**	1			
4. Sosyal Zekâ	-,576**	,759**	,626**	1		
5. Kişilerarası Etki	-,531**	,743**	,648**	,743**	1	
6. Politik Beceriler	-,619**	,910**	,788**	,905**	,891**	1

N= 276, \*\*p<0,01

Yine Tablo 4 aracılığıyla değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, özellikle kişilik tipleri ile politik beceri arasında negatif yönlü, orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ( $r=-0,619$ ,  $p< ,01$ ) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda H1 (Kişilik tipleri ile politik beceriler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.) hipotezi kabul edilmiştir.

Kişilik tipleri ile politik becerinin alt boyutlarından ilişki ağı kurma arasında yine negatif yönlü, orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ( $r=-0,566$ ,  $p< ,01$ ) olduğu görülmektedir. Kişilik tipleri

ile politik becerinin bir başka alt boyutu olan samimi görünme arasında da negatif yönlü, orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ( $r=-0,486$ ,  $p<,01$ ) tespit edilmiştir. Kişilik tipleri ile politik becerinin başka bir alt boyutu olan sosyal zekâ arasında yine negatif yönlü, orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin ( $r=-0,576$ ,  $p<,01$ ) varlığı Tablo 5'ten görülebilir. Son olarak ise kişilik tipleri ile politik becerinin bir başka alt boyutu olan kişilerarası etki arasında da yine negatif yönlü, orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ( $r=-0,531$ ,  $p<,01$ ) olduğu tespit edilmiştir. Tablo 5'te ayrıca politik beceri alt boyutlarının kendi arasındaki ilişkilere de yer verilmiştir. Buna göre boyutlar arasında pozitif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler görülmektedir.

**Tablo 5:** Kişilik Tiplerinin Politik Beceri Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	t	P	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	F	Anlamlılık F
Sabit	6,728	40,591	-0,619	0,383	0,381	169,966	0,000*
Kişilik Tipleri	-1,571	-13,037	0,000*				

N=276, \* $p<0,05$

Tablo 6'daki regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, kişilik tiplerinin politik becerinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir ( $R= -,619$ ,  $R^2= ,383$ ,  $F= 169,966$ ,  $p<,05$ ). Bu durumda politik beceriye ait varyansın %38,3'ünün kişilik tipleri ile açıklandığı söylenebilir. Bu durumda da H2 (Kişilik tipleri politik beceriler üzerinde anlamlı bir etki yaratmaktadır.) hipotezi kabul edilmiştir.

Politik Beceriler =  $6,728 + (-1,571 * \text{Kişilik Tipleri})$  ( Kişilik tiplerindeki bir birimlik artış politik becerileri 1,571 birim azaltmaktadır.)

#### 4. BULGULAR VE SONUÇ

Katılımcıların %62,7'si erkek, %69,9'u 30-39 yaş aralığında, %35,9'u önlisans mezunu ve %43,1'in toplam çalışma süresi 10 yıldan fazladır. Katılımcıların %70,3'ü a tipi kişilik özelliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Politik beceriler ölçeğinden alınan puan ortalamalarında a tipi kişilik özelliğine sahip olanlar  $5,16 \pm 0,87$ , b tipi kişilik özelliğine sahip olanlar  $3,16 \pm 1,00$  'dir. Buna göre idari personelden a tipi kişilik özelliğine sahip olanların b tipi kişilik özelliğine sahip olanlara göre politik beceriler ve alt boyutlarında ortalamalarının üzerinde olduğu saptanmıştır.

Korelasyon analizi sonucu kişilik tipleri ve politik beceri ilişkisi incelendiğinde, kişilik tipleri ve politik beceri arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki olduğu ( $r=-0,619$ ,  $p<,01$ ) tespit edilmiştir. Sonuç olarak b tipi kişilik özelliği taşıyan bireylerin a tipi kişilik özelliği taşıyanlara göre politik beceri kullanma düzeylerinin de düştüğü ifade edilebilir. Kişilik tipleri ve politik becerinin alt boyutları arasında (ilişki ağı kurma becerisi  $\rightarrow -0,566$ ; samimi görünme  $\rightarrow -0,486$ ; sosyal zekâ  $\rightarrow -0,576$ ; kişilerarası etki  $\rightarrow -0,531$ ) anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bulgular, katılımcıların politik beceri puan ortalamasının 4,69, ilişki ağı kurma puan ortalamasının 4,23; kişilerarası etki puan ortalamasının 4,88; sosyal zekâ puan ortalamasının 4,70; samimi görünme puan ortalamasının 5,37 olduğunu göstermektedir. Politik becerilerin alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, samimi görünmenin en yüksek; ilişki ağı kurmanın ise en düşük ortalamaya sahip boyut olduğu görülmektedir. Politik beceriler genel olarak ve alt boyutlar tek tek değerlendirildiğinde, katılımcıların politik becerilerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

#### 5. ÖNERİLER

Bu Araştırmanın ulaştığı Sonuçlarının doğrulanması amacıyla sonraki Çalışmalarda özel sektörde görev yapan beyaz yaka ya da Sağlık personeli örneklem olarak belirlenebilir. Bu Çalışmada kullanılan a ve b kişilik ile politik beceri değişkenleri arasındaki ilişkide aracı ya da düzenleyici etkide bulunan başka değişkenlerin de modele dahil edilmesinin yazına daha fazla katkılar sunacağı düşünülmektedir. Hastane karar organları yönetici seçim sürecinde a tipi kişilik özelliğine sahip personellerden seçimi politik beceriler bağlamında kurum için daha iyi olacağı düşünülmektedir.



## KAYNAKÇA

- Akçakanat, T. ve Uzunbacak, H.H. (2017). Proaktif Kişiliğin Politik Beceri Üzerine Etkisi. *Business & Mangement Studies: An International Journal*. 5(3): 786-807.
- Aktaş, A. M. (2001). Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi ve Kişilik Özellikler. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 56(4): 25-42.
- Arıkan, Ç. Ve Aktaş, A. (1988). Kişilik Özellikleri ile Aile ve Çevre Yaşantısının Kalp Hastalığının Oluşumuna Etkisi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Ankara.
- Ferris, G. R., Treadway, D. C., Kolodinsky, R. W., Hochwarter, W. A., Kacmar, C. J., Douglas, C., & Frink, D. D. (2005). Development Andvalidation of the Political Skill Inventory. *Journal of Management*, 31(1), 126-152.
- Katı, Y. (2016). İşgörenlerin Politik Becerileri ve Kariyer Başarısı İlişkisi: Lider Üye Etkileşiminin Aracılık Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi. Balıkesir.
- Özdemir, M. ve Gören, S. Ç. (2015). Politik Beceri Envanterinin Eğitim Örgütlerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*. 21(4): 521-536.
- Seferoğlu, S. S. (2004). Öğretmenlerin Hizmet İçi Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar. *Akdeniz Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1(1): 83-95.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2013). Bilimsel Araştırma Süreci ve Spss ile Veri Analizi. Ankara: Detay.
- Yıldız, K. (2018). Political Skill and Social Loafing Behavior of University Students. *International Online Journal of Educational Sciences*. 10(2): 59-80.

## HEKİM MERHAMETİ ÖNÜNDEKİ ENGELLER ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

### THE TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE BARRIERS TO PHYSICIAN'S COMPASSION

Yunus Emre ÖZTÜRK<sup>1</sup>  
Ramazan KIRAÇ<sup>2</sup>

**The Problem of the Study:** What are the obstacles that doctors provide for compassionate care?

**The Purpose of the Study:** Adaptation of the scale of obstacles to physician compassionate in Turkish.

**Method:** The study will be applied to physicians in Selcuk University. The universe of the study consisted of 500 physician and 100 people were included in the sample. Firstly, the construct validity, then the scope validity of the scale will be made.

**Findings and Results:** The Barriers to Physician's Compassion Scale consists of 34 items and 4 sub-factors. The items of the scale were prepared by likert method. Scale factors are as follows; Burnout/Overload factor (Cronbach alpha value 0.704), external distraction (Cronbach's alpha value = 0.827), difficult patient / family (Cronbach's alpha value = 0.861), complex clinical condition components (Cronbach's alpha value = 0.895). The overall reliability of the scale was 0.938. "Mercy Physician Barriers Scale" Turkish validity and reliability analysis were grouped under 4 size 20 as a result of the expression.

**Key Words:** Compassionate Care, Mercy Barriers, Physician's Compassion Scale

## 1. GİRİŞ

Merhamet kavramı, İngilizce karşılığı olarak kullanılan çok fazla kelime olduğu, ama genellikle makalede de kullanılan Compassion'un kullanıldığı görülmüş, ayrıca grace, benignity, charity, pity, mercy gibi kelimeler de merhamet anlamında kullanılmıştır (Atalay 2018). Kavramın literatür içerisindeki tanımlarına bakıldığında merhamet sadece diğerleriyle kurulan yardım davranışlarının temelini oluşturan bir özellik değildir (Cosley ve ark 2010). Aynı zamanda zihni ve bedeni iyileştirme etkisine sahip bir süreç olarak da tanımlanabilir (Gilbert 2005). Sağlık Açısından merhamet ise, kişilerin yaşadığı acıyı, travmayı ve ağrıyı derinden fark etmesi ve acıma hissidir. Merhamet Sağlık Çalışanlarının bakım hizmetini kolaylaştıran önemli bir olgudur (Akın 2018). Hekim ve diğer Sağlık Çalışanlarının sahip olması beklenen bir duygudur. Sağlık profesyonelleri hastalara iyi bir hizmet verebilmek için sorunları olan hastalara merhamet göstermek ve tedavi sırasında empati kurmak durumundadır (Akın 2018). Hekim merhametinin hasta memnuniyeti, daha kaliteli doktor-hasta etkileşimleri ve daha iyi sonuçları elde etmek Açısından önemlidir. Hekim merhametinin mesleki etik ve hasta isteklerine ne kadar uygun olduğu göz önüne alındığında bu alanda yapılmış Çalışma kısıtlıdır (Leloir ark 2012, Stepien ve Baernstein 2006). Bu Araştırmada, hekimlerin merhametli bakım hizmeti vermesindeki engellerin neler olduğuna dair geliştirilen "Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeğinin" Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılmıştır. Fernando ve Consedine (2014) tarafından geliştirilen ölçek, hekimlerin merhametli bakım vermelerini engelleyen etmenleri dört boyutta incelemiştir. İlk engel faktörü kendilerini baskı altında ve yorgun hisseden doktorlar için "Tükenmişlik/Aşırı Yük" faktörü olarak tanımlanmıştır. İkinci engel faktörü, zor bir hasta veya aile üyelerinden gelen girişim gibi öğelerden oluşan "Zor Hasta/ Aile" faktörüdür. Üçüncü engel faktörü, çevresel özelliklere odaklanan, klinik çalışma sırasında kesintiye uğrayan, çok fazla evrak işine sahip, çok sayıda insanın ve buna benzer sorunların bulunduğu "Dış Distraksiyon" olarak da adlandırılan "Dışsal Dikkat Dağıtma" faktörüdür. Son olarak dördüncü faktör ise, "Karmaşık Klinik Durum Bilgileri" faktörüdür.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu Araştırmanın amacı, Fernando ve Consedine 2014 yılında geliştirdikleri hekim merhameti önündeki engelleri ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini uygulamaktır. Araştırmada nicel Araştırma deseni kullanılmış olup; tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Nicel Araştırma en basit anlamıyla nicel verilerin toplanmasını ve analizini gerektiren Çalışmalardır. Tanımlayıcı Araştırmaların en

<sup>1</sup> Selcuk University/ Healty Care Management/Turkey/yunuseozturk@gmail.com

<sup>2</sup> Selcuk University/ Healty Care Management/Turkey/ramazan46k@gmail.com.

belirleyici özelliği ise Araştırma Sonuçlarının bir durumu tanımlaması, ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır (Büyüköztürk ve ark 2013).

Çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekimlere uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 500 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla Altunışık ve ark (2012) tarafından oluşturulan kolayda örneklem tablosundan faydalanılmıştır. Araştırmanın örnekleme 100 hekim dâhil edilmiştir. Araştırmanın verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formu, "Hekim merhameti Engelleri Ölçeği" ve kişisel bilgi formu kapsamında hekimlerin; cinsiyeti yaşı, medeni durumu, Çalışma yılı ve kurumda Çalışma yılı olmak üzere toplam 5 ifade yer almaktadır. Araştırmada, Fernando ve Consedine (2014) tarafından geliştirilen "Hekim merhameti Engelleri Ölçeği" kullanılmış olup söz konusu ölçek 34 madde ve dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri Likert yöntemi ile hazırlanmış olup 1 çok azdan 7 çok fazlaya kadar devam etmektedir. Ölçek Faktörleri şu şekildedir; Tükenmişlik/Aşırı Yük Faktörü (TA), Dış Distraksiyon (DD), Zor Hasta/Aile (ZH), Karmaşık Klinik Durum Bileşenleri (KKB)'dir. Ölçekte ters ifade bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanlar 7'e yaklaştıkça engellerin fazlalığını, 1'e doğru indikçe engellerin yoğunluğunun azaldığını ifade eden maddeler yer almaktadır. Verilerin Analizi SPSS ve AMOS paket program yardımıyla yapılmıştır. Ölçeğin ilk olarak geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasında Cronbach Alpha kat sayısı değeri ve faktör analizi kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR

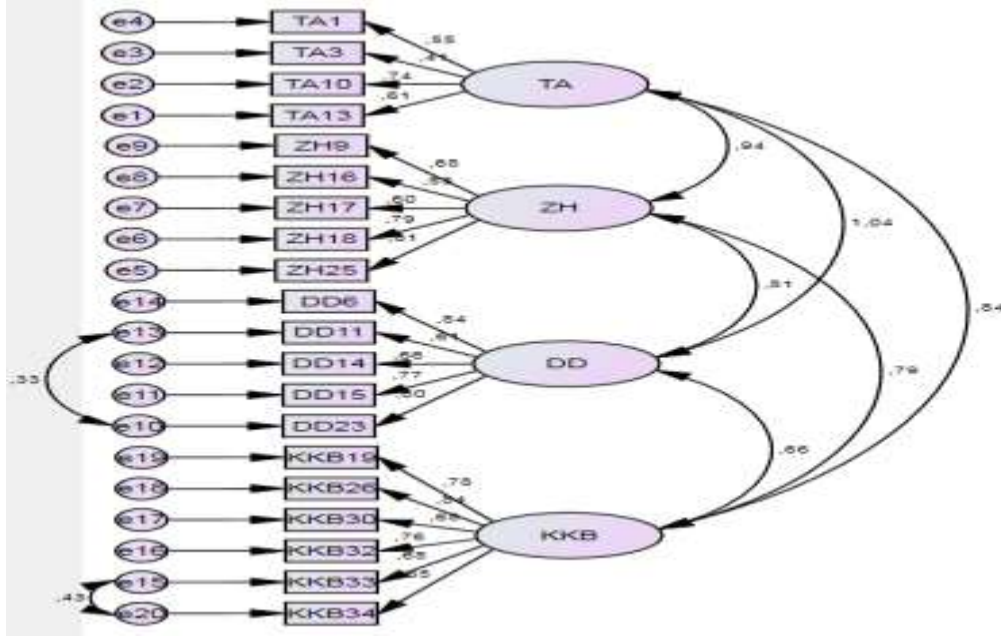
Araştırmaya dâhil olan hekimlerin %52,4 erkek %47,6'sı kadındır. Katılımcıların %61,9'u evli %38,1'i bekârdır. Araştırmada ölçeğin geçerliliğine ilişkin olarak dil, kapsam (içerik) ve yapısal geçerlilik yapılmıştır.

Kapsam geçerliliği, ölçeğin maddelerinin ölçülmek istenen durumu ne derecede temsil ettiğini belirlemek için yapılır (Kaya ve Işık 2018). Uzman kişiler veya bu alana hakim kurumlar tarafından ölçeğin temsil gücüne ilişkin olarak yargılar belirtirler. Bu yargılar esas alınarak ölçeğin içerik geçerliliği hakkında bir sonuca ulaşılır (Kurtuluş 2004). Ölçeğin çevirisi uzman kişiler tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Türkçe çevirisi Konya Uluslararası Doktorlar Sağlık ve Tıbbi Yardım Derneği tarafından onaylanıp düzeltmeler yapılmıştır. Ölçeğin son hali tekrardan İngilizceye çevirisi yapılmış olup son kontrolleri yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında yapısal geçerlilik analizi yapılmıştır. Bir ölçeğin yapısal geçerliliğinin test edilmesinde kullanılan yöntem faktör analizidir (Işık 2011). Faktör analizi, keşfedici faktör analizi (KFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Loehlin, 2004).

Yapı geçerliliği; 34 maddenin 5 alt boyut altında toplandığı " Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği"nin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır. 34 maddeden oluşan ölçek (TA=Tükenmişlik 5, ZH= Zor Hasta/ Aile 7, DD=Dış Distraksiyon 10, KKB= Karmaşık Klinik Durum Bilgileri 11) DFA analizine tutulmuştur. Analiz sonuçları doğrultusunda uyum iyiliği indeks değerlerinin kabulü edilebilir sınırlarının dışında olması nedeni ile bazı maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Çıkarılan bu maddeler şu şekildedir;(TA2, ZH7, ZH24, DD4, DD5, DD12, DD21, DD22, KKB20, KKB27, KKB28, KKB29, KKB31). Ölçek maddesinin sekizinci sorusu ise geliştiren kişi tarafından daha önce çıkarılmıştır. Analizden çıkarılan bu maddelerden sonra tekrardan DFA yapılmıştır. Hekim Merhameti Önündeki Engeller ölçeğine ait model ve uyum iyiliği indeksleri tablo 1 ve tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1: Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeğini Oluşturan İfadelere İlişkin Path Grafiği



Tablo 1’de görüldüğü üzere HMÖEÖ’nin path grafiği verilmiştir. Söz konusu ölçeğin uyum iyiliği indeks değerleri verilmiştir. Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)= 2,42; Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)= 0,040; Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)= 0,996; Uyum İyiliği İndeksi (GFI)= 0,93; Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)= 0,99; Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)= 0,994; Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)= 0,014 olarak tespit edilmiştir.

Bu uyum iyiliği indeks değerleri iyi uyum ve kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Munro, 2005; Schreiber, Nora, Stage, Barlowand King, 2006; Şimşek, 2007; Hooperand Mullen 2008; SchumackerandLomax, 2010; Waltz, Strciklandand Lenz 2010; Wangand Wang, 2012).

Tablo2. HMÖEÖ Boyutlarını Oluşturan İfadelerin Anlamlılık Düzeyleri

İfade	Boyutlar	S.E.	C.R.	P
TA1	Tükenmişlik	0,249	14,731	***
TA3	/Aşırı Yük	0,231	19,064	***
TA10		0,24	16,903	***
TA13		0,25	13,383	***
ZH9		0,223	18,276	***
ZH16	Zor	0,266	13,449	***
ZH17	Hasta/Aile	0,223	14,205	***
ZH18		0,239	13,584	***
ZH25		0,251	11,993	***
DD6		0,204	17,42	***
DD11		0,214	16,505	***
DD14	Dış	0,219	20,282	***
DD15	Distraksiyonlar	0,239	15,286	***
DD23		0,231	16,965	***
KKB19		0,208	16,197	***
KKB26	Karmaşık	0,229	15,015	***
KKB30	Klinik Durum	0,246	11,832	***
KKB32	Bilgileri	0,252	13,229	***
KKB33		0,226	14,11	***
KKB34		0,239	13,44	***

\*\*\*P<0,001

Tablo 2’de görüldüğü üzere yapılan analiz sonucunda “Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği’ni” oluşturan boyutlar ve boyutları oluşturan 20 ifadenin faktör yükleri anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 3. Hekim Merhameti Engeller Ölçeğini Oluşturan Boyutlar Arasındaki Korelasyon

	Ort	S.S.	1	2	3	4
TA=Tükenmişlik/ Aşırı Yük (1)	3,55	1,26	1			
ZH=Zor Hasta/Aile (2)	3,41	1,53	,721**	1		
DD=Dış Distraksiyonlar (3)	3,82	1,36	,745**	,671**	1	
KKB=Karmaşık Klinik Durum Bilgileri (4)	3,24	1,50	,609**	,670**	,627**	1
Hekim Merhameti Engelleri Ölçeği	3,55	1,26	,858**	,884**	,863**	,865**

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 3’de görüldüğü üzere Hekim Merhameti Önündeki engeller ölçeği ve alt boyutlarına ait korelasyon analizi verilmiştir. Alt boyutlar arasındaki tüm ilişkiler anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

### 3.2. Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeğinin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Cronbach Alpha katsayısının 0,00-0,40 arasında olması anketin güvenilir olmadığını, 0,40-0,60 arasında olması anketin düşük güvenilirlikte olduğunu, 0,60-0,80 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğunu ve 0,80-1,00 arasında olması ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Alfa değeri 1’e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artmaktadır (Özdamar 1999).

Tablo 4. Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeğinin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

	n	İfade Sayısı	Cronbach Alpha
TA=Tükenmişlik/ Aşırı Yük (1)	100	4	0,704
ZH=Zor Hasta/Aile (2)	100	5	0,861
DD=Dış Distraksiyonlar (3)	100	5	0,827
KKB=Karmaşık Klinik Durum Bilgileri (4)	100	6	0,895
Hekim Merhameti Önündeki Engelleri Ölçeği	100	20	0,938

Tablo 4’de görüldüğü üzere Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği ve alt boyutlarına ait Cronbach Alpha değeri verilmiştir. Hekim Merhameti Engelleri Ölçeğinin genel toplam güvenilirliği 0,938 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlarının ise; TA=Tükenmişlik/ Aşırı Yük için 0,704, ZH=Zor Hasta/Aile için 0,861, DD=Dış Distraksiyonlar için 0,827, KKB=Karmaşık Klinik Durum Bilgileri için 0,895 olduğu saptanmıştır.

## 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastalar zihinsel ve fiziksel olarak acı çekerler ve bu acıdan kurtulmak isterler. Hastalar kendilerini çaresiz, savunmasız hissedebilirler ve yetişkinler olarak ilk kez hayatta kalmak için başkalarına güvenmek zorunda kalabilirler. Bu durumda, hastalar doktorlarının şefkatli olmasını bekler (Old ve ark 2011, Meagher 2006). Mesleki bir görevi yerine getirmenin yanı sıra, merhametinin hasta memnuniyeti, daha kaliteli doktor-hasta etkileşimleri ve daha iyi sonuçların elde edilmesine ilişkin önemli bir yeri olduğu Araştırmalarca mevcuttur (Emanuel ve Dubler 1995). Hekimin merhametli bir şekilde hizmet vermesi; hastanın doktora olan güvenini artırır, hasta hekimin bu tavrına karşılık daha iyi bir şekilde kendini ifade ederek hekimin teşhis koymasını kolaylaştırır, teşhis süresinin kısalması ve hekimin karar verme sürecinin hızlanması dolaylı olarak maliyetleri etkiler, hastanın iyileşme sürecini hızlandırır, hasta memnuniyetini artırır ve hekimin merhametli bir şekilde bakımı kendisinin daha iyi hissetmesine neden olur.

Hekimin merhametli bir şekilde bakım vermesini engelleyecek unsurlar üzerine Fernando ve Consedine (2014) tarafından geliştirilen toplam 34 maddelik ifadede oluşan “Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeğinin” Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda 20 ifadenin 4 boyut altında toplandığı bulunmuştur. Söz konusu ölçeğin orijinal halinden çıkarılan maddeler ve Türkçe’ye uyarlanan “Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeğinin” maddeler aşağıda yer almaktadır.

### Orijinal Ölçekten Çıkan İfadeler

(1=En az...7= Oldukça Fazla)

1	Konsültasyon için sınırlı bir zamanın olması. (TA2)	1	2	3	4	5	6	7
2	Muayene sırasında birçok kesinti olması (örneğin, sayfalar, metinler). (DD4)	1	2	3	4	5	6	7
3	Fiziksel ortam danışma için elverişli değildir (örneğin, gürültü). (DD5)	1	2	3	4	5	6	7
4	Hastanın ailesi ile zor etkileşim olması. (ZH7)	1	2	3	4	5	6	7
5	Tekrar tekrar aynı problemi duymaktan bıkmak. (S8)	1	2	3	4	5	6	7
6	Güncel tedaviler yeterli değil. (DD12)	1	2	3	4	5	6	7
7	Hastanın iyileşip iyileşmeyeceğinden emin değilsiniz. (KKB20)	1	2	3	4	5	6	7
8	Çok fazla klinik olmayan göreve sahip olmak (örneğin, yönetim, öğretim). (DD21)	1	2	3	4	5	6	7
9	Muayene sırasında çok fazla insan var. (DD22)	1	2	3	4	5	6	7
10	Hastanın ailesi sizinle mutlu değil. (ZH24)	1	2	3	4	5	6	7
11	Kişisel sorunların. (KKB27)	1	2	3	4	5	6	7
12	Sabırsız hissetmek. (KKB28)	1	2	3	4	5	6	7
13	Mevcut tedaviler beklenmeyen olumsuz etkilere neden olması. (KKB29)	1	2	3	4	5	6	7
14	Bir sonraki hastayı görmek için acele ediyorsun. (KKB31)	1	2	3	4	5	6	7

TA=Tükenmişlik/ Aşırı Yük ZH=Zor Hasta/Aile DD=Dış Distraksiyonlar KKB= Karmaşık Klinik Durum Bilgileri

### Türkçe'ye Uyarlanan Hekim Merhameti Önündeki Engeller Ölçeği (1=En az...7= Oldukça Fazla)

1	Psikolojik olarak yıpranmış hissetmek. (TA1)	1	2	3	4	5	6	7
2	Çok fazla hasta vakasına sahip olmak. (TA3)	1	2	3	4	5	6	7
3	Defansif Tıp Kültürü. (DD6)	1	2	3	4	5	6	7
4	Hasta yardımcı olmaması, kaba veya kötü hareketlerinin olması (ZH9)	1	2	3	4	5	6	7
5	Yorgun veya bitkin hissetmek (TA10)	1	2	3	4	5	6	7
6	Klinik durum çok karmaşık olması. (DD11)	1	2	3	4	5	6	7
7	Sınırlı bir süre içinde göremeyecek kadar çok hasta olması. (TA13)	1	2	3	4	5	6	7
8	Konsültasyon sırasında birçok dikkat dağıtıcı unsurun olması. (DD14)	1	2	3	4	5	6	7
9	Hastaların şikayet edebileceği veya dava açabileceği endişesi. (DD15)	1	2	3	4	5	6	7
10	Aile üyelerinden gelen müdahale. (ZH16)	1	2	3	4	5	6	7
11	Hasta sizinle mutlu değil. (ZH17)	1	2	3	4	5	6	7
12	Hasta tavsiyene uymuyor. (ZH18)	1	2	3	4	5	6	7
13	Tıp pratiğinden yoruldum. (KKB19)	1	2	3	4	5	6	7
14	Çok fazla evrak ve belge olması (DD23)	1	2	3	4	5	6	7
15	Hastanın durumu ve tedavileri hakkında irrasyonel inanışlar var. (ZH25)	1	2	3	4	5	6	7
16	Hasta bakımsız ve kötü kokulu olması. (KKB26)	1	2	3	4	5	6	7
17	Hasta farklı bir sosyo-kültürel / etnik kökene sahip olması. (KKB30)	1	2	3	4	5	6	7
18	Hasta anlaşılması zor. (KKB32)	1	2	3	4	5	6	7
19	Hasta durumunu inkâr ediyor olması (KKB33)	1	2	3	4	5	6	7
20	Uğraştığınız şey konfor /huzur seviyenizin üstünde.(KKB34)	1	2	3	4	5	6	7

TA=Tükenmişlik/ Aşırı Yük ZH=Zor Hasta/Aile DD=Dış Distraksiyonlar KKB= Karmaşık Klinik Durum Bilgileri

## 5. KAYNAKÇA

- Akın Ş.H, 2018. Merhamet Kavramı ve Schopenhauer'in Merhamet Yaklaşımının Değerlendirilerek Farklı Düşünürlerin Görüşleriyle Karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2018 Vol. 5, No. 3, 126-131
- Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. 2012 Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.
- Atalay H, 2018. Merhamet. *PsikeArt, Dergisi Mart-Nisan*. Erişim: <https://hakanatalay.wordpress.com/2015/02/24/merhamet/> Erişim tarihi: 8.05.2018.
- Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F2013. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara, Pegem Akademi
- Cosley B. J., McCoy S. K., Saslow L. R., ve Epel, E. S. 2010. Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(5), 816-823.
- Emanuel EJ, Dubler NN, 1995 Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995;273:323-9.
- Fernando AT, Consedine NS 2014 . Development and initial psychometric properties of the Barriers to Physician Compassion questionnaire. *Postgrad Med J*. 2014 Temmuz; 90 (1065): 388-95. doi: 10.1136/postgradmedj-2013-132127. Epub 2014 28 Mayıs.
- Gilbert P, 2005. Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed), *Compassion: Conceptualisations, reseand usein psychotherapy* (pp.9-74). London, England: Routledge.
- Hooper D, Coughlan J, Mullen MR, 2008. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 1, 53-60.
- Işık, O. (2011). Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kaya N, Işık O 2018. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği *İşletme Bilimi Dergisi (JOBS)*, 6(1).
- Kurtuluş, K. 2004. Pazarlama Araştırmaları. *Literatür Yayıncılık*, Genişletilmiş 7. Baskı, İstanbul.
- Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, et al. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012;21:1255-64.
- Loehlin, J. C, 2004. *Latent Variable Models; an Introduction to Factor, Path and Structural Equation Analysis*. Lawrence Erlbaum Associates, London.
- Meagher G. 2006. What can we expect from paid carers? *Polit Soc* 2006;34:33-54.
- Munro BH, 2005. *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.351-76.
- Old A, Adams B, Foley P, et al. 2011. Society's expectation of the role of the doctor in New Zealand: results of a national survey. *N Z Med J* 2011;124:10-22.
- Özdamar K, 1999. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J, 2006. Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 99,6, 323-38.
- Schumacher PE, Lomax RG, 1996. *A Beginners Guide To Structural Equation Modeling*. Nahvah, NJ: Lawrence Erlbaum, 34-56.
- Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. a review. *J Gen Intern Med* 2006;21:524-30.
- Şimşek ÖF, 2007. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Ekinoks, p.4-22.
- Waltz CF, Streikland OL, Lenz ER, 2017. *Measurement in Nursing and Health Research*. Springer Publishing Company, LLC 11 West 42nd Street New York, NY 10036. New ISBN: 978-0-8261-7061-3
- Wang J, Wang X, 2012 *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: Methods And Applications*. West Sussex: John Wiley & Sons, p.5-9.

## THE IMPACT OF PROFESSIONAL PRACTICE EXPECTATIONS ON THE CAREER MOTIVATION: A STUDY ON THE STUDENTS OF HEALTH MANAGEMENT DEPARTMENT\*

Şerife ÇALIŞKAN<sup>a</sup>  
Şerife Didem KAYA<sup>b</sup>

### ÖZET

**Çalışmanın Sorusu:** Sağlık hizmetlerinin hızlı gelişmesi ve birçok uzmanlık alanını içinde barındırması nedeniyle profesyonel Sağlık Çalışanlarına olan ihtiyaç artmıştır. Her alanda olduğu gibi yönetim alanında da bu ihtiyaç kendini göstermektedir. Üniversitede verilen teorik eğitimlerin kalıcı olması ve öğrenciye iş yaşamını tanıma şansı ve gelecek kariyer hedeflerini belirlemesi için, öğrencilere sunulan mesleki uygulama, öğrencilerin eğitim hayatında önemli bir yer tutmaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma, mesleki uygulamanın verimli bir şekilde tamamlanmasının, öğrencinin kariyer motivasyonunu etkilediği düşünülerek, mesleki uygulama yapan öğrencilerin mesleki uygulama beklentilerini karşılama derecesinin, kariyer motivasyonları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla bu Araştırma gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Araştırmada, 5 üniversitenin mesleki uygulamaya katılan 305 Sağlık yönetimi bölümü öğrencisine tanımlayıcı sorular, mesleki uygulama beklentilerini karşılama derecesi ile ilgili sorular ve Kariyer Motivasyonu Ölçeği'nin yer aldığı anket formu uygulanmıştır. Çalışmanın örneklemini için örneklem seçimine gidilmeyip Çalışma evrenine ulaşılmaya çalışılmıştır. Verilerin analizinde; ortalama, standart sapma, korelasyon ve regresyon analizinden yararlanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Mesleki uygulama beklentilerini karşılama derecesi ile kariyer motivasyonu arasında "orta düzeyde" ( $r=0,373$ ;  $p<0,01$ ) anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır. Mesleki uygulama beklentilerini karşılama derecesi, kariyer motivasyonundaki değişimin %14'ünü açıklamaktadır. Sonuç olarak, öğrencilerin eğitim sürecinde yapmış olduğu mesleki uygulama ile mesleği konusunda bilgi, beceri ve tecrübe kazanımları ve mesleki bakış açısı, onların kariyer hedeflerini ve kariyer planları yapabilmeleri için gereken kariyer motivasyonunu sağlamaktadır.

**Anahtar Kelime:** Mesleki Uygulama Beklentileri, Mesleki Uygulama, Kariyer Motivasyonu, Sağlık Yönetimi

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The need for professional health professionals has increased because of the rapid development of health services and their inclusion many specialties. This need is manifested in the field of health management as in every field. In order to ensure that the theoretical trainings given at the university are permanent and to provide introduction to the business life and to allow the determination the future career goals, the professional practice offered to students plays an important role in the students' educational life.

**The Purpose of the Study:** This study was carried out in order to investigate the effect of the degree of fulfillment of the professional expectations of the students who do professional applications on their career motivation, considering that the efficient completion of professional practice affected the student's career motivation.

**Method:** In the study, the questionnaire form, which includes definitive questions, questions about the level of fulfilling the professional practice expectations, and the Career Motivation Scale, was applied to 305 health management students who participated in the vocational practice from 5 universities. The sampling of the study was not made and the study universe was tried to be reached. In the analysis of the data, mean, standard deviation, correlation and regression analysis were used.

**Findings and Results:** There was a moderately significant ( $r=0.373$ ;  $p<0.01$ ) and positive relationship between the degree of satisfaction of the expectations and career motivation. The degree of fulfillment of expectations explains 14% of the change in career motivation. As a result, the students' knowledge, skills and experience gained through the professional practice they have made in the education process and the professional perspective provide career motivation for their career goals and career plans.

\* This study was produced from the master thesis.

a Süleyman Demirel University, Isparta, Turkey, serifecaliskan33@gmail.com

b Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey, dkaya@erbakan.edu.tr



**Key words:** Professional Practice Expectation, Professional Practice (Internship), Career Motivation, Health Management

## **Introduction**

Professional practice has an important place in following and applying scientific and technological developments and making students gain all kinds of knowledge and skills in the field. This study is important to determine the degree of professional practice to meet expectations and to determine the degree to which these expectations are met, and how it affects career motivation, and to reveal the gains that professional practice provides to students.

## **Literature Reviews**

### **Health Management**

Health institutions and organizations differ from other institutions in terms of their specific characteristics. Health management is a management style that has come to exist in order to provide effective and efficient use of scarce resources for health, both for diagnosis and treatment of patients and for facilitating the work of physicians. Due to these reasons, professional managers are needed in planning, organization, execution and supervision of health services. In Turkey, the required training is provided in universities in order to train Professional managers needed in the presentation of health services.

### **Professional Practice**

Professional practice can be defined as the experience of transforming the acquired knowledge into behavior by providing students with the opportunity to use and experiment on the theoretical knowledge acquired in the academic environment. Professional practice allows the individual to recognize and deal with problems related to work life, to communicate well with colleagues and superiors, to recognize new developments in the sector and to use related technologies (Çetin, 2005: 154). It also provides the opportunity for students to recognize the sector in which they can work in the future (Yazıt, 2013: 37), or even to give an idea of whether they will do this job in the future or not (Olçay et al., 2015: 331). Professional practice makes the person feel better equipped and contributes to the development of self-confidence. It provides an important reference for after graduation. Furthermore, it allows students to reinforce their education at school with the knowledge and experience gained from the professional practice, to get to know the profession they are studying better and to benefit from the knowledge and experience they have gained in determining their career goals (Çetin, 2005: 168). Therefore, the expectations of professional practice provide motivation for students' career goals.

### **Professional Expectations**

The concept of expectation is defined as considerations regarding success or performance in a certain area in the future based on the past experiences and experiences in similar fields. (Rother, 1954; Narrated by: Akman, 1992: 125). Educational and professional expectations indicate the expectation of success in school and work (Mello, 2008: 1069).

Professional expectations include the judgments of the students about their performance in their profession in the future. These judgments are the opinions of the students about the professional knowledge and skills acquired during the education process and the extent to which they can apply these in business life. Therefore, the students' professional expectations are greatly affected by the program they are studying (Erden, 1989: 104).

### **Career Motivation**

Career is an issue that covers a significant part of life and greatly affects the quality of life and satisfaction. It can be said that individuals who have chosen the right career fields that match their potential and preferences approach their general happiness levels (Kaya and Zerenler, 2014: 141-142). Achieving job satisfaction and achieving happiness in their careers are possible through career motivation.

London is the first to develop the concept of career motivation. According to London (1983: 620-621), it consists of structures like the concepts such as motivation, business motivation and managerial motivation. These structures do not reflect many personal qualities and decisions and behaviors related to

one's career. Therefore, career motivation includes work motivation and managerial motivation. London's career motivation theory encompasses job search and acceptance, decision-making for staying in an organization, updating one's career plans, searching and training for new work experiences, organizing and striving to achieve career goals.

Career motivation is divided into three dimensions in terms of individual qualifications. These include: career identity, career insight and career flexibility. According to London and Noe (1997: 62), career flexibility is the ability to adapt to changing conditions (even if these situations are disappointing and destructive). Career insight is the ability of one to be realistic about himself and his career, and to apply his or her perceptions of his career in his/her purposes. A career identity is the degree to which the person defines himself/herself regarding the work.

## Method

The aim of this study is to examine the effect of professional practice expectations of health management students on career motivation.

This is a descriptive study. The study was carried out among undergraduate program students in Health Management Department in Turkey. Due to financial and time issues the study was conducted only in five public universities. Estimated sample size was 475 in this study but 312 samples were filled up the questionnaire. The respond rate was 64.2%.

The self-administration questionnaire was used for data collection. The questionnaire consisted of 3 parts. In the first part, there were questions about socio demographic informations of the participants. The second part related to the statements, the section were prepared by the researchers using the previous studies (Nayır, 2006: 75; Özgül, 1995: 100-101; Dolmacı and Duran, 2017: 559; Yazıt, 2013: 57; Söyük and Gün, 2017: 115; Duman et. al., 2006: 59). Partrelated to the Career Motivation Scale, the scale was developed by Day and Allen (2004: 88) and adapted by Taşçı et al. (2017) to Turkish was used.

SPSS program was used for data analysis. Reliability, mean, standard deviation, pearson correlation test and simple linear regression analysis were performed.

The reliability coefficient (alpha value) of the degree of fulfillment of the expectations of professional practice was found to be 0.94 and the reliability coefficient of the Career Motivation Scale was found to be 0.89.

## Results

When the distribution of the participants according to the descriptive variables was considered, it was seen that %63 were female and %37 were male, %62 were between the ages 20-22 and %37 were 23 and older.

The degree of fulfillment of the expectations of professional practice (PPEFD) was  $3.75 \pm 0.76$  and the total score of the Career Motivation Scale (CM) was  $3.59 \pm 0.53$ .

**Table 1. Correlation Analysis Between Scale Scores**

	PPEFD	CM
PPEFD	1	
CM- Total	0,373**	1

A significant and positive relationship was found between the degree of fulfillment of the expectations of professional practice and career motivation at the intermediate level ( $r= 0.373$ ;  $p< 0.01$ ).

**Table 2. The Effect of the Degree of Fulfillment of the Expectations of Professional Practice on Career Motivation**

Independent variable	B	Standard Error	Beta	t	p
Constant	2.609	0.143	0.373	18.300	0.00
PPEFD	0.261	0.037		6.996	0.00
R: 0.37    R <sup>2</sup> = 0.14    F=4.947    p<0.001					

Dependent variable: Career motivation

The effect of the degree of fulfillment of the expectations of professional practice on Career Motivation was found to be statistically significant ( $R= 0.37$ ;  $R^2= 0.14$ ;  $F= 48.947$ ;  $p< 0.001$ ).

## Discussion

When we look at the total score of the degree of fulfilling the expectations of professional practice ( $3.75\pm 0.76$ ), it is seen that the participants participated in all of the expressions ( $3.41-4.20=I$  Agree). In the study of Emir et al. (2008: 281), it was observed that professional practice activities met the expectation of helping students get to know the work life ( $3.81\pm 1.03$ ). Based on these results, it is thought that the professional practice of the students of the health management department meets the expectations of the students. In previous studies, it was concluded that the professional practices increased the confidence of the students themselves (Nayır, 2006: 85; Yazıt, 2013: 57; Mankan, 2015: 739).

When the total score of the career motivation ( $3.59\pm 0.53$ ) is examined, it is seen that the participants participated in the statements ( $3.41-4.20=I$  Agree). A significant and positive relationship was found between the degree of fulfillment of the expectations of professional practice and career motivation at the intermediate level ( $r= 0.373$ ;  $p< 0.01$ ). According to London (1993: 61), individuals who believe that they are talented and have support for career development have high career motivation. The degree to which professional practice expectations are met explains 14% of the change in career motivation. Meeting the expectations of professional practice positively predicts the impact of this on the career motivations of the students.

## Conclusion

Professional practices, which are guides for the students to get to know the Professional environment and gain knowledge and also for their career targets, are important starting points for their careers. As a result of the study, it has been concluded that the professional practice performed meets the expectations of the students and the fulfilled expectations of the students have an impact on their career motivations. It is seen that professional practice prepares students for business life and increases their career motivations. for this reason, it is necessary to give more places to professional practice in education systems and to ensure that professional practice is experienced efficiently. Thus, it is thought that by guiding the students, it will contribute to their development and help them to keep their motivation at the high level in the changing and increasingly difficult labor market.

## References

- Akman Y., (1992). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Meslek, Evlilik ve Geleceğe Yönelik Beklentileri, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*7(7), 125 – 149.
- Çetin Ş.,(2005), Öğrenci Stajlarında Yararlanılan Dersler Üzerine Ampirik Bir Değerlendirme: Mersin Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu Örneği, *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 16(2), 153-169.
- Day R. ve Allen T. D., (2004).The relationship between career motivation and self-efficacy with protege e career success, *Journal of Vocational Behavior*, 64(1), 72–91.
- Dolmacı N., Duran, Y., (2017). Ön lisans düzeyinden öğrenim gören öğrencilerin zorunlu staj uygulamasına ilişkin görüşleri, sorunları ve çözüm önerileri: Isparta Meslek Yüksekokulu örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(21), 254-267.
- Duman T., Tepeci M., Unur K., (2006). Mersin'de Yükseköğretim ve Orta Öğretim Düzeyinde Turizm Eğitimi Almakta Olan Öğrencilerin Sektörün Çalışma Koşullarını Algılamaları ve Sektörde Çalışma İsteklerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 17(1), 51-69.
- Emir O., Aslan S., Kılıçkaya Ş., (2008). Turizm İşletmeciliği Ve Otelcilik Programı Öğrencilerinin Staj Uygulamaları Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Afyon Kocatepe Üniversitesi Örneği, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*,10(2), 273-291
- Erden, M., (1989). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü Öğrencilerinin Meslekleri ile İlgili Beklentileri, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 4(4) 93-107
- Kaya Ş. D., Zerenler M., (2014). *Çalışma Hayatında Psikolojik Sermaye ve Kariyer Planlamasına Genel Bakış*, Nobel Akademik Yayınevi, Ankara.

- London, M. (1983). Toward a theory of career motivation. *Academy of management review*, 8(4): 620-630.
- London, M. (1993). Relationships between career motivation, empowerment and support for career development. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66(1), 55-69
- London M., Noe . A., (1997). London's Career Motivation Theory: An Update on Measurement and Research, *Journal of Career Assessment*, (5)1, 61-80
- Mankan E., (2015). Mesleki Önlisans Programlarında Staj Eğitiminin Önemi: Bülent Ecevit Üniversitesi Çaycuma Meslek Yüksekokulu Örneği, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(10), 734-741
- Mello Z. R., (2008). Gender Variation in Developmental Trajectories of Educational and Occupational Expectations and Attainment From Adolescence to Adulthood, *Developmental Psychology*, 44(4), 1069–1080
- Nayır, İ. (2006). Ticaret Meslek Lisesi Öğrencilerinin Staj Eğitiminden Beklentileri ve Staj Eğitimi Sırasında Karşılaştıkları Sorunlar. *Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Olçay A., Yıldırım İ., Sürme M., (2015). Turizm Eğitimi Alan Öğrencilerin Staj Eğitimi Hakkında Görüşleri: Gaziantep İli Örneği, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 5(3), 324-334
- Özgül, N., (1995). İşletmelerde Staj Yapan Meslek Lisesi Öğrencilerine Staj Yaptıkları Kurumların Mesleki Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme fakültesi, Davranış Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.*
- Söyük S. Ve Gün İ., (2017). Sağlık Yönetimi Stajyer Öğrencilerinin Yeterliliklerinin Değerlendirilmesi: Bir Alan Araştırması, *Journal of Health Science and Profession*, 4(2), 111-118
- Taşçı M. E., Vardarlıer P., Güner Ş., (2017). Mentorluğun Kariyer Motivasyonu Üzerindeki Etkisi: İlk Kez İşini Deneyimleyenler Üstünde Bir Uygulama, 25. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi*, Ankara, 1095-1105
- Yazıt H., (2013). Turizm İşletmeciliği Eğitimi Alan Lisans Ve Ön lisans Öğrencilerinin Staj Konusundaki Düşünce Ve Algılamaları Arasındaki Farklılıkların Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma, *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya*

## RESEARCH ON THE DETERMINATION OF INFORMATION ATTITUDES AND BEHAVIORS ABOUT THE VOLUNTEER BLOOD DONATION OF UNIVERSITY STUDENTS

Semiha KARAOSMANOĞLU\*

\* Karadeniz Teknik Üniversitesi

### ABSTRACT

**The problem of the study:** Blood donation is the process of taking blood from blood centers by a volunteer and healthy donor to obtain blood and blood products. Since blood donation is a treatment tool that is performed only by human and cannot be produced, it is very important to provide blood on a voluntary basis.

**The aim of the study:** The aim of this study was to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of the eurasian university students in the province of Trabzon about voluntary blood donation.

**Methods:** A questionnaire consisting of 30 questions was collected by the researcher and data was collected by face-to-face interview method in order to evaluate the information, attitudes and behaviors of the students about voluntary blood donation. Incidental sampling method was used and a total of 514 students were reached. The age range of the students is 18-25. The data obtained from the surveys were analyzed with SPSS 17.0 package program and number percentage and Chi-square test. The confidence interval of the results was 95% and the significance level was evaluated as  $p < 0.05$ .

**Conclusion:** Although the attitudes and behaviors of the majority of Eurasian University students are positive in terms of blood donation, the lack of information about voluntary blood donation and the importance of blood negatively affects blood donation rates. For this reason, in order to increase the voluntary blood donation, it has been concluded that blood, blood donation and volunteer education should be provided. In this respect, the number of active blood donors can be increased by volunteer blood donors and by training other volunteers in these volunteers by expanding the training ring.

**Keywords:** Blood, Proper volunteer, Voluntary blood donation, Trabzon

### GİRİŞ

Kan bağıışı, yalnızca insan tarafından gerçekleştirilen ve üretilmeyen bir tedavi aracı olduğundan, temin edilen kanın gönüllü olarak bağıışlanması oldukça önemlidir. Kan ve kandan elde edilen ürünler laboratuvar koşullarında elde edilememektedir. Bu nedenle kanın, Sağlıklı bireylerden gönüllülük esasına dayalı ve düzenli sağlanması gerekmektedir<sup>1</sup>. Oysaki insanlarda kana ihtiyaç duyulduğunda kanın her zaman tedarik edilebileceği beklentisi vardır. Bu noktada kan bağıışı gönüllüleri, etkin bir kan tedarik zinciri yönetiminde ana tedarik kaynağını oluşturur. Acil bir durumda, stoklar yetersizse, tek kan arzı kaynağı Sağlık merkezine gelen ve gönüllü olarak kan bağıışı yapan kişiler olacaktır. Kanın, kan bankalarının stoklarından temin edilemediği acil durumlarda, yine talep edilen kanı gönüllü kan bağıışçılarından elde edecektir<sup>2</sup>.

Gelişmekte olan ülkelerde, Dünya Sağlık Örgütünün raporuna göre güvenli kanın sağlanmasında en önemli problem, yeterli gönüllü kan bağıışının olmaması sebebiyle güvenli olmayan (replasman kana kan, zorunlu yöntem vb.) ve en ucuz yöntemlerin tercih edilmesi olarak gösterilmiştir<sup>3</sup>.

Ülkemiz kan bağıışı konusunda gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında geri sıralarda yer almaktadır. Bu ülkelerde gönüllü kan bağıışlarının nüfusa oranı %5'e ulaşabilirken ülkemizde bu oranın %3-3,5 civarlarında olmasının en önemli nedeni gönüllü kan bağıışçısı sayısındaki yetersizliktir<sup>4</sup>.

Ülkemizde toplam kan ihtiyacının 2,5 milyon üniteden fazla olduğu bilinmektedir. Bunun tamamını karşılayabilmemiz için düzenli ve gönüllü kan bağıışçılarına ihtiyaç duyulmaktadır<sup>5</sup>. Gönüllü bağıışçı; herhangi bir çıkar karşılığı olmadan, tamamen kendi isteğiyle kendi plazma ve hücrel kan bileşimini bağıışlayan kişidir. Kan ve Kan Ürünleri Kanununda (5624 Sayılı Kanun, madde 3/b) "Kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin temininde karşılıksız ve gönüllü kan bağıışı esastır" maddesi belirtilmiştir. Gönüllük temelinde, para karşılığı olmadan yapılan kan bağıışı, kişilerin iyi niyetli tutum ve davranışlarının bir sonucudur<sup>6</sup>. Sonuç olarak gönüllülük tamamen isteğe bağılı olarak yapılan bir faaliyettir ve karşılığında maddi hiçbir kazanç getirmemektedir. Gönüllülerin karşılık beklemeden bir iş yapıyor olması, onların yaptıkları iş karşılığında hiçbir şey elde etmeyecekleri anlamına gelmez. Yapılan

birçok Araştırma gönüllü birey Açısından, gönüllülüğün kişisel gelişime ve tatmine yol açtığını göstermektedir<sup>7</sup>.

Kan transfüzyonu tıpta önemli bir tedavi şeklidir ve kan bağıışı olmadan kan transfüzyonu gerçekleştirilemez. Kan transfüzyonu travma, büyük yaralanmalar, kemoterapi gibi ciddi durumlarda ve uzun dönemli tedaviye gereksinimi olan hastalarda önemli bir tıbbi girişim olarak uygulanmaktadır. Kan transfüzyonuna olan gereksinim sürekli artmasına rağmen, kan bağıışında daimi bir düşüş görülmektedir. Gönüllü kan bağıışlarının artan kan taleplerini karşılayabilmesi ve bu durumun tehdit oluşturmasını önlemek adına köklü Çalışmalar yapılmalıdır<sup>8</sup>.

Toplumu oluşturan bireyler yaşamı boyunca değişik zamanlarda çeşitli nedenlerden dolayı kan ve kan ürünlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Kan ve kan ürünleri üretilmediğinden, hayati önem taşıyan kanın Sağlıklı bireylerden sağlanması zorunludur. Bu doğrultuda düzenli ve güvenli kan bağıışının sağlanabilmesi için 18-25 yaş aralığındaki üniversite öğrencileri oldukça önemlidir. Çünkü düzenli olarak kan bağıışının gerçekleştirilmesi bu yaş aralığında süreklilik kazanabilmektedir.

Toplumun önemli bir kısmının kan bağıışında bulunmadığı ve kanın temini konusunda hala sorunların yaşandığı sonucundan yola çıkarak Çalışmanın amacı, 18-25 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinin gönüllü kan bağıışı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

## **MATERYAL VE YÖNTEM**

Araştırma, kan bağıışının gerçekleşmesinde üniversite öğrencilerinin katkılarının belirlenmesi ve gönüllük kavramının önemli olup olmadığının ortaya çıkarılması Açısından önemlidir. Çalışmanın evrenini Avrasya Üniversitesin 'de okuyan öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışma 514 kişi ile 1 Mayıs-10 Haziran 2016 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemi ile yapılmıştır. 30 sorudan oluşan anket formunun birinci bölümü öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, vb.) içermektedir. İkinci bölüm ise öğrencilerin gönüllü kan bağıışında bulunmaya ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Çalışmanın tek bir üniversitede yapılması, örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin Sağlık alanındaki öğrencilerden oluşması beklenirken devamsızlık yüzünden öğrencilere ulaşılamaması Araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam 514 kişiye ait sosyo-demografik özellikler ve bu özelliklere göre kan bağışi yapıp yapmama durumu, kan bağışi ile ilgili bilgi durumu ve kan bağışi bilgilerine göre kan bağışlama durumu, kan bağışi hakkındaki görüşlerinin dağılımı ve bu görüşlere göre kan bağışi yapıp yapmama durumu hakkındaki anket sonuçları bulguları aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=514)**

Özellikler	Sayı	%
Kişi sayısı	514	100
Cinsiyet	Kadın / 268 Erkek / 246	52.1 47.9
Yaş		
Medyan (aralık)	21 (18-48)	
Ortalama		
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lisans	402	78.2
Ön lisans	112	21.8
<b>Toplam=</b>	514	100.0
<b>Yaşadığı bölge</b>		
İl	348	67.7
İlçe	126	24.5
Köy	40	7.8
<b>Toplam=</b>	514	100.0
<b>Aile Yapısı</b>		
Çekirdek aile	397	77.2
Geniş aile	117	22.8
<b>Toplam=</b>	514	100.0
<b>Ekonomik Durumu</b>		
Orta gelir	379	73.7
Yüksek gelir	108	21
Düşük gelir	27	5.3
<b>Toplam=</b>	514	100.0

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu kadınlardan oluşmakta ve katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında çoğunluk olarak lisans mezunu olduğu, yaşadıkları bölgenin il, aile yapılarının çekirdek aile ve ekonomik durumları olarak orta gelirli aileler oldukları Tablo 1’de görülmektedir.

**Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kan Bağışı ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı (N=514)**

<b>Kan yolu ile bulaşan hastalıklar nelerdir? *</b>		
AIDS	408	43.1
Hepatit B,C	341	36.1
Sıtma	73	7.7
Hemofili	61	6.4
Enfeksiyon	31	3.3
CMV	16	1.7
Diğer	16	1.7
<b>Toplam=</b>	<b>946</b>	<b>100.0</b>
<b>Kan bağışına kimler ihtiyaç duyar? *</b>		
Ameliyat hastası	359	32.0
Trafik kazası	310	27.6
Kan hastalığı olanlar	215	19.2
Diyaliz hastası	93	8.3
Hepsi	68	6.1
Doğum yapanlar	57	5.1
Diğer	20	1.8
<b>Toplam=</b>	<b>1122</b>	<b>100.0</b>
<b>Kan bağışının faydaları *</b>		
Kan hücreleri yenilenir	382	40.8
Vücut direnci artar	212	22.6
Baş ağrısı azalır	106	11.3
Kalp krizi riski azalır	72	7.7
Bulaşıcı hasta kontrolü	57	6.1
Kİ yağlanması önlenir	55	5.9
Fikrim yok	39	4.2
Faydası yok	13	1.4
<b>Toplam=</b>	<b>936</b>	<b>100.0</b>
<b>Kan bağışının yan etkileri *</b>		
Halsizlik	300	39.3
Tansiyon düşer	223	29.2
Fikrim yok	100	13.1
İştah açar	63	8.2
Kilo artar	45	5.9
Kilo kaybı	33	4.3
<b>Toplam=</b>	<b>764</b>	<b>100.0</b>
<b>Kan bağışı yerleri *</b>		
Kızılay	478	35.0
Hastane	379	27.8
Mobil kan	274	20.1
Toplum sağlığı	221	16.2
Diğer	13	0.1
<b>Toplam=</b>	<b>1365</b>	<b>100.0</b>
<b>1 ünite kandan kaç kişi yararlanır?</b>		
1 kişi	260	50.6
2 kişi	118	23
3 kişi	92	17.8
4 kişi ve üzeri	44	8.6
<b>Toplam=</b>	<b>514</b>	<b>100.0</b>
<b>Kimler kan bağışında bulunamaz? *</b>		
Bulaşıcı hastalığı olanlar	376	28.7
Kanser hastaları	315	24
Anemi hastaları	207	15.8
Diyabet hastaları	162	12.3
Epilepsi	117	8.9
Hepsi	77	5.9
Kronik bronşit	43	3.3
Diğer	15	1.1
<b>Toplam=</b>	<b>1312</b>	<b>100.0</b>

\*Denekler birden fazla cevap vermişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin birden fazla cevap verdikleri göz önüne alınarak, “Kan yolu ile bulaşan hastalıklar nelerdir” sorusuna en fazla AIDS ve en az CMV şeklinde cevaplar verdikleri görülmüştür. “Kan bağışına kimler ihtiyaç duyar” sorusuna en fazla ameliyat hastası ve trafik kazası geçiren kişiler ve en az doğum yapanlar cevapları verilirken “Kan bağışının faydaları nelerdir” sorusuna en fazla kan hücreleri yenilenir en az faydası yok cevapları verildiği görülmüştür. Öğrenciler “Kan bağışının yan



etkileri nelerdir” sorusuna en fazla halsizlik yanıtı verirken en az kilo kaybı cevapları verdikleri görülmüştür. Araştırmaya katılan öğrenciler “Kan bağış yeri” sorusuna en fazla Kızılay cevabını verirken en az diğeri olarak cevaplamışlardır. Ayrıca “1 ünite kandan kaç kişi yararlanır” sorusuna en fazla 1 kişi en az 4 kişi ve üzeri cevabını vermişler ve “Kimler kan bağışında bulunamaz” sorusuna en fazla bulaşıcı hastalığı olanlar cevabını verirken en az diğeri olarak cevapladıkları Tablo 2’de belirtilmiştir.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kan Bağış Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı (N=514)**

<b>Kan bağış hakkında görüşler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kan bağış size ne ifade etmektedir? *</b>		
Yardımlaşmak	250	22.7
Toplumsal sorumluluk	236	21.5
Onurlu davranış	233	21.2
Manevi tatmin	205	18.7
Vatandaşlık görevi	162	14.7
Hiçbir şey ifade etmez	13	1.2
<b>Toplam=</b>	<b>1099</b>	<b>100.0</b>
<b>Kana ihtiyaç duyulduğunda nasıl temin ediyorsunuz? *</b>		
Hastaneden	274	31.4
Kızılay’dan	272	31.1
Gönüllü kan bağış ile	219	25.1
Bağışlanan kana karşılık	85	9.7
Satın alarak	24	2.7
<b>Toplam=</b>	<b>874</b>	<b>100.0</b>
<b>Kana ihtiyaç duyulduğunda nerelerden temin edilmesini istersiniz? *</b>		
Ailem ve yakınlarımdan	312	29.2
Kızılay’dan	281	26.3
Hastanelerden	261	24.5
Gönüllü vatandaşlardan	190	17.8
Fikrim yok	23	2.2
<b>Toplam=</b>	<b>1067</b>	<b>100.0</b>
<b>Kana ihtiyaç duyulduğunda neden kan bulamıyoruz? *</b>		
Yetersiz kan bağış	424	63,6
Hastane taleplerine öncelik verilmesi	111	16.7
Ücret talebi	82	12.3
Fikrim yok	41	6.1
Diğeri	9	1.3
<b>Toplam=</b>	<b>667</b>	<b>100.0</b>

\*Denekler birden fazla cevap vermişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin birden fazla cevap verdikleri göz önüne alınarak, “Kan bağış size ne ifade etmektedir” sorusuna en fazla yardımlaşmak ve en az hiçbir şey ifade etmez şeklinde cevaplar verdikleri gözlemlenmiştir. “Kana ihtiyaç duyulduğunda nasıl temin ediyorsunuz” sorusuna en fazla Kızılay ve hastane ve en az Satın alarak cevapları verilirken “Kana ihtiyaç duyulduğunda nerelerden temin edilmesini istersiniz” sorusuna en fazla ailem ve yakınlarımdan en az fikrim yok cevapları verildiği gözlemlenmiştir. Öğrenciler “Kana ihtiyaç duyulduğunda neden kan bulamıyoruz” sorusuna en fazla yetersiz kan bağış yanıtı verirken en az fikrim yok ve diğeri cevapları verdikleri Tablo 3’te belirtilmiştir.

**Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kan Bağışı Yapıp Yapmama Durumlarının Dağılımı. (N=514)**

Özellikler	Kan bağışı yapan		Kan bağışı yapmayan		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kişi sayısı</b>	<b>165</b>	<b>32.1</b>	<b>349</b>	<b>67.9</b>		
<b>Yaş</b>						
<b>Medyan (aralık)</b>	21	18-36	21	18-48	14.461	<b>0.001</b>
19-25	139	84.3	311	89		
26-35	21	12.7	16	4.6		
<18	3	1.8	18	5.2		
36<	2	1.2	4	1.2		
<b>Yaşadığı bölge</b>						
İl	113	68.4	235	67.5	0.218	0.897
İlçe	39	23.7	87	25		
Köy	13	7.9	27	7.5		
<b>Aile Yapısı</b>						
Çekirdek aile	119	72.1	278	79.7	2.950	<b>0.086</b>
Geniş aile	46	27.9	71	20.3		
<b>Ekonomik Durumu</b>						
Orta gelir	111	67.2	268	76.8	6.368	<b>0.041</b>
Yüksek gelir	41	24.9	67	19.2		
Düşük gelir	13	7.9	14	4		

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre kan bağışı yapıp yapmama durumlarına bakıldığında yaş aralığı, aile yapısı ve ekonomik durumunun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu Tablo 4'te görülmektedir.

**Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kan Bağışı İle İlgili Bilgilerine Göre Kan Bağışı Yapıp Yapmama Durumlarının Dağılımı (N=514)**

Kan bağışı ile ilgili bilgilerin dağılımı	Kan Bağışı Yapan		Kan Bağışı Yapmayan		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kan yolu ile bulaşan hastalıklar nelerdir? *</b>						
AIDS	133	45.1	272	42.6	6.334	0.912
Hepatit B,C	104	35.3	231	36.2		
Hemofili	24	8.1	37	5.8		
Sıtma	19	6.4	54	8.5		
Enfeksiyon	9	3.1	19	3.0		
CMV	4	1.4	11	1.7		
Diğer	2	0.6	14	2.2		
<b>Kan bağışının faydaları? *</b>						
Kan hücre yenilenir	130	43.6	249	39.9	8.603	0.732
Vücut direnci artar	71	23.8	138	22.1		
Baş ağrısı vs. azalır	33	11.1	71	11.4		
Kalp krizi riski azalır	23	7.7	49	7.9		
Bulaşıcı hast. Kontrolü	19	6.4	36	5.8		
Kemik iliği yağlanması	14	4.7	39	6.3		
Fikrim yok	5	1.7	33	5.3		
Faydası yok	3	1	9	1.4		
<b>Kan bağışının yan etkileri *</b>						
Halsizlik	90	37.7	209	40.2	2.192	0.674
Tansiyon düşer	63	26.4	159	30.6		
İştah açar	26	10.9	37	7.1		
Fikrim yok	26	10.9	72	13.8		
Kilo artar	23	9.6	22	4.2		
Kilo kaybı	11	4.6	21	4.0		
<b>Kan bağışı yerleri *</b>						
Kızılay	150	34.2	325	35.4	2.248	0.583
Hastane	119	27.2	258	28.1		
Mobil kan	88	20.1	184	20.0		
Toplum sağlığı	75	17.1	145	15.8		
Diğer	6	1.4	6	0.7		
<b>Kan yerini tutacak kaynak *</b>						
Fikrim yok	98	59.4	188	53.9	1.671	0.434
Hayır	45	27.3	113	32.3		
Evet	22	13.3	48	13.8		
<b>1 ünite kandan kaç kişi yararlanır?</b>						
1 kişi	84	50.9	176	50.4	1.248	0.741
2 kişi	38	23.1	80	22.9		
3 kişi	27	16.3	65	18.6		
4 kişi ve üzeri	16	9.7	28	8.1		
<b>Kan bağışında bulunamama nedenleri? *</b>						
Bulaşıcı hasta. olanlar	118	29.4	256	28.4	7.181	0.822
Kanser hastaları	97	24.1	113	12.6		
Anemi hastaları	50	12.4	28	3.1		
Diyabet hastaları	48	11.9	74	8.2		
Epilepsi hastaları	42	10.4	155	17.2		
Hepsi	28	7.0	216	24.0		
Kronik bron.hastaları	14	3.5	10	1.1		
Diğer	5	1.2	48	5.3		

\*Denekler birden fazla cevap vermişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kan bağıışı ile ilgili bilgilerine göre kan bağıışı yapıp yapmama durumlarına bakıldığında, “Kan yolu ile bulaşan hastalıklar nelerdir” sorusuna kan bağıışı yapan öğrenciler ile kan bağıışında bulunmayan öğrenciler en fazla AIDS ve en az CMV şeklinde cevaplar verdikleri gözlemlenmiştir. “Kan bağıışının faydaları nelerdir” sorusuna kan bağıışı yapan öğrenciler ile kan bağıışında bulunmayan öğrenciler en fazla kan hücreleri yenilenir ve en az faydası yok cevaplarını verirken “Kan bağıışının yan etkileri nelerdir” sorusuna en fazla halsizlik ve en az kilo kaybı cevapları verildiği gözlemlenmiştir. Kan bağıışında bulunan öğrenciler ile kan bağıışında bulunmayan öğrencilere “Kan bağıış yerleri” sorulduğunda en fazla Kızılay yanıtı verilirken en az diğer cevapları verdikleri görülmüştür. Araştırmaya katılan öğrenciler “Kan yerini tutacak kaynak” sorusuna en fazla fikrim yok cevapları verirken en az evet olarak cevaplamışlardır. Ayrıca “1 ünite kandan kaç kişi yararlanır” sorusuna kan bağıışında bulunan ve bulunmayan öğrenciler en fazla 1 kişi en az 4 kişi ve üzeri cevapları vermişler ve “Kan bağıışında bulunmama nedenleri” sorusuna kan bağıışında bulunan öğrenciler en fazla bulaşıcı hastalığı olanlar cevapları verirken kan bağıışında bulunmayan öğrenciler en az kronik bronşit hastaları olarak cevapladıkları Tablo 5’te belirtilmiştir.

**Tablo 6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kan Bağışı Hakkındaki Görüşleri ile Kan Bağışı Yapıp Yapmama Durumlarının Dağılımı (N=514)**

Kan bağışı hakkında görüşler	Kan Bağışı Yapan		Kan Bağışı Yapmayan		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kan bağışı size ne ifade etmektedir? *</b>						
Onurlu davranış	84	21.6	147	21.0	13.328	<b>0.013</b>
Toplumsal sorumluluk	84	21.6	151	21.6		
Yardımlaşmak	82	21.1	166	23.7		
Manevi tatmin	74	19.0	129	18.5		
Vatandaşlık görevi	62	15.9	97	13.9		
Hiçbir şey ifade etmez	3	0.8	9	1.3		
<b>Kana ihtiyaç duyulduğunda nasıl temin ediyorsunuz? *</b>						
Kızılay	81	29.1	190	32.3	4.254	0.280
Hastane	81	29.1	191	32.4		
Gönüllü	74	26.6	142	24.1		
Bağışlanan kana karşı	34	12.2	51	8.7		
Satın alma	8	2.9	15	2.5		
<b>Kana ihtiyaç duyulduğunda nerelerden temin edilmesini istersiniz?*</b>						
Ailem	96	28.2	214	29.8	25.067	<b>0.049</b>
Kızılay	89	26.1	189	26.4		
Hastane	76	22.4	183	25.5		
Gönüllü	73	21.5	114	15.9		
Fikrim yok	6	1.8	17	2.4		
<b>Kana ihtiyaç duyulduğunda neden kan bulamıyoruz? *</b>						
Yetersiz kan bağışı	136	61	284	65.1	6.786	0.226
Hastane talepleri	39	17.5	71	16.3		
Ücret	35	15.7	45	10.3		
Fikrim yok	9	4.0	31	7.1		
Diğer	4	1.8	5	1.1		
<b>Kan bağışını artırmak için neler yapılmalıdır? *</b>						
Eğitim	100	34.2	239	39.0	7.277	0.452
Ulaşılabilir mekân	70	24.0	146	23.8		
Ücret	46	15.8	54	8.8		
Personel ilgi ve bilgisi	42	14.4	123	20.1		
Promosyon	21	7.2	26	4.2		
Hepsi	13	4.5	25	4.1		

\*Denekler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kan bağışı hakkındaki görüşleri ile kan bağışı yapıp yapmama durumlarına bakıldığında, “Kan bağışı size ne ifade etmektedir” ve “Kana ihtiyaç duyulduğunda nerelerden temin edilmesini istersiniz” soruları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca öğrencilere “Kana ihtiyaç duyulduğunda nasıl temin ediyorsunuz” sorulduğunda kan bağışı yapan öğrenciler ile kan bağışında bulunmayan öğrenciler en fazla Kızılay ve hastane ve en az Satın alma şeklinde cevaplar verdikleri gözlemlendi. “Kana ihtiyaç duyulduğunda neden kan bulamıyoruz ” sorusuna kan bağışı yapan öğrenciler ile kan bağışında bulunmayan öğrenciler en fazla yetersiz kan bağışı ve en az diğer cevaplarını

verirken “Kan bağışını artırmak için neler yapılmalıdır” sorusuna kan bağışında bulunan ve bulunmayan öğrencilerin çoğunluğunun eğitim cevaplarını verdiği Tablo 6’da gözlemlenmiştir.

## TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo demografik özellikleri incelendiğinde yaş aralığının 19-25 yaş grubu arasında olduğu görülmektedir. Yaş grubu ile kan bağışında bulunma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kan bağışı ve kan bağışının gerçekleşmesi konusunda bu yaş aralığı oldukça önemli sayılmaktadır.

Çalışmada Araştırmaya katılan öğrencilerin kan bağışı ile ilgili bilgilerinin ölçülmesinde, “kan bağışına kimler ihtiyaç duyar”, sorusuna öğrencilerin en fazla ameliyat hastaları, trafik kazası geçiren hastalar, diyaliz hastaları, kan hastalığı olanlar, doğum yapanlar şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. Yapılan benzer bir çalışmada Umakant G Shidam (2015) ve arkadaşları tarafından Hindistan’da gerçekleştirilmiş ve Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun 18-30 yaş aralığındaki kişilerden oluştuğu belirtilmiştir. Toplam katılımcıların yüzde sekseni kan bağışına kimler ihtiyaç duyar sorusuna sadece trafik kazası geçiren hastalar olarak yanıt verdikleri görülmüştür<sup>9</sup>. Gerçekleştirmiş olduğumuz çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun kan bağışına kimlerin ihtiyaç duyabileceği konusunda bilgili oldukları ayrıca sadece trafik kazası geçiren hastaların kan bağışına ihtiyaçları olmadıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kan bağışı hakkındaki görüşleri ile kan bağışı yapıp yapmama durumları karşılaştırıldığında, kan bağışında bulunan öğrencilerin büyük çoğunluğu, “kan bağışı size ne ifade etmektedir”, sorusuna onurlu davranış, toplumsal sorumluluk ve yardımlaşma olarak cevap verdikleri görülmüştür. Benzer bir çalışmada Guidi (2015) ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş ve çalışmanın 237 İtalyan donöründen oluştuğu görülmektedir. Çalışmada kan bağışında bulunmanın donörler için ne ifade ettiğini belirten motivasyon soruları yer almakta ve kişilerin kan bağışında bulunması için gerekli motivasyon girişimlerinin neler olduğu konusunda oluşturulan çalışmalar anlatılmaktadır. Bu sorulardan bilgi motivasyonu olarak belirtilen “yardım” kavramının öğrenilmesinin kan bağışı ile gerçekleştiği belirtilmiş ve değer motivasyonu olarak belirtilen kişisel değerlerin oluşmasında da onurlu bir davranış haline gelmesine katkı sağladığı belirtilmiştir<sup>10</sup>.

Çalışmada Araştırmaya katılan öğrencilerin kan bağışı hakkındaki görüşleri ile kan bağışı yapıp yapmama durumlarına bakıldığında öğrencilerin “kana ihtiyaç duyulduğunda kanın nerelerden temin edilmesini istersiniz” sorusuna kan bağışında bulunan öğrencilerin büyük çoğunluğu “Kızılay” ve “ailem” yanıtlarını verdikleri gözlenmiştir. Araştırmamıza benzer bir çalışmada Kıyak ve Şihbaraklıoğlu tarafından Kayseri ilinde gerçekleştirilmiş olup toplumun kan bağışına karşı tutum ve davranışları adlı Çalışmalarında, Araştırmaya katılan bireylerin kan ihtiyacını karşılama ile kurum tercihi arasındaki ilişkileri karşılaştırıldığında kan bağışında bulunan bireylerin çoğunluğunun “Kızılay” ve “akraba” yanıtlarını verdikleri tespit edilmiştir<sup>11</sup>.

Çalışmada Araştırmaya katılan öğrencilerin kan bağışı hakkındaki görüşleri ile kan bağışı yapıp yapmama durumları incelendiğinde, kan bağışında bulunan öğrencilerin çoğunluğu “kan bağışının artırılabilmesi için neler yapılmalı” sorusuna “eğitim” yanıtını verdikleri gözlenmiştir. Araştırmamıza benzer bir çalışmada Snezana Jovanovic Srzentic ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş olup bu çalışma daha çok eğitimin uygulanması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma Belgrat Üniversitesinin öğrencilerini kapsamakta ve amaç kan bağışının artırılabilmesi için öğrenci popülasyonunun da gönüllü kan bağışı promosyon programını geliştirmektir. Promosyon programının amacı, kan bağışı konusunda gönüllü olan kişileri eğiterek, eğitilen öğrencilerin de başka öğrenci gruplarını eğitmelerini sağlayarak halkayı genişletmektir. Bu programla birlikte 2001 yılından itibaren Sırbistan Kan Transfüzyon Enstitüsü kan bağışı promosyon programını geliştirerek Belgrat Üniversitesi fakültelerinde gönüllü eğitim başlatmıştır. Kan bağışı konusunda gönüllülerin eğitimini sağlayarak yıl yıl istatistiksel olarak veriler incelenmiş ve eğitimler sayesinde kan bağışında artış olduğu gözlemlenmiş ve kan bağışıcılarının caydırıcı deneyimlerinin aza indirildiği görülmüştür<sup>12</sup>.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hem gönüllülük adına hem de kan bağışının gerçekleşmesi adına 18-25 yaş aralığı önemli olduğu için yapılacak tüm çalışmaların bu yaş odaklı olması önerilmektedir.

Kan bağıışı yalnızca insan tarafından gerçekleştirilen ve üretilmeyen bir tedavi aracı olduğundan kanın gönüllülük esasına dayalı olarak temin edilmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda gönüllülük ve gönüllü kan bağıışı kavramlarının üniversite öğrencilerine anlatılması önerilmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilere kan bağışının sadece kazalarda ya da ameliyatlarda ihtiyaç duyulmadığını kan bağışının düzenli ve gönüllü olarak bağışlanması gerektiğini belirterek gönüllü kan bağışının artırılması önerilmektedir.

Gerçekleştirilen çalışma ve Karşılaştırmalarda kan bağışlamanın ifade ettiği kavramlar “yardımlaşma” ve “onursal davranış” üzerine yoğunlaştığından kan bağışının artırılabilmesi için bu iki kavram üzerine odaklanarak çalışmaların yapılması ve uygulamaya konulması önerilmektedir.

Gerçekleştirilen çalışma ve Karşılaştırmalarda Araştırmaya katılan öğrencilerin kan ihtiyacını karşılama ve kurum tercihi arasındaki ilişkilerine göre sonuçlar “Kızılay” ve “akraba” cevapları üzerine yoğunlaştığından, kan bağışının artırılabilmesi ve etkili bir çalışmanın olabilmesi için istatistiksel sonuçlar değerlendirilerek öğrencilerin aileleri ile iletişime geçilmeli, kan bağıışı konusunda aileler bilgilendirilmeli ve düzenli bağıışçı olmaları konusunda çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kan bağışının artırılabilmesi için Belgrat Üniversitesinin uygulamış olduğu eğitim sisteminin Türkiye’de uygulamaya konularak bu konu üzerinde çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Sonuç olarak; Avrasya Üniversitesi öğrencilerinin çoğunluğunun kan bağıışlama konusundaki tutum ve davranışları olumlu olmakla birlikte, gönüllülük, gönüllü kan bağıışı ve kanın önemi hakkındaki bilgi eksiklikleri kan bağıışlama oranlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle gönüllü kan bağıışının artırılabilmesi için kan, kan bağıışı ve gönüllülük hakkında eğitim verilmesi gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu doğrultuda gönüllü kan bağıışçıları tespit edilerek eğitilebilir ve eğitilen bu gönüllülerinde başka gönüllülere ulaşarak eğitim halkasını genişletmesi ile aktif kan bağıışçıları sayısı artırılabilir.

## KAYNAKLAR

- 1-Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü Faaliyet Kitabı (2014). Türk Kızılay’ı No.1,Etimesgut Ankara;2-102
- 2-Turhan Sultan (2015). An Android Application for Volunteer Blood Donors, Galatasaray Üniversitesi, İstanbul
- 3- Özbeşer E, Bayrak S, Bozdoğan B, Genç A ve Koca E (2013). Kan Bağıışı Üzerine Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçümü Anket Çalışması, 1-15.
- 4-Türk Kızılay’ı sitesi.(2015) <http://www.kanver.org>. [16.04.2016]
5. Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü Faaliyet Kitabı (2014). Türk Kızılay’ı No.1,Etimesgut Ankara;2-102
- 6- Cantürka E, Ceylanb S, Akgünc U.Y, Kululard A.Y, Kurtuluşe Y, Alnawajhaf A, Şengeleng M, Aslanh D. “Gönüllülük” kan merkezlerine başvuruda fark yaratır mı? Ankara’da seçilmiş kan merkezleri başvuruları üzerinden bir değerlendirme, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, Cilt 11.Sayı 2. Oca 2013;86 – 95
- 7- Güngör F, Çölgeçen Y. STK’larda Gönüllü Yönetimi ve Motivasyonun Performansa Etkisi, Akademik İncelemeler Dergisi, Cilt 8. Sayı 3. 2013;163-187
- 8- Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü Faaliyet Kitabı (2014). Türk Kızılay’ı No.1,Etimesgut Ankara;2-102
- 9-Umukant G Shidam, Lakshminarayanan S, Gautam R.(2015) Knowledge and Attitude Regarding Blood Donotoin in Rural Puducherry , India , Community Med 6(1), 64-68.
- 10-Guidi P, Alfieri S, Marta E and Saturni V.(2015) New Donars, Loyal Donars and Regular Donars, Which motivations Sustain Blood Donation, Transfusion and Apheresis Science, 339-344.
- 11- Kıyak M. Şihbaraklıoğlu (2014). Kayseri ilinde Toplumun Kan Bağıışına Karşı Tutum ve Davranışları, Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 12-Snezna S, Rodic I ve Knezevicm (2015), The Development of The Program of Voluntary Blood Donation Promotion in Students Population of the University of Belgrade, Vojnosanit Pregl, 72(69,489-494).

## THE DIAGNOSIS COSTS AND THE FACTORS AFFECTING THE DIAGNOSIS COSTS: A RESEARCH IN A FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINIC

### TEŞHİS MALİYETİ VE TEŞHİS MALİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNDE BİR ARAŞTIRMA

Safiye Sahin<sup>1</sup>  
Fevzi Esen<sup>2</sup>  
Güzin Zeren Öztürk<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

**Research Problem:** Early diagnosis of diseases in health services is very important for individuals, society and country economy. Early diagnosis affects both the patient's quality of life and the cost of treatment. However, it is known that every procedure applied on the behalf of early diagnosis increases the health costs and puts a significant burden on the country's economy.

**Aim of the Study:** The aim of this study was to determine the direct diagnosis costs for disease groups. In addition, another aim of this study was to estimate the direct diagnose costs for the next years and to examine other variables (such as gender, age, seasons) that affect the direct diagnose costs.

**Methods:** The population of this study consisted of 122.431 patients who applied to Family Medicine Outpatient Clinic of SBU Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital between 01.01.2016 - 15.08.2018. After removing missing, noisy and inconsistent data records, a total of 29.025 patient data including the patient's symptoms and direct diagnosis costs were included in our study. Our study is single-centered, cross-sectional, retrospective, descriptive and analytical. In addition, naive bayes and decision trees were used in the classification of diseases and the prediction of diagnosis costs by using variables which have explanatory feature and affect the cost of diagnosis. The dataset is splitted into training and test sets, with a 75-25 ratio.

**Findings and Conclusion:** When the direct diagnosis cost was examined for three years, the total cost was 1,509,761 TL and the average cost (cost per person) was 52 TL. While the total costs were 731,829 TL, 429,454 TL and 348,476 TL, the average costs were 53.9 TL (17.8 \$), 48.7 TL (13.3 \$) and 52.6 TL (10.9 \$) in 2016, 2017 and 2018, respectively. The diseases have been classified by ICD-10 diagnostic groups and it was determined that the highest average cost belonged to the group of endocrine, nutritional and metabolic diseases with 63 TL and the lowest average cost was 33 TL with genitourinary diseases group. It was found that the direct diagnosis costs were significantly different by season, year, age, and gender ( $p < 0.05$ ). It was concluded that the highest accurate classification success is achieved by using decision trees. It was also shown that decision trees is an effective method for estimating diagnosis costs.

Note: 2016 USD average of selling rate = 3.02 TL; 2017 USD average of selling rate = 3.65 TL; 2018 USD average of selling rate = 4,82 TL

**Key Words:** diagnostic groups, diagnose, diagnosis cost

**Presentation Language:** Turkish

[1] İstanbul Medeniyet University/Faculty of Health Sciences/Health Care Management/Turkey  
safiye01@gmail.com, safiye.sahin@medeniyet.edu.tr

[2] İstanbul Medeniyet University/ Faculty of Tourism/ Turkey

[3] SBU Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital / Turkey



## GİRİŞ

Günümüzde gittikçe ağırlaşan rekabet ve maliyet koşulları içinde faaliyet gösteren Sağlık işletmeleri açısından, kaynakların daha etkin Kullanımı zorunluluğu, verimlilik kavramının önemini hem dünyada hem de Türkiye’de artıran en önemli faktör olmuştur (Çakmak, Öktem ve Ömürgönülşen, 2009). Sağlık sektöründe bu durum Sağlık hizmetlerinin kendine has doğası nedeniyle daha büyük tartışmalar ve çıkmazlar ile sonuçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde verimlilik tartışmalarına yönelik iki farklı bakış açısı bulunmaktadır (Çakmak, Öktem ve Ömürgönülşen, 2009; Tatar, 2007). Birincisi Sağlık hizmetlerinin toplumsal faydasını göz önünde bulunduran ve verimlilik kaygısı olmaksızın hizmet verilmesi gerektiğini savunan görüştür. İkincisi ise, Sağlık kuruluşlarını kar amacı güden işletmeler olarak ele alan ve verimlilik kaygısı ile hizmet verilmesini savunan görüştür. Her iki görüş de hekimler üzerinde baskı unsuru oluşturmaktadır.

Hastanelerde etkin ve verimli bir yönetimin sağlanabilmesi için maliyetlerin kontrol altında tutulması ve maliyet bilgilerinin belirlenmesi çok önemlidir (Aktaş, 2013). Şahin’e (2004) göre sürekli artan hastane maliyetleri Sağlık sektöründeki problemlerin önemli nedenlerinden birisidir ve bu maliyetleri oluşturan teşhis ve tedavi gibi işlemlerin çoğu doktorlar tarafından belirlenmektedir. Gibson ve arkadaşları (1980) ile Wilensky ve Rossiter’e göre (1983) hekimlerin ücretleri Sağlık hizmetleri maliyetlerinin sadece %20’sini oluşturmasına rağmen, tıbbi bakım harcamalarının yaklaşık %80’i hekimler tarafından yazılan veya istenen hizmetlerden oluşmaktadır (Aktaran: Şahin, 2004, s. 205). Sağlık kuruluşuna başvuran bir hastanın hastalığının teşhisinde ya da tedavisinin planlanmasında hangi testlerin gerekli olduğuna, ihtiyaç duyulan teşhis işlemlerinin ne olduğuna hekimler karar vermekte ve Sağlık hizmeti talebinin neredeyse tamamına hekimler tarafından yön verilmektedir (Şahin, 2004).

Sağlık hizmetlerinde hastalıkların erken teşhis edilmesi bireyler, toplum ve ülke ekonomisi açısından çok önemlidir. Erken teşhis hem hastanın yaşam kalitesini etkilemekte hem de tedavi maliyetlerini azaltmaktadır. Ancak erken teşhis adına uygulanan her işlemin Sağlık hizmetlerindeki maliyetleri artırdığı ve ülke ekonomisine önemli bir yük getirdiği bilinmektedir. Teşhis aşamasında tetkik işlemlerine karar verirken hekimler, verimlilik kaybı ya da hastanın sağlığını riske atmak arasında önemli bir ikilemede kalmaktadırlar. Bu nedenle Sağlık hizmetlerinde teşhis maliyetlerinin belirlenmesi amacıyla maliyet analizleri yapılması önem arz etmektedir.

Türkiye’deki Sağlık kuruluşlarında maliyet analizine yönelik bazı çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu çalışmalarda daha çok yatak başına maliyet, muayene başına maliyet, ameliyat başına maliyet, doğum başına maliyet, yatılan gün başına maliyet, hasta yatağı başına maliyet gibi birim maliyetlerin hesaplandığı görülmektedir (Aslan ve Top, 2016; Hacıevliyagil, Mutlu, Gülbaş ve Yetkin, 2016; Hosgor, 2017; İçağasioğlu vd., 2015; Özkan ve Ağırbaş, 2015; Aygencel ve Türkoğlu, 2014). Bu Çalışmada bir eğitim ve Araştırma hastanesinin aile hekimliği polikliniğindeki hastalık gruplarına ait teşhis işlemlerinin direkt maliyetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Türkiye’de teşhis amacıyla yapılan işlemler Sağlık Uygulama Tebliği’ne göre Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri üzerinden hastaların hizmet ve malzeme giderlerinden oluşan maliyete göre fatura edilmektedir (Aslan ve Top, 2016). Hastalık gruplarına ait teşhis işlemlerinin direkt maliyetlerinin belirlenmesinde yalnızca hekim tarafından istenen tetkiklere ait maliyetler dâhil edilmiş, direkt işçilik ve genel yönetim giderleri dâhil edilmemiştir. Ayrıca, gelecek yıllara ilişkin teşhis maliyetlerinin tahmin edilmesi ve teşhis maliyetlerini etkileyen diğer değişkenlerin (cinsiyet, yaş, mevsimler gibi) incelenmesi bu Çalışmanın diğer bir amacıdır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Çalışmada, Araştırma evrenini 01.01.2016-15.08.2018 tarihleri arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 122.431 hasta oluşturmaktadır. Veri setinde hastalara ilişkin yaş, başvuru tarihi, teşhis edilen hastalık ve teşhis maliyetleri değişkenleri bulunmakta olup, eksik, gürültülü ve tutarsız veriler temizlenerek, hekimin sorgulama sonrasında hastasının semptomlarını ve teşhis maliyetlerini de içeren toplam 29.025 hasta verisi Çalışmamıza dâhil edilmiştir. İlgili veri seti elde edilirken gerekli yasal izinler alınmış olup,

hastaları tanımlayıcı özel bilgiler veri setinden çıkartılmıştır. Örneklemin sınıf aralığından hareketle yaş sınıflandırması ise eşit aralıklara bölünerek gruplandırılmıştır. Örnekleme ait tanımlayıcı veriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1: Örnekleme Ait Tanımlayıcı Veriler**

Değişkenler		N	%
Yaş	0-20 yaş	1085	4
	21-40	8980	31
	41-60	7772	27
	61-80	6614	23
	81 ve üstü	4574	16
	<b>Toplam</b>	<b>29025</b>	<b>100</b>
Cinsiyet	Erkek	11259	39
	Kadın	17766	61
	<b>Toplam</b>	<b>29025</b>	<b>100</b>
Yıllar	2016	13578	47
	2017	8818	30
	2018	6629	23
	<b>Toplam</b>	<b>29025</b>	<b>100</b>
Mevsimler	Kış	6983	24
	İlkbahar	9625	33
	Yaz	7712	27
	Sonbahar	4705	16
	<b>Toplam</b>	<b>29025</b>	<b>100</b>

### Verilerin analizi

Çalışmamız tek merkezli, kesitsel, retrospektif, tanımlayıcı ve analitik nitelikte olup; değişkenlere ilişkin tanımsal istatistik ölçütleri tablolar halinde gösterilmiştir. Yıllara göre kişi başı ortalama teşhis maliyetleri, her bir yıla ilişkin toplam teşhis maliyeti söz konusu yıla ilişkin hasta sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Hastalık teşhisleri ve teşhis maliyetleri mevsimlere göre gruplandırılmış olup, hastalıkların sınıflandırılmasında söz konusu toplulaştırılmış verilerden yararlanılmıştır. Teşhis edilen hastalık değişkeni, uluslararası hastalık sınıflamasına uygun şekilde 12 farklı hastalık grubunda toplulaştırılarak kodlanmıştır. Ayrıca, hastalık sınıflarına ilişkin maliyetler hesaplanarak, en yüksek teşhis maliyetine sahip hastalık grupları belirlenmiştir. Hastalık gruplarına ilişkin ortalama teşhis maliyetlerinin yaş grubu, cinsiyet ve mevsimlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının tespitinde, parametrik testlerden olan bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Hangi grupların ortalama maliyetler Açısından birbirinden farklılaştığının tespit edilebilmesi için Post-Hoc analizinden faydalanılmıştır. Grup karşılaştırmalarında Tukey HSD ve Tamhane’s T2 tesleri kullanılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 22.0 paket programıyla gerçekleştirilmiştir.

Sonuçları bilinen veriler aracılığıyla, sonuçları bilinmeyen başka veri kümelerinin sonuç değerlerinin tahminlenmesinde kullanılan sınıflandırma analizinde, verinin tanımlanan sınıflara dağıtılması veya sınıflara ayrılması gerçekleştirilmektedir. Çalışmamızda, hastalık gruplarını açıklayıcı özelliği olan ve teşhis maliyetini etkileyen değişkenler kullanılarak, hastalıkların sınıflandırılması ve maliyet tahminlenmesinde naive bayes ve karar ağaçları kullanılmış olup, her iki tekniğin performansları Karşılaştırılmıştır.

Sayısal ve kategorik veriler için kullanılabilir olması, yorumlama basitliği, çok çıktılı problemler için uygun olması sebebiyle Çalışmamızda gerçekleştirilen tahmin modeli için karar ağaçları kullanılmıştır. Araştırma modelinde, hastalık grupları Bağımlı değişken; yaş gurubu, cinsiyet, mevsim ve teşhis maliyetleri ise bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Karar ağacı çözümlemesinde, Bağımsız değişkenlerin tüm varyasyonlarını modele ekleyerek en uygun sınıflandırmayı ortaya koyan ve veri setinde aykırı değerlerin olumsuz etkilerinin gözlemlenmediği, bağımlı değişken üzerinde etkisi olan Bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri tespit edebilen C4.5 algoritması kullanılmıştır. Naive bayes sınıflandırmasında ise, her bir hastalık sınıfına ilişkin kategorik ve sayısal nitelik değerleri belirlenmiş olup, her bir sınıf niteliğine sahip olma olasılıkları tespit edilerek, söz konusu olasılıklardan en yüksek değere sahip olan nitelik değeri, sınıf nitelik değeri olarak atanmaktadır. Teknikte, hastalık sınıflarına ilişkin tespit edilen değerleri alma olasılığına en fazla sahip olan sınıf değerleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda kullanılan her iki sınıflandırma tekniği için, veri setinin dağılım şeklinin belirlenmesi ve test edilerek doğruluk derecesinin değerlendirilebilmesi için Beliczynski vd. (2007) Çalışmasından hareketle, veri setinin %75'i eğitim verisi, %25'i ise test verisi olarak ayrılmıştır. İlk aşamada, eğitim için ayrılan veri seti içerisinde verilerin dağılım kuralları öğrenilmiş olup; ikinci aşamada ise öğrenilen model kullanılarak, herhangi bir sınıfın belli olmadığı test verilerinin hangi oranda doğru şekilde sınıflandırıldığı tespit edilmesi amaçlanmıştır. Teşhis maliyetlerinin tahminlenmesinde kullanılan her iki tekniğe ilişkin doğru sınıflandırma oranları Karşılaştırılarak, önerilerde bulunulmuştur.

## BULGULAR VE SONUÇ

Üç yıl boyunca elde edilen teşhis maliyetleri incelendiğinde toplam maliyet 1.509.761 TL, ortalama maliyet (kişi başına düşen maliyet) ise 52 TL olarak belirlenmiştir. 2016 yılına ait toplam maliyet 731.829 TL, ortalama maliyet 53,9 TL (17,8 \$), 2017 yılına ait toplam maliyet 429.454 TL, ortalama maliyet 48,7 TL (13,3 \$) ve 2018 yılına ait toplam maliyet 348.476 TL, ortalama maliyet 52,6 TL (10,9 \$) olarak saptanmıştır. ICD-10 teşhisle ilgili gruplara göre yapılan hastalık sınıflamasında üç yıllık verilerden en yüksek ortalama maliyetin 63 TL ile endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar grubuna ait olduğu, en düşük ortalama maliyetin ise 33 TL ile genitoüriner hastalıklar grubuna ait olduğu tespit edilmiştir. Teşhis maliyeti ortalamasının mevsimlere göre, yıllara göre, yaşa göre ve cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Not: 2016 Yılı USD Satış Ortalaması=3,02 TL; 2017 Yılı USD Satış Ortalaması=3,65 TL; 2018 Yılı USD Satış Ortalaması=4,82 TL

Hastalıkların sınıflandırılmasında en yüksek doğru sınıflandırılma başarısının karar ağaçları kullanılarak gerçekleştirildiği ve söz konusu tekniğin teşhis maliyetleri tahminlemesinde kullanılabilecek etkin bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## KAYNAKLAR

- Aktaş, R. (2013). Yeni Bir Maliyet ve Yönetim Muhasebesi Yöntemi Olarak Kaynak Tüketim Muhasebesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (58), 55-76.
- Aslan, H. ve Top, M. (2016). Hastanelerde Tedavi İşlem Maliyet Analizi: Lomber Diskektominin İşlem Maliyetleri, Fatura Bedelleri ve Teşhis İlişkili Gruplara Dayalı Maliyet Analizi Uygulaması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6 (2), 167-199.
- Aygençel, G. ve Türkoglu, M. (2014). Bir Dâhili Yoğun Bakım Ünitesindeki Terminal Dönem Hastaların Genel Özellikleri ve Maliyetleri/General Characteristics and Costs of Terminal-Stage Patients in a Medical Intensive Care Unit. *Dâhili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 5(1), 1.
- Beliczynski, B., Dzielinski, A., Iwanowski, M. & Ribeiro, B. (2007) Adaptive and Natural Computing Algorithms, Proceedings of the 8th International Conference, ICANNGA, Springer-Verlag: Berlin.
- Çakmak, M., Öktem, M. K., & Ömürgönülşen, U. (2009). Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği İle Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 1-36.
- Hacıevliyagil, S. S., Mutlu, L. C., Gülbaş, G., Yetkin, Ö., & Günen, H. (2006). Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması. *Toraks Dergisi*, 7(1), 11-16.
- Icagasioglu, A., Yumusakhuyulu, Y., Ketenci, A., Toraman, N. F., Karatas, G. K., Kuru, O., ... & Haliloglu, S. (2015). Burden of Chronic Low Back Pain in the Turkish Population/Kronik Bel Ağrısının Türk Toplumuna Maliyeti. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(1), 58-65.
- Özkan, O., & Ağırbaş, İ. (2015). Hastane Poliklinik Birim Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 705-714.
- Özsarı, H., Yanık, S., Vehid, S., Yenidikici, A. Ü., Hoşgör, H., & Boz, C. (2015). Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Klinik ve Poliklinik Maliyetlerinin Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği, *KBB Uygulamaları*, 3(2), 68-73.
- Şahin, B. (2004). Sağlık Kaynaklarının Kullanımında Değişkenlik Sorunu: Neden Yönetemiyoruz? Nasıl Yönetebiliriz?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 201-232.

## HOW DO THE NURSES PERCEIVE LEADERSHIP STYLES OF THEIR MANAGERS? A SURVEY STUDY IN PRIVATE SECTOR HOSPITALS

Sebahat ÖZDEMİR\*  
Arzu Kader HARMANCI SEREN\*\*

\*İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

\*\*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Öğretim Üyesi

### ABSTRACT

This study was planned as a descriptive study in order to determine perceived and expected leadership styles of manager nurses in the aspects of their sub-nurses and whether they perceived the leadership styles of their managers in line with their expectations. The study was conducted in two private hospitals which were located in Istanbul and Kocaeli and those had more than 100 beds in between October-November 2018. The aim was to reach out all 295 nurses who were working in hospitals and met the sampling inclusion criteria. However, data could be collected from 142 nurses to be analyzed. The questionnaire form to be used in data collection consists of two parts. In the first part, questions are asked to determine the socio-demographic and professional characteristics of the participants. In the second part, CEO Leadership Behavior Measurement Questionnaire was used. In this questionnaire, there were 22 statements about the leadership form that they perceive and expect from the manager nurses. The mean score of the Nurses' Expected Leadership Scale was  $96,80 \pm 10,69$ , and the average of the Perceived Leadership Scale score was  $88,80 \pm 17,93$ . When there was a statistically significant difference between the two measurements, it was determined that there was a very significant difference ( $p < 0.001$ ) between the measurements and the expected Leadership Scale scores of the nurses were higher than the Perceived Leadership Scale scores. It was found that the leadership that the participants expect from the executive nurses did not match the perceived leadership. It is seen that the working nurses expect different and positive leadership behaviors from the manager nurses. Leadership expectations from executive nurses can be said to be more than what they perceive.

**Keywords:** Leader, Leadership, Management, Executive, Nurse

### 1. GİRİŞ

Liderler içinde yaşadıkları toplumun iyi bir geleceğe sahip olmasını sağlamak için sorumluluk üstlenen kişilerdir. İnsanlığın ilk dönemlerinden itibaren verdiği sürekli ilerleme mücadelesinde liderliğin her daim var olduğu görülmektedir. Liderlik kavramının köklerinin esasında 1300'lü yıllara dayandığı ancak "Liderlik" kavramı olarak ilk defa 19. yüzyılın başlarında kullanıldığı bilinmektedir (1,2).

Günümüzde liderlik giderek daha da önemi artan bir kavram ve olgu haline gelmektedir. Hemen her sektörde hem iş hayatında hem de siyasette, çok önemli liderler varlıklarını sürdürmektedir. İş yaşamı söz konusu olduğunda içinde bulunduğumuz çağda, pazarda çok daha farklı ürünlerin, çok daha yüksek beklentili tüketicilere ulaştırılmaya çalışıldığı bir ortam söz konusudur. Tüketicinin veya müşterinin x ürününü değil de y ürününü almasını, tercih etmesini, o hizmete rağbet etmesini sağlamada geliştirilecek stratejiler, şirketler ve kurumlar arası rekabetin olağanüstü düzeyde artmış olduğu bugün her zamankinden daha da zenginleştirilmiş olmalıdır (1,2).

İşte liderlik biraz da böylesi rekabetçi iş ortamı nedeniyle iş hayatında önemini artırarak tartışılan ve üzerinde düşünülen bir kavram olarak dikkat çekmeye devam etmektedir. Küresel ölçekte artan rekabet neticesinde, hemen hemen her sektörde yarış kızışmakta ve üreticiler müşteriler için kendi ürünlerini daha farklı, daha özel, daha güzel kılmaya çabalamaktadır (1-3).

Söz konusu olan Sağlık sektörü olduğunda da durum pek değişmemektedir. Sağlık hizmetleri alanı II. Dünya savaşı sonrası Avrupa ülkelerinde daha çok kamu tarafından fonlanan bir hizmetken, bugün gelinen noktada bu durum değişmiştir. Sağlık sektörünün önemli bir pazar oluşturması sebebiyle daha nitelikli bir hizmet sunmanın önemi günden güne daha da artmaktadır. Artık Sağlık hizmetleri de büyük oranda piyasalaştırılmış olduğundan, bu sektörde de kurumlar arasında rekabet artmıştır (4). Özellikle hastaneler, hasta/Sağlıklı bireyler ve yakınları tarafından tercih edilen merkezler olmak için kıyasıya rekabet etmekte, en nitelikli en uygun fiyatlı Sağlık hizmetini sunmaya çabalamaktadır.

Bu amaçla kendilerini yenilemeleri gereken hastaneler, nitelikli bir hizmet verebilmek amacıyla, bünyelerinde görev alan her düzeydeki Sağlık hizmeti yöneticilerinin, yöneticilik ve liderlik vasıflarını en üst seviyede tutabilmek için gayret göstermektedir. Bu yüzden Çalışan profesyonellerin liderlik vasıflarını en üst düzeyde tutacak hizmet içi eğitimler, toplantılar ve organizasyonlar düzenlemekte, Çalışanların bu etkinliklere katılmaları yöneticiler tarafından teşvik edilmektedir. Bu noktada Sağlık hizmetleri sunumunun yönetiminde önemli bir rol üstlenen yönetici hemşirelerin de liderlik vasıflarını etkili şekilde kullanmaları gerekmektedir. Nitekim yönetici hemşirelerin etkili liderlik sergilemeleri hem astlarının hem de müşterilerinin kurumdan daha memnun olmalarında etkili olmaktadır (3,4).

Literatürde yapılan Çalışmalarda hasta bakım hizmetlerinin yönetiminde görev alan yönetici hemşirelerin farklı liderlik biçimleri sergiledikleri rapor edilmektedir. Bazılarının liderlik özellikleri göstermeksizin sadece yöneticilik vasıflarına sahip olduğu, diğer bazılarının ise yetkin liderler oldukları ifade edilmektedir. Yönetilen durumunda yani ast pozisyonunda Çalışan hemşirelerin de yönetici hemşirelerin liderlik tarzlarını nasıl algıladıklarını, liderlik davranışlarının etkili kullanılıp kullanılmadığı konularında nasıl düşündüklerini belirlemek de bu noktada oldukça önemlidir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin liderlik tarzlarını ölçmek ve değerlendirmek gerekmektedir (3).

Bu Çalışmada özel hastanelerde Çalışan hemşirelerin, yöneticilerinin liderlik davranışlarını nasıl algıladıkları, bekledikleri liderlik ile algıladıkları liderlik arasında fark olup olmadığını Araştırmak amaçlanmaktadır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu Çalışma, yönetici hemşirelerin sahip oldukları liderlik tarzlarının astları tarafından ile değerlendirilerek, astların yöneticilerinin liderlik tarzlarının beklentileri ile uyumlu algılayıp algılamadıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir Araştırma olarak planlanmıştır.

### 2.2. Araştırma Soruları

Çalışmanın yürütüldüğü hastanelerde Çalışan hemşirelerin;

- Yöneticilerinden bekledikleri liderlik düzeyi ve davranışları nelerdir?
- Yöneticilerinin algıladıkları liderlik düzeyi ve davranışları nelerdir?
- Beklenen liderlik düzeyi ve davranışları ile algılanan liderlik düzeyi ve davranışları arasında fark var mıdır? Sorularına cevap aranmıştır.

### 2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ve Kocaeli’ de bulunan yüz yatak ve üstünde yatak sayısı bulunan iki özel hastanede Çalışan hemşireler örnekleminde Ekim-Kasım 2018 aylarında gerçekleştirilmiştir.

### 2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İstanbul ve Kocaeli’de bulunan, yüz yatak üzerinde yatak sayısına sahip iki özel hastanede Çalışmakta olan ve örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan 295 hemşirenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak 142 hemşireden analiz edilmeye uygun veri toplanabilmiştir. Çalışmada örnekleme dahil edilme ve örnekleme dışı tutulma kriterleri şöyledir:

**Tablo 1: Örnekleme Dahil Edilme ve Örnekleme Dışı Tutulma Kriterleri**

Dahil edilme kriterleri	Hariç tutulma kriterleri
<ul style="list-style-type: none"><li>• En az altı aydır kurumda Çalışıyor olmak</li><li>• Klinik birimlerde staf veya ekip lideri olarak çalışıyor olmak</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurumda altı aydan kısa süredir çalışıyor olmak</li><li>• Yönetici olarak çalışıyor olmak</li></ul>

**2.5.  
Veri  
Topl  
ama  
Araç**

**ları**

Veri toplamada kullanılacak olan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmektedir. İkinci bölümde ise CEO Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi kullanılmıştır. Bu ankette astların yönetici hemşirelerinin sergilediği liderlik biçimlerini değerlendirdikleri 22 ifade ile yönetici hemşirelerinden bekledikleri liderlik biçimine dair 22 ifade yer almaktadır. Ölçekteki ifadeler 5’li likert tipte hazırlanmıştır. Katılımcılar

ölçekte yer alan ifadelerle “1- kesinlikle katılmıyorum, 5-tamamen katılıyorum” aralığında yanıt vermektedirler. Çalışmada kullanılan ölçeğin güvenilirlik ve geçerliği Tsui ve ark. (2006) tarafından sınırlanmıştır. Yapılan orijinal Çalışmada Cronbach Alpha katsayısı beklenen liderlik davranışı için  $\alpha=0,920$ , algılanan liderlik davranışı için  $\alpha=0,900$  olarak bulunmuştur. Ölçek CEO liderlik davranışları ölçüm anketi olarak tanımlanmıştır. Aslında ölçek 21 ifadeden oluşmakta, her iki bölümde de 22. ifade kontrol sorusu olarak Çalışmaya katılanların verdikleri cevapların güvenilirliğini test etmek amacıyla kullanılmaktadır. Çamlıbel 2012’de ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve ölçeğin güvenilirliği beklenen liderlik davranışı için  $\alpha=0,956$ , algılanan liderlik davranışı için  $\alpha=0,992$  olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre Araştırma ölçeğinin yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir (2).

Araştırmada kullanılan Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi ve alt boyutlarında örneklemden elde edilen iç tutarlık katsayıları aşağıda verildiği gibidir.

**Tablo 2: Ölçek İç Tutarlık Katsayıları**

Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi	Madde Sayısı	Araştırmada örneklemden elde edilen iç tutarlık katsayıları ( $\alpha$ )	Çamlıbel (2012) ( $\alpha$ )	Tsui (2006) ( $\alpha$ )
Beklenen Liderlik Ölçeği	21	0,948	0,956	0,920
Algılanan Liderlik Ölçeği	21	0,981	0,992	0,900

## 2.6. Verilerin Toplanması

Çalışma örneklemine ilgili kurumlarda klinik birimlerde Çalışan hemşirelere anketler Araştırmacı tarafından ulaştırılmıştır. Çalışma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara anketler verilmiş, bir hafta sonra aynı klinikler ziyaret edilerek doldurulan anketler toplanmıştır.

## 2.7. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 21 programında analiz edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, en düşük, en yüksek, ortalama ve standart sapma), iç tutarlık analizi (Cronbach’s alfa iç tutarlık katsayısı), parametrik (eşleştirilmiş gruplarda t testi, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi) ve parametrik olmayan (Kruskal Wallis ve Mann Whitney U) analizler ve ilişki arayıcı analizler (Pearson Korelasyon) kullanıldı.

## 2.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma kapsamında öncelikle orijinal ölçeği geliştiren yazardan e-posta ile ölçeğin kullanılması için izin alınmıştır (EK.1). Ardından Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik kurulundan 09.05.2018 tarihli 94 numaralı onay alınmıştır (EK.2). Araştırmaya başlamadan önce Çalışmanın yürütüleceği hastanelerin yönetimlerinden kurumlarda Araştırmanın uygulanabilmesi için izin alınmıştır (EK.3), Kurumda Çalışan hemşirelere bizzat Araştırmacı tarafından Araştırma hakkında bilgi verilerek Araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır, katılmayı kabul edenlerin yazılı onamları alınmıştır.

## 3. BULGULAR

Bu bölümde Araştırmanın bulgularına yer verilecek olup bulgular aşağıdaki sıra ile aktarılacaktır:

1. Katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin (kişisel ve mesleki özellikleri, kurumda ve birimde Çalışmaktan ve aldıkları ücretten memnuniyet durumları) dağılımına yönelik bulgular
2. Katılımcıların Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi skorlarına ve skorların Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
3. Katılımcıların Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi’nde yer alan Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerindeki maddelerden elde ettikleri skorlara ve skorların Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
4. Katılımcıların tanıtıcı bilgilerine (kişisel ve mesleki özellikleri, kurumda ve birimde Çalışmaktan ve aldıkları ücretten memnuniyet durumları) göre Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerinden elde ettikleri skorların Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
  - a. Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerinden elde edilen skorların kişisel özelliklere göre Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

- b. Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerinden elde edilen skorların mesleki özelliklere göre Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular  
c. Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerinden elde edilen skorların kurumda ve birimde Çalışmaktan ve alınan ücretten memnuniyet durumlarına göre Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

### 3.1. Katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin dağılımına yönelik bulgular

Bu başlıkta Tablo 6’de katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin (kişisel ve mesleki özellikleri), Tablo 7’de ise Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışmakta oldukları kurumdan, birimden ve aldıkları ücretten memnuniyet durumlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımına yönelik bulgulara yer verilmektedir.

**Tablo 3: Katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri (N:142)**

Değişken	Kategori	n	%
Kurum	<b>A hastanesi</b>	<b>81</b>	<b>57,0</b>
	B hastanesi	61	43,0
Yaş Grubu (ED=19; EY=44; Ort=26,51; SS=5,69)	<b>≤ 25 yaş</b>	<b>78</b>	<b>54,9</b>
	≥ 26 yaş	65	45,1
Cinsiyet	<b>Kadın</b>	<b>115</b>	<b>81,0</b>
	Erkek	27	19,0
Eğitim Durum	Lise	42	29,6
	Önlisans	25	17,6
	<b>Lisans</b>	<b>68</b>	<b>47,9</b>
	Lisansüstü	7	4,9
Pozisyon	Hemşire	138	97,2
	Ekip Lideri	4	2,8
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	64	45,1
	<b>Geliri giderine denk</b>	<b>65</b>	<b>45,8</b>
	Geliri giderinden fazla	13	9,1
Birim	<b>Cerrahi birimler</b>	<b>72</b>	<b>50,7</b>
	Dahili birimler	40	28,2
	Diğer	30	21,1
Çalışma Şekli	S. Gündüz	39	27,5
	<b>Vardiyalı</b>	<b>103</b>	<b>72,5</b>
Haftalık Çalışma Saati (saat) (ED=40; EY=70; Ort=5,25; SS=4,95)	≤ 45 saat	32	22,5
	<b>≥ 46 saat</b>	<b>110</b>	<b>77,5</b>
Kurumda Çalışma Süresi (ay) (ED=0; EY=168; Ort=25,08; SS=33,79)	<b>≤ 12 ay</b>	<b>75</b>	<b>52,8</b>
	13-24 ay	30	21,1
	≥25 ay	37	26,1
Meslekte Çalışma Süresi (ay) (ED=1; EY=264; Ort=64,02; SS=67,24)	≤ 12 ay	42	29,6
	13-60 ay	46	32,4
	<b>≥ 61 ay</b>	<b>54</b>	<b>38,0</b>

n=sayı, %= yüzde; ED= en düşük; EY= en yüksek; Ort= ortalama; SS= standart sapma

Tablo 6’deki bulgular incelendiğinde Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunun A hastanesinde Çalıştığı (%57), yaşlarının 19 ile 44 arasında değiştiği (ort=26,51±5,69) ve kadın (%81) olduğu belirlendi. Çoğunlukla lisans mezunu (%47,9) olan katılımcıların, hemşire pozisyonunda (%97,2) çalışmakta olduğu, gelirlerinin giderlerine denk olduğu bulundu (%45,8). Hemşirelerin çoğunlukla cerrahi birimlerde (%50,7), vardiyalı olarak (%72,5), haftada 46 saat ve üzerinde (%77,5) Çalıştığı, kurumsal deneyimlerinin çoğunlukla 12 ay ve altında (%52,8), meslekteki deneyimlerinin ise 61 ay ve üzerinde (%38) olduğu belirlendi.



**Tablo 4: Katılımcıların memnuniyet durumları (N:142)**

Değişken	Kategori	n	%
Kurumdan memnuniyet	Memnun değilim	11	7,7
	Ne memnunum ne değilim	54	38,7
	<b>Memnunum</b>	<b>77</b>	<b>54,2</b>
Birimden memnuniyet	Memnun değilim	1	0,7
	Ne memnunum ne değilim	16	11,3
	<b>Memnunum</b>	<b>125</b>	<b>88,0</b>
Ücretten memnuniyet	<b>Memnun değilim</b>	<b>85</b>	<b>59,9</b>
	Ne memnunum ne değilim	46	32,4
	Memnunum	11	7,7

Tablo 7’de Araştırmaya katılan hemşirelerin kurumdan, birimden ve ücretlerinden memnuniyet durumlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmektedir. Buna göre Tablo 7’deki bulgular incelendiğinde katılımcıların çoğunun çalıştıkları kurumdan (%54,2) ve birimden (%88) memnun oldukları ancak aldıkları ücretten memnun olmadıkları (%59,9) görülmektedir.

### 3.2. Katılımcıların Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi skorlarına ve skorların Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 8’de Araştırmaya katılan hemşirelerin **Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi’nde yer alan Beklenen Liderlik Ölçeği** ve **Algılanan Liderlik Ölçeği’nden** elde ettikleri skorlara ve ölçümler arasında anlamlı fark olup olmadığına ve ölçümler arasında korelasyon olup olmadığına ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

**Tablo 5: Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi ölçümleri ile ölçümler arasındaki fark ve ilişkiler (N=142)**

	ED-EY	Ort (Ss)	Test ve p	Test ve p
Beklenen Liderlik Ölçeği	33,50-105,00	96,80 (10,69)	t= 5,669	r= 0,257
Algılanan Liderlik Ölçeği	8,00-105,00	88,80 (17,93)	p<,000***	p= 0,002**

Tablo 8’deki bulgular incelendiğinde hemşirelerin Beklenen Liderlik Ölçeği puan ortalamasının  $96,80 \pm 10,69$ , Algılanan Liderlik Ölçeği puan ortalamasının  $88,80 \pm 17,93$  olduğu belirlenmiştir. Her iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı Bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde, ölçümler arasında çok ileri derecede anlamlı fark ( $p < 0,001$ ) olduğu ve hemşirelerin beklenen Liderlik Ölçeği skorlarının, Algılanan Liderlik Ölçeği skorlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların her iki ölçekten elde ettikleri skorlar arasındaki korelasyon incelendiğinde, ölçümler arasında zayıf güçte, pozitif yönlü ve ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,257$ ;  $p < 0,01$ ).

### 3.3. Katılımcıların Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi’nde yer alan Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerindeki maddelerden elde ettikleri skorlara ve skorların Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 7’de hemşirelerin, Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi’nde yer alan Beklenen Liderlik Ölçeği ve Algılanan Liderlik Ölçeği maddelerinden elde ettiği madde puan ortalamaları ve bu ortalamaların Karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

**Tablo 6: Liderlik Davranışları Ölçüm Anketi maddelerinin ölçümleri arasındaki fark (N=142)**

Maddeler	Ort(Ss)	Test ve p
AL1-BL15	Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açıktır. Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açık olmalıdır.	4,26(,95) t= -6,367 4,78(,47) p<,001*
AL2-BL16	Yeni proje ve fikirleri destekler. Yeni proje ve fikirleri desteklemelidir.	4,31(,81) t= -6,053 4,75(,45) p<,001*
AL3-BL17	Çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate alır. Çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate almalıdır.	4,24(,94) t= -5,930 4,76(,45) p<,001*
AL4-BL7	Gelecekle ilgili öngörülerde bulunur ve buna göre planlama yapar. Gelecekle ilgili öngörülerde bulunur ve buna göre planlama yapmalıdır.	4,24(,94) t= -4,171 4,62(,66) p<,001*
AL5-BL8	Sorunlara çözüm üretirken uzun vadeli düşünür. Sorunlara çözüm üretirken uzun vadeli düşünmelidir.	4,21(1,09) t= -3,694 4,60(,79) p<,001*
AL6-BL9	Gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde, sistematik olarak alır ve uygular. Gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde, sistematik olarak alır ve uygular.	4,23(,92) t= -4,121 4,60(,71) p<,001*
AL7-BL10	Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurur. Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurmalıdır.	4,23(,93) t= -5,263 4,68(,55) p<,001*
AL8-BL1	Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapar. Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapmalıdır.	4,14(1,05) t= -5,024 4,65(,66) p<,001*
AL9-BL2	Çalışanların motivasyonunu artırıcı faaliyetlere önem verir. Çalışanların motivasyonunu artırıcı faaliyetlere önem vermemelidir.	4,15(1,07) t= -5,085 4,69(,67) p<,001*
AL10-BL3	İş dışında da Çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışır. İş dışında da Çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	4,16(1,00) t= 0,000 4,16(,97) p= 1,000
AL11-BL4	Çalışanların işini severek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya Çalışır. Çalışanların işini severek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya çalışmalıdır.	4,12(1,04) t= -6,058 4,70(,61) p<,001*
AL12-BL5	Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların Çalışmalarını kolaylaştırır. Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların Çalışmalarını kolaylaştırmalıdır.	4,22(,95) t= -5,984 4,73(,56) p<,001*
AL13-BL6	Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcar. Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcamalıdır.	4,23(1,01) t= -4,605 4,69(,64) p<,001*
AL14-BL18	İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler ve sapmaları kontrol eder. İşlerle ilgili bir takım standartlar belirlemeli ve sapmaları kontrol etmelidir.	4,34(,80) t= -4,431 4,66(,51) p<,001*
AL15-BL19	İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip eder. İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip etmelidir.	4,43(,80) t= -3,688 4,71(,56) p<,001*
AL16-BL20	Faaliyet alanında ne olup bittiğini sürekli kontrol eder. Faaliyet alanında ne olup bittiğini sürekli kontrol etmelidir.	4,39(,75) t= -2,194 4,55(,67) p0,030*
AL17-BL21	Gerektiğinde Çalışanlara yetki verir ve işin sonucunu takip eder. Gerektiğinde Çalışanlara yetki vermeli ve işin sonucunu takip etmelidir.	4,35(,75) t= -3,707 4,62(,61) p<,001*
AL18-BL11	Çalışanlarla ilgili görüş ve düşüncelerini onlarla paylaşır. Çalışanlarla ilgili görüş ve düşüncelerini onlarla paylaşmalıdır.	4,28(,87) t= -4,943 4,69(,63) p<,001*
AL19-BL12	Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korur. Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korumalıdır.	4,35(,84) t= -5,160 4,74(,52) p<,001*
AL20-BL13	Çalışanlar hakkındaki olumlu-olumsuz düşüncelerini kendileri ile paylaşır. Çalışanlar hakkındaki olumlu-olumsuz düşüncelerini kendileri ile paylaşmalıdır.	4,30(,89) t= -3,816 4,65(,68) p<,001*
AL21-BL14	Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterir. Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık göstermelidir.	4,27(,94) t= -3,421 4,58(,78) p=0,001*

\*p<,05; t= Eşleştirilmiş gruplarda t testi

Tablo 6'da yer alan bulgular incelendiğinde; iş dışında Çalışma arkadaşları ile görüşmeye ilişkin maddeler (AL10-BL3) dışındaki tüm maddelerde hemşirelerin Beklenen Liderlik Ölçeğinden elde ettiği

puan ortalamalarının Algılanan Liderlik Ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı farkla yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ).

Hemşirelerin Beklenen Liderlik Ölçeği maddeleri lehine, faaliyet alanında ne olup bittiğini sürekli kontrol etme ile ilgili maddelerden (AL16-BL20) istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ), Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterme ile ilgili maddelerden (AL21-BL14) ileri derecede anlamlı ( $p<,01$ ) ve bu iki madde dışında kalan maddelerde de çok ileri derecede anlamlı farkla ( $p<0,001$ ) daha yüksek skor aldıkları bulunmuştur.

### 3.4. Katılımcıların tanıtıcı bilgilerine göre Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerinden elde ettikleri skorların Karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bu başlıkta sırası ile Beklenen Liderlik ve Algılanan Liderlik Ölçeklerinden elde edilen skorların ilk olarak katılımcıların kişisel özelliklerine göre, ikinci olarak mesleki özelliklerine göre ve son olarak katılımcıların kurumda ve birimde Çalışmaktan ve aldıkları ücretten memnuniyet durumlarına göre Karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

**Tablo 7: Hemşirelerin kişisel özelliklerine göre ALÖ ve BLÖ ölçümlerinin Karşılaştırılması (N=142)**

Değişken	Kategori	N	Algılanan Liderlik		Beklenen Liderlik	
			Ort (Ss)	Test ve p	Ort (Ss)	Test ve p
Cinsiyet	Kadın	113	90,09(16,75)	$z = -1,156$	97,27(9,00)	$z = 0,236$
	Erkek	26	83,23(21,87)	$p = 0,247$	94,85(16,04)	$p = 0,813$
Yaş grubu	$\leq 25$ yaş	75	89,64(18,58)	$t = 0,592$	97,37(12,21)	$t = 0,692$
	$\geq 26$ yaş	64	87,83(17,24)	$p = 0,555$	96,11(8,53)	$p = 0,490$
Eğitim durumu	Lise-önlisans	65	86,65(20,87)	$t = -1,306$	95,97(12,29)	$t = -0,859$
	Lisans ve üstü	75	90,70(14,78)	$p = 0,194$	97,53(9,12)	$p = 0,392$

$z =$  Mann Whitney U,  $t =$  Bağımsız gruplarda t testi

İlk olarak Tablo 7’de hemşirelerin kişisel özelliklerine göre ALÖ ve BLÖ’den elde ettikleri ölçümlerin Karşılaştırılmasından elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, kişisel özellik değişkenlerinden hiçbirine bağlı olarak ALÖ ve BLÖ skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmadığı belirlenmiştir ( $p>,05$ ).

**Tablo 8: Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre ALÖ ve BLÖ ölçümlerinin Karşılaştırılması (N=142)**

		n	Algılanan Liderlik		Beklenen Liderlik	
			Ort (Ss)	Test ve p	Ort (Ss)	Test ve p
Kurum	A kurumu	78	86,31(20,07)	t= -1,951	95,94(12,08)	t= -1,107
	B kurumu	61	92,00(14,29)	p= 0,053	97,96(8,46)	p= 0,270
Pozisyon	Hemşire	135	88,93(18,17)	z= -1,099	96,78(10,81)	z= -0,509
	Ekip Lideri	4	84,75(4,99)	p= 0,272	97,50(6,54)	p= 0,611
Birim	Cerrahi birimler <sup>a</sup>	70	88,20(19,46)	KW= 9,309	95,63(12,98)	KW= 1,895
	Dahili birimler <sup>b</sup>	40	97,78(13,11)	p= 0,010*	98,81(7,75)	p= 0,388
	Diğer <sup>c</sup>	30	82,23(17,79)	b>c	96,87(7,59)	
Çalışma Şekli	S. gündüz	39	85,36(18,49)	t= -1,420	95,50(7,29)	t= -0,880
	Vardiyalı	100	90,15(17,62)	p= 0,158	97,29(11,71)	p= 0,381
Çalışma süresi	≤45 saat	32	92,75(17,83)	t= 1,423	98,18(10,35)	t= 0,810
	≥46 saat	107	86,63(17,88)	p= 0,157	96,41(10,81)	p= 0,420
Gelir durumu	Az	64	86,58(19,80)	KW= 2,248	97,47(8,52)	KW= 0,033
	Denk	62	90,73(16,97)	p= 0,325	96,48(12,39)	p= 0,983
	Fazla	13	90,62(11,25)		95,12(12,07)	
Kurumda Çalışma süresi	≤12 ay	73	89,92(14,75)	KW= 0,885	96,02(10,70)	KW= 0,478
	13-24 ay	29	84,66(24,02)		97,40(13,55)	
	≥25 ay	37	89,86(18,20)	p= 0,642	97,92(7,78)	p= 0,787
Birimde Çalışma süresi	≤12 ay <sup>a</sup>	40	95,98(10,65)	F= 4,819	97,16(1,71)	F= 0,409
	13-60 ay <sup>b</sup>	45	86,69(20,14)	p= 0,010*	97,66(1,75)	p= 0,665
	≥61 ay <sup>c</sup>	54	85,29(19,02)	a>b,c	95,78(1,30)	

\*p<,05

t= Bağımsız gruplarda t testi, z= Mann Whitney U, KW= Kruskal Wallis, F= Tek yönlü varyans analizi

İkinci olarak Tablo 8’de hemşirelerin mesleki özelliklerine göre ALÖ ve BLÖ’den elde ettiği ölçümlerin Karşılaştırılmasından elde edilen bulgular incelendiğinde, hemşirelerin mesleki özelliklerinden hiçbirinin BLÖ ölçümleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmadığı saptanmıştır (p>,05).

Ancak aynı tabloda hemşirelerin çalıştığı birime göre ALÖ ölçümlerinin Karşılaştırılması sonucunda dahili birimlerde çalışan hemşirelerin diğer şekilde kodlanan birimlerde çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (p<,05). Diğer yandan birimde çalışma süresine göre yapılan Karşılaştırmalarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<,05), birimde 12 ay ve daha az süredir çalışanların diğer iki gruptan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.

**Tablo 9: Hemşirelerin memnuniyet durumlarına göre ALÖ ve BLÖ ölçümlerinin Karşılaştırılması (N=142)**

		n	Algılanan Liderlik		Beklenen Liderlik	
			Ort (Ss)	Test ve p	Ort (Ss)	Test ve p
Kurumdan memnuniyet	Memnun değil <sup>a</sup>	11	75,64(20,23)	KW= 11,422	96,82(6,78)	KW= 0,522 p= 0,770
	Ne memnun ne değil <sup>b</sup>	53	84,94(20,34)	p= 0,003**	95,68(13,63)	
	Memnun <sup>c</sup>	75	93,47(13,97)	c>a,b	97,61(8,60)	
Birimden memnuniyet	Memnun değil <sup>a</sup>	1	105,00(0)	KW= 11,122	105,00(0)	KW= 5,017 p= 0,081
	Ne memnun ne değil <sup>b</sup>	16	74,50(20,83)	p= 0,004**	91,25(14,18)	
	Memnun <sup>c</sup>	122	90,55(16,75)	c>a,b	91,46(10,03)	
Ücretten memnuniyet	Memnun değil	84	87,55(19,93)	KW= 3,323 p=0,313	97,06(9,31)	KW= 2,493 p=0,288
	Ne memnun ne değil	44	89,20(14,68)		95,39(13,42)	
	Memnun	11	96,82(11,35)		101,20(6,73)	

\*\*p<,01 KW= Kruskal Wallis

Son olarak Tablo 9’da hemşirelerin kurumdan ve birimden ve aldıkları ücretten memnuniyet durumlarına göre ALÖ ve BLÖ’den elde ettikleri skorların Karşılaştırılmasından elde edilen bulgular incelendiğinde, memnuniyet kategorilerinden hiçbirinin BLÖ ölçümleri üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı (p>,05) bulunmuştur.

Aynı tabloda hemşirelerin kurumdan ve birimden memnuniyet durumlarına göre ALÖ ölçümlerinin Karşılaştırılması sonucunda kurumda ve birimde memnuniyetle Çalışanların hem memnun olmayanlardan hem de kararsız kalanlardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (p<,01).

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu Çalışmada Çalışan hemşirelerin gözünden yönetici hemşirelerinin liderlik tarzlarını algılamaları, beklenen liderlik tarzlarının yöneticilerinde var olup olmadığını değerlendirilmesi sonucunda;

- Çalışan hemşireler tarafından beklenen liderlik ve algılanan liderlik arasında farklı bir beklenti oluştuğunu fark oluşturduğu belirlenmiştir.
- Kişisel özellikler göz önüne alındığında beklenen ve algılanan liderliğe herhangi bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir.
- Çalışan hemşirelerin mesleki olarak; kurumların farkının, pozisyonunun, Çalıştıkları birimlerin farklı oluşunun, Çalışma süresi ve şeklinin, kurum ve birim çalışma sürelerinin beklenen ve algılanan liderliğe etkisinin olmadığı belirlenmiştir.
- Ayrıca birimlerde 12 ay altında Çalışıyor olmanın beklenen ve algılanan liderliği fark oluşturacak şekilde etkilediği belirlenmiştir.
- Çalışan hemşirelerin kurum ve birim memnuniyetleri incelendiğinde beklenen ve algılanan liderliği etkilediği belirlenmiştir.
- Sonuçlardan yola çıkarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.
- Çalışan hemşirelerin liderlik beklentilerine yönelik olarak yönetici hemşirelerin liderlik davranışları sergilemeleri konusunda geribildirim yapılmalıdır.
- Ücret beklentilerinin mümkün olduğunca yerine getirilmesi için gerekli görüşmelerin yapılması sağlanmalıdır.

- Çalışan hemşirelerin yönetici hemşirelerinden daha yapıcı ve olumlu davranış sergilemelerini bekledikleri, bu yönde katılımın artırılması sağlanmalıdır.
- Yöneritici hemşirelere olumlu iletişim ortamı sağlanması için iş dışında da Çalışanları ile paylaşımlarda bulunulması gerektiği açıklanmalıdır.
- Yönetici hemşirelerin vizyonerliği ön planda olup daha uzun vadeli planlamalar yapıp bu planların yapılmasını sağlamaları gerekmektedir.
- Yönetici hemşireler Çalışanlarına yönelik olan olumlu ya da olumsuz düşüncelerini Çalışanları ile paylaşmalıdır.
- Yönetici hemşireler Çalışanlar tarafından beklenen ve algılanan liderliğin yaşa, cinsiyete ve eğitim durumuna göre farklılık göstermediğini bilerek Çalışma koşullarının ve çalışma şeklinin bu algılara sebep olduğunu bilerek kendisini geliştirmesi gerekmektedir.
- Kurumda ve Çalışılan birimlerde Çalışanlara yönelik önemli davranış ve tutumda bulunulması gerektiği ve yönetici hemşirelerin kendilerini Çalışanlarına faydalı olacak şekilde becerilerini arttırması gerektiği aktarılmalıdır.

## KAYNAKÇA

Baykal Ü, Türkmen E. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, Akademi Basın ve Ysincılık İstanbul,2012.

Çamlıbel N. *Çalışan hemşireler tarafından yönetici hemşirelerden beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının Karşılaştırılması (İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği)* (Tez). Beykent Üniversitesi, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2012, İstanbul.

<https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 20 Şubat 2018

Öndeş T. *Hemşirelerin yöneticilerine ilişkin dönüştürücü liderlik algıları* (Tez). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İşletme Yüksek Lisans Programı; 2017, Gaziantep.

<https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Ardahan M, Konal E. Hemşirelikte Yöneticilik Ve Liderlik, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6(1): 140 – 147. <https://docplayer.biz.tr> Erişim Tarihi: 05 Ocak 2019

İbicioğlu H, Özmen İ, Taş S. Liderlik Davranışı ve Toplumsal Norm İlişkisi: Ampirik Bir Çalışma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2009, 14:2 1-23. <http://dergipark.gov.tr> Erişim Tarihi: 07 Mart 2018

TDK, “Liderlik” <http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi: 10 Nisan 2019

Bayram Ş. *Liderlik kavramı ve liderlik türlerinin inovasyon üzerindeki etkileri* (Tez). Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013, Gebze. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Karakoyunlu FB. *Liderlik davranışlarının Çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılığı ile ilişkisi: ebe ve hemşireler üzerine uygulama (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği)* (Tez). Beykent Üniversitesi Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2014, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 01 Mart 2018

Gezici A. *Yöneticilerin liderlik stillerinin Çalışanların iş tatmini üzerindeki etkileri: özel eğitim Kurumlarında öğretimsel liderlik ve bir uygulama* (Tez). Dumlupınar Üniversitesi Yönetim Organizasyon Bilim Dalı; 2007, Kütahya. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 03 Mayıs 2019

Guraya SY. Hekimlerin Liderliği İçin İstenen Yeterliliklerin Ve Standart Ortamların Sistematik Bir İncelemesi, *Suadi Medical Journal Birleşik Med J.* 2016, 37 (10): 1061-1067. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> Erişim Tarihi: 26 Şubat 2019

Gözükara E. *Liderlik tipleri, yenilikçi kültür, örgütsel yaratıcılık ve firma performansı arasındaki ilişkiler* (Tez). İstanbul Arel Üniversitesi İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı; 2014, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Aygün A. *Yöneticilerin liderlik davranışlarının Çalışanların örgütsel bağlılıklarına etkisi* (Tez). İstanbul Aydın Üniversitesi İşletme Yönetimi Bilim Dalı; 2012, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Işık N. *Liderlik yaklaşımları ve hizmetkâr liderliğin işgörenlerin organizasyonel bağlılıklarına etkileri* (Tez). Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Kaynakları,2014, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Duygulu S. *Servis sorumlu hemşirelerine yönelik hazırlanan transformatif liderlik eğitim programının liderlik uygulamaları üzerine etkisi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı; 2007, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Hamarat M. *Liderlik ve liderlik davranışı: Polis okulunda bir Araştırma* (Tez). Marmara Üniversitesi Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı; 2010, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Arık S. *Yönetici hemşirelerin hizmetkar liderlik düzeylerinin değerlendirilmesi* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi Hemşirelik Esasları Ve Yönetim Anabilim Dalı; 2018, Trabzon. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Kuruşçu M. *Yöneticinin duygusal zekası ve liderlik tarzının Çalışanların örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilişkisi* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı; 2017, Eskişehir. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Arslan E. *Servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarının incelenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Programı; 2018, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Aydın O. *Hemşirelerin liderliğe ilişkin değerlendirmeleri ve sorumlu hemşirelerin sahip oldukları liderlik özellikleri* (Tez). Trakya Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı; 2018, Edirne. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Kızıltay E. *Yöneticilerin liderlik tarzlarına göre girişimcilik özelliklerinin incelenmesi: turizm sektöründe bir Araştırma* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; 2010, Afyon. <http://www.acikerisim.aku.edu.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Bulut F. *Hastane yöneticilerinin liderlik özelliklerinin çatışmayı yönetme düzeylerine etkisi* ( Tez). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Bilim Dalı; 2009, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Dikmen B. *Liderlik kuramları ve dönüştürücü liderlik kuramı'nın Çalışanların örgütsel bağlılık alguları üzerindeki etkisine yönelik uygulamalı bir Araştırma* ( Tez). İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi Bilim Dalı; 2012, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Yörümezoğlu Ö. *Hastane yöneticilerinin liderlik özelliklerinin Karşılaştırılması: İstanbul ili anadolu yakası örneği* ( Tez). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı; 2014, İstanbul. <http://acikerisim.istanbul.edu.tr> Erişim Tarihi: 03 Mayıs 2019

Doğanay A. *Liderlik tarzlarının Çalışanların bağlılık seviyesi ve performansına etkisi: Başakşehir belediyesinde bir uygulama* ( Tez). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı; 2014, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Elkıran ME. *Akademisyenlerin algıladıkları yıldırma (mobbing) davranışları ile yöneticilerin liderlik davranışları arasındaki ilişki* ( Tez). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi ve Denetimi Bilim Dalı; 2017, Çanakkale. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Öveç B. *Yöneticilerin liderlik davranışlarının Çalışanların iş tatmini üzerindeki etkileri: Sağlık sektöründe bir uygulama* ( Tez). Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; 2014, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Mızrak M. *Yöneticilerin liderlik davranışlarının belirlenmesine yönelik Karşılaştırmalı bir Araştırma: Millî Eğitim Bakanlığı'nda bir uygulama* ( Tez). Gazi Üniversitesi Büro Yönetimi Eğitimi Ana Bilim Dalı; 2015,Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Sünbül F. *Sağlık Çalışanlarında güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderlik ilişkisi* ( Tez). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2017, Konya. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Doğan B. *Yönetim, hemşirelik hizmetleri ve etik* ( Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2015, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

Saraman T. *Liderlik yaklaşımı ve Douglas Mcgregor'un x ve y teorisi: Bartın Üniversitesi'nde Çalışan idari personel üzerine bir Çalışma* ( Tez). Bartın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; 2017,Bartın. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Turhan N. *Sağlık Kurumlarında yöneticilik, liderlik ve motivasyon ( Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimler Çalışanları örneği )* ( Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2017,İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 17 Şubat 2019

Dinler Ç. *Yöneticilik ile liderlik arasındaki temel farklar ve Atatürk'ün liderliği üzerine bir Çalışma* ( Tez). Avrasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı Yönetim Bilimleri Bilim Dalı; 2018, Trabzon. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 17 Şubat 2019

Uysal ŞA, *Hastane yöneticilerinin liderlik özellikleriyle Çalışanların iş üretkenli düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Isparta il merkezindeki hastaneler üzerinde bir Araştırma* ( Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2012, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 21 Şubat 2019

Erdoğan T. *Sağlık yöneticilerinde liderlik türleri* ( Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2015, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Ocak 2019

Canbolat SG. *Yöneticilerin liderlik tarzlarına ilişkin Çalışan algıları, Çedaş grup şirketleri örneği (çorumgaz, sürmeli gaz, kargaz)* ( Tez). Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı; 2016, Çorum. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 07 Mart 2018

Sağlam F. *Yönetici hemşirelerin liderlik özelliklerinin belirlenmesi* (Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2014, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 08 Ekim 2017

Gültaş K. *yönetici hemşirelerin yaratıcılık düzeyleri ve liderlik tarzlarının belirlenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2009, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 24 Nisan 2019

Göktepe N. *Yönetici hemşirelerin liderlik tarzları ile astların yönetici hemşirelerinin liderlik tarzlarını algılamalarının Araştırılması* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı; 2001, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

ICN. “ Hemşirelik Tanımı” <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

Ertaş N. *Hemşirelik müdürlük sisteminin Çalışan hemşire performansına etkisi; Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi ile Marmara Üniversitesi Hastanesinin hemşire performansı açısından Karşılaştırılması,* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı; 2006, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

Alev N. *Hemşirelik hizmetlerinde karşılaşılan yönetsel ve organizasyonel sorunlar (rize devlet hastanesi hemşireleri örneği)* (Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2014, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

Hemşirelik Kanunu; 2007. <http://www.ttb.org.tr> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019



Hemşirelik Yönetmeliği; 2011. <http://www.ttb.org.tr> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

Kutun F. *Hastanelerde hemşirelik hizmetleri yönetimi etkinliğinin belirlenmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı; 2011, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

Öztürk H, Bahçecik N, Gürdoğan E. Hastanelere Göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20:1 <http://dergipark.gov.tr/download> Erişim Tarihi: 17 Nisan 2019

Cerit K. *Hemşirelerin iş doyumlarını belirleyen faktörler: örgüt iklimi, sosyodemografik ve Çalışma özellikleri* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim; 2009, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 18 Nisan 2019

Güçlü A. *Cerrahi kliniklerinde Çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki* (Tez). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2014, Konya. <https://tez.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 18 Nisan 2019

Beydağ KD, Tilev S. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi, *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014, 1:3 <http://www.journalagent.com> Erişim Tarihi: 23 Nisan 2019

Şahin B. *Üniversite hastanesinde Çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ve iş kontrol algısı* (Tez). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2014, Konya. <https://tez.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 23 Nisan 2019

Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde İş Doyumu Düzeyinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2016; 18(2-3): 1-12 <http://hemarge.org.tr> Erişim Tarihi: 23 Nisan 2019

Yeşiltaş A, Gül İ. Hemşirelerin Çalışmak İçin Tercih Ettikleri Birimler ve Tercih Nedenleri, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 4(2): 74-87 <http://edergi.mehmetakif.edu.tr> Erişim Tarihi: 23 Nisan 2019

Kelez A. *Hemşirelerin örgüt kültürünü ve yöneticilerin liderlik davranışını algılamaları* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı; 2008, İstanbul. <http://pskatalog.marmara.edu.tr/> Erişim Tarihi: 17 Nisan 2019

Bayburt N. Liderlik Tarzının Örgüt Bağlılığına Etkisi: Bir Hastane Araştırması, *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 2017, 5:2 1-13 <http://dergipark.gov.tr> Erişim Tarihi: 17 Nisan 2019

Ergün E, Çelik S. Yöneticilerin Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları ve Hemşirelerin İş Tatmini, Örgütsel Bağlılığı ve İş Stresi Arasındaki İlişki, *Florence Nightingale Dergisi*, 2015, 23(3): 203-214 <http://dergipark.gov.tr/download/> Erişim Tarihi: 17 Nisan 2019

Alan H, Baykal Ü. Yönetici hemşirelerin kişilik özellikleri ve etkileyen kişisel ve mesleki özellikler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018,9:2 119-128 <http://www.journalagent.com> Erişim Tarihi: 17 Nisan 2019

Taş A, Önder E. Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2010, 9:32 <http://dergipark.gov.tr/download/> Erişim Tarihi: 17 Nisan 2019

Diker O. *Algılanan liderlik tarzları, örgüt kültürü ve örgütsel bağlılık ilişkisinin turizm endüstrisinde incelenmesi* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim; 2014, Eskişehir. <http://openaccess.ogu.edu.tr> Erişim Tarihi: 17 Nisan 2019

Yılmaz H, Kantek F. Türkiye'deki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzları: Literatür İnceleme, *Sağlık Ve Yönetim Hemşirelik Dergisi*, 2016, 3:2 110-117 [www.journalagent.com/shyd](http://www.journalagent.com/shyd) Erişim Tarihi: 11 Şubat 2019

Baydın N ve arkadaşları. Kamu Hastanelerinde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Liderlik Davranışları Üzerine Bir Araştırma, *Sağlık Ve Yönetim Hemşirelik Dergisi*, 2017, 4:3 89-97 [www.journalagent.com/shyd](http://www.journalagent.com/shyd) Erişim Tarihi: 05 Ocak 2019

Tsui AS ve arkadaşları. Unpacking the relationship between CEO leadership behavior and organizational culture, *The Leadership Quarterly* 2006, 17 113-137 [www.academia.edu](http://www.academia.edu) Erişim Tarihi: 20 Şubat 2018

Duygulu, S. Önderlik. İçinde Ü Tatar Baykal , E Ercan Türkmen. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, Akademi Basın ve Yayıncılık İstanbul, 2012.

Çamlıbel N. *Çalışan hemşireler tarafından yönetici hemşirelerden beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının Karşılaştırılması (İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği)* (Tez). Beykent Üniversitesi, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı; 2012, İstanbul.

Öndeş T. *Hemşirelerin yöneticilerine ilişkin dönüşümcü liderlik algıları* (Tez). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İşletme Yüksek Lisans Programı; 2017, Gaziantep.

Ardahan M, Konal E. Hemşirelikte Yöneticilik Ve Liderlik, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6(1): 140 – 147.

Tsui AS ve arkadaşları. Unpacking the relationship between CEO leadership behavior and organizational culture , *The Leadership Quarterly* 2006, 17 113-137.

## ÖZEL, DEVLET VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ PAZARLAMA BİLEŞENLERİ ALGISININ VE TEKRAR SATIN ALMA NİYETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

### COMPARISON OF MARKETING MIX PERCEPTION AND REPURCHASE INTENTION OF HEALTHCARE SERVICE USERS OF PUBLIC, PRIVATE AND UNIVERSITY HOSPITALS

Rojan GÜMÜŞ<sup>1</sup>

#### ABSTRACT

As health sector is growing faster and competition is a major problem for health institutions, all hospitals should determine useful marketing strategies. This study aims to compare marketing mix perception and repurchase intention of healthcare service users of public, private and university hospitals in Diyarbakır, Turkey. A survey consisting 10 demographic and 23 questions of marketing mix perception, participation, brand trust, brand loyalty and repurchase intention of participants. Survey was conducted by 681 households and data was analysed by SPSS 21. According to the results of the study, product, place, promotion and participation perception means of the private hospital users were higher than that of public and university hospitals. Additionally, brand loyalty, brand trust and repurchase intention means were higher for private hospital users. It is obviously seen that health institutions trying to increase their patient numbers should utilize marketing mix elements. Also participation of patients in treatment process makes a positive effect to patients brand trust and bring loyalty and consequently repurchase intention.

**Key words:** Healthcare service users, marketing mix, private, brand loyalty, brand trust

#### GİRİŞ

Son yüzyılda tüm sektörlerde müşteri merkezli pazarlama anlayışının hakim olması Sağlık hizmetlerinde de reklam ve tanıtımdan daha çok halkla ilişkiler ve müşteri memnuniyetine önem veren pazarlama stratejileri sürdürülmesine sebep olmuştur. Diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi Sağlık kurumları da artan rekabet ortamı ve tüketicinin gün geçtikçe bilinçlenmesi ve teknoloji ile birlikte bilgiye ulaşmanın kolaylaşması sebebiyle hizmet merkezli politikalara yönelmişlerdir. Yaşadığımız çağda hastalar Sağlık kurumlarına gitmeden önce internette tarama yaparak, hastalığı hakkında bilgi alarak, hastane ve doktor seçimini özgürce yaparak, randevularını kendine uygun saatlere ayarlayarak daha başlangıcında Sağlık hizmetinin bir parçası olmaktadır. Bu yüzden Sağlık kurumlarının hastayı dışlayıcı değil tam aksine onu da tedavinin bir parçası yapacak bir anlayışı benimsemesi gerekmektedir.

Özel ve devlete bağlı Sağlık kuruluşları hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve Sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. Bu tanım Sağlık kurumlarının işlevsel tanımıdır. Halbuki Sağlık kuruluşlarını, özellikle de hastaneleri sistem yaklaşımı içerisinde ele alıp tanımlamak gerekir. Buna göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmalarına sahip sistemlerdir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Tüm Sağlık kurumlarının girdileri insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, Araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun Sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. O halde Sağlık kurumu yönetimi Açısından bakıldığı zaman hastaneler ve diğer Sağlık kurum ve kuruluşları sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzey, Sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasi sistem, Sağlık politikaları gibi, birçok bireysel , çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir (Kurtulmuş 1998).

Sağlık kurumlarının özel, kamu veya kar amacı gütmeyen üçüncü sektöre ait olması veya Araştırmaya yönelik üniversite hastanesi olması hizmet sunum şekillerini ve yönetim stratejilerini değiştirirse de yönetimde etkinlik sağlanması hepsi için birinci önceliktir. Yönetim biliminin yöntemleri Sağlık sektörü

<sup>1</sup> Dicle University /Atatürk Vocational School of Health Sciences / Turkey / [gumusrojan@gmail.com](mailto:gumusrojan@gmail.com)

için yol göstericidir. Hangi tür Sağlık kurumu olursa olsun hepsinin amacı en doğru, en kaliteli hizmeti etik kuralları gözeterek vermek ve bunu kara çevirmektir.

Sağlık kurumları diğer işletmelerden farklı özelliklere sahiptir. Bunlardan birincisi çıktının tanımlanmasının ve ölçümünün güç olmasıdır. Ayrıca Sağlık Kurumlarında işler karmaşık ve değişkendir, acildir ve ertelenemez. Sağlık Kurumlarında yapılan hataların bedelleri ağırdır ve telafisi zordur. Farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasındaki eşgüdüm çok yüksektir. Sağlık hizmetlerinde üretim stoklanamaz. Talep değişikliklerine hızlıca ayak uydurulması gereken Sağlık sektöründe, ileri düzey uzmanlaşma ve üst kalitede hizmet zorunludur. Sağlık kurumları hem tıbbi kuruluş hem eğitim kurumu, hem sosyal hizmet kurumu hem de bir işletme özelliği taşır. Tüm bu özelliklerinin yanı sıra hem toplumun faydasına Çalışmak hem de çevreye saygılı politikalar uygulamalıdır (Kavuncubaşı 2010; Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2015).

Günümüzde tüketici odaklı pazarlama anlayışı ve teknolojik gelişmeler sonucu olarak, Sağlık hizmeti kullanıcıları bilinçli bir şekilde sunulan tüm olanakları inceleme ve kendisi için en doğru kararı verebilme şansına sahiptir. Görüldüğü gibi günümüz çetin rekabet ortamında Sağlık kurumlarının hasta sayısını ve doluluk oranlarını yükseltebilmek için pazarlama bileşenlerinden faydalanmaları bir ihtiyaçtır. Bu Çalışmada Sağlık hizmetlerinin sadece hedef kitlelere ulaştırılması bir pazarlama unsuru olarak ele alınmamış, hem mal ve hizmetler (ürün), hem de Çalışanlar boyutunu ele alan, tanıtım ve reklam yöntemleri üzerinde duran, teknolojinin tüm imkânlarını dâhil eden, verimliliğe ve etkinliğe katkıda bulunurken Sağlık kurumlarını da kâr ettirecek bir pazarlama anlayışı üzerinde durulmuştur. Bu kapsamda hem Sağlık hizmeti kullanıcılarını bilinçlendirecek hem de Sağlık kurumlarına değerli çıkarımlar ile tavsiyelerde bulunabilecek bir Araştırma planlanmıştır. Bu Çalışmada Sağlık alanına özel olarak, pazarlamanın 4P'si diye adlandırdığımız Ürün (Product), Fiyat (Price), Dağıtım (Place), Tutundurma/Tanıtım (Promotion), ve Katılımcılık değişkeni incelenecek ve pazarlama bileşenlerinin Sağlık hizmeti kullanıcılarının yeniden Satın alma niyetine ne kadar etkide bulunduğu belirlenecektir.

## YÖNTEM

Bu Araştırmanın örneklemini Diyarbakır ilinde yaşayan 681 Sağlık hizmeti kullanıcısı oluşturuldu. Örneklem belirlenirken Diyarbakır ili nüfus dağılımı ve bölgelerin sosyoekonomik düzeyleri esas alındı. Anket soruları hazırlanırken Yoo, Donthu ve Lee (2000)'nin pazarlama bileşenleri algısının marka değeri algısı üzerine etkisini Araştırdığı Çalışma esas alındı. Çalışmamızın modeli Yoo, Donthu ve Lee 'den farklı olduğundan, marka güveni, marka sadakati ve katılımcılık değişkeni için oluşturulan sorular farklı kaynaklardan yararlanılarak desteklendi. Yoo, Donthu ve Lee'nin pazarlama bileşenleri ile ilgili oluşturduğu sorular, Sağlık alanına uyarlanarak, daha geniş içeriklerle soruldu. Sorular hazırlanırken, Yoo, Donthu ve Lee'nin ölçeğini geliştirerek Araştırmasında kullanan Bradley (2001) ve daha sonra bu ölçeği Türkçeleştiren Yaraş (2003)'in Çalışmasından faydalandı. Katılımcılara 10 adet demografik 45 adet de pazarlama bileşenlerinden ürün, fiyat, dağıtım/Yer, Tutundurma algısı ile ilgili soruların yanında katılımcılık değişkeni, marka güveni, marka sadakati ve tekrar Satın alma niyeti üzerine sorular soruldu. Tüm analizler SPSS 21 programı ile gerçekleştirildi.

## BULGULAR

Ankete katılanların demografik özelliklerine göre, %54'ü erkek, %46'sı kadındır. Katılımcıların %70'inden fazlası 21-50 yaş arasındaki gruptandır. %61'i evli olan katılımcıların %60'tan fazlası orta ve düşük gelirden kişilerden oluşmaktadır. %80'den fazlası lise ve üstü eğitime sahiptir. %41'i kamuda, % 26'sı özel sektörde Çalışmaktadır. %52 SGK'lı, %26'sı emekli sandığına bağlıdır. Katılımcıların en çok başvurdukları hastane türleri incelendiğinde Tablo 1'deki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların En Çok Başvurdukları Hastanelerin Dağılımı

Hastane türü	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
Devlet	290	42,6
Özel	261	38,3
Üniversite	130	19,1
<b>Toplam</b>	<b>681</b>	<b>100</b>

Sağlık hizmeti kullanıcılarının pazarlama bileşenlerinden ürün algısının devlet, özel ve üniversitesi hastaneleri açısından farkı incelenmiş, sonuçlar Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Ürün Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Ürün	Devlet	290	2,983±0,851	52,753	,000**	Dev-özel (p=0,000)
	Özel	261	3,627±0,765			Unv-özel(p=0,000)
	Üniversite	130	3,007±0,665			

Tablo 2'deki sonuçlara göre ürün algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Yer Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Yer	Devlet	290	3,554±0,868	16,594	,000**	Dev-özel(p=0,000)
	Özel	261	3,917±0,648			Ünv-özel(p=0,001)
	Üniversite	130	3,602±0,764			

Tablo 3.'deki sonuçlara göre yer algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Fiyat Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Fiyat	Devlet	290	2,871±0,931	2,376	,094	Gruplar arasında fark yok
	Özel	261	3,002±0,908			
	Üniversite	130	2,817±0,768			

Tablo 4'deki sonuçlara göre fiyat algısı Açısından hastane türlerine göre fark bulunamamıştır. (F=2,376, p>0,05).

Tablo 5. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Pazarlama Bileşenlerinden Tutundurma Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
<b>Tutundurma</b>	Devlet	290	2,994±0,823	9,094	,000**	Dev-özel(p=0,008)
	Özel	261	3,201±0,755			Unv-özel(p=0,000)
	Üniversite	130	2,869±0,737			

Tablo 5'deki sonuçlara göre tutundurma algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Katılımcılık Algısının Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
<b>Katılımcılık</b>	Devlet	290	3,044±0,868	21,917	,000**	Dev-özel(p=0,000)
	Özel	261	3,407±0,784			Unv-özel(p=0,000)
	Üniversite	130	2,863±0,898			

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

Tablo 6'daki sonuçlara göre katılımcılık algısı ortalamasının özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir

Ankete katılanlar özel, devlet ve üniversite hastanesi seçme durumlarına göre ayrılmış ve marka sadakati, marka güveni ve tekrar satın alma niyeti bu değişkene göre araştırılmıştır. İstatistiksel analiz sonuçları Tablo 7-9'da sunulmuştur.

Tablo 7. Marka Sadakatinin Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
<b>Marka Sadakati</b>	Devlet	290	3,009±0,867	11,254	0,000**	Dev-ünv(p=0,003)
	Özel	261	3,250±0,810			Özel-dev p=(0,003)
	Üniversite	130	2,861±0,728			Özel-ünv(p=0,000)

Tablo 7 incelendiğinde özel hastaneleri tercih edenlerin marka sadakatinin (F=11,254, p<0,001) daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Marka Güveninin Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Marka Güveni	Devlet	290	2,919±0,893	17,725	0,000**	Dev-özel(p=0,000)
	Özel	261	3,296±0,822			Özel-ünv(p=0,000)
	Üniversite	130	2,867±0,752			

Tablo 8 incelendiğinde özel hastaneleri tercih edenlerin, marka güveninin daha fazla olduğu görülmektedir (F=17,725, p<0,001).

Tablo 9. Tekrar Satın Alma Niyetinin Hastane Türlerine göre Karşılaştırılması

	Hastane Tercihi	N	$\bar{x}\pm ss$	F	P	Sheffe Testi
Tekrar Satın alma niyeti	Devlet	290	2,897±0,940	6,907	0,001**	Dev-özel (p=0,011)
	Özel	261	3,132±0,937			Ünv-özel (p=0,006)
	Üniversite	130	2,815±0,789			

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

Tablo 9 incelendiğinde özel hastaneleri tercih edenlerin tekrar Satın alma niyeti (F=6,907,p<0,01) diğer gruplardan daha fazladır.

## SONUÇLAR

Özel, devlet ve üniversite hastanelerini tercih eden katılımcıların hastane tercihlerinde hangi pazarlama bileşenlerinden etkilendikleri Araştırılmış, sonuçlara göre tüm pazarlama bileşenleri algısı ortalamaları özel hastaneleri kullananlarda devlet ve üniversite hastanesini kullananlardan daha yüksek çıkmıştır. Sadece fiyat değişkeni açısından farklı türde hastane kullanıcıları Açısından fark bulunamamıştır. Özel hastanelerde sunulan hizmetlerin daha kaliteli olduğu göz önünde bulundurulursa, bu hastanelerin Kullanıcılarının pazarlama bileşenleri algısının daha yüksek olması doğaldır. Fiyat değişkeninde bir fark görülmemesinin sebebi ise, insanların Sağlık söz konusu olduğunda tüm imkânlarını seferber edebilecek bir ruh durumunda olması ve maliyetleri göz ardı etmeleridir.

Katılımcıların en fazla başvurduğu hastaneyi belirtmeleri ve soruları bu hastaneye göre cevaplamaları istenmiş ve verdikleri cevaba göre kullandıkları hastaneler, devlet, özel ve üniversite hastanesi olarak sınıflandırılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde en fazla kullanılan hastanelerin %42,6 ile devlete ait olduğu, bunu %38,3 ile özel hastanelerin izlediği görülmüştür. Katılımcıların en çok başvurdukları hastaneler incelenerek, özel hastanelerin içinde de katkı payı düşük olan hastanelerin daha çok tercih edildiği belirlenmiştir. Üniversite hastanesine olan talebin nispeten düşük olduğu (%19,1) belirlenmiştir.

Sağlık hizmetleri alanında hizmet kalitesi boyutlarının hastane türlerine göre Karşılaştırıldığı ve bunun hasta tatmini, hasta memnuniyeti ve tekrar Satın alma ile ilişkisinin incelendiği pek çok Çalışmaya rastlanmıştır. Kamu, özel ve üniversite hastaneleri kullanıcıları olan katılımcılar üzerinde gerçekleştirilen bu Çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Sağlık hizmeti kullanıcıları gruplara göre veya hizmet kalitesi algısına göre farklı beklentiler içindedirler. Demirer ve Bülbül, kamu ve özel hastanelerdeki hizmet kalitesi Algısının tekrar Satın alma niyeti üzerindeki etkisini incelediklerinde özel hastanelerde hizmet kalitesi ön plana çıkarken, kamu hastanelerinde daha az önemsendiğini bulmuşlardır (Demirer ve Bülbül 2014). Çalışmanın sonuçları bu Çalışma ile benzerdir. Yağcı ve Duman (2011), Sağlık hizmeti Kullanıcılarının tekrar Satın almasını etkileyen unsurları araştırdığı çalışmasında devlet hastanelerinde muayene öncesi hizmetler ön plana çıkarken, üniversite hastanelerinde hekimlerin düzeyinin önemli bulunduğunu belirtmiştir. Bizim Çalışmamızda da özel hastanelerin ürün algısı daha yüksek çıkmıştır.

Ateş ve vd.(2004) ise, Sağlık hizmetinde hastane tercihinde en önemli unsurun Sağlık güvencesi olması ve katkı payı olduğunu bulmuş, katılımcıların maddi durum yetersizliğinden devlet hastanesini tercih ettiğini belirtmişlerdir. Taner ve Anthony (2006)'nin Çalışmasında devlet hastanelerinin tercih edilme sebebinin fiyat olduğunu özel hastanelerin ise doktor, hemşire ve yardımcı hizmetlerin kalitesi ile hastalar tarafından tercih edildiğini ileri sürmüşlerdir. Camilleri ve O'Callaghan (1998), özel hastanelerin otelcilik hizmetleri ile öne çıktığını devlet hastanelerinin ise fiyat Açısından tercih edildiğini ortaya koymuştur. Çalışmamızda fiyat unsuru önemli bir bileşen olarak ortaya konulmamıştır. Bu Çalışmanın sonuçları söz konusu Çalışmalar ile örtüşmemektedir. Tekin, devlet hastanelerinde bekleme sürelerinin çok uzun olduğunu ve özel hastaneler ile arasındaki en belirgin farkı oluşturduğunu ortaya koymuşlardır. Nana ve vd. (2010), doktorların ilgisi, açılış kapanış saatlerinin esnekliği ve tedavi kalitesi; Polşa ve vd. (2011), randevulara uyma, Çalışanların görünümü, kayıtların doğru tutulması ve kişisel ilgi; İrfan ve İyaz (2011) ise, hastalarla kurulan empati ve sorumluluk düzeyinin yüksekliği yüzünden özel hastanelerin daha fazla tercih edildiğini ortaya koymuşlardır. Çalışmamızın bulguları bu Çalışmalar ile benzer sonuçlar taşımaktadır.

Öte yandan Andaleb (2000), Shahbazve vd. (2010) ve Mostafa ve vd. (2005) gibi Araştırmacılar devlet hastanelerindeki hizmetlerin özel hastanelere göre daha kaliteli bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu Çalışmalara bakıldığında tercih edilen devlet hastanelerinin ortak özelliğinin şehir merkezlerindeki büyük hastaneler olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Jabnoun ve Chakar (2003) da hastaların devlet hastanelerindeki hizmeti yüksek kaliteli bulduğunu ortaya çıkarmıştır. Mahapatra (2013) ise hem özel hem de devlet hastanelerinin etrafın temizliği, rahatlığı, yön göstericilerin olması, uzun bekleme süreleri açısından arasında fark olmadığını ve hastaların iki tür hastaneden de hoşnut olmadıklarını belirtmişlerdir. Araslı ve vd. (2008) da aynı şekilde hem devlet hem de özel hastanelerin Sağlık hizmeti Kullanıcılarının beklentilerini karşılamadığını, fakat ihtiyaçlar doğrultusunda mecburiyetten dolayı tercih edildiğini bulmuştur. Söz konusu Çalışmalar ile mevcut Çalışmanın hem benzer hem de çelişen sonuçları bulunmaktadır.

Sonuç olarak sağlığın tüm bireyler için en önemli unsur olduğu düşünülürse, tüm Sağlık hizmeti Kullanıcılarının kendilerine en kaliteli hizmeti sunan ve ilgi gösterilen hastanelere yönelmesi doğaldır. Bu çalışmada da kalite ve ilgede öne çıkan özel hastanelerin kullanıcılar tarafından da daha olumlu bir imajla anıldığı belirlenmiştir. Gerek üniversite, gerekse devlet hastanesi olsun, tüm hastaneler özel kuruluşlar gibi, hastalarını hizmetin ve kalitenin merkezinde tutmalı ve pazarlama bileşenlerinden faydalanmalıdırlar. Rekabetin üst düzeyde olduğu ve Sağlık hizmeti Kullanıcılarının bilincinin hergün daha da yükseldiği günümüz Sağlık sektöründe Çalışmamızın sonuçlarından faydalanarak hasta memnuniyetini ön plana çıkaran Sağlık kuruluşları için başarının gelmesi doğal olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Andaleeb, S. S. (2000). Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *Health Policy and Planning*, 15(1), 95–102
- Araslı H., Ekiz E.H., Katircioglu S. T. (2008). Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: Empirical evidence from Cyprus. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 Issue: 1, pp.8-23,
- Ateş, M , Erbaydar, T , Demirkıran, K , Özhan, Cevahir, E , İşçi, E . (2004). Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (3), 319-341
- Bradley, F. (2001). Country–Company Interaction Effects and Supplier Preferences among Industrial Buyers. *Industrial Marketing Management* 30(6): 511–24. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0019850199001169>.
- Camilleri, D. and O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-33.
- Demirer, Ö. ve Bülbül, H. (2014). Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercih Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (2), 95-119.
- Irfan, S.M., & İyaz, A. (2011). Comparison of service quality between private and public hospitals: Empirical evidences from Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management*, 4(1), 1-22



- Jabnoun, N. and Chakar, M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality*, Vol. 13 No. 4, pp. 290-9.
- Kavuncubaşı, Ş. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 2. baskı İstanbul: Siyasal Kitabevi.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi*. İstanbul: Değişim dinamikleri yayınları.
- Mahapatra, S. (2013). A comparative study of service quality between private and public hospitals: Empirical evidences from India. *Journal of Medical Marketing*, 13(2), 115–127.
- Mostafa, M.M. (2005). An empirical study of patients expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (6), 516-32.
- Narang, R. (2010). Measuring perceived quality of health care services in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(2), 171-86.
- Polsa, P., Spens, K., Soneye, A., & Antai, I. (2011). Comparing the perceived quality of private and public health services in Nigeria. *Journal of Management Policy and Practice*, 12(7), 18-26.
- Shahbaz S., Kaufmann H.R. and Shehzad M. (2010). Service quality, word of mouth and trust: Drivers to achieve patient satisfaction. *Scientific Research and Essays*, 5(17), 2457-2462.
- Tengilimoğlu, D., Işık O. ve Akbolat M. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 7. baskı İstanbul: Nobel.
- Yağcı, M., Duman, T. (2011). Hizmet kalitesi - müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre Karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (2), 218-238.
- Yaraş, E. (2005). Tüketicilerin Pazarlama Karması Kararları Ve Marka Değeri Algılamaların Göre Kümeler Halinde İncelenmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi/Journal of Economics*, 19(2), 349-372.
- Yoo, B., Donthu N., ve Sungho L. (2000). An examination of selected marketing mix elements and brand equity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(195), <https://doi.org/10.1177/0092070300282002>

## TEDAVİ HİZMETLERİNE ERİŞİMDE ÖDEME GÜÇLÜĞÜ İLE ÖDEME TÜRLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

### THE RELATIONSHIP BETWEEN PAYMENT DIFFICULTIES AND TYPES OF HEALTH FINANCING IN ACCESS TO HEALTH SERVICES

Fatma KANTAŞ YILMAZ [1]  
Betül AKALIN [2]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Healthcare services should be offered to all citizens equally and consistently to generate a healthy society. This is only possible with a sustainable source of health financing. In Turkey, social security system, based on the premium payment system and the public finance, covers 85.5% of the population in 2016. However, for various reasons, there are people who can't access health services such as dental, mental and medical care due to payment difficulties.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to investigate whether there is a relationship between payment difficulties to various health care services (medical care, dental care, prescribed medication, mental care) and the types of health financing, according to 2014 and 2016 Health Survey data.

**Method:** This is a descriptive study, and the survey sample is representative of the entire Turkish population. Analyzes were made based on the data of 2014 - 2016 of the Turkish Health Surveys conducted by the Turkish Statistical Institute using SPSS. Chi square is used to reveal the relationship between payment difficulties to access various health care services (medical care, dental care, prescribed medication, mental care) and the types of health financing.

**Findings and Results:** In this research, it was found that the proportion of those who have payment difficulties for medical care, dental care, mental care and prescribed medication decreased significantly in 2016 compared to 2014. The results showed that there was a significant relationship between payment difficulties to access medical care, dental care, prescribed medication and types of health financing such as Social Security Institution, out-of-pocket payments, private health insurance, private fund, general health insurance and green card in 2014 - 2016. Also, it was found that there was no significant relationship between the payment difficulties to access mental health services and private funds and private health insurance in 2016.

**Key Words:** Health financing, payment difficulties

[1] University of Health Sciences / Faculty of Health Sciences / Health Management /fatmakantas.yilmaz@sbu.edu.tr /Turkey

[2] University of Health Sciences / Faculty of Health Sciences / Health Management /betul.akalin@sbu.edu.tr /Turkey

#### GİRİŞ

Sağlığın en temel insan hakkı olduğu ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında yer alması ile birlikte ülkelerin vatandaşlarına Sağlık hizmeti sunması önemli bir hal almıştır. Sağlık hizmeti acil, ertelenemeyen, ikamesi mümkün olmayan, emek yoğun ve teknolojiye dayalı bir hizmet olmasına karşın ülkelerin Sağlık hizmetine ayırdığı kaynaklar sınırlıdır. Dünyada Sağlık harcamalarının her geçen gün artmasıyla birlikte Sağlık hizmeti finansmanında sürdürülebilir bir yapı oluşturmak gittikçe daha zor ve bir o kadar önemli hale gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü raporunda (2000) sağlık finansmanı Sağlık sisteminin dört fonksiyonundan biri olarak tanımlamıştır. Sağlık finansman sistemi; gelir toplama, fon havuzu oluşturma, gerekli Sağlık hizmetinin Satın alınması için belirli alt fonksiyonları ve politikaları aynı zamanda yararlanma oranı hakkını tanımlamak için politikaları içerir (1).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, özel ve kamusal finansman kaynakları şeklinde ikiye ayrılarak incelenmektedir. Özel nitelikli finansman; cepten ödemeler, özel Sağlık sigortacılığı, tıbbi tasarruf hesapları olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Cepten ödemeler ise doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve enformal ödemelerden oluşmaktadır. Kamusal nitelikli finansman ise sosyal Sağlık sigortacılığı ve vergilerle finansmandan oluşmaktadır (2).

Dünyadaki finansman yöntemleri incelendiğinde birçok ülkede hem vergiler hem de sosyal sigorta primleri ile hane halklarının cepten yaptığı ödemeler ve özel Sağlık sigortasının aynı anda mevcut olabildiği görülmektedir. Örneğin İngiltere vergilere dayalı Sağlık finansmanına sahipken daha az oranda cepten ödemeler ve özel Sağlık sigortası da vardır. Bu nedenle bir ülkenin Sağlık finansmanı incelenirken ağırlıklı olan model baz alınır (3).

Türkiye’de toplumun % 87,1’ini kapsayan (2016 yılı) ve prim ödeme esasına dayalı genel Sağlık sigortası modeli yanı sıra kamu yardımı modeli ve cepten ödemeler yer almaktadır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) SGK çatısı altında birleştirilmiş ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur. GSS’de bireylerin Sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımını sağlayan bir finansman yöntemi uygulanmaktadır. Alınan primler, devletin diğer gelirlerinden ayrı bir fonda toplanmakta ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenmektedir. Bazen sigorta finansmanına devlet de katılmaktadır. Bu katkısı, ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi şeklinde olabileceği gibi primler gideri karşılamazsa aradaki açığı kapatma şeklinde de olabilmektedir. Kısaca GSS; toplumdaki bireylerin tamamını kapsayan Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı sosyal bir sigortadır (4).

Türkiye’de Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı genellikle “Sağlık yardımı” mantığı ile işlemektedir. Vergilerle finansmanın en önemli uygulaması Yeşil Kart’tır. Bunun dışında bazı özel yasalarla bazı nüfus gruplarına sosyal Sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür. Türkiye’de ayrıca Sağlık finansman yöntemlerinden biri de doğrudan hastalar tarafından yapılan cepten ödemelerdir. Sağlık Harcamalarının toplam Sağlık harcaması içindeki oranı %17,1 olup 2017 yılı kişi başı cepten yapılan Sağlık harcaması 299 ₺ (nominal) olarak belirtilmektedir (5).

Ülkelerin ideal bir Sağlık finansman modelini oluşturmaları oldukça zordur. Sağlık finansmanı birçok boyutu kapsayan bir kavram olup ülkenin siyasi duruşundan, sosyal-demografik yapısı, Sağlıkta örgütlenmeye kadar birçok boyutla ilişkisi vardır ve bu bağlamda ele alınmalıdır. Bu çalışmada 2014 – 2016 yılı Türkiye Sağlık Araştırmaları verilerine göre tıbbi bakım, dış bakımı, reçete edilen ilaçlar, ruhsal tedavi konularında Sağlık hizmetlerine erişimde ödeme güçlüğü ile Sağlık finansman türleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek amaçlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu Çalışma, tanımlayıcı bir Araştırma olup evrenini Türkiye oluşturmaktadır. İki yılda bir Türkiye İstatistik Kurumu tarafından Türkiye’de halkın genel Sağlık özelliklerinin ortaya çıkarılması ve Sağlık göstergelerine yönelik veri elde edilmesi amacıyla yapılan Türkiye Sağlık Araştırmaları 2014 ve 2016 yılı verileri analiz edilmiştir. Araştırmanın kapsamı, Türkiye sınırları içerisindeki tüm yerleşim yerleridir. Veri kaynağını örneğe seçilen hane halkı oluşturmaktadır (6). Anket formu, 0-6 yaş, 7-14 yaş ve 15 yaş ve üzeri olmak üzere üç farklı soru formundan oluşmaktadır. 15+ yaş grubu soru formunda yer alan “son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu?” sorusu baz alınmıştır. Türkiye Sağlık Araştırmasında 2014 yılında toplam 26.075, 2016 yılında ise 23.606 kişi yer almıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS ver. 20 paket programı kullanılmıştır. Bu Çalışmada, tıbbi bakım, dış bakımı, ruhsal tedavi ve reçete edilen ilaçlar konusunda Sağlık hizmetlerine ulaşımda ödeme güçlüğü ile Sağlık finansman türleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek amaçlanmıştır.

## **BULGULAR**

Türkiye Sağlık Araştırmaları 2014 ve 2016 yılı veri setinde, ihtiyaç duyulan tedaviler olduğu halde ödeme güçlüğü ile ilgili tedavi alamayan bireyler bulunmaktadır. Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? sorusuna verilen yanıtlar tablo 1’de sunulmuştur. 2016 yılında, 2014 yılına göre tedavi ihtiyacı ile ödeme güçlüğüne evet diyenlerin oranında büyük düşüş yaşandığı göze çarpmaktadır.

**Tablo 1: Ödeme Güçlüğü ve Aşağıdaki Tedavi İhtiyacı**

Tedavi İhtiyacı		2014		2016	
		n	%	n	%
Tıbbi Bakım	Evet	2382	12,5	1474	8,5
	Hayır	13881	72,6	14277	82,8
	İhtiyacım olmadı	2866	15	1491	8,6
Diş Bakımı	Evet	2600	13,6	1662	9,6
	Hayır	12195	63,8	13666	79,3
	İhtiyacım olmadı	4334	22,7	1914	11,1
Ruhsal Tedavi	Evet	719	3,8	392	2,3
	Hayır	10343	54,1	13007	75,4
	İhtiyacım olmadı	8067	42,2	3843	22,3
Reçete Edilen İlaç	Evet	1899	9,9	987	5,7
	Hayır	14804	77,4	15100	87,6
	İhtiyacım olmadı	2426	12,7	1155	6,7

Sağlık harcamalarının karşılanma şekli ele alındığında ise büyük oranda SGK olduğu katılımcılarda bu oranın 2014 yılında % 61,6, 2016 yılında ise % 75,5 olduğu görülmektedir (tablo 2). Sağlık harcamalarını cepten ödeyenlerin oranı 2016 yılında (% 9,6) 2014 yılına (%19,2) göre oranın azaldığı görülmektedir. Özel Sağlık sigortası oranının 2014 yılında % 1,4, 2016 yılında ise % 2,1 olduğu görülmektedir.

**Tablo 2: 2014 - 2016'da Sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri**

Masrafların Karşılama Şekilleri	2014		2016	
	n	(%)	n	(%)
SGK	20884	61,6	19371	72,5
GSS	1113	3,3	2994	11,2
Özel Sağlık Sigortası	474	1,4	553	2,1
Özel Sandık	127	0,4	122	0,5
Kendisi	6516	19,2	2556	9,6
Diğer	701	2,1	21	0,1
Sağlık güvencesi yok	1644	4,9	1095	4,1
Yeşil Kart	2434	7,2	...	...
<b>Toplam</b>	<b>33.893</b>	<b>100,0</b>	<b>26.712</b>	<b>100,0</b>

Yapılan detaylı analizlerde, 2014 ve 2016 yılı verilerine göre tıbbi bakım, reçete edilen ilaç ve diş bakımı alanında ödeme güçlüğü ile Sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri olan Sosyal Sigorta Kurumu, genel Sağlık sigortası, özel Sağlık sigortası, özel sandık, kendisi cepten ödemeler ve diğer arasında anlamlı bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. 2016 yılında, ruhsal tedavi konusunda ödeme güçlüğü ile tedavi masraflarının karşılanma şekli olan özel Sağlık sigortası ile özel sandık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

**Tablo 3: Sağlık hizmetlerine erişimde ödeme güclüğü ile Sağlık finansman türleri, 2016 yılı**

Tedavi Masraflarını Karşılama Şekli	Tıbbi Bakım		Diş Tedavisi		İlaç		Ruhsal Tedavi	
	$X^2$	$p$	$X^2$	$p$	$X^2$	$p$	$X^2$	$p$
SGK	629.463 <sup>a</sup>	.000	282.706 <sub>a</sub>	.000	682.022 <sub>a</sub>	.000	203.643 <sup>a</sup>	.000
Özel Sağlık Sigortası	17.827 <sup>a</sup>	.000	10.290 <sup>a</sup>	.001	6.992 <sup>a</sup>	.008	1.925 <sup>a</sup>	<b>.165</b>
Özel Sandık	9.032 <sup>a</sup>	.003	6.139 <sup>a</sup>	.013	3.649 <sup>a</sup>	.056	.673 <sup>a</sup>	<b>.412</b>
GSS	365.080 <sup>a</sup>	.000	159.028 <sub>a</sub>	.000	440.765 <sub>a</sub>	.000	133.854 <sup>a</sup>	.000
Cepten Ödeme	186.733 <sup>a</sup>	.000	201.871 <sub>a</sub>	.000	154.365 <sub>a</sub>	.000	60.916 <sup>a</sup>	.000

## SONUÇ

Ülkemizde Sağlık harcamalarının büyük bir kısmını kamu harcamaları oluşturmakta olup sigortalı nüfus oranı 2017 yılında %87,1'dir. Toplam Sağlık harcamaları içerisindeki cepten harcama oranı 2017 yılında %17,1'e gerilemiştir (7). Kamunun Sağlık finansmanında önemli bir yerinin olması ve sosyal Sağlık sigortası primlerine dayalı bir sistem olması nedeniyle tıbbi bakım, reçete edilen ilaç ve diş bakımı hizmetlerine erişimde ödeme güclüğü ile Sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ancak, 2016 yılında ruh sağlığı hizmetlerine erişimde ödeme güclüğü ile özel sandık ve özel Sağlık sigortası arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuş olup bu durumun ruh sağlığı hizmetlerinin genellikle özel Sağlık sigortası kapsamında teminat dışında kalan hizmetler olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık hizmetlerine erişim ve memnuniyet artmış ve Sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaşanmıştır. Sağlık harcamalarının her geçen gün artması nedeniyle gerekli önlemlerin alınması ve sürdürülebilir bir Sağlık finansman modelinin sağlanması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Kutzin, J., Cashin, C., & Jakab, M. (2010). Implementing health financing reform. *World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 7(5).
2. Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=86970736&site=eds-live&authtype=uid>
3. Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD)*, 1(1).103-133
4. Çiftçi, H. İ (2011). Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
5. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>
6. TÜİK. "Türkiye Sağlık Araştırması", 2016. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095) Erişim: 15 Kasım 2017.
7. Yenimahalleli Yaşar, G. (2018). Genel Sağlık Sigortası: Tam Kapsayıcılık Düzeyi ve Sağlık Durumuna Etkisi. Türkiye'de Sağlık Finansmanının Bugünü ve Geleceği 2023 Sempozyumu. Nisan 2018. <https://add.org.tr/wp-content/uploads/2018/05/G%C3%9CLB%C4%B0YE-Y-YA%C5%9EAR-ADD-2023-Sempozyumu-Nisan-2018.pdf>

## COMPARISON OF BUDGETING SYSTEMS BETWEEN PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS

Pınar GÜNGÖR KETENCİ[1]  
Sıdıka BALCI MİL[2]  
Fatma KANTAŞ YILMAZ [3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Forthcoming incomes and expenditures of institutions are estimated in the budgets. Public and private hospitals need to provide better quality and more efficient services and increase patient and employee satisfaction in order to respond to changing and increasing health care demands. To achieve this, an effective strategic planning and budgeting is required.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to reveal the importance of budgeting, how the systems work in public hospitals, what are the budget parameters, how to organize the budgeting systems of private hospitals and what their functions are. Also, this study intends to compare the budgeting activities of public and private hospitals in Turkey.

**Method:** for this purpose, a semi-structured interview method was conducted with a specialist responsible for the Budget Unit of the Istanbul Provincial Health Directorate, two directors of designated public hospitals, and two individuals responsible for accounting and financing departments of two private hospitals. During the interview, information was collected about the budget team, the functioning of the units in the team, the legislation, and the duties and responsibilities of the employees.

**Findings and Results:** This study revealed that the budgeting systems of private and public hospitals differ in terms of financing source and control, the application of accounting procedures and relevant legislation. Additionally, registration - accounting systems, employee' wage payments and their human resources management are different in public and private hospitals.

**Key Words:** Budget, accounting, budgeting system, hospital budget.

[1] Erenkoy Physical Therapy and Rehabilitation Hospital / Nurse / Turkey / p\_gungor18@hotmail.com

[2] Istanbul Provincial Health Directorate / Specialist /Turkey

[3] University of Health Sciences / Faculty of Health Sciences / Health Management /Turkey

### GİRİŞ

Toplumların demografik ve epidemiyolojik yapılarında yaşanan değişimler, hızla gelişen tıp teknolojisi, bireylerin Sağlık anlayışının farklılaşması ve Sağlık okuryazarlığının artması Sağlık hizmeti Kullanımını arttırmıştır. Kamu ve özel hastanelerin değişen ve artan Sağlık hizmeti taleplerine cevap verilebilmesi için daha kaliteli ve daha verimli hizmet sunması, hasta ve Çalışan memnuniyetini arttırması gerekmektedir. Bunun gerçekleştirilmesi için etkili bir stratejik planlama ve bütçelendirme yapması gerekmektedir.

Bütçe yazılı bir doküman olmaktan çok aynı zamanda devlet faaliyetlerinin takip edilebildiği ve gelir-gider dengesinin incelenebildiği mali bir belgedir. Bu nedenle bütçenin nasıl düzenlendiği, kayıtlarının nasıl tutulduğu önemli bir konudur. Bütçe düzenleme tekniği ve bütçe sistemleri zaman içinde değişme ve gelişme göstermiştir. Günümüzde devlet bütçesine yönelik uygulamalar, devlet yapısının değişimi, toplumsal ihtiyaçların çeşitlenerek artması ve kaynakların sınırlı olması gibi temel değişkenler nedeni ile zorunlu olarak değişim ve gelişim göstermektedir. Bu durum kurumların sadece harcama ve gelir kalemlerinin listelendiği en ilkel bütçe sisteminden, çıktı ve sonuç odaklı bütçe sistemine kadar birçok değişim yaşanmasına ve farklı bütçe sistemlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Kamu ve özel hastanelerde bütçeleme kurumların sürekliliği, etkililiği, verimliliği gibi hususlardan dolayı son yıllarda daha da önem kazanmıştır. Kamu hastanelerinde özel hastanelere istinaden döner sermaye dağıtımı sebebiyle karmaşık hesaplamalar ve birbirinden Bağımsız olarak uygulanan karma bütçeleme sistemleri kullanılmaktadır.

Yapılan bu Araştırma, son yıllarda Sağlık hizmet sunucusu olarak ivme kazanan kamu hastanelerinin bütçeleme faaliyetlerinde kullanılan sistemlerin nasıl işlediğini, bütçe parametrelerinin neler olduğunu; özel hastanelerin bütçeleme sistemlerinin nasıl örgütlendiğini ve işlevlerinin ne olduğu aktarılmaya Çalışılarak özel ve devlet hastanelerinin bütçeleme sistemlerinin kıyaslanması amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kapsamında Sağlık tesislerinde muhasebe ve finansman departmanının nasıl işlediğini tespit etmek amacıyla İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Bütçe Biriminden sorumlu bir uzman ve belirlenen iki kamu hastanesinin bir müdür ve bütçeden sorumlu bir müdür yardımcısı ile iki özel hastanenin muhasebe ve finansman departmanlarının ilgilileriyle yarı yapılandırılmış mülakat yöntemiyle görüşme yapılmıştır. Görüşmeler yapılmadan İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve hastane yönetimlerinden sözlü izin alınmıştır. Kamu hastanelerinin muhasebe departmanının işleyişi hakkında bilgi almak üzere birim sorumluları ve müdürleri ile mülakat yapılmıştır. Mülakat sırasında bütçeleme ile ilgili birimlerin neler olduğu, bütçe oluşturma aşamasının basamakları, iş ve işlemler gerçekleştirilirken hangi mevzuatlara tabi olduklarını tespit etmek amacıyla yarı yapılandırılmış mülakat soruları yöneltilmiştir. Özel hastanelerle görüşmeler ise ilgili departmanın Çalışanlarıyla ve sorumlularıyla gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan yarı yapılandırılmış mülakat sorularının geçerliliğini sağlamak için bu konuda uzman olan iki Çalışma arkadaşından yararlanılmıştır. Sorular, Araştırmanın amacına uygun olup olmadığı kapsam geçerliliği yönünden değerlendirilmiştir. Uzman değerlendirmeleri sonucunda soruların Çalışmanın amacına uygun olarak hazırlandığı görülmüştür. Pilot Çalışma bir eğitim ve Araştırma hastanesinin bütçe hazırlama biriminde gerçekleştirilmiş soruların anlaşılabilirliği birim Çalışanlarına inceletilerek gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Mülakat sorularının analizinde içerik ve betimsel analizden yararlanılmıştır. Mülakata katılan bireylerin söyledikleri ifadeler alınarak bulgular kısmında sunulmuştur. Elde edilen bilgilere göre hem özel hastanelerde hem de kamu hastanelerindeki bütçe konusundaki örgütlenme ve işleyiş açıklanacak, Sağlık Bakanlığı'nın bütçeleme ile ilgili mevzuatları da incelenerek bulgular ve sonuç kısmında özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasındaki farklılıklar irdelenmiştir.

## BULGULAR

Bu kısımda kamu hastanesi ve özel hastanelerin bütçeleme ile ilgili birimleri, birimlerde gerçekleştirilen iş ve işlemler ile mevzuatlar aktarılmaya çalışılacaktır.

### Kamuya Bağlı Sağlık Tesislerinde Bütçe Uygulamaları

Kamu hastanelerini için bütçe yıllık belirlenmekte olup tek bir bütçeleme sistemi değil bir kaç bütçeleme sistemleri bir arada kullanılmaktadır. Bütçe, esas itibarıyla bir kanun olmasına karşın bütçe yasa tasarısının hazırlanması, mecliste görüşülmesi ve kanunlaşması Açısından özellik arz eden bir kanundur. Bütçe yasası kamu yönetiminin faaliyetlerini hukuki normlara bağlayan bir yasadır. Ülkemizde devlet bütçesi yasal dayanağını Anayasa ve 5018 sayılı Kanundan almaktadır. 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile devlet bütçesinin esas ve şekle ait hükümlerini, hazırlama esaslarını ve bütçenin uygulanmasını esaslı bir şekilde saptamış ve yasal ilkeleri belirlemiştir (1).

Sağlık Bakanlığı ile Dünya Bankası arasında 28 Eylül 1994 tarihinde yapılan ikraz anlaşması ile Sağlık sektörünün yapısında köklü değişiklikler yapılması öngörülmüştür (2, 3). Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ile adem-i merkeziyetçi bir yapıdan doğrudan vatandaşa hizmet veren Sağlık kuruluşlarının, ağırlıklı olarak hastanelerin "idari- mali yönden özerk işletmeler" haline gelmesi sağlanmıştır. 02.11.2011 tarihinde çıkarılan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile bu süreç başlatılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin son 15 yılda gelişerek ve halen devam eden yeniden yapılanma sürecinde finansal açıdan bütçelemenin önemi ve kaynakların verimli kullanılması bağlı kurumların verimliliğinin değerlendirilmesinde önem arz etmektedir. Kamu Sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan yenilikler özel sektör Sağlık hizmetleri oyuncuları ile devlet eli ile yönetilen Sağlık kuruluşları arasında rekabet ortamının oluşmasını sağlamaktadır. Kamu Sağlık hizmetleri, verimlilik karneleri ile değerlendirilmekte olup bunların içinde mali kriterler başlığı altında bütçe kalemleri de analiz edilmektedir. Kamu Sağlık hizmetleri sunucularının bütçe oluşturma süreci Sağlık Bakanlığı bütçesinin oluşturulması ile başlamaktadır. Bakanlık bütçesinin illere göre dağılımını takiben il düzeyindeki bütçenin dağılımı, ildeki kamu Sağlık kurumları tarafından hazırlanan bütçelerin onayı, takibi ve değerlendirilerek analiz edilmesi İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılmaktadır.

Hastanelerde bütçeleme sisteminin can damarını yeterli bir finansal kontrolün yapılabilmesi oluşturmaktadır. Kamu hastanelerinde finansal bileşenleri genel muhasebe, maliyet muhasebesi, finansal tabloların ve maliyetlerin iyi analiz edilmesi ve analiz edilen verilerin istatistiki olarak anlamlandırılması

oluşturmaktadır. Bu bileşenler ile Tek Düzen Muhasebe Hesabına uygun hesap planı oluşturulmakta ve böylece bu hastanenin işletme bütçesi oluşturulmaktadır. Bütçe oluşturulurken Sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan malzemelerin ve direkt ilk maddelerin bütçelerinin hazırlanması önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu farklı birimlerden olduğundan farklı işletmelerdeki gibi standart mamul direkt ilk madde ve malzeme ilişkisi oluşturulamamaktadır. Birimler arasında farklılıklar olduğu gibi klinikler arasında bile farklılıklar görülebilmektedir. Kliniklerdeki yatan hastaların farklı hastalık gruplarında olması, iyileşme sürelerinin değişkenlik göstermesi, hizmet sunumunda kullanılan tıbbi sarf malzeme – ilaç gibi bileşenlerin her hasta için ayrı unsurları içermesi gibi nedenler bütçe hazırlamada dikkat edilmesi gerekliliğini doğurmaktadır. Bu nedenle klinikler için direkt ilk madde ve malzeme bütçesi hazırlanırken geçmiş dönemlerde kullanılan sayılar gelecek dönem için uyarlanarak mali profil çıkarılmaktadır.

Hastanelerde genel bütçe işlemlerine ait muhasebe işlemleri Maliye Bakanlığı'nın Saymanlık Teşkilatı içinde yer alan mal müdürlükleri, muhasebe müdürlükleri, defterdarlık tarafından yürütülmektedir. Burada hastaneler hazine tarafından finanse edilir ve bu idareler 5018 sayılı yasaya ekli I sayılı cetvelde yer almaktadır.

Kamu Sağlık tesisleri de tıpkı özel Sağlık işletmeleri gibi ürettiği hizmeti ücretlendirerek karşılığında elde ettiği gelirle hizmetin devamlılığını sağlamak ve hizmetin %95'ten fazlası da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) hastalarına verilmektedir. SGK'lı hastalara sunulan hizmetin karşılığında gelir elde edilmekte ve bu gelirler döner sermaye bütçesini oluşturmaktadır. 2009'dan itibaren ortalama Sağlık hizmeti verileri dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve SGK arasında global bütçe protokolü imzalanarak ücretlendirme yapılmaktadır. Global bütçe ile Sağlık Bakanlığı tarafından SGK'ya sunulan Sağlık hizmeti karşılığı hizmet bedeli fatura edilmesi yerine, iki kurum arasında yapılan global bütçe anlaşmasına göre tahsilat yapılmaktadır.

Döner sermaye bütçesi, Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk yıllarında Sağlık tesislerinin giderlerinin bir kısmında ve daha çok Sağlık Çalışanlarının emeğinin karşılığını vermekte kullanılıyorken, bugün gelinen noktada, Sağlık tesislerinin tüm giderleri ve son yıllarda gelen yeni mali yüklerin tamamı döner sermaye tarafından karşılanır hale gelmiştir (4).

Hastanelerde döner sermaye bütçe işlemlerine ait muhasebe işlemleri Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) üzerinden yürütülmekte olup, tüm kamu hastanelerinde 2004 yılından itibaren kullanılmaktadır.

Genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerince, taşınır ve taşınmaz edinilmesi, yönetilmesi, trampası, elden çıkarılması, ecimisinin tahsil ve takibinde izlenecek yöntem, Devletin hüküm ve tasarrufu altındaki yerlerin yönetimi ve korunması, işgalli malların tahliyesi gibi hususlar ilgili kanunlarında düzenlenir. Bu malların kaydı ile taşınırın muhafazası, kullanımı, mal yönetim hesabının verilmesi ve mal yönetim sorumlularıyla bunlar adına görev yapacak olanların belirlenmesine ilişkin usûl ve esaslar, Maliye Bakanlığınca hazırlanacak ve Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmeliklerle belirlenir (5). Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı hastanelerinde taşınır mal muhasebesi için 28.12.2006 tarihinde çıkarılan Taşınır Mal Yönetmeliği (TMY) kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde hem merkezi olarak, hem de taşra birimlerinde taşınır mal kayıtları Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS) üzerinden takip edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan bina, arsa, arazi, yer altı ve yer üstü düzenekleri taşınmaz mal olarak kabul edilmekte olup, kayıtları ve takibi 01.01.2006 tarihinde yürürlüğe giren "Kamu İdarelerine Ait Taşınmazların Kaydına İlişkin Yönetmelik" kapsamında yapılmaktadır.

Kamu hastanelerinde mevzuata göre belirlenen Muhasebe uygulamalarına ilişkin çeşitli birimler yer almaktadır. Bunlar;

- Gelir Tahakkuk Birimi
- Gider Tahakkuk Birimi
- Muayene Kabul Birimi
- Taşınır Kayıt Kontrol İşlemleri Birimi
- Maaş Mutemetliği Birimi



#### ➤ Döner Sermaye Birimi

➤ Vezne Birimleri'nden oluşmakta olup, her türlü onay işlemi Başhekim (Harcama Yetkilisi), Gider ve Gelir Gerçekleştirme Görevlisi (İdari ve Mali İşler Müdürü) ve ilgili birimler tarafından yürütülmektedir.

#### Özel Hastanelerde Bütçe Uygulamaları

Özel hastanelerin muhasebe uygulamalarına ilişkin işlemleri, medikal muhasebe, finansal muhasebe ve finans bölümü tarafından gerçekleştirilir. Mali nitelikli işlemler muhasebe ve medikal muhasebe birimleri tarafından gerçekleştirilirken, ödeme ve tahsilat işlemleri ise finans departmanı tarafından yürütülmektedir.

Yapılan işlemler şunlardır;

- Kredi kartı ödemelerinin takibi ve hesaplara aktarımının yapılması
- Kasaların sayımı ve alınması
- Satın alma biriminden gelen faturaların işlenmesi
- Cari hesap ile Çalışılan firmaların takibi ve mutabakatların yapılması
- Nakit ve vadeli ödemelerin takibi
- Banka hesaplarının takibi, çek ve diğer ödemelerin yapılması
- Kredi Kullanımları ve geri ödemelerin takibi
- Yeminli mali müşavir ve serbest muhasebeci Mali Müşavir taleplerinin karşılanması

Özel hastanelerde de kamuya benzer olarak üretim giderleri (personel giderleri, mal alım giderleri, destek hizmet giderleri vb.) hastaneden hastaneye farklılık gösteren gelir kalemlerine göre denge gözetilerek hastane bütçesi oluşturulur ve üst yönetime finans müdürü tarafından sunulur, onay alındıktan sonra uygulamaya geçilmektedir.

#### SONUÇ

Kamu hastanelerinin ve özel hastanelerin bütçeleme ile ilgili iş ve işlemlerin farklı mevzuatlar çerçevesinde yürütüldüğü görülmektedir. Kamu ve özel Sağlık kurumları arasındaki saptanan bütçeleme sistemindeki farklılıklar aşağıda sınıflandırılmıştır:

Finansman kaynağı Açısından; Kamu Sağlık işletmelerinin finansmanı, Sağlık Bakanlığı bütçesinden illere ayrılan payın (yıl sonunda Sağlık kuruluşları tarafından ayrı ayrı belirtilen bütçelerin toplamı, o ile ait ortalama bütçe miktarını oluştururken baz alınır) İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, tüm ildeki kamuya ait Sağlık kurumlarına paylaştırılması ile sağlanırken; özel de ise çeşitlilik göstermektedir.

Muhasebe işlemlerinin uygulayıcıları bakımından; Kamuda muhasebe işlemleri yukarıda belirtilen farklı birimlerde görevli kendi bünyesinde yer alan kişilerce gerçekleştirilirken, özelde ise yöneticiler tarafından yapılan iş tanımları ve imza yetkisi verilen kişilerce gerçekleştirilmektedir. Ayrıca yasal yükümlülükler için Serbest Muhasebeci Mali Müşavirlik ve Yeminli Mali Müşavirlik Hizmeti Satın alabilirler.

Finansman kontrolü bakımından; Finansman kontrolü kamu Sağlık işletmelerinde harcama yetkilisi olan hastane başhekimisi ve gerçekleştirme görevlisi olan İdari - Mali İşler Müdürü tarafından yapılırken, özelde hastane genel müdürü yada görevlendirilmiş yönetim kurulu üyesi kontrolündedir.

Tabi olunan mevzuatlar Açısından; Özel Sağlık işletmeleri "Ticaret Kanunu"na tabi iken ilişki içinde oldukları Özel Sağlık Kuruluşları ve Sosyal Güvenlik Kurumları ile ilgili olarak istenilen şartlarda belge hazırlanması, dosyalanması ve gönderimini sağlamak zorundadır. Bu görevler "Medikal Muhasebe" tarafından sağlanmaktadır. Kamuda ise 5018 Sayılı Kamu Yönetimi ve Kontrol Kanunu, Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği ve 663 ve 694 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname maddelerine göre uygulanmaktadır.

Kayıt ve muhasebe sistemleri bakımından; Kamuda işlemler Tek Düzen Muhasebe Sistemi üzerinden yürütülürken, özelde ise TDMS, Uluslararası Finansal Raporlama Standardı; Vergi Usul Kanunu, Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanmaktadır. Kamu da TDMS muhasebe programı uygulanmakta iken özelde ORKA Muhasebe Programı E-Fatura zorunluluğu nedeni ile yoğun olarak kullanılmaktadır.

Sağlık hizmeti verenlerin seçimi ve ücret ödemeleri açısından; Özelde insan kaynakları departmanı tarafından seçilmekle beraber bazı durumlarda Yeminli Mali Müşavir ve Serbest Muhasebeci tarafından yönlendirme yapılabilmektedir. Kamuda görevlendirmeler KPSS ile gerçekleştirilirken, muhasebe işlemlerini yürütecek Çalışanların görev ve sorumluluk paylaşımı ilgili mevzuata göre yapılmaktadır. Özelde ücret hesaplamaları yöneticiler tarafından belirlenen şartlarda muhasebe elemanı tarafından hesaplanır ve üst yönetici onayından sonra ödeme gerçekleştirilmektedir. Kamuda ise Çalışan ödemeleri, yolluklar vb. ödemeler maaş mutemedi tarafından hazırlanmaktadır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, “Bütçe Hazırlama Süreci“ <http://www.bumko.gov.tr/TR,41/butce-hazirlama-sureci.html> Erişim: 14 Şubat 2018
2. Kutbay, E. (2002) “Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye”, Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi, 3(11-12), 33-35.
3. Tanrıverdi, H. (2002) Sağlık Sektöründe Özerkleşmenin Boyutu ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
4. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, “Döner Sermaye“, <http://www.saglikksen.org.tr/yazi/110/saglikksen.org.tr> Erişim: 14 Şubat 2018
5. Resmi Gazete,” Taşınır Mal Yönetmeliği”, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/01/20070118-6.htm> Erişim: 21 Mart 2018

## RATIONAL DRUG USE EVALUATION FOR PHARMACIST TECHNICIANS

### ECZANE TEKNİSYENLERİNE YÖNELİK AKILCI İLAÇ KULLANIMI DEĞERLENDİRMESİ

Müjdat YEŞİLDAL [1]  
Muhammed Yusuf AYDAMAK [2]

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In our age, the importance of the drug has increased with the ease of Access to drugs and medication. The drug is effective only when used rationally. In active use, the services provided by the pharmacy are of key importance. In this study, we aimed to investigate the use of rational drugs.

**The Purpose of the Study:** The aim of the study was to evaluate the knowledge and skill level of Rational Drug Use of free pharmacy employees and to contribute to the field based on the findings.

**Method:** The quantitative research design was used in the study and the sample size consisted of 214 people. In the data collection form, Rational Drug Use Scale developed by Demirtaş et al. (2018) was used. In our study, t-test, ANOVA and Correlation tests were conducted.

**Findings and Results:** Of the participants, 79.4% (170 persons) were male and 20.6% (44 persons) were female. The mean score of the participants in the Rational Drug Use Scale was found to be  $\bar{x} = 36,02 \pm 4,69$ . A significant difference was found between the Rational Drug Use Scale and age, education level and marital status, respectively. In addition, there was no significant difference between the Rational Drug Use Scale and pharmacy education. Finally, a very weak positive correlation was found between Rational Drug Use Scale and age and experience. The level of knowledge of Rational Drug Use is higher in participants who are older, married and have a high education level. Revision of the training given to pharmacy technicians.

**Keywords:** Rational DrugUse, Free Pharmacy, Pharmacy Technicians

[1] Selçuk University/Healthcare Management/Turkey/ [mujdatyesildal@gmail.com](mailto:mujdatyesildal@gmail.com)

[2] Selçuk University/Healthcare Management/Undergraduate Student/Turkey

#### GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1985'de Nairobi'de düzenlediği konferans Akılcı İlaç Kullanımı'na (AİK) yönelik ilk kapsamlı çalışmadır. Konferansın sonuç raporunda AİK, "İlaçların Akılcı Kullanımı, hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları kendi bireysel ihtiyaçlarını karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca ve kendileri ve topluma en düşük maliyette temin etmelerini gerektirir." şeklinde tanımlanmaktadır(WHO, 1987, p. 299). Diğer bir tanım ise şüphelidir:"Akılcı ilaç Kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme sürecidir"("Akılcı İlaç Kullanımı'nın Alfabeti," 1993).

Yani, AİK öncelikle doğru ilacın, doğru zamanda hasta gereksinimlerini karşılayan dozlarda kullanılmasıdır. Hekimler tedavi için çoklu ilaç Kullanımı yolunu tercih edebilir ve böyle durumlarda ilaçların etkileşimleri ve etkinlik süreleri gibi durumlar göz önüne alınmaktadır. Nitekim hasta ilaç kullanacağında bu bilgileri hekimden ve en son aşama olarak eczacıdan ilacını alırken uyarı olarak almaktadır. İşte, etkili, verimli ve sürdürülebilir bir Sağlık hizmeti sunmak ve almak istiyorsak bu olmazsa olmazdır. Ayrıca, kendimiz ve toplum için kabul edilebilir maliyette kullanımı olmalıdır.

AİK paydaşları arasında hasta, hekim, eczacı ve ecza odaları, hemşire, ilaç endüstrisi, ilaç firmaları, hukuk mekanizmaları ve devlet ve sivil toplum kuruluşları gösterilebilir. Bütün bunlar birbiriyle etkileşim ve iletişim halindedir(Sürmelioglu, Kıroğlu, Erdoğan, & Karataş, 2015). AİK ilkeleri ise şu şekilde belirtilebilir: "Belirlenen doğru ilacın, doğru miktarda, doğru uygulama yoluyla, doğru zamanlamayla, yeterli bilgilendirme yapılarak ve maliyet uygunluğu da dikkate alınarak kullanılması ilkelerinin bütünüdür" (Akıcı & Kalaça, 2013, p. 5).

#### 1.1. Akılcı İlaç Kullanımında Tıbbi Tanıtım Temsilcisi Sorumluluğu

Temsilci elindeki ürünün içeriğini, hastada uygulanacak ve uygulanmayacak durumları ve ne şekilde uygulanacağını, saklama koşullarını, fiyatını, etkileşime girebileceği diğer ilaçları, tıbbi terminolojiyi vb.

bilmek zorundadır ve bu bildiklerini hekimle etkin bir iletişim kurarak aktarmalıdır. Hekimler veya diğer kişiler ile yasal ve etik bir ilişki içinde olmalıdır(Ercan, 2018).

### 1.2. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim ve Diğer Sağlık Personeli Sorumluluğu

Hekimin sorumluluğu AİK için birinci derecede önemlidir. Hekim doğru tanıyı koyduktan sonra tedavi için ilaç tercih ederse, yeterli bilgilendirmeyi yaparak doğru ilacı belirlemelidir. Bilgilendirmenin yapılması ile hastanın tedavi sürecine katılması ve malpraktisin engellenmesi amaçlanmaktadır. Hekim ayrıca maliyet, zamanlama vb. konulara da dikkat etmelidir ve hasta ile iletişimi etkin olmalıdır. Hasta tedavisini reçete edilen ilaçları kullanarak evinde ya da hastanede yatarak sürdürür. Yatan hastaya ilaç tedavisini hekimden aldığı bilgiler doğrultusunda doğru uygulama yoluyla ve doğru zamanlamayla hemşireler uygulamaktadır(Aydın & Gelal, 2012).

Hemşirenin görevi AİK ilkeleri çerçevesinde gerekli prosedürleri (takip çizelgesi vb.) tam yaparak, hekimden aldığı bilgiler doğrultusunda doğru ilaç uygulamasını yapmasıdır. Ayrıca olabilecek hastane dışı tedavide hasta ve yakınlarının olabilecek durumlarda çözüm becerisi geliştirebilmeleri için eğitim verebilmelidir(Çiftçi & Aksoy, 2017).

### 1.3. Akılcı İlaç Kullanımında Politika Belirleyicilerin Sorumlulukları

AİK’te politikacıların sorumlulukları, ilaçlara ulaşımın kolaylaştırılması ve takip edilmesi, uygun fiyat ve geri ödeme düzenlemelerinin yapılması, tıp eğitiminin kalitesinin artırılması, temel ilaç listesi oluşturulması, Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, uygun ve hakkaniyetli vb. bir finansman sistemi kurmak gibi çeşitli şekillerde ifade edilebilir(Aydın & Gelal, 2012).

### 1.4. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacı Sorumluluğu

Eczacı sorumluluğunda; ilk olarak ilaç tedariki, ilaç dağıtımı gibi süreçler ön plana çıkmaktadır. Yani eczacı öncelikle kaliteli ilaçları tedarik edebilmelidir. Bu ise hem profesyonel bilgi hem de piyasa bilgisi gerektirmektedir. Eczacı bu bilgilere vakıf olmalıdır. Daha sonra eczacı temin ettiği ilaçları talep oluşuncaya veya tarihi bitene kadar uygun koşullarda saklanmalıdır. Reçetesiz satılan ilaçlar hakkında eczacı bilinçli ve etik davranmalıdır. Burada dikkati çeken son ve önemli bir yer iletişimdir. Eczacı tüm paydaşlar ile etkin bir iletişim süreci içinde olmalı ve gerekli bilgileri aktarmalıdır("WHO" n.d.).

### 1.5. Akılcı İlaç Kullanımında Toplum ve Hasta Sorumluluğu

Hastalar tedavi için Sağlık bakım profesyonellerinin belirledikleri sorumlulukları yerine getirmelidir. Bunlar, reçeteleri zamanında almak, dış tavsiyelerine uymama ve tavsiye sunmaması ve doktoru bilgilendirme gibi olabilir.AİK’te topluma düşen sorumluluk, toplumla Sağlık Çalışanları, politik kurumlar ve kitle iletişim mekanizmaları arasındapaylaşılmaktadır. Kitle iletişim mekanizmaları sürekli yenilenen ve gelişen ilaç bilgisini topluma ve Sağlık Çalışanlarına tarafsız ve doğru bir şekilde vermelidir. İlaç bilgisi; tarafsız, doğru, güncel, eksiksiz, erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır (Sürmelioglu et al., 2015).

## YÖNTEM

Çalışmada serbest eczane teknisyenlerinin “Akılcı İlaç Kullanımı” bilgi ve beceri düzeyi değerlendirerek bulgulardan hareketle alana katkı amaçlanmıştır. Araştırma evreni Konya’nınSelçuklu, Meram ve Karatay ilçelerindeki Konya Eczacı Odası’na kayıtlı bulunan 488 serbest eczanenin Çalışanlarınca oluşmaktadır. Altunışık ve arkadaşlarına (2012) göre 210 kişilik örneklem büyüklüğü yeterlidir ve Araştırmada kolayda örnekleme kullanılmıştır.

Araştırma nicel ve tanımlayıcı modeldedir. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Demografik Bilgiler (7 soru)” ve “Akılcı İlaç Kullanımı (21 soru)” dan oluşan anket kullanılmıştır. 09.03.2019-15.03.2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yolu ve online metot ile 214 kişiye ulaşılmıştır. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ortalama değeri otuz dört puandır ve otuz beş puan veya üzeri bilgili şekilde değerlendirilir ve ölçeğe ait Cronbach’s Alpha değeri 0,79 olarak tespit edilmiştir(Demirtaş et al., 2018).Veriler normallik testi sonucu normal dağılıma uyduğu için Araştırmada; tanımlayıcı istatistiksel metotlar ile birlikte, t testi, One-way ANOVA ve korelasyon analizleri yapılmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan eczane teknisyenlerine ait bulgular; genel bilgiler, Karşılaştırma analizleri ve korelasyon analizi olmaz üzere tablolar halinde sırasıyla verilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler (n=214)		n	%
Cinsiyet	Kadın	44	20,6
	Erkek	170	79,4
Medeni Durum	Evli	148	69,2
	Bekar	66	30,8
Eczacılık Eğitimi Alma	Evet	127	59,3
	Hayır	87	40,7
Yaş Grupları	18-24	46	21,5
	25-31	75	35,1
	32-38	52	24,4
	39 ve üzeri	41	19,1
Öğrenim Durumu	İlkokul	55	25,7
	Lise	102	47,7
	Ön lisans	18	8,4
	Lisans	39	18,3
Gelir Durum	2000-3000 TL	114	53,3
	3001-4000 TL	64	29,9
	4001-5000 TL	13	6,1
	5001TL ve üstü	23	10,7
Deneyim Süresi	0-9 yıl	70	32,5
	10-19 yıl	91	42,4
	20-29 yıl	41	19,3
	30 yıl ve üzeri	12	5,7

Araştırmaya katılan eczacı teknisyenlerine ait genel bilgiler Tablo3.1’de verilmiştir. Eczane teknisyenlerinin %79,4’ü erkek, %69,2’si evli, %59,3’ü eczacılık alanında bir eğitim aldığı belirtilmiştir. Çalışanların %35,1’i 25-31 yaş grubunda, %47,7’si lise eğitim seviyesinde, %42,4’ü 10-19 yıl arasında tecrübeye sahiptir; %53,3’ü 2000-3000 TL aylık gelire sahiptir.

Tablo 3.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği t Testi Analizi

Özellikler (n=214)		n	Ort±SS	Test değeri	p değeri
Cinsiyet	Kadın	44	36,61 ± 5,50	-0,938	0,106
	Erkek	170	35,87 ± 4,45		
Medeni Durum	Evli	148	36,57 ± 4,10	2,291	<b>0,002</b>
	Bekar	66	34,80 ± 5,62		
Eczacılık Eğitimi Alma	Evet	127	36,62 ±	2,053	0,224
	Hayır	87	35,31 ±		

Çalışanların Akılcı ilaç Kullanımı ölçeğinden aldıkları puanlar ve demografik özellikleri ile Karşılaştırılması Tablo 3.2’de sunulmuştur. Akılcı İlaç kullanım ölçeği ile cinsiyet ve eczacılık eğitimi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir (p>0,05). Medeni duruma göre evli olanların bekar olanlara göre akılcı ilaç Kullanımı bilgi seviyesi daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

**Tablo 3.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ANOVA Testi Analizi**

Özellikler (n=214)	n	Ort±SS	Test	p değeri	Anlamlılık	
Yaş Grupları	18-24 <sup>1</sup>	46	33,80 ± 5,81	4,014	<b>0,004</b>	1<2,3,4 <sup>a</sup>
	25-31 <sup>2</sup>	75	36,73 ± 4,19			
	32-38 <sup>3</sup>	52	36,35 ± 4,33			
	39 ve üzeri <sup>4</sup>	41	37,35 ± 3,39			
Öğrenim Durumu	İlkokul <sup>1</sup>	55	35,62 ± 5,36	3,891	<b>0,005</b>	4>1,2 <sup>b</sup>
	Lise <sup>2</sup>	102	35,25 ± 4,44			
	Ön lisans <sup>3</sup>	18	37,94 ± 4,34			
	Lisans <sup>4</sup>	39	38,38 ± 3,40			
Gelir Durum	2000-3000 TL	114	35,90 ± 4,91	1,532	0,207	
	3001-4000 TL	64	35,60 ± 4,60			
	4001-5000 TL	13	35,71 ± 3,87			
	5001TL ve	23	37,96 ± 3,93			
Deneyim Süresi	0-9 yıl	70	35,37 ± 5,12	0,910	0,437	
	10-19 yıl	91	36,40 ± 4,47			
	20-29 yıl	41	36,54 ± 4,29			
	30 yıl ve üzeri	12	35,33 ± 4,81			

Post-Hoc testleri a=Tukey HSD b=Dunnett T3

Çalışanların Akılcı ilaç Kullanımı ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel özelliklerin Karşılaştırılması Tablo 3.3'te verilmiştir. Akılcı İlaç Kullanım ölçeği ile deneyim süresi ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Yaş gruplarına göre 18-24 yaş aralığında olan Çalışanların diğer gruplara görece daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Öğrenim durumuna göre lisans mezunlarının ilkökul ve lise mezunlarına göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 3.4. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Korelasyon Analizi**

Ölçek	Yaş	Deneyim
Akılcı İlaç Kullanımı	Test değeri	0,179**
	p değeri	<b>&lt;0,001</b>

\*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Akılcı ilaç kullanımı ölçeği ile yaş ve deneyim arasında yapılan korelasyon analizi Tablo 3.4'te verilmiştir. Akılcı ilaç Kullanımı ölçeği ile yaş ve deneyim arasında pozitif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

## SONUÇ

Çalışmamızın katılımcıları hakkında özet bir genel tablo çizildiğinde; çalışmamızın veri grubundaki bireyler çoğunluk olarak erkek cinsiyetinde, çoğunluğu genç olmakla beraber ilkökul ve lise ağırlıkta olması dolayısıyla eğitim seviyesi konusunda nispeten düşük, eczacılık hakkında çoğunluk olarak eğitilmiş ve deneyim yılı itibarıyla de nispeten daha düşük bir deneyim yılı aralığında yoğunlaşma gösterilmiş bir görüntü önümüzdedir.

Çalışmamızda bireylerin, AIKÖ ortalama puanı  $\bar{x}=36,02$ , ölçekten alınan minimum değer 20, maksimum değer 42 ve Cronbach's Alpha değeri de 0,639 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tamamen doğru da yapıldığı ancak buna karşın daha düşük doğru cevaplar da olduğu görülmektedir. AIKÖ'nün orijinalinde bilgili tespiti yapılabilmesi için gereken değer  $\bar{x}=34$  olarak belirlenmişti ve Araştırmamızda bulunan ortalama değer ile Araştırma bireylerinin AIKÖ konusunda bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Ortalamanın iyi çıkması dolayısıyla düşük puanların az olduğu ve ortalamayı etkilemediği sonucuna varılmaktadır.

AİKÖ’de  $\bar{x}=1,96$  ile en yüksek skoru “Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.” ifadesi ve  $\bar{x}=1,14$  ile en düşük skoru ise “Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.” ifadesi elde etmişti. Burada şu değerlendirmeyi yapabiliriz: Eczane teknisyenleri gebelik gibi durumlara karşı duyarlı davranmaktadırlar ve ne şekilde ilaç danışmanlığında bulunabileceğini bilmektedir. Bu ortalama sonucunda da çıkan AİK bilgili durumuyla ilişkilendirilmelidir. Ayrıca eczane teknisyenleri ilaç tavsiyesinde bulunabileceklerini ifade etmiş gözükmektedir.

AİKÖ ile medeni durum arasında yapılan t testine göre ikili arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Evliler ( $\bar{x}=36,57$ ) bekârlardan ( $\bar{x}=34,80$ ) daha iyi bir düzeyde AİK bilgisine sahiptir. Çocuk sahibi olan ailelerde çocuğun bakımı, korunması ve onun bağışıklık kazanmasına kadar geçen sürede ailenin gösterdiği hassasiyet gibi durumlara bağlı olarak bu oranın geliştiğini söyleyebiliriz. (Ercan, 2018) Çalışmasında da medeni durum (evlilerde yüksek şekilde) ve AİK konusunda anlamlı bir fark tespit etmiştir. Çalışmamızda AİK’de cinsiyet ile anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Cinsiyet ile AİK konusunda (Özyiğit & Arıkan, 2015) ve (Ercan, 2018) fark tespit etmiştir.

AİKÖ ile yaş arasında yapılan One-way ANOVA testinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre 39+ ( $\bar{x}=37,35$ ) en yüksek AİK bilgisine sahip gruptur. İkinci en büyük grup  $\bar{x}=36,73$  ile 25-31 yaş grubudur. En düşük bilgi seviyesinin olduğu grup ise 18-24’tür ( $\bar{x}=33,80$ ). Buradan hareketle yaş arttıkça AİK bilgi seviyesinin arttığını söylemekteyiz.(Ercan, 2018)’in Çalışmasında belirttiğine göre de yaş ile AİK doğru orantıdadır.

Aynı teste göre öğrenim durumu ile AİK arasında da anlamlı bir fark vardır.  $\bar{x}=38,38$  ile lisans grubu en yüksek AİK bilgisine sahip gözükmektedir. Arkasından da ön lisans grubunun ( $\bar{x}= 37,94$ ) geldiği görülmektedir. Buradan hareketle eğitim ile AİK arasında da bir doğru orantılı ilişkinin bulunduğu gözükmektedir. Aynı değerlendirmeyi (Ercan, 2018)’de yapmıştır.

Sonuç olarak AİK seviyesi medeni durum, yaş ve öğrenim durumuna göre değişiklik göstermektedir. Ancak AİK ile eğitim ve deneyim yılı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki varlığı tespit edilmemiş olmasına değinebiliriz. Araştırmamızda eczacılık hakkında eğitim (%59,3) almış birey çoğunlukta ve sonuç olarak Araştırma bireylerini AİK bilgili olarak tespit etmiştik ancak bulunan ortalama ( $\bar{x}=36,02$ ) ile ölçek kestirim değeri ( $\bar{x}=34$ ) arasında çok fazla bir farktan söz edememiştik. Burada eczacılık hakkında eczacı Çalışanlarına verilen eğitim Çalışmalarının AİK konusunda etkin olmadığı değerlendirilmesi yapılabilir. Aynı durum deneyim yılı içinde benzerdir.

## KAYNAKLAR

Altunışık R. ve ark, 2012. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, SakaryaYayıncılık.

Akıcı, A., & Kalaça, S. (2013). Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. In A. Akıcı (Ed.), *SGK Yayın No:93* (Haziran). <https://doi.org/10.17944/mkutfd.318329>

Akılcı İlaç Kullanımı’nın Alfabetesi. (1993). Retrieved from TEB Haberler website: <http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/eylul93/8.pdf>

Aydın, B., & Gelal, A. (2012). Akılcı İlaç Kullanımı Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 57–63. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/53546>

Çiftçi, B., & Aksoy, M. (2017). Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirelerin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 191–194. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/386100>

Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., ... Metintaş, S. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 37–46. Retrieved from [http://openaccess.ogu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11684/1578/zeynep\\_makale.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://openaccess.ogu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11684/1578/zeynep_makale.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ercan, T. (2018). *Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği (Yüksek Lisans Tezi)*. Retrieved from <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Özyiğit Filiz, Arıkan İnci (2015). Kütahya İlinde Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı

Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Bozok Tıp Dergisi*. 5(1):47- 52.

Sürmelioglu, N., Kıroğlu, O., Erdoğan, T., & Karataş, Y. (2015). *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi Archives Medical Review Journal Measures for Prevention of Irrational Drug Use*. 24(4), 452–462. Retrieved from: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/25503>

WHO. (n.d.). Role of Dispensers in Promoting Rational Drug Use-Session Guide. Retrieved April 27, 2019, from [http://archives.who.int/PRDUC2004/RDUCD/Session\\_Guides/role\\_of\\_dispensers\\_in\\_rational\\_d.htm](http://archives.who.int/PRDUC2004/RDUCD/Session_Guides/role_of_dispensers_in_rational_d.htm)

WHO. (1987). The Rational Use of Drugs - Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29 November 1985. In *World Health Organization* (Vol. 45). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92848-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92848-X)



## EVALUATION OF HEALTH INDICATORS WITH THE METHOD OF LEAST SQUARES : THE CASE OF OECD

Özgür YEŞİLYURT<sup>1</sup>  
Fuad SALAMOV<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** It is the assessment of health indicators of the member countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).

**The Purpose of the Study:** It is to investigate the efficiency relationship between health indicators by using the 2016 data of OECD member countries.

**Method:** In the study, efficiency estimations were done by the least squares method, which is one of the parametric analysis methods. Before the interpretation of the findings obtained through the LS, it has been examined whether or not there is a problem of perfect multicollinearity, different variance and autocorrelation between independent variables in regressions.

**Findings and Results:** As a result of the study, it was found in the regression analysis in which the dependent variable was the life expectancy at birth that the number of doctors per thousand people was statistically insignificant and the number of nurses was statistically positively significant. In the regression analysis in which the dependent variable was the number of examination per person, the rate of smoking was found to be statistically significant and the rate of alcohol use was statistically insignificant on the dependent variable. In the other regression analysis, it was observed that only the number of hospital beds per thousand people were statistically significant on dependent variable and the variables of life expectancy at birth, number of doctors per thousand people, number of nurses and health expenditures per person were statistically insignificant. The rate of alcohol use was found to be statistically significant on the dependent variable of duration of hospital stay in days and the smoking rate was found to be statistically insignificant. In another regression analysis in which the duration of hospital stay is regarded as a dependent variable, life expectancy at birth and number of hospital beds per thousand people were found to be statistically significant.

**Key Words:** OECD Health Indicators, Efficiency, Stochastic Boundary Analysis, Least Squares.

### Introduction

When analyzing the economic profiles of OECD member countries, it is seen that developed, developing and underdeveloped countries are included. These levels of development bring along different health policies and practices. When considering the delivery of healthcare services, the relationships between the indicators used in the study were revealed within the scope of this study.

Within the scope of study, the correlation analysis and the analysis with the method of least squares were performed by considering the indicators of the health system of Ireland, USA, Australia, Luxembourg, New Zealand, Spain, Belgium, Italy, Netherlands, France, Slovakia, Germany, Greece, Switzerland, Austria, Estonia, Finland, South Korea, Israel, Iceland, Japan, Mexico, Poland Slovenia, Chile, Turkey, Czech Republic, England, and Canada. Dependent variables used in the study were Life Expectancy at Birth, Number of Examinations per Person, and Length of hospital stay in Days. Independent variables are Health Spending per Person, Number of Doctors, Number of Nurses, Number of Hospital Beds, Rate of Smoking, and Alcohol Consumption per Year.

### Method

In this study, the efficiency relationships between the Method of Least Squares and health indicators were analyzed by using the data of OECD member countries for 2016. The purpose of this study investigates the relationships between health indicators of OECD member countries. Table 1 shows the dependent and independent variables used in the study.

---

<sup>1</sup> Muş Alparslan University/Healthy Care Management/Turkey/o.yesilyurt@alparslan.edu.tr

<sup>2</sup> Muş Alparslan University/Healthy Care Management/Turkey/f.salamov@alparslan.edu.tr

**Table 1. Dependent and Independent Variables**

Dependent Variables		Independent Variables	
<b>Life</b>	Life Expectancy at Birth	<b>Spending Doctor</b>	Health Spending per Person Number of Doctors (per 1000 people)
<b>Examination</b>	Number of Examinations per Person	<b>Nurse Bed</b>	Number of Nurses (per 1000 people) Number of Hospital Beds (per 1000 people)
<b>Hospitalization</b>	Length of Hospital Stay in Days	<b>Smoking Alcohol</b>	Rate of Smoking (% , over 15) Alcohol Consumption per Year (Lt, over 15)

In the efficiency analysis study conducted by the method of Least Squares, log-transformed values of variables were obtained and regression equations were created.

$$\ln life = \beta_0 + \beta_1 \ln doctor + \beta_2 \ln nurse + u_0$$

$$\ln life = \beta_0 + \beta_1 \ln smoking + \beta_2 \ln alcohol + u_0$$

$$\ln examination = \beta_0 + \beta_1 \ln smoking + \beta_2 \ln alcohol + u_0$$

$$\ln examination = \beta_0 + \beta_1 \ln spending + \beta_2 \ln doctor + \beta_3 \ln nurse + \beta_4 \ln bed + \beta_5 \ln life + u_0$$

$$\ln hospitalization = \beta_0 + \beta_1 \ln smoking + \beta_2 \ln alcohol + u_0$$

$$\ln hospitalization = \beta_0 + \beta_1 \ln bed + \beta_2 \ln life + u_0$$

The statistical summary of health indicators is included in Table 2.

**Table 2. Statistical Summary of Health Indicators**

Variables	Maximum	Minimum	Mean	Standard Deviation
<b>Life</b>	84.10 (Japan)	74.70 (Lithuania)	80.65	2.51
<b>Examination</b>	17.00 (South Korea)	2.80 (Sweden)	7.02	3.21
<b>Hospitalization</b>	28.50 (Japan)	3.80 (Mexico)	8.27	4.51
<b>Spending</b>	9 832.32 (USA)	1 020.30 (Mexico)	3 949.35	2 012.16
<b>Doctor</b>	5.10 (Austria)	1.80 (Turkey)	3.30	0.78
<b>Nurse</b>	17.00 (Switzerland)	1.90 (Turkey)	9.09	3.97
<b>Bed</b>	13.11 (Japan)	1.52 (Mexico)	4.82	2.70
<b>Smoking</b>	26.50 (Turkey)	7.60 (Mexico)	18.49	4.92
<b>Alcohol</b>	11.70 (France and Czechia)	1.30 (Turkey)	9.13	2.23

According to the statistics presented in Table 2, Japan has the highest life expectancy at birth with 84.10 and the country with the lowest life expectancy at birth is Lithuania with 74.70. The average life expectancy in OECD countries was 80.65 and 20 countries have a life expectancy above the average. The number of highest examinations per person is in South Korea with 17; the country with the lowest number of examinations per person is Sweden with 2.80. The average number of examinations per person in OECD countries was 7.02 and 12 countries have the number of examinations per person above the average. The maximum length of hospital stay in days was in Japan with 28.50 and the minimum length of hospital stay in days was in Mexico with 3.80. The average length of hospital stay in OECD countries was 8.27 and the length of hospital stay in 11 countries was above the average. The country with the highest health expenditure per person is USA with 9832.32; the country with the lowest health spending per person is Mexico with 1020.30. The average health spending per person in OECD countries were 3949.35 and 16 countries have health spending per person above the average. The country with the maximum number of doctors per thousand people is Austria with 5.10; Turkey has the minimum number

of doctors per thousand people with 1.80. The average number of doctors per thousand people in OECD countries was 3.30 and 14 countries have number of doctors above the average. The country with the maximum number of nurses per thousand people is Switzerland with 17.00; and the country with the minimum number of nurses per thousand people is Turkey with 1.90.

In OECD countries, the average number of nurses per thousand people was 9.09 and 17 countries have the average number of nurses above the average. The country with the maximum number of hospital beds per thousand people is Japan with 13.11; and the country with the minimum number of hospital beds per thousand people is Mexico with 1.52. The average number of hospital beds in OECD countries was 4.82 and 11 countries have the number of doctors above the average. The country with the highest rate of smoking is Turkey with 26.50, and the country with the lowest rate of smoking is Mexico with 7.60. The average rate of smoking in OECD countries was 18.49 and 17 countries have the rate of smoking above the average. The countries with the highest rate of alcohol consumption were France and Czechia with 11.70. Turkey has the lowest rate of alcohol consumption with 1.30. The average rate of alcohol consumption in OECD countries was 9.13 and 17 countries have the rate of alcohol consumption above the average.

## Results

In the study, correlation analysis between variables and efficiency analysis with method of least squares were performed. Table 3 shows the relationships between variables

**Table 3. Correlation Between Variables**

Variables	Life	Examination	Hospitalization	Spending	Doctor	Nurse	Bed	Smoking	Alcohol
<b>Life</b>	1.00								
<b>Examination</b>	0.02	1.00							
<b>Hospitalization</b>	0.32	<b>0.60**</b>	1.00						
<b>Spending</b>	<b>0.53*</b>	-0.24	0.03	1.00					
<b>Doctor</b>	0.30	-0.21	-0.16	0.26	1.00				
<b>Nurse</b>	<b>0.57*</b>	-0.18	0.09	<b>0.76**</b>	0.33	1.00			
<b>Bed</b>	0.11	<b>0.79**</b>	<b>0.85**</b>	-0.05	-0.07	0.02	1.00		
<b>Smoking</b>	-0.22	0.36*	0.11	-0.36*	-0.002	-0.42*	0.34	1.00	
<b>Alcohol</b>	0.07	0.08	0.09	0.23	0.41*	0.29	0.30	0.21	1.00

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Among the dependent variables, only 0.60 correlation between the number of examinations per thousand people and the number of hospitalization days was found to be significant at 1% significance level. Statistically there is 0.85 correlation between the number of hospital beds per 1000 people and the length of hospital stay in days at a significance level of 1%, and 0.79 correlation between the number of examinations per thousand people. There was a positive correlation between the rate of smoking and the number of examinations per 1000 people, and a negative and significant correlation between health spending per person but 0.36 correlation was found with both.

In table 4, there are the results of the analysis of least squares. In other not to make the interpretation of estimation results obtained from regression difficult and impossible, it was examined whether or not there is a problem of perfect multi-collinearity, different variance and autocorrelation relationship between independent variables. In the scope of the study, the regression equations, in which whether or not there was the said problem, were analyzed.

As seen in Table 4, it was determined, in the first model of the estimation of least squares method, that effect of the number of doctors and nurses per thousand people on the life expectancy at birth was studied,

that the effect of the number of doctors on life expectancy was not statistically in regression and that there was a positive and significant correlation between the number of nurses per thousand people and life expectancy at the rate of 0.033% and at the significance level of 1%, in the regression estimates. In this case, it was estimated that the life expectancy at birth would increase with the increase in the number of nurses. The  $R^2$  value obtained as a result of the regression shows that approximately 34% of the total change in the dependent variable is explained by the change in the independent variables. The value of the F statistic, which tests the accuracy of the regression, shows that the regression is correct.

And in the second model, it was found that the  $\beta$  coefficients obtained in the regression equation where life expectancy at birth was dependent variable, and rates of smoking and alcohol consumption were discussed as independent variables were statistically insignificant.

**Table 4. Analysis of Least Squares**

	Inlife	Inlife	Inexamination	Inexamination	Inhospitalization	Inhospitalization
<b>C</b>	4,315** (-169,24)	4,397*** (71,77)	-0,144 (-0,19)	-8,700 (-0,89)	0,462 (-0,68)	-12,985* (-2,42)
<b>Inspending</b>				-0,157 (-0,71)		
<b>Indoctor</b>	0,00422 (-0,19)			-0,255 (-1,00)		
<b>Innurse</b>	<b>0,033**</b> (-3,3)			-0,060 (-0,29)		
<b>Inbed</b>				<b>0,674**</b> (-6,01)		<b>0,589**</b> (-7,66)
<b>Inlife</b>				2,569 (-1,06)		<b>3,226**</b> (-2,63)
<b>Insmoking</b>		-0,013 (-0,69)	<b>0,684**</b> (-2,79)		0,296 (-1,38)	
<b>Inalcohol</b>		0,014 (0,995)	0,015 (-0,08)		<b>0,331*</b> (-2,07)	
<b>R<sup>2</sup></b>	0,344	0,046	0,220	0,626	0,197	0,713
<b>Adj. R<sup>2</sup></b>	0,297	-0,022	0,165	0,552	0,139	0,693
<b>Reg. Std. deviation</b>	0,027	0,0320	0,405	0,297	0,354	0,212
<b>Sum of Residual Squares</b>	0,020	0,029	4,593	2,201	3,512	1,253
<b>Log likelihood</b>	70,105	64,309	-14,390	-2,988	-10,232	5,745
<b>F-statistics</b>	7,326**	0,673	3,956*	8,383**	3,423*	34,838**
<b>Prob (F-stat.)</b>	0,003	0,518	0,031	0,000	0,046	0,000
<b>VIF average</b>	1,27	1,01	1,01	2,74	1,01	1,01
<b>White test</b>	4,82***	5,06***	1,34	0,57	1,99	2,58
<b>D-W Test</b>	2,33	1,92	1,84	2,1	1,83	2,05

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

As seen Table 4, in the third model, in which is the variable of the number of examinations per person is considered as dependent variable,

As seen Table 4, in the third model, in which is the variable of the number of examinations per person is considered as dependent variable, it was found that the coefficients obtained were found at the significance level of 1%, that the rate of smoking variable was positive and significant and the rate of

alcohol variable was insignificant. It was estimated that the number of examinations per person would increase by 0.68% in case of increasing the rates of smokers by 1%. Approximately 0.22 values of  $R^2$  show that the total change in the dependent variable is affected by the independent variables by 22%.

In the fourth model in which the effect of number of doctors, nurses and hospital beds per thousand people and health spending per person on the number of examinations were investigated, it was estimated that only the number of beds had a positive significant relationship on the number of examinations at the significance level of 1%, and the other variables were insignificant. As a result of the increase in the number of nurses per thousand people by 1%, it was estimated that the number of examinations per person would increase by 0.67%. It shows that approximately 63% of the total change in the dependent variable of the  $R^2$  value obtained as a result of the regression is explained by the change in the independent variables.

As in Table 4, in the fifth model in which the patients' length of hospital stays in days was considered as dependent variable, it was found that the rate of alcohol consumption variable was positive and significant and the rate of smoking variable was not statistically significant at significance level of 5%. It was estimated that in case the rate of alcohol consumption increased by 1%, the patients' length of hospital stay in days would increase by 0.33%. Approximately 0.20 value of  $R^2$  indicates that the total change in the dependent variable is affected by independent variables by 20%.

As seen in Table 4, in the sixth model, the coefficients of the life expectancy at birth and the number of hospital beds per thousand people were found to be statistically positive and significant at a significance level of 1%. It was estimated that the length of hospital stay would increase by 3.23% as a result of a 1% increase in life expectancy, and by 0.59% as a result of increase in the number of hospital beds by 1%. Approximately 0.71 value of  $R^2$  indicates that the total change in the dependent variable is effected by the independent variables by 71%. Because the values obtained by the F statistics are high enough and statistically significant in both regressions, this means that the regression is correct.

## Conclusion

Today, the development of health, the increase in per person health spending and deliver of effective health service are included in social policy. It is required to create and implement and also evaluate the policies efficiently within the social policies.

As a result of the study, in the regression analysis, which is the life expectancy at birth for the dependent variable, it was found estimated that the effect of the number of doctors per thousand people on life expectancy was statistically insignificant and the number of nurses was statistically significant. In the regression analysis, which is the number of examinations per person for the dependent variable, it was estimated that the rate of smoking was statistically significant on the dependent variable and the rate of alcohol consumption was statistically insignificant. In the other regression analysis, it was found that only the number of nurses per thousand person was statistically significant on the dependent variable, and the variables of the life expectancy at birth, the number of doctors per thousand person, the number of hospital beds and the health spending per person were statistically insignificant. It was estimated that the rate of alcohol consumption had a statistically significant effect on the dependent value of the length of hospital stay in days, and also the rate of smoking had a statistically insignificant effect. In another regression equation where the duration of hospital stay in the patients was considered as dependent variable, it was found that the life expectancy at birth and the number of hospital beds per thousand people were positive and significant.

When considering the relations between health indicators in OECD countries, it is concluded that variables partly have some effect on each other.

## Resources

Aigner, D., C.A. Knox-Lovell ve P. Schmidt (1977). Formulation and Estimation of Stochastic Frontier Production Function Yöntemleri. *North-Holland Publishing Company Journal of Econometrics*. 6, 21-37.

Coelli, T. J. (1996). A Guide to Frontier Version 4.1: A Computer Program for Stochastic Frontier Production and Cost Function Estimation, *CEPA Working Papers*, 7/96.

Cooper, W.W., ve K. Tone (1997). "Measures of Inefficiency in Data Envelopment Analysis and Stochastic Frontier Estimation". *European Journal of Operational Research*, 99, 72-88.

Heijink, Richard, and Xander Koolman. (2013). "Spending More Money, Saving More Lives? The Relationship Between Avoidable Mortality And Healthcare Spending in 14 Countries." *European Journal of health Economics*, 527-538.

Kimsey, L.G. (2009), *How Efficient are Military Hospitals? A Comparison of Technical Efficiency Using Stochastic Frontier Analysis*, Yayınlanmamış Doktora Tezi University of Kentucky.

Kutlar, A. (2012), *Ekonometriye Giriş, Güncellenmiş 2. Basım*, Ankara: Nobel yayınları.

Kutlar, A., F. Yüksel ve F. Bakırcı (2011). *Türkiye’de Belediyelerin Ekonomik Etkinliği ve Etkinliğe Etki Eden Faktörler Üzerine Bir Araştırma*. Ankara: Korza Yayıncılık.

Meeusen, W ve J. v. D. Broeck (1977). "Efficiency Estimation from Cobb-Douglas Production Functions with Composed Error". *International Economic Review*. 18(2) (Jun), 435-444  
[http://www.jstor.org/stable/2525757?seq=9#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/2525757?seq=9#page_scan_tab_contents) (26 Mayıs 2016).

## HISTORICAL DEVELOPMENT OF DIGITAL TRANSFORMATION IN HEALTH AND ITS EVALUATION IN INTERNATIONAL ARENA

Yeter DEMİR USLU  
Sefer AYGÜN

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Technological developments in recent years have caused changes in health sector. How did these changes affect the digital transformation in health?

**The Purpose of the Study:** Examination the historical development of digital transformation in health, determination of the Turkey's position in this field and it is the assessment of the location of Turkey in The world compared with other countries.

**Method:** In this study, national and international studies, written articles were reviewed and literature review was done and compilation method was used. At the same time, the opinions of Doctor İsmail and Doctor Halit from the Kocaeli İzmit Private Konak Hospital and Senanur Seyhan and Songul Yener engaged in internship HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) Turkey's representative were received.

**Findings and Results:** Approximately 40% of the investments made in digital transformation of the health in world are failed. This situation causes the investors to abstain to new investments. As a result of this situation, digitalization in health progresses more slowly.

Turkey has done very important work in the area of digitalisation in health in recent years. Has become one of the most prominent country in the world this area. But how prominent it is in practice, it lags behind in the field of digitalisation in medicine, in the production of of tools and applications and in the export of this production.

**Key Words:** Digital transformation in health, International comparison of digitalization

### GİRİŞ

Tarihten bugüne bakıldığında, kişilerin ve toplumların Sağlık anlayış ve uygulamalarının sürekli değiştiği görülmektedir. Toplumsal gelişmeler, ekonomik değişimler, refah seviyesinin artması, toplumsal önceliklerin ve duyarlılığın farklılaşmasının yanında bilimsel gelişmeler ve teknolojik ilerlemelerin gibi faktörlerin etkisiyle, Sağlık hizmetleri ve uygulamaları da sürekli olarak değişim ve gelişim göstermiştir. Özellikle son yıllarda meydana gelen teknolojik gelişmeler ile beraber Sağlık sektöründe dijital bir dönüşüm başlamıştır.

### YÖNTEM

#### SAĞLIKTA DİJİTAL DÖNÜŞÜM

##### Sağlıkta Dijital Dönüşümün Tarihsel Gelişimi

Geçmişe bakıldığında Sağlık ve Sağlık hizmetlerinin evrimine yeni keşifler, gelişmeler ve fırsatlar katkı sağlamıştır. Sağlıkta gelişimini sağlayan itekleyici güç unsurlarından en önemlisi de, teknolojik gelişmelerdir. Son yıllarda dünya da meydana gelen bu teknolojik gelişmelere Sağlık sektöründe adapte olmuş ve kendi içinde teknolojik gelişmelerden yararlanmışır. Bu gelişimin doğrultusunda ilk olarak havacılık sektöründe 1950'li yıllarda yaygınlaşan simülasyon yöntemlerini modernize edilmiş halini tıp eğitiminin de 1980'li yılların ortasından itibaren kullanmaya başlamış ve bilgisayar temelli fizyolojik modeller oluşturulmuş ve dijitalleşme süreci başlatılmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren yazılım ve donanım teknolojisindeki gelişmeler sayesinde günümüzde kullandığımız medikal simülasyon sistemlerinin temelleri atılmıştır. Sağlık sektörü simülasyon teknolojisinde olduğu gibi gelişen bilgisayar, takip sistemleri, veri giriş sistemleri, tıbbi cihazlar ve diğer teknolojik gelişmelerle uyum sağlamış ve Sağlıkta dijitalleşme büyük aşama kaydederek günümüzdeki duruma gelmiştir.

Gelişen ve ilerleyen teknoloji ile birlikte Sağlık sektörü günümüzde çok sayıda kullanılan ve trend olan bir çok araç ve uygulamaları kullanmaya başlamıştır. Günümüzde Sağlık sektöründe kullanılan bu araçlar ve uygulamalar giyilebilir teknolojiler, sanal gerçeklik teknolojileri, teletıp, mbil Sağlık teknolojileri, e-Sağlık teknolojileri, 3D yazıcılar ve yapay zeka teknolojileridir.

**Giyilebilir Teknolojiler:** Giyilebilir teknolojiler, vücuda yapılandırılabilen, elbise ya da aksesuarların içine yerleştirilebilen tüm elektronik cihazlar olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanında giyilebilir teknolojiler;

saatler, bileklikler, gözlükler, lensler, e-tekstil ürünleri, akıllı kumaşlar, kafa bantları, yüzükler ve işitme cihazları gibi araçlar olarak günümüzde kullanılmaktadır.

Giyilebilir teknolojiler Sağlıkta daha iyi beslenmeyi, egzersizlerin kontrolünü, tıbbi bilgiye erişimi geliştirmeyi, hastaların ve bireylerin klinik karar aşamasına katılımını sağlamayı ve hastalık ya da Sağlık sorunlarının daha doğru teşhis edilmesini sağlamaktadır. Bu teknolojiler sayesinde bireysel olarak kullanıcılar kendi Sağlıklarını kontrol etme ve yönetme imkânı da elde edebilmektedir. Sağlık kuruluşları ise hastaları uzaktan izleyebilecekleri cihazlar sayesinde potansiyel olarak maliyetlerini düşürme, hizmetlerini geliştirme ve verimliliklerini artırma imkânı elde edebilmektedir.

**Sanal Gerçeklik Teknolojileri:** Sanal gerçeklik, fiber optik data eldiven ve video gözlük yardımıyla kişinin içerisinde hareket edebildiği alternatif bir dünya olarak tanımlanmaktadır. Bu alternatif sanal dünya kullanıcılarına kendini test etme, alıştırmalar yapma ve çevresini değerlendirme imkanı da sunmaktadır.

Sanal gerçeklik teknolojileri, Sağlık sektöründe cerrahi işlemler (uzaktan kontrollü cerrahi işlemler, artırılmış gerçeklikle cerrahi işlemler ve ameliyattan önce işlemlerin planlanması ve simülasyonu), tıbbi tedavi, koruyucu Sağlık hizmetleri, hasta eğitimi, tıbbi eğitim, devasa tıbbi verilerin görselleştirilmesi, kabiliyetlerin artırılması veya iyileştirilmesi ve Sağlık hizmet tesislerinin mimari tasarımı gibi alanlarda katkı sağlamaktadır.

**Tele tıp:** Tele tıp, Sağlık hizmetinden faydalanmaya zamanı olmayan ya da uzakta olan bireylere tıbbi teşhis, tedavi ve izlemek amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin Kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Tele tıp uygulamaları tıbbi hizmet sunumuna ek olarak, Sağlık hizmetlerinde eğitim ve yönetim faaliyetlerinde de kullanılabilir. Tele tıp hizmet sunumu, video bağlantısı olan ya da olmayan kablosuz mobil cihazlar, akıllı telefonlar, telefonlar ve çeşitli telekomünikasyon cihazlarıyla sağlanmaktadır.

Tele tıp uygulaması Sağlık sektörünün bir çok alanına katkı sağlamaktadır. Uzmanlık gerektiren alanlarda hizmet sunumunu kolaylaştırması, istenilen her yerden Sağlık hizmetine erişim sağlaması ve Sağlık hizmetine olan erişimin artması, telekonferanslar ve online eğitim sunumları aracılığıyla Sağlık Çalışanının eğitim ve profesyonel gelişiminin devam ettirilmesi, Sağlık Çalışanlarının bilgi ve iletişim teknolojileriyle alakalı bilgi ve yeteneklerinin geliştirilmesi, yapılacak telekonferanslar ve grup toplantılarıyla Sağlık Çalışanlarının işbirliği düzeylerinin artırılması ve Sağlık Çalışanlarının bilgi ve birikiminin artması gibi faydaları bulunmaktadır.

**Mobil Sağlık (M-Sağlık) Teknolojileri:** M-Sağlık; akıllı cep telefonları, hasta takip cihazları, kişisel dijital asistan görevi gören cihazlar ve bazı diğer kablosuz cihazların GPRS (Genel Paket Radyo Hizmeti), üçüncü, dördüncü ve beşinci nesil telekomünikasyon sistemleri (3G,4G ve 5G), GPS (konum belirleme), Bluetooth, kısa mesaj ve sesli mesajlaşma gibi işlev ve uygulamaları kullanarak Sağlık hizmetinin sunumunu sağlayan ya da kolaylaştıran araçlar olarak tanımlanmaktadır.

Mobil Sağlık uygulamaları genellikle, kalori ve nabız ölçme, adım sayma, ilaç takibi, su içme hatırlatması, fitness alıştırmaları, iyilik halinin devam ettirilmesi, bulaşıcı hastalıkların ve kronik rahatsızlıkların bireysel olarak takibini yapmak için kullanılmaktadır. Kullanılan bu programlar genel olarak Sağlık eğitimi ve sağlığı koruyucu önlemleri içermektedir. Bu uygulamalar, bireyin kendi Sağlık durumunu kontrol altında tutmasını sağlamakla birlikte Sağlık sektörün de bilgiye ulaşımın kolaylaştırılması, video bağlantısı ile Sağlık Çalışanına anlık verilerin sunulması ve erken müdahalenin yapılabilmesi, Sağlık Çalışanının iş yükünün azaltılması ve performansın artırılması, tedavi süreçlerinde hatırlatma aracı olarak kullanılması gibi birçok alana katkı sağlamaktadır.

**E-Sağlık:** E-Sağlık, sağlığın korunması ve geliştirilmesini amaçlayan Sağlık kuruluşu, Sağlık Çalışanları, hasta ve hasta yakınları tarafından kullanılan Sağlık hizmetine erişimini, hizmet kalitesini, etkililiği, verimliliği ve Sağlık kuruluşunun iş sürecini etkileyen internet uygulamaları ve internetle ilgili teknolojiler olarak tanımlanmaktadır.

E-Sağlık uygulamaları sınırlı kaynaklar ve uzmanlık gerektiren konularda hastanın hastaneye ulaşma imkanı bulunmadığı durumlarda internet üzerinden muayene işleminin gerçekleşmesini sağlamaktadır. Doktora Sağlık kuruluşunun içinde ya da dışında hastanın Sağlık bilgilerine, tanı ve tetkikleri erişerek Sağlık sorununu teşhis etme imkanı tanımaktadır. Aynı zaman da internet üzerinden bağlantı sağlandığından kendisinin yetersiz olduğu durumlarda diğer doktorlarında görüş ve önerilerini alarak



kesin teşhis de bulunmasını sağlamaktadır. Birey Açısından ise e-Sağlık kişiye doktorla direkt kontak kurma imkanı sağlayarak daha hastaneye gitmeden hangi uzmanlık alanına gideceğinin öğrenilmesinde, yine kendisine uygulanan tedavi sonuçların hastaneye gitmeden internet ortamı üzerinden öğrenilmesine, sonuçların analiz edilmesi gibi bir çok alanda katkı sağlamaktadır.

Toplum sağlığı Açısından bakıldığında epidemiyolojik takibin yapılması, hizmetin değerlendirilmesi, analizlerin yapılması ve istatistiklerin oluşturulmasına imkan vermektedir.

**3D Yazıcılar:** 3D yazıcılar, günümüzde kullanılan iki boyutlu çıktılarının alındığı yazıcıların gelişmiş versiyonlarıdır. 3D yazıcılar Sağlık hizmetleri, otomotiv, uzay ve savunma endüstrileri dahil birçok sektörde kullanılmaktadır.

Sağlık sektöründe 3D yazıcılar, bilgisayarlı tomografi ve MR gibi tıbbi görüntüleme cihazları aracılığıyla elde edilen dijital görüntülerin 3D modellemeleri geliştirilerek fiziki materyallere dönüştürülmesinde, implantlar ve protezlerin oluşturulmasında, tıbbi modellemeler ve tıbbi cihazların geliştirilmesinde kullanılmaktadır.

**Yapay Zekâ:** Yapay zekâ, bir bilgisayarın veya bilgisayar kontrolündeki bir robotun çeşitli faaliyetleri zeki canlılara benzer şekilde yerine getirme kabiliyetidir. Sağlık sektörünün bazı alanlarında yapay zeka denilecek robotik uygulamalar kullanılmaya başlanılmasına rağmen yapay zeka ilerleyen zamanlar da Sağlık sektörün de daha çok rol alacaktır. Fakat yapay zekâ hiçbir zaman doktorun yerini almayacaktır. Son karar ve uygulayıcı her zaman doktor olacaktır.

Yapay zekalar Sağlık hizmetlerinde sürücüsüz ambulanslar, hastane içi iletişimde ve ilaç dağıtımı gibi bir çok alanda ön plana çıkacaktır.

Sağlık sektörünün her alanında her türlü teknolojik araç ve uygulamalar kullanılmaktadır. Bu kadar aktif teknolojik Kullanımına rağmen Sağlıkta dijitalleşme alanında yapılan yatırımların yaklaşık olarak %40'ı sonuçsuz kalmaktadır. Geliştirilmesi gereken durumların en başında bu durum gelmektedir.

## **SAĞLIKTA DİJİTAL DÖNÜŞÜMDE VE HASTANELERİN DİJİTALLEŞMESİNDE TÜRKİYE'NİN DURUMU VE ULUSLARARASI KARŞILAŞTIRILMASI**

### **Türkiye'de Sağlıkta Dijitalleşme**

Sağlık reformları çerçevesinde Türkiye'de Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması girişimleri 1990'lı yıllarda başlamasına rağmen 2000'li yıllar ile birlikte bu süreç hızlanmıştır. Bu çerçevede 2003 yılında 58. Hükümet tarafından hazırlanan Acil Eylem Planı'nda (Kalkınma Bakanlığı, 2017) özel sektörün Sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesini içeren reform başlıklarına yer verilmiştir. Planda yer alan Sağlık reformları aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adıyla açıklanmıştır. SDP içeriğinde yer verildiği kadarıyla dijitalleşme (karar sürecine etkili bilgiye erişim, Sağlık bilgi sistemi kurulması) önemli bir bileşendir. Söz konusu politikaların uygulama aşaması ise bu tarihlerden itibaren hızlanmaya başlamıştır. 2004 yılında e-Sağlık projesi kapsamında on beş adet Sağlık hedefi belirlenmiştir. Belirlenen bu hedefler doğrultusunda kağıtçılığın kara kaplı poliklinik defterlerine insan eliyle yapıldığı ve çok büyük veri kayıplarının ve hatalı verilerin söz konusu olduğu bir dönem sona ermiş ve günümüzde ülkemiz adına gurur verici olan Ulusal Sağlık Sistemi, E-Nabız, Renkli Reçete Sistemi, Aşı Takip Sistemi, İlaç Takip Sistemi Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi Yazılımları gibi devasa sistemler oluşturulmuştur. Andığımız çalışmalar kapsamında, ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM) tarafından Kayıt ve Tescil Sisteminde (KTS) akredite edilmektedir. Bu yazılımlar aşağıdaki tabloda sıralanmıştır.

**Tablo 1:** Kayıt Altına Alınan SBYS Yazılımları

No	Kayıt Altına Alınan SBYS Yazılımları
1	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)
2	Demirbaş ve Varlık Yönetim Sistemi (DVYS)
3	Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS)
4	Diyaliz Yönetim Bilgi Sistemi (DYBS)
5	Görüntü Arşivleme (PACS) ve Radyoloji Bilgi Sistemi (RIS)
6	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)
7	İhtiyaç Yönetim Bilgi Sistemi (İYBS)
8	İlaç İçerik ve Bilgi Yönetim Sistemi (İİBYS)
9	İş Yeri Hekimliği Bilgi Sistemi (İSBS)
10	Karar Destek ve İş Zekâsı Sistemi (KDS)
11	Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi (KMBYS)
12	Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS)
13	Muayenehane Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)
14	Onkoloji Bilgi Sistemi (OBS)
15	Telepatoloji Sistemi (TPS)

**Kaynak:** Ülgü, Muş, İşleyen, 2018 Sayı:46 s.15

Kayıt altına alınan Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) 2003 yılında neredeyse hiçbir kamu hastanesinde HBYS mevcut değilken HBYS'lerin yaygınlaşması, kapsamlarının genişletilmesi ve Kullanım düzeylerinin artırılması için 2010 yılına kadar büyük mesafe kat edilmiş ve hastanelerde HBYS Kullanım düzeyi %100'e ulaşmıştır. Bu gelişim Türkiye'de Sağlık ta dijitalleşmeye verilen önemin ve gelişimin en önemli kanıtlarından bir tanesidir.

### **Hastanelerin Dijitalleşmesi**

Dijital hastane; Sağlık kurumu içerisindeki medikal ve medikal olmayan tüm bilgi sistemlerinin birbiri ile bağlantılı olduğu ileri teknolojiye sahip, işlemlerin tamamının otomasyon sistemi ile yapıldığı ve yönetildiği bir hastane olarak tanımlanmaktadır.

Dünya genelinde hastanelerin dijitalleşme düzeyleri, Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu (HIMSS) tarafından değerlendirilerek yine HIMSS tarafından geliştirilen EMRAM, CCMM, AMAM, O-EMRAM, Value Score, DIAM gibi derecelendirme standartları kullanılarak akredite edilmektedir. Bu derecelendirme standartlarından en çok kullanılanı 2005 yılında geliştirilen 2006 yılından dünya çapında kabul görmeye başlayan EMRAM modelidir. Amerika, Ortadoğu, Aysa ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa ülkeleri hastanelerinin dijitalleşme süreci EMRAM kullanılarak derecelendirilip sertifikalandırılmaktadır.

## HIMSS EMRAM Derecelendirmesi

**Tablo 2:** Himss Emram Derecelendirmesi

<b>Seviye 0</b>	Eczane, laboratuvar ve radyoloji gibi en temel yardımcı tıbbi sistemlerin ve süreçlerin dahi dijital ortamda yer almadığı hastaneleri kapsar
<b>Seviye 1</b>	Temel yardımcı klinik hizmetlere yönelik dijital bilginin hastane içinde sağlanabildiği veya dışarıdan ulaşılabildiği hastaneleri kapsar.
<b>Seviye 2</b>	En temel yardımcı klinik bilgi sistemleri doktorun hastalara ait her türlü tıbbi bilgi ve sonucu görebileceği bir sisteme veri göndermekte ve sistem, elektronik hasta kaydı veya klinik veri arşivine veri göndermekte, geri dönüş almakta ve alt sistemlere iletebilmektedir.
<b>Seviye 3</b>	Hasta bakımı ile ilgili klinik belgeler ve/veya elektronik ilaç yönetim kaydı, istem girme ve takip sistemlerinin en az bir hizmet sürecinde elektronik hasta kayıtları ve klinik veri deposuyla bütünleşik olması gerekmektedir. Görüntü arşivi ve iletim sistemleri üzerinden tıbbi görüntü erişimi hastanenin intranet aracılığıyla radyoloji dışındaki doktorlar için de mümkün olabilir
<b>Seviye 4</b>	Radyoloji, laboratuvar, ameliyathane gibi servisler için bilgisayarlı doktor istem girişi ve/veya e-reçete, klinik dokümantasyon hizmetine ve elektronik hasta kayıtları ile klinik veri deposuna eklenmiştir.
<b>Seviye 5</b>	Tam donanımlı ve sürümlü bir PACS sistemi intranet vasıtası ile doktorların tıbbi görüntülere erişimini sağlamakta ve film ortamındaki bütün görüntüler elektronik ortama taşınması gerekir.
<b>Seviye 6</b>	Tam donanımlı ve sürümlü bir doktor dokümantasyon sistemi en azından bir hasta bakım alanı için uygulamaya geçirilmiştir. Klinik karar destek sistemi bütün klinisyen eylemleri için protokollere dair kılavuzluk sağlamakta ve kapalı devre ilaç yönetimi tamamen uygulamadadır. Elektronik ilaç yönetim kaydı uygulanmaktadır. Bilgisayarlı doktor istem girişi/e-reçete ve/veya eczane ile entegre edilmiştir. Barkotlama ya da RFID gibi diğer otomasyonlu tanımlama teknolojileri ve otomasyonlu dağıtım sistemleri kullanılmaktadır.
<b>Seviye 7</b>	Hastane, hasta bakımını yönetmek için kesinlikle kâğıt kullanmamaktadır. Elektronik Sağlık kayıt sisteminde gizli bilgi, doküman, görüntü ve tıbbi görüntülerden oluşan bir veri bileşkesi vardır. Klinik veri depoları kullanılmakta ve kalite güvenliği işlemektedir. Hastane, tüm kurumsal hizmetleri için veri devamlılığını sağlamaktadır. Klinik bilgi, standart elektronik işlemler vasıtasıyla hastaya müdahale etmeye yetkisi olan tüm birimler ile ya da bir Sağlık bilgi paylaşım sistemi ile anında paylaşılabilir.

**Kaynak:** HIMSS (2006)

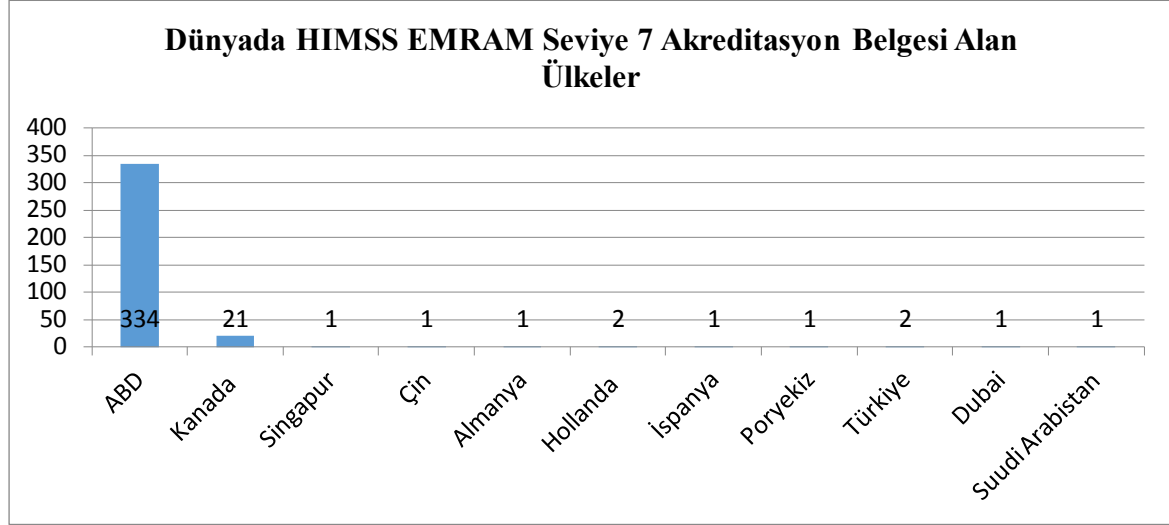
Hastanelerin dijitalleşme sürecinde ilk olarak hastanelere anket gönderilmektedir. Gönderilen bu anket sonucuna göre HIMSS Türkiye temsilcileri tarafından telefon ile görüş alışverişinin sağlandığı bir süreç gerçekleştirilmektedir. Son gelinen noktada varılan karar 6. Seviye ya da 7. Seviye ise HIMSS Türkiye temsilcileri tarafında hastanelere yerinde denetim yapılarak uygun görülenler akredite edilmektedir.

### Türkiye’de Hastanelerin Dijitalleşmesi

Sağlık Bakanlığının 2013-2017 Stratejik Planında ‘Bakanlığa ve bağlı kuruluşlarına ait tesislerde dijital hastane kavramını oluşturmak ve yaygınlaştırmak’ hedefi yer almaktadır. Bu hedef kapsamında başta Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler olmak üzere tüm hastanelerde insan kaynaklı hata oranlarının ciddi ölçüde azalması ve iş ve işlemler için bekleme sürelerinin kısılması ile Sağlık hizmetlerinde verimliliğin artması beklenmektedir. Bakanlığımızın dijital/kâğıtsız hastane süreci ile ilgili Çalışmaları yürüten ve dünyadaki gelişmeleri yakından izleyen SBSGM kurulmasıyla yeni bir boyut kazanmıştır. Bu alandaki ilk Çalışmasına ise 2012 yılında Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet başlatmış ve 2013 yılının nisan ayında uluslararası geçerliliği olan HIMSS tarafından Türkiye’deki ilk EMRAM 6. Seviye Dijital hastane olarak akredite edildi.

## Dünyada ve Türkiye’de HIMSS EMRAM Akreditasyonu Alan Hastaneler ve Uluslararası Karşılaştırılması

**Grafik 1:** Dünyada HIMSS EMRAM Seviye 7 Akreditasyon Belgesi Alan Ülkeler



**Kaynak:** HIMSS (2018)

Dünya genelinde, HIMSS EMRAM Seviye 7 akreditasyonu alan toplam 367 hastane bulunmaktadır. HIMSS Analitik verilerine göre bu hastanelerin 334’ü ABD’nde, 21’i Kanada’da, 3’ü Asya ülkelerinde, 2’si Ortadoğu ülkelerinde, 7’si ise Türkiye’nin aralarında bulunduğu Avrupa ülkelerinde hizmet vermektedir. Türkiye’de HIMSS EMRAM Seviye 7 akreditasyon belgesi ilk alan hastane İzmir Tire Devlet Hastanesi olup 2016 yılında akredite olmuştur. Günümüzde, 2016 yılında aldığı bu derecesini kaybetmeden hizmet vermeye devam etmektedir. Yozgat şehir hastanesi de yenilenen kriterlere göre seviye 7 akreditesi alan Avrupa’daki ilk hastanedir.

**Tablo 3:** Himms Emram Seviye 6 Hastaneleri

<b>HIMSS EMRAM Seviye 6 (n=2176)</b>							
<b>Amerika ve Latin Amerika Ülkeleri (n=1808)</b>				<b>Ortadoğu Ülkeleri (n=31)</b>			
Ülke	Sayı			Ülke	Sayı		
ABD	1790			Mısır	1		
Kanada	9			Suudi Arabistan	13		
Arjantin	2			Katar	2		
Brezilya	7			Birleşik Arap Emirlikleri	15		
Toplam	1808			Toplam			
<b>Asya Ülkeleri (n=42)</b>				<b>Avrupa Ülkeleri (n=197)</b>			
Ülke	Sayı			Ülke	Sayı	Ülke	Sayı
Avusturalya	1			Almanya	2	Hollanda	2
Hindistan	6			Fransa	1	İsviçre	1
Çin	121			İspanya	9	Rusya	1
Tayland	2			Portekiz	1	Belçika	2
Singapur	8			Avusturya	1	İngiltere	3
Malezya	1			İtalya	6	İrlanda	1
Toplam	139			Slovenya	1	Norveç	1
				Danimarka	1	Türkiye	165
				Toplam		Toplam	198

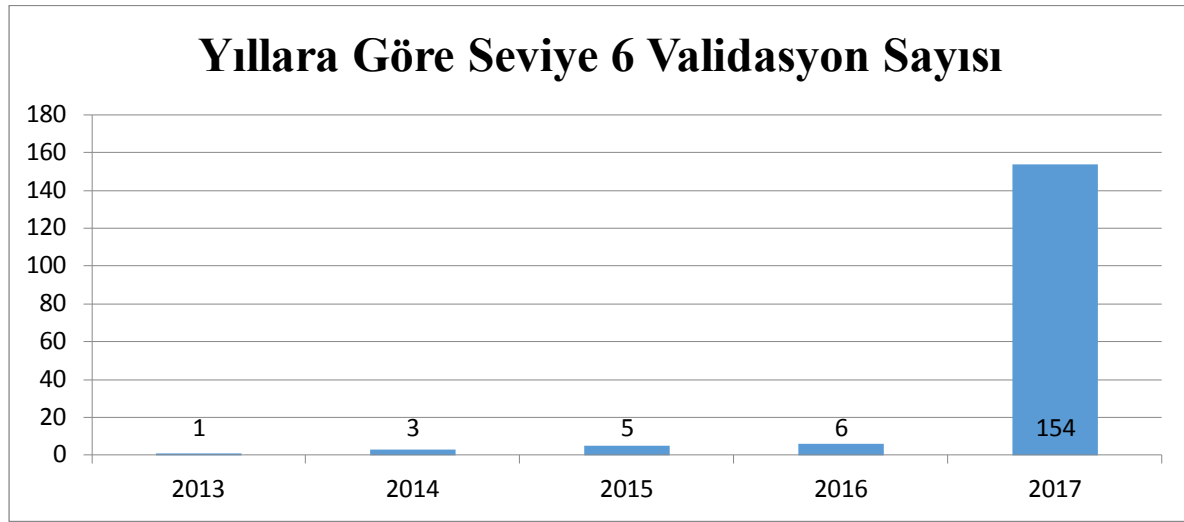
**Kaynak:** HIMSS (2018)

Dünya genelinde, HIMSS EMRAM Seviye 6 akreditasyonu alan toplam 2176 hastane bulunmaktadır. HIMSS Analitik verilerine göre bu hastanelerin 1808'i Amerika ülkelerinde olup ABD 1790 hastane ile hem dünya genelinde hem de Amerika kıtasında yer alan ülkeler arasında en çok HIMSS EMRAM Seviye 6 akreditasyon belgesine sahip hastane ile hizmet veren ülke durumundadır. HIMSS EMRAM Seviye 6 akreditasyonu alan 139 hastanenin bulunduğu Asya'da 121 hastane ile Çin, 31 hastanenin bulunduğu Ortadoğu 15 hastane ile Birleşik Arap Emirlikleri birinci sırada yer almaktadır. Türkiye'nin de aralarında yer aldığı Avrupa ülkelerinde toplam 198 hastane HIMSS EMRAM Seviye 6 akreditasyon belgesine sahiptir. Türkiye 165 hastane ile Avrupa ülkeleri arasında büyük bir farkla birinci sıradadır. Dünyada ABD'den sonra ikinci sırada yer almaktadır.

Türkiye'de HIMSS EMRAM Seviye 6 akreditasyon belgesi alan 165 hastane bulunmaktadır. Bu hastaneler arasında, Seviye 6 derecesine sahip eğitim Araştırma ve üniversite hastanelerinin toplam sayısı 33 iken dal hastalıkları ve devlet hastanelerinin toplam sayısı 132'dir.

Türkiye'de yıllara göre hastanelerin seviye 6 validasyon sayısı aşağıdaki grafikte verilmiştir.

**Grafik 2:** Yıllara Göre Seviye 6 Validasyon Sayısı



**Kaynak:** Köse, 2018 Sayı:46 s.40

Türkiye'de validasyon sayısı toplamı, halen seviye 6 olan hastane sayısından yüksek olmasının nedeni, bazı hastanelerin validasyonlarının 3 yıllık geçerlilik süresi dolduktan sonra yeniden valide olmalarıdır. Burada hastanelerimizin çalışmalarının sadece belge edinmek için değil gerçekten denetime her zaman açık olduğunu göstererek Sağlıkta teknoloji Kullanımını sektöre katkı sağlayarak hastanenin gelişimi için yaptığının kanıtıdır. Buda Türkiye'nin Sağlıkta dijitalleşme ve hastanelerin dijitalleşmesi alanında ne kadar kararlı olduğunu göstermektedir.

### **SAĞLIKTA DİJİTALLEŞMENİN GELECEKDEKİ DURUMU**

Günümüzde sektörde oldukça yaygın olarak kullanılan teknolojik araçlar ve uygulamalar gelecekte olabilecek gelişmeler ile birlikte Sağlık sektörünün temel bileşenleri haline gelerek Kullanımları daha da yaygınlaşacak ve önemli katkılar sunacaklar. Sağlık sektöründe kullanılan giyilebilir teknolojiler, sanal gerçeklik teknolojileri, tele-tıp, mobil Sağlık uygulamaları, e-Sağlık uygulamaları ve 3D yazıcıların daha da gelişmesi ve elde edilen yeni teknolojilerle birlikte klinik dışı tanı ve tedavilerde, hastalıklarda erken teşhis ve tedavilerde, tıp eğitiminin daha gerçekçi ortamlarda sunulması ile kaliteli Sağlık Çalışanların eğitilmesinde, yapılan tıbbi hataların en aza indirilmesinde, Sağlık alanında çok önemli istatistiksel bilgilere erişim de (örn: epidemiyolojik istatistikler), Sağlık hizmetlerinde maliyetin düşürülmesi ve

verimliliğin artırılmasında, özelliklede Sağlık hizmetlerine ulaşımında zaman ve mekan kavramını kalkmasında çok önemli katkı sağlayacaklar.

Türkiye'nin günümüzdeki durumunu dikkate alırsak dijital gelişmelere en erken ayak uyduran ve bu teknolojiyi Sağlık sektörüne entegre eden sayılı ülkelerden birisi olduğunu görmekteyiz. Bu nedenle Sağlıkta dijital dönüşümün gelecekteki durumuna en önemli katkıyı sağlayacak ülkelerin başında

gelecektir. Hatta bu konuda Sağlık teknolojisi üretimini sağlayarak komşu ülkelere ihracatını yapacak ve onlara Sağlık alanındaki bu dijital gelişimde liderlik edecektir.

## **SONUÇ BULGULAR VE ÖNERİLER**

Sağlıkta dijitalleşme adı altında kullanılan yeni yazılım ve uygulamalar neticesinde Sağlık sektöründe birçok alanda kolaylıklar ortaya çıkmıştır. Özellikle Sağlıkta tanı ve tedavi yöntemlerinin ileri bir seviyeye gelmesi, Sağlık hizmetlerine ulaşımında mekan ve zaman faktörlerinin en aza indirilmesi, çok önemli istatistik bilgiler elde ederek Sağlık sektörünün daha iyi yönetilebilmesi, sadece hastane hizmetlerinin değil bireysel Sağlık olarak da gelişmesi ve bütün bunların doğrultusunda Sağlıkta verimliliğin artması gibi birçok alanda büyük ilerlemeler gösterilmiştir. Türkiye’de son yıllardaki gelişimi ile Sağlıkta dijital dönüşüm alanında Avrupa’da ve dünyada öncülük yapan ülkelere birisi konumuna gelmiştir.

Dünyada Sağlıkta dijitalleşme alanında son yıllarda yatırımlar artmış fakat yapılan bu yatırımların yaklaşık olarak %40 sonuçsuz kalmıştır. Bu oranı en aza indirmek, dijitalleşme sürecini hızlandırmak ve yeni yatırımcıları teşvik etmek için sağlıkta dijital dönüşüm ilgili Sağlık kuruluşlarınca ve hükümetler tarafından desteklenmelidir. Aynı zamanda yapılacak olan yatırımlar ilgili sektör Çalışanlarından oluşan multi profesyonel ekipler tarafından yapılmalı hatta sadece sağlıkta dijital yatırımları denetleyen ve yol gösteren yeni bir kurum oluşturulmalıdır.

Ölçemediğimiz şeyi yönetemeyiz parolasını hedef olarak daha fazla veri ve bilgi elde etmek için günümüzde kullanılan gelecekte kullanılacak olan uygulama ve yazılımlar için toplumu bilinçlendirmeli ve Kullanım oranlarını artırmalıyız.

Bireyin kendi sağlığını kontrol etmesi ve hastanelerde oluşan gereksiz yoğunluğu önlemek için Sağlıkta dijitalleşmeyi sadece Sağlık hizmetleri sunan firmalar olarak değil aynı zamanda bireysel sağlığın gelişimi içinde kullanmalıyız.

Hastaya ve kuruma ait veri ve bilgilerin bilgisayar gibi cihazlarda toplanması olası bir siber saldırıda veya ihmalkarlıkta çok büyük zararlara neden olacaktır. Bu duruma engel olabilmek için kullanılan teknolojinin kalitesini artırılmalı ve Çalışanların erişebilirlik düzeyinde sınırlandırmalar getirilmelidir.

Türkiye Sağlıkta dijitalleşme alanında son yıllardaki gelişim ile birlikte dünyada sayılı ülke konumundadır. Sağlık Bakanlığının bu alanda önemli destekleri bulunmaktadır. Ülke ekonomisi ve Sağlık sektörüne katkı sağlamak için var olan bu durumu daha da geliştirerek yeni araçlar ve uygulamalar keşfedilmeli ve bu keşiflerin en azından çevre ülkelere ihracatı yapılmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., . . . Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC public health*, 7(1), 1-7.

Annual International Conference of the IEEE. Bostanci, E. (2015). Medikal Alanda Kullanılan Giyilebilir Teknolojiler: Uygulamalar, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Paper presented at the Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi, Muğla.

Akyol, E. (2016). Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane Çalışmaları, 2013-2015.

Asi, Y. M., & Williams, C. (2017). The role of digital health in making progress toward Sustainable Development Goal (SDG) 3 in conflict-affected populations. *International journal of medical informatics*, 1-7.

Ayat, M., & Sharifi, M. (2016). Maturity Assessment of Hospital Information Systems Based on Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)— Private Hospital Cases in Iran. *International Journal of Communications, Network and System Sciences*, 9 (11), 471-477. doi: 10.4236/ijcns.2016.911038.

Dodziuk, H. (2016). Applications of 3D printing in healthcare. *Kardiochirurgia i torakochirurgia polska= Polish journal of cardio-thoracic surgery*, 13(3), 283-293.

Dorn, S. D. (2015). Digital Health: Hope, Hype, and Amara’s Law. *Gastroenterology*, 149(3), 516-520.

- Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2016). State of telehealth. *New England journal of medicine*, 375(2), 154-161.
- Gagnon, M.-P., Cloutier, A., & Fortin, J.-P. (2004). Quebec population and telehealth: a survey on knowledge and perceptions. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(1), 3-12.
- Güler, E., & Eby, G. (2015). Akıllı Ekranlarda Mobil Sağlık Uygulamaları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 45-51.
- Hudes, M. K. (2017). Fostering innovation in Digital Health a new ecosystem. Paper presented at the Microelectronics Symposium (Pan Pacific), 2017 Pan Pacific.
- HİMSS, <https://www.himssanalytics.org> Erişim Tarihi: (04.04.2019)
- Kılıç, T. (2016). Digital Hospital; An Example of Best Practice. *International Journal*, 1(2), 52-58. doi: 10.23884/ijhsrp.2016.1.2.04.
- Köse, İ. (2018) HIMSS: Elektronik Sağlık kaydının gerçekten faydası var mı? : SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi İlkbahar 2018 Sayı:46 ISSN: 1307-2358 s.40 Erişim: [http://www.sdplatform.com/Images/Filemanager/SD\\_46.pdf](http://www.sdplatform.com/Images/Filemanager/SD_46.pdf) Erişim Tarihi: (04.04.2019)
- Pentland, A. (2004). Healthwear: medical technology becomes wearable. *Computer*, 37(5), 42-49.
- PwC, H. (2014). Health wearables: Early days. *Pricewaterhousecoopers, Top Health Industry Issues. Wearable Devices.*
- Tezcan, C. (2016). Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık. In: İstanbul: TÜSİAD-T.
- Tezcan, C. (2018). Sağlığın dijital dönüşümü: SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, İlkbahar 2018 Sayı:46 ISSN: 1307-2358 s. 18-21. 40 Erişim: [http://www.sdplatform.com/Images/Filemanager/SD\\_46.pdf](http://www.sdplatform.com/Images/Filemanager/SD_46.pdf) Erişim Tarihi: (02.04.2019)
- Timmis, J. K., & Timmis, K. (2017). The DIY Digital Medical Centre. *Microbial biotechnology*, 10(5), 1084-1093.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2018) Erişim: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: (04.04.2019)
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2018), Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane Değerlendirme Çalışmaları (2012-2014), Erişim: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5006/saglik-bakanligi-dijital-hastane-degerlendirme-calismalari-2012-2014.html> Erişim Tarihi: (04.04.2019)
- Ülgü, M.M. , Muş, E. , İşleyen, F. (2018) Sağlık bilişimi Standartları: SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, İlkbahar 2018 Sayı:46 ISSN: 1307-2358 s.15 40 Erişim: [http://www.sdplatform.com/Images/Filemanager/SD\\_46.pdf](http://www.sdplatform.com/Images/Filemanager/SD_46.pdf) Erişim Tarihi: (03.04.2019)
- Wager, K. A., Lee, F. W., & Glaser, J. P. (2017). *Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Management.* John Wiley & Sons: p. 79.
- World Health Organization. (2013). *mHealth: new horizons for health through mobile technologies.* Global Observatory for eHealth series, Vol. 3, 2011. In.

## EVALUATION OF INFORMATION SECURITY BY IT STAFF – A STUDY IN THE HEALTH SECTOR

Sultan Güler KURT  
Ramazan Özgür ÇATAR

Department of Health Management

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** If businesses can provide information security, they can continue to exist in their respective sectors. In this context information security is a very important issue for health sector too. This study includes information processing and information security issues in the health sector. **The Purpose of the Study:** The aim of this study to evaluate the information security level of hospital information management system (HIS) by hospital IT staff. In this context it is important and it will contribute to the literature. **Method:** In this study a questionnaire was applied to IT staff members of Istanbul Health Informatics Association. The universe of the research consists of active 100 members. The questionnaire was delivered to all members by making a complete count without sampling. As a result the survey was completed by 72 members. The cronbach alpha value of the information security scale of the study is = 0.943. The cronbach alpha values of the dimensions of the study are: access and authorization = 0.918, security applications = 0.724, health service delivery = 0.833, organizational security = 0.836 and security policy = 0.877. **Findings and Results:** There is a significant correlation between the overall score given by the IT staff to HIS users and the total score of the information security scale ( $p=0.000$ ). There are significant differences between the information security scale and its sub-dimensions according to the provision of sufficient financial resources to ensure information security in hospitals. There is a significant difference between the sub-dimension of health service delivery according to the access of patient data by employees in emergency situations ( $p=0.023$ ). Necessary education should be provided to prevent user errors which are one of the most important factors for ensuring information security.

**Key Words:** Information Processing, Information Security, Information Security Management, Health Informatics, Hospital Information Management Systems (HIS)

### 1. GİRİŞ

Bilgi güvenliği; sistemde bilgi erişimine yetkisi olmayan kişiler tarafından bilgilere erişilmesi, bilgilerin başka ortamlara taşınarak gizliliğinin ortadan kaldırılması, sistemde var olan bilgilerin geri dönüşümsüz olarak silinmesi, sistemdeki bilgilerin, gerçeğinden başka bilgiler haline getirilmesi ve bilgilerin kasıtlı olarak zarar görmesi gibi durumların tümünden bilgileri korumaya yönelik işlemlerin tamamıdır (Baykara ve ark., 2013).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar bilgi yoğun işletmelerdir. Bu yoğunluk kaliteli bir hizmet sunabilmek amacıyla tıbbi ve idari yönetim süreçlerine ait bilgileri kapsamaktadır. Dolayısıyla hastalara ait, kuruluş bünyesinde Çalışan tüm Sağlık Çalışanlarına ait, işletmenin vizyon ve misyonuna ilişkin vs. birçok bilgidir söz edilebilmektedir (Altındiş, 2010). Tüm bu bilgiler Sağlık hizmeti sunumu sürecinde birbiri ile ilişkili ve bağlantılı olarak ve de farklı ihtiyaç yerlerinde kullanılabilir. Bu aşamada hastanenin ihtiyaç duyduğu işlem etkin bir Hastane Bilgi Yönetim Sistemidir (HBYS).

Bu Çalışmanın amacı; hastane bilgi güvenliğinin hastane bilgi işlem Çalışanları tarafından nasıl değerlendirildiğinin saptanması ve bu doğrultuda bilimsel sonuçlara ulaşılmasıdır. Bu Çalışma Sağlık sektörünü kapsamaktadır. Sağlıkta bilgi işlem Çalışanları ve Sağlıkta bilgi güvenliği konuları üzerinde çalışılmıştır. Bilgi güvenliği bir işletmenin sektördeki varlığını koruması ve faaliyetlerine devam edebilmesi Açısından önem arz etmektedir. Bu Araştırma amacı doğrultusunda önemlidir ve bu anlamda literatüre katkı sağlamaktadır. Hatta Araştırma sonucunda bilgi işlem biriminin ve diğer Çalışanların bilgi güvenliği konusunda neler üstlendiğinin ve de üstlenmesi gerektiğinin ortaya çıkarılması Araştırmanın sağladığı bilimsel yararlarıdır.



## 2. BİLGİ

### 2.1. Bilgi Güvenliği

Bilgi önemli bir varlıktır ve önemini uzun ve zor Çalışmalar sonucu kazanmıştır. Tüm bu sebeplerden dolayı bilgiyi korumak elbette ki şart olmaktadır. Bilgiye yönelik güvenlik tüm dünyayı ilgilendiren bir durumdur. Uluslar arası önemi büyüktür ve bu önem sürekli de büyümektedir (Canbek ve Sağiroğlu, 2006). Bilgiye yönelik güvenlik, organizasyonların sahip oldukları tüm bilgiler üzerinde, her türlü tehlikelere yönelik belirli tedbirler alınarak güvenliğin gerçekleştirilmesi işlemlerini barındırmaktadır (Öztemiz ve Yılmaz, 2013). Aynı zamanda işletmelerin her gün izlemeleri gereken normal iş akışı aşamaları bakımından son derece hassas konumda olan bir konudur (Naicker ve Mafaiti, 2019).

## 3. HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ (HBYS)

### 3.1. Hastanelerde Bilgi Teknolojileri ve HBYS Kavramı

Sağlık yönetiminde idari ve tıbbi süreçlerin hedefler doğrultusunda kontrollü olarak başarı ile devam ettirilebilmesine olanak veren sistemlerin hepsi birden hastanelerdeki bilgi sistemleri kavramını oluşturmaktadır. Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi (HBYS), kuruluşların belli başlı verilerinin kaydedilerek saklandığı önemli sistemler için kullanılan kavramdır (Bal, 2010).

Sağlık işletmelerinin tüm kademelerinde fazlasıyla teknolojiye ihtiyaç duyulmaktadır (Köksal ve Esatoğlu, 2005). Sağlık kuruluşlarında kullanılan bilgi teknolojilerinin oluşturulma amacı Sağlıkta maliyet kontrolünü kolaylaştırmaya ve de hizmette kalite yükseltmeye yöneliktir (Hall ve ark., 2015). Sağlıkta bilgi teknolojileri dokümantasyon yönetiminde büyük kolaylıklar sunmaktadır. Elle yapılan evrak kayıtlarında Çalışanların sebep olduğu yanlış kayıtların olma olasılığı çok yüksektir. Örneğin, hastaların sonuçları karıştırılabilir, isimler ile ameliyat bilgileri vb. yanlış yazılabilir. Sağlık hizmetlerinin her bir kademesinde meydana gelme olasılığı olan bu yanlışlıklar telafisi mümkün olmayan hatalara dönüşebilir, hastaların hayatına mal olabilir. Fakat Sağlıkta bilgi teknolojileri ile birlikte dokümantasyon yönetimi dijital ortamda yapılmaktadır. Böylece hata olasılığı büyük oranda düşmektedir (Ay, 2009). Bu süreçte mevcut olan elektronik hasta kayıtları, hizmet alan bireyler için her aşamada son derece önemli verileri barındırmaktadır (Win, 2005). Hastanelerin ana hedeflerinden biri de bu kayıtların yapıldığı uygulamaların kanıksanarak işlem yapılmasıdır (Carvalho ve ark., 2019).

### 3.2. Hastanelerde HBYS İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hastane bilgi sistemleri teknolojik imkanlar kullanılarak oluşturulan bir sistemdir. Her ne kadar teknoloji ile iç içe olsa da bu sistemi kullanacak olan insanlardır. Dolayısı ile insan unsuru bu teknolojiyi kullanırken doğal ve sosyalleşen davranışlarının da etkisinde kalabilmektedir (Köksal ve Esatoğlu, 2005). Ayrıca bireylerin maalesef ki konu hakkında yeteri kadar tecrübeleri bulunmamaktadır (Lafky ve Horan, 2011).

Öncelikle insan unsurunun önemi kavranmalı ve insanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir. Böylece yanlış işlemlerin önlenmesi iyice öğretilmektedir (Ball, 2003). Bilinmelidir ki HBYS uygulamalarının başarısında işgücü etkin rol oynamaktadır (Snyder ve Paulson, 2002). Sağlıkta bilişim teknolojilerinin hizmetin her kademesinde başarı ile uygulanabilmesi amacıyla özellikle de bu işi yapacak olan kişilerin eğitildiği üniversite programlarına Sağlıkta bilişim dersleri konulmalı, gerekli ve yeterli eğitim başından itibaren sağlanmalıdır (Ay, 2009). Eğitimlerin yalnızca Sağlık bilgisi ile yürütülmesi yoluna gidilmemelidir. Ancak, bilgilerin işlenmesi ve kullanılması vb. yönelik, sağlıkla ilgili eylemlerin iyileştirilmesine yönelik vb. durumları kapsmalıdır (Ginman, 2000). Eğer bu eğitimler üniversite vb. eğitim kapsamında zaten veriliyorsa da içerikleri gelişen teknoloji ve meydana gelen yenilikler dahilinde her zaman revize edilmelidir (Işık ve Akbolat, 2010).

## 4. HASTANE BİLGİ İŞLEM ÇALIŞANLARI ve ÖNEMİ

Bireylerin sağlıklarına ait verilerin, Sağlık hizmetlerini toplumun geneline götürebilmek amacıyla daha kaliteli HBYS uygulamalarında işlenmesi gerekmektedir. Burada hastane bilgi işlem Çalışanlarının sorumlulukları ön plana çıkmaktadır (Donato ve Walker, 2003). Maalesef ki bazen bilgi işlem Çalışanlarının HBYS'nin etkin kullanımında Çalışanların olumsuz davranışlarıyla karşılaşması muhtemeldir (Snyder ve Paulson, 2002).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu Araştırmanın amacı, HBYS'nin bilgi güvenliği düzeyinin hastane bilgi işlem Çalışanları tarafından değerlendirilmesidir. Bu açıdan önemlidir ve literatüre katkı sağlamaktadır.

### **5.2. Araştırmanın Kapsamı, Gereç ve Yöntemi**

#### **5.2.1. Evren ve örneklem**

Söz konusu Çalışma, İstanbul Sağlık Bilişimi Derneği'ne üye bilgi işlem Çalışanlarına anket uygulama yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini derneğe üye aktif 100 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçme yoluna gidilmeyip tam sayım yapılarak tüm üyelere anket formu ulaştırılmıştır. Araştırma için oluşturulan soru formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik verilerden, ikinci bölüm hastane ile ilgili genel bilgilerden, üçüncü bölüm HBYS ve bilgi güvenliği ile ilgili genel bilgilerden, dördüncü bölüm ise bilgi güvenliği ölçeğinden oluşmaktadır.

#### **5.2.2. Veri ölçme araçları**

Araştırmada bilgi güvenliği ölçeği olarak, Upfold ve Sewry (Upfold ve Sewry, 2005) tarafından geliştirilen Sağlık sektörü faaliyet alanı dışında kullanılan bir ölçek ile çalışılmıştır. Kılıç Aksu ve ark., (Kılıç Aksu, 2014) tarafından özel hastanelerde ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılmıştır (Kılıç Aksu, 2014).

Ölçeğin puanlama yöntemi orijinal ölçekteki gibi 5'li Likert skalası (1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: orta derecede katılıyorum, 4: katılıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum) ile değerlendirilmiştir (Kılıç Aksu, 2014).

#### **5.2.3. Verilerin toplanması ve analizi**

Veri toplama süreci, elektronik ortamda hazırlanan anket linkinin bilgi işlem Çalışanlarına ulaştırılarak anketlerin doldurulması yöntemi ile yürütülmüştür. Anketler, Sağlık Bilişim Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Dr Yasin Keleş aracılığı ile Araştırmacı tarafından Sağlık Bilişim Derneği'ne üye bilgi işlem Çalışanlarına ulaştırılmıştır. Anket linki üyelere, WhatsApp ve e-posta aracılığı ile ulaştırılmıştır. Ancak istenilen sonuca ulaşılamayınca anket süresi uzatılmıştır ve üyeler ile iletişim kurulmuştur. Bunun sonucunda aktif 100 üyeden 72 kişi anketi cevaplamıştır. Sonuçta 72 anketin hepsi de değerlendirmeye alınmıştır.

Söz konusu Çalışmanın bilgi güvenliği ölçeğinin cronbach alpha değeri =0.943 olarak tespit edilmiştir. Buna göre anketin güvenilirliğinin çok iyi derecede olduğunu söylemek mümkündür.

## 6. BULGULAR

**Tablo1: Tamılayıcı İstatistikler Ölçümsel Veriler Tablosu**

Ölçümsel Veriler	Ortalama	S.S.	Min.	Max.
Yaş	33.17	6.27	20	50
Kurumda Çalışma süresi (Yıl)	5.37	5.09	1	27
Hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) Kullanım deneyim süreniz (Ay)	53.56	53.52	1.50	200.00
Kurumunuz kaç yıldır faaliyettedir?	14.65	10.77	1	52
Kurumunuzun yatak kapasitesi nedir?	317.31	526.97	0	3000
Kurumunuzda kaç adet bilgisayar bulunmaktadır? (PC)	593.83	1070.01	2	7000
Kurumunuzda kaç adet diz üstü bilgisayar bulunmaktadır? (Laptop)	67.85	107.80	0	500
Kurumunuzda kaç adet tablet bilgisayar bulunmaktadır? (Tablet)	8.18	15.52	0	100
Hastanede şifre kırılma olayları sıklığı nedir?	1.50	7.60	0	60
Kurumunuzda HBYS Kullanıcılarının bilgi güvenliği uygulamalarını dikkate aldığınızda genel olarak kaç puan veririrsiniz?	72.50	16.76	10	100

Tablo 1’de Araştırma grubunun tanımlayıcı istatistikler ölçümsel verilerine ait bulgular verilmektedir. Buna göre yaş  $33.17 \pm 6.27$ , kurumda Çalışma süresi (yıl)  $5.37 \pm 5.09$ , HBYS Kullanım deneyim süresi (ay)  $53.56 \pm 53.52$ , kurumun faaliyet süresi  $14.65 \pm 10.77$ , kurumun yatak kapasitesi  $317.31 \pm 526.97$ , kurumdaki bilgisayar (pc) sayısı  $593.83 \pm 1070.01$ , kurumdaki diz üstü bilgisayar (laptop) sayısı  $67.85 \pm 107.80$ , kurumdaki tablet sayısı  $8.18 \pm 15.52$ , hastanede şifre kırılma olayları sıklığı  $1.50 \pm 7.60$ , bilgi işlem Çalışanlarının Çalıştıkları kurumlardaki HBYS Kullanıcılarının bilgi güvenliği uygulamalarını dikkate aldıklarında verdikleri genel puan  $72.50 \pm 16.76$  olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 2: Hasta İle İlgili Acil Durumlarda Çalışanların Hasta Verilerine Erişiminde Yetkilendirmenin Değiştirilip Değiştirilmediği Durumu Tablosu**

	n	%
Evet	38	52.8
Hayır	34	47.2
Toplam	72	100.0

Tablo 2’de hastane bilgi işlem Çalışanlarının %52.8’inin, hasta ile ilgili acil durumlarda Çalışanların hasta verilerine erişiminde yetkilendirmenin değiştirildiğini belirttikleri görülürken, %47.2’sinin ise bu durumda yetkilendirmenin değiştirilmediğini belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 3: Bilgi Güvenliği ile İlgili Yaşanan Kazaları ve Nedenlerini Sistem Kullanıcılarına Duyurma Değerlendirme Tablosu**

	n	%
Evet	53	73.6
Hayır	19	26.4
Toplam	72	100.0

Tablo 3’te hastane bilgi işlem Çalışanlarının %73.6’sının bilgi güvenliği ile ilgili yaşanan kazaları ve nedenlerini sistem kullanıcılarına duyurduğunu belirttikleri görülürken %26.4’ünün ise bu kaza ve nedenlerini sistem kullanıcılarına duyurmadıklarını belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 4: Hastanelerde Bilgi Güvenliği İle İlgili Yaşanan Kazaları ve Nedenlerini Sistem Kullanıcılarına Duyurma Yöntemleri Tablosu**

Yöntemler	n	%
SMS gönderimi ile	15	14.2
E-posta gönderimi ile	39	36.8
E-konferans ile	17	16.0
Diğer.....	35	33.0

\*Tablo 4'te bilgi işlem Çalışanlarından, sorunun cevabı için birden fazla seçenek işaretleyenler bulunmaktadır.

Tablo 4'te bilgi işlem Çalışanlarına göre hastanelerde bilgi güvenliği ile ilgili yaşanan kazaları ve nedenlerini sistem kullanıcılarına duyurma yöntemlerinin neler olduğu durumu değerlendirilmiştir. Buna göre bilgi işlem Çalışanlarının bu yöntemleri, %36.8 oranı ile e-posta gönderimi, %33.0 oranı ile diğer yöntemler, %16.0 oranı ile e-konferans ve %14.2 oranı ile de SMS gönderimi olarak belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 5: Hastanelerde HBYS Kullanılırken Bilgi Güvenliği İle İlgili Yaşanan Sorunların Nedenleri Tablosu**

Nedenler	n	%
Bilgi eksikliği	10	12.2
Dikkatsizlik / Özensizlik / Kullanıcı Hataları	28	34.1
Şifre hataları	14	17.1
Sistemden kaynaklanan hatalar	9	11.0
Yönetimsel hatalar	11	13.4
Sorun yok	6	7.3
Diğer	4	4.9

\*Tablo 5'te bilgi işlem Çalışanlarından, sorunun cevabı için birden fazla seçenek işaretleyenler bulunmaktadır.

Tablo 5'te bilgi işlem Çalışanlarına göre hastanelerde HBYS kullanılırken bilgi güvenliği ile ilgili yaşanan sorunların nedenlerinin neler olduğu durumu değerlendirilmiştir. Buna göre bilgi işlem Çalışanlarının bu nedenleri, %34.1 oranı ile dikkatsizlik/özensizlik/kullanıcı hataları, %17.1 oranı ile şifre hataları, %13.4 oranı ile yönetimsel hatalar, %12.2 oranı ile bilgi eksikliği, %11.0 oranı ile sistemden kaynaklanan hatalar ve %4.9 oranı ile diğer nedenler şeklinde belirttikleri görülürken %7.3 oranı ile de herhangi bir sorunun olmadığını belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 6: Hastanelerde Bilgi Güvenliği Konusunda Farkındalığı Artırmak İçin Yapılabilecek Uygulamalar Tablosu**

Uygulamalar	n	%
Eğitici posterlerin hazırlanması	52	24.8
SMS ile hatırlatıcı mesaj gönderilmesi	33	15.7
Hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden hatırlatıcı e-posta gönderilmesi	53	25.2
E-konferans düzenlenmesi	39	18.6
Diğer.....	33	15.7

\*Tablo 6'da bilgi işlem Çalışanlarından, sorunun cevabı için birden fazla seçenek işaretleyenler bulunmaktadır.

Tablo 6'da bilgi işlem Çalışanlarına göre hastanelerde bilgi güvenliği konusunda farkındalığı artırmak için ne gibi uygulamaların yapılabileceği durumu değerlendirilmiştir. Buna göre bilgi işlem Çalışanlarının bu uygulamaları, %25.2 oranı ile hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden hatırlatıcı e-posta gönderilmesi, %24.8 oranı ile eğitici posterlerin hazırlanması, %18.6 oranı ile e-konferans düzenlenmesi, %15.7 oranı ile SMS ile hatırlatıcı mesaj gönderilmesi ve diğer uygulamalar şeklinde belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 7: Bilgi İşlem Çalışanlarının HBYS Kullanıcılarının Bilgi Güvenliği Uygulamalarını Dikkate Alarak Düşündükleri Genel Puan İle Bilgi Güvenliği Ölçeğinin Toplam Puanı Arasındaki İlişki**

		Bilgi güvenliği ölçeği toplam puanı
Kurumunuzda. HBYS kullanıcılarının bilgi güvenliği uygulamalarını dikkate aldığınızda, genel olarak kaç puan verirsiniz?	Korelasyon katsayısı	0.502
	<b>p</b>	<b>0.000</b>
	<b>n</b>	72

\*Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır.

Tablo 7’de bilgi işlem Çalışanlarının Çalıştıkları hastanelerde HBYS Kullanıcılarının bilgi güvenliği uygulamalarını dikkate alarak düşündükleri genel puan ile bilgi güvenliği ölçeğinde tespit edilen toplam puan arasında korelasyon katsayısı=0.502 ve p=0.000 olarak bulunmuştur. Yani iki değer arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

**Tablo 8: Bilgi İşlem Çalışanlarına Göre Kurumlarında Teknik Açından Bilgi Güvenliğinin Sağlanması İçin Yeterli Maddi Kaynak Ayrılıp Ayrılmaması Durumu Tablosu**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	43	59.7
Hayır	29	40.3
Toplam	72	100.0

Tablo 8’de hastane bilgi işlem Çalışanlarının %59.7’sinin Kurumlarında teknik açıdan bilgi güvenliğinin sağlanması için yeterli maddi kaynağın ayrıldığı düşünükleri görülmektedir. Bilgi işlem Çalışanlarının %40.3’ü ise tam aksini düşündüğünü belirtmektedir.

**Tablo 9: Bilgi İşlem Çalışanlarının Hastanelerinde Teknik Açından Bilgi Güvenliğinin Sağlanması İçin Yeterli Maddi Kaynak Ayrılıp Ayrılmamasına Yönelik Düşüncelerine Göre Bilgi Güvenliği Ölçeği Puan Ortalamaları Tablosu**

Bilgi güvenliği ölçeğinin ve alt boyutlarının puanları	Sizce kurumunuzda teknik açıdan bilgi güvenliğinin sağlanması için yeterli maddi kaynak ayrılıyor mu?	n	Ortalama sıra	u	p
Toplam puan	Evet	43	45.10	253.500	<b>0.000</b>
	Hayır	29	23.74		
	Toplam	72			
Erişim ve yetkilendirme boyutu puanı	Evet	43	43.23	334.000	<b>0.001</b>
	Hayır	29	26.52		
	Toplam	72			
Güvenlik uygulamaları boyutu puanı	Evet	43	43.80	309.500	<b>0.000</b>
	Hayır	29	25.67		
	Toplam	72			
Hizmet sunumu boyutu puanı	Evet	43	41.45	410.500	<b>0.013</b>
	Hayır	29	29.16		
	Toplam	72			
Örgütsel güvenlik boyutu puanı	Evet	43	45.47	238.000	<b>0.000</b>
	Hayır	29	23.21		
	Toplam	72			
Güvenlik politikası boyutu puanı	Evet	43	43.12	339.000	<b>0.001</b>
	Hayır	29	26.69		
	Toplam	72			

\*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 9’da bilgi işlem Çalışanlarının hastanelerinde teknik açıdan bilgi güvenliğinin sağlanması için yeterli maddi kaynak ayrılıp ayrılmama durumu hakkındaki cevapları değerlendirilmiştir. Bu durum ile bilgi güvenliği ölçeği ve alt boyutlar arasında da anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bilgi güvenliği ölçeği toplam puan  $p=0.000$  anlamlılık düzeyindedir. İlgili alt boyutlarda anlamlılık dereceleri şu şekildedir. Erişim ve yetkilendirme boyutu  $p=0.001$ , güvenlik uygulamaları boyutu  $p=0.000$ , hizmet sunumu boyutu  $p=0.013$ , örgütsel güvenlik boyutu  $p=0.000$  ve güvenlik politikası boyutu  $p=0.001$  olarak tespit edilmiştir.

## 7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Yürütülen Çalışmaya göre hastane işgücünün yaş oranları arttıkça HBYS’deki etkinliklerinin de azaldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Hastanelerin artık teknolojiye Bağımsız düşünülmemeyeceği anlayışına göre de hastane işgücünün seçiminde bu durumun göz önünde bulundurulması gerekliliğinin üzerinde durulmaktadır (Nokay ve Özyayın, 2018). Yapılan başka bir Araştırmaya göre de yaş ve bilgi güvenliği ölçeği değerlendirilmesinde anlamlı ilişkinin olmadığı yönünde sonuçlar görülmektedir. Ayrıca eğitimin, cinsiyet ve pozisyonun da güvenlik konusunda etkili olmadığı görülmektedir (Kılıç Aksu, 2014). Bu Araştırmanın analiz sonuçlarına göre de bilgi işlem Çalışanlarının yaşları ile bilgi güvenliği ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişkinin tespit edilmediği görülmektedir. Yine Araştırma analizleri incelendiğinde bilgi işlem Çalışanlarının pozisyonlarına göre, eğitim durumlarına

göre ve cinsiyetlerine göre bilgi güvenliği ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yapılan Araştırmaya göre HBYS Kullanım deneyimi süresi, HBYS eğitim süresi, bilgisayar yetkinlikleri gibi faktörlerin tıbbi ve idari Çalışanlar üzerinde değerlendirildiği görülmektedir (Kılıç Aksu, 2014). Bu Araştırmada ise bilgi işlem Çalışanları açısından değerlendirme yapılmıştır. Araştırmanın analiz sonuçlarına göre de bilgi işlem Çalışanlarının HBYS Kullanım deneyimi süresi ile, kurumda Çalışma süresi ile ve kurumun faaliyet süresi ile bilgi güvenliği ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Bu Araştırmaya göre bu konu üzerinde bundan sonraki yapılacak Çalışmalar için bazı önerilerde bulunulması gerekirse, özellikle de evrenin daha büyük tutulmasının Araştırmanın sonuçlarında anlamlı bir değişikliğe sebep olabileceği söylenebilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Altındış, S. (2010). Bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine katkısı: Kavramsal bir çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3), 325-352.
- Ay, F. (2009). Elektronik hasta kayıtları ve etik sorunlar. *İş Ahlakı Dergisi*, Mayıs, 2(3), 67-74.
- Bal, V. (2010). Bilgi sistemlerinin Sağlık işletmeleri performansına etkilerinin veri zarflama analizi ile ölçümü: Türkiye'deki devlet hastanelerinde bir Araştırma. (doktora tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Ball, MJ. (2003). Hospital information systems: perspectives on problems and prospects, 1979 and 2002. *International Journal of Medical Informatics*, 69, 83-89.
- Baykara, M, Daş, R, Karadoğan, İ. (2013). Bilgi güvenliği sistemlerinde kullanılan araçların incelenmesi. First International Symposium on Digital Forensics And Security (ISDFS'13), 20-21 May 2013, Elazığ, Turkey, 231-239.
- Canbek, G, Sağıroğlu, Ş. (2006). Bilgi, bilgi güvenliği ve süreçleri üzerine bir inceleme. *Politeknik Dergisi*, 9(3), 165-174.
- Carvalho, JV, Rocha, A, Wetering, R, Abreu, A. (2019). A maturity model for hospital information systems. *Journal of Business Research*, 94, 388-399.
- Donato, JD, Walker, S. (2003). Health information management: what business are we in?. *Health Information Management*, 31(4), 5-9.
- Ginman, M. (2000). Health information and quality of life. *Health Informatics Journal*, 6, 181-188.
- Hall, AK, Bernhardt, JM, Dodd, V, Vollrath, MW. (2015). The digital health divide: Evaluating online health information access and use among older adults. *Health Education & Behavior*, 42(2), 202-209.
- Işık, O, Akbolat, M. (2010). Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları üzerine bir Araştırma. *Bilgi Dünyası*, 11(2), 365-389.
- Köksal, A, Esatoğlu, AE. (2005). Ankara ilindeki üniversite ve özel hastanelerde kullanılan elektronik hastane bilgi sistemlerinin analizi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 53-65.
- Lafky, DB, Horan, TA. (2011). Personal health records: Consumer attitudes toward privacy and security of their personal health information. *Health Informatics Journal*, 17(1), 63-71.
- Naicker, V, Mafaiti, M. (2019) The establishment of collaboration in managing information security through multisourcing. *Computers & Security*, 80, 224-237.
- Öztemiz, S, Yılmaz, B. (2013). Bilgi merkezlerinde bilgi güvenliği farkındalığı: Ankara'daki üniversite kütüphaneleri örneği. *Bilgi Dünyası*, 14(1), 87-100.
- Snyder, KD, Paulson, P. (2002). Healthcare information systems: Analysis of healthcare software. *Hospital Topics*, 80(4), 5-12.
- Win, KT. (2005). A review of security of electronic health records. *Health Information Management*, 34(1), 13-18.

## İSTANBUL İLİNDE ÇALIŞAN FİZİYOTERAPİSTLERİN SAĞLIK HUKUKU ALANINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF THE KNOWLEDGE LEVEL OF PHYSIOTHERAPISTS WORKING IN ISTANBUL IN THE FIELD OF HEALTH LAW

Müşerref SEDEF\*

#### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Sağlık personeli ile hasta arasındaki ilişkileri düzenleyen Sağlık hukukundan en fazla etkilenen mesleklerden birisi de rehabilitasyon ekibinin asli üyelerinden birisi olan fizyoterapistlerdir. Uzman hekimin koyduğu tedavi endikasyonu ve yönlendirmesine bağlı olarak egzersiz, masaj, hidroterapi, ısı, ışık, elektro terapi gibi fizyoterapi uygulamalarını bizzat yaparak fizik tedavi hastaları ile ekibin diğer üyelerine göre daha çok zaman geçiren fizyoterapistler; çoğunlukla hastalardan teşekkür alırlarken bazı durumlarda ise tedavi eksikliği, kötü tıbbi uygulama, kötü muamele gibi haklı/haksız ithamlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Hasta ve yakınlarının haklı haksız ithamları ile karşı karşıya gelmemek, böyle bir durumla karşılaştıklarında haksız ithamlardan kurutulup kendilerini savunabilmek için Sağlık hukuku bilgisi ile donatılmaları gerekmesine rağmen çoğunlukla fizyoterapistlere Sağlık hukuku eğitimi verilmemesi fizik tedavi okulları ve çalıştıkları kurumların büyük bir eksikliğidir.

**Çalışmanın Amacı:** İstanbul ilindeki Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan fizyoterapistlerin Sağlık hukuku düzeylerinin belirlenmesi ve bu alanda eksikliği bulunanlara Sağlık hukuku bilgisinin nasıl kazandırılacağına değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Bu Çalışma; Eylül 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul ilindeki Sağlık kurum ve kuruluşlarında Çalışan fizyoterapistler arasından gönüllülük esası ve tesadüfi yöntemle seçilen 40 fizyoterapiste anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular ve Sonuçlar:** Ankete katılan fizyoterapistlerin % 65'i (26 kişi) iş hayatında hastaları, kurumları, çalışma arkadaşlarıyla Sağlık hukuku alanında hukuki sorun yaşadığını, % 35'i ise (14 kişi) herhangi bir problem yaşamadığını beyan etmiştir. İş hayatında Sağlık hukuku alanında sorun yaşamamış olan fizyoterapistlerin problem yaşamış olanlardan daha fazla Sağlık hukuku bilgisine sahip olduğu tespit edilmiştir. İş yaşamlarında Sağlık hukuku ile ilgili sorun yaşamamaları, Sağlık kurum ve kuruluşlarının hukuki davalarla uğraşmamaları ve davalarına ayırmak zorunda oldukları bütçelerden tasarruf etmeleri için Fizyoterapistlerin ve tüm Sağlık personelinin okullarında veya işbaşında Sağlık hukuku eğitimlerine tabi tutulması gerektiği sonuç ve kanaatine varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Fizyoterapist, Sağlık Hukuku Eğitimi, Hukuki Problem

\* Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü/Türkiye/[mfsedef@yahoo.com](mailto:mfsedef@yahoo.com)

#### SUMMARY

**Problem of Study:** Physiotherapists, one of the principal members of the rehabilitation team, are one of the professions most affected by the health law that regulates the relationship between health care staff and patients. Physiotherapists who spend more time doing physical therapy applications such as exercise, massage, hydrotherapy, heat, light, electrotherapy, depending on the indication and direction of treatment put by the specialist physician; they often receive acknowledgment from patients, and in some cases, they may face justified / unjustified accusations such as lack of treatment, poor medical practice and ill treatment. It is a major deficiency of physical therapy schools and institutions that they do not provide physiotherapists with the knowledge of health law in order to defend themselves and to defend themselves when they encounter such a situation.

**Purpose of the study:** This work; The aim of this study was to investigate whether physical therapists being equipped with knowledge of health law will be effective in not being confronted with rightful, unjust accusations of patients and their relatives, and whether they will be able to defend themselves legally when faced with unjust accusations and how to gain knowledge of health law to physiotherapists.



**Method:** This work; Between September 2018 and March 2019, 40 physical therapists were selected by voluntary and random method among physiotherapists working in health institutions and organizations in Istanbul.

**Findings and Results:** 65% (26 people) of the physiotherapists who participated in the survey stated that they had legal problems in the field of health law with their patients, institutions, colleagues and 35% (14 people) stated that they did not have any problems. It was found that physiotherapists who had no problems in the field of health law in business life had more knowledge of health law than those who had problems. It was concluded that physiotherapists and all health personnel should be subjected to health law trainings in schools or on the job so that they do not have any problems related to health law in their professional lives, health institutions and organizations do not deal with legal cases and save the budgets they have to allocate for their cases.

**Keywords:** Physiotherapist, Health Law Education, Legal Problem

## GİRİŞ

Sağlık hukuku, Sağlık hizmeti alan hastalar, Sağlık hizmeti sunucuları, sosyal güvenlik kurumları ve devlet arasındaki ilişkileri düzenleyen, anayasa hukuku, medeni hukuk, ceza hukuku, idare hukuku, ticaret hukuku ve özel hukuk ilgili maddeleriyle şekillendirilmiş karma bir hukuk dalıdır.

Sağlık hizmetleri sunum süreçlerinin özenli bir şekilde yürütülmesine ne kadar dikkat edilirse edilsin zaman zaman sunulan hizmetin tarafları arasında ihtilaflar çıkabilmekte, Sağlık personeli, Sağlık hizmeti alan hasta ve/veya yakınları, Sağlık hizmeti sunucuları, sosyal güvenlik kurumları ve devlete karşı ilk derece hukuk, idare ve ceza mahkemelerinde davalar açılabilir. Hatta bu davalar bazen konunun taraflarınca Anayasa Mahkemesi ve Avrupa insan hakları mahkemesine kadar da götürülmektedir.

Açılan bu davaların devlet, sosyal güvenlik kuruluşları, Sağlık personeli ve Sağlık hizmet sunucuları aleyhine neticelenmesi halinde kurumlar ciddi tazminatlar ödenmek zorunda kalınmakta, Sağlık personelleri ise tazminat ödemeye, uzun ve kısa süreli cezaya ve meslekten men yaptırımlarına maruz kalabilmektedirler.

Son zamanlarda tıbbi bilgisi yetersiz, tazminat avcısı, saldırgan eğilimleri olan bir aileler kendilerince hastalarının zarar görmesinden hastaya el süren Sağlık personeli sorumlu tutarak savcılıklara suç duyurusunda bulunmakta bununla da yetinmeyerek batı ülkelerinde önceden beri açıla geldiği gibi tazminat davası açmaktadır. Savcılıkların açtığı ceza davaları ve hastaların açtığı tazminat davaları ortalama 10 sene almakta, mahkeme, avukat, bilirkişi ücretleri ve harcanan onca zaman ve emek nedeniyle Sağlık personeli % 80 beraat etse bile büyük maddi ve manevi zararlara maruz kalmaktadır. Beraat kararlarına rağmen şikayetçilerin Sağlıkçılara verdiği zarar karşılıksız kalmaktadır. Kaybedilen tazminat davaları sonucu ödenmesi gereken tazminatlar için Devlet Hekimleri tıbbi mesuliyet sigortasıyla kısmen güvence altına almışken diğer Sağlık personeli ve fizyoterapistler için tıbbi mesuliyet sigortası da yapılmamakta tazminatı kendilerine rücu ettirmektedir.

Ne fizik tedavi okullarında ne de işbaşında herhangi bir Sağlık hukuku eğitimi almayan fizyoterapistler; uzman hekimin koyduğu tedavi endikasyonu ve yönlendirmesine bağlı olarak egzersiz, masaj, hidroterapi, ısı, ışık, elektro terapi gibi fizyoterapi uygulamalarını bizzat yaparak fizik tedavi hastaları ile ekibin diğer üyelerine göre daha çok zaman geçirdiği, hastaya daha çok el sürdüğü için çoğunlukla tedavi hizmeti alanlardan teşekkür alırken bazı durumlarda ise eksik tedavi, kötü tıbbi uygulama, kötü muamele gibi haklı/haksız ithamlarla karşı karşıya kalabilmekte bu sebeple Sağlık hukukunun koruyuculuğuna ihtiyaç duyabilmektedir.

### 1.1. Fizyoterapist Kimdir?

Fizyoterapistler dünyada 100 ülkemizde yaklaşık 55 yıldır mesleğini icra etmektedir. Fizyoterapistler, üniversitelerde 4 yıl lisans düzeyinde eğitim alarak fizyoterapi unvanını kazanan Sağlık bilimleri lisansiyerleridir.

Türkiye Fizyoterapistler Derneğinin (TFD.) belirlediği esaslara göre Fizyoterapistler; Sağlıklı kişilerde sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlarken, hastalık durumlarında fizyoterapi rehabilitasyon yöntemlerini kullanarak kişinin eski durumuna dönmesi ve iyileşmesine destek olurlar. Fizyoterapistlerin, felç geçirmiş birinin yeniden yürümesi, beli ağrıyan bir kişinin eskisi gibi hareket edebilir hale gelmesi, yaşlanmakta olan bir kişinin kas ve kemik sağlığının korunması, sakatlanan bir sporcunun sahalara geri

dönmesi ya da engelli bir çocuğun oturmayı, yürümeyi öğrenmesi gibi hedefleri vardır. Fizyoterapistler 7’den 70’e bütün yaş grupları ve pek çok hastalık için tedavi seçenekleri sunabilir, daha kaliteli bir yaşam için kişilere destek olabilirler (TFD, 2018).

### **1. 2. Fizyoterapistlerin Çalışma Alanları Nereleridir?**

- ✓ Rehabilitasyon (nörolojik, ortopedik, kardiyak vb.),
- ✓ Kadın sağlığı,
- ✓ Pediatri,
- ✓ Yaşlı ve engelli bakımı,
- ✓ İş sağlığı ve güvenliği,
- ✓ Sporcu sağlığı vb.

### **1. 3. Fizyoterapistlerde Bulunması Gereken Nitelikler:**

- ✓ Her zaman düzenli olma,
- ✓ En üst seviyede bilgiye sahip olma,(örn. nöroloji, pediatri, fizyoloji vb.)
- ✓ Tedavide sorumluluk alıp inisiyatif kullanabilme yeteneğine sahip olma,
- ✓ Hastalara ilgi gösterme, güler yüzlü ve sevecen yapılı olma,
- ✓ Sağlık açısından fizyoterapistlik yapmaya engel hali bulunmama,
- ✓ Hastalara güven verme,
- ✓ Kendine güvenme,
- ✓ Hastaların yetersizlikleriyle baş edebilecek kadar fiziki güce sahip olma,
- ✓ Kişilerle iyi ilişkiler kurabilme yeteneğine sahip olma,
- ✓ İyi iletişim kurma ve problem çözme yeteneklerine sahip olma,
- ✓ Takım halinde çalışmaya yatkın olma,

### **1. 4. Fizyoterapistlerin Görev ve Yetkileri:**

Sağlık Bakanlığı (SB.) Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliğin eki Sağlık Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımları listesiyle fizyoterapistlerin görev yetki ve sorumlukları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir. (SB, 2014)

#### **“Fizyoterapist**

a) Sağlıklı bireylerde kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırmak için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarını planlar ve uygular.

b) Hastalık durumlarında;

1) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tabibin veya uzmanlık eğitimleri sırasında fiziksel tıp ve rehabilitasyon rotasyonu yapmış veya uzmanlık sonrasında ilgili dalın rotasyon süresi kadar fiziksel tıp ve rehabilitasyon eğitimi almış uzman tabiplerin kendi uzmanlık alanları ile ilgili teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapar.

2) Fizyoterapi programında belirlenen hedeflere ulaşabilmek için hastanın rol ve görevlerini tanımlar.

3) Fizyoterapi programı ve iyileşme süreci ile ilgili bilgileri kaydeder.

4) Koruyucu ve destekleyici rehabilitasyon cihaz ve teknolojilerinin Kullanımı konusunda uzman tabiple birlikte, uygun ölçü ve özellikleri belirler, öneri geliştirir, hasta ve aileye eğitim verir.

5) Fizyoterapi sürecinde, uygulanan fizyoterapi programının hasta için uygun olmadığını veya programını sonlandırmak gerektiğini öngördüğü durumlarda ilgili tabibe görüşünü bildirir, tabibin programın uygulanmasında ısrar etmesi durumunda söz konusu programı, durumu kayıt altına alarak uygular.

6) Fizyoterapi programı için uygun olan teknolojik ekipmanı güvenli ve etkili bir şekilde kullanır, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkileri ve komplikasyonları önlemek için gerekli önlemleri alır.”

### **1.5. Fizyoterapistlerin Sorumlulukları Nelerdir?**

Fizyoterapistlerin; sorumluluğu “mesleğini icra ettiği sırada, kasten, dikkatsizlik, ihmal, mesleği ile ilgili kurallara uymama, rehabilitasyon sürecinde en son bilimsel yöntemleri uygulamama ve meslek ve sanattaki acemilik nedenlerinden biri veya birkaçı sebebiyle hastalara verdiği zararlardan sorumlu tutulması hallerini kapsamaktadır.

Uygulamada FTR. hizmeti alan hastalar; fizyoterapist hakkında haksız tıbbi uygulamalar nedeniyle hukuk davası açabildiği gibi, Cumhuriyet Savcılığına şikayet ederek adli soruşturma başlamasını talep edebilmekte ya da yaptıkları idari şikayetler sonucu idari soruşturma açılmasına neden olabilmektedirler.

Hukuk, hasta veya yakınlarının şikâyet ve müracaatı halinde fizyoterapistin bütün uygulamalarını yasalara göre inceler. Fizyoterapistin hastaya FTR. yöntemlerini uygulayıp uygulayamayacağı, uygulamanın hangi sınırlar içinde kalacağını, uygulamaya hastanın muvafakatı olup olmadığı, FTR. uygulamalarının olumsuz sonuçlanması veya sonucun hastaca yeterli görülmemesi hallerinde fizyoterapistin sorumlu tutulup tutulamayacağını kara bağlar. Yapılan soruşturma ve kovuşturma sonucunda Fizyoterapist bilim ve hukuk kurallarına uygun hareket etmediği tespit edilirse İdare Hukuku, Medeni Hukuk ve Ceza Hukuku, yönünden sorumlu tutulabilir. (Sedef, 2018)

### **1.6. Rehabilitasyon Hizmetlerinin Hukuka Uygun Olmasının Şartları:**

Rehabilitasyonun yetkili fizyoterapistlerce uygulanması, hastanın aydınlatılarak rızasının alınması ve rehabilitasyonun fizyoterapistlik mesleğinin gerektirdiği kurallara ve özen yükümüne uygun olarak yapılmasından ibarettir. (Gencer, 2014)

### **1.7. Fizyoterapistlerin Yaşadığı Hukuksal Problemler**

- ✓ Aydınlatma ve tıbbi onamın alınmamasından sorumlu tutulma,
- ✓ Özen yükümlülüğünün yerine getirilmemesinden sorumlu tutulma,
- ✓ Standartlara uygun olduğu halde hasta ve yakınlarının beklentisinden daha kısa olan tedavi süre ve seanslarının sayı ve zaman olarak yetersizliğinden sorumlu tutulma,
- ✓ Rehabilitasyon döneminde olmasına rağmen hastanede değil de evci çıkıldığı bir zamanda oluşan yanma, yaralanma, kemik kırılması gibi hadiselerden sorumlu tutulma,
- ✓ Hasta ve yakınlarının yüksek beklentilerinin (örneğin protez kolun kendi kolu gibi Çalışması beklentisi) karşılanamamasından sorumlu tutulma,
- ✓ Rehabilitasyonun nitelik ve niceliğinin diğer Sağlık kurumları ve/veya personeli ile kıyaslaması sonucu rehabilitasyonu beğenmeme nedeniyle sorumlu tutulma,
- ✓ Kötü muamele (hastayı dövme, sövme, hor görme, küçümseme, laf atma, v.b.)iddiası nedeniyle sorumlu tutulma,
- ✓ Doktorun istem belgesine yazmadığı uygulamaları yapmama nedeniyle sorumlu tutulma,
- ✓ İstem belgesindeki tedavilerin eksik ve noksan yapıldığı iddiası nedeniyle sorumlu tutulma,
- ✓ Teknik olarak tamamen iyileşmesi mümkün olmadığı halde rehabilitasyon sonucu hastanın eski sağlığına kavuşamaması (engelli kalması) nedeniyle sorumlu tutulma,
- ✓ Rehabilitasyonun süresinin hasta beklentisinden uzun sürmesi nedeniyle sorumlu tutulma,
- ✓ Olağanüstü hallerden (yeni bir atak geçirme, yeni bir kriz geçirme gibi olağanüstü nedenlerle bedensel yetersizliklerinin artması gibi.) sorumlu tutulma,
- ✓ Hastanın kendisi, yakınları veya üçüncü kişilerin davranışı nedeniyle meydana gelen zararlardan sorumlu tutulma,

- ✓ Alet, araç ve gereçlerin yokluğu, bozukluğu veya yetersizliği nedeniyle oluşan zararlardan sorumlu tutulma,
- ✓ Çalışma arkadaşlarıyla yaşanan problemlerden sorumlu tutulma,
- ✓ Hastane binası veya rehabilitasyon biriminin yetersizliği ve uygunsuzluğu sonucu oluşan zararlardan sorumlu tutulma,
- ✓ Rehabilitasyon birimi ile hastanın barındığı hasta odası veya meskeni arasındaki transfer sırasında oluşan zararlardan sorumlu tutulma,
- ✓ Tedavi sırasında hastanın ölümü nedeniyle sorumlu tutulma (v.b). (Özpinar, 2007, Adıgüzel, 2014, İpekyüz, 2006).

### 1.8. Fizyoterapistlerin Sorumluluğunu Ortadan Kaldıran veya Azaltan Haller:

Hastanın gördüğü zarar ile yürütülen FTR. hizmetleri arasındaki illiyet bağı fizyoterapistin işlem ve eylemleri dışında bir sebeple ortadan kalkabilir veya zayıflayabilir. Bu durumlarda fizyoterapistin tamamen ya da kısmen sorumluluktan kurtulması mümkündür. İliyet bağı kesen durumlar; mücbir sebepler, beklenmeyen haller, zarara uğrayan kişinin davranışı ve üçüncü kişinin davranışından ibarettir. (Sedef, 2018)

### 2. Çalışmanın Amacı

Bu Çalışma; fizyoterapistlerin Sağlık hukuku bilgisi ile donatılmalarının hasta ve yakınlarının haklı, haksız ithamları ile karşı karşıya gelmemeleri ve haksız ithamlarla karşılaştıklarında da kendilerini hukuki olarak savunabilmelerinde etkili olup olmayacağı ve fizyoterapistlere Sağlık hukuku bilgisini nasıl kazandırılacağı hususlarının Araştırılması amacıyla yapılmıştır.

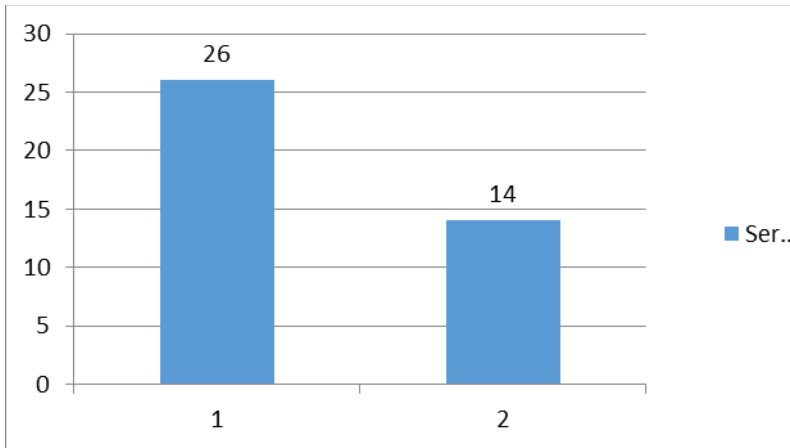
### 3. Yöntem:

Bu Çalışma; Eylül 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul ilindeki Sağlık kurum ve kuruluşlarında Çalışan fizyoterapistler arasından gönüllülük esası ve tesadüfi yöntemle seçilen 40 fizyoterapistte anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

### 4. Bulgular

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin bilinen kronik Sağlık sorunu bulunmayan lisans mezunlarından oluşmaktadır. Katılımcıların % 65'i (26 kişi) görevini yaparken hastalar, kurumlar ve Çalışma arkadaşlarıyla Sağlık hukuku alanında sorun yaşayıp yaşamadıkları yönünde sorulan soruya hukuki sorun yaşadığını, % 35'i ise (14 kişi) hukuki sorun yaşamadığını beyan etmiştir. (Tablo. 1)

Katılımcılar meslek hayatında hukuki sorun yaşayanlar (I. Gurup) ve yaşamayanlar (II. Gurup) olarak iki guruba ayrılmıştır. Birinci gurubun yaş ortalaması 32 olup 12'si erkeklerden 14'ü bayanlardan oluşmakta, yaş ortalaması 35 olan II. Gurup ise 9'u bayanlardan, 5'i erkeklerden oluşmaktadır.



Tablo 1. Fizyoterapistlerin Hukuki Sorun Yaşama Oranları Grafiği

Sağlık hukuku bilgisi olan katılımcıların Sağlık hukuku eğitimi alma yolları Tablo II'de gösterilmiştir.

	I.Gurup	II. Gurup
<b>Lisans Döneminde Sağlık Hukuku Eğitimi Almış Olanlar</b>	0	-
<b>İş Yaşamında Kurumlarınca Sağlık Hukuk Eğitimine tabi Tutulanlar</b>	0	4
<b>Özel Kurs, Seminer (v.b) Yoluyla Sağlık Hukuku Eğitimi Alanlar</b>	0	6
<b>Kendi Kendine Sağlık Hukuku Bilgisine Öğrenenler.</b>	0	4
<b>Toplam</b>	0	14

Tablo 2. Katılımcı Fizyoterapistlerin Sağlık Hukuku Bilgisini Edinme Yolları

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin yaşadığı Sağlık hukuku kapsamındaki problemler ve problem yaşama sayıları Tablo III'te gösterilmiştir.

S.No	Fizyoterapistlerin İş Hayatında Yaşadığı Sağlık Hukuku Kapsamına Giren Problemler	I.Gurup 26 Kişi	II.Gurup 14 Kişi
1	Aydınlatma ve tıbbi onamın alınmamasından sorumlu tutulma,	20	-
2	Özen yükümlülüğünün yerine getirilmemesinden sorumlu tutulma,	14	-
3	Standartlara uygun olduğu halde hasta ve yakınlarının beklentisinden daha kısa olan tedavi süre ve seanslarının sayısı ve zaman olarak yetersizliğinden sorumlu tutulma,	25	-
4	Rehabilitasyon döneminde olmasına rağmen hastanede değil de evci çıkıldığı bir zamanda oluşan yanma, yaralanma, kemik kırılması gibi hadiselerden sorumlu tutulma,	8	-
5	Hasta ve yakınlarının yüksek beklentilerinin (örneğin protez kolun kendi kolu gibi Çalışması beklentisi) karşılanamamasından sorumlu tutulma,	15	-
6	Rehabilitasyonun nitelik ve niceliğinin diğer Sağlık kurumları ve/veya personeli ile kıyaslaması sonucu rehabilitasyonu beğenmeme nedeniyle sorumlu tutulma,	19	-
7	Kötü muamele (hastayı dövme, sövme, hor görme, küçümseme, laf atma, v.b.)iddiası nedeniyle sorumlu tutulma,	12	-
8	Doktorun istem belgesine yazmadığı uygulamaları yapmama nedeniyle sorumlu tutulma,	16	-
9	İstem belgesindeki tedavilerin eksik ve noksan yapıldığı iddiası nedeniyle sorumlu tutulma,	9	-
10	Teknik olarak tamamen iyileşmesi mümkün olmadığı halde rehabilitasyon sonucu hastanın eski sağlığına kavuşamaması (engelli kalması) nedeniyle sorumlu tutulma,	18	-
11	Rehabilitasyonun süresinin hasta beklentisinden uzun sürmesi nedeniyle sorumlu tutulma,	22	-
12	Olağanüstü hallerden (yeni bir atak geçirme, yeni bir kriz geçirme gibi olağanüstü nedenlerle bedensel yetersizliklerinin artması gibi.) sorumlu tutulma,	7	-
13	Hastanın kendisi, yakınları veya üçüncü kişilerin davranışı nedeniyle meydana gelen zararlardan sorumlu tutulma,	9	-
14	Alet, araç ve gereçlerin yokluğu, bozukluğu veya yetersizliği nedeniyle oluşan zararlardan sorumlu tutulma,	14	-
15	Çalışma arkadaşlarıyla yaşanan problemlerden sorumlu tutulma,	7	-
16	Hastane binası veya rehabilitasyon biriminin yetersizliği ve uygunsuzluğu sonucu oluşan zararlardan sorumlu tutulma,	6	-
17	Rehabilitasyon birimi ile hastanın barındığı hasta odası veya meskeni arasındaki transfer sırasında oluşan zararlardan sorumlu tutulma,	5	-
18	Tedavi sırasında hastanın ölümü nedeniyle sorumlu tutulma	1	-

Tablo 2. Katılımcı Fizyoterapistlerin Yaşadığı Hukuki Problem Sayıları Tablosu.

## 5. Tartışma ve Sonuç

5.1. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 20'si yaptıkları tedaviler konusunda hastalarını bilinçlendirmeme, onları aydınlatmama ve hastalarının tedavi konusunda rızasını almamadan sorumlu tutulduklarını beyan etmişlerdir.

Oysa tedavi yapacak tüm Sağlık personelinin tedavi edecekleri hastalarını hasta hakları yönetmelik ve genelgesine göre bilgilendirmeli ve hasta veya yakının rızasını almaları yasal zorunluluktur. (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Hasta Hakları Uygulama Genelgesi, 2009).

5.2. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 14'ü yaptıkları tedavide özen yükümlülüğünü yerine getirilmemesinden sorumlu tutulduklarını beyan etmişlerdir.

Hekimlik sözleşmesinin kuruluşu ve sona ermesine ilişkin hükümler uygun düştükleri oranda vekâlet sözleşmesi hükümlerine tabidir. Hekimin, sözleşme ile üstlendiği tıbbî teşhis ve tedavi edimini sözleşmede kararlaştırılan şartlara aykırı olarak hiç veya gereği gibi ifa etmediği durumlarda sorumluluğu söz konusu olur. Sorumluluğun söz konusu olabilmesi için sözleşmeye aykırı davranışın yanı sıra hekimin kusurlu olması, hastanın bu kusurlu davranıştan dolayı zarar görmesi ve kusurlu davranış ile zarar arasında uygun bir nedensellik bağının bulunması durumunda, hekim hastaya verdiği zarardan sorumludur. Hasta maruz kaldığı zarardan dolayı hekim maddi ve manevi tazminat talep edebilir. (Özdemir, 2016)

5.3. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 25'i yaptıkları tedavide standartlara uygun olduğu halde hasta ve yakınlarının beklentisinden daha kısa olan tedavi süre ve seanslarının sayı ve zaman olarak yetersizliğinden sorumlu tutularak şikâyet edildiklerini beyan etmişlerdir.

Ülkemizde Tedavi seanslarının sayı ve süresi Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğine (SUT) göre belirlenmekte olup bu tedavi süre ve seans sayısını fizyoterapistlerin artırıp azaltması yasal olarak mümkün değildir. Ancak SUT la belirlenmiş olan seans sayı ve sürelerini yeterli görmeyen hasta ve yakınları sık sık haksız yere fizyoterapistlerden şikâyetçi olabilmektedir. (SGK, 2013)

5.4. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 8'i yaptıkları tedavi sırasında meydana gelmediği halde hastaların hastane dışında geçen zamanlarında vücutlarında oluşan yanma, yaralanma, kemik kırılması gibi hadiselerden sorumlu tutulduklarını beyan etmişlerdir.

Hastaların vücut bütünlükleri konusunda her rehabilitasyon seansı öncesi ve sonrası beyanlarının alınmasıyla bu çeşit iddiaların önüne geçilebilecektir.

Yapılacak idari ve adli soruşturma sonucu hastaların vücut bütünlüğünde bir zarar meydana gelmiş olduğu tespit edilir ve bu durumun rehabilitasyon ile illiyet bağı kurulursa fizyoterapistin idari, adli hukuki ve cezai açılardan zarar görmesi söz konusu olacaktır.

Beraatla sonuçlansa bile yapılacak soruşturma ve yargılamalar bile yıllarca sürdüğü için fizyoterapistler mahkeme masrafları, vekâlet ücretleri ve seyahat giderleri gibi yüksek masraflar ödemek ve büyük manevi çöküntülere katlanmak zorunda kalmaktadırlar.

5.5. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 15'i hastalarını fizik tedavi biliminin ulaştığı en son kanıt dayalı ve yöntemlerle tedavi edip iyileşebilecekleri maksimum seviyede iyileştirdikleri halde bu seviye hasta ve yakınlarının yüksek beklentilerini (örneğin protez kolun kendi kolu gibi Çalışması beklentisi) karşılanamadığı için hasta ve yakınları ile hukuki problem yaşadıklarını beyan etmişlerdir.

Bu çeşit şikâyet ve yakınmaların önlenmesi için hasta ve yakınları tedaviye başlamadan önce yapılacak tedavi ve tedavi sonucunda gelinebilecek iyilik hali konusunda yazılı olarak bilgilendirmelidir. Tedavi başlangıç ve bitimindeki durumları objektif testlerle belirlenerek aradaki fark ve sebepleri hastalara nedenleriyle birlikte anlatılmalıdır.

5.6. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 19'u uygulanan rehabilitasyonun nitelik ve niceliğinin diğer Sağlık kurumları ve/veya personeli ile kıyaslaması sonucu rehabilitasyonu beğenmeme nedeniyle sorumlu tutulduklarını beyan etmişlerdir.

Rehabilitasyona başlanılmadan önce fizyoterapistler hastalarını tüm tıbbi branşlarda olduğu gibi fizik tedavi hizmetlerinde de rehabilitasyon kişisel olduğunu, kişiye özel planlama ve uygulamalara dayandığını bunun doğal sonucu olarak da alınan sonuçların kişisel sonuçlar olacağını usulünce hastaya

anlatıp Sağlıklarının gelebileceği tahmini ortalama seviye konusunda bilgilendirmede bulunması gerekir. Bu bilgilendirme sonucunda hasta yaşı, cinsiyeti, hastalığı (v.b) kendisiyle aynı olmayan üçüncü kişilerle kendi Sağlık durumunun ve tedavi sonucu ulaşılan aşamayı kıyaslamasının yersiz olduğu bilincine ulaşacaktır.

5.7. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 12'si kötü muamele (hastayı hor görme, küçümseme v.b.) iddiası nedeniyle suçlandıkları beyanında bulunmuşlardır.

Bazı hastalar hastalığının getirdiği psikolojik durumlar ve değişik nedenlerle fizyoterapist kendisine kötü muamelede bulunmamış olsa bile kötü muamelede bulunduğu iddiasında bulunabilmektedir. Örneğin diz eklem açıklığı kaybolmuş olan bir hastanın diz eklem açıklığını açmak için dizine germe yapılırken canı yanan hasta bunu fizyoterapist bana eziyet etti şeklinde değerlendirebilmektedir. Yine tüm mesleklerde olabildiği gibi bazı fizyoterapistler gerçekten hastasına kötü muamelede bulunabilmektedir. Örneğin mesane kontrolsüzlüğünü bahane eden bir fizyoterapist hastasının yetersizliğini insani bulmayarak onu hor görebilmektedir.

Tedavinin birden fazla kişinin tedavi edildiği salonlarda yapılması ve verilecek eğitimlerle hasta ile fizyoterapist arasındaki kötü muamele iddialarının çözümünü sağlamak mümkündür.

5.8. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 16'sı doktorun istem belgesine yazmadığı uygulamaları yapmama, 9'u ise istem belgesindeki tedavilerin eksik ve noksan yapıldığı iddiası ile suçlandıklarını beyan etmişlerdir.

Rehabilitasyon hastalarına istem belgesi tanzim etmekle görevli ve yetkili olan Fizik Tedavi hekimleri hastayı muayene ettikten sonra gerek gördükleri organ veya organ gurubuna fizik tedavi yöntemlerinin uygulanmasını isteyen birer rapor ve istem belgesi tanzim ederek uygulamayı yapacak olan fizyoterapiste gönderirler. Fizyoterapistler bu istem belgesindeki uygulamaları yapmakla yükümlü olduklarından bunları eksiltip artırmaları mümkün değildir. Ancak hastalar bu çeşit taleplerde bulunabildikleri gibi işi abartarak bu yönde şikâyetlerde de bulunabilmektedir. Düzenlenecek günlük kayıtlarla bu şikâyet ve ihbarların önüne geçilebileceği gibi fizyoterapistin dahi doktor istem belgesinin dışına çıkarak uygulama yapmaması gerekir.

5.9. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 18'i teknik olarak tamamen iyileşmesi mümkün olmadığı halde rehabilitasyon sonucu hastanın eski sağlığına kavuşamaması, 12'si ise tedavi süresinin hasta beklentisinden uzun sürmesi nedeniyle suçlandığını beyan etmişlerdir.

Bazı rehabilitasyon hastalarının teknik olarak tamamen rehabilitasyonla iyileşmesi mümkün değildir. Ancak rehabilite edilen uzvun yardımsız olarak kullanılabilmesi amaçlanmaktadır. Örneğin serabral palsi (CP.) rehabilitasyonu, tendon kopması ameliyatı sonrası rehabilitasyon (v.b.) gibi. Yine birçok rehabilitasyon hastası neredeyse birinci seans sonunda hemen iyileşmeyi bekleseler de rehabilitasyonun uzun bir zaman alan tedavi yöntemidir.

Rehabilitasyonun %100 ve hemencecik şifa veren bir yöntem olmadığını bilmeyen hasta ve yakınları bu beklentileri karşılanmadığında hemen şikâyet ve ihbar yoluna gidebilmekte ise de bu ancak rehabilitasyonun başlangıcında hasta ve yakınları için yapılacak Sağlıklı bir aydınlatma süreci ile engellenebilecektir.

5.10. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 7'si hastaların ilk defa rahatsızlanmasına neden olan ataktan haricinde yeni bir atak veya kriz geçirmesi gibi olağanüstü nedenlerle bedensel yetersizliklerinin artmasından, 9'u ise hastanın kendisi, yakınları veya üçüncü kişilerin davranışı nedeniyle yeterli iyileşememeleri veya hastalıklarının artması nedeniyle sorumlu tutulduklarını beyan etmişlerdir.

Beyin kanaması, nörolojik ataklar veya kalp krizi gibi hastalıklar sonucu belirli uzuvları felç olan hastalar tıbbi tedaviyi takiben rehabilitasyon servislerinde rehabilite edilerek kısmen de olsa eski Sağlıklarına kavuşabilmektedirler. Ancak felç olmalarına neden olan hastalıkların her zaman tekrarlaması veya yeni bir hastalık geçirme riskleri de az değildir. Bu çeşit rehabilitasyon hastalarının geçirdikleri yeni hastalıklar, bedensel yetersizliklerinin derecesi artabileceği gibi yeni bedensel yetersizliklere de sebep olabilir. Bu durum çoğunlukla fizyoterapist ve rehabilitasyondan değil geçirilen olağan üstü durumlardan kaynaklanmakta olup zararın meydana gelmesi ile Sağlık personeli arasındaki illiyet bağı kesilir.

Bazen rehabilite edilen hastalar birkaç seans sonra tamamen iyileştikleri kanaatine kapılarak ağır bedensel aktivitelerde bulunabilir veya aile bireyleri ya da üçüncü kişilerin davranışları sonucu bedensel

yetersizlikleri iyileşmeyip artabilir. Örneğin diz bağ yaralanması hastası gördüğü birkaç rehabilitasyonla ağrıları azalıp iyileştiği kanısına kapılarak futbol oynarsa dizi eski yetersizliğinden daha yetersiz hale gelebilir.

5.11. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 14'ü fizik tedavi ünitelerindeki rehabilitasyon alet, araç ve gereçlerin yokluğu, bozukluğu veya yetersizliği, 6'sı hastane binası veya rehabilitasyon biriminin yetersizliği ve uygunsuzluğu ve 5'i ise rehabilitasyon birimi ile hastanın bulunduğu hasta odası veya meskeni arasındaki transfer sırasında oluşan zararlardan sorumlu tutulduklarını beyan etmişlerdir.

Fizik tedavi ünitelerindeki rehabilitasyon alet, araç ve gereçlerinin yokluğu, bozukluğu veya yetersizliğinden fizyoterapistler sorumluymuş gibi görülse de bu tip zarar ve noksanlıkların nedeni fizyoterapist değil Sağlık kurum ve kuruluşlarının işleteni veya sahibidir. Bu noksanlıkları bir an önce giderilirse hem hastalar mağdur olmayacak hem de personel haksız ithamlarla karşı karşıya gelmeyecektir.

5.12. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 7'si Çalışma arkadaşlarıyla yaşanan problemlerden sorumlu tutulduklarını beyan etmiştir.

İnsan unsurunun çalıştığı her yerde görev yapan personel anlaşma içinde olabileceği gibi çatışma içerisinde de olabilir. Küçük dozlardaki çatışma tatlı bir rekabeti getirip kurumsal başarıyı yükseltirken yoğun çatışmalar her zaman örgüsel verimi ve Çalışan yaşam kalitesini düşüren bir karaktere sahiptirler. Bu sebeple Sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetici sahip veya işleticileri personel arasında yaşanabilecek çatışmayı önleyici bir sistem kurmalıdır.

5.13. Ankete katılan 1. Gurup fizyoterapistlerden 1'ü rehabilitasyon sırasında hastalarının ölümünden sorumlu tutulduklarını beyan etmişlerdir.

Fizik tedavi klinik ve üniteleri ölüm oranı son derece düşük olan hastane birimleridir. Ancak ülke nüfusunun yaşlanması ve geriatric rehabilitasyonun artması ile birlikte bu durum yavaş yavaş değişmekte fizik tedavi sırasında da hastalar ölebilmektedir. Fizik tedavi sırasında ölüm olayı gerçekleştiğinde yapılacak soruşturma hızla tamamlanarak hastanın doğal olarak mı yoksa Sağlık personelinin hata, ihmal veya kusuru sonucu mu ex olduğu belirlenmelidir. Ölüm hadisesinde rehabilitasyon ve fizyoterapistin sorumluluğu bulunmuyorsa biran önce yasal takibat bitirilmelidir.

Sonuç olarak;

İstanbul'da görev yapan fizyoterapistler evreninde Sağlık hukuku bilgisine sahip kişiler ile Sağlık hukuku bilgisine sahip olmayan kişiler arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olup olmadığı test edilmiştir.

Testi gerçekleştirmek için İstanbul'da görev yapan fizyoterapistler arasından tesadüfi yöntem ve gönüllülük esasına göre 40 (n=40) fizyoterapist seçerek incelemiştir. Yapılan anket sonuçlarına göre Sağlık hukuku bilgisine sahip olan fizyoterapistlerin oranının  $p_1=0,35$  Sağlık hukuku bilgisine sahip olmayanların oranı ise  $p_2=0,65$  olduğu tespit edilmiştir.

Sonuçlar iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ile test edilerek bulunan t değeri ( $t=2,98$ ) alfa 0,05 yanılma olasılığı ve n-1 (40-1) serbestlik derecesindeki tablo t değerinden (2,021) büyük olduğu için Sağlık hukuku bilgisine sahip olan fizyoterapistlerin sayısı ile Sağlık hukuku bilgisine sahip olmayan fizyoterapistlerin sayısı arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre İstanbul ilinde görev yapan fizyoterapistlerin Sağlık hukuku bilgisin yetersiz olduğu,

Ayrıca Sağlık hukuku bilgisine sahip olan fizyoterapistlerin iş hayatında hukuki sorun yaşamadıkları buna karşın Sağlık hukuku bilgisine sahip olmayan fizyoterapistlerin çeşitli hukuksal problemler ve suçlamalarla karşı karşıya geldikleri belirlenmiş olması nedeniyle fizyoterapistlerin yetersiz olan Sağlık hukuku bilgilerinin çeşitli yollarla giderilmesinin zaruri olduğu sonuç ve kanaatine varılmıştır.

## **KAYNAKLAR**

Adıgüzel, S. (2014). Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 19. Sayı, s. 943-995. Ankara./p0

Ateş, T. (2012). Hekimlerin Cezai ve Hukuki Sorumlulukları. Legal Kitapevi, 3. Baskı. İstanbul.



Çelik, S. (2011). 2002-2007 Yılları Arasında Sağlık Çalışanlarının Hatalarına İlişkin Yüksek Sağlık Şurası Dosyalarının Değerlendirilmesi, Uluslararası I. Sağlık Hukuku Sempozyumu, XII. Levha Yayınları, s. 267-271. İstanbul.

Çınarlı, S. (2013). İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu. Orion Yayınları, Ankara.

Gencer, Z. A. (2014). Tıbbi Müdahallerin Hukuka Uygunluğu. Bilge Yayınevi. Ankara.

<http://www.fizyoterapistler.org/tfd/index.php/en/dernek-hakk-nda/fizyoterapist-kimdir>

İpekyüz, F.Y. (2006). Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi. Legal Kitapevi. İstanbul.

Özdemir, H . (2016). Hekimin Hukuki Sorumluluğu. Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 11 (1), 33-81. <http://dergipark.org.tr/eruhfd/issue/35553/394697>

Özpınar, B. (2007). Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamanın Hukuki Sonuçları. Ankara Barosu Yayını. Ankara.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Genelgesi. (2009) Resmi Gazete, 23.03.2009; Sayı: 11706.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). Resmi Gazete 01.08. 1998; Sayı: 23420.

Sağlık Bakanlığı, Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Ankara, T. C. Resmi Gazete, 29007, 22 Mayıs 2014

**Sedef, M. (2018). Fizyoterapistlerin idari, hukuki ve cezai sorumluluklarının değerlendirilmesi. Dr. Mustafa çakir (ed.), Uluslararası Sağlık Hukuku Kongresi International Congress On Health Law (s. 135-150). Legal yayıncılık, istanbul.**

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2016). Sağlık Uygulama Tebliği, Resmi Gazete 24.03. 2013; Sayı: 28597.

Taylan, H, Baydoğan, T . (2015). Hasta ve yakınlarının hasta hakları ve “hasta hakları birimi” hakkındaki bilgi düzeylerinin ve faydalanma durumlarının Araştırılması. Elektronik sosyal bilimler dergisi, 14 (55), 248-256. Doi: 10.17755/esosder.42729

Türkiye Fizyoterapistler Derneği (TFD.), Fizyoterapist Kimdir? Ankara 2018.

## KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE KUŞAKLAR BAĞLAMINDA HEKİMLERİN UZMANLIK TERCİHLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF SPECIALIST'S PREFERENCES IN THE CONTEXT OF PERSONALITY CHARACTERISTICS AND GENERATIONS

Elif KAYA<sup>1</sup>  
Aynur TORAMAN<sup>2</sup>

#### ÖZET

İnsanlığın her dönemi, kendi şartları bağlamında baskın ve kabul edilen bir prototipin oluşmasına neden olmuştur. Bu prototipleri tanımlamaya yardımcı iki temel kavramdan söz edilebilir. Bunlardan ilki; birbirine yakın yıllarda dünyaya gelerek, yaklaşık olarak aynı olaylara şahitlik etmiş, aynı siyasi ortamları paylaşmış ve benzer sosyo-ekonomik şartlarda yaşamış ve dolayısıyla, özellikle iş hayatında kimi baskın özellikleri benzer nitelikler gösteren kişileri tanımlamak için kullanılan *kuşak* kavramıdır. Diğeri ise, bir kısmı doğuştan, bir kısmı ise yaşanan çevre gibi çok sayıda belirleyici ekseninde oluşan; Çalışma hayatında hem etken olarak hem de etkilenen bir olgu olarak değerlendirilmekte olan *kişilik özellikleridir*. Hekimlerin uzmanlık tercihlerinin yıllar içinde eğilim değiştirdiği çeşitli trend analizi Çalışmaları ile ortaya koyulmuştur. Bu değişimin sebepleri arasında kişilik özellikleri ve kuşağın etkilerinin olup olmadığının değerlendirilmesi üzerine uzmanlık tercihlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma nicel bir Araştırma olarak planlanmıştır. Kesitsel tipte planlanan Çalışma, üniversite hastanesinde görev yapmakta olan hekimlerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Hekimlerde Uzmanlaşma ve Uzmanlaşma Nedenleri Anketi ve Gosling ile arkadaşları tarafından geliştirilen Atak tarafından Türk kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılmış olan 5 Faktör Kişilik Kuramı Ölçeği (Kısa Versiyon), kullanılmıştır. Katılımcıların %53'ünün seçilen uzmanlık alanından memnun oldukları, cerrahi branşlarda Çalışan hekimlerin diğerlerine göre daha nörotik oldukları ve Y kuşağındaki hekimlerin diğer kuşaklarda yer alan hekimlere göre yumuşak başlılık puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Öz denetimlilikte bebek patlaması kuşağının diğer kuşaklara göre yüksek olduğu verisi elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** kuşak, kişilik özellikleri, hekim

#### ABSTRACT

Each period of humanity has led to the emergence of a dominant and accepted prototype in its context. Two basic concepts can be mentioned to help define these prototypes. The first of these; born in close years, witnessed approximately the same events, shared the same political environment and shared similar socio-economic conditions, and therefore, especially in business life, some dominant characteristics of people with similar characteristics used to describe the concept of generation. The other is a part of the innate, a portion of the living environment, such as the occurrence of a large number of defining axes; personality traits that are evaluated both as a factor and as an affected case in working life.

It has been demonstrated through various trend analysis studies that the preferences of physicians change trends over the years. It is aimed to evaluate the preferences of the experts on the evaluation of personality traits and the effects of the generation among the reasons of this change. The study was planned as a quantitative research. This cross-sectional study was conducted with physicians working in a university hospital. In the study, Specialization in Physicians and Reasons for Specialization Questionnaire and 5 Factor Personality Theory Scale (Short Version), which was adapted to Turkish culture by Atak and developed by Gosling et al. It was found that 53% of the participants were satisfied with the selected specialty area, the physicians working in surgical branches were more neurotic than the others, and the Y-generation physicians had lower softness scores than the physicians in other generations. The data showed that the baby boom generation is higher than the other generations.

**Keywords:** generation, personality traits, physician

<sup>1</sup> Dr.Öğr.Üyesi, SDÜ İİBF, Sağlık Yönetimi AD. elif.akkas88@hotmail.com

<sup>2</sup> Dr.Öğr.Üyesi, SDÜ İİBF, Sağlık Yönetimi AD. atoraman@yahoo.com



## 1. GİRİŞ

İnsanlar yaratılışları gereği, hem fiziksel hem de kişilik özellikleri bakımından birbirlerinden farklıdırlar. İnsanın doğumundan ölümüne kadar geçirdiği sürece içerisinde çeşitli faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. Kişilik, doğuştan gelen ve zaman içerisinde değişim ve gelişim gösteren davranışlarımızın tamamı olarak ifade edilebilir. Literatüre bakıldığında kişilik kavramı ile ilgili birçok tanımın bulunduğu görülmektedir. Kişilik, bireyin çeşitli durum ve zamanlarda çevresindeki insanlara karşı sergilediği fiziksel ve sosyal davranışlarının bütünüdür (Smith vd., 2012: 454). İnanç ve Yerlikaya (2012: 3) kişiliği, “bireyi diğerlerinden farklılaştıran kendine ait özelliklerin kuramsal bir yapı arz etmesidir. Genetik ve biyolojik eğilimler, sosyal hayata ait tecrübeler, içinde yaşadığı çevrenin koşullarına uyum gösterme sürecindeki evrimsel davranışlar ve bunların tutarlı bir kalıp oluşturması bireyin kişiliğini ortaya çıkarmaktadır” şeklinde tanımlamaktadırlar. Buradan yola çıkarak kalıtım, sosyo kültürel özellikler, ailesel yapı ve coğrafi konum kişiliği oluşturan faktörler arasında sayılmaktadır. Kişilik özellikleri, bireyi diğer bireylerden ayırır ve farklı kılar. Kişilik Araştırmacılarına göre kişiliğin beş boyutu (dışadönüklük, duygusal dengesizlik, yumuşak başlılık, sorumluluk ve deneyime açıklık) vardır ve bu beş boyut birbirleri ile Bağımlı değildir. Örneğin kişinin bir boyuttan aldığı puanı bilmek diğer dört boyuttan alacağı puan için bilgi sağlamamaktadır (Sayar ve Dinç, 2008: 106). Beş faktör modeli; dışa dönüklük-içe dönüklük, yumuşak başlılık (uyumluluk)-hırçınlık, sorumluluk-dağımlık, duygusal denge-dengesizlik ve deneyime açıklık/zekâ-gelişmemişlik olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır (McCrae ve Costa, 1998: 83). Dışadönük kişiler sosyal etkileşimlere odaklıdırlar, konuşmaktan hoşlanırlar, duygu ve düşüncelerini kolaylıkla ifade edebilirler. İnsanlara yönelik işlerden hoşlanma eğilimindedirler ve genellikle hümanistik amaçlara sahiplerdir (Kail ve Cavanaugh, 2008; Akt. Civitci ve Arıcıoğlu, 2012: 88). Yumuşak başlılık ya da bir diğer ifade ile uyumluluk boyutu, dürüstlük, güven ve itaat, alçakgönüllülük ve merhametli olma gibi özellikleri ifade etmektedir. Yumuşak başlılığın karşıt ucunda bulunan hırçınlık boyutunda yer alan bireyler ise, kötümser, kaba, güvensiz, iş birliğine kapalı, merhametsiz, öfkeli ve çıkarıcı gibi özelliklere sahiptirler (Atak, 2013: 313). Sorumluluk özelliği güvenilir ve kararlı olma dereceleri ile ilgiliyken; buna karşılık sorumsuz, amaçsız, güvenilmez, tembel, düzensiz, rahat, ihmalcı, kararsız ve zevk düşkün olmakla ilişkilendirilmektedir (Yürür, 2009: 27). Deneyime açıklık, meraklı, yaratıcı, hayal gücü kuvvetli olarak; duygusal dengesizlik ise bir kişinin yaşadığı endişe, kızgınlık, sıkıntı, düşünmeden hareket etme, güvensizlik ve depresyon hali olarak tanımlanmaktadır (Tatlıoğlu, 2014:945).

Kişilik haricinde, bireylerin belli başlı davranış kalıplarını veya eğilimlerini tanımlamakta yardımcı olan bir diğer kavram da kuşaktır. Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde kuşak; “yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını, dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, kaderleri paylaşmış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişiler topluluğu” olarak tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr). Literatürde kuşakların tanımları, sayısı ve bu kuşaklarını başlangıç ve bitiş tarihleri ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar bulunmakla birlikte en çok kullanılanı şu şekildedir; 1927-1945 doğumlu gelenekselci kuşak, 1946-1964 doğumlu bebek patlaması kuşağı, 1965-1980 yılları arasında doğan X kuşağı ve 1981-1999 doğumlu Y kuşağıdır (Çetin ve Karalar, 2016:156). Türkiye’de özelinde ülke kültürünü, siyasi tablosunu, sosyo-ekonomik imkânlarını ve tarihsel serüvenini baz alarak yapılmış bir kuşak Çalışması-tanımlaması henüz yapılmamıştır. Dolayısıyla Türk kültürü ile ilgili Çalışmalarda kullanılan kuşak kavramı, Amerika Birleşik Devletleri kökenli kuşak tanımlamalarına ve bu tanımlamalara bağlı olarak geliştirilmiş sınıflandırmalara dayandırılmakta yani ödünç alınmaktadır (Sarıtaş ve Barutçu, 2016:3). Her kuşağın kendi içinde bir takım karakteristik özellikleri, yaygın değer yargıları ve tutumları, diğer kuşaklara nispetle güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır. Ayrıca kuşakları ifade ederken kullanılan çeşitli kalıplaşmış ifadeler de bulunmakta (Adıgüzel ve Ark. 2014:171), bu ifadeler de kaynağını genellikle kuşağın öne çıkan özelliklerinden almaktadır.

Türkiye’de üniversite Sınavında başarılı olup tıp fakültesini kazanan öğrenciler, 6 yıllık bir tıp eğitiminin ardından pratisyen hekim unvanı olarak mezun olurlar. Devam eden süreçte pratisyen hekimler, tercihen Tıpta Uzmanlık Sınavı’na girerek elde ettikleri puanlar doğrultusunda açık olan kontenjanlara yerleştirilirler ve 45 uzmanlık alanından birinde eğitim alırlar. Hekimlerin tıp kariyerleri ile ilgili uzmanlaşma ve uzmanlık alanı seçimi konusunda verdikleri karar, hekimin bireysel tercih ve ideallerinin yanı sıra, uzmanlaşmaya ile ilgili yerel politikalar, planlama ve stratejiler, pratisyen ve uzman hekimlerin özlük ve diğer yasal hakları, farklı Çalışma koşulları, ücretlendirme ile ilgili politikalar, toplumun meslek algıları ve meslek üyeleri tarafından pratisyenlik ve uzmanlık gibi aşamalara atfedilen manalar ve statüler

gibi pek çok değişkenin doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği bir sürecin ortak sonucu olarak ifade edilebilir (Açıkgöz ve ark., 2019:114).

## 2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışma nicel bir Araştırma olarak planlanmıştır. Kesitsel tipte planlanan Çalışma, üniversite hastanesinde görev yapmakta olan hekimlerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada “Hekimlerde Uzmanlaşma ve Uzmanlaşma Nedenleri Anketi” ve Gosling ile arkadaşları tarafından geliştirilen Atak tarafından Türk kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılmış olan “5 Faktör Kişilik Kuramı Ölçeği (Kısa Versiyon)”, kullanılmıştır. Kişilik kuramı ölçeği on sorudan oluşmakta olup, 2,6,8,9 ve 10. Sorular ters kodlanmıştır.

## 3. BULGULAR

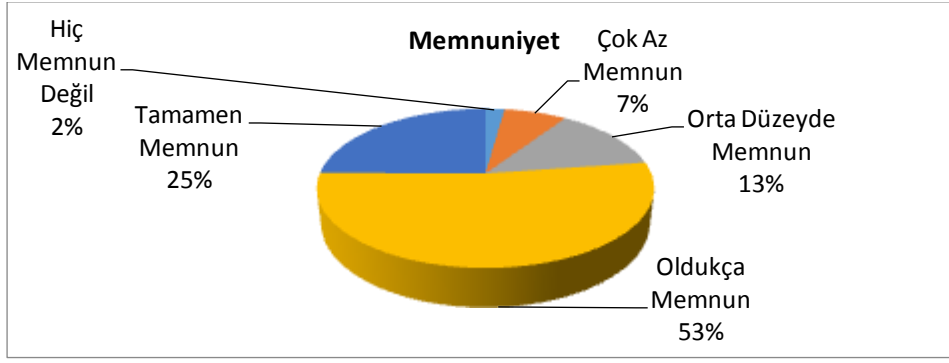
Çalışmaya Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesin’de görev yapan 181 hekim katılmış olup hekimlere ait tanımlayıcı bilgilerin (cinsiyet, kuşak, medeni durum, uzmanlık alanı, ailede hekim bulunma ve ailede uzman hekim bulunma durumu) frekans ve yüzdelik değerleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcı Hekimlere Ait Tanımlayıcı Bilgiler**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	119	65,7
<b>Erkek</b>	62	34,25
<b>Toplam</b>	181	100,0
<b>Kuşak</b>		
<b>Babyboomers (1946-1964)</b>	5	2,76
<b>X Kuşağı (1965-1979)</b>	58	32,0
<b>Y Kuşağı (1980-2001)</b>	118	65,19
<b>Toplam</b>	181	100,0
<b>Medeni Durum</b>		
<b>Evli</b>	141	77,9
<b>Evli Değil</b>	40	22,1
<b>Toplam</b>	181	100,0
<b>Uzmanlık Alanı</b>		
<b>Dahili Branşlar</b>	140	77,3
<b>Cerrahi Branşlar</b>	41	22,7
<b>Toplam</b>	181	100,0
<b>Aile ve Akrabalarda Hekim</b>		
<b>Var</b>	118	65,2
<b>Yok</b>	63	34,8
<b>Toplam</b>	306	100,0
<b>Aile ve Akrabalarda Uzman Hekim</b>		
<b>Var</b>	97	53,6
<b>Yok</b>	84	46,4
<b>Toplam</b>	181	100,0

Çalışmaya katılan hekimlerin seçilen uzmanlık alanından memnuniyet dereceleri sorulmuş olup, verilen cevaplara ilişkin ifadelerle ait yüzdelik oranları grafik 1’de gösterilmiştir. Oldukça memnun olduklarını belirtenler %53, çok az memnun olduklarını söyleyenler ise %7’lik bir grubu oluşturmaktadır.

**Grafik 1. Katılımcı Hekimlerin Uzmanlık Alanların Duydukları Memnuniyet**



Katılımcı hekimlerin kişilik özelliklerine ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcı Hekimlere Kişilik Özelliklerine İlişkin Puanları**

Kişilik özellikleri ile ilgili ifadeler	$\bar{X}$	SS
1. Dışa dönük, istekli	4,801	1,624
2. Eleştirel, kavgacı	2,911	1,613
3. Güvenilir, özdisiplinli	5,558	1,446
4. Kaygılı, kolaylıkla hayal kırıklığına uğrayan	3,900	1,741
5. Yeni yaşantılara açık, karmaşık	3,701	1,679
6. Çekingen, sessiz	3,160	1,814
7. Sempatik, sıcak	5,425	1,453
8. Altüst olmuş, dikkatsiz	2,585	1,605
9. Sakin, duygusal olarak dengeli	5,000	1,588
10. Geleneksel, yaratıcı olmayan	3,270	1,753

Hekimler kendilerini ifade ederken en yüksek puanı güvenilir ve öz disiplinli ( $\bar{X}= 5.5580$ ) ve sempatik-sıcak ( $\bar{X}= 5,4254$ ) ifadelerinin aldığı görülmektedir. Meslek kültürü ve disiplini açısından beklenen yaygın kişilik özelliklerine uyumlu sonuçlar çıktığı ifade edilebilir. Bununla birlikte en düşük puan alan ifadeler ise “alt-üst olmuş, dikkatsiz” ( $\bar{X}= 2,5856$ ) ve “eleştirel-kavgacı” ( $\bar{X}= 2,9116$ ) ifadeleri olarak tespit edilmiştir. Yine hekimlik mesleğinin insan hayatı gibi hataya toleransı olmayan bir şeyle uğraşılıyor olması, meslek mensuplarının dikkatsiz olması gibi bir durumu kabul edilemez hale getirmektedir. Dolayısıyla kendini bu şekilde tanımlayanların ortalamaları orta düzeyin altında kalmış, meslek gereklilikleri ile paralel sonuç göstermiştir. Yine benzer şekilde iletişime dayalı bir meslek olması, eleştirel ve kavgacı niteliğin orta düzeyin altında puan almasını anlamlı kılan mesleki bir nitelik olarak ifade edilebilir.

**Tablo 3. 5 Faktör Kişilik Kuramı Ölçeği Psikometrik Özellikler Tablosu**

Boyutlar	İfadeler	Min-Max	$\bar{X}$	SS	Cronbach $\alpha$	Skewness	Kurtosis
Dışa Dönüklük	1, 6*	1-7	4,820	1,556	0,776	-,545	-,449
Uyumluluk	2*, 7	2-7	5,256	1,202	0,370	-,473	-,542
Özdenetimlilik	3, 8*	1,5-7	5,486	1,351	0,721	-1,000	,380
Nörotiklik**	4, 9*	1-6,5	3,450	1,333	0,437	,302	-,583
Deneyime Açıklık	5, 10*	1-7	4,215	1,316	0,229	-,036	-,434

\*: ifadeler ters kodlanmıştır \*\* : Boyut ters anlamlıdır

Ölçeğin psikometrik özelliklerine bakıldığında, çarpıklık ve basıklık değerlerinin parametrik test için uygun olduğu görülmektedir. Dolayısıyla ikili gruplarda independent t test, çoklu gruplarda ise ANOVA uygulanmış, farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için tukey's b ve LSD analizleri yapılmıştır.

Ayrıca kişilik özellikleri arasında en yüksek puanı uyumluluk boyutu alırken, en düşük puanı nörotiklik boyutu almıştır. Buna göre hekimler kendilerini daha çok uyumlu tanımlanırken, çok az bir kısmı da nörotik olarak tanımlanmaktadır.

Aşağıdaki tabloda katılımcı hekimlerin tercih etmiş oldukları uzmanlık alanlarının kişilik özelliklerine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediği ile ilgili t testi sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4. Katılımcı Hekimlerin Uzmanlık Tercihlerinin Kişilik Özellikleri Değişkenine Göre Değerlendirilmesi**

Kişilik Özelliği	Uzmanlık	$\bar{X}$	SS	T değeri	P değeri
Dışa dönüklük	Dâhili	4,821	1,650	0,471	0,638
	Cerrahi	4,731	1,549		
Yumuşakbaşlılık	Dâhili	4,850	1,584	0,152	0,879
	Cerrahi	4,719	1,470		
Özdenetimlilik	Dâhili	5,264	1,198	-0,599	0,550
	Cerrahi	5,231	1,230		
Nörotiklik	Dâhili	5,453	1,364	2,147	<b>0,033*</b>
	Cerrahi	5,597	1,314		
Deneyime Açıklık	Dâhili	3,564	1,328	-0,628	0,531
	Cerrahi	3,061	1,290		

Tablo 4'te görüldüğü üzere, katılımcı hekimlerin uzmanlık alan tercihleri kişilik özelliklerine göre değerlendirildiğinde, cerrahi branş tercih eden hekimlerin nörotik kişiliğe yatkın oldukları görülmektedir. Diğer kişilik tiplerinde ise branş tercihleri açısından anlamlı bir fark görülmemiştir.

Aşağıdaki tabloda, katılımcı hekimlerin buldukları kuşaklar ile kişilik tipleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığına yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 5. Katılımcı Hekimlerin Kişilik Özelliklerinin Kuşak Değişkenine Göre Değerlendirilmesi**

Kişilik Özellikleri	Kuşaklar	$\bar{X}$	SS	F	P
Dışa dönüklük	Babyboomers	5,1000	1,67332	0,498	0,608
	X kuşağı	4,9655	1,55276		
	Y kuşağı	4,7373	1,56034		
Uyumluluk	Babyboomers	5,5000	1,00000	4,168	<b>0,017*</b>
	X kuşağı	5,6121	1,16996		
	Y kuşağı	5,0720	1,19342		
Özdenetimlilik	Babyboomers	6,5000	,50000	5,598	<b>0,004*</b>
	X kuşağı	5,8621	,97240		
	Y kuşağı	5,2585	1,47447		
Nörotiklik	Babyboomers	2,6000	1,02470	3,628	<b>0,029*</b>
	X kuşağı	3,1552	1,18546		
	Y kuşağı	3,6314	1,38124		
Deneyime Açıklık	Babyboomers	4,9000	1,59687	1,581	0,209
	X kuşağı	4,0086	1,15657		
	Y kuşağı	4,2881	1,37189		

Tablo 5'e göre, uyumluluk boyutunda X kuşağı Y kuşağından daha uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde ayrılmakta; özdenetimlilik boyutunda Bebek patlaması kuşağı ile X kuşağı, Y kuşağından anlamlı bir şekilde farklılık göstermekte; nörotiklik boyutunda ise Y kuşağı, X kuşağından anlamlı bir şekilde daha nörotik olarak görülmektedir. Buna göre 5 faktör kişilik kuramı bağlamında, kuşaklar arasında kişilik özelliklerinin alt boyutlarının anlamlı fark gösterdiği ifade edilebilir.

**Tablo 6. Katılımcı Hekimlerin Uzmanlık Tercih Sebeplerinin Kuşak Değişkenine Göre Değerlendirilmesi**

Uzmanlık alanı tercih sebebi	Kuşaklar	$\bar{X}$	SS	T	p
<b>Mesleki tatmin sağlayacak spesifik bir alanda Çalışma isteği</b>	Babyboomers	5,600	1,140	3,426	<b>0,035*</b>
	X Kuşağı	5,741	1,505		
	Y Kuşağı	5,042	1,785		
<b>Hedeflerine kavuşma arzusu</b>	Babyboomers	5,800	1,303	3,577	<b>0,030*</b>
	X Kuşağı	5,569	1,440		
	Y Kuşağı	4,881	1,826		

Tablo 6'daki bulgulara göre, katılımcı hekimler tarafından uzmanlık alanını tercih etme sebepleri arasında en yüksek puanları alan "mesleki tatmin sağlayacak spesifik bir alanda Çalışma isteği" ve "hedeflerine kavuşma arzusu" seçenekleri, kuşaklar arasında anlamlı fark göstermektedir. X kuşağı her iki ifade için de Y kuşağından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almıştır.



#### 4.SONUÇ VE TARTIŞMA

Yapılan Araştırma sonucunda, hekimlerin buldukları kuşak ve taşıdıkları kişilik özellikleri, uzmanlık tercihleri konusunda anlamlı farka sebep olabilmektedir. Kuşaklar arasında görülen öne çıkan yaygın kişilik özellikleri arasında farkın, bu eğilim farkının temel sebeplerinden biri olduğu düşünülmektedir.

Çalışma ön çalışma niteliğinde olup, daha geniş bir örnekleme daha kapsamlı ve anlamlı sonuçların çıkacağı ön görülmektedir. Hem geliştirilmekte olan bu Çalışma, hem de özellikle Z kuşağının eğilimlerinin de tespit edileceği Çalışmalar, tıp mesleğinin geleceği hakkında öngörü sahibi olunması, tıp kariyerine yönelik yönlendirmelerin daha bilimsel düzeyde yapılabilmesi açısından önem arz etmektedir.

Ayrıca bu Çalışmada da baz alınan kuşak sınıflandırılmasının, Türk kültürü için yeterli ve tam karşılık sağlar nitelikte olmadığı görülmektedir. Kuşaklar sınıflandırılmasının Türk kültürünün sosyolojik durumunu göz önünde bulundurarak yapılması gerekliliği de tespit edilmiştir.

#### KAYNAKÇA

Açıkgöz, B., Ekemen, A., Zorlu, I., Aslan Yüksel, N., Ayoğlu F. N. (2019). Tıp Öğrencilerinde Uzmanlaşma Eğilimi, Uzmanlık Alan Seçimi Ve Etkileyen Faktörler, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt:12(1), ss:113-125, doi:10.26559/mersinsbd.50276

Adıgüzel, O., Batur, H.Z., Ekşili, N. (2014).Kuşakların Değişen Yüzü ve Y Kuşağı ile Ortaya Çıkan Yeni Çalışma Tarzı: Mobil Yakalılar, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 1, Sayı: 19, 2014, ss.165-182.

Atak. H. (2013). On-Maddeli Kişilik Ölçeği'nin Türk Kültürü'ne Uyarlanması, Nöropsikiyatri Arşivi, Sayı 50, ss: 312-319

Çetin, C. ve Karalar, S. (2016). X, Y ve Z Kuşağı Öğrencilerin Çok Yönlü ve Sınırsız Kariyer Algıları Üzerine Bir Araştırma Yönetim Bilimleri Dergisi Cilt: 14, Sayı: 28, ss:157-197

İnanç, B. Y. ve Yerlikaya E.E. (2012). Kişilik Kuramları, 10. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.

McCrae RR, Costa PT. (1998). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers, J Pers and Soc Psy Vol: 52, pp:81-90.

Sarıtaş, E. ve Barutçu, S. (2016). Tüketici Davranışlarının Analizinde Kuşaklar: Sosyal Medya Kullanımı Üzerinde Bir Araştırma, PJESS, Vol. 3, No. 2, pp. 1-15, doi: 10.5505/pjess.2016.27146

Sayar, K. ve Dinç, M. (2008). Psikolojiye Giriş, 1. Baskı, İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Smith, E. E., Nolen-Hoeksema. S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., Bem, D. J. and Maren, S. (2012). Atkinson ve Hilgard Psikolojiye Giriş: Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology, (Çev. Ö. Öncü, D. Ferhatoğlu), 14. Baskı, Ankara: Arkadaş Yayınevi.

Tatlılıoğlu, K. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Beş Faktör Kişilik Kuramı'na Göre Kişilik Özellikleri Alt Boyutlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi Tarih Okulu Dergisi (TOD) Sayı 17, ss. 939-971.

www.tdk.com.tr erişim tarihi: 01.07.2016

## HEMŞİRELERİN İŞ YÜKÜNÜN İŞ-AİLE ÇATIŞMASI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF THE WORK LOADS OF NURSES ON THE BUSINESS-  
FAMILY CONFLICT: A SURVEY ON NURSES WORKING IN KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ  
İMAM UNIVERSITY HEALTH APPLICATION AND RESEARCH HOSPITAL

Abdullah SOYSAL<sup>1</sup>  
Ali GÖDE<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışmada Sağlık Kurumlarında Çalışan hemşirelerin iş yükünün iş-aile çatışması üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, Kahramanmaraş ilinde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan 227 hemşireye iş yükü ölçeği, iş-aile çatışması ölçekleri uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı ile analiz edilmiştir. Elde edilen veriler ışığında analiz işlemine geçilmeden önce normal dağılım testi uygulanmış ve parametrik testlerin Kullanımına karar verilmiştir. Sayı-yüzdeler hesaplama, frekans analizi, güvenilirlik analizi, Bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (Anova), spearman korelasyon analizi, basit regresyon analizi yöntemleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin iş yükünün iş-aile çatışması üzerine istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği tesbit edilmiştir. Ayrıca hemşirelerin iş yükünün işten aileye çatışma ve aileden işe çatışma üzerine istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, İş Yükü, İş-Aile Çatışması

### ABSTRACT

**The Purpose of the Study:**In this study, it is aimed to determine the effect of workload perception of nurses working in health institutions on work-family conflict.

**Method:**for this purpose, 227 workload scales and work-family conflict scales were applied to 227 nurses working in Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Practice and Research Hospital in Kahramanmaraş province. Workload scale data, consisting of 17 items, were determined as one dimension and acceptable suitability by applying explanatory factor analysis and confirmatory factor analyzes. In the 10-item work-family conflict scale, descriptive factor analysis and confirmatory factor analyzes were applied and it was found that there were two sub-dimensions and acceptable conformity from work to family, conflict and conflict from family. The data obtained from the study were analyzed with SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences). In the light of the data obtained, normal distribution test was applied before the analysis and parametric tests were used. Number-percentage calculation, frequency analysis, reliability analysis, independent sample t test, one-way analysis of variance (Anova), spearman correlation analysis, simple regression analysis methods were used.

**Findings and Results :**As a result of the study, it was found that the workload perception of the nurses affected the work-family conflict statistically and positively. In addition, it was determined that the workload perception of the nurses had a statistically significant and positive effect on the conflict and family conflict, which is the sub-dimensions of work-family conflict.

**Keywords:** Nurse, Workload, Work-Family Conflict

### GİRİŞ

Günümüzde, bireyler iş yaşamı ve aile yaşam alanları ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanmaktadır. Çalışanlar ailelerine daha fazla zaman ayırmak istemekte; bununla birlikte örgütlerin talepleri de gün geçtikçe artmaktadır (Mutambudzi ve diğerleri, 2017; Nayeri ve diğerleri, 2018). Bireylerin iş alanındaki rolleri çerçevesinde çalışma saatlerinin düzensizliği, uzunluğu, Çalışma planlarının esnekliği gibi faktörler ailelerine ayırmaları gereken zamanı sınırlayabilmektedirler (Negiz ve Tokmakçı, 2011). Dolayısıyla iş yaşamı aile yaşamına olumsuz yönde etki ederek iş-aile çatışmasını

<sup>1</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam University/ Healty Care Management/Turkey/asoyssall@ksu.edu.tr

<sup>2</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam University/ Healty Care Management/Turkey/alig.sy31@gmail.com

ortaya çıkarabilmektedir. Bu bağlamda iş-aile çatışması, bireylerin çeşitli olumsuzluklarla karşılaşmalarına yol açmaktadır.

Dünya nüfusunun büyümesi ve hastalıkların artması Sağlık sistemlerinde Çalışanlar için talebi artırdı. Sağlık kuruluşlarında hemşirelik en çok aranan Sağlık hizmetleri arasındadır. Sağlık kuruluşları hemşireleri kendi Kurumlarında tutmakta zorluklarla karşılaşır. Hemşireler arasında örgüte bağlılık eksikliği için en önemli faktörlerden biri iş yüküdür. Ağır iş yükü hemşirelerde yetersizlik, fazla mesaide artış, hasta artışı nedeniyle gerçekleşir (Xhako, 2017; Öztürk ve diğerleri,2017). Aşırı Çalışma, kişilerde çeşitli ciddi sorunların ortaya çıkmasına yol açar. Çalışanların iş yerlerindeki Çalışma koşulları sosyal hayatını, aile hayatını da etkilemektedir. İş ve aile hayatı, Çalışanların hayatlarında en fazla önem arz eden ve hayatlarının büyük çoğunluğunu harcadıkları ve içerdikleri kurallar, düşünce ve davranış kalıpları birbirinden farklı, birbirlerinden Bağımsız, ancak birbirleriyle ilişki içinde olan iki ayrı alanı temsil etmektedirler (Van Bogaert ve diğerleri, 2013). İş-aile çatışması, kişinin toplum içinde belirlenen sorumluluklara göre belirlenmiş rollerdir. Bu rollerin görev ve sorumlulukların aynı zamana kesişmesi, sorumlulukların ve taleplerin ters düşmesi, bir roldeki iş yükünün artması, bireyin rolleri üzerindeki dengesinin bozulması, bireyin kendi fiziksel ve psikolojik sorunların bu rollerine yansması rolleri üzerindeki hakimiyetinin kaybolarak performans düşüklüğü yaşamasından kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmada, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan hemşirelerin iş yükü Algısının iş-aile çatışması algısı üzerine etkisi Araştırılacaktır. Bu amaçla sürekli stres ve yoğun tempo altında Çalışan hemşirelerin aşırı iş yükü olduğu düşünüldüğü için Araştırmanın hemşireleri kapsamına karar verilmiştir. Araştırma sonucunda iş yükü algısının düzeyinin iş-aile çatışması üzerinde olumsuz etki bıraktığı hipotezinin doğrulanması beklenmektedir. Bu doğrultuda elde edilecek sonuçlar iş yükü algısı yüksek olan personellerin iş ve aile hayatlarındaki çatışmayı önleyebilmesi için önlemler alınabilmesinde yol göstermiş olacaktır.

## YÖNTEM

Bu Araştırmanın amacı, Sağlık Kurumlarında Çalışan hemşirelerin iş yükünün iş-aile çatışması üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca Çalışma içerisinde katılımcıların iş yükü ve iş-aile çatışması algılarının demografik değişkenler Açısından gruplar arası bir farklılık olup olmadığını belirlemek Araştırmanın ikincil amacını oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarında hemşirelik mesleği en çok personel aranan Sağlık hizmetleri arasındadır (Wang ve diğerleri, 2012). Ayrıca Sağlık kuruluşları hemşirelik mesleğini icra eden personelin meslekte tutmakta zorluklarla karşılaşmaktadır. Karşılaşılan zorlukların arasında önemli konu iş yüküdür. Ağır iş yükü hemşirelerde yetersizlik, fazla mesaide artış, hasta artışı nedeniyle gerçekleşir. Aşırı Çalışma, çeşitli ciddi sonuçlara yol açmaktadır (Lindqvist ve diğerleri, 2014; Chin-Quee ve diğerleri, 2016; Bakırtaş ve diğerleri, 2016; Baghban ve diğerleri, 2010; .

Hemşirelerin iş yerlerindeki Çalışma koşulları sosyal hayatını, aile hayatını da etkilemektedir. İş ve aile hayatı, Çalışanların hayatlarında en fazla önem arz eden ve hayatlarının büyük çoğunluğunu harcadıkları ve içerdikleri kurallar, düşünce ve davranış kalıpları birbirinden farklı, birbirlerinden Bağımsız, ancak birbirleriyle ilişki içinde olan iki ayrı alanı temsil etmektedirler (Korkmazer, 2018; Holden ve diğerleri, 2011; Kahveci, 2016; Gencer, 2017; Akbolat ve diğerleri, 2016). İş-aile çatışması, kişinin toplum içinde belirlenen sorumluluklara göre belirlenmiş rollerdir. Bu rollerin görev ve sorumlulukların aynı zamana kesişmesi, sorumlulukların ve taleplerin ters düşmesi, bir roldeki iş yükünün artması, bireyin rolleri üzerindeki dengesinin bozulması, bireyin kendi fiziksel ve psikolojik sorunların rollerine yansması; kısacası iç ve dış etkenler yüzünde bireyin rolleri üzerindeki hakimiyetinin kaybolmasına neden olmaktadır (Soysal, 2011; Rice ve diğerleri, 1992; Macit ve Ardic, 2018; Erdilek Karabay, 2015; Ding ve diğerleri; 2018; Demirkaya, 2014).

Bu Araştırma Sağlık sektöründe Çalışan hemşirelerde hayatlarının büyük bölümünü oluşturan iş ve aile hayatlarının göz önüne alınarak iş yükünün iş-aile çatışması üzerine etkisinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş ilinde bulunan Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan 227 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın amacını oluşturulan H1 temel hipotezi ve H2, H3, H4 ve H5 hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

**H1:** Araştırmaya dahil olan hemşirelerin iş yükünün iş-aile çatışması üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.**H2:** Araştırmaya dahil olan hemşirelerin demografik bilgileri (cinsiyet, yaş,medeni durum, eğitim durumu, kurumda Çalışma süresi, çalıştığı bölüm) ile iş yükü algısı arasında anlamlı bir farklılık

vardır.**H3**: Araştırmaya dahil olan hemşirelerin demografik bilgileri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, kurumda Çalışma süresi, çalıştığı bölüm) ile iş-aile çatışması algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.**H4**: Araştırmaya dahil olan hemşirelerin demografik bilgileri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, kurumda Çalışma süresi, çalıştığı bölüm) iş-aile çatışması Algısının işten aileye çatışma boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.**H5**: Araştırmaya dahil olan hemşirelerin demografik bilgileri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, kurumda Çalışma süresi, çalıştığı bölüm) ile iş-aile çatışması algısının aileden işe çatışma boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Sağlık Çalışanlarının iş yükü düzeylerini tespit etmek amacıyla Aycan ve diğerleri (2005) tarafından Türkçe'ye adapte edilen iş yükü ölçeği maddelerinden esinlenerek Demirkaya (2014) tarafından 17 maddelik iş yükü algısı ölçeği geliştirilmiştir. Çalışanları yaşadığı iş-aile çatışması düzeyini ölçmek için kullanılan ölçek, Efeoğlu (2006) tarafından Türkçeye uyarlanmış 10 ifadeden oluşmaktadır. Araştırmada anket yöntemi uygulanmış ve veriler SPSS 20 paket programı ile analiz yapılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiği için parametrik analiz yöntemlerinden bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, üç veya daha fazla değişkenlere yönelik yapılan anova testi yöntemlerinden yararlanılmıştır. Araştırma dahilinde kullanılan ölçekler ve ölçek boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi ve iş yükünün iş-aile çatışması ve boyutları üzerine etkisini test etmek amacıyla ise basit regresyon analizi yöntemlerinden yararlanılmıştır.

Kalaycı (2017)'e göre Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) verilerin -1 ile +1 arasında dağılması verilerin normal dağılımdan sapmadığını göstermektedir. Bu değerler göz önüne alındığında bu Araştırmada verilerin Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin -1 ile +1 arasında dağıldığı ve verilerin normal dağılımdan sapmadığını sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma dahilinde kullanılan ölçeklerin Cronbach's Alfa değerleri incelendiğinde iş yükü ölçeğinin yüksek derecede güvenilir olduğunu (0,951) gösterirken, iş-aile çatışması ölçeği ve boyutlarının güvenilirlik değeri yüksek derecede güvenilir ve oldukça güvenilir düzeyde (0,829) çıkmıştır.

## BULGULAR

Araştırma dahilinde hemşirelerin %79,7'si (N=181) kadın, %22,9'u (N=52) 18-24 yaş aralığında, % 65,2'si (N=156) evli, % 20,7'si (N=47) lise, % 30'u (N=68) önlisans ve %49,3'ü (N=112) lisans eğitimi aldığı, %31,7'si (N=72) 4-6 yıl arası kurumda hizmette bulunduğu ve hemşirelerin %51,1'i (N=116) dahili birimlerde, %49,9'u (N=111) ise cerrahi birimlerde çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada iş yükü ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X}= 3,75\pm 0,97$ ) olarak elde edilirken, iş-aile çatışması ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X}= 2,97\pm 0,69$ ) olarak belirlenmiştir. İş-aile çatışması ölçeğinin işten aileye çatışma boyutunun puan ortalaması ( $\bar{X}= 3,57\pm 0,89$ ) olarak belirlenirken, aileden işe çatışma boyutu puan ortalaması ( $\bar{X}= 2,23\pm 0,77$ ) olarak tespit edilmiştir. Basit doğrusal regresyon analizi sonucuna göre hemşirelerin iş yükü düzeylerinin iş-aile çatışması algıları üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ( $p:0,000<0,001$ ) ve H1 hipotezi kabul edilmiştir. Basit doğrusal regresyon analizi sonucuna göre hemşirelerin iş yükü düzeylerinin işten aileye çatışması algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisinin olduğu belirlenmiştir ( $p:0,000<0,001$ ) ve H1a "Araştırmaya dahil olan hemşirelerin iş yükünün iş-aile çatışması Algısının işten aileye çatışma boyutu üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır." hipotezi kabul edilmiştir. Araştırmada basit doğrusal regresyon analizi sonucuna göre hemşirelerin iş yükü düzeylerinin işten aileye çatışması algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ( $p:0,000<0,01$ ). H1b "Araştırmaya dahil olan hemşirelerin iş yükünün iş-aile çatışması Algısının aileden işe çatışma boyutu üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır." hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan analizlerde Araştırmaya dahil olan hemşirelerin cinsiyeti değişkenleri ile iş yükü puan ortalamaları arasında ( $t=-0,482$ ;  $p=0,630>0,05$ ), hemşirelerin yaş gurupları değişkenleri ile iş yükü puan ortalamaları arasında ( $F=0,207$ ;  $p=0,892>0,05$ ), hemşirelerin medeni durum değişkenleri ile iş yükü puan ortalamaları arasında ( $t= -0,586$ ;  $p=0,559>0,05$ ), hemşirelerin eğitim durumu değişkenleri ile iş yükü puan ortalamaları arasında ( $F=1,921$ ;  $p=0,149>0,05$ ), hemşirelerin kurumda Çalışma süresi değişkenleri ile iş yükü puan ortalamaları arasında ( $F=1,929$ ;  $p=0,107>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı için hipotezlerden; H2a, H2b, H2c, H2d ve H2e red edilmiştir. Buna karşılık hemşirelerin çalıştığı bölüm değişkenleri ile iş yükü puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız guruplarda t testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $t=-2,801$ ;  $p=0,006<0,05$ ). İş yükü puan ortalamaları cerrahi

bölmelerde Çalışanların ( $\bar{X}= 3,93\pm 0,93$ ) hemşirelerin dahili bölmelerde Çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. H2f: Araştırmaya dahil olan hemşirelerin çalıştığı bölümü ile iş yükü algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır, hipotezi kabul edilmiştir. Bu bulgulara göre hipotez sonuçları dikkate alındığında H2:"Araştırmaya dahil olan hemşirelerin demografik bilgileri ile iş yükü algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır" hipotezi önemli oranda reddedilmiştir. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin cinsiyeti değişkenleri ile iş-aile çatışması puan ortalamaları arasında ( $t=-0,169$ ;  $p=0,867>0,05$ ), hemşirelerin cinsiyeti değişkenleri ile işten aileye çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $t=-0,746$ ;  $p=0,457>0,05$ ) ve hemşirelerin cinsiyeti değişkenleri ile aileden işe çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $t=1,244$ ;  $p=0,215>0,05$ ) anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre; H3a, H4a ve H5a hipotezleri red edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan hemşirelerin yaş gurupları değişkenleri ile iş-aile çatışması puan ortalamaları arasında ( $F=0,990$ ;  $p=0,398>0,05$ ), katılımcıların yaş gurupları değişkenleri ile işten aileye çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $F=0,240$ ;  $p=0,868>0,05$ ), hemşirelerin yaş gurupları değişkenleri ile aileden işe çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $F=2,431$ ;  $p=0,066>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı için; H3b, H4b ve H5b hipotezleri red edilmiştir. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin medeni durum değişkenleri ile iş-aile çatışması puan ortalamaları arasında ( $t= 1,327$ ;  $p=0,186>0,05$ ), hemşirelerin medeni durum değişkenleri ile işten aileye çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $t= 0,417$ ;  $p=0,677>0,05$ ), hemşirelerin medeni durum değişkenleri ile aileden işe çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $t= 1,695$ ;  $p=0,092>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı için; H3c, H4c ve H5c hipotezleri red edilmiştir. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin eğitim durumu değişkenleri ile iş-aile çatışması puan ortalamaları arasında ( $F=0,204$ ;  $p=0,816>0,05$ ), hemşirelerin eğitim durumu değişkenleri ile işten aileye çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $F=0,640$ ;  $p=0,528>0,05$ ), hemşirelerin eğitim durumu değişkenleri ile aileden işe çatışma puan ortalamaları arasında ( $F=1,552$ ;  $p=0,214>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı için; H3d, H4d ve H5d hipotezleri red edilmiştir. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin kurumda Çalışma süresi değişkenleri ile iş-aile çatışması puan ortalamaları arasında ( $F=0,763$ ;  $p=0,550>0,05$ ), hemşirelerin kurumda Çalışma süresi değişkenleri ile işten aileye çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $F=0,578$ ;  $p=0,679>0,05$ ) ve hemşirelerin kurumda Çalışma süresi değişkenleri ile aileden işe çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $F=1,144$ ;  $p=0,337>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı için; H3e, H4e ve H5e hipotezleri red edilmiştir. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin çalıştığı bölüm değişkenleri ile iş-aile çatışması puan ortalamaları arasında ( $t=-1,185$ ;  $p=0,237>0,05$ ) ve hemşirelerin çalıştığı bölüm değişkenleri ile aileden işe çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $t=-0,174$ ;  $p=0,862>0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı için; H3f ve H5f hipotezleri red edilmiştir. Buna karşılık hemşirelerin çalıştığı bölüm değişkenleri ile işten aileye çatışma boyutu puan ortalamaları arasında ( $t=-1,901$ ;  $p=0,048<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu için H4ef hipotezi kabul edilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya dahil olan hemşirelerin iş yükü puan ortalaması veriler analiz edilerek literatürdeki Çalışmalar ile Karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin iş yükü puan ortalamasının özellikle Sağlık Çalışanlarına yönelik yapılan Çalışmalarla Karşılaştırıldığında yüksek düzeyde olduğu ve yapılan Çalışmalar ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Yapılan Araştırmanın analiz sonucuna göre katılımcıların iş yükü puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi, değişkenlerine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu durum hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi değişkenlerinin olmasının önemli olmadan aynı işi yapmalarından kaynaklanmaktadır. Ancak iş yükü puan ortalamaları ile Çalıştığı bölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İş yükü puan ortalamaları cerrahi bölmelerde Çalışan hemşirelerin dahili bölmelerde Çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin cerrahi birimlerin dahili birimlere göre daha zorlu tedavilerle karşı karşıya kalması söz konusu olabilmektedir.

Hemşirelerin iş-aile çatışması puan ortalaması normal, işten aileye çatışma boyutu puan ortalaması yüksek ve aileden işe çatışma boyutu puan ortalaması düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Katılımcıların iş-aile çatışması ve boyutlarının puan ortalamasının özellikle Sağlık Çalışanlarına yönelik yapılan Çalışmalarla Karşılaştırıldığında da aynı düzeyde olduğu ve yapılan Çalışmalar ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Katılımcıların iş-aile çatışması ve aileden işe çatışma boyutu düzeyleri ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi, çalıştıkları bölüm değişkenleri istatistiksel

olarak bir farklılık tespit edilmemiştir. Katılımcıların işten aileye çatışma boyutu düzeyi ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ancak işten aileye çatışma puan ortalamaları ile Çalıştığı bölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İş yükü puan ortalamaları cerrahi bölümlerde Çalışan hemşirelerin dahili bölümlerde Çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler arasındaki karşılıklı ilişkiyi ortaya koymak için yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda; hemşirelerin iş yükü ile iş-aile çatışması düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkisi vardır. Bu kapsamda hemşirelerin iş yükü fazlalaştıkça iş-aile çatışması algı düzeylerinin de artacağı söylenebilir. İş yükü ile işten aileye çatışması boyutu ve aileden işe çatışma boyutu arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin iş yükü düzeyindeki artış işten aileye çatışma boyutu düzeyini belli oranda artış olsa da aileden işe çatışma boyutu düzeyinde az bir artış olacağı çıkarımı yapılabilir. Araştırma neticesinde hemşirelerin iş yükü düzeyindeki artışla iş-aile çatışması ve boyutları (işten aileye çatışma, aileden işe çatışma) algılarında da belli bir oranda artış sağlanacağı sonucuna ulaşılmıştır. İş yükünün hemşirelerin iş-aile çatışması algılarında anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu ve olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma neticesinde hemşirelerin iş yükünün artması durumunda iş-aile çatışması artmasını neden olacaktır. Bu sonuç dikkate alınarak şu öneriler sunulmuştur: Sağlık sektörünün temel özelliklerinden 24 saat hizmet sunulması, nöbet usulü ve vardiyalı Çalışması gibi koşullarından iş yükü düzeylerini arttırabilmektedir. Çalışanların iş yükünü azaltmak için yöneticiler tarafından kurumun iç süreçleri denetlenerek iş yaşamında uygun şartlar altında Çalışmaları için gerekli koşullar sağlanabilir. Çalışanların sağlığını fiziksel, biyolojik, kimyasal, ergonomik ve psikolojik açıdan etkileyen potansiyel risk faktörleri için önlemler alınmalı ve Çalışma ortamı elverişli hale getirilmelidir. Hemşirelerin iş yükü algısının azaltılması ve iş-aile yaşam düzenlemelerine ilişkin farkındalığın artırılması amacıyla gerekli Çalışmalar kurumlar tarafından eğitim ve danışmanlık işletmelerinin sunacağı çeşitli eğitim ve kurslarla desteklenmelidir. Kurum yöneticilerinin personelin kaliteli bir yaşam sürmesine ve iş yükü algısına olumlu katkı sağlamak için gerekli personel sayısı üzerine uygun fizibilite çalışmaları uygulanarak kurumun ihtiyaç duyduğu personel sayılarının en uygun düzeyde olacak şekilde belirlenmesi sağlanabilir. Ayrıca kurum yöneticilerinin Çalışanların Çalışma ortamında, amirleri, çalışma arkadaşları ve kurumun diğer Çalışanları ile açık ve anlaşılır bir iletişim kurulması için gereken ortamı oluşturması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- AKBOLAT, M., KAHRAMAN G., ÖZTÜRK T., 2016. “Sağlık Çalışanlarının İş Yaşamında Karşılaştıkları İş-Aile Çatışması Örgütsel Bağlılıklarını Etkiler Mi?: Sakarya İli Örneği”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2), ss.153-169.
- AYCAN, Z., ESKİN, M., YAVUZ, S. (2007), Hayat Dengesi, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- BAGHBAN, I., MALEKİHA, M., FATEHİZADEH, M., 2010. “The Relationship Between Work-Family Conflict And The Level Of Self-Efficacy İn Female Nurses İn Alzahra Hospital”, Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research, 15(4), ss.190-194.
- BAKIRTAŞ, İ., BAKIRTAŞ, H., BULUŞ, G.C., 2016. “Sağlık Çalışanlarının İş Tatmini Üzerinde İş Yükü Algısının Etkisi”, Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, (32), ss.303-311.
- CHİN-QUEE, D., MUGENİ, C., NKUNDA, D., UWİZEYE, M. R., STOCKTON, L. L., WESSON, J., 2016. “Balancing Workload, Motivation And Job Satisfaction İn Rwanda: Assessing The Effect Of Adding Family Planning Service Provision To Community Health Worker Duties”, Reproductive Health, 13(2), ss.1-7.
- DEMİRKAYA, S., 2014. “Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Yükü ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- DİNG, X., YANG, Y., SU, D., ZHANG, T., Lİ, L., Lİ, H., 2018. “Can Job Control Ameliorate Work Family Conflict And Enhance Jobsatisfaction Among Chinese Registered Nurses? A Mediationmodel”, Int J Occup Environ Med, 9(2), ss.97-105.
- EFEÖĞLU, İ.E., 2006. “İş-Aile Yaşam Çatışmasının İş Stresi, İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkileri: İlaç Sektöründe Bir Araştırma”, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

- ERDİLEK KARABAY, M., 2015. “Sağlık Personelinin İş Stresi, İş- Aile Çatışması ve İş-Aile-Hayat Tatminlerine Yönelik Algılarının İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 13(26), ss.113-134.
- GENCER, Z., 2017. “Personel Güçlendirmenin İş Aile Çatışmasına Etkisi Ve Aşırı İş Yükünün Aracılık Rolü: Isparta İlindeki Sağlık Kurumlarında Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- HOLDEN, R. J., SCANLON, M. C., PATEL, N. R., KAUSHAL, R., ESCOTO, K. H., BROWN, R. L., ALPER, S. J., ARNOLD, J. M., SHALABY, T. M., MURKOWSKI, K., KARSH, B. T., 2011. “A Human Factors Framework And Study Of The Effect Of Nursing Workload On Patient Safety And Employee Quality Of Working Life” *BMJ Quality & Safety*, 20(1), ss.15-24.
- KAHVECİ, Ç., 2016. “Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Motivasyona Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- KALAYCI, Ş., 2017. *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Dinamik Akademi Yayınları, Ankara.
- KORKMAZER, F., 2018. “İş Yükü Fazlalığı Algısının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi: İş- Aile Çatışmasının Aracı Rolü”, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- LİNDQVİST, R., SMEDS ALENİUS, L., RUNESDOTTER, S., ENSİÖ, A., JYLHÄ, V., KİNNUNEN, J., STRØMSENG SJETNE, I., TVEDT, C., WİBERG TJØNNFJORD, M., TİSHELMAN, C., 2014. “Organization Of Nursing Care In Three Nordic Countries: Relationships Between Nurses' Workload, Level Of Involvement In Direct Patient Care, Job Satisfaction”, And İntention To Leave. *BMC Nursing*, 13(27), ss.1-13.
- MACİT, M., ARDIÇ, K., 2018. “İşkoliklik, İş-Aile Çatışması Ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 32(3), ss. 825-844.
- MUTAMBUDZİ M., JAVED Z., KAUL S., PROCHASKA J., PEEK M.K., 2017. “Effects Of Work-Family Conflict And Job İnsecurity On Psychological distress”, *Occupational Medicine*, 67(8), ss.637–640.
- NAYERİ, N. D., FOROOSHANİ, Z., ARABLOO, J., 2018. “The Study Of Work-Family Conflict And Job Satisfaction Among Nurses' State Hospitals In Tehran City”, *Electronic Physician*, 10(5), ss.6864-6867.
- NEGİZ, N., TOKMAKÇI, E., 2011. “Çalışma Yaşamında Kadının Tükenmişliği: Aile-İş-Sosyal Yaşam Açısından Tükenmişlik (Süleyman Demirel Üniversitesi Örneği)”, *Journal Of Yaşar University*,6(24), 4041-4070.
- ÖZTÜRK, Y.E., TÜRKTEMİZ, H. AKDAĞ, T., 2017. “Dozimetre Taşıyan Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün İyonlaştırıcı Radyasyon Risk Algısına Etkisi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(2), ss. 143-155.
- RİCE, R.W., FRONE, M.R., MCFARLİN, D.B., 1992. “Work—Nonwork Conflict And The Perceived Quality Of Life”, *Journal Of Organizational Behavior*, 13(2), ss. 155-168.
- SOYSAL, A., 2011. “İş Yaşamında Tükenmişlik”: Çimento Endüstrisi İşverenler Sendikası, Ankara.
- VAN BOGAERT, P., CLARKE, S., WİLLEMS, R., MONDELAERS M., 2013. “Nurse Practice Environment, Workload, Burnout, Job Outcomes, And Quality Of Care In Psychiatric Hospitals: A Structural Equation Modelapproach”, *Journal Of Advanced Nursing*, 69(7), ss.15-24.
- WANG, Y., CHANG, Y., FU, J., WANG, L., 2012. “Work-Family Conflict And Burnout Among Chinese Female Nurses: The Mediating Effect Of Psychological Capital”, *BMC Public Health*, 12, ss.9-15.
- XHAKO, D., 2017. “The Moderating Effect Of Perceived Organizational Support (Pos) In The Impact Of Workload And Workfamily Conflict On Organizational Commitment A Research In Hospital Nurse Staffing”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

## SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ÖRGÜTSEL GÜVEN İLE ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME ARASINDAKİ İLİŞKİ

### THE RELATIONSHIP BETWEEN ORGANIZATIONAL TRUST AND ORGANIZATIONAL IDENTIFICATION IN HEALTH WORKERS

Mehmet YORULMAZ<sup>1</sup>  
Ramazan KIRAÇ<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Organizational trust; is a concept that affects health workers in many ways. Low perception of organizational trust; job dissatisfaction, decrease in organizational commitment, not coming to work, intention to leave work is caused. Organizational trust is an important factor affecting the identification of the person with the organization. To what extent does this factor affect organizational identification?

**The Purpose of the Study:** In this study, the relationship between organizational trust and organizational identification of health workers was examined.

**Method:** The study was conducted in a private hospital in Konya. The universe of the research consists of 500 people and 250 people were included in the sample. The survey consists of three parts. In the first part, the participants' demographic information is included. In the second part, an organizational trust scale which was developed by Tyler and Bies, (1990) and adapted to Turkish by Polat (2009) was used. In the third chapter, the 6-item organizational identification scale, which was developed by Meal and Ashforth (1992) and approved validity and reliability by Tüzün (2006), was used. The reliability of the scales is 0,896 and 902 respectively.

**Findings and Results:** There was a positive correlation between organizational trust and organizational identification ( $p < 0.001$   $r = 0.532$ ). Organizational identification increases as organizational trust increases. Organizational trust positively affects organizational identification.

**Key Words:** Organizational Trust, Organizational Identification, Health Workers

**Presentation Language:** Turkish

#### 1.GİRİŞ

İşletmelerin temel amaçları kar elde etmek, varlığını devam ettirmek ve topluma hizmet etmektir. Bu amaçları gerçekleştirmenin yolları kurum içerisinde hizmet veren ve üretim süreçlerine dâhil olan Çalışanların motivasyonu ve örgüte olan güvenini sağlayabilmekten geçer. Organizasyonun uzun dönemli istikrarında ve Çalışanların iyi olmasında etkili bir bileşen (Cook ve Wall 1980) olarak tanımlanan örgütsel güven, yapılan iş öncesinde ve işin yapılması sürecinde güvenilenin, ortak çıkarlar doğrultusunda hareket edeceğine dair güvenen tarafın inancı ve savunmasız kalmaya rıza göstermesi” dir (Yılmaz 2014). Örgütsel güven düzeyi yüksek Çalışanların örgütsel destek, örgütsel bağlılık ve performans düzeylerinin arttığı ve örgütsel özdeşleşme, iş tatmini, işbirliği, sürekli iş ilişkileri ve örgütsel vatandaşlık davranışları sergiledikleri görülmektedir (Fulmer ve Gelfand, 2012). Örgütsel özdeşleşme Çalışanların kendilerini içinde buldukları örgütle kişileştirmeleri sonucunu doğurmaktadır (Mael ve Ashforth, 1995). Örgütsel özdeşleşme, bireyin kendisini psikolojik olarak örgütün bir parçası olarak görmesinin yanında, kendi çıkarları yerine tüm örgütün çıkarlarına odaklanmasıdır ((Wiesenfeld ve ark 1999, Turunç ve Çelik 2013). Örgütsel özdeşleşme örgütsel güvenle ilişkilidir. Çalışanların örgüt içerisinde bireylere, yöneticilere ve kuruma olan güveni, bireylerin örgüte olan bağlılığını, örgütü sahiplenmesini, motivasyonunu ve tatminini etkilemektedir. Edwards (2005) örgütsel özdeşleşmeyi örgütün hedefleri ile bireylerin kendilerini bağdaştırmaları ile mümkün olduğu belirtmiştir. Bu hedefleri gerçekleştirmenin yolu ise örgütsel güven ile sağlanabilir (Bıçkes ve Yılmaz 2017).

Literatürde örgütsel güven üzerinde yapılan çalışmalarda örgütsel güvenin örgütsel özdeşleşmeyi arasında doğrusal bir ilişkinin olduğunu ve bunun yanında örgütsel güvenin örgütsel özdeşleşmeyi etkilediğini görmekteyiz (Agarwal 2013, Tokgöz ve Seymen 2013, Khattak ve ark 2014, Tüzün ve Çağlar 2009, Campbell ve Im 2015, Huff and Kelley 2003, İşcan 2006, Demirtaş ve ark 2018). Bu Araştırmada Sağlık

<sup>1</sup> Selcuk University / Healty Care Management/Turkey/mtyorulmaz@hotmail.com

<sup>2</sup> Selcuk University / Healty Care Management/Turkey/ramazan46k@gmail.com



Çalışanlarında, örgütsel güven ile örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişki incelenmiş ve örgütsel güvenin örgütsel özdeşleşmeye etkisine yer verilmiştir. Sağlık hizmetleri emek yoğun işletmeler olup yedi yirmi dört hizmet vermektedir. Bu yoğunlukta Çalışan personellerin örgütle özdeşleşmesini sağlamak verimlilik Açısından önemlidir. Bu bağlılığı sağlayabilmenin yolu da bireylerin örgüte olan güvenini sağlamaktan geçer.

## 2.GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma Konya’da özel bir hastanede uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 500 kişiden oluşmakta olup, örneklem kapsamına 250 kişi dâhil edilmiştir. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla Altunışık ve ark (2012) tarafından oluşturulan kolayda örneklem tablosundan faydalanılmıştır. Araştırmada nicel Araştırma deseni kullanılmış olup; tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Nicel Araştırma en basit anlamıyla nicel verilerin toplanmasını ve analizini gerektiren Çalışmalardır. Tanımlayıcı Araştırmaların en belirleyici özelliği ise Araştırma Sonuçlarının bir durumu tanımlaması, ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır (Büyükoztürk ve ark 2013). Araştırmanın anketi üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, katılımcıların demografik bilgileri yer almaktadır. İkinci bölümde, Tyler ve Bies, (1990) tarafından geliştirilen ve Polat (2009) tarafından Türkçe’ye uyarlanan dört maddeli “örgütsel güven” ölçeği kullanılmıştır. Üçüncü bölümde ise Meal ve Ashforth (1992) tarafından geliştirilen, Tüzün (2006) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği onaylanan 6 maddelik “örgütsel özdeşleşme” ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği sırasıyla 0,896 ve 902’dir.

## 3. BULGULAR

Araştırmanın bulgular kısmında ilk olarak katılımcıların demografik verilerine yer verildi. Daha sonra örgütsel özdeşleşme ve örgütsel güven ölçeklerine ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilip bu iki ölçek arasında korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 1. Araştırmaya Dâhil Olanların Demografik Verilerine Ait Bulgular**

<b>Eğitim Durumu</b>	n	%	<b>Medeni Durum</b>	n	%
Lise	86	34,4	Bekâr	121	48,4
Ön lisans	78	31,2	Evli	129	51,6
Lisans	86	34,4	<b>Hastanedeki Çalışma</b>	n	%
<b>Cinsiyet</b>	n	%	0-6 Ay	32	12,8
Kadın	137	54,8	7-13 Ay	66	26,4
Erkek	113	45,2	14-20 Ay	24	9,6
<b>Görev</b>	n	%	21-27 Ay	66	26,4
Hekim	13	5,2	28+	62	24,8
Hemşire	67	26,8	<b>Gelir</b>	n	%
Diğer Sağlık Personeli	155	62,0	0-2020 tl	68	27,2
İdari Personel	15	6,0	2021-4020 tl	160	64,0
<b>Çalışma Yılı</b>	n	%	4021+	22	8,8
0-10 Yıl	193	77,2	Total	250	100,0
11 Yıl +	57	22,8			

Tablo 1’de görüldüğü üzere Araştırmaya dâhil olanların 54,8’i kadın ve %51,6’sı evlidir. Katılımcıların %34,4’ü lise mezunu, %31,2’si ön lisans mezunu, %34,4’ü ise lisans mezunudur. Çalışanların 5,2’si hekim, %26,8’i hemşire, %62’si diğer Sağlık personeli, %6’sı idari personeldir. Çalışma yılına bakılacak olursa %77,2’si 0-10 yıl arası, %22,8’i ise 11 yıl ve üzeri’dir. Şuan Çalışmakta olduğu hastanedeki Çalışma süresi incelendiğinde; %12,8 0-6 ay, %26,4’ü 7-13 ay, %9,6’sı 14-20 ay, %26,4’ü 21-27 ay ve %24,8’i ise 28- ve üzeri ay arası görev yapmaktadır. Çalışanların %27,2’si 0-2020 tl, %64’ü 2021-4020 tl, %8,8’i ise 4021 ve üzeri tl arası gelir durumuna sahiptir.

**Tablo 2. Örgütsel Güven Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

	n	min	max	ort	ss
1-Çalıştığım kurumda her şeye fazlasıyla karışırim.	250	1,00	5,00	2,63	1,20
2-Genel olarak Çalıştığım yerdeki insanların özü sözü birdir.	250	1,00	5,00	3,69	1,08
3-Yöneticimin örgüt içinde büyük kredisi vardır.	250	1,00	5,00	3,98	1,02
4-Yöneticilerime güvenebilirim.	250	1,00	5,00	4,02	0,92

Tablo 2’de görüldüğü üzere Araştırmaya örgütsel güven ölçeğine ait maddelerin ortalamaları verilmiştir. Ölçekten alınan en düşük puan “Çalıştığım kurumda her şeye fazlasıyla karışırim” (2,63) maddesi olurken, en yüksek puan “Yöneticilerime güvenebilirim.” (4,02) maddesi olmuştur. Örgüt Çalışanları genel itibari ile yöneticilerine güvenmektedirler.

**Tablo 3. Örgütsel Özdeşleşme Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

	n	min	max	ort	ss
1-Başka biri Çalıştığım işletmeyi eleştirirse, bunu kişisel hakaret olarak düşünürüm.	250	1,00	5,00	3,62	1,12
2-Diğer insanların Çalıştığım işletme hakkındaki düşünceleri beni çok ilgilendirir.	250	1,00	5,00	3,78	1,02
3-Başka biri Çalıştığım işletmeyi övdüğünde, bunu kişisel iltifat olarak düşünürüm.	250	1,00	5,00	3,84	1,10
4-Medyada Çalıştığım işletmeyle ilgili olumsuzluklar oluşursa, rahatsızlık hissederim.	250	1,00	5,00	3,94	1,13
5- Çalıştığım işletmenin başarısı benim başarımdır.	250	1,00	5,00	4,01	0,98
6-Çalıştığım işletme hakkında konuştuğumda; “onlar “ yerine “biz” kelimesini tercih ederim.	250	1,00	5,00	4,04	0,96

Tablo 3’de görüldüğü üzere, örgütsel özdeşleşme ölçeğine ait maddelerin ortalamaları verilmiştir. Ölçekten alınan en düşük puan “Başka biri Çalıştığım işletmeyi eleştirirse, bunu kişisel hakaret olarak düşünürüm.” (3,62) maddesi olurken, en yüksek puan “Çalıştığım işletme hakkında konuştuğumda; “onlar “ yerine “biz” kelimesini tercih ederim.” (4,04) maddesi olmuştur. Örgütsel özdeşleşme açısından ben yerine biz diyebilmek önemli bir faktördür.

**Tablo 4. Örgütsel Güven İle Örgütsel özdeşleşme arasında korelasyon analizine ait bulgular**

	Örgütsel Güven	Örgütsel Özdeşleşme
Örgütsel Güven	r p n	1 ,532** ,000 250
Örgütsel Özdeşleşme	r p n	,532** 1 ,000 250

\*\*P<0,001 r=0,532

Tablo 4’de görüldüğü üzere örgütsel güven ile örgütsel özdeşleşme arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre örgütsel güven ile örgütsel özdeşleşme arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01 r=0,532). Örgütsel güven arttıkça örgütsel özdeşleşmede artmaktadır.

**Tablo 5. Örgütsel Güvenin Örgütsel Özdeşleşmeye Etkisini Gösteren Regresyon Analizi**

	B	S.e	$\beta$	t	p
(Sabit)	1,823	,212		8,590	,000
Örgütsel Güven	,525	,053	,532	9,894	,000

R<sup>2</sup>= 0,283 R= 0,532 F= 97,890 p<0,05, Modelin regresyon denklemi Y=1,82+0,52X’dir.

Tablo 5’de görüldüğü üzere örgütsel güvenin örgütsel özdeşleşmeye istatistiksel olarak pozitif ve anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Örgütsel güvenin, örgütsel özdeşleşmeyi ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda örgütsel güven ve örgütsel özdeşleşme arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiş ( $R=0,532$   $R^2=0,283$ ), örgütsel güvenin, örgütsel özdeşleşmenin anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür ( $F= 97,890$   $p<0,05$ ). Örgütsel güven, örgütsel özdeşleşme değişiminin %28’ini açıklamaktadır. Regresyon denkleminde esas yordayıcı değişkenin katsayısının ( $\beta =0,532$ ) anlamlılık testi de, güvenin anlamlı bir yordayıcı olduğunu göstermektedir.

#### 4.SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık Çalışanlarında örgütsel güven ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu Araştırmanın tartışma kısmında ilk olarak demografik veriler verilir ve arkasından elde edilen analizler değerlendirilmiştir ve literatürdeki Araştırmalarla desteklenmiştir.

Sağlık işletmeleri genelde kadın ağırlıklı hizmet veren bir işletmedir. Bu Araştırmada da katılımcıların %54,8’ini kadınlar oluşturmaktadır. Evli ve bekâr katılımcıların oranı birbirine yakın olup %51,6’sı evlidir. Eğitim düzeyi lise ve lisans mezunları birbirine eşit iken (%34,4) ön lisans mezunları biraz daha azdır (%31,2). Çalışanların genel itibarı ile hemşire ağırlıklı olup bu oran %62’dir. Çalışma yılına bakılacak olursa %77,2’si meslekte ilk 10 yıl içerisindeydi. Şuan Çalışmakta olduğu hastanedeki Çalışma süresi incelendiğinde; %12,8 0-6 ay, %26,4’ü 7-13 ay, %9,6’sı 14-20 ay, %26,4’ü 21-27 ay ve %24,8’i ise 28- ve üzeri ay arası görev yapmaktadır. Çalışanların %27,2’si 0-2020 tl, %64’ü 2021-4020 tl, %8,8’i ise 4021 ve üzeri tl arası gelir durumuna sahiptir.

Sağlık Çalışanları örgütsel güvenin alt maddesi olan “Çalıştığım kurumda her şeye fazlasıyla karışırım.” (2,63) ifadesine düşük puan vermişlerdir. Kurumda fazlasıyla her şeye karışmak örgütsel güven Açısından önemli olsa da Sağlık sektörünün kendine has özellikleri buna engel olmuş olabilir. Çalışanlar en yüksek puan “Yöneticilerime güvenebilirim.” (4,02) ifadesine vermişlerdir. Örgütsel güven çeşitlerinden olan yöneticilere güven Çalışanların örgütle olan özdeşleşmesini arttırmaktadır. Literatür Araştırmalarında yöneticilere güven ile örgütsel özdeşleşme arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Agarwal 2013, Ertürk 2010, Çeri-Booms 2012).

Örgütsel özdeşleşme ölçeğinden alınan en düşük puan “Başka biri Çalıştığım işletmeyi eleştirirse, bunu kişisel hakaret olarak düşünürüm.” (3,62) maddesi olurken, en yüksek puan “Çalıştığım işletme hakkında konuştuğumda; “onlar “ yerine “biz” kelimesini tercih ederim. Bu iki ifadenin ortalamasının üzerinde olması Çalışanların örgütle özdeşleşme düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Örgütsel özdeşleşmenin yüksek olması örgütsel güveninde yüksek olduğunu göstermektedir. Bu Araştırmada örgütsel özdeşleşme ile örgütsel güvenin arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bir çok Çalışmada bu iki kavram arasında ilişkinin olması (Kreiner ve Asforth, 2004; Schokley-Zalabak vd, 2000; Rousseau, 1998; Tüzün, 2006) Araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Ayrıca Araştırmada örgütsel güven örgütsel özdeşleşmenin bir yordayıcısı olarak bulunmuştur. Örgütsel güvendedeki bir birim artış örgütsel özdeşleşmeyi 0,525 arttırmaktadır.

Tüm bu sonuçlar neticesinde, Sağlık kurumları Çalışanlarından daha etkili ve verimli Çalışmalarını beklemesindeki önemli iki etkenin, örgütsel güven ve örgütsel özdeşleşme olduğunu unutmamalıdır. Bu noktada tepe yöneticileri başta olmak üzere tüm kurum yetkilileri Çalışanlarına değer vermeli ve onları işin sahibi haline getirmelidir. Bu Araştırmanın daha geniş bir örnekleme ve tüm Sağlık Çalışanlarını içerisine alacak şekilde yapılması önerilmektedir.

#### 5. KAYNAKÇA

Agarwal Vinita 2013. Investigating The Convergent Validity Of Organizational Trust”, Journal Of Communication Management, 17(1), pp. 24-39.

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. 2012 Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.

Biçkes D.E, Yılmaz C, 2017. Çalışanların Örgütsel Güven Algılamalarının Özdeşleşme Düzeyleri Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir Çalışma KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi Cilt:14 Sayı:1 301-322.

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F, 2013. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara, Pegem Akademi

- Campbell J.W, Im, Tobin 2015. Identification And Trust İn Public Organizations: A Communicative Approach, *Public Management Review*, 17(8), pp. 1065-1084.
- Cook J, Wall T, 1980. New Works Attitude Measures of Trust, Organizational Commitment and Personal Need Non-Fulfilment. *Journal of Occupational Psychology*, (53), 39-52.
- Çeri-Booms M, 2012. "How Can Authentic Leaders Create Organizational İdentification? An Empirical Study On Turkish Employees", *International Journal of Leadership Studies*, 7(2), pp. 172- 190.
- Demirtaş Ö, Biçkes M, Yılmaz C, 2018 Örgütsel Kimlik ve Güven Algılamalarının Örgütsel Özdeşleşme Üzerindeki Etkisi *International Journal Of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies* 4(8) 274-285.
- Edwards Martin R, 2005. "Organizational İdentification: A Conceptual And Operational Review", *International Journal Of Management Reviews*, 7(4), pp. 207-230.
- Ertürk, Alper 2010. Exploring Predictors Of Organizational İdentification: Moderating Role Of Trust On The Associations Between Empowerment, Organizational Support, And İdentification, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(4), pp. 409-441.
- Fulmer C. Ashley G, Michele J. 2012. At What Level (And İn Whom) We Trust: Trust Across Multiple Organizational Levels, *Journal of Management*. 38(4), pp. 1167-1230.
- Huff L, Kelley, L. 2003. Levels of Organizational Trust in Individualist Versus Collectivist Societies: A Seven-National Study. *Organization Science*, 14(1), 81-90.
- İşcan Ö.F, 2006. Dönüştürücü/Etkileşimci Liderlik Algısı ve Örgütsel Özdeşleşme İlişkisinde Bireysel Farklılıkların Rolü. *Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, (11), 160-177
- Khattak M, Nisar S, Tazeem A, Said B, 2014. "Significant predictor and outcome of interpersonal trust: Empirical evidence from Pakistan", *Business and Management*, 6(2), pp. 153-168.
- Kreiner, G.E, Ashforth B.E, 2004. Evidence Toward An Expanded Model Of Organizational Identification". *Journal Of Organizational Behavior*, 25, 1-29.
- Mael F.A. Ashforth,B.E. 1992. Alumni and Their Alma Mater: A Partial Test of The Reformulated Model of Organizational Identification. *Journal of Organizational Behavior*, (13), 103-123.
- Shockley-Zalabak, P, Ellis K, Winograd G, 2000. Organizational trust: What it means, why it matters. *Organization Development Journal*, 18(4), 35.
- Tokgöz E, Seymen, OA. 2013. Örgütsel Güven, Örgütsel Özdeşleşme Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Devlet Hastanesinde Araştırma, *Öneri Dergisi*, 10(39), ss. 61-76.
- Turunç Ö ve Çelik M, 2010. Algılanan Örgütsel Desteğin Çalışanların İş-Aile, Aile-İş Çatışması, Örgütsel Özdeşleşme ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Savunma Sektöründe Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14, 1, 209-232.
- Tüzün İ.K ve Çağlar İ, 2009. Investigating the Antecedents of Organizational Identification, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 10(2), pp. 284-293.
- Uray, M. 2014. Müşteri Odaklılık Ve Örgütsel Güven İlişkisinde Örgütsel Özdeşleşme Ve Örgütsel Bağlılığın Aracılık Rolü Ve Bir Araştırma, *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.
- Wiesenfeld Batia M, Raghuram S, Garud R, 1999. Communication Patterns As Determinants Of Organizational Identification In A Virtual Organization. *Organization Science*, 10, 6, 777.
- Yılmaz C 2014. Örgütsel Güven İle Tükenmişlik Arasındaki İlişkide Algılanan Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Etkisi: Uygulamalı Bir Çalışma", *Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Nevşehir*.

## HEMŞİRELERDE İŞ STRESİ İLE İŞ DOYUMUNUN İLİŞKİSİ

### THE RELATIONSHIP BETWEEN JOB STRESS AND JOB SATISFACTION IN NURSES

Yunus Emre ÖZTÜRK<sup>1</sup>  
Ramazan KIRAC<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Hospitals are places where stress is experienced intensively. In these environments, people are interbedded and face to face with people due to the job. This situation inevitably affects the lives of employees negatively. The stress that nurses are exposed to is there an effect on job satisfaction?

**The Purpose of the Study:** The relationship between the job stress and the job satisfaction of the nurses in the work environment was examined.

**Method:** The research was conducted on nurses working in a state hospital in Konya. The universe of the study consists of 700 nurses and 258 people were included in the sample. The survey consists of three parts. The first part, includes the demographic information of the participants. In the second chapter, there is a work stress scale developed by Suzanne Haynes and adapted by Turkish version Aktaş (2001). The third part of the Turkish validity, reliability study was done by Baycan in 1985, minosete job satisfaction scale was used. The work stress scale consists of 10 items and the job satisfaction scale consists of 20 items and is prepared in 5-point likert style. The reliability of the scales respectively is 0.724 and 901.

**Findings and Results:** A negative correlation was found between job stress and job satisfaction. As job stress increases, job satisfaction decreases.

**Key Words:** Job Stress, Job Satisfaction, Nurses

#### 1. GİRİŞ

Organizasyonların hayatta kalabilmelerini ve rekabet avantajı elde edebilmelerini sağlayan temel faktörlerinden biri de insan kaynağıdır. Örgütlerin başarı veya başarısızlıkları şüphesiz ki Çalışanların stressiz olmalarıyla doğrudan ilgilidir (Akgündüz 2006). İş ortamının rekabetçi doğası nedeniyle, dünyanın her yerinde birçok kişi işlerini ve yaşamlarını etkileyen stres faktörleriyle karşı karşıyadır. Stres, fiziksel, ruhsal ya da duygusal uyum ya da tepki gerektiren bir değişikliğe vücudun tepkisidir (Rehman and ark 2012). Behr ve Newman (1978), stresi, kişinin psikolojik ve / veya fizyolojik koşullarında meydana gelen değişiklik nedeniyle bir kişiyi normal işleyişinden sapmaya zorlayacak bir durum olarak tanımlamışlardır. İş stresi ise, iş gereksinimlerinin işçinin yetenekleri ve ihtiyaçlarıyla örtüşmediğinde ortaya çıkan zararlı fiziksel ve duygusal tepkiler olarak tanımlanabilir (Alves 2005, Bianchi 2004, Lindholm 2006, Nakasis and Ouzouni 2008). İş stresi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki Çalışanlar için en önemli işyeri Sağlık risklerinden biridir (Mansoor and ark 2012). İş hayatında aşırı stres, Çalışanlar için o kadar caydırıcıdır ki, Çalışanlar ya psikolojik olarak çekilerek (ilgisizlik ya da işe bağlılıkta azalma vb.), fiziksel olarak (geç gelme, devamsızlık, tembellik vb.) veya işi tamamen bırakarak bu durumu önlemeye Çalışırlar (Beehr ve Newman, 1978). Yapılan Çalışmalar, yüksek iş stresinin düşük iş doyumuna neden olduğunu göstermektedir (Rehman ve ark 2012). İş doyumunu ya da doyumсуuzluğu, Çalışanların işlerine, iş ortamlarına ya da iş arkadaşlarına yönelik duygu düşünce ve davranışlarının bir ürünü olarak içsel değerlendirmeleri; işlerine yönelik genel bir tutumu ifade etmektedir (Göçeri 2014). İş doyumunu, Çalışanın işini ve iş çevresini değerlendirmesi sonucunda geliştirdiği duygusal bir tepkidir (Yalnız ve Saydam 2015). Birçok Çalışma, iş stresinin Çalışanların, iş doyumlarını ve genel performanslarını etkilediğini ortaya koymuştur.

Bu Araştırmada hemşirelerin maruz kaldığı iş stresinin iş doyumunu ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilerek tartışılmıştır.

#### 2. GEREÇ YÖNTEM

<sup>1</sup> Selcuk University / Healty Care Management/Turkey/yunuseozturk@gmail.com

<sup>2</sup> Selcuk University / Healty Care Management/Turkey/ramazan46k@gmail.com

Araştırma Konya’da bir devlet hastanesinde Çalışan hemşireler üzerinde uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 700 hemşireden oluşmakta olup, örneklem kapsamına 258 kişi dâhil edilmiştir. Araştırmanın anketi üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, katılımcıların demografik bilgileri yer almaktadır. İkinci bölümde, Suzanne Haynes tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Aktaş (2001) tarafından yapılan iş stresi ölçeği yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise Türkçe geçerlilik, güvenilirlik çalışması 1985 yılında Baycan tarafından yapılmış olan minosete iş doyumu ölçeği kullanılmıştır. İş stresi ölçeği 10 maddeden, İş doyumu ölçeği 20 maddeden oluşmakta olup, 5’li likert tarzı ile hazırlanmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği sırasıyla 0,724 ve 901’dir.

### 3. BULGULAR

**Tablo 1. Araştırmanın Demografik Verileri**

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	207	80,2	Evli	211	81,8
Erkek	51	19,8	Bekar	47	18,2
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Çocuk Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lise	15	5,8	Evet	207	80,2
Ön Lisans	67	26,0	Hayır	51	19,8
Lisans	176	68,2	<b>Meslek Seçimi Bilerek Mi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aylık Gelir Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	Evet	159	61,6
Kötü	16	6,2	Hayır	99	38,4
Orta	184	71,3	<b>Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İyi	58	22,5	1-5	34	13,2
<b>Çalışma Düzeniniz</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	6-10	27	10,5
Sürekli Gece	13	5,0	11-15	25	9,7
Sürekli Gündüz	78	30,2	16-20	22	8,5
Bazen Gece Bazen Gündüz	167	64,7	21 Hasta Ve Üzeri	150	58,1
Total	258	100,0	Total	258	100,0

Tablo 1’de görüldüğü üzere Araştırmaya katılanların %80,2’si kadın %19,8’i erkektir olup %81,8’i evlidir. %80,2’si çocuğunun olduğunu belirtmişlerdir. Büyük çoğunluğu (%68,2) lisans mezunlarından oluşmaktadır. Katılımcıların %6,2’si gelirinin kötü olduğunu, %71,3’ü gelirinin orta düzeyde olduğunu ve %22,5’i ise gelirinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Mesleğini bilerek ve isteyerek seçenlerin oranı %61,6 olduğu gözlemlenmiştir. Hemşirelerin Çalışma düzenine bakıldığında ise, %5’i sürekli gece çalıştığını, %30,2’si sürekli gündüz çalıştıklarını, %64,7’si bazen gece bazen gündüz çalıştıklarını belirtmişlerdir. Günlük bakım verilen hasta sayısı incelendiğinde, %58,1’i 21 ve üzeri hastaya baktıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 2. Araştırmanın Demografik Verileri İle Bağımsız Gruplarda t Testi Analiz Bulguları**

Ölçekler	Cinsiyet	n	ort	ss	t	p
İş Doyumu	Kadın	207	3,28	0,89	1,71	0,88
	Erkek	51	3,04	0,91		
İş stresi	Kadın	207	3,25	0,89	2,94	<b>0,004*</b>
	Erkek	51	2,83	0,99		
	<b>Medeni_Durum</b>	<b>n</b>	<b>ort</b>	<b>ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
İş Doyumu	Evli	211	3,26	0,87	1,14	0,254
	Bekâr	47	3,10	0,99		
İş stresi	Evli	211	3,22	0,90	1,66	0,98
	Bekâr	47	2,97	1,04		
	<b>Çocuğunuz Var Mı?</b>	<b>n</b>	<b>ort</b>	<b>ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
İş Doyumu	Evet	207	3,29	0,85	2,24	<b>0,025*</b>
	Hayır	51	2,98	1,02		
İş stresi	Evet	207	3,19	0,91	0,79	0,429
	Hayır	51	3,08	0,99		
	<b>Mesleği Bilerek Mi Seçtiniz</b>	<b>n</b>	<b>ort</b>	<b>ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
İş Doyumu	Evet	159	3,32	0,88	2,065	<b>0,04*</b>
	Hayır	99	3,09	0,90		
İş stresi	Evet	159	3,15	0,97	-0,49	0,619
	Hayır	99	3,21	0,86		

$n = 258$   $p < 0,05$

Tablo 2’de görüldüğü üzere Araştırmaya katılanların cinsiyet, medeni durum, çocuğunun olup olmaması ve mesleği bilerek seçip seçmeme değişkenleri ile iş doyumu ve iş stresi arasında Bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Cinsiyet ile iş doyumu ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememişken ( $p > 0,05$ ), iş stresi arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Kadınların iş stresi ortalaması erkeklerden daha yüksek olduğu sonucu çıkmıştır. Medeni durum ile iş doyumu ve iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > 0,05$ ). Çocuk olup olmama durumu ile iş doyumu arasında anlamlı bir fark tespit edilirken ( $p < 0,05$ ), iş stresi arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > 0,05$ ). Çocuğu olanların iş doyumu ortalaması, olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Mesleği bilerek seçip seçmeme durumu ile iş doyumu arasında anlamlı bir fark varken ( $p < 0,05$ ), iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur. Mesleği bilerek seçenlerin iş doyumu ortalaması daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 3. Araştırmanın Demografik Verileri İle Bağımsız Gruplarda Varyans Testi Analiz Bulguları.**

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>ort</b>	<b>ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Post Hoc (Sceheffe)</b>
<b>İş Doymu</b>	1- Lise	15	3,10	0,91	1,103	0,333	
	2- Ön Lisans	67	3,37	0,78			
	3-Lisans	176	3,19	0,93			
<b>İş Stresi</b>	1- Lise	15	3,37	1,17	5,126	0,007	2 < 3
	2- Ön Lisans	67	2,87	0,89			
	3-Lisans	176	3,27	0,90			
	<b>Gelir Durumu</b>	<b>n</b>	<b>ort</b>	<b>ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Post Hoc (Sceheffe)</b>
<b>İş Doymu</b>	1-Kötü	16	2,59	1,17	4,594	0,11	1 < 2 ve 3
	2-Orta	184	3,26	0,86			
	3-İyi	58	3,33	0,87			
	Total	258	3,23	0,89			
<b>İş Stresi</b>	Kötü	16	3,25	1,22	0,062	0,94	
	Orta	184	3,17	0,89			
	İyi	58	3,16	0,98			
	<b>Çalışma Düzeni</b>	<b>n</b>	<b>ort</b>	<b>ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Post Hoc (Sceheffe)</b>
<b>İş Doymu</b>	1- Sürekli Gece	13	2,85	1,03	7,839	0,00	1 < 2 3 < 2
	2- Sürekli Gündüz	78	3,54	0,79			
	3- Bazen Gece Bazen Gündüz	167	3,11	0,90			
<b>İş Stresi</b>	1- Sürekli Gece	13	3,27	0,83	1,043	0,354	
	2- Sürekli Gündüz	78	3,04	0,93			
	3- Bazen Gece Bazen Gündüz	167	3,22	0,93			

$n = 258$   $p < 0,05$

Tablo 3’de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumu ile iş doymu ortalaması arasında anlamlı bir fark yok ( $p > 0,05$ ) fakat iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0,05$ ). Ön lisans mezunlarının iş stresi ortalaması lisans mezunlarına göre daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu ile iş doymu ortalaması arasında anlamlı bir fark varken ( $p < 0,05$ ), iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0,05$ ). Gelir durumunu kötü olarak belirtenlerin iş doymu ortalaması, gelir durumunu orta ve iyi olarak belirtenlerden daha düşüktür. Çalışma düzeni ile iş doymu ortalaması arasında anlamlı bir fark varken iş stresi arasında anlamlı bir fark yoktur. Sürekli gece çalışanların ve bazen gece bazen gündüz çalışanların iş doymu ortalaması gündüz çalışanların iş doymu ortalamasından daha düşüktür.

**Tablo 4. Araştırmaya Katılanların İş Doymu İle İş Stresi Arasındaki Korelasyon Analizi**

		<b>İş Doymu</b>	<b>İş Stresi</b>
<b>İş Doymu</b>	r	1	-,334**
	p		,000
	n	258	258
<b>İş Stresi</b>	r	-,334**	1
	p	,000	
	n	258	258

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Tablo 4’de görüldüğü üzere Araştırmaya dâhil olanların iş doyumunu ortalaması ile iş stresi ortalaması arasında korelasyon analizi yapılmıştır. İş doyumunu ile iş stresi arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışanların iş doyumunu arttıkça iş stresi de artmaktadır.

#### 4. SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık Çalışanlarının hastaları memnun etmesi, daha kaliteli hizmet vermesi, hizmet süreçlerine daha aktif katılabilmesi iş tatmini önemli bir faktördür. İş tatmininin yanında Çalışanların aynı zamanda iş stresi düzeyinin düşük olması, onların işlerine daha konsantre olarak hizmet vermesine katkı sağlamaktadır. Bu Araştırmanın temel amacı hemşirelerin iş doyumunu ile iş stresi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Aynı zamanda Araştırmanın hemşirelerin demografik değişkenleri ile iş doyumunu ve iş stresi ortalamaları arasındaki farklılığı Araştırmaktır. Araştırmanın tartışma sonuç ve tartışma kısmında ilk olarak demografik değişkenlerine yer verilmiştir. Daha sonra demografik değişkenler ile iş doyumunu ve iş stresi ortalamaları arasındaki bulgular tartışılmıştır. Son olarak ise iş doyumunu ile iş stresi arasındaki ilişkiyi inceleyen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılanların %80,2’si kadın %19,8’i erkektir olup %81,8’i evlidir. %80,2’si çocuğunun olduğunu belirtmişlerdir. Büyük çoğunluğu (%68,2) lisans mezunlarından oluşmaktadır. Katılımcıların %6,2’si gelirinin kötü olduğunu, %71,3’ü gelirinin orta düzeyde olduğunu ve %22,5’i ise gelirinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Mesleğini bilerek ve isteyerek seçenlerin oranı %61,6 olduğu gözlemlenmiştir. Hemşirelerin Çalışma düzenine bakıldığında ise, %5’i sürekli gece çalıştığını, %30,2’si sürekli gündüz çalıştıklarını, %64,7’si bazen gece bazen gündüz çalıştıklarını belirtmişlerdir. Günlük bakım verilen hasta sayısı incelendiğinde, %58,1’i 21 ve üzeri hastaya baktıklarını belirtmişlerdir.

Cinsiyet ile iş doyumunu ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememişken ( $p>0,05$ ), iş stresi arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kadınların iş stresi ortalaması erkeklerden daha yüksek olduğu sonucu çıkmıştır. Öztürk ve Şahbudak (2015), Koçoğlu (2015) tarafından yapılan Araştırmada cinsiyet ile iş doyumunun farklılaşmadığı sonucuna varmıştır. Bu Araştırmanın aksine cinsiyet ile iş doyumunu arasında anlamlı farklılığın olduğu Araştırmalarda mevcuttur (Winefield ve Jarett’in 2001, Yumuşak 2007). Cinsiyet ile iş stresinin anlamlı farklılık gösterdiğini belirten Araştırmalar bu Araştırmayı destekler niteliktedir(Winefield ve Jarett’in 2001, Yumuşak 2007).

Medeni durum ile iş doyumunu ve iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Öztürk ve Şahbudak (2015) tarafından yapılan Araştırmada medeni durum ile iş doyumunu arasında anlamlı sonuç tespit edilmemiştir. Bu Araştırmanın sonucundan farklı olarak Yalnız ve Karaca Saydam (2015) tarafından yapılan Araştırmada evli olanların iş doyumunu bekâr olanlara göre daha fazla çıkmıştır. İş doyumunu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını gösteren bulgulara rastlanmakla beraber, evli olanların iş doyum puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu gösteren Çalışmalar da vardır. (Ataklı ve ark, 2004, Çelen ve ark, 2004, Golbasi ve ark, 2008, Şanlı 2006). Özbayır ve ark (1999) tarafından yapılan Araştırmada medeni durum ile iş stresi arasında anlamlı farklılık tespit edilememesi Araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Çocuk olup olmama durumu ile iş doyumunu arasında anlamlı bir fark tespit edilirken ( $p<0,05$ ), iş stresi arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Çocuğu olanların iş doyumunu ortalaması, olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Çimen ve Şahin (2000), Birgili ve ark (2010), Yalnız ve Karaca Saydam (2015) tarafından yapılan Araştırmada çocuğu olanların iş doyumunu daha fazla çıkmıştır. Çocuk olma durumunun iş stresi arasında ilişkinin olmadığını gösteren (Üstün 1995, Gözüm 1996, Şahin 1997, Gezer 1998) Araştırmalar bulgumuzu destekler niteliktedir.

Mesleği bilerek seçip seçmeme durumu ile iş doyumunu arasında anlamlı bir fark varken ( $p<0,05$ ), iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur. Mesleği bilerek seçenlerin iş doyumunu ortalaması daha yüksek çıkmıştır.

Eğitim durumu ile iş doyumunu ortalaması arasında anlamlı bir fark yok ( $p>0,05$ ) fakat iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Ön lisans mezunlarının iş stresi ortalaması lisans mezunlarına göre daha düşük çıkmıştır. Literatürde eğitim durumu ile iş doyumunu arasında ilişkinin olmadığını gösteren (Golbasi ve ark 2008, Yıldız ve Kanan, 2005) Çalışmalar Araştırmayı destekler niteliktedir. Literatürde eğitim durumu ile stres arasında anlamlı ilişkinin olduğu sonucuna (Örücü ark 2011) ulaşılması Araştırmayı destekler niteliktedir. Araştırmanın sonucunun aksine eğitim düzeyinin stresle ilişkisinin

olmadığını gösteren Çalışmalarda mevcuttur (Üstün 1995, Gözüm 1996, Şahin 1997, Gezer 1998, Özbayır ve ark 1999).

Gelir durumu ile iş doyumunu ortalaması arasında anlamlı bir fark varken ( $p < 0,05$ ), iş stresi ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0,05$ ). Gelir durumunu kötü olarak belirtenlerin iş doyumunu ortalaması, gelir durumunu orta ve iyi olarak belirtenlerden daha düşüktür. Bu sonuç gelir durumunu iyi olarak algılayanların yaptığı işe daha fazla sarılmasına neden olmasına bağlanabilir.

Çalışma düzeni ile iş doyumunu ortalaması arasında anlamlı bir fark varken iş stresi arasında anlamlı bir fark yoktur. Sürekli gece Çalışanların ve bazen gece bazen gündüz Çalışanların iş doyumunu ortalaması gündüz Çalışanların iş doyumunu ortalamasından daha düşüktür. Gündüz Çalışanların iş doyumunun daha fazla olması düzenli bir hayata bağlanabilir. Gece çalışmak bireylerin hem aile hem de iş düzenini olumsuz etkilemektedir. Bu durum onların işe olan bağlılığını ve iş tatmini olumsuz olarak etkilediği düşünülmektedir.

İş doyumunu ile iş stresi arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışanların iş doyumunu arttıkça iş stresi de artmaktadır. Sağlık kurumlar emek yoğun işletmelerdir. Yedi gün 24 saat hizmet veren bu kurumlarda Çalışanlar, ister istemez iş stresine maruz kalmaktadır. Bu durum ise hemşirelerin iş doyumunu etkilemektedir. İş doyumunun fazla olması ise hemşirelerin aynı zamanda iş stresini azalttığı düşünülmektedir. Literatürde bu iki değişken arasında negatif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (Sever 1997, Gezer 1998, Özbayır ve ark 1999, Ekinci'nin 2006, Yılmaz ve Murat 2008, Yalnız ve Karaca Saydam 2015).

## 5. KAYNAKÇA

Akgündüz S, 2006. Örgütsel Stres Kaynaklarının Çalışanların İş Tatmini Üzerindeki Etkisi ve Banka Çalışanları İçin Yapılan Bir Arastırma, Yüksek Lisans Tezi, İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.s1

Alves S.L, 2005. A Study Of Occupational Stress, Scope Of Practice, And Collaboration İn Nurse Anesthetists Practicing İn Anesthesia Care Team Settings. AANA Journal, 73(6), 443-452.

Ataklı A, Dikmentaş E, Altınışık S. (2004). Üniversite hastanelerinde Çalışan yönetici ve klinik sekreterlerinin iş doyumunu. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 6, 2.

Beehr, T.A. and Newman, J.E.: Job stress Employee Health and Organizational Effectiveness : A facet Analysis, model and literature review, Personnel Psychology, 31.

Beehr, T.A. and Newman, J.E.1978. Job stress Employee Health and Organizational Effectiveness : A facet Analysis, model and literature review, Personnel Psychology, 31,

Bianchi, E. R. F. 2004. Stress and coping among cardiovascular nurses: a survey in Brazil. Issues in Mental Health Nursing, 25(7), 737-745.

Birgili F, Salıç F, Özdemir S. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg. 2010; 13(2):27-35

Çelen Ü, Piyal, B., Karaodul, G., Demir, M. (2004). Ankara onkoloji hastanesinde Çalışanlarda iş doyumunu. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7 (2), 295-318.

Çimen M, Şahin İ. Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.2000; 5(4):53-67.

Ekinci Y, 2006. İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Sosyal Beceri Düzeylerine Göre Öğretmenlerin İş Doyumu ve İş Stresinin Karşılaştırılması, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (2006).

Gezer N, 1998. Muğla İl Merkezindeki Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu ve Stres. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Golbasi Z, Kelleci M, Dogan, S. (2008). Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross- sectional questionnaire survey. International Journal Of Nursing Studies, 45, 1800- 1806.

Göçeri F,(2014) ), “Sorumlu Hemşirelerin İş Stresinin İş Doyumu Üzerine Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.s.3

- Gözüm S, 1996 Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görevli Hemşire ve Ebelerde İş Doyumu, Tükenmişlik ve İşe Devamsızlığı Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Koçoğlu M.C, 2015. Akademik Personelin İş Tatmin Düzeylerinin Ölçülmesi, Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, (13): 16-35.
- Lindholm, M. 2006. Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managersâ€™™ positions. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 300-309.
- Mansoor, M., Fida, S., Nasir, S., & Ahmad, Z. 2011. The impact of job stress on employee job satisfaction a study on telecommunication sector of Pakistan. *Journal of Business Studies Quarterly*, 2(3), 50.
- Nakasis, K., and Ouzouni, C. 2008. Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: A research review. *Health science Journal*, 2(4), 183-195.
- Örücü E, Kılıç R, Ergül A, 2011. Çalışma Yaşamında Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri: Eğitim ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma  *Akademik Bakış Dergisi Sayı: 26 Eylül 1-21.*
- Özbayır T, Demir F, Candan Y 1999. Ameliyathane Hemşirelerinde İş Doyumu Ve Stres Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 15 (1): 83-92. 1999.
- Öztürk, M, Şahbudak E, 2015. “Akademisyenlikte İş Doyumu”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(40): 494-501.
- Rehman M., Irum, R., Tahir, N., Ijaz, Z., Noor, U., & Salma, U. 2012. The impact of job stress on employee job satisfaction: A study on private colleges of Pakistan. *Journal of Business Studies Quarterly*, 3(3), 50-51
- Rehman, M., Irum, R., Tahir, N., Ijaz, Z., Noor, U., & Salma, U. 2012. The impact of job stress on employee job satisfaction: A study on private colleges of Pakistan. *Journal of Business Studies Quarterly*, 3(3), 50.
- Sever D.A, 1997. Hemşirelerin iş Stresi İle Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şahin N. Durak-Batıgün A (1997). Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres, *Türk Psikoloji Dergisi*, 12:39, 57-70.
- Şanlı S, 2006. Adana ilinde Çalışan polislerin iş doyum ve tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler Açısından değerlendirilmesi. Eğitim Bilimleri Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana, Türkiye.
- Üstün B, 1995 Hemşirelerde Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, . Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Winefield A.H, Jarrett R, 2001. Occupational Stress in University Staff. *International Journal of Stress Management*, 8(4), 285–298.
- Yalnız H, Karaca Saydam B, 2015. Ebelerde İş Stresinin İş Doyumuna Etkisi *Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:4 Sayı:1 16-23.*
- Yalnız H, Saydam B,2015. “Ebelerde İş Stresinin İş Doyumuna Etkisi”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:4 Sayı:1.- 17
- Yıldız, N., Kanan, N. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde Çalışan hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9, 1-2, 8-13.
- Yılmaz Z, Murat M. 2008 İlköğretim Okulu Yöneticilerinin İş Doyumları İle Örgütsel Stres Kaynakları Arasındaki İlişki, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Derg.*, 2008;18(2):203-222
- Yumuşak S, 2007. “İş Görende İş Stresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Araştırma”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(1): 100- 112.
- Aktaş AM. Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi Ve Kişilik Özellikleri, *Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi*, 2001, 56(4): 26-42.

Baycan F.A, 1985. Farklı Gruplarda Çalışan Kişilerde İş Doyumunun Bazı Yönlerinin Analizi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul, Boęaziçi Üniversitesi.

## DETERMINATION OF THE ATTITUDE OF THE SOCIETY FOR BLOOD DONATION

Emel FİLİZ<sup>1</sup>  
Fatmanur GÜVENÇ<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Blood is known as a unique treatment tool that is obtained from human and has no other alternative to obtain it. In our country, the need for blood is provided by the close relatives of the patients and the provision of blood from the voluntary citizens is very low. It is important to raise awareness in the community to provide the necessary blood

**The Purpose of the Study:** It is aimed in this study to determine knowledge level and attitudes of adult population toward blood donation.

**Method:** A community based descriptive study was conducted among 341 adults. A questionnaire was administered to gather sociodemographic data of the participants and their knowledge levels and attitudes toward blood donation.

**Findings and Results :** The mean age of the participants was  $34.7 \pm 13.4$ ; 57.5% were male and 57.2% were married. 54.3% of the participants reported that they did not donate blood before. Although the level of knowledge about blood donation was similar in males and females, the blood donation rate was significantly higher in males (85.3%) than in females (14,7 %). Approximately half of the participants answered incorrectly in which “age range” and “how often blood could be given” questions. According to religious beliefs, the rate of those who did not agree to give blood was 1.5%. Those who thought that giving blood had side effects accounted for about 1/4 of all participants. Although the society has a positive attitude towards blood donation, it does not make enough donations.

**Key Words:** Blood Donation, Adult, Attitude

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Kan Kavramı

Kan eski uygarlıklardan beri yaşam ile bir tutuluş, insanı hayatta tutan, ona güç veren unsur olarak görülmüştür. Eski Mısırlılar güçlerini yenilemek için kan banyosu yaparken, Romalılar ölen gladyatörlerin kanını içmek için birbirleriyle yarışır ve böylece ölenin kudret ve cesaret niteliklerinin kendilerine geçeceğine inanırlardı (Ülman, 2000: 72-157).

Kan, plazma denilen bir sıvı içinde süspansiyon oluşturan hücrelerden ibarettir. Plazma karmaşık bir sıvı olup, içinde su, organik moleküller (şekerler, proteinler, yağlar) ve elektrolitler bulunur. Hücrelere gelince bunlar alyuvarlar (eritrosit), akyuvarlar (lökosit) ve trombositlerden ibarettir. Bunlardan sadece eritrositler kan hacmini etkiler (Berkarda, Müftüoğlu, Ulutin, 1981: 5).

Kanı taşıyıcı bir organ olarak tanımlayabiliriz. Kandaki eritrositler; oksijen, karbondioksiti, kanın sıvı kısmı; gıda maddeleri, hormonlar, koagülasyon faktörleri ve antikorları taşır. Kandaki lökositler (beyaz küre) vücut savunmasında, trombositler hemostazda görevlidir. Kan ürünleri, vericiden alınan kandan hazırlanan kan bileşenleridir. Günümüzde tam kan nadiren kullanılmakta, kan bankalarında da bulunmamaktadır. Alınan kanlar hemen işlenerek en çok kullanılan eritrosit süspansiyonu, taze donmuş plazma ve diğer kan ürünlerine dönüştürülerek saklanmaktadır (<http://www.turkcerrahi.com>).

Normal bir insan vücudunda 5000-6000 mL(5-6 lt) kan bulunmaktadır. Ortalama vücut ağırlığının %8'ini oluşturur (<https://www.kanver.org/sayfa/e-kutuphane/kan-hakkinda-bilinmesi-gerekenler/44>).

### 1.2. Kanın Görevleri

Kan birçok önemli fonksiyona sahiptir.

<sup>1</sup> Selçuk University Faculty of Health Sciences Department of Health Management, Konya/Turkey, efiliz2@hotmail.com

<sup>2</sup> Süleyman Demirel University, Institute of Social Sciencey, Department of Healthcare Management, Turkey  
fatmanurguven70@gmail.com

- Akciğerlerin dokularında nefes alırken içeri çekilmiş olan oksijen kan tarafından alınır ve toplardamarlar yolu ile vücudumuzun her köşesindeki dokulara verilir. Kan bu dokulardan karbondioksit alır ve toplar damarlar yolu ile akciğerlere geri verilir.
- Glukoz, amino asitler, yağlar, vitaminler ve mineraller gibi besin maddelerinin sindirim kanalından alınarak dokulara ve karaciğere taşınmasıdır. Bunu plazma ve onun elemanlarının yardımıyla gerçekleştirir
- Üre, ürik asit, kreatin vs. gibi metabolizma artıklarının böbrekler yolu ile atılmasını sağlar.
- Hormonların bir araç görevini yapar.
- Antikorları (vücudu yabancı maddelere karşı korumaya yardım eden proteinler) ve enfeksiyonlarla mücadele eden hücreleri taşıyarak bağışıklık sistemi için bir ortam görevi yapar.
- Kan, adalelerde meydana gelen sıcaklığı dağıtarak hücre ısısının düzenlenmesine yardımcı olur (Azak, 1997: 19).

### 1.3. Kan grupları ve özellikleri

İnsan eritrositlerinin yüzeyinde Tip A ve Tip B adlı iki antijen bulunur. Bu antijenler kan hücrelerinin aglütinasyonuna neden oldukları için “aglütinojen” de denir. İnsan kan grupları, bu aglütinojen denilen kimyasal maddenin bulunup bulunmamasına göre dört ana gruba ayrılır: A, B, AB ve 0. İçinde ya da B aglütinojenlerinin ikisinin de bulunmadığı durumda kan grubu “0” dir. Bu kan grupları, ana ve babadan geçen eritrositlerdeki antijen ve serumda bulunan antikorlara göre sınıflandırılır. Bireyin kan grubu hayatı boyunca aynı kalır (Akdemir ve Birol, 2018: 486-487).

### 1.4. RH Faktörü

Kan ayrıca, içinde ana babadan geçen Rh faktörünün bulunmasına göre Rh (+) ve bulunmamasına göre Rh (-) olarak iki gruba ayrılır. Bu faktör 1940 yılında K. Landstainer ve A. Vayner tarafından Macacus Rhesus olarak maymunlarda ve sonra insanlarda bulunmuştur. Ortalama avrupalıların %85, afrikalıların %93, hintlilerin % 99 bu faktöre sahipler, yani Rh (+)'tir, diğer insanlarda ise yok ve doğal olarak Rh (-)'tir (<https://m.studme.org>, 2019).

Rh pozitif olan birine Rh negatif vücuduna girdiğinde uyumsuzluk meydana gelmez. Rh negatif olan bir kişiye Rh pozitif kan verilirse, eritrositlerde bulunan Rh faktörü, Rh negatif kan tarafından yabancı (antijen) olarak kabul edilir. Daha sonra bu antijenlere karşı antikorlar oluşturularak onları yok etme yoluna gider. Bağışıklık uyumsuzluğunun ciddi bir reaksiyonu gelişir ve genellikle ölümcül sonuç verir. Rh negatif kanda Rh pozitif faktörü için antikor yoktur, ancak vücuda Rh pozitif kan girdiğinde hızla oluşur. (<https://m.studme.org>, 2019).

Kanı Rh pozitif olan bir erkekle Rh negatif olan kadın evlendiğinde doğan bebek büyük bir olasılıkla babanın Rh faktörünü alır. Anne ile bebek kanı karşılaştığında anne kanı, çocuğun kanını yabancı kabul ederek antikor yapımına başlar. Antikor yapımı zaman aldığından ilk çocuk sağlam doğar. İkinci ve üçüncü çocuklarda annenin kanında daha önceden yapılan antikorlar bulunduğu için, bebek daha doğmadan göbek bağı yolu ile anne kanındaki antikorlar bebeğin kanına geçerek orada yıkım işlemi sürdürür. Bu durumda bebek anne kanında ölebilir ve buna “eritroblastozis fetalis” denir. Eğer bebek sağ salim olarak doğarsa hemen kan değiştirme işlemine başlanır. Bebeğe kendi grubundan Rh negatif kan verilir. Verilen kan normal olarak zamanla dalak tarafından yok edilirken kemik iliğinde yapılan kan onun yerini alır ve bebek sağlığına kavuşur (Akdemir ve Birol, 2018: 491).

### 1.5. Kan transfüzyonu tanımı, kavramı

Kan, her biri ayrı bir fonksiyona sahip son derece spesifik yapılardan oluşmuş, canlı bir dokudur. Sağlıklı bir kişinin kan vermesi organlarından bir bölümünü vermesi olarak da tanımlanabilir. O halde kan transfüzyonu aslında bir doku, bir organ transplantasyonudur. Kan transfüzyonu, tam kan veya kan ürünlerinden birinin dolaşıma verilmesi olarak tanımlanır (Patat, 2004: 150-152). Kan ürünleri denince kandan hazırlanan terapötik materyaller yani hem kan komponentleri hem de plazma fraksiyon ürünleri aklı gelir. Kan komponenti tanımına ise eritrosit, lökosit, ve trombosit (platelet) konsantreleri ile taze plazma ve kriopresipitat dahil edilmektedir. Kan transfüzyonu terimi ile donör ve alıcı terimleri birlikte anılmaktadır. Donör terimi kan ve/veya kan komponentini bağışlayan kişi anlamında kullanılmaktadır. Alıcı ise herhangi bir endikasyon nedeniyle kan transfüzyonu yapılması gereken kişi olarak tanımlanır (Benli, 1996).

#### 1.6. Kan transfüzyonu endikasyonları

- Travma, kanama veya cerrahi nedenlerle gelişen sıvı kaybını yerine koymak (Benli,1996).
- Anemilerde kanın oksijen taşıma kapasitesini arttırmak (Patat, 2004: 150-152).
- Trombosit ya da plazmadaki diğer pıhtılaşma faktörlerinin eksikliğine bağlı koagülasyon bozukluklarında pıhtılaşma mekanizmasını düzenlemek.
- Bedenin mikroorganizmalara karşı direncini arttırmak (Anonymous, 1998: 14).

#### 1.7. Kan Transfüzyonu İle Bulaşan Hastalıklar

Kan transfüzyonu ile bulaşan hastalıklar; hepatit (hepatit A, hepatit B ve C türleri), AİDS, herpes virüsü, sifiliz, malarya (sıtma), toksoplazma, Ebstein-Barr virüsüdür (Biol, Akdemir, Bedük, 1997). Kan transfüzyonu ile bulaşan enfeksiyon hastalıkları arasında hepatit ve AIDS sık görülmeleri ve tedavilerinin hemen olmaması nedeniyle diğerlerine göre daha fazla öneme sahiptirler (Marcini, 1999: 496).

Donör kanları hastalık bulaşma riskini azaltmak amacıyla test edilmektedir. Buna rağmen hastalık bulaşımını tümüyle önlemek zordur. Çünkü hastalık testleri %100 hassas değildir ayrıca hastalığın latent döneminde test sonuçları negatif olabilmektedir. Hastalar ile birlikte hemşireler ve diğer sağlık personeli kan transfüzyonu aracılığı ile hastalık bulaşması yönünden risk altındadır. Bu nedenle sağlık personeli enfeksiyon kontrolü konusunda eğitilmelidir (Canatan, Karadoğan, 2001: 52-66).

#### 1.8. Dünya’da kan transfüzyonu

Kan transfüzyonunun tarihçesi oldukça eski yıllara dayanmaktadır. İlk kan transfüzyonu 1492 de papa 7. İnnocent’e yapılmıştır. Bu tarihte papaya 3 gencin kanı verilmiş, sonuç olarak yalnız papa değil gençlerde hayatını kaybetmişlerdir (Kaadan, 2009: 43). 17. yy da başarılı kan nakli deneyleri hayvanlar arasında başlamıştır (Dzik, 2007).

Dünyada insana yapılan ilk kan nakli, 12 haziran 1667 de Prof. Jean Baptiste Denys tarafından 15 yaşından bir hatsaya bir kuzudan alınan 250 gramlık kan nakli ile gerçekleştirilmiştir. Bu deneyin ardından Denys, bir çok hastasına hayvanlardan aldığı kanı nakletmiş fakat bu hastaların tamamına yakın bir bölümü kısa bir süre sonra ölmüş, bu nedenle de deney önce Çin ve Fransa’da sonrada diğer ülkelerde yasaklanmıştır (Çalışkan, 2010).

#### 1.9. Türkiye’de kan transfüzyonu

Türkiye’de kan transfüzyonuna ilişkin ilk Çalışmalar 1921 yılında Prof. Dr. Burhanettin Toker tarafından başlatılmıştır. 1945’te üniversite ve bazı hastanelerde küçük kan üniteleri kurulmuş, 1952’de Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Plazma elde edilmiştir. 1957’de Ankara ve İstanbul’da kan merkezleri açılmış, 1981 yılında Kızılay Kan Merkezin’de plastik torbaya geçirmiştir. 1983 yılında 2857 sayılı “Kan ve kan ürünleri kanunu” çıkartılmıştır (Atamer, 2010).

2006 yılında Türk Kızılayı ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında “Gönüllü Kan Bağışçı Eğitimi ve Kazanım Faaliyetlerinin Yürütülmesi” ile ilgili bir protokol imzalanmış. Bu amaçla “Toplumda Kan Bağışı Bilincinin Oluşturulması Projesi” başlatılmıştır (Töre, Uluhan, Karakoç, Altunay, Kılıç, 2005).

Türk Kızılayı, 2007’de Orta Anadolu Bölgesi Kan Merkezi, yürüttüğü akreditasyon standartlarından dolayı Coint Commission İnternational Accreditation tarafından dünyada akredite edilen ilk kan merkezi oldu (Celkan, 2004).

2008 yılı Aralık ayında kan ve kan ürünleri yönetmeliği yayınlanmıştır (Resmi gazete, 2008).

#### 1.10. Kan transfüzyonuna ihtiyacı olan hastalıklar

Kan Transfüzyonu yaygın bir tedavi yöntemidir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 1.500.000 ünite transfüzyon yapılmaktadır. Her yaşta insan transfüzyona ihtiyaç duyabilir.Cerrahi işlem yapılacak (ameliyat) birçok kişi kan transfüzyonuna ihtiyaç duyar çünkü operasyon sırasında kan kaybına uğrarlar. Ör. Kalp ameliyatı olacak olan hastaların tamamına, operasyon esnasında 1-3 ünite kan transfüzyonu yapılır. Ciddi yaralanmalara maruz kalan insanlar (trafik kazası, ateşli silah yaralanması, savaş, doğal afetler vb.) kaybettikleri kanı yerine konması (hayatının idame ettirebilmesi için) için kan transfüzyonuna ihtiyaç duymaktadırlar.Ayrıca doğuştan ya da sonradan gelişen bazı hastalıklara sahip kişiler de kan ve kan bileşenlerinin transfüzyonuna ihtiyaç duymaktadırlar. Bunlar;

-Ağır enfeksiyon yada karaciğer hastalığı olanlar,

-Aplastik Anemi, Hemolitik Anemi, Demir-Eksikliği Anemisi, Orak hücre anemisi ve Talasemi vb. gibi birçok hematolojik hastalıklarda,

-Kronik böbrek hastalığı veya kanser gibi anemiye sebep olabilecek hastalığı olanlar. (kemoterapi ve radyoterapi ciddi anemiye sebep olur)

-Hemofili ya da Trombositopeni gibi kanama problemi olan hastalar (<http://www.kanhastalıkları.org.tr>)

## 2.YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu Araştırmanın amacı Konya toplumunun kan bağışına yönelik tutumlarının belirlenmesidir.

### 2.2. Araştırmanın Tipi

Bu Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

### 2.3.Araştırmanın Evreni/Örnekleme

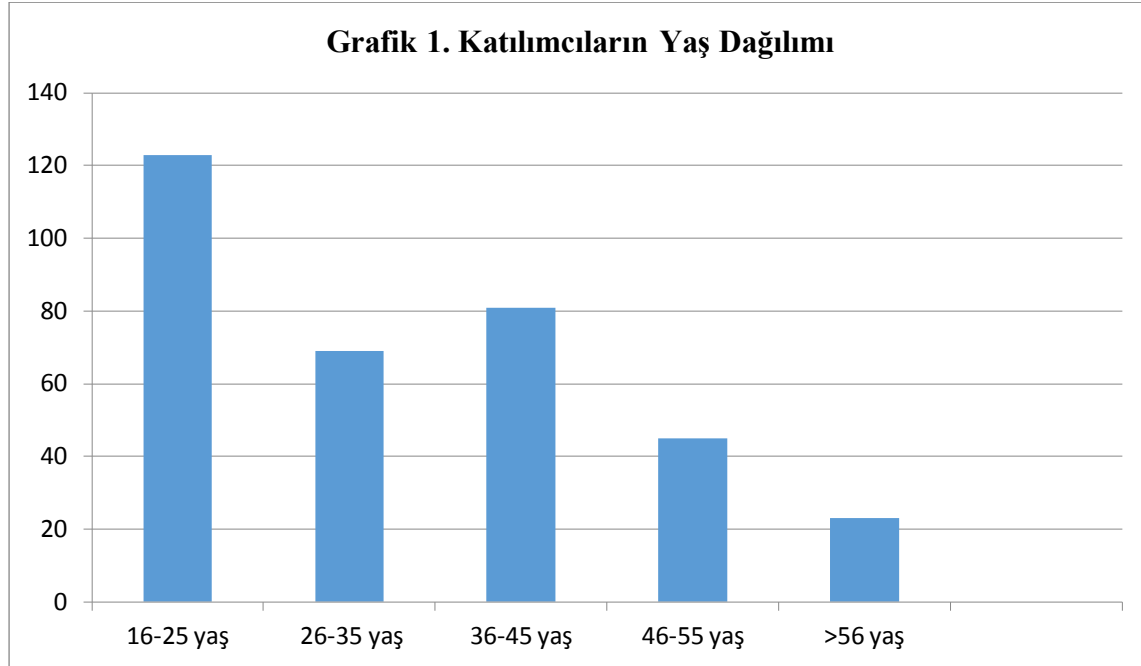
Araştırmanın evrenini 2019 yılında Konya şehrinde yaşayan toplumun her kesiminden farklı 341 kişiyi kapsamaktadır. Araştırma kesitsel olarak planlandığından herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadı ve Araştırmanın yapıldığı süre boyunca toplumun geneli örnekleme alındı.

### 2.4.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket soruları ile toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formunda toplumun yaş, cinsiyet, sağlık durumları, medeni durumu ile ilgili eğitim alma durumları sorgulandığı 7 soru bulunmaktadır.

## 3. BULGULAR

Ankete katılan 341 kişiden 196'ı erkek, 145'i kadındı ve farklı kesimleri ait insanlardı. Katılımcıların %36,1'i 16-25 yaş grubundaydı. Grafik 1'de yaş dağılımı gösterilmiştir.





**Tablo 1.** “Kan bağışlamayı düşündünüz mü?” sorusuna verilen cevapların dağılımı

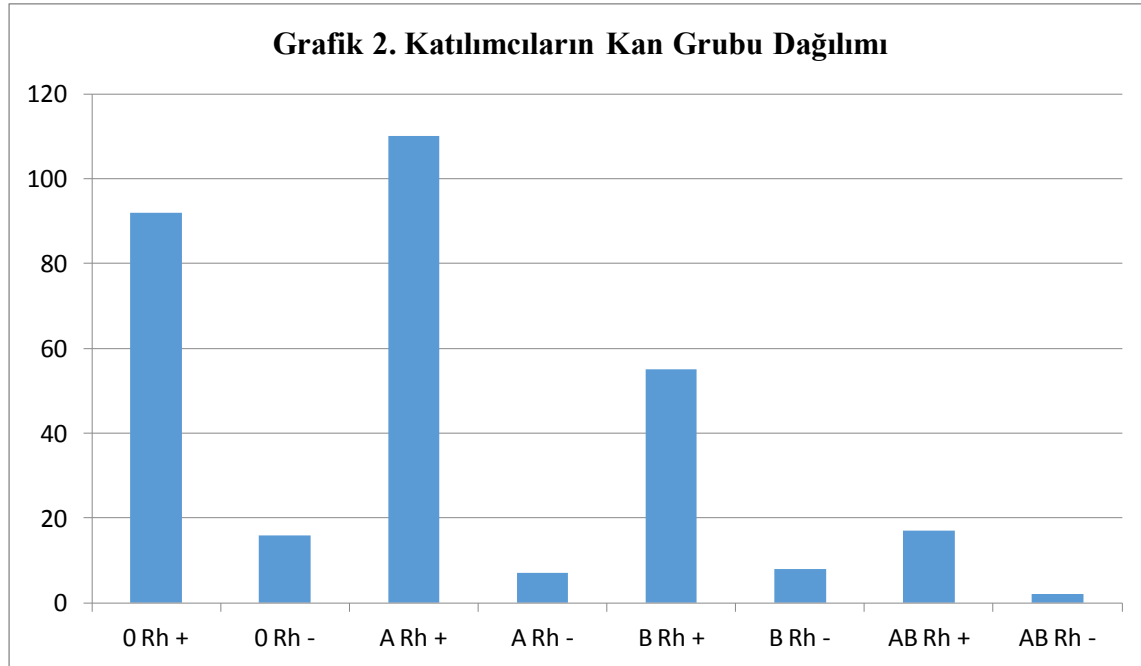
	Soruyu yanıtlayan kişi sayısı	%
Evet,daha önce bağışladım	151	44,3
Evet,ama gerçekleştiremedim	127	37,2
Hayır,düşünmedim	36	10,6
Gerektiği zaman bağışlarım	27	7,9
Toplam	341	100,0

**Tablo 2.** “Kaç defa kan bağışında buldunuz?” sorusuna verilen cevapların dağılımı

	Soruyu yanıtlan kişi sayısı	%
0	178	52,2
1-5	115	33,7
6-10	33	9,6
11-15	9	2,7
>16	6	1,8
Toplam	341	100

“Kan grubunuzu biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların sadece %10 kısmının kan grubunu bilmedikleri tespit edilmiştir, veriler daha önce bağış yapmadıkları ve hastane ile işlerinin olmadığını göstermektedir.

Türkiye’de en çok bulunan kan grupları 2018 yılına göre Kızılay tarafından açıklanmıştır. Vatandaşların %37’si A Rh pozitif kan grubuna sahipler, en az bulunan kan grubu ise AB Rh negatiftir (<https://www.kizilay.org.tr>). Araştırma sonucuna göre %32’3 kısmının en yaygın kan grubuna, yani A Rh pozitif kan grubuna ve sadece %0,6’sı AB Rh negatif kan grubuna sahip oldukları saptanmıştır (Grafik 2). Öğrenim durumu, yaşı ne olursa olsun her insan kendi kan grubunu bilmek zorunda ve aynı zamanda da resmi olarak gösteren bir belge yanında bulundurmalıdır. Çünkü acil bir durum söz konusu olduğunda, kişinin kan grubunu öğrenmek için ek zaman gerekebilir ve bu kişinin ölümüne dahi neden olabilmektedir.



**Tablo 3.** “Kan grubunuzu biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların dağılımı

	Soruyu yanıtlayan kişi sayısı	%
Hayır	34	10,0
Evet	307	90,0
Toplam	341	100,0

“Hangi sıklıkla kan bağışı yapılabilir?” sorusunda ankete katılanların bilgileri sınanmış, ne sıklıkla kan bağışı yapabilecekleri sorgulanmıştır. Katılımcıların %51’i üç-dört ay ara ile bağış yapabileceklerini (Tablo 4), diğerlerinin ise yanlış bilgilere sahip oldukları saptanmıştır. Bu konuda katılımcıların bilgi eksikliği olduğu ortaya çıkmaktadır. Soruya alınan yanıtlar, bağış yapma sayıları arttıkça doğru yanıtlayanların sayısında artış gözlenmiştir.

**Tablo 4.** “Hangi sıklıkla kan bağışı yapılabilir?” sorusuna alınan yanıtların dağılımları

	Soruyu yanıtlayan kişi sayısı	%
15 günde bir	6	1,8
ayda bir	20	5,9
3-4 ayda bir	174	51,0
6 ayda bir	141	41,3
Toplam	341	100,0

Sorulan “Dini inancınıza göre kan bağışı uygun mudur?” sorusuna katılımcıların %98,5’i evet uygundur cevabını vermiştir. Müslüman dinine göre Maide süresinin 32. Ayetinde şöyle diyor: “Bir cana kıymaya veya yeryüzünden fesat çıkarmaya karşılık olması dışında, kim bir kimseye öldürürse bütün insanları öldürmüş gibi olur. Kim de bir can kurtarırsa bütün insanların hayatını kurtarmış gibi olur. Şüphesiz peygamberlemizin onlara apaçık deliller getirdiler. Ama bundan sonra onların çoğu yeryüzünde taşkınlık göstermektedirler” (Kur’an-ı Kerim, 5-32).

“Ülkemizde kan ve kan ürünleri sizce en fazla hangi yolla temin edilmektedir?” sorusuna alınan yanıtlar incelendiğinde en yüksek oranda “Kızılay” yanıtının alındığı görüşmüştür (Tablo 5).

**Tablo 5.** “Ülkemizde kan ve kan ürünleri sizce en fazla hangi yolla temin edilmektedir?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı

	Soruyu yanıtlayan kişi sayısı	%
Gönüllü bağışçı	80	23,5
Hasta yakını(kana kan)	52	15,2
Kızılay	204	59,8
Para ile(ticari kan)	5	1,5
Toplam	341	100,0

Kızılay Derneği ihtiyaç sahibi hastalara yeterli ve güvenli kan temini konusunda ülkemizde bu konuyu ele alan ilk kuruluş olmuştur. Kızılay Derneği ülkemizde Gönüllü kan bağışçıların eğitimi ve organizasyonu konusunda özel kazanım programları uygulayan tek sivil kuruluştur. Bu Çalışmalar sonucu ülkemizde yıllık kan bağışı miktarında oranında önemli artışlar olmuştur ve Türkiye’nin %89’luk kan ihtiyacını Türk Kızılayı karşılamaktadır (Ülman, 2000:72).

“Kan bağışının yan etkisi var mıdır?” sorusuna alınan yanıtlarda eğitimsizlik göze çarpmıştır. Katılımcıların 91’i yan etkisi olduğunu 147’si halsizlik yaptığını 19’u kilo kaybı yaptığını 62’si kilo aldığını, 5’i Bağımlılık yapar cevabını vermiştir. Çoğu katılımcıların üniversite mezunu oldukları halde, yarısının bağışın yan etkilerinin olduğunu düşünmeleri ve bu konuda yanlış bilgilere sahip olması, kulaktan dolma bu bilgilerden dolayı kan bağışında bulunmamakta ve çevresindeki insanların kan bağışında bulunmalarına engel olmaktadır. Bu da kan transfüzyonu hakkındaki eğitimin sürekli ve halkın kan bağışı hakkında aydınlatılması ve teşvik edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Kan bağışının teşvik edilmesi için en uygun yöntemin ne olduğunu sorusuna katılımcıların kan bağı konusunda eğitim almak istediklerini, bağışın yapıldığı yerlerin kolay ve ulaşılabilir olması ve temiz güler yüzlü Çalışanların olmasını istemektedirler (Tablo 6). ABD’ de Newsweek dergisinde 2003 yılında bu konuyla ilgili bir makalede bağışçılarla bire bir ilişki kurulması ve devamının, bağışçıya kendisine ihtiyaç duyulduğunun hissettirilmesinin, bunun yanında bağışçıları kan hastalıkları ve ihtiyaç duyulan kan ürünleri konusunda bilgilendirmenin en etkili yöntemler olduğun ifade etmektedir (Merdanoğulları, 2004:13). Aynı makalede, bire bir esaslı bağışçı ilişkisinin, bağış sırasında rahatlatıcı sohbetle belli bir seviyeye getirilmesi gerektiği, mevcut bağışçıların daha sık bağış yapmalarının sağlayacağı belirtilmiş. Ayrıca, bağışçılara yaptıkların hayat kurtarıcı bir şey olduğunu hissettirmek bilinç ve devamlılık sağlanması amaç edinmelidir.

“İlaç kullananlar kan bağışında bulunabilir” doğru yanlış şeklindeki soruya toplumun %11,7 evet şeklinde cevap vermiştir, %88,3’ü ise bulunamazlar diye işaretlemiştir. Verilen cevaplara bakıldığında anket uygulandığı sırada bir tansiyon ilacının bile engel olduğunu düşündükleri ve yanlış bilgiye sahip olduklarını görüyoruz. Almış olduğumuz ilaçlar kanımıza geçtiği için bu ilaçlardan bazıları kan bağışında bulunmaya engeldir. Lakin şeker hastalarının (insulin kullanmadıkları sürece), tansiyon hastalarının kullandıkları ilaçlar kan bağışına engel değildir ((<https://www.kanver.org.tr>, Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Temini).

**Tablo 6.** Kan bağışına teşvik için ne yapılması gereken en önemli şey aşağıdakilerden hangisidir sorusuna verilen cevapların dağılımı

	Soruyu yanıtlayan kişi sayısı	%
Halkın eğitimi sağlanmalı ve bu eğitim sürekli olmalı	212	62,2
Kan bağı kabul edilen yerler kolay ulaşılabilir ve temiz olmalı	57	16,7
Kan bağı kabul edilen yerlerde personel güler yüzlü ilgili ve bilgili olmalı	32	9,4
Özendirici ve onurlandırıcı promosyonlar olmalı	29	8,5
Ücret ödenmeli	6	1,8
Diğer	5	1,5
Toplam	341	100,0

Kan verme kriterlerinden biri olan yaş aralığı sorusu ise toplumun eğitimsizliği karşımıza çıkmaktadır (Tablo 7).

**Tablo 7.** Hangi yaş aralığında kan bağışlanabilir sorusuna alınan yanıtların dağılımı

	Soruyu yanıtlayan kişi sayısı	%
16 ve üstü	28	8,2
18 ve üstü	120	35,2
18-65 arası	174	51,0
16-65 arası	19	5,6
Toplam	341	100,0

18-65 yaşları arasında olan her Sağlıklı birey kan bağışında bulunabilir. İlk kez kan verecek kişi, 19 yaşından gün almış olması, 61 yaşından gün almamış olmamalıdır. Bitiş olarakta 66 yaşından gün almamış olmamalıdır. Düzenli kan bağışçıları için üst yaş sınırı 70 yaşından gün almamış düzenli kan bağışçısı, yılda en fazla bir kez olmak üzere kan bağışında bulunabilir (Örücü, 2016:153).

“Kan bağışında bulunmak ister misiniz?” sorusuna anketin hem başında hem de sonunda topluma sorulmuş ve düşüncelerinde bir değişiklik olup olmadığı sorgulanmıştır. Katılımcılar başlangıçta %44,3 oranında evet yanıtını, %37,2 oranında ise gerçekleştiremediklerini, yani %81,5’i katılımcıların düşündükleri yanıtını verirken son soruda bu oran %90,3’e çıkmıştır (Tablo 8). Bu Çalışmanın başlangıcında katılımcılara kan bağı konusunda kısa bilgiler verilmiş ve bu kısa eğitim sonucu bu sonucun %8,8 oranında yükseldiği gözlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 8.** Şimdi kan bağışlamayı düşünür müsünüz sorusuna alınan yanıtların dağılımı

	Soruyu yanıtlayan kişi sayısı	%
Hayır	33	9,7
Evet	308	90,3
Toplam	341	100,0

#### 4. SONUÇ

Araştırmaya katılan toplumun çoğunluğunun kan bağışına yönelik olumlu tutum ve davranışlara sahip oldukları saptanmıştır. Fakat bağış oranları gerekli olan seviyeden uzaktadır ve kan bağışının önemi hakkında yeterli bilgi ve bilinç geliştirilmemiştir. Kan bağışçıları fedakârlık, hayırseverlik, toplumun gereksinimi karşılama sorumluluğu, insanlık görevi, toplum arasındaki saygınlığı artırma ve başka benzer nedenlerden dolayı kan bağışlamaktadırlar.

Bu Çalışma kısa süreli bir eğitim sürecinin bile insanların kan transfüzyonu hakkında düşüncelerini pozitif yönde değiştirebildiğini göstermektedir. Yapılacak daha geniş ve kapsamlı çalışmalar sonucunda kan bağışı farkındalığının ve tutumlarının toplum genelinde olumlu algı oluşmasının, öneminin farkına varılmasını sağlayacaktır. Yapılan Çalışma sonuçları kapsamında bağışı arttırmak için şunlara dikkat edilmesi yararlı olacaktır:

- Kan bağışının önemi farklı yollarla anlatılmalıdır.
- Gönüllü kan bağışına teşvik edilmelidir.
- Bağışçılar yanlış bilgi ve inanışlara karşı eğitilmelidir.
- Çalışan personel halkla iletişim konusunda eğitim almalı ve bilgilendirmelidirler.
- Personel güler yüzlü, saygılı ve empati kurabilen kişilerden seçilmelidir.
- Kan alma birimleri mesai dışında da açık tutulmalıdır.
- Bağış çadırları ulaşılabilir yerlerde kurulmalıdır
- Bağışçılara manevi değeri yüksek hediyeler ve onurlandırıcı politikalar ile teşvik edilmelidir.
- Kan bağışı konusunda medya, radyo, televizyon etkin destek ve yardım alınmalıdır.

#### 5. KAYNAKLAR

4.12.2008-27074 Resmi Gazete.

Acar. N., ve Arkadaşları, 2000-2001, Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği Eğitim Seminerleri, Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği, Eğitim Dizisi:1.

Akdemir N, Birol L, 2018, Genel Dağıtım Akademiye Kitabevi A.Ş., Özyurt Matbaacılık, 25465.

Anonymous, Jun 1998, Blood Transfusions for Elderly: Not Worth The Risk?, Nursing, Vol:28, No:6, Health Module, pg:cc14

Atamer T, 2010, “Kan Transfüzyonunun Tarihçesi” 35. Ulusal Hematoloji Kongresi, 7-10 Ekim Antalya.

Birol L, Akdemir N, Bedük T, İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayın No:6, Ankara, 1996.

Canatan D, Karadoğan İ, 2001, Transfüzyon Enfeksiyon Dışı Komplikasyonlar, Klinik Gelişim Transfüzyon Özel Sayısı, Tabşpler Odası Sürekli Bilimsel Yayını, Cilt: 14-Sayı 2, Nisan – Eylül Özel Sayı, ss:52-66, İstanbul.

Celkan T, Mayıs 2004, “Kan ve Kan Ürünlerinin Kullanımı ve Sorunlar” 13. TPOG Ulusal Pediatrik Kanseri Kongresi.

Çalışkan Ü, 2010, “Transfüzyon Pratiği” Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji Ana Bilim Dalı, Konya.

Çögenli S, 2007, Kur'an-ı Kerim ve Açıklamalı Meali, 1.baskı, Huzur Yayınevi, s. 120

Dzik WH. The James Blundell Award Lecture 2006 “Tranfusion And Thetreatment of Haemorrhage:past, Present And Future” Transfusion Medicine: 17, 367-374.

[http://www.kanhastaliklari.org.tr/icerik.php?id=533&alt\\_id=563&tab=0](http://www.kanhastaliklari.org.tr/icerik.php?id=533&alt_id=563&tab=0)

<http://www.turkcerrahi.com/makaleler/hemostaz-kan-urunleri-transfuzyonu/kan-urunleri/>. Erişim Tarihi 05.05.2019.

<https://m.studme.org>, Erişim Tarihi 07.05.2019.

<https://www.kanver.org/sayfa/e-kutuphane/kan-hakkinda-bilinmesi-gerekenler/44> Erişim Tarihi 06.05.2019.

<https://www.kizilay.org.tr>, Erişim Tarihi 15.05.2019

Kaadan N, Angrini M, 2009, ‘‘ Blood TRansasion Of History’’. Aleppo University, Master Degree Laboratory Medicine, Syria, 1-43.

Marcini M.E, June 1999, Performance İmproverment İn Transfusion Medicine, What Do Nurses Need and Want?, Proquesit Medical Library, Vol:123, No:6, Pg:496.

Merdanoğulları E, Bağışçı bulmanın değişen yüzü, Damla 2004, s.13.

Mualla A, 1997, Sağlık Meslek Liseleri İçin Hematoloji, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Örüş E, 2016, Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi, TR0802.15-01/001, S.153.

Patat. S, Kan Transfüzyon , Kasım 2004, 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu / 3. Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumu, Gaziantep, ss:150-152. 25-27.

Prof. Dr. Berkarda B, Prof. Dr. Müftüoğlu A, Prof. Dr. Ulutin O, 1981, Kan Hastalıkları ikici baskı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları Rektörlük No. 2823.

Töre O, Uluhan R, Karakoç E, Altunay H, Kılıç B, 2005, ‘‘Türkiye’de Transfüzyon ile Bulaşan Enfeksiyon Sorunu’’, Klinik Dergisi, 65, 109-120.

Ülman Y, 2000, Tıbbi Etik Açısından Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonu. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Kurs Kitabı. İstanbul: F. Özcan Matbaacılık, 2000: 157.

Ülman Y. Tıbbi etik açısından kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Kurs Kitabı. İstanbul: F. Özcan Matbaacılık, 2000: 72.

## SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

### DETERMINATION OF HEALTH ANXIETY LEVELS OF FACULTY OF HEALTH SCIENCES STUDENTS

Handan ERTAŞ<sup>1</sup>  
Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ<sup>2</sup>  
Seda Nur ÜNAL<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The presence of health anxiety affects people in many areas of their lives. With the advancement of technology, the number of resources to obtain information about health and disease has increased. In this period of information pollution, easy access to resources can adversely affect health of individuals.

**Purpose of the Study:** In this study, it was planned as descriptive in order to determine the health anxiety levels of the students.

**Method:** In this study, sampling method and quantitative research design were used. 18-item Health Anxiety Scale, developed by Salkovskis et al. (2002) was used. The data obtained from the survey were analyzed in SPSS version 21 program. The analyzes performed in the study were T test, Anova test, descriptive analysis and Correlation analysis. The Cronbach Alpha value of the study was found as 0,83. Health Management, nursing, nutrition and dietetics, child development and social service students of Selcuk University Faculty of Health Sciences were included in the study. The universe of the study is 3500 people and the sample consists of 413 people.

**Findings and Results:** According to the findings obtained from the study, there was no significant difference between the gender and health anxiety status of the students, whereas there was a significant difference between the Departments of the students and the health anxiety status. According to the results obtained from the study, health anxiety levels of nursing students were higher than those of Child Development and social work.

**Key Words:** Anxiety, Health, Faculty of Health Sciences

#### GİRİŞ

Sağlık kaygısı, kişilerin vücutlarında gelişen değişim ve duyumları yanlış yorumlayarak sürekli ciddi bir rahatsızlığı olduğu veya olabileceği korkusu taşıması durumudur (Asmundson et al.,2010:306;Şimşekoğlu,2013:33). Her insanda belli dönemlerde hafif formlarda yaşanabilen sağlık kaygısı, kişinin uygun Sağlık hizmetini aramaya ve Sağlıksız davranışlardan kaçınmasına yardımcı olmaktadır (Karapıçak ve ark.,2012:42). Şiddetli görülen ve literatürde hipokondriazis olarak da nitelendirilen boyutu ise toplumda daha az, genel hastane uygulamasında daha fazla görülmektedir (Karapıçak ve ark.,2012:42;Reiser et al.,2013:408). Şiddetli Sağlık kaygısına sahip bireyler sağlıklarıyla gereğinden fazla ilgilidir ve ciddi bir rahatsızlığa sahip olduğunu veya bu hastalıklara karşı risk altında olduklarını düşünürler (Rachman, 2012: 503). Sağlık kaygısı yüksek kişiler kalp atışlarına, nefeslerine odaklanır, vücutlarındaki gerçekleşen en ufak ağrıyı bile büyütür ve kontrol ederler. Bu kişiler sağlık ve hastalık konulu haberlerden, yapılan programlardan olaylardan çok fazla etkilenirler (Kabakaş,2018:7). Bu kişiler vücutlarında herhangi bir hastalık olup olmadığını sıklıkla kontrol ettirme eğilimindedirler. Bu yüzden sürekli olarak doktora gidip iyi olduklarını teyit ettirmek isterler (Ünal,2014:12). Bu kişilerin çok sık doktora başvurması, gereksiz tetkik ve operasyon geçirmesi hem kişi için hem de toplum için oldukça maliyetli bir durumdur (psikonet.com). Ayrıca bu takıntılı ve endişeli haller kişilerin hayattan zevk alamaz hale gelmesine neden olabilmektedir (Gül ve ark.,2016:437). Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin Sağlık kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve kaygı durumunun bazı demografik değişkenlerle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

<sup>1</sup> Selçuk University/Healty Care Management/Turkey/handanertas@selcuk.edu.tr

<sup>2</sup> Selçuk University/Healty Care Management /Turkey/ ciftcifatma50@gmail.com

<sup>3</sup> Selçuk University/Healty Care Management /Turkey/ snurunall@gmail.com

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada nicel Araştırma deseni ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 413 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada Salkovskis ve ark. (2002) tarafından geliştirilen 18 maddelik Sağlık Kaygısı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karapıçak ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. İlk 14 madde bireylerin ruhsal durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Kalan 4 madde ise kişilerin ciddi bir rahatsızlığa sahip olduğu varsayımı ile ruhsal durumlarının sorgulanmasını amaçlamaktadır. Araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur.

## BULGULAR

Araştırmaya dâhil olan öğrencilere ait bulgular aşağıda tablolar şeklinde verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Öğrencilere Ait Demografik Veriler

Cinsiyet	Sayı	%	Aile Gelir Durumu	Sayı	%
Kadın	292	70.7	1001-2000	65	15.7
Erkek	121	29.3	2001-3000	129	31.2
<b>Bölüm</b>			3001-4000	115	27.8
Sağlık Yönetimi	106	25.7	4001 ve üstü	104	25.2
Hemşirelik	83	20.1	<b>Kronik Hastalık</b>		
Çocuk Gelişimi	80	19.4	Var	93	22.5
Sosyal Hizmet	74	17.9	Yok	320	77.5
Beslenme ve Diyetetik	45	10.9	<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>		
Ebelik	23	6.1	Var	55	13.3
<b>Algılanan Sağlık Durumu</b>			Yok	358	86.7
Yüksek	252	61.0			
Orta	119	28.8			
Düşük	42	10.2			
<b>Toplam</b>	<b>413</b>	<b>100</b>	<b>Toplam</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan öğrencilerin %70,7'si kadındır. Öğrencilerin %25,7'si Sağlık yönetimi bölümünde, %6,1'i ebelik bölümünde okumaktadır. Katılımcıların %31,2'sinin aylık gelir durumu 2001-3000 TL arasındadır. Öğrencilerin % 22,5 'i kronik rahatsızlığa sahiptir ve %13,3'ü sürekli ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %61'i yüksek Sağlık durumuna sahip olduğunu düşünmektedir.

**Tablo 2.** Cinsiyet ile Sağlık Kaygı Durumu Ortalamaları Arasındaki Farklılığa Ait T Testi

	Cinsiyet	N	Ort	Std.	t	P
Genel kaygı düzeyi	Erkek	121	2,1786	0,47032	-0,300	0,764
	Kadın	292	2,1946	0,49950		
Ruhsal durumu	Erkek	121	2,1871	0,48316	-0,370	0,710
	Kadın	292	2,2064	0,47704		
Ciddi rahatsızlığındaki kaygı durumu	Erkek	121	2,1488	0,64435	-0,058	0,951
	Kadın	292	2,1533	0,73850		

Tablo 2' ye göre öğrencilerin cinsiyetleri ile Sağlık kaygısı ortalamalarıyla t testi yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre Sağlık kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,005$ ).

**Tablo 3.** Kronik hastalığı olan/olmayanlar ile Sağlık kaygı ortalamaları arasındaki farklılığa ait t testi

	Kronik hastalık durumu	N	Ort	Std	t	P
Kaygı ortalama	Var	93	2,5496	0,63240	6,729	0,000
	Yok	320	2,0853	0,38322		

Tablo 3'e göre öğrencilerin kronik hastalığa sahip olma durumu ile Sağlık kaygısı ortalamaları arasında t testi analizi yapılmıştır. Test sonucunda göre kronik hastalığı olma durumu ile Sağlık kaygısı arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. ( $p < 0,005$ ). Buna göre kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin ( $X = 2,5496$ ) kaygı düzeyleri olmayanlara ( $X = 2,0853$ ) oranla daha yüksektir.

**Tablo 4.** Sürekli ilaç kullanımı ve genel kaygı ortalaması arasındaki farklılığa ait t testi

	Sürekli ilaç kullanımı	N	Ort	Std	t	P
Kaygı ortalama	Var	55	2,6949	0,64362	6,512	0,000
	Yok	358	2,1123	0,41206		

Tablo 4'e göre sürekli ilaç Kullanımı ile Sağlık kaygısı ortalaması arasında t testi analizi yapılmıştır. Test sonucunda göre sürekli ilaç kullanım durumu ile Sağlık kaygısı arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. ( $p < 0,005$ ). Buna göre ilaç kullanan ( $X = 2,6949$ ) bireylerin ilaç kullanmayan ( $X = 2,1123$ ) bireylere göre daha fazla Sağlık kaygısı taşıdığı görülmektedir.

**Tablo 5.** Bölüm ile Sağlık Kaygısı Ortalamaları Arasındaki Bağımsız Gruplarda Tek Yönlü Varyans Testi

		N	Ort	Std	F	p	Post Hoc (Games Howel)
Genel Kaygı Ortalaması	1-Çocuk Gelişimi	80	2,0858	,44052	3,720	0,003	6>1 6>5
	2-Ebelik	25	2,2267	,34543			
	3-Sağlık Yönetimi	106	2,2552	,55501			
	4-Beslenme ve Diyetetik	45	2,1580	,34123			
	5-Sosyal Hizmet	74	2,0578	,37673			
	6-Hemşirelik	83	2,3307	,59278			
	Total	413	2,1899	,49062			

Tablo 5'e göre öğrencilerin bölümleri ile Sağlık kaygı düzeyleri arasında tek yönlü varyans testi yapılmıştır. Genel Sağlık kaygısı düzeyi ile öğrencinin okuduğu bölüm arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,005$ ). Farkın hangi değişkenler arasında olduğunu bulmak amacıyla Post Hoc (Games Howel) testi yapılmıştır. Test sonucuna göre hemşirelik bölümünün genel kaygı ortalaması çocuk gelişimi ve sosyal hizmet bölümlerinden yüksek çıkmıştır.

## TARTIŞMA-SONUÇ

Bu Çalışmada Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin Sağlık kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve kaygı durumunun bazı demografik değişkenlerle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma sonucuna göre öğrencilerin cinsiyetleri ile Sağlık kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Benzer şekilde Şimşekoğlu ve ark. (2013), Ünalın (2014) yaptıkları çalışmalarda cinsiyetin Sağlık kaygısı üzerinde farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. MacSwain ve ark. (2009), Aktürk (2019), Yılmaz ve ark. (2018), Hacıhasanoğlu ve ark. (2010) çalışmalarında kadınların Sağlık kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kadınların Sağlık kaygı düzeylerini arttıran sebeplerin detaylı olarak Araştırılması, kaygı düzeyinin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Sağlık kaygı düzeyini etkileyen değişkenlerden biride kronik hastalık durumunun varlığıdır. Çalışma sonucuna göre kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara oranla Sağlık kaygı düzeyi daha yüksek



olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kronik hastalığa sahip olan bireyler yaş ilerledikçe fiziksel kısıtlılıkların oluşabileceği ve yaşam kalitesinin düşeceği korkusu ile Sağlık kaygılarını arttırabilmektedirler. (Albert et al.,2011;Boston et al.,2010). Çalışmamızla paralel olarak Rode ve ark. (2006), Yılmaz(2018), Kehler ve ark. (2009)'nın Çalışmalarında kronik hastalığı olan bireylerin Sağlık kaygı düzeyi Sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tedavisi mümkün olmayan veya uzun süren rahatsızlıklarda kişilerin kaygı düzeyinin yüksek olması normaldir. Bununla birlikte Çalışmamızda Sağlık kaygısı üzerinde etkili olan bir diğer değişken sürekli ilaç kullanımınıdır. Sürekli ilaç Kullanımı olan öğrencilerin Sağlık kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Yılmaz ve ark.(2018) Çalışmalarında da sürekli ilaç kullanan bireylerin Sağlık kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucuna göre hemşirelik bölümünün genel kaygı ortalaması çocuk gelişimi ve sosyal hizmet bölümlerinden yüksek çıkmıştır. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ağır hastane stajları, uykusuzluk, acı çeken ve ölüme yakın olan hastalarla Çalışmaları kaygı düzeylerini arttırabilir. Ayrıca devamlı hastalarla iletişim halinde olmaları Sağlıkları ile ilgili kaygılarının ve endişelerinin artmasına sebep olabilir. Sağlık hizmeti sunumunda görevli olan bireylerin stresleri yüksektir. Dionne- Odom ve ark. (2018), Mellon ve ark. (2002) kanser hastalarına bakım veren bireylerle yaptıkları çalışmalarda, ölüm korkusu, hastalığa yakalanma korkusu gibi sebepler bu bireylerin Sağlık kaygı düzeylerinin diğerlerine oranla daha fazla olmasına neden olduğunu tespit etmişlerdir. Şimşekoğlu ve ark. (2016)'nın Düzce Üniversitesi Hastanesinde yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

#### KAYNAKÇA

Boston, A.F., Merrick, P.L. (2010). Health Anxiety Among Older People: An Exploratory Study Of Health Anxiety And Safety Behaviors İn A Cohort Of Older Adults İn New Zealand. *Int Psychogeriatr*, 22(4): 549-58

Hacıhasanoğlu, R. Karakurt,P., Yıldırım, A., Uslu, S.(2010) .Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete Ve Depresyon. *TAF Prev. Med. Bull* , 9(3): 209-16.

Karaosmanoğlu, H.A., (2015). 02.06.2019 tarihinde [https://www.psikonet.com/saglik-Kaygisi-ve-tedavisi\\_nedir-303.html](https://www.psikonet.com/saglik-Kaygisi-ve-tedavisi_nedir-303.html) adresinden erişildi.

Kehler, M.D., Hadjistavropoulos, H.D.(2009). Is Health Anxiety A Significant Problem for Individuals With Multiple Sclerosis? . *J Behav Med*, 32: 150-61.

Macswain, K.L.H., Sherry, S.B., Stewart, S.H., Watt, M.C., Hadjistavropoulos, H.D., Graham, A.R.(2009). Gender Differences İn Health Anxiety: An İntestigation Of The İnterpersonal Model Of Health Anxiety. *Personality And Individual Differences*, 47(8): 938-43.

Mellon, S. (2002) . Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. In *Oncology nursing forum*, 29(7)

Odom, J. N. D. W., Wahnefried ,D., Taylor, R. A., Rocque G. B, Azuero A., Acemgil,A., Martin,M.Y., Astin,M., Ejem,D., Kvale,E.A., Heaton,K., Pisu,M., Partridge,E.E.& Bakitas,M.(2016). Differences İn Self-Care Behaviors By Varying Levels Of Caregiving İntensity, Performance, And Well-Being Among Family Caregivers Of Patients With High-Mortality Cancer.American Society Of Clinical Onchology

Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H., Hanna, M.(2006). Health Anxiety Levels İn Chronic Pain Clinic Attenders.*J Psychosom Res*, 60: 155-61.

Şimşekoğlu, N., Mayda, A. S. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.

Ünalın, E. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı, Sağlık Kaygısı Ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz, B.E., Ayvat, İ., Şiran, B. (2018). Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi İle Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Firat Tıp Dergisi*, 23(1): 11-17.

## ASSESSMENT OF IMPRESSION MANAGEMENT TACTICS AND PERSONALITY TRAITS OF HEALTH MANAGEMENT STUDENTS

### SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN İZLENİM YÖNETİMİ TAKTİKLERİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferda ALPER AY<sup>1</sup>  
Leyla KELEKÇİOĞLU<sup>2</sup>

#### ÖZET

Bu Çalışmanın amacı, beş faktör kişilik özelliklerinin izlenim yönetimi taktikleri üzerindeki etkisini belirlemektir. Araştırmanın evreni Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğrenim gören 431 lisans öğrencisinden oluşmaktadır. 18 Nisan ve 10 Mayıs 2019 tarihleri arasında gönüllülük esasına göre 259 öğrenciye anket uygulanmıştır. Verilerin analizinde ortalamalar, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Araştırma bulgularında, Kişilik (genel) ve izlenim yönetimi taktikleri (genel) arasında ( $r=-0,226$ ) negatif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Kişilik boyutlarından “dışa dönüklük” boyutunun izlenim yönetimi taktikleri üzerinde negatif ve anlamlı etkisi saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda dışa dönük insanların daha az izlenim yönetimi taktikleri kullandıkları belirlenmiştir.

#### ABSTRACT

The aim of this study was to determine the effect of the big five personality traits on impression management tactics. The population of the study consisted of 431 undergraduate students studying at the Health Management Department of the Faculty of Health Sciences of Sivas Cumhuriyet University. Between 18 April and 10 May 2019, 259 to students were surveyed on a voluntary basis. Means, correlation and regression analyzes were used in the analysis of the data. In the research findings, negative and significant relationships were found between personality (general) and impression management tactics (general) ( $r = -0.226$ ). Extraversion, one of the personality dimensions, has a negative and significant effect on impression management tactics. As a result of the study, it was determined that extroverted people used less impression management tactics.

#### INTRODUCTION

It interacts with the human environment, which is a social being, and on the one hand gains different impressions from individuals on the other, while giving different impressions. Positive or negative effects of the first impression on relationships can be determinant in the relationship between individuals (Doğan ve Kılıç, 2009: 53). Impression management is a specific type of political behavior intended to persuade an audience to view the actor in a particular way (Zivnuska et al., 2004:627). People attempt to place themselves in useful circumstances through their selection of friends, jobs, mates, and hobbies; and try to rearrange the circumstances they encounter so as to aid in goal achievement, such as through attempts to influence the attitudes and behaviors of those with whom they interact (Schlenker & Weigold, 1992: 134). Crane and Crane (2004), divided into two main groups the impression management tactics, as "entrepreneur" and "defense" tactics. Entrepreneur tactics include; self-loving, introducing their qualities, demonstrating exemplary behaviors, pessimization and threatening themselves etc. Defense tactics can be listed as innocence, acceptance of the event, but not taking responsibility, accept responsibility and apologize and acquiesce to punishment (Tabak et al. 2010:541).

Are characteristic features specific to one person, are defined mental and spiritual all qualities of a person. (TDK, 2019). Personality is considered to be the whole physical, mental and spiritual trait that separates one person from another. Personality, human's hereditary, biological and personal characteristics, bodily appearance and health, interests and tendencies, abilities and orientations, relationships with people, mental intelligence and mental aspects of the personality, refers to the individual's way of life (Demirci et al. 2007: 20).

<sup>1</sup> Sivas Cumhuriyet University /Health Care Management/Turkey/ferdaalperay@gmail.com.

<sup>2</sup> Sivas Cumhuriyet University / Institute of Health Sciences, Health Care Management Graduate Student/Turkey/leylakelekcioglu@gmail.com

Many approaches have been proposed in the literature on the explanation and definition of personality. One of the most accepted approaches in recent years is that personality is composed of five basic factors. The Big Five Theory treats each of these five factors as the psychological structure each individual has in varying proportions (Arslan, 2018: 7). These factors were confirmed in many cross-cultural studies such as extraversion, neuroticism (emotional balance), agreeableness, Conscientiousness, openness to experience (culture). (Bacanlı et al., 2009: 262).

As a result of the literature review, it has been observed that the number of studies examining impression management tactics and personality traits together is quite limited. Tabak et al. (2010) examined the relationships between impression management tactics and personality traits, and found that personality traits in general are determinants of some impression management tactics and that there is a negative relationship between impression management tactics and personality traits in general.

Acaray and Günsel (2017); extraversion, emotional balance (neuroticism) and openness to experience have been found to have a positive effect on impression management tactics. The compatibility dimension had a negative and significant effect. According to the research conducted by Tatar (2013); It was determined that the personality characteristics of the employees were effective in determining the impression management behaviors. Barrick and Mount (1996) found positive relationships between Conscientiousness, neuroticism, openness to experience, agreeableness and self-deception and impression management. According to the results of the study, self-deception and impression management tactics were found to be effective on personality traits. It interacts with the human environment, which is a social being, and on the one hand gains different impressions on the other, while giving different impressions. Because each person has different personality traits, different personality traits can lead to the use of different impression management tactics. Therefore, the purpose of this study is to determine which personality traits affect impression management tactics.

## **METHOD**

The aim of this study is to determine the five factor personality traits and impression management tactics of the undergraduate students. In addition, another aim of the study is to determine the relationships between personality traits and impression management tactics and to determine which personality traits affect impression management tactics.

According to the purpose of the study, the hypothesis of the research was determined as follows.

**H1: The Big five personality traits dimensions have a significant effect on the use of impression management tactics.**

H1a: The neuroticism dimension has a significant effect on the use of impression management tactics.

H1b: The extroversion dimension has a significant effect on the use of impression management tactics.

H1c: The openness to experience dimension has a significant effect on the use of impression management tactics.

H1d: The agreeableness dimension has a significant effect on the use of impression management tactics.

H1e: The Conscientiousness dimension has a significant effect on the use of impression management tactics.

**H2: Big Five personality traits have a significant effect on the use of (general) impression management tactics.**

The research is descriptive and cross-sectional. The population of the study consisted of undergraduate students in normal education (NE) and secondary education(SE) at Sivas Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences, Department of Health Management.

As of 2018-2019 academic year, there are a total of 431 students in the Department of Health Management (NE + SE). Considering a 5% error margin in the 95% confidence interval, 204 people were found to be sufficient for the sample (<http://www.raosoft.com/samplesize.html> access: 11.05.2019). A questionnaire was applied to 259 students on a voluntary basis between 18 April and 10 May 2019. This ratio constitutes 60% of the universe.

In the first part of the questionnaire applied to students, there are 6 items Demographic Information Form to reveal personal information. In the second chapter, there is the Scale of Impression Management Tactics developed and validated by Demir (2002). The scale is scored as "1- Always, 2- Very Frequent, 3 - Occurrence, 4 - Very Rare and 5- Never ". In the third chapter, the Big Five Factor Personality Inventory which was developed by John, Donahue and Kentle (1991) and adapted by Sümer (2005) was used. The scale is 44 items and is scored as 5-Likert type "1- Never Agree, 2- Disagree, 3- Undecided, 4- Agree and 5- Strongly Agree". The Scale dimensions divided into five, as Conscientiousness (9 items), extraversion (8 items), neuroticism (8 items), openness to experience (10 items), agreeableness (9 items). Cronbach Alpha coefficients of the scale, ranging from 0.66 to 0.77, were obtained (Sümer et al.,2005).

Permission was obtained for the relevant Scales used in the study. Before the questionnaires were applied, approval was obtained from the Dean of Sivas Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences from and Cumhuriyet University Non-Interventional Clinical Researches Ethics Committee (17.04.2019, 2019-04 / 27 Decision No). The evaluation of the research data was done by means of the SPSS 22.00 program; mean, standard deviation, correlation and regression analysis.

## FINDINGS

In the study, 73% of the participants were women, 55,6% of them was in the 21-23 age range,, 31.7% of the students were in the 1st grade, 55.2% in terms of type of education was in normal education type, and, it was determined that 62.5% of their grade point average was between 2.1-3.00. The average score of the participants on the big five personality scale was found to be 3.40 and the mean score they received from the impression management tactics scale was 2.81. The highest scores obtained from the scale of impression management tactics dimensions of the participants were determined as asking for help (3,15), highlighting (3,05) and consensus (3,03).

**Table 1.** Defining Statistics

Variable	Average	Std. Deviation	Correlations							
			1	2	3	4	5	6	7	
1. Neuroticism	2,95	0,63	(0,632)							
2. Extraversion	3,31	0,69	-,209**	(0,756)						
3. Openness to experience	3,50	0,60	-,183**	,386**	(0,737)					
4. Agreeableness	3,54	0,55	-,355**	,188**	,435**	(0,611)				
5. Conscientiousness	3,65	0,57	-,318**	,292**	,394**	,498**	(0,650)			
6. Impression management (general)	2,80	0,52	,008	-,199**	-,166**	-,087	-,160*	(0,904)		
7. Big Five (general)	3,40	0,33	-,041	,630**	,778**	,642**	,682**	-,226**	(0,754)	

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). The values in parentheses show Cronbach Alpha reliability values.

When the relationships between Big five personality dimensions and impression management tactics (general) were examined, negative and significant relationships were found between extroversion ( $r = -0.199$ ), openness to development ( $r = -0.166$ ) and conscientiousness ( $r = -0.160$ ). Negative and significant relationships were found between personality (general) and impression management tactics (general) ( $r = -0.226$ ). The mean scores of the participants on the big five personality scale were determined as conscientiousness (3,65), agreeableness (3,54) and openness to development (3,50). Accordingly, the students' conscientiousness was found to be high.

**Table 2:** Effect of Personality Traits on Impression Management Tactics

Hypothesis	Model Summary		ANOVA		Regression coefficients			Hypothesis
	R	R <sup>2</sup>	F	P	Beta	t	P	
<b>H1a:</b> Neuroticism → Impression Management	0,245	0,060	3,220	0,008*	-,071	-1,065	,288	Reject
<b>H1b:</b> Extraversion → Impression Management					-,152	-2,253	,025	Accept*
<b>H1c:</b> Openness to experience → Impression Management					-,079	-1,083	,280	Reject
<b>H1d:</b> Agreeableness → Impression Management					,005	,064	,949	Reject
<b>H1e:</b> Conscientiousness → Impression Management					-,109	-1,472	,142	Reject

\*P<0,05, \*\* P<0,01, Durbin-Watson: 1,722

In this study, the effects of big five personality dimensions (neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness and conscientiousness) on impression management tactics were investigated. Only the extraversion dimension of personality dimensions had a negative and significant effect on impression management tactics. Therefore, while the H1b hypothesis is accepted, H1a, H1c, H1d and H1e hypotheses are rejected.

Accordingly, there is a decrease in the use of impression management tactics as extraversion increases (Table 2).

**Table 3:** Impact of Personality Traits on (general) Impression Management Tactics

Hypothesis	Model Summary		ANOVA		Regression coefficients			Hypothesis
	R	R <sup>2</sup>	F	P	Beta	t	P	
<b>H2:</b> Personality Traits (general) → Impression Management	0,226	0,051	13,809	0,000	-0,226	-3,716	,000*	Accept*

\*P<0,05, \*\* P<0,01, Durbin-Watson: 1,713

The effect of personality traits on the use of (general) impression management tactics was examined by simple regression analysis and negative and significant effect was determined (H2:  $\beta = -0,226$ ,  $t: -3,716$   $p < 0,01$ ). Therefore, H2 hypothesis was accepted. Accordingly, personality traits affect impression management tactics negatively (Table 3).

## CONCLUSION

When the findings obtained from the analysis of the data are evaluated, it can be said that the students have high conscientiousness (self-discipline) and will be self-disciplined, compliant and open to

development in their working life. Participants were determined to use the tactic of seeking the most help. Among the tactics of impression management, it was determined that the participants used the tactic of "asking for help " the most. Negative and significant relationships were found between personality traits (general) and impression management tactics (general) ( $r = -0,226$ ). In general, negative relationships between impression management tactics and personality traits were determined, this result was supported by the studies of Tabak et al. (2010).

As a result, personality traits in general have affected impression management tactics negatively. There is a decrease in the use of impression management tactics as extraversion increases. In other words, it can be said that extraversion people use less impression management tactics.

## REFERENCES

- Acaray, A., Günsel, A. (2017). Beş Faktör Kişilik Özellikleri, İzlenim Yönetimi Taktikleri Ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kamu Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *UİİİD-IJEAS*, 2017 (16. *UİK Özel Sayısı*):527-546.
- Arslan, A. (2018). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Mesleki Kişilik Tipleri İle Beş Faktör Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Bacanlı, H., İlhan, T., Aslan, S. (2009). Beş Faktör Kuramına Dayalı Bir Kişilik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi (Sdkt), *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 7(2):261-279.
- Barrick, M. R., Mount, M. K. (1996). Effects of Impression Management and Self-Deception on the Predictive Validity of Personality Constructs, *Journal of Applied Psychology*, 81(3):261-272.
- Demir, K. (2002) Türkiye'deki Resmi ve Özel Lise Öğretmenlerinin İzlenim Yönetimi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Demirci, M. K., Özler, D. E., Girgin, B. (2007). Beş Faktör Kişilik Modelinin İşyerinde Duygusal Tacize (Mobbing) Etkileri Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama. *Journal of Azerbaijani Studies*.
- Doğan, S., Kılıç, S. (2009). Örgütlerde "İzlenim Yönetimi Davranışı" Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 23(3):53
- <http://www.raosoft.com/samplesize.html> Erişim Tarihi:11.05.2019
- <http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi: 13.05.2019
- Schlenker, B. R., & Weigold, M. F. (1992). Interpersonal processes involving impression regulation and management. *Annual review of psychology*, 43(1):133-168.
- Sümer, N., Lajunen, T., & Özkan, T. (2005). Big five personality traits as the distal predictors of road accident involvement. *Traffic and Transport Psychology*, 215-227.
- Tabak, A., Basım, H. N., Tatar, İ., Çetin, F. (2010). İzlenim Yönetimi Taktiklerinde Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Rolü: Savunma Sanayiinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 10(2) 539-557.
- Tatar, S. (2013). İzlenim Yönetimi Davranışlarında Kişilik Özelliklerinin Rolü: Konaklama İşletmeleri Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Zivnuska, S., Kacmar, K. M., Witt, L. A., Carlson, D. S., & Bratton, V. K. (2004). Interactive effects of impression management and organizational politics on job performance. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 25(5):627-640.

## SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HOŞGÖRÜ EĞİLİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

### ASSESSMENT OF TOLERANCE TRENDS OF HEALTH EMPLOYEES: AN EXAMPLE OF TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Burhanettin UYSAL<sup>1</sup>  
Sibel ÖZER ÖZSOY<sup>2</sup>  
Erdoğan ŞENTÜRK<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

This study is a cross-sectional study that was conducted as an identifier in Bolu İzzet Baysal Training and Research Hospital, measuring the tolerance tendencies of health employees within the framework of the social responsibility objectives for the 2019 year, making necessary improvements in relation to low-scoring items, and increasing the tolerance trends of employees positively. In the study, the scale of tolerance tendency was used. The study's universe consisted of 1176 people. Within the framework of volunteerism, the questionnaire was chosen as a simple sampling method and the surveys were applied to 273 health employees in March. The data obtained from the surveys were analyzed in the Jamovi 0.9.6.9 program with a 95% confidence interval and a 5% margin of error. Cronbach's alpha value of the scale was found as  $\alpha = 0.935$ . Nonparametric test techniques were used in the analyses. Bilateral comparisons with the Mann-Whitney test, over two group comparisons were conducted with the Kruskal-Wallis test. for demographic variables, the chi-square analysis was conducted. In comparison analyses, there was no statistically significant correlation between age, gender, education status, and title variable ( $p > 0.05$ ). A significant relationship was found in the sub-dimension of empathy in the marital status variable ( $p < 0.01$ ). The average of singles is higher than married ones. According to the results of the chi-square test was used to determine whether the department was dependent on the gender variable, it was found that the dependence between the variables was statistically significant ( $\chi^2 = 18.8$ ;  $p < 0.01$ ). In the result of the chi-square test that was used to determine whether the department was dependent on the institution variable to which the staff was dependent, it was found that the dependence between the variables was statistically significant ( $\chi^2 = 25.0$ ;  $p < 0.01$ ).

**Key Words:** Tolerance Tendency, Health Employees, Hospitals

#### GİRİŞ

Hoşgörü kelimesinin Türk Dil Kurumundaki anlamı “Her şeyi anlayışla karşılayarak olabildiği kadar hoş görme durumu, müsamaha, tolerans” olarak verilmiştir.

Farsça *hoş* kelimesi ile Türkçe *görü* ekinden türeyen hoşgörü kelimesi Batı dillerinde tolerance (Fransızca), tolerance (İngilizce) ve toleranz (Almanca) sözcüklerine karşılık gelmektedir. Anlam olarak iyiyi, güzeli, hoş olanı, tat veren, duygu okşayanı, ilgi uyandıranı, beğenileni ve latif olanı uyandıran manalara gelmektedir (Aslan, 2001). Kişiyi iyiye, güzele, hoş olana sevk eden anlamlar ihtiva etmektedir.

Hoşgörüyle ilgili literatürde pek çok çalışma yapılmış ve kayda değer önemli sonuçlar alınmıştır. Bunlardan biri olan İngiltere’de yapılan Araştırmada çağdaş neslin önceki genç nesillerden ve daha büyük yaş gruplarından ırk çeşitliliğine karşı daha çok hoşgörülü oldukları ve hoşgörüsüzlüğün 1980 yılından beri önemli ölçüde azaldığını göstermiştir (Janmaat ve Keating, 2019).

Her ne kadar olumlu manada kullanılan bir kavram olsa da olumsuzlukları da ihtiva eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Hoşgörülü olmanın sınırları mutlaka çizilmelidir. Aksi taktirde ortaya çıkması muhtemel olumsuz sonuçların telafisi güç olabilmektedir. Bunların başında da Sağlık sektöründe hoşgörü gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine mahsus özelliklerinden dolayı hastalara karşı hoşgörülü olmanın hizmeti akamete uğratmasında önemli bir etkisi bulunabilmektedir. Örneğin; randevu almadan muayene olmak isteyen ya da sırasını beklemek istemeyen hastalara karşı gösterilecek iyi niyet,

<sup>1</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, E-mail: [burhanettin.uysal@bilecik.edu.tr](mailto:burhanettin.uysal@bilecik.edu.tr)

<sup>2</sup> Hemşire, Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup> Kalite Direktörü, Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

tolerans ve müsamaha diğer hastaların haksızlığa uğramasına neden olacaktır. Dolayısıyla işletmenin kendine mahsus özelliklerine ve hizmet verdiği alana ve yasal kapsama göre hoşgörü sınırları çizilmelidir.

Sağlık hizmetlerinde Çalışanların hizmet sunum esnasında karşılaştıkları güçlükler, Çalışanların hoşgörü eğilimlerini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Tıbbi personelinden idari personeline kadar emek-yoğun hizmet veren Çalışanların hoşgörüsünün ölçülmesi ve özellikle düşük puanlı olan bölümlere yönelik olarak iyileştirme Çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Araştırmada aşağıdaki sorular çerçevesinde Sağlık Çalışanlarının hoşgörü eğilimlerine cevap bulunmaya Çalışılmıştır.

1. Sağlık Çalışanlarının yaş grupları değişkenine göre hoşgörü eğilimleri Açısından farklılık var mıdır?
2. Sağlık Çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre hoşgörü eğilimleri Açısından farklılık var mıdır?
3. Sağlık Çalışanlarının medeni durum değişkenine göre hoşgörü eğilimleri Açısından farklılık var mıdır?
4. Sağlık Çalışanlarının eğitim durumu değişkenine göre hoşgörü eğilimleri Açısından farklılık var mıdır?
5. Sağlık Çalışanlarının yaş grupları değişkenine göre hoşgörü eğilimleri Açısından farklılık var mıdır?
6. Sağlık Çalışanlarının unvan değişkenine göre hoşgörü eğilimleri Açısından farklılık var mıdır?

## YÖNTEM

Bu Araştırma Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2019 yılı sosyal sorumluluk hedefleri çerçevesinde Sağlık Çalışanlarının hoşgörü eğilimlerini ölçmek, düşük puanlı maddeler ile ilgili gerekli iyileştirmeleri yapmak ve Çalışanların hoşgörü eğilimlerini pozitif yönde artırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan kesitsel bir alan Araştırmasıdır.

Araştırmada Sağlık Çalışanlarının hoşgörü eğilimlerini ölçmek için Çalışkan ve Sağlam (2012) tarafından geliştirilen Hoşgörü Eğilim Ölçeği kullanılmış olup 18 ifadeden ve üç boyuttan (Değer, Kabul ve Empati) oluşmaktadır. Araştırmanın evrenini 1176 kişiden oluşan hastane Çalışanları oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından Çalışanlara gönüllülük esası çerçevesinde, kolayda örneklem yöntemi seçilerek anketler Mart ayı içerisinde 273 Sağlık Çalışanına uygulanmıştır. Anketlerden elde edilen veriler Jamovi 0.9.6.9 programında %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile analiz edilmiştir. Öncelikle analizlerde kullanılacak test tekniklerini belirlemek için dağılımın normalliği incelenmiş olup dağılım normal dağılım göstermediğinden analizlerde parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. İkili Karşılaştırmalar Mann Whitney testi, ikiden fazla grup Karşılaştırmaları ise Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Diğer taraftan sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki için ki-kare analizi tekniğinden faydalanılmıştır.



## BULGULAR

**Tablo 2.** Sosyo-Demografik Bulgular (N=273)

<i>Yaş</i>	<b>N</b>	<b>%</b>	<i>Eğitim durumu</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
18-25	59	21,6	Ortaöğretim	48	17,6
26-35	141	51,6	Ön Lisans	53	19,4
36-45	64	23,4	Lisans	137	50,2
46 ve üzeri	9	3,3	Yüksek Lisans	16	5,9
<i>Medeni durum</i>	<b>N</b>	<b>%</b>	Tıpta Uzmanlık	19	7,0
Bekar	103	37,7	<i>Görev yapılan bölüm</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evli	170	62,3	Poliklinik	19	7,0
<i>Cinsiyet</i>	<b>N</b>	<b>%</b>	Acil Servis	18	6,6
Erkek	62	22,7	Ameliyathane	22	8,1
Kadın	211	77,3	Cerrahi Klinikler	65	23,8
<i>Unvan</i>	<b>N</b>	<b>%</b>	Dahili Klinikler	51	18,7
Ebe	16	5,9	Laboratuvarlar	23	8,4
Hemşire	143	52,4	Yoğun Bakım Üniteleri	29	10,6
Sağlık Memuru	37	13,6	İdari Birimler	46	16,8
Tabip	27	9,9	<i>Görev yapılan süre</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diğer	16	5,9	0-2 yıl	110	40,3
Tıbbi Sekreter	11	4,0	3-5 yıl	68	24,9
Güvenlik	23	8,4	6-10 yıl	50	18,3
<i>Kadronun bağlı olduğu kurum</i>	<b>N</b>	<b>%</b>	11 yıl ve üzeri	45	16,5
Sağlık Bakanlığı	158	57,9	<i>Toplam</i>	<b>273</b>	<b>%100</b>
Yükseköğretim Kurumu (YÖK)	115	42,1			

Tablo 1'deki bilgilere göre Çalışanların yaş ortalaması 32'dir. Katılımcıların en düşük yaşı 19, en yüksek yaşı ise 56'dır. Evlilerin oranı bekarlardan oldukça yüksektir. Katılımcıların yarısından fazlasını hemşireler (%52,4) ve yarısını lisans mezunu olanlar (%50,2) oluşturmuştur. Kadrosu Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Çalışanların oranı (%57,9) Yükseköğretim Kurumu (YÖK)'e bağlı Çalışanların oranından (%42,1) daha yüksektir. Cerrahi kliniklerden ankete katılım oranı diğer bölümlere göre en yüksektir (%23,8).

**Tablo 3.** Güvenirlilik Analizi

Ölçek ve alt boyutları	Cronbach's Alfa Katsayısı	İfade Sayısı
<i>Genel Hoşgörü</i>	,935	18
<i>Değer</i>	,889	9
<i>Kabul</i>	,852	5
<i>Empati</i>	,850	4

Ölçek ve alt boyutlarının güvenilirlik analizine göre Cronbach's alfa ( $\alpha$ ) değerleri Tablo 2'de gösterilmektedir. Genel kabul edilmiş Cronbach's alfa değerlerine göre genel hoşgörü (0,935) güvenilirlik katsayı değeri yüksek bulunmuştur. Genel hoşgörü ölçeği alt boyutlarında da yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.** Normallik Testi

Ölçek ve Alt Boyutları	Shapiro-Wilk		
	İstatistik	sd	p
Genel Hoşgörü	,943	271	<0,001
Değer	,922	271	<0,001
Kabul	,954	271	<0,001
Empati	,913	271	<0,001

sd: serbestlik derecesi; p: İstatistiksel Anlamlılık Değeri

Tablo 3'te sunulan Shapiro-Wilk normallik testi sonuçlarına göre dağılım normal dağılım göstermediğinden analizlerde parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. İkili Karşılaştırmalar Mann Whitney testi, ikiden fazla grup Karşılaştırmaları ise Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır.

**Tablo 5.** Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırma (N=273)

Ölçek ve Alt Boyutları	Yaş Aralığı	N	Ortalama	ss	sh	p
Genel Hoşgörü	18-25	59	77,7	8,09	1,053	0,377
	26-35	141	74,7	10,20	0,859	
	36-45	64	75,5	9,14	1,142	
	46 ve üzeri	9	74,7	7,04	2,345	
Değer	18-25	59	39,8	4,07	0,529	0,201
	26-35	141	38,2	4,96	0,417	
	36-45	64	38,4	4,84	0,605	
	46 ve üzeri	9	38,0	3,24	1,080	
Kabul	18-25	59	19,8	2,96	0,385	0,823
	26-35	141	19,3	3,76	0,316	
	36-45	64	19,8	3,42	0,427	
	46 ve üzeri	9	19,2	2,77	0,925	
Empati	18-25	59	18,1	1,88	0,245	0,117
	26-35	141	17,2	2,52	0,212	
	36-45	64	17,3	2,11	0,264	
	46 ve üzeri	9	17,4	1,59	0,530	

p: İstatistiksel Anlamlılık Değeri; ss: standart sapma; sh: standart hata

Tablo 4'te yaş durumuna göre Karşılaştırmalar gösterilmektedir. Analizde ikiden fazla grup Karşılaştırmalarında parametrik olmayan test tekniklerinden Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda p değeri hem genel ölçek boyutunda hem de ölçeğin alt boyutlarında ( $p>0,05$ ) olduğu için yaş grupları arasında hoşgörü eğilimi ve alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Genel hoşgörü ölçeği düzeyinde yaş grubu en düşük olanların (18-25 yaş) hoşgörü eğilimi en yüksektir.

**Tablo 6.** Cinsiyete Göre Karşılaştırma (N=273)

Ölçek ve Alt Boyutları	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortanca	ss	sh	p
Genel Hoşgörü	Erkek	62	75,29	75,00	12,46	1,583	,776
	Kadın	211	75,61	74,00	8,43	0,580	
Değer	Erkek	62	38,29	40,00	6,45	0,819	,465
	Kadın	211	38,64	38,00	4,10	0,282	
Kabul	Erkek	62	19,63	19,50	4,17	0,530	,864
	Kadın	211	19,54	19,00	3,26	0,225	
Empati	Erkek	62	17,37	18,00	2,79	0,355	,763
	Kadın	211	17,43	18,00	2,13	0,147	

Tablo 5'te cinsiyete göre karşılaştırma sonuçları gösterilmektedir. Analizde iki grup arasındaki Karşılaştırmalarda parametrik olmayan test tekniklerinden Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda p değeri hem genel ölçek boyutunda hem de ölçeğin alt boyutlarında ( $p>0,05$ ) olduğu için cinsiyete göre hoşgörü eğilimi ve alt boyutları Açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Genel hoşgörü puanları Açısından kadınların ortalaması erkeklerden yüksektir. Yalnızca kabul boyutunda erkeklerin ortalaması kadınlardan yüksektir.

**Tablo 7. Medeni Duruma Göre Karşılaştırma (N=273)**

Ölçek ve Alt Boyutları	Medeni Durum	N	Ortalama	Ortanca	ss	sh	p
Genel Hoşgörü	Bekar	103	76,64	75,00	8,36	0,824	,326
	Evli	170	74,86	74,00	10,05	0,770	
Değer	Bekar	103	39,05	38,00	4,25	0,419	,425
	Evli	170	38,26	39,00	4,98	0,382	
Kabul	Bekar	103	19,60	19,00	3,27	0,322	,829
	Evli	170	19,53	20,00	3,61	0,277	
Empati	Bekar	103	17,99	18,00	1,92	0,189	,002*
	Evli	170	17,06	17,00	2,43	0,187	

\*p<0,01 İstatistiksel Anlamlılık Değeri

Tablo 6’da medeni duruma göre karşılaştırmalar gösterilmektedir. Analiz Mann-Whitney testi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda p değeri >0,05 olduğundan genel hoşgörü boyutunda anlamlı farklılık yoktur. Ölçeğin alt boyutlarında empati boyutunda (p<0,05) olduğundan anlamlı farklılık bulunmakta olup, diğer boyutlar (değer ve kabul) için p>0,05 olduğu için anlamlı farklılık yoktur. Yalnızca empati alt boyutunda anlamlı bir farklılık vardır. Bekarların ortalaması evlilerden yüksektir. Buna göre bekarlar evlilere göre daha empatiktir, denilebilir.

**Tablo 8. Eğitim Duruma Göre Karşılaştırma (N=273)**

Ölçek ve Alt Boyutları	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	Ortanca	ss	sh	p
Genel Hoşgörü	Ortaöğretim	48	75,52	74,00	9,97	1,440	,416
	Ön Lisans	53	72,96	72,00	11,21	1,540	
	Lisans	137	76,40	76,00	8,48	0,724	
	Yüksek Lisans	16	76,44	75,00	10,24	2,561	
	Tıpta Uzmanlık	19	75,68	75,00	8,68	1,991	
Değer	Ortaöğretim	48	38,48	38,00	4,96	0,716	,160
	Ön Lisans	53	36,96	36,96	5,5	0,756	
	Lisans	137	39,10	37,00	4,11	0,352	
	Yüksek Lisans	16	38,44	39,10	5,78	1,446	
	Tıpta Uzmanlık	19	39,42	39,00	4,36	1,001	
Kabul	Ortaöğretim	48	19,85	19,00	3,64	0,525	,481
	Ön Lisans	53	19,00	18,89	3,65	0,502	
	Lisans	137	18,89	19,00	3,39	0,290	
	Yüksek Lisans	16	19,00	19,69	3,55	0,887	
	Tıpta Uzmanlık	19	19,69	20,00	3,25	0,745	
Empati	Ortaöğretim	48	17,19	18,00	2,52	0,364	,730
	Ön Lisans	53	18,00	17,11	2,75	0,378	
	Lisans	137	17,11	17,00	2,1	0,179	
	Yüksek Lisans	16	17,00	17,61	1,81	0,452	
	Tıpta Uzmanlık	19	17,61	18,00	2,03	0,467	

Tablo 7’de eğitim durumuna göre karşılaştırmalar gösterilmektedir. Analizde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda p değeri hem genel ölçek boyutunda hem de ölçeğin alt boyutlarında (p>0,05) olduğu için eğitim durumları arasında hoşgörü eğilimi ve alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Yüksek lisans mezunu olanların genel hoşgörü ortalaması diğer mezun gruplara göre en yüksektir. Değer boyutunda tıpta uzmanlık yapanların ortalaması diğer gruplara göre yüksektir. Kabul boyutunda ortaöğretim mezunu olanların ortalaması diğer gruplara göre yüksektir. Empati boyutunda önlisans mezunu olanların ortalaması diğer gruplara göre yüksektir.

**Tablo 9.** Unvana Göre Karşılaştırma (N=273)

Ölçek ve Alt Boyutları	Unvan	N	Ortalama	Ortanca	p
Genel Hoşgörü	Ebe	16	74,3	74,5	,337
	Hemşire	143	76,6	75	
	Sağlık Memuru	37	74,8	74	
	Tabip	27	75,3	75	
	Diğer	16	76,8	76	
	Tıbbi Sekreter	11	74	72	
	Güvenlik	23	71,3	71	
Değer	Ebe	16	38,2	38	,124
	Hemşire	143	39	39	
	Sağlık Memuru	37	37,9	38	
	Tabip	27	39,3	39	
	Diğer	16	39,3	39,5	
	Tıbbi Sekreter	11	37,4	39	
	Güvenlik	23	36,1	36	
Kabul	Ebe	16	18,9	19	,393
	Hemşire	143	19,9	20	
	Sağlık Memuru	37	19,2	20	
	Tabip	27	18,9	18	
	Diğer	16	20,1	20	
	Tıbbi Sekreter	11	20,1	19	
	Güvenlik	23	18,4	18	
Empati	Ebe	16	17,1	18	,402
	Hemşire	143	17,6	18	
	Sağlık Memuru	37	17,6	18	
	Tabip	27	17,1	17	
	Diğer	16	17,4	18	
	Tıbbi Sekreter	11	16,5	16	
	Güvenlik	23	16,8	17	

Tablo 8’de unvan durumuna göre karşılaştırmalar gösterilmektedir. Analizde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda p değeri hem genel ölçek boyutunda hem de ölçeğin alt boyutlarında ( $p>0,05$ ) olduğu için eğitim durumları arasında hoşgörü eğilimi ve alt boyutları Açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Güvenlik personelinin genel hoşgörü puan ortalaması ( $\bar{x}=71,3$ ) diğer meslek gruplarına göre en düşük düzeydedir. Değer alt boyutunda tabip ve diğer personelin ortalamaları en yüksek ve birbirine eşittir ( $\bar{x}=39,3$ ).

**Tablo 10.** Cinsiyet ve Görev Yapılan Bölüme Göre ki-kare Analizi

Cinsiyet	Görev Yapılan Bölüm									Toplam	sd	$\chi^2$	p
	Poliklinik	Acil Servis	Ameliyathane	Cerrahi Klinikler	Dahili Klinikler	Laboratuvarlar	Yoğun Bakım Üniteleri	İdari Birimler					
Erkek	3	6	1	16	11	3	3	19	62	7	18,795	,009*	
Kadın	16	12	21	49	40	20	26	27	211				
Toplam	19	18	22	65	51	23	29	46	273				

\*  $p<0,01$  (İstatistiksel anlamlılık değeri)

Tablo 9’da görüldüğü gibi, görev yapılan bölümün cinsiyet değişkenine Bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan kay-kare (chi-square) testi sonucunda değişkenler arasındaki Bağımlılık,

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=18,795$ ;  $p<0,01$ ). Görev yapılan bölüm ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

**Tablo 11.** Kadronun Bağlı Olduğu Kurum ve Görev Yapılan Bölüme Göre kay-kare Analizi

		Görev Yapılan Bölüm								Toplam	sd	$\chi^2$	p
		Poliklinik	Acil Servis	Ameliyathane	Cerrahi Klinikler	Dahili Klinikler	Laboratuvarlar	Yoğun Bakım Üniteleri	İdari Birimler				
Kadronun Bağlı Olduğu Kurum	Sağlık Bakanlığı	16	12	9	32	29	14	10	36	158	7	25,0	,001*
	YÖK	3	6	13	33	22	9	19	10	115			
Toplam		19	18	22	65	51	23	29	46	273			

\*  $p<0,01$  (İstatistiksel anlamlılık değeri)

Tablo 10’da görüldüğü gibi, görev yapılan bölümün kadronun bağlı olduğu kurum değişkenine Bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan kay-kare (chi-square) testi sonucunda değişkenler arasındaki Bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=25,0$ ;  $p<0,01$ ). Görev yapılan bölüm ile kadronun bağlı olduğu kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Çalışma yapılan hastane YÖK’e bağlı bir hastane olup afilliye (iş birliği) olma durumu göz önüne alınırsa kadrosu YÖK’e bağlı olan personellerin lehine bir durum olması muhtemeldir.

## SONUÇ

Yapılan çalışmada elde edilen analiz sonuçlarına göre evlilerin oranı bekarlardan oldukça yüksektir. Katılımcıların yarısından fazlası hemşire ve yarısı lisans mezunlarından oluşmuştur. Kadrosu Sağlık Bakanlığına bağlı olanların oranı (%57,9) YÖK’e bağlı olanlardan (%42,1) daha yüksektir. Cerrahi kliniklerden ankete katılım oranı diğer bölümlere göre en yüksektir (%23,8).

İkili ve ikiden fazla grup Karşılaştırma analizlerinde yaş grupları arasında hoşgörü eğilimi ve alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Cinsiyete, medeni duruma (empati boyutu hariç), eğitim durumuna ve unvana göre hoşgörü eğilimi ve alt boyutları Açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Elde edilen sonuçlar çerçevesinde bekar olanların evlilere göre daha empatik olduğu söylenebilir.

Görev yapılan bölümün cinsiyet değişkenine Bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan kay-kare (chi-square) testi sonucunda değişkenler arasındaki Bağımlılık, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=18,795$ ;  $p<0,01$ ).

Görev yapılan bölümün kadronun bağlı olduğu kurum değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan kay-kare (chi-square) testi sonucunda değişkenler arasındaki Bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=25,0$ ;  $p<0,01$ ). Görev yapılan bölüm ile kadronun bağlı olduğu kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Çalışma yapılan hastane YÖK’e bağlı bir hastane olup afilliye (iş birliği) olma durumu göz önüne alınırsa hoşgörü eğilimlerinin kadrosu Sağlık Bakanlığına bağlı personele karşı YÖK’e bağlı olan personelin lehine bir durum olması muhtemeldir.

Araştırmada tanımlayıcı bilgiler ışığında unvan Bazında güvenlik personellerinin hoşgörü eğilim puanları en düşüktür. Hastanede güvenlik personellerinin danışma gibi hizmet vermelerinin bunda etkili olabileceği düşünülmektedir. Diğer meslek grubu olanların (eczacı, diyetisyen, biyolog, fizyoterapist, teknikerler ve teknisyenler, vb.) ortalaması en yüksektir. Bunu hemşire grubu takip etmektedir. Literatür taraması neticesinde Sağlık alanından bu konu üzerine yapılan herhangi bir Çalışmaya rastlanmamıştır. Hem hastanelerde hem de sağlık alanında hizmet veren diğer Sağlık kuruluşlarında Araştırma yapılarak Karşılaştırma yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Aslan, Ö. (2001). Hoşgörü ve Tolerans kavramlarına Etimolojik Açıdan Analitik Bir Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 5(2):357-380.

Çalışkan, H. ve Sağlam, H. İ. (2012). Hoşgörü eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve ilköğretim öğrencilerinin hoşgörü eğilimlerinin çeşitli değişkenler Açısından incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 12(2), 1431-1446.

Fox, J., & Weisberg, S. (2018). *car: Companion to Applied Regression*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=car>.

Janmaat, J.G., Keating, A. (2019). Are today's youth more tolerant? Trends in tolerance among young people in Britain. *Ethnicities*. 19(1):44–65.

R Core Team (2018). *R: A Language and environment for statistical computing*. [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/>.

Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.

The jamovi project (2019). *jamovi*. (Version 0.9) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük, Erişim Tarihi: 30.05.2019

## ÖRGÜTSEL SESSİZLİĞE NEDEN OLAN İNANIŞLAR: ÇALIŞAN SESLİLİĞİNE VE SESSİZLİĞİNE ETKİLERİ\*\*

### BELIEFS CAUSING ORGANIZATIONAL SILENCE: THE EFFECTS ON EMPLOYEE VOICES AND SILENCE<sup>1</sup>

Dr. Öğr. Üyesi Safiye ŞAHİN [1]  
Doç. Dr. Bilal ÇANKIR [2]  
Öğr. Gör. Bahar SEREZ ARSLAN [3]

#### ABSTRACT

**Research Problem:** Implicit voice theories are the unconscious beliefs that cause organizational silence. These beliefs are important because they prevent employees from expressing their suggestions for the benefit of the organization. With this study, it is aimed to contribute to the current literature and the managers in the institutions about employees' beliefs which cause organizational silence and prevent the employees from expressing their suggestions for the benefit of the organization.

**Aim of the Study:** The aim of this study was to translate into Turkish and test the validity and reliability analysis of two sub-dimensions of implicit voice theories scale ("don't embarrass the boss in public" and "negative career consequences of voice") which was developed by Detert and Edmondson (2011) in the context of Turkey. In addition, another aim of this study is to test the moderation effect of power distance and proactive personality on the relationship between implicit voice theories and voice – silence behavior.

**Methods:** The sample of the study consisted of 494 participants, who are the health personnel working in hospitals (n=) and who are working in the education sector (n=) in Edirne. Data were collected in 2018.

**Findings and Conclusion:** Discriminant, convergent and predictive validity of the two sub-dimensions of the implicit voice theories were analyzed and validated. The average mean of power distance, "don't embarrass the boss in public", "negative career consequences of voice" and silence behavior were found to be significantly higher in health care sector than in the education sector ( $p<0,05$ ). While the average of proactive personality was significantly higher in the education sector than the health sector ( $p<0,05$ ), it was found that the average of the voice behavior did not differ significantly compared to the sector ( $p>0,05$ ). While "negative career consequences of voice" and power distance predicted silence behavior ( $R^2=0,36$ ;  $p<0,01$ ), "don't embarrass the boss in public" and proactive personality predicted voice behavior ( $R^2=0,15$ ;  $p<0,01$ ). Implicit voice theories have been found to be the predictors of silence on their own rather than interacting with other contextual factors (power distance and proactive personality).

**Key Words:** Implicit voice theories, voice behavior, silence behavior, power distance, proactive personality.

#### GİRİŞ

Organizasyonların başarılı olabilmesi için dikey iletişim çok önemlidir. Çalışanlar kendilerinden hiyerarşik olarak daha üst pozisyonda olan yöneticileri ile konuşarak, yasadışı ve etik olmayan davranışların görülme sıklığını azaltabilirler, kötü davranışları ve haksızlıkları dile getirebilirler, gelişim için problemler ve fırsatlar konusunda müdahale yetkisi olan yöneticilerin dikkatini çekebilirler (Detert ve Edmondson, 2011). Organizasyonlarda düzey ve görev fark etmeksizin her Çalışan günlük işlerinde çeşitli problemlerle karşılaşmakta ve çeşitli çözüm önerileri getirmektedir. Ancak, söyleyecek yararlı

\*\* **Teşekkür Metni:** "Bu çalışma, 118B056 numaralı Tübitak 4005 projesi kapsamında düzenlenen eğitim ve etkinliklerle geliştirilmiştir."

[1] İstanbul Medeniyet Üniversitesi/Sağlık Yönetimi Bölümü/Turkey/safiye.sahin@medeniyet.edu.tr

[2] İstanbul Medeniyet Üniversitesi/Siyasal Bilgiler Fakültesi/Yönetim ve Organizasyon/ Turkey

[3] Kırklareli Üniversitesi/Sağlık Hizmetleri MYO/Türkiye

<sup>1</sup> **Acknowledgement:** "This study has been developed by training and activities organized within the scope of Tübitak 4005 project numbered 118B056."

fikirlerinin olduğuna inanmalarına rağmen, Çalışanlar genellikle susmayı (sessiz kalmayı) konuşmaya tercih etmektedirler (Milliken, Morrison, ve Hewlin, 2003; Ryan ve Oestrich, 1998).

Literatürde örgütsel sessizliğin ve çalışan sesliliğinin iki ana kanaate dayandırıldığı görülmektedir. Bunlardan ilki sessizliğin ve sesliliğin bireysel ve örgütsel öncülleri ile ilgilenmektedir. Bireysel farklılıklar, kişilik özellikleri, lider davranışları ve örgüt iklimi, psikolojik güvenlik gibi faktörler bu yaklaşıma örnek olarak verilebilir (Ashford et al., 1998; Detert ve Burris, 2007; LePine ve Van Dyne, 2001; Van Dyne ve LePine, 1998). İkincisi ise Çalışanların herhangi bir fikir ve görüşü belirtmenin tehlikeli olduğuna inanması ile ilgili olan bilinçaltı, sorgulamadan kabul edilen İnanışlardır.

Bu Çalışmada örgütsel sessizlik ve Çalışan sesliliği ile ilgili her iki kanaati de içeren kapsamlı bir Araştırma modeli test edilecektir. Öncelikle, Detert ve Edmondson (2011) tarafından geliştirilmiş olan “Örtük Ses Çıkarma İnanışları” ölçeği Türkçeye uyarlanarak Türkiye bağlamında bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizini yapılacaktır. Ayrıca, örtük ses çıkarma İnanışlarının Çalışanların ses çıkarma davranışları üzerindeki etkisi belirlenecektir. Günümüzde değişkenler arasındaki ilişkileri açığa çıkarmak kadar bu ilişkilerin arasındaki düzenleyici mekanizmaları da ortaya çıkarmak önemlidir (Baron ve Kenny, 1986). Buradan yola çıkarak, bu Araştırma kapsamında birisi bireysel diğeri örgütsel faktör olmak üzere iki düzenleyici (moderatör) değişken belirlenmiştir. Örtük ses çıkarma İnanışlarının ses çıkarma üzerindeki etkisinde proaktif kişiliğin ve güç mesafesinin düzenleyici rolünü test edilecektir.

Araştırma Bağımsız değişkeni örtük ses çıkarma teorileridir. Örgütsel sessizliğe neden olan bilinçaltı, sorgulamadan kabul edilen İnanışlardır. Bu İnanışlar, Çalışanların örgüt yararına olacak önerilerini dile getirmelerini önlediği için önemlidir (Detert ve Edmondson, 2011). Beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; varsayılan hedef tanımlama, ses çıkarma için somut veri veya çözümler, yöneticiyi pas geçmeme, yöneticiyi herkesin önünde utandırmama ve ses çıkarmanın olumsuz kariyer sonuçlarıdır. Bu Çalışmaya yalnızca yöneticiyi herkesin önünde utandırmama ve ses çıkarmanın olumsuz kariyer sonuçları alt boyutları dâhil edilmiştir.

Araştırmanın Bağımlı değişkenleri ise sessizlik ve seslilik davranışdır. Ses çıkarma davranışından söz edebilmek için örgütle alakalı, açıkça anlaşılır, Çalışma ortamı ile ilişkili ve örgüt içerisinden birisine ulaştırılmış olması gerekmektedir. Ses çıkartma sadece sözlü olarak yapılmamakta, ayrıca elektronik posta ve diğer iletişim kanallarıyla ulaştırılabilmektedir (Çankır, 2016). Ses çıkarma davranışı Maynes ve Podsakoff (2014)’a göre pozitif ve negatif ses çıkarma davranışı olmak üzere iki ana alt boyuta ve yine iki ana boyut altında ikiye ayrılır (Destekleyici ve yapıcı; yıkıcı ve savunmacı) alt boyuta sahiptir. Bu Çalışma kapsamında yalnızca pozitif ses çıkarma davranışı temel alınmıştır. Pozitif ses çıkartma davranışı değişim için inovatif fikir beyan etme ve başkaları hemfikir olmasalar dahi standart süreçler için gerekli düzeltme önerileri geliştirmeyi de kapsamaktadır. Çalışanların işleriyle alakalı kıymetli gördüğü politikalar, programlar, hedefler, süreçler vb. için Çalıştığı yere yardımcı olmak veya mesnetsiz eleştiriler karşısında, bu değerleri korumak için ve/veya kurumun büyümesi ve yapılan faaliyetlerin daha etkin ve verimli yürütülebilmesi için yapıcı ve geliştirici öneriler geliştirmesi ve bunu çeşitli iletişim kanallarıyla Çalışma arkadaşları ve yöneticileri ile gönüllü bir şekilde paylaşmasına pozitif ses çıkarma denilmektedir (Çankır, 2016).

Araştırmanın düzenleyici değişkenleri ise proaktif kişilik ve güç mesafesidir. Crant (2000:436), proaktif kişiliği “mevcut koşulları geliştirmek amacıyla inisiyatif almak, pasif kalarak mevcut koşullara adapte olmaktan çok statükoya meydan okumak” olarak tanımlamıştır. Grant ve Ashford’a (2008:8) göre ise; proaktif kişilik, Çalışanların kendilerini ve/veya çevrelerini etki altına aldığı ileriye yönelik davranışlar sergilemesidir. Proaktivite, Çalışanlar tarafından kendilerine ve çevrelerine etkide bulunmak amacıyla yapılan ileriye dönük aktivitelerdir (Grant ve diğerleri, 2009:32). Organizasyonlar proaktif kişiliğe sahip Çalışanlardan geniş ölçüde yararlar sağlamaktadırlar. Önemli konuların Çalışanlar tarafından dile getirilmesini, yöneticilerin ikna edilmesini, iş metotlarının geliştirilmesi için görev alınmasını da içeren olumlu yönleri vardır. Güç mesafesi ise toplumdaki bütün bireylerin eşit olmadığı gerçeğini ele alır ve kültürün, aramızdaki bu güç eşitsizliklerine karşı tutumu temelinde açıklanmıştır. Herkesin benzersiz olması, hepimizin eşit olmadığı anlamına gelir. Eşitsizliğin en bariz yönlerinden biri, her bir bireyin diğer bireylere uyguladığı veya uygulayabileceği güç miktarıdır. Güç mesafesi, bir ülkedeki kurumların ve kuruluşların daha az güçlü üyelerinin, gücün eşit olmayan bir şekilde dağıtılmasını beklediği ve kabul ettiği ölçüde tanımlanmaktadır. Bir toplumun eşitsizliğinin, liderler kadar takipçiler tarafından da onaylandığı gerçeğiyle ilgilidir (Hofstede, 1983:75-89). Güç mesafesinin yüksek olduğu kurumlarda



Çalışanların sessiz kalma eğiliminde olduğunu gösteren Araştırmalar mevcuttur (Huang vd. 2005; Acaray ve Şevik, 2016).

## YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmanın örneklemini Edirne’de hastanelerde Çalışan Sağlık personelleri (n=277) ile eğitim sektöründe Çalışan (n=217) toplam 494 katılımcı oluşturmuştur. Örneklemeye ait tanımlayıcı veriler Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1: Örneklemeye ait tanımlayıcı veriler**

Değişkenler	Sağlık sektörü			Eğitim sektörü		
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.
<b>Cinsiyet</b> (1=Kadın)	272	0,32	0,47	217	0,48	0,50
<b>Medeni Durum</b> (1=Evli)	272	0,53	0,50	217	0,71	0,45
<b>Yöneticilik Durumu</b> (1=Yönetici)	270	0,11	0,31	217	0,10	0,30
<b>Yaş</b>	272	32,17	8,10	217	35,53	9,18
<b>Toplam Kurum Deneyimi</b>	270	6,77	6,29	215	4,84	4,44

### Ölçekler

Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma değişkenlerini ölçmek amacıyla aşağıda yer alan ölçekler kullanılmıştır. Bütün ölçekler 5’li Likert tipi ölçeklerdir (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum):

**Örtük Ses Çıkarma İnanışları:** Detert ve Edmondson (2011) tarafından geliştirilen ve bu Araştırma kapsamında Araştırmacılar tarafından Türkçeye uyarlanan iki boyuttan ve toplam 8 sorudan oluşan ölçek kullanılmıştır. Altboyutlar; yöneticiyi herkesin önünde utandırmama ve konuşmanın olumsuz kariyer sonuçlarıdır. “Yöneticimle daha önceden görüşmeden, direkt grup önünde konuşmak onu kötü bir duruma düşüreceğinden iyi bir fikir değildir” ifadesi yöneticiyi herkesin önünde utandırmama alt boyutuna, “Günümüz dünyasında ilerleme fırsatlarından yararlanabilmem için, geliştirilmesi gereken şeyleri sorumlu kişilere belirtirken dikkatli olmalıyım” ifadesi konuşmanın olumsuz kariyer sonuçları alt boyutuna ait örnek ifadelerdir. Detert ve Edmondson (2011), yöneticiyi herkesin önünde utandırmama ve konuşmanın olumsuz kariyer sonuçları alt boyutlarının Cronbach’s Alpha katsayılarını sırasıyla 0,77 ve 0,76 olarak raporlamıştır.

**Ses çıkarma:** Maynes, ve Podsakoff, (2014) tarafından geliştirilen ve Çankır (2016) tarafından Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılan 5 sorudan oluşan yapıcı ses çıkarma boyutunu ölçen ölçek kullanılmıştır.

**Güç mesafesi:** Arkan (2011) tarafından geliştirilen 7 sorudan oluşan ölçek kullanılmıştır.

**Proaktif kişilik:** Bateman ve Crant (1993) tarafından geliştirilen ve Akın ve Arıcı (2015) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılan 10 sorudan oluşan ölçek kullanılmıştır.

**Örgütsel sessizlik:** Van Dyne, Ang ve Botero (2003) tarafından geliştirilen ve Erdoğan (2011) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçekteki 5 sorudan oluşan savunmacı sessizlik alt boyutu kullanılmıştır.



## Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 22 ve LISREL 8.80 programları kullanılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğunu belirlemek için ölçek ortalamalarına ait tanımlayıcı verilerden çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun göstergesi olarak Kline (2011)'e göre çarpıklık değerinin  $\pm 3$ 'ün, basıklık değerinin ise  $\pm 10$ 'un üzerinde olmaması gerekmektedir. Buna göre verilerin normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla parametrik testler kullanılmıştır.

## BULGULAR

Örtük Ses Çıkarma Teorileri ölçeğinin iki alt boyutunun yakınsama, ayırt edicilik ve yordama geçerliliği analiz edilmiş ve geçerliliği kanıtlanmıştır. Güç mesafesi, grup içinde fikir beyan etmeyip, yönetici ile baş başa konuşma, konuşmanın kariyere engel olacağı inancı ve sessizlik davranışının ortalaması Sağlık Çalışanlarında eğitim sektöründe Çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Proaktif kişilik ortalaması eğitim sektöründe Çalışanlarda Sağlık Çalışanlarına göre anlamlı olarak yüksek bulunurken ( $p < 0,05$ ), seslilik davranışının ortalamasının sektöre göre anlamlı olarak farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ). Konuşmanın kariyere engel olacağı inancı ile güç mesafesi sessizlik davranışını yordamakta iken ( $R^2 = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ), grup içinde fikir beyan etmeyip, yönetici ile baş başa konuşma ve proaktif kişilik seslilik davranışını yordamaktadır ( $R^2 = 0,15$ ;  $p < 0,01$ ). Örtük ses çıkarma teorilerinin diğer bağlamsal faktörlerle (güç mesafesi ve proaktif kişilik) etkileşime girmekten ziyade kendi başına sessizliğin öncülü olduğu belirlenmiştir.

## SONUÇ

Örtük ses çıkarma teorileri ölçeğinin; yakınsama, diskriminant ve yordama geçerliliği analiz edilmiştir ve Türkiye örneğinde geçerliliği test edilerek Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin alındığı makalede (Detert ve Edmondson, 2011); yapılan bir takım robustness kontroller sonucunda örtük ses çıkarma teorilerinin diğer bağlamsal faktörlerle etkileşime girmekten ziyade kendi başına sessizliğin öncülü olduğu belirlenmiştir. Bu Araştırmanın sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir.

Örtük ses çıkarma teorileri örgütsel öğrenmenin önündeki engeldir. Yöneticiler ve kurumlar örgütsel sessizliğe neden olan faktörleri ortadan kaldırsalar bile, örtük ses çıkarma teorileri değerli bilgilerin paylaşılmasını engelleyebilir. Yöneticilerin bu inanışlara sahip Çalışanları fikirlerini söylemeleri için cesaretlendirmelidir.

## KAYNAKLAR

- Acaray, A., ve Şevik, N. (2016). Kültürel Boyutların Örgütsel Sessizliğe Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 34(4), 1-18.
- Akın, A., & Özcan, N. A. (2015). Short Turkish Version of Proactive Scale: A Study of Validity and Reliability. Mevlana International Journal of Education (MIJE), 5(1), 165-172.
- Arıkan, S. (2011). İşyerinde kullanılan politik taktiklere yönelik olası bireysel önceller üzerine bir Araştırma. Türk Psikoloji Dergisi, 26(68), 52-71.
- Ashford, S. J., Rothbard, N. P., Piderit, S. K., & Dutton, J. E. 1998. Out on a limb: The role of context and impression management in selling gender-equity issues. Administrative Science Quarterly, 43: 23–57.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of personality and social psychology, 51(6), 1173.
- Bateman, T. S., & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates. Journal of organizational behavior, 14(2), 103-118.
- Crant, J. M. (2000). Proactive behavior in organizations. Journal of management, 26(3), 435-462.
- Çankır, B. (2016). Çalışanlarda Pozitif Ses Çıkartma Davranışı Nasıl Oluşur? Örgütsel Güven, Psikolojik Sözleşme İhlali, Lider-Üye Etkileşimi İle Pozitif Ses Çıkarma Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 5.2, 1-12.

- Detert, J. R., & Burris, E. R. (2007). Leadership behavior and employee voice: Is the door really open?. *Academy of management journal*, 50(4), 869-884.
- Detert, J. R., & Edmondson, A. C. (2011). Implicit voice theories: Taken-for-granted rules of self-censorship at work. *Academy of management journal*, 54(3), 461-488.
- Erdoğan, E. (2011). Etkili liderlik örgütsel sessizlik ve performans ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Gebze.
- Grant, A. M., Parker, S., & Collins, C. (2009). Getting credit for proactive behavior: Supervisor reactions depend on what you value and how you feel. *Personnel Psychology*, 62(1), 31-55.
- Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in organizational behavior*, 28, 3-34.
- Hofstede, G. (1983). The cultural relativity of organizational practices and theories. *Journal of international business studies*, 14(2), 75-89.
- Huang, X., Van de Vliert, E., & Van der Vegt, G. (2005). Breaking the silence culture: Stimulation of participation and employee opinion withholding cross-nationally. *Management and organization review*, 1(3), 459-482.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation. Modeling.*(3rd.)
- LePine, J. A., & Van Dyne, L. (2001). Voice and cooperative behavior as contrasting forms of contextual performance: evidence of differential relationships with big five personality characteristics and cognitive ability. *Journal of applied psychology*, 86(2), 326.
- Maynes, T. D., & Podsakoff, P. M. (2014). Speaking more broadly: An examination of the nature, antecedents, and consequences of an expanded set of employee voice behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 99(1), 87.
- Milliken, F. J., Morrison, E. W., & Hewlin, P. F. (2003). An exploratory study of employee silence: Issues that employees don't communicate upward and why. *Journal of management studies*, 40(6), 1453-1476.
- Ryan, K. D., & Oestreich, D. K. (1998). Driving fear out of the workplace: Creating the high-trust, high-performance organization. Jossey-Bass.
- Van Dyne, L., & LePine, J. A. (1998). Helping and voice extra-role behaviors: Evidence of construct and predictive validity. *Academy of Management journal*, 41(1), 108-119.
- Van Dyne, L., Ang, S., & Botero, I. C. (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of management studies*, 40(6), 1359-1392.

## SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN İDARİ PERSONELLERİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE NOMOFOBİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND NOMOPHOBIA LEVELS OF ADMINISTRATIVE STAFFS WORKING IN HEALTH INSTITUTIONS

Yunus Emre ÖZTÜRK<sup>1</sup>  
Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Today, the use of the internet is spreading rapidly and reaches the level of addiction. In cases where internet addiction reaches an advanced level, deprivation leads to serious psychological consequences in individuals. In today's technology development, businesses need to be able to use both human resources and technology well in order to achieve their goals. Business life, which makes internet usage mandatory in all areas, makes it compulsory to consider the internet usage situations of employees in enterprises.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to examine the relationship between the level of nomofobias and organizational commitment levels of administrative staff working in health institutions.

**Method:** This research is descriptive. The research population is composed of administrative staff of a state hospital located in the city center of Konya. 210 administrative personnel, which were achieved with easy sampling method, were included in the study. Nomofobi and organizational commitment scales were used for data collection. In the analysis of data, frequency analysis, t and Anova tests were performed in independent groups using SPSS 22.0 program. In addition, correlation analysis was performed.

**Findings and Results:** According to the results of this study on administrative staff working in health institutions, there was a significant difference between the organizational commitment and nomophobic levels of the participants compared to gender. Organizational commitment and nomophobia levels, of female participants are higher. There is a difference in significance between nomophobic levels according to marital status variables. The nomophobia levels of singles are higher than married ones. There was no statistically significant difference between the organizational commitment and nomophobia levels of the participants according to education, age and working time variables. On the other hand, there was a low positive correlation between nomophobia and organizational commitment levels.

**Key Words:** Health Institutions, Administrative Staff, Nomophobia, Organizational Commitment,

#### GİRİŞ

Günümüzde teknoloji insan yaşamında önemli bir yer kaplamaktadır. Teknolojik araç ve gereçler olarak telefon, tablet ve televizyon insan yaşamını büyük ölçüde kolaylaştırmakta ve kolay erişilebilirlik durumunu sunmaktadır. Bireysel kullanılan teknolojik aletler mümkün olan her yer ve zamanda aile üyeleri ya da arkadaşlarla bağlantı kurmak, internete bağlanmak, oyun oynamak ve müzik dinlemek vb. hoş vakit geçirmek gibi birçok imkan sunmaktadır. Bu imkanlar zaman ve mekandan bağımsız ve hızlı olarak, ifade özgürlüğü, hiyerarşik yapıdan uzaklaşma, kolay bilgi paylaşımı ve katılımı artırma gibi hayatı kolaylaştıran birçok eylem kazandırmıştır (Toda ve ark. 2006:1278). Gelişen teknoloji ve dijitalleşme ile insan yaşamı da değişmiş ve dönüşmüştür (Polat 2017:165). Öyle ki literatürde gündelik hayatta vazgeçilmez hale gelen dijital araçlardan biri olan akıllı telefondan yoksun kalmak kavramı ortaya çıkmıştır. Daha kavramsal bir ifade ile akıllı telefonsuz kalma korkusuna “nomofobi” denmektedir. Nomofobi, İngilizce, cep telefonundan yoksun kalma korkusu olarak ifade edilebilecek “no mobile phobia” kelimelerinin bazı harfleri çıkarılarak oluşturulmuştur (Kaplan Akıllı ve Gezgin 2016:52). Nomofobi oldukça yeni bir kavram olmasına rağmen öncelikle uluslararası literatürde yer almaktadır (Chóliz 2010; Kaur ve Sharma 2015; King ve ark., 2013; Oksman ve Turtiainen 2004; Tavolacci ve ark. 2015). Türkçe literatürde ise daha çok üniversite öğrencileri ve ergenlerin nomofobi düzeylerinin

<sup>1</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/[yunuseoztuk@gmail.com](mailto:yunuseoztuk@gmail.com)

<sup>2</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/[akmanhilal@hotmail.com](mailto:akmanhilal@hotmail.com)

belirlenmesine yönelik Çalışmalar göze çarpmaktadır (Erdem ve ark. 2016; Erdem ve ark. 2017; Kaplan Akıllı ve Gezgin 2016; Polat 2017; Yıldırım ve ark. 2015).

Örgütsel bağlılık kavramı ise, endüstriyel dönem ile birlikte işletme ve Çalışanlar üzerine yapılan Araştırmalar ile birlikte gün yüzüne çıkmıştır. Bu konuda ilk Araştırmacılarından biri olan Grusky örgütsel bağlılığı “bireyin örgüte olan bağının gücü” olarak ifade etmektedir (Grusky 1966:490). Bir başka tanıma göre ise, Çalışanların örgüte yönelik olarak sahip olduğu geniş çaplı davranış türü, örgüte karşı beslenen duygusallık ve örgüte değer verme düzeyidir (Yousef 2003:1068). Ayrıca örgütsel bağlılık, bireyin örgütsel amaç ve değerlere olan inancı ile bunlara dönük gayreti ve örgüte ait olma durumunu barındırır (Mowday ve ark. 1982). Kısacası örgütsel bağlılık, bireyin örgütün amaçlarını gerçekleştirmesindeki çabası ve katkılarını ifade eden bir kavramdır. Örgütsel bağlılık kavramı, 1960’lı yıllardan itibaren birçok Araştırmacı tarafından ilgi görmüş ve halen Araştırılmaya ihtiyaç duyulan bir kavramdır (Turan ve ark. 2011:630). Hem uluslararası hem de ulusal alan yazında örgütsel bağlılığın çeşitli değişken ve kavramlarla ilişkisi Araştırılmış olan birçok Çalışma bulunmaktadır (Grusky 1966; Buchanan 1974; Lee 1971; Porter ve ark.1973; Mowday ve ark. 1982; Yousef 2003; Yüceler 2009; Turan ve ark. 2011; Erdem 2007; Özdevicioğlu ve Aktaş 2007; Yazıcıoğlu ve Topaloğlu 2009; Hoş ve Oksay 2015). İşletmelerde örgütsel bağlılık gelişmemiş ise Çalışan, kendi menfaatini ve zevklerini örgütün faydalarından ve geleceğinden Bağımsız ve daha önemli bulmaya başlayabilir. Böylece nomofobi rahatlıkla etkisini gösterir (Öztürk 2015:636). Bu Çalışmada ise farklı olarak örgütsel bağlılık ve nomofobi arasındaki ilişki incelenmiştir.

## YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelik taşıyan bu Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde bulunan bir devlet hastanesinin idari personelleri oluşturmaktadır. Evren 265 bireyden oluşmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılan 210 idari personel Çalışmaya dâhil edilmiştir. Verilerin toplanmasında örgütsel bağlılık ve nomofobi ölçekleri kullanılmıştır. Örgütsel Bağlılık Ölçeği Porter ve ark. Tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu ise Erceylan tarafından 2010 yılında oluşturulmuştur (Erceylan 2010). Bu ölçek 15 sorudan olmakta ve 5’li likert türündedir. Çalışanların nomofobi düzeylerinin belirlenmesi için ise Yıldırım ve Correia tarafından 2015 yılında geliştirilen ölçek kullanılmıştır (Yıldırım ve Correia 2015). Bu ölçeğin Türkçe formu ise Yıldırım ve ark tarafından 2016 yılında oluşturulmuştur (Yıldırım ve ark. 2016). Ölçek 20 sorudan ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Örgütsel bağlılık ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0.771 iken nomofobi ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0.944’dir. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programından yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygun olduğu tespit edilen veriler üzerinde frekans analizleri, bağımsız gruplarda t ve Anova testleri uygulanmıştır. Ayrıca nomofobi ve örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır.

## BULGULAR

Bu bölümde tablolar halinde Araştırma verilerinden elde edilen bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1. Araştırmanın Katılımcılarına Ait Demografik Bilgiler**

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)	Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde(%)
Erkek	114	54,3	Evli	131	62,4
Kadın	96	45,7	Bekar	79	37,6
Akıllı Telefona Sahiplik Yılı	Sayı (n)	Yüzde (%)	Kurumda Çalışma Süresi	Sayı (n)	Yüzde(%)
0-3 yıl	19	9,0	0-3 yıl	54	25,7
4-7 yıl	91	43,3	4-6 yıl	61	29,0
8 ve üzeri yıl	100	47,6	7 yıl ve üzeri	95	45,2
Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)	Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde(%)
18-25	26	12,4	Lise	30	14,3
26-30	43	20,5	Yüksekokul	51	24,3
31-40	52	24,8	Üniversite	111	52,9
41-50	60	28,6	Lisansüstü	18	8,6
51 ve üstü	29	13,8	<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Tablo 1’ de görüldüğü gibi Araştırmaya katılanların %54’ü erkek, %45’i kadındır. Katılımcıların %62’si evli, %37’si bekar. Katılımcıların %28’i 41-50 yaş aralığında iken, %24’ü 31-40 yaş aralığına sahiptir. Çoğunluk olarak katılımcıların %52’si üniversite mezunudur. Katılımcıların %47’si 8 ve üzeri yıldır akıllı telefona sahiptir. Araştırmaya katılan Çalışanların %45’i 7 ve üzeri yıldır aynı kurumda çalışmaktadır.

**Tablo 2. Örgütsel Bağlılık ve Nomofobi Ölçek Alt Boyutlarının Ortalama Değerler**

Ölçek ve Boyut	X	ss
Örgütsel Bağlılık	2,80	,479
Nomofobi	3,96	1,59
Bilgiye erişememe	4,10	1,82
Rahatlıktan feragat etme	3,89	1,98
İletişim kuramama	4,50	1,82
Çevrimiçi bağlantıyı kaybetme	3,28	1,85

Tablo 2’de görüldüğü gibi Araştırma kapsamında kullanılan örgütsel bağlılık ölçeği ortalama değeri 5 üzerinden 2,80 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların nomofobi düzeyleri ise 7 üzerinden 3,96 olarak bulunmuştur. Nomofobi ölçeğinin alt boyutları arasında en yüksek 4,5 ortalama ile iletişim kuramamaktan korkma olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Nomofobi ile Örgütsel Bağlılık Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (T testi ve one-way Anova testi)**

	Cinsiyet	n	x	ss	t/F	p
Örgütsel Bağlılık	Erkek	114	2,73	,519	-2,25	<b>,028</b>
	Kadın	96	2,88	,416		
	Toplam	210	2,80	,479		
Nomofobi	Erkek	114	3,71	1,51	-2,50	<b>,013</b>
	Kadın	96	4,26	1,64		
	Toplam	210	3,96	1,59		
<b>Medeni Durum</b>						
Örgütsel Bağlılık	Evli	131	2,76	,546	-1,46	,146
	Bekar	79	2,86	,335		
	Toplam	210	2,80	,479		
Nomofobi	Evli	131	3,54	1,48	-5,24	<b>,000</b>
	Bekar	79	4,66	1,53		
	Toplam	210	3,96	1,59		
<b>Akıllı Telefona Sahiplik Yılı</b>						
Örgütsel Bağlılık	0-3 yıl	19	2,53	,343	3,38	<b>,036</b> (,039/ Scheffe)
	4-7 yıl	91	2,84	,501		
	8 yıl ve üzeri	100	2,81	,525		
	Toplam	210	2,80	,479		
Nomofobi	0-3 yıl	19	3,28	1,47	1,95	,144
	4-7 yıl	91	3,99	1,55		
	8 yıl ve üzeri	100	4,06	1,64		
	Toplam	210	3,96	1,59		

\*p<0.05

Tablo 3’te katılımcıların örgütsel bağlılık ve nomofobi düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir (p<0,05). Kadın katılımcıların örgütsel bağlılık ve nomofobi düzeyleri

daha yüksektir. Katılımcıların nomofobi düzeylerinin medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bekârların nomofobi düzeyleri evlilerden daha yüksektir. Akıllı telefona sahip olma yılı ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). 4-7 yıl arasında akıllı telefona sahip olan katılımcıların örgütsel bağlılık düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Nomofobi ile Örgütsel Bağlılık Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (one-way Anova testi)**

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>x</b>	<b>ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Örgütsel Bağlılık	Lise	30	2,83	,870	,155	,926
	Yüksekokul	51	2,82	,520		
	Üniversite	111	2,79	,317		
	Lisansüstü	18	2,75	,283		
	Toplam	210	2,80	,479		
Nomofobi	Lise	30	3,85	1,36	,197	,898
	Yüksekokul	51	4,08	1,69		
	Üniversite	111	3,96	1,59		
	Lisansüstü	18	3,80	1,79		
	Toplam	210	3,96	1,59		
Örgütsel Bağlılık	<b>Yaş</b>				,350	,844
	18-25	26	2,76	,277		
	26-30	43	2,82	,369		
	31-40	52	2,75	,550		
	41-50	60	2,82	,605		
	51 ve üstü	29	2,85	,328		
	Toplam	210	2,80	,479		
Nomofobi	18-25	26	4,71	1,58	2,872	,024
	26-30	43	3,99	1,63		
	31-40	52	3,69	1,52		
	41-50	60	3,66	1,50		
	51 ve üstü	29	4,34	1,65		
	Toplam	210	3,96	1,59		
Örgütsel Bağlılık	<b>Kurumda Çalışma Süresi</b>				1,726	,181
	0-3 yıl	54	2,74	,343		
	4-6 yıl	61	2,89	,501		
	7 yıl ve üzeri	95	2,78	,525		
	Toplam	210	2,80	,479		
Nomofobi	0-3 yıl	54	4,30	1,64	2,103	,125
	4-6 yıl	61	4,00	1,57		
	7 yıl ve üzeri	95	3,74	1,56		
	Toplam	210	3,96	1,59		

\* $p<0,05$

Tablo 4'te görüldüğü gibi katılımcıların örgütsel bağlılık ve nomofobi düzeyleri arasında eğitim, yaş ve kurumda çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Ancak eğitim düzeyi arttıkça örgütsel bağlılık düzeyinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca kurumda çalışma süresi arttıkça nomofobi düzeyinin azaldığı görülmektedir.



**Tablo 5. Nomofobi İle Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişki**

		Nomofobi
Örgütsel Bağlılık	r	,182**
	p	,008

\*\* p<0,01 seviyesinde anlamlı

Tablo 5'te korelasyon analizi sonucu nomofobi ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki görülmektedir. Buna göre örgütsel bağlılık ve nomofobi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir.

## SONUÇ VE TARTIŞMA

Örgütler içerisinde birçok değişken barındıran çok fonksiyonlu denklemlerdir. Bu denklem değişen teknoloji ve toplumsal yansımayla yeniden şekillenmektedir. Zaman içerisinde örgütü etkileyen yeni unsurlar ortaya çıkmaktadır. Teknoloji bunlardan yalnızca biridir. Bununla beraber günümüzün hızla gelişen teknoloji dünyası içerisinde ise nomofobi kavramı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada da hastane idari personellerinin örgütsel bağlılık ve nomofobi düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda katılımcıların örgütsel bağlılık düzeyleri 2,80/5 ve nomofobi düzeyleri 3,96/7 olarak tespit edilmiştir. Öğrenciler üzerinde yapılan bir Çalışmanın sonucuna göre de öğrencilerin nomofobi düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir (Aşık 2018). Nomofobinin alt boyutları ise; bilgiye erişememe 4,10, rahatlıktan feragat etme 3,89, iletişim kuramamaktan korkma 4,50, çevrimiçi bağlantıyı kaybetme korkusu alt boyutu değeri ise 3,28 olarak tespit edilmiştir.

Bu Araştırma sonucunda katılımcıların örgütsel bağlılık ve nomofobi düzeyleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların örgütsel bağlılık ve nomofobi düzeyleri daha yüksektir. Burucuoğlu'nun öğrenciler üzerinde yapmış olduğu Çalışmanın sonucuna göre de kadınlar erkeklere göre daha fazla nomofobi eğilimi göstermektedir (Burucuoğlu 2017) Medeni durum değişkenine göre nomofobi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bekârların nomofobi düzeyleri evlilerden daha yüksektir. Akıllı telefona sahip olma yılı ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. 4-7 yıl arasında akıllı telefona sahi olan katılımcıların örgütsel bağlılık düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların örgütsel bağlılık ve nomofobi düzeyleri arasında eğitim, yaş ve kurumda Çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak eğitim düzeyi arttıkça örgütsel bağlılık düzeyinin azaldığı söylenebilir. Çöl ve Gül'ün Çalışması sonucunda da eğitim düzeyi arttıkça, Çalışılan kuruma duygusal ve normatif bağlılığın azaldığı görülmüştür (Çöl ve Gül 2005). Bu Çalışmada kurumda Çalışma süresi arttıkça nomofobi düzeyinin azaldığı görülmektedir. Korelasyon analizi sonucuna göre ise nomofobi ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Örgütsel bağlılık ve nomofobi üzerine yapılan bu Çalışmadan elde edilen verilere dayalı olarak örgüt yönetimlerinin Çalışanları mobil telefon kullanma konusunda doğru yönlendirmeler yapmalarının uygun olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Çalışanların akıllı telefonları Kullanım amaçları ile örgüt hedeflerini bağdaştırıcı politikalar izlendiğinde Çalışanların örgüte katkılarının artacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

Buchanan B. (1974) Building organizational commitment: the socialization of managers in work organizations, *Administrative Science Quarterly*, 19(1):533-546.

Choliz M. (2012) Mobile-phone addiction in adolescence: the test of mobile phone dependence (TMD). *Prog Health Sci*, 2(1):33-44.

Erceylan N. (2010) Yöneticilerin liderlik davranışlarının Çalışanların örgütsel bağlılıkları üzerindeki etkileri ve bir Araştırma, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

Erdem H., Kalkın G., Türen U. ve Deniz M. (2016) Üniversite öğrencilerinde mobil telefon yoksunluğu korkusunun (nomofobi) akademik başarıya etkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3):923-936.

- Erdem H., Türen U. ve Kalkın G. (2017) Mobil telefon yoksunluğu korkusu (nomofobi) yayılımı: türkiye'den üniversite öğrencileri ve kamu çalışanları örnekleme, *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 10(1):1-12.
- Erdem R. (2007) Örgüt kültürü tipleri ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: Elazığ İl merkezindeki hastaneler üzerinde bir Çalışma, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBFF Dergisi*, 2(2):63-79.
- Grusky O. (1966) Career mobility and organizational commitment, *Administrative Science Quarterly*, 10(4):488-503.
- Hoş C. ve Oksay A. (2015) Hemşirelerde örgütsel bağlılık ile iş tatmini ilişkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(4):1-24.
- Kaplan Akıllı G. ve Gezgin D.M. (2016) Üniversite Öğrencilerinin Nomofobi Düzeyleri ile Farklı Davranış Örüntülerinin Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 40:51-69.
- Kaur A. & Sharma P. (2015) A descriptive study to assess the risk of developing nomophobia among students of selected nursing colleges ludhiana, Punjab, *International Journal of Psychiatric Nursing*, 1(2):1-6.
- King A. L. S., Valença A. M., Silva A. C. O., Baczynski T., Carvalho M. R., & Nardi A. E. (2013) Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia?, *Computers in Human Behavior*, 29(1):140-144.
- Lee S.M., (1971) An empirical analysis of organizational identification, *The Academy of Management Journal*, 14(2):213-226.
- Mowday R. T., Porter L. W., & Steers R. M. (1982) *Employee-Organizational linkages: The psychology of commitment, absenteeism and turnover*, NY: Academic Press.
- Oksman V. & Turtiainen J. (2004) Mobile communication as a social stage meanings of mobile communication in everyday life among teenagers in Finland, *New Media ve Society*, 6(3):319-339.
- Özdevecioğlu M. ve Aktaş A. (2007) Kariyer Bağlılığı, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Yaşam Tatmini Üzerindeki Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Rolü, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 28:1-20.
- Öztürk U.C. (2015) Bağlantıda kalmak ya da kalmamak ite tüm korku bu: İnternetsiz kalma korkusu ve örgütsel yansımaları, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(37):629-639.
- Polat R. (2017) Dijital hastalık olarak nomofobi, *Yeni Medya Elektronik Dergi*, 1(2):164-172.
- Porter L., Steers R., Mowday R. ve Boulian P. (1973) Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians, *Journal of Applied Psychology*, 59(5):603- 609.
- Porter L.W., Steers R., Mowday R.T., & Boulian P. V. (1974) Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians, *Journal of Applied Psychology*, 59(5):603-609.
- Tavolacci M. P., Meyrignac G., Richard L., Dechelotte P. & Ladner J. (2015) Problematic use of mobile phone and nomophobia among French college students, *The European Journal of Public Health*, 25(3):206.
- Toda M., Monden K., Kubo K. And Morimoto K. (2006) Mobile phone dependence and health-related lifestyle of university students, *Social Behavior And Personality*, 34(10): 1277-1284.
- Turan S., Karadağ E. ve, Bektaş F. (2011) Üniversite Yapısı İçerisinde Öğrenen Örgüt ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 17(4): 627-638.
- Yazıcıoğlu İ. ve, Topaloğlu I. G. (2009) Örgütsel adalet ve bağlılık ilişkisi: konaklama işletmelerinde bir uygulama, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 14 (1):3-16.**
- Yıldırım C. & Correia A. P. (2015) Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire, *Computers in Human Behavior*, 49(1):130-137.

- Yildirim C., Sumuer E., Adnan M., & Yildirim S. (2016) A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students, *Information Development*, 32(5):1322-1331.
- Yousef D. A. (2003) Validating the dimensionality of porter et al.'s measurement of organizational commitment in a non-western culture setting, *International Journal of Human Resource Management*, 14(6):1067-1079.
- Yüceler A. (2009) Örgütsel bağlılık ve örgüt iklimi ilişkisi: teorik ve uygulamalı bir Çalışma, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(1):445-458.
- Çöl G. ve Gül H. (2005) Kişisel özelliklerin örgütsel bağlılık üzerine etkileri ve kamu üniversitelerinde bir uygulama, *Atatürk Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*. 19(1):291-306.
- Aşık N. A. (2018) Aidiyet duygusu ve nomofobi ilişkisi: turizm öğrencileri üzerinde bir Araştırma, *Turizm ve Araştırma Dergisi*, 7(2):24-42.
- Burucuoğlu M. (2017) Meslek yüksekokulu öğrencilerinin nomofobi düzeyleri üzerinde bir Araştırma, *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7 (2):482-489

## EĞİTİM VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ÖRGÜTSEL SESSİZLİĞİN ARAŞTIRILMASI: KIRŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ

Mustafa ALTINTAŞ<sup>1</sup>  
Musa ÖZATA<sup>2</sup>

### ÖZET

Örgütlerin en önemli ihtiyacı insan kaynağıdır. Bu bağlamda, örgütün durumunun iyi olması Çalışanların durumunun iyiliğine bağlıdır. Dolayısıyla, Çalışanlar örgütlerinin daha iyi olması amacıyla bilgi birikimlerini, yaratıcı fikirlerini örgüt açısından olumlu şekilde kullanmalıdırlar. Bu Araştırmanın problemi, eğitim ve Sağlık Çalışanlarında örgütsel sessizlik davranışının hakim olduğunun düşünülmesidir.

Bu Araştırmanın amacı, eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışını belirlemektir. Nicel Araştırma deseninde oluşturulan Araştırmada örnekleme, hastane ve okullarda görev yapan 199 eğitim Çalışanı ve 151 Sağlık Çalışanı olmak üzere toplam 350 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 22.00 paket programıyla yapılmıştır. Araştırmada Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi testi, Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, örgütsel sessizlik davranışı ile sosyo-demografik değişkenler arasında yapılan analizler sonucunda medeni durum, öğrenim durumu ve Çalışılan kurum değişkenlerini arasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Ayrıca aynı sosyo-demografik değişkenler ile örgütsel sessizlik davranışı arasında yapılan korelasyon analizine göre yine medeni durum, öğrenim durumu ve Çalışılan kurum değişkenleri arasında anlamlı ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel Sessizlik, Kırşehir, Eğitim, Sağlık

### ABSTRACT

The most important requirement of organizations is human resources. In this context, the well-being of the organization depends on the well-being of the employees. Therefore, employees should use their knowledge and creative ideas positively for the organization in order to make their organizations better. The problem of this research is that organizational silence behavior is dominant in education and health workers.

The aim of this study is to determine the organizational silence behavior of education and health workers. The sample of the study, which was formed in the quantitative research design, consists of 350 people, 199 of whom are working in hospitals and schools, and 151 of which are health workers. In the research, questionnaire technique was used as data collection tool. SPSS 22.00 package program was used to analyze the data obtained from the study. Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis Analysis of Variance test and Spearman Correlation analysis were used in the study.

According to the findings of the study, as a result of the analyzes carried out between organizational silence behavior and socio-demographic variables, it was found that the difference between marital status, educational status and institutional variables were significant. In addition, according to the correlation analysis made between the same socio-demographic variables and organizational silence behavior, it was found that there was a significant relationship between the marital status, educational status and institutional variables.

**Key Words:** Organizational Silence, Kırşehir, Education, Health

### 1. GİRİŞ

Ses kavramı Türk Dil Kurumu'na göre; akciğerlerden gelen havanın ses yolunda oluşturduğu titreşim olarak ifade edilmektedir. Bir diğer tanıma göre ses, doğada çeşitli sebeplerden dolayı ortaya çıkan titreşimlerin canlıların kulağına ulaşmasıdır. Özellikle insanların aralarında iletişimi sağlayabilmeleri için bu titreşimler ve bu titreşimlerin anlamlandırılması çok önemlidir. Doğada insanların yanı sıra hayvanlarda aralarındaki iletişimi, bu titreşimler sayesinde gerçekleştirmektedirler (Budak, 2015:4). Sessizlik, konuşmanın olmaması ya da net olarak anlaşılabilir bir davranışın olmamasıdır (Van Dyne ve diğerleri, 2003:1364). Brinsfield ve diğerleri (2009), sessizliği, "kendi içinde farklı duygu, bilgi ve niyetleri barındıran bir iletişim şekli" olarak tanımlamaktadır. Sessizliği bir iletişim şekli olarak gören farklı bir tanıma göre ise, sessizlik bireyin iç dünyasında olan ve kendi kendisiyle iletişime geçtiği bir durumu ifade etmektedir (American Journal of Psychotherapy, 1993:167).

1 Öğretim Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi Çekerek SHMYO, mustafa.altintas@bozok.edu.tr

2 Prof.Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, musaozata@gmail.com

Örgütsel davranışın içinde ve dışında ses ve sessizlik ile ilgili kavramların çalışma genişliği oldukça geniştir. 1970'lerin başından itibaren başlayıp günümüze kadar devam eden, değişen perspektiflerden sessizliğe veya sese odaklanan çeşitli tanımlar ortaya çıkmıştır (Brinsfield, 2009:12). Örgütsel sessizliği kavramsallaştıran ilk kişi Morrison ve Milliken (2000) olmakla beraber bu Araştırmacılar, değişim ve gelişmeyi engelleyen temel faktör olarak sessizliği tanımlayan karmaşık bir model sunmuşlardır. Morrison ve Milliken (2000) örgütsel sessizliği, iki ortak inançtan oluşan kolektif düzeydeki bir olgu olarak ifade etmiştir. Örgütte Çalışanların, Kurumlarındaki problemlerin çözümüne ilişkin fikir ve önerilerini kasten saklamaları, susmaları ve ne şekilde olursun olsun konuşmaya değer görmemeleri örgütsel sessizlik olarak ifade edilmektedir (Celep ve Kaya, 2016:234). Bir diğer tanıma göre ise Çalışanların iş ve örgütle alakalı konulardaki görüş, bilgi ve kaygılarını var olan durumu düzeltebilecek gücü ve yetkisi olan birey ve liderinden çeşitli nedenlerle bilerek ve isteyerek gizlemesi Çalışan sessizliğidir. Bu durumun örgüt üyeleri arasında yaygınlaşması ise örgütsel sessizliği oluşturmaktadır (Pektaş, 2019:50). Halis ve Adaloğlu (2017)'nin aktardığına göre örgütsel sessizlikte iki durumun varlığı söz konusudur. Bunlardan birisi şartları değiştirmek için bireyde arzunun var olması iken diğeri ise var olan durumu değiştirme kabiliyetine sahip olan kişilerin varlığıdır.

Örgütsel sessizlik davranışı sadece konuşmama anlamına geldiği gibi aynı zamanda yazmama, duyulmama, göz ardı etme, mevcut olmama anlamlarına da gelmektedir. Baskı, sansür, değersizleştirme ve olumsuz birçok davranışı da beraberinde getiren bir davranıştır (Nikmaram ve diğerleri, 2012:1272).

Örgütsel sessizlik davranışının ortaya çıkmasında bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar alan yazında dört başlıkta incelenmiştir. Bunlardan ilki Çalışanların yöneticilerine güvenmemesidir. Yöneticiler ve Çalışanlar arasında güven ortamının olmaması Çalışanları sessizlik davranışını açığa çıkarmaya itmektedir. Bir diğer faktör Çalışanın konuşmasının riskli olacağını düşünmesidir. Bu risk diğer faktörlerle ilişkili olup, geriye kalan iki faktör ise dışlanma korkusu ve çevresindekiler olan ilişkilerinde bozulma olabileceği korkusudur (Örücü ve Uzun, 2018:145).

Örgütsel sessizlik Davranışlarının dört farklı türde gerçekleştiği üzerinde fikir birliğine varan Araştırmacılar bulunmaktadır (Pinder ve Harlos, 2001; Perlow and Repeating, 2009; Singh ve Malhotra, 2015). Bu Araştırmacılar örgütsel sessizliğin kabullenici sessizlik, savunmacı sessizlik, prososyal sessizlik ve koruyucu sessizlik şeklinde ortaya çıktığını ifade etmişlerdir. Bazı Araştırmacılar ise (Dyne ve diğerleri, 2003; Kahya, 2013; Demiralay, 2014; Örücü ve Biyan, 2018) ilk üç türü kabul ederek koruyucu sessizliği bu türlerin içine dahil etmemişlerdir. Kabullenici sessizlik fikirlerin saklı tutulduğu pasif davranışlardır. Savunmacı sessizlik işgörenin kendisini savunma amacıyla düşüncelerini gizlediği davranıştır. Prososyal sessizlik ise topluma ve Çalıştığı örgütüne yararlı olmak amacıyla işgörenin bilgi, fikir ve düşüncelerini gizlemesidir.

Örgütsel sessizliğin faktörlerinin ve türlerinin çok boyutlu yapıya sahip olduğu gibi sonuçları da çok boyutlu olmaktadır. Örgütsel sessizlik genellikle zarar verici sonuçlara sahip olduğu için örgütün iyiliği için ele alınması gereken bir durumdur (Morrison, 2011:402). Sıklıkla bahsedilen ilk sonuç, daha etkili ve rekabetçi bir örgüt yapısı oluşturmak için gerekli olan bilginin yöneticiler tarafından bilinmemesi ve örgüte karşı olumsuz sonuçlanmasıdır (Detert ve Trevino, 2010:265). Sessizlik Davranışlarının örgütte bir iklime dönüşmesi halinde örgüt içerisinde tembellik eğilimi ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla bu duruma hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde örgütte iyileşme ve gelişme yavaş bir şekilde olacaktır (Çintay, 2018:18). Eğer bir örgütte Çalışanlar günlük işlerini düzenli yürütür, yaşanan olayları yöneticilerine rapor eder ve bunları paylaşırsa, örgütteki sorunlara ve verimsizliklere çözüm olanağı daha da artacaktır (Vakola ve Bouradas, 2005:452).

## 2. YÖNTEM

Bu Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olup, Çalışmada nicel Araştırma deseni kullanılmıştır. Bu Araştırma Kırşehir Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı liselerde görev yapan eğitim personeli ile Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan Sağlık personelinin örgütsel sessizlik davranışını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Eğitim ve Sağlık örgütlerinde, örgütsel sessizlik Davranışlarının incelenmesi kurumsal etkinlik Açısından önem taşımaktadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçme aracı Dinçer (2017)'in yüksek lisans tezinden elde edilmiştir. Elde edilen "Örgütsel Sessizlik Ölçeği", Van Dyne (2003) tarafından geliştirilmiştir. 3 boyut ve 15 sorudan oluşan ölçme aracı, razı olma sessizliği, savunma sessizliği ve prososyal sessizlik olarak boyutlandırılmıştır. 5'li likert yapısı kullanılan ölçme

aracında katılımcıların 1=Kesinlikle Katılmıyorum'dan 5=Kesinlikle Katılıyorum'a kadar cevap vermeleri istenmiştir. İlgili Çalışmada ölçme aracının güvenilirlik analizi 0,88 olarak tespit edilmiştir. Bu Çalışma için yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach's Alpha katsayısı 0,87 olarak belirlenmiş ve ölçme aracının güvenilir olduğunu bulunmuştur.

Araştırmanın evrenini Kırşehir Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı merkez ilçedeki liselerde görev yapan 480 personel ile Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde polikliniklerde Çalışan 275 personel oluşturmaktadır. Basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılan Araştırmada örnekleme belirlemek için yapılan örneklem hesaplamasında eğitim kurumları için 214, Sağlık kurumları için ise 162 olarak belirlenmiştir. Yüz yüze anket yapılmasına karşın eksik veya hatalı doldurulan anketler çıkarıldığında Çalışma kapsamın 350 adet anket alınmıştır.

### 3. BULGULAR

Anket yöntemi ile elde edilen veriler, SPSS 22.00 paket programı ile Araştırma desenine uygun bir şekilde analiz edilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler, sosyo-demografik değişkenler ile örgütsel sessizlik toplam puanları arasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. Ayrıca yine örgütsel sessizlik toplam puanları ile sosyo-demografik değişkenler arasında Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 1. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarına Ait Sosyo-Demografik Bilgiler

	Değişken	Sayı	Yüzde
Yaş	25-34 Yaş Arası	91	26,0
	35-44 Yaş Arası	168	48,0
	45 Yaş ve Üzeri	91	26,0
Cinsiyet	Kadın	197	56,3
	Erkek	153	43,7
Medeni Durum	Evli	305	87,1
	Bekar	45	12,9
Öğrenim Durumu	Önlisans	75	21,4
	Lisans	239	68,3
	Lisansüstü	36	10,3
Çalışılan Kurum	Eğitim Kurumu	199	56,9
	Sağlık Kurumu	151	43,1
Kurumda Çalışma Süresi	1-4 Yıl Arası	106	30,3
	5-9 Yıl Arası	102	29,1
	10-14 Yıl Arası	72	20,6
	15 Yıl ve Üzeri	70	20,0
Meslekte Çalışma Süresi	1-9 Yıl Arası	77	22,0
	10-19 Yıl Arası	143	40,9
	20 Yıl ve Üzeri	130	37,1
Aylık Gelir	0-4000 TL Arası	263	75,1
	4000 TL ve Üzeri	87	24,9
<b>Toplam</b>		<b>350</b>	<b>100,00</b>

Tablo 1'de Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarına ilişkin sosyo-demografik bilgiler yer almaktadır. Tablo 1'de görüldüğü üzere yaş Açısından bakıldığında 25-34 yaş aralığında bulunan personel sayısı 91 (%26,0); 35-44 yaş aralığında bulunan personel sayısı 168 (%48,0); 45 ve üzeri yaş aralığında bulunan personel sayısı ise 91 (%26,0) olarak belirlenmiştir. Cinsiyet Açısından bakıldığında; Araştırmaya katılanların 197 (%56,3)'si kadın, 153 (%43,7)'ü ise erkek olduğu ve kadınların Çalışmaya daha fazla katılım gösterdiği belirlenmiştir. Medeni durum Açısından incelendiğinde; evli olan personelin sayısı 305 (%87,1), bekar olan personelin sayısı ise 45 (%12,9) olarak belirlenmiştir. Öğrenim durumu Açısından bakıldığında; ön lisans mezunu olan Çalışan sayısı 75 (%21,4), lisans mezunu olan Çalışan sayısı 239 (%68,3) ve lisansüstü mezunu olan Çalışan sayısı ise 36 (%10,3) olarak bulunmuştur. Çalışılan kurum açısından bakıldığında eğitim Kurumlarında Çalışanların sayısı 199 (%56,9), Sağlık Kurumlarında Çalışanların sayısı ise 151 (%43,1)'dir. Kurumda Çalışma süresi açısından bakıldığında; 1-

4 yıl arası Çalışanların sayısı 106 (%30,3), 5-9 yıl arası Çalışanların sayısı 102 (%29,1), 10-14 yıl arası Çalışanların sayısı 72 (%20,6), 15 yıl ve üzeri Çalışanların sayısı 70 (%20,0) olduğu belirlenmiştir. Meslekte Çalışma süreleri Açısından bakıldığında; 1-9 yıl arası Çalışanların sayısı 77 (% 22,0), 10-19 yıl arası Çalışanların sayısı 143 (%40,9) ve 20 yıl ve üzerinde Çalışanların sayısı ise 130 (%37,1) olarak bulunmuştur. Aylık gelir açısından incelendiğinde; 263 (%75,1) kişinin 4000 TL'nin altında bir gelire sahip olduğu, 87 (%24,9) kişinin ise aylık gelirinin 4000 TL'den fazla olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 2. Eğitim ve Sağlık Çalışanlarına Göre Örgütsel Sessizlik Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

Örgütsel Sessizlik Ölçeği	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma
Çalıştığım kurum ile ilgili gizli kalması gereken bilgileri en uygun şekilde muhafaza ederim.	4,51	0,748
Çalıştığım kurum ile olan işbirliğime dayanarak, gizli kalması gereken bilgileri kendime saklarım.	4,43	0,811
Çalıştığım kuruma zarar verebilecek bilgileri açıklamayı reddederim.	4,24	1,096
Çalıştığım kuruma yararlı olmak amacıyla sahip olduğum bilgilerimi saklarım.	3,85	1,364
Alınacak kararlara rıza gösteren biri olduğumdan düşüncelerimi kendime saklarım.	2,77	1,356
Problemlere çözüm üretme noktasında görüşlerimi kendime saklarım.	2,57	1,351
Benimle ilgili olmadığı için değişime yönelik yapılan öneriler hakkında konuşmakta isteksizimdir.	2,46	1,323
Lehime bir değişiklik yaratacağına inanmadığım için, kendimi geliştirmeye yönelik fikirlerimi ifade etmekten çekinirim.	2,26	1,282
Bu kurumdaki devamlılığımı korumak amacıyla eksik hususları düzeltmeye yönelik var olan görüşlerimi açıklamaktan sakınırım.	2,21	1,333
Beni alakadar etmediğini düşündüğüm için, buradaki işlerin nasıl daha iyi yapılabileceği konusundaki görüşlerimi ifade etmekten kaçınırım.	2,18	1,320
Bu kurumda Çalışmaya devam edebilmek için iş ile ilgili olumsuz durumları görmezden gelirim.	2,18	1,390
Çalıştığım kurum ile ilgili sırları açıklamam konusunda başkalarından gelen baskılara direnirim.	2,17	1,355
Yöneticimin tepkisinden korktuğum veya çekindiğim için ortaya çıkan problemlere yönelik çözümlerimi geliştirmekten çekinirim.	2,16	1,405
Yöneticimin tepkisinden korktuğum veya çekindiğim için değişime ilişkin fikirlerimi ileri sürmem ve konuşmam.	2,11	1,390
Yöneticimin tepkisinden korktuğum veya çekindiğim için iş ile ilgili bilgilerimi kendime saklarım.	2,09	1,377

Tablo 2'de görüldüğü gibi eğitim ve Sağlık Çalışanlarının ölçek sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; sırasıyla "Çalıştığım kurum ile ilgili gizli kalması gereken bilgileri en uygun şekilde muhafaza ederim." sorusu ( $\bar{x}=4,51$ ), "Çalıştığım kurum ile olan işbirliğime dayanarak, gizli kalması gereken bilgileri kendime saklarım." sorusu ( $\bar{x}=4,43$ ), "Çalıştığım kuruma zarar verebilecek bilgileri açıklamayı reddederim." sorusuna ( $\bar{x}=4,24$ ) verilen cevapların ortalaması en yüksek olmuştur. "Yöneticimin tepkisinden korktuğum veya çekindiğim için ortaya çıkan problemlere yönelik çözümlerimi geliştirmekten çekinirim." sorusu ( $\bar{x}=2,16$ ), "Yöneticimin tepkisinden korktuğum veya çekindiğim için değişime ilişkin fikirlerimi ileri sürmem ve konuşmam." sorusu ( $\bar{x}=2,11$ ) ve "Yöneticimin tepkisinden korktuğum veya çekindiğim için iş ile ilgili bilgilerimi kendime saklarım." sorusuna ( $\bar{x}=2,09$ ) verilen cevapların ortalaması en düşük olmuştur.

Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışını belirlemek amacıyla uygulanan "Örgütsel Sessizlik Ölçeği" toplam puanları ile sosyo-demografik değişkenler arasında analizler uygulanmıştır. Elde edilen veriler normal dağılıma uygunluk göstermediği için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. İki gruplarda Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. Sadece anlamlı farklılık bulunan sonuçlar çalışmada gösterilmiştir.

Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışlarının medeni durum değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının Medeni Durum Açısından Örgütsel Sessizlik Düzeylerini Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları**

	Medeni Durum	N	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	p
Örgütsel Sessizlik	Evli	305	171,14	5532,500	0,036
	Bekar	45	205,06		
Toplam	Toplam	370			

Tablo 2'de görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışları medeni durum değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Karşılaştırma sonucunda personelin örgütsel sessizlik davranışlarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışlarının medeni durum değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. Bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Durumu Açısından Örgütsel Sessizlik Düzeylerini Gösteren Kruskal Wallis Varyans Analizi Sonuçları**

	Öğrenim Durumu	N	Sıra Ort.	Ki-kare	sd	p
Örgütsel Sessizlik	Ön lisans	75	216,34	16,121	2	0,000
	Lisans	239	166,10			
Toplam	Lisansüstü	36	152,79			
	Toplam	370				

Tablo 3'te görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışları öğrenim durumu değişkeni Açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Karşılaştırma sonucunda personelin örgütsel sessizlik davranışlarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışlarının Çalışılan kurum değişkeni Açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

**Tablo 4. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının Çalışılan Kurum Açısından Örgütsel Sessizlik Düzeylerini Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları**

	Çalışılan Kurum	N	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	p
Örgütsel Sessizlik	Eğitim Örgütü	199	158,91	11723,000	0,000
	Sağlık Örgütü	151	197,36		
Toplam	Toplam	370			

Tablo 4'te görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışları Çalışılan kurum değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Karşılaştırma sonucunda personelin örgütsel sessizlik davranışlarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Örgütsel sessizlik davranışı ile sosyo-demografik değişkenlerin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.





**Tablo 5. Örgütsel Sessizlik İle Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

	Örgütsel Sessizlik Toplam	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Öğrenim Durumu	Çalışılan Kurum	Aylık Gelir	Kurumda Çalışma Süresi	Meslekte Çalışma Süresi
Örgütsel Sessizlik Toplam	r 1 p - N. 350								
Yaş	r 0,039 p 0,463 N. 350	1							
Cinsiyet	r -0,044 p 0,411 N. 350	0,168**	1						
Medeni Durum	r 0,112* p 0,035 N. 350	-	-0,046	1					
Öğrenim Durumu	r -0,203** p 0,000 N. 350	-0,179	-0,018	-0,029	1				
Çalışılan Kurum	r 0,189** p 0,000 N. 350	-0,136*	-0,128*	0,079	-	1			
Aylık Gelir	r -0,082 p 0,125 N. 350	0,119*	0,080	-0,043	-	-	1		
Kurumda Çalışma Süresi	r 0,092 p 0,087 N. 350	0,407**	0,062	-	-0,112*	0,150**	-	1	
Meslekte Çalışma Süresi	r 0,010 p 0,857 N. 350	0,784**	0,129*	-	-0,122*	-0,120*	0,123*	0,452**	1

\*\* p<0,01 düzeyinde korelasyon anlamlıdır. \* p<0,05 düzeyinde korelasyon anlamlıdır. r: Spearman Korelasyon Katsayısı

Örgütsel sessizlik davranışı ile sosyo-demografik değişkenler arasında yapılan korelasyon analizine göre medeni durum ile örgütsel sessizlik davranışı arasında pozitif yönlü zayıf ( $r=0,112$ ) ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Yine örgütsel sessizlik davranışı ile öğrenim durumu değişkeni arasında negatif yönlü zayıf ( $r=-0,203$ ) ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0,01$ ). Son olarak örgütsel sessizlik davranışı ile Çalışılan kurum değişkeni arasında pozitif yönlü zayıf ( $r=0,189$ ) ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ).

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma içerisinde eğitim ve Sağlık personelinin örgütsel sessizlik davranışları sosyo-demografik özelliklerine göre araştırılmıştır. Bu bağlamda Araştırmanın amacı, eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışlarını belirlemektir. Sözü edilen amaç çerçevesinde Araştırma, Kırşehir'de kamuda faaliyet gösteren İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı liseler ile Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmadaki veriler 350 eğitim ve Sağlık Çalışanından elde edilmiştir.

Araştırma, eğitim ve Sağlık Çalışanlarının görevlerini sürdürürken karşılaştıkları durumlarda gösterdikleri tepkilere bağlı olarak örgütsel sessizlik davranışını ölçme amacını taşımaktadır. Dolayısıyla, bu yönüyle

Araştırma, örgütlerde meydana gelebilecek olayların açığa çıkartılması, buna bağlı olarak olumsuz durumların daha hızlı bir şekilde çözüme kavuşturulması bunun sonucu olarak da örgütün başarısının artırılması Açısından önem taşımaktadır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda bulguların değerlendirilmesi yapıldığında, örgütsel sessizlik davranışı ile medeni durum, öğrenim durumu ve çalışılan kurum arasında anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sosyo-demografik değişkenler ile örgütsel sessizlik davranışı arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre yine medeni durum, öğrenim durumu ve Çalışılan kurum değişkeni arasında anlamlı ilişkinin olduğu görülmüştür.

Literatürde örgütsel sessizlik ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında genellikle farklı bir değişken ile ilişkilendirilerek Araştırıldığı göze çarpmaktadır. Bunlar örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık, örgütsel stres, örgüt iklimi, örgütsel adalet, tükenmişlik, liderlik, sinizm, mobbing olarak belirlenmiştir. Başlıca Araştırma alanları bunlar olmakla birlikte farklı değişkenlerle ilişkilendirilen Çalışmalar da bulunmaktadır. Araştırmalardaki ortak görüş örgütsel sessizliğin örgütler üzerinde olumsuz etkileri bulunmasıdır. Çalışanların fikirlerinde yararlanamama, sorunların görmezden gelinmesi, olumsuz geri bildirimlerden kaçınılması, tepkisiz kalınma, performans, motivasyon ve kalite düşüklüğü gibi nedenler bunların başlıca sebepleridir (Vakola ve Bouradas, 2005; Zehir ve Erdoğan 2011; Panahi ve diğerleri, 2012; Kaygın ve Atay 2014; Güvenli, 2014; Çatır, 2015; Kavak, 2016; Ayan, 2016; Ballı ve Çakıcı, 2016; Tekmen ve diğerleri, 2016; Yıldız ve Güneş, 2017; Çöp ve Öztürk, 2017; Örucü ve Biyan, 2018).

Literatürde örgütsel sessizlik konusunun sosyo-demografik değişkenler ile eğitim ve Sağlık Kurumlarında yapılmış olan çalışmalara da rastlanmıştır. Özdemir ve Sarioğlu Uğur (2013)'un yapmış olduğu çalışmada, Çalışanların örgütsel ses ve sessizlik davranışları sosyo-demografik değişkenler Açısından incelenmiştir. Çalışmamızla paralel şekilde çalışılan sektör değişkeni anlamlı farklılık göstermiştir. Kamu ve özel sektör ayrımının yapıldığı Çalışmada, kamu sektörü Çalışanlarının örgütsel sessizlik davranışları yüksek bulunmuştur. Yine Çalışmamızla benzer şekilde Dal ve Atanur Başkan (2018)'in eğitim Kurumlarında gerçekleştirdiği Çalışmada kurumda Çalışma süresi, meslekte Çalışma süresi, cinsiyet gibi değişkenlerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Araştırmada katılımcıların yaşları arasında oluşan farklılık düşünüldüğünde X ve Y kuşaklarının örgütsel sessizliğe bakış açıları akla gelmektedir. Örgütsel sessizliği ayrıca dini konulara kültürel farklılıklara da dayandığı konusu söz konusu olmaktadır. Bu konular Açısından Göksel ve Güneş (2017)'in yapmış olduğu Çalışmada, bu Araştırmayla benzer şekilde çalışılan sektör değişkeni anlamlı farklılık göstermiştir. Kuşaklar arasında farklılık olduğu düşünülmesine karşın ilgili Çalışmada kuşaklar arası farklılığı belirlemek için yapılan analizde anlamlı farklılık belirlenememiştir. Kültürel anlamda yapılan çalışmalara bakıldığında Sarı Aytekin ve arkadaşlarının (2017) doktorlar üzerinde yaptığı Çalışmada örgütsel sessizliğin prososyal sessizlik davranışı gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmada bazı kısıtlar da bulunmaktadır. Araştırmanın sadece Kırşehir ilinde yapılmış olması, sadece kamu Çalışanları üzerinde yapılmış olması bunlardan bir kaçıdır. Araştırmanın özel sektör ve farklı illerde benzer Çalışmalar yapılması veya Karşılaştırılmalı olarak incelenmesi, örgütsel sessizlik Davranışlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. Bu Araştırmanın sonucuna bakıldığında eğitim ve Sağlık Çalışanlarında örgütsel sessizlik davranışı yüksektir. Bunun önüne geçilmesi ve daha katılımcı bir yönetim anlayışı ile örgütsel sessizliğin en az seviyeye indirgenmesi gerek kamu olsun gerekse özel sektör kuruluşları olsun örgütlere maksimum fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

## 5. KAYNAKÇA

American Journal of Psychotherapy (1993). Silence: The Resounding Experience, Cilt 47, Sayı 2, S. 167-170.

Ayan, A. (2016). Liderlik Tarzlarının Örgütsel Sessizlik ve Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması, CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi 14 (2), s. 508-537.

Ballı, E., Çakıcı, A. (2016). Otel İşletmelerinde Çalışanların Örgütsel Bağlılığının Örgütsel Sessizlikleri Üzerindeki Etkisi, Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi, 20 (2), s. 79-98.

Brinsfield, C.T. (2009). Employee Silence: Investigation of Dimensionality, Development of Measures, and Examination of Related Factors. Doctoral Thesis, Ohio State University, Ohio.

- Budak, S.Ö. (2015). Kamu Kurumlarında Örgütsel Sessizlik, Etik İklim ve Yönetim Tarzları Alt Boyutları İlişkilerinin İncelenmesi: Erzurum Sağlık Sektöründe Örnek Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Celep, C., Kaya, A. (2016). İlköğretim Öğretmenlerinin Görüşlerine Göre Örgütsel Sessizliğin Nedenleri. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2016, Cilt 6, Sayı 2, 233-246.
- Çatır, O. (2015). Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderliğin Örgütsel Sessizlik üzerine Etkisi: Otel İşletmelerinde Bir Uygulama, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü (Doktora Tezi), Ankara.
- Çintay, Ö. (2018). Algılanan İçsellik Statüsü ve Örgütsel Sessizlik İlişkisinde Lider-Üye Etkileşiminin Koşulsal Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çöp, S, Öztürk Y. (2017). Lider-Üye Etkileşiminin Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisi: Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma, Journal of Business Research-Türk, s. 37-68.
- Dal, H., Atanur Başkan, G. (2018). The views of teachers working in secondary educational institutions about organizational silence. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 24(1), 45- 91. doi: 10.14527/kuey.2018.002
- Demiralay, T (2014). Hekimlerde Örgütsel Sessizliğin Yapısal Eşitlik Modeli İle İncelenmesi. Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Detert, J.R., Trevino, L. (2010). Speaking up to Higher-Ups: How Supervisors and Skip-Level Leaders Influence Employee Voice. Organization Science, Vol.21, No.1, pp.249-70.
- Dyne L.V., Ang, S. ve Isabel C.Botero, (2003). Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice As Multidimensional Constructs, Journal of Management Studies, 40 (6), s. 1359-1392.
- Göksel, A., Güneş, G. (2017). Kuşaklar Arası Farklılaşma: X ve Y Kuşaklarının Örgütsel Sessizlik Davranışı Bağlamında Analizi, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19/3 (2017) 807-828.
- Güvenli, D.R. (2014). Örgütsel Adalet Algısı ve Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisi: Emniyet Mensupları Üzerinde Bir Araştırma, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Doktora Tezi), İstanbul.
- Halis, M., Adaloğlu Ay, D. (2017). Kurumsallaşma Düzeyinin Örgütsel Sessizlik Üzerine Etkisi: Bir Araştırma. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 18, Sayı 2, 2017.
- Kahya, C. (2013). Dönüştürücü ve Etkileşimci Liderlik Anlayışları İle Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkide Örgütsel Güvenin Rolü. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kavak, O. (2016). Örgütsel Adalet Algısının Örgütsel Sessizlik ve Örgütsel Muhalefet Davranışı Üzerine Etkisi, Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi) Kars.
- Kaygın, E., Atay, M. (2014). Mobbingin Örgütsel Güven ve Örgütsel Sessizliğe Etkisi-Kamu Kurumunda Bir Uygulama, Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi, 18 (2), s. 95-113.
- Morrison, E.W. (2011). Employee Voice Behavior: Integration and Directions for Future Research. Academy of Management Annals, 5, 373-412.
- Morrison, E. W., Milliken, F.J. (2000). Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World. The Academy of Management Review, 25(4), 706-725.
- Nikmaram, S., Yamchi, H.G., Shojaii, S., Zahrani, M.A. ve Alvani, S.M. (2012). Study on Relationship Between Organizational Silence and Commitment in Iran. World Applied Sciences Journal, 17(10), s. 1271-1277.
- Örücü, E., Biyan Altundal, N. (2018). Psikolojik Sözleşme İhlali ve Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişki: İmalat Sektörüne Yönelik Bir Araştırma, MCBÜ Sosyal Bilimler Dergisi Cilt:16, Sayı:4, Doi: 10.18026/cbayarsos.505914.
- Örücü, E., Uzun, İ. (2018). Psikolojik Sözleşme İhlal Algısının Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi, Cilt 19, Sayı 41.

- Özdemir, L., Sarioğlu Uğur, S. (2013). Çalışanların "Örgütsel Ses ve Sessizlik" Algılamalarının Demografik Nitelikler Açısından Değerlendirilmesi: Kamu Ve Özel Sektörde Bir Araştırma, Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 27, Sayı: 1, 2013
- Panahi, B., Veisheh, S. And Kamari, F. (2012). An Empirical Analysis on Influencing Factors on Organizational Silence and Its Relationship with Employee's Organizational Commitment. Management Science Letters, 2, 735- 744.
- Pektaş, H.M. (2019). Öğretmen Algılarına Göre Okul Müdürlerinin Liderlik Tarzı İle Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Perlow, L. A., Repenning, N. P. (2009). The Dynamics of Silencing conflict. Research in Organizational Behaviour, 20, 1-29.
- Pinder, C., Harlos, P. (2001). Employee Silence: Quiescence and Acquiescence as responses to perceived injustice. Research in Personnel and Human Resources Management, 20, 331-369.
- Sarı Aytakin, S., Sis Atabay, E., Okan, T. (2017). Örgütsel Sessizlik Kültürel Bir Sonuç Mudur?, Vol:3, Issue:13; pp:316-327 (ISSN:2149-8598).
- Singh, S.P.B., Malhotra, M. (2015). The Mediating Role of Trust in the relationship between Perceived Organizational Support and Silence. International Journal of Scientific and Research Publications, Volume 5, Issue 9, September 2015.
- Tekmem, E.E., Çetin, A., Torun, T. (2016). Çalışanların Öz-Yeterlilik Algılarının Sessizlik Davranışı Üzerine Etkisi, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt 12, Sayı 1, ss. 71-88.
- Vakola, M., Bouradas, D. (2005). Antecedents and Consequences of Organisational Silence: An Empirical Investigation. Employee Relations, 27(5), 441-458.
- Van Dyne, L., Ang, S., Botero, I.C. (2003). Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs. Journal Of Management Studies, (40), 1359-1392.
- Yıldız, Ç.N., Güneş, M.Ş. (2017). Örgütsel Stresin, Örgütsel Sessizlik Ve Tükenmişlik Üzerine Etkisi: Eczane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi, 1 (1), s. 46-66.
- Zehir, C., Erdoğan, E. (2011). The Association Between Organizational Silence and Ethical Leadership Through Employee Performance, Procedia Social and Behavioral Sciences, 24, s. 1389-1404.

## ÖZEL YURT ÖĞRENCİLERİNİN BAŞARI YÖNELİMLERİNİN BELİRLENMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

### A STUDY ON DETERMINATION OF SUCCESS ORIENTATION OF PRIVATE DORMITORY STUDENTS

Burhanettin UYSAL<sup>1</sup>  
Mehmet YORULMAZ<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

This research is a cross-sectional field study which was conducted as a descriptive study in order to measure the success orientations of the students staying in a private dormitory in Konya. The achievement orientation scale was used in the research. The population of the study consisted of 120 students residing in the dormitory. The surveys were carried out by the researchers on 109 students in March 2019 on a voluntary basis. The data obtained from the surveys were analyzed in the Jamovi 0.9.6.9 program with a 95% confidence interval and a 5% margin of error. The Cronbach alpha value of the scale was  $\alpha = 0.907$ , the Learning Approach subscale was  $\alpha = 0.863$ , the Learning Avoidance sub-dimension was  $\alpha = 0.687$ , the Performance Approach sub-dimension was  $\alpha = 0.898$  and the Performance Avoidance sub-dimension was  $\alpha = 0.757$ . Non-parametric test techniques were used according to the Shapiro-Wilk test to determine the test techniques to be used in the analyzes. Bilateral comparisons were made by Mann Whitney test and more than two groups were compared by Kruskal Wallis test. In the comparison analysis, analysis was made according to the nationality, age, class level and family income level and no statistically significant relation was found with respect to nationality, age and family income level ( $p > 0.05$ ). A statistically significant relationship was found only by grade level ( $p < 0.05$ ).

**Key Words:** Achievement Orientation, Private Dormitory, Students

#### I. GİRİŞ

Türkiye’de her yıl iki milyondan fazla aday Yükseköğretim Kurumları Sınavı’na (YKS) girmektedir. Bu adaylar Sınav sonuçlarına göre, ülke genelinde 81 il ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde bulunan yükseköğretim kurumlarına yerleştirilmektedir. Sınava giren adayların üçte birlik kısmı buldukları ildeki üniversitelerde öğrenim görürken, geriye kalan öğrencilerin üçte ikisi ise öğrenim görmek amacıyla farklı bir ilde gitmektedirler. Kendi illeri dışında öğrenim görecek öğrencilerin önündeki en büyük engellerden birisi kalacak bir yurt bulunmasıdır. Bu problem gerek özel gerekse devlet yurtları vasıtasıyla minimum seviyeye indirgenmektedir. Yabancı öğrencilerde ise durum, Ekonomi ve Kalkınma İşbirliği Örgütü (OECD) istatistiklerine göre, 1970’li yıllarda 800 bin olan uluslararası öğrenci sayısı 2015 yılında 4.6 milyon rakamına ulaşmıştır. Bu seviyenin 2020’de 8 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (OECD, 2017). Gelişmiş ülkeler olan; ABD, İngiltere, Kanada, Avustralya gibi ülkeler uluslararası öğrencileri küresel etkinliklerinin artırmak için daha kolay kabul etmektedir. Az gelişmiş ülkeler ise bu öğrenciler ile kalkınma çabalarına katkı sağlayabilecek bir kitle edinmek gayretindedirler (Avrupa Komisyonu, 2013, Akt: Avcı ve Ark., 2018). Tüm eğitim sistemlerinin en temel amacı, ülkenin en önemli milli kaynağı olan öğrencileri en kaliteli şekilde eğitmek ve ülke gelişmişliğine katkıda bulunmaktadır. Her ne kadar sistem ve öğrenci aileleri başarılı bir öğrenci profili istemiş olsalar bile eğitimin girdisi olan öğrenciler bu duruma defans gösterebilmektedirler. Bu andan itibaren devreye öğrencilerin başarıya olan yönelimleri olgusu girmektedir.

Akademik başarıyı ölçmek ve performans değerlendirmesi yapmak oldukça zor ve karmaşık bir iştir (Harackiewicz vd., 2010). Öğrencilerin başarıya yönelik amaçlarını elde etmelerinde kişisel özellikleri ön plandadır ve bireysel özelliklerine göre şekillenmektedir (Pintrich, 2000). Aynı zamanda öğrencinin içinde bulunduğu ortam, okul, öğretmen, sistem, vb. etkenlerin de öğrencilerin başarı yönelimleri üzerinde etkisi bulunmaktadır (Karababa, vd., 2014).

<sup>1</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, E-mail: [burhanettin.uyosal@bilecik.edu.tr](mailto:burhanettin.uyosal@bilecik.edu.tr)

<sup>2</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, E-mail: [mtyorulmaz@hotmail.com](mailto:mtyorulmaz@hotmail.com)

Başarı yönelimi, öğrencilerin öğrenme bağlamındaki bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tepkilerini etkileyen kişisel bakış açılarını ifade eden uyumlu ve uyumsuz tutumlara yönlendirebilir nitelikleri olarak tanımlanmaktadır (Üzbe ve Bacanlı,2015). Başarı kuramına göre başarı, başarıya yaklaşma ve başarısızlıktan kaçınma eğilimleri ya da başarı umudu ile başarısızlık korkusu arasındaki çatışmanın sonucu olarak da tanımlanmaktadır (Küçüköglü vd.,2010).

Bu Çalışmada özel bir yurttan ikamet eden ve %57'sini yabancı uyruklu öğrencilerin oluşturduğu bir örneklem üzerinde öğrencilerin başarı yönelimleri araştırılmıştır. Yabancı ve Türk öğrencilerin başarı yönelimleri kıyaslamalarına yer verilmiştir.

## II.YÖNTEM

Yapılan Araştırmada Başarı Yönelimi Ölçeği kullanılmıştır. Elliot ve Murayama (2008) tarafından geliştirilen ölçek, Arslan ve Akın (2014) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu ölçek 12 ifade, dört boyuttan ve her bir ifade üç boyuttan oluşmaktadır.

Arslan ve Akın (2014) tarafından yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin boyutlarının Cronbach's alfa katsayısı 0,84 ile 0,94 ve faktör yüklerinin ise 0,73 ile 0,93 arasında olduğu bulunmuştur. Yaptığımız Araştırmada ise ölçeğin güvenilirlik analizi sonucunda iç tutarlılık değeri 0,907 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

Araştırmanın evrenini Konya ilinde özel bir erkek öğrenci yurdunda kalan 120 öğrenci oluşturmaktadır. Örnekle seçme yöntemine gidilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma sonucunda öğrencilerin %91'ine ulaşılmıştır. Ankete katılım gönüllülük esasına göre olduğundan öğrencilere karşı herhangi bir zorlama yapılmamıştır. Anket uygulanmadan önce aydınlatılmış onam formundaki gönüllülük esası, katılımcılara hem sözel hem de yazılı olarak bildirilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler Jamovi 0.9.6.9 programı ile analiz edilerek yorumlanmıştır. Analizlerde kullanılacak test tekniklerini belirlemek için yapılan Shapiro-Wilk testi sonucuna göre dağılım normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan test tekniklerinden faydalanılmıştır. İkili Karşılaştırmalarda Mann Whitney testi, ikiden fazla gruplardaki Karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Boyutlar arasındaki ilişki, Spearman Korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

**Tablo 1.** Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler		Frekans	%
1. Uyruk	Türkiye	47	43,1
	Diğer	62	56,9
2. Yaş	18-22	72	66
	23-32	37	34
3. Sınıf	Hazırlık	39	35,8
	1. Sınıf	49	45,0
	2. Sınıf	9	8,3
	3. Sınıf	4	3,7
	4. Sınıf	8	7,3
4. Aile Gelir Düzeyi	Düşük	24	22
	Orta-Yüksek	85	78

Tablo 1'deki bilgilere göre araştırmaya katılan yabancı uyruklu öğrencilerin oranı yerli öğrencilerden daha yüksektir. Öğrencilerin üçte ikisi 23 yaşın altındadır. Öğrencilerin yaklaşık yarısı (%45) birinci sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Öğrencilerin  $\frac{3}{4}$ 'ünün geliri orta düzeydedir.

**Tablo 2.** Normallik Testi

Ölçek ve Alt Boyutları	Shapiro-Wilk		
	İstatistik	N	p
Toplam Başarı Yönelimi	,968	109	,010
Öğrenme Yaklaşma	,921	109	,000
Öğrenme Kaçınma	,938	109	,000
Performans Yaklaşma	,913	109	,000
Performans Kaçınma	,932	109	,000

Tablo 2’de analizlerde kullanılacak test tekniklerini belirlemek için yapılan normallik testi sonuçları gösterilmektedir. Bu sonuçlara göre yapılan normallik testi sonucunda  $p < 0,05$  ve dağılım, normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır.

**Tablo 3.**Güvenirlilik Analizi

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach's Alfa ( $\alpha$ )	İfade Sayısı
Toplam Başarı Yönelimi	,907	12
Öğrenme Yaklaşma	,863	3
Öğrenme Kaçınma	,687	3
Performans Yaklaşma	,898	3
Performans Kaçınma	,757	3

Toplam başarı yönelimi ölçeği ve alt boyutları için yapılan güvenirlilik analizi sonucu Cronbach’s alfa ( $\alpha$ ) değerleri Tablo 3’te gösterilmektedir. Genel kabul edilmiş değerlere göre toplam başarı yönelimi (.907) güvenirlilik katsayı değeri yüksek bulunmuştur. Alt boyutlardan öğrenme yaklaşma ve performans yaklaşma (.863) boyutları güvenirlilik katsayı değeri yüksek bulunmuştur. Öğrenmek kaçınma (.687) ve performans kaçınma (0,757) boyutlarında ise oldukça güvenilir bulunmuştur(Karagöz, 2016).



**Tablo 4.** Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Ölçek İfadelerine Ait Ortalama Puanlar

İfadeler	Uyruk		Yaş Aralığı		Sınıf Düzeyi				Aile Gelir Düzeyi		
	TR	Diğer	18-22	23-32	Haz.	1	2	3	4	Düşük	Orta-Yüksek
1. Derste anlatılan konuları tamamen öğrenmeyi amaçlarım.	3.68	4	3.86	3.86	3.87	3.82	4.11	3.75	3.88	3.96	3.84
2. Dersin içeriğini anlamak için gayret sarf ederim.	3.98	4.08	4.06	4.00	4.1	4.04	3.89	3.5	4.13	4.17	4.00
3. Ders süresi içerisinde mümkün olduğunca fazla şey öğrenmeyi amaçlarım.	3.8	3.92	3.86	3.89	3.69	3.95	4	3.75	4.13	4.04	3.82
4. Öğrenebileceğimden daha az şey öğrenmekten kaçınırım.	3.76	3.61	3.77	3.49	3.59	3.89	3.44	3.5	3.13	3.63	3.69
5. Derste anlatılan konuları eksik öğrenmekten kaçınırım.	3.59	3.61	3.73	3.35	3.77	3.56	3.33	3.75	3.25	3.21	3.71
6. Bir konuyu olabildiğinden daha az öğrenmekten kaçınırım.	3.95	3.69	3.87	3.68	3.85	3.79	3.56	4.25	3.75	3.63	3.86
7. Sınıftaki öğrencilere göre daha iyi performans göstermeyi amaçlarım.	3.76	3.85	3.96	3.54	3.9	3.91	3.67	3.25	3.25	3.63	3.87
8. Diğer öğrencilere göre daha başarılı olmak için gayret ederim.	3.72	3.89	3.90	3.65	3.85	3.89	3.67	3.5	3.5	3.75	3.83
9. Diğer öğrencilerden daha iyi performans göstermeyi hedeflerim.	3.74	3.94	3.97	3.62	3.85	4	3.67	3.25	3.5	3.75	3.88
10. Diğer öğrencilere göre başarısız görünmekten kaçınmaya çalışırım.	3.37	3.79	3.56	3.70	3.85	3.38	3.67	3.75	3.75	3.83	3.55
11. Diğer öğrencilerden daha kötü performans göstermemeye gayret ederim.	3.78	3.56	3.83	3.32	3.77	3.87	2.11	3.25	3.75	4.04	3.55
12. Diğer öğrencilerden daha kötü performans göstermemeyi amaçlarım.	3.95	3.66	3.91	3.54	3.82	3.99	2.33	3	4.38	4.17	3.68

Tablo 4'te katılımcıların her ifadeye verdikleri cevaplar sosyo-demografik özelliklere göre gösterilmektedir. Buna göre uyruğuna göre yabancı uyruklu öğrencilerin ortalama puanı Türk uyruklu öğrencilere göre yüksektir.

**Tablo 5.** Uyuğua göre Karşılaştırma (N=109)

Ölçek ve Alt Boyutları	1. Uyruk	N	Sıra Ortalama	p
Toplam Başarı Yönelimi	Türkiye	47	54,28	0,835
	Diğer	62	55,55	
Öğrenme Yaklaşma	Türkiye	47	52,33	0,438
	Diğer	62	57,02	
Öğrenme Kaçınma	Türkiye	47	57,72	0,428
	Diğer	62	52,94	
Performans Yaklaşma	Türkiye	47	52,73	0,510
	Diğer	62	56,72	
Performans Kaçınma	Türkiye	47	55,55	0,873
	Diğer	62	54,58	

Öğrencilerin uyuğuna göre yapılan Mann-Whitney testine göre başarı yönelimi ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna göre öğrencilerin uyuğuna göre başarı yönelimi ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir, hipotezi reddedilmiştir. Toplam başarı yönelimi puanları Açısından bakıldığında yabancı uyruklu öğrencilerin başarı yönelimi puanlarının Türkiye uyruklu öğrencilerden daha yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 6.** Yaş a göre Karşılaştırma (N=109)

Ölçek ve Alt Boyutları	Yaş	N	Sıra Ortalama	p
Toplam Başarı Yönelimi	18-22	72	57,90	,182
	23-32	37	49,36	
Öğrenme Yaklaşma	18-22	72	54,31	,747
	23-32	37	56,35	
Öğrenme Kaçınma	18-22	72	58,02	,159
	23-32	37	49,12	
Performans Yaklaşma	18-22	72	57,94	,170
	23-32	37	49,27	
Performans Kaçınma	18-22	72	56,95	,365
	23-32	37	51,20	

Öğrencilerin yaş grupları arasında yapılan Mann-Whitney testine göre başarı yönelimi ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna göre öğrencilerin yaş grubuna göre başarı yönelimi ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir, hipotezi reddedilmiştir. Yaş grubuna göre ortalama puanlara bakıldığında toplam başarı yöneliminde yaş grubu düşük olanların puanları daha yüksektir.

**Tablo 7.** Sınıf Düzeyine göre Karşılaştırma (N=109)

Ölçek ve Alt Boyutları	Sınıf Düzeyi	N	Sıra Ortalama	p	Fark
Toplam Başarı Yönelimi	Hazırlık	39	57,81	0,619	
	1. Sınıf	49	56,13		
	2. Sınıf	9	40,11		
	3. Sınıf	4	46,75		
	4. Sınıf	8	55,25		
Öğrenme Yaklaşma	Hazırlık	39	55,90	0,825	
	1. Sınıf	49	53,23		
	2. Sınıf	9	55,67		
	3. Sınıf	4	45,13		
	4. Sınıf	8	65,63		
Öğrenme Kaçınma	Hazırlık	39	56,96	0,647	
	1. Sınıf	49	56,19		
	2. Sınıf	9	44,33		
	3. Sınıf	4	65,00		
	4. Sınıf	8	45,13		
Performans Yaklaşma	Hazırlık	39	55,55	0,900	
	1. Sınıf	49	56,72		
	2. Sınıf	9	51,67		
	3. Sınıf	4	41,63		
	4. Sınıf	8	52,19		
Performans Kaçınma	Hazırlık	39	60,27	0,022*	1. Hazırlık – 2. Sınıf Sınıf – 2. Sınıf
	1. Sınıf	49	55,16		
	2. Sınıf	9	24,56		
	3. Sınıf	4	44,00		
	4. Sınıf	8	68,06		

\*p<0,05 (İstatistiksel Anlamlılık Değeri)

Öğrencilerin sınıf düzeyi arasında yapılan Kruskal-Wallis testine göre yalnızca performans kaçınma boyutu puanları bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Genel ölçek boyutu ve diğer alt boyut puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Gruplar arasındaki farkın kaynağını ortaya çıkarmak için yapılan Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) düzeltme testi sonuçlarına göre farkın Hazırlık Sınıfı ve 2. Sınıf grubu (p<0,035) ile 1. Sınıf ve 2. Sınıflardan (p<0,015) kaynaklandığı bulunmuştur.

Bu sonuca göre öğrencilerin yaş grubuna göre başarı yönelimi ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir, hipotezi kabul edilmiştir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin performans kaçınma puanları diğer sınıf öğrencilerine göre daha yüksektir.

**Tablo 8.** Aile Gelir Düzeyine göre Karşılaştırma (N=109)

Ölçek ve Alt Boyutları	Aile Gelir Düzeyi	N	Sıra Ortalama	p
Toplam Başarı Yönelimi	Düşük	24	55,69	,904
	Orta ve Yüksek	85	54,81	
Öğrenme Yaklaşma	Düşük	24	60,33	,345
	Orta ve Yüksek	85	53,49	
Öğrenme Kaçınma	Düşük	24	51,19	,498
	Orta ve Yüksek	85	56,40	
Performans Yaklaşma	Düşük	24	50,13	,387
	Orta ve Yüksek	85	56,58	
Performans Kaçınma	Düşük	24	64,40	,097
	Orta ve Yüksek	85	53,02	

Öğrencilerin aile gelir düzeyi grubuna göre yapılan Mann Whitney testine göre başarı yönelimi ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre

öğrencilerin aile gelir düzeyine göre başarı yönelimi ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir, hipotezi reddedilmiştir.

### III. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmanın sonuçlarından elde edilen bulgular neticesinde yurtda kalan öğrencilerin uyruğunun çoğunluğunu yabancı uyruklu öğrenciler oluşturmaktadır. Ortaöğretimi bitirdikten sonra normal yaş aralığına (18-22) göre eğitim gören öğrencilerle kıyaslandığında normal öğrenim süresini aşan eğitim gören öğrencilerin oranı kayda değer olarak yüksektir. Bunun nedeni olarak en az 5 yıllık fakültelerde eğitim gören öğrenci sayısının yüksekliği söylenebilir. Öğrencilerin yarısına yakınının (%45) birinci sınıf öğrencisi olduğu göz önüne alındığında sınıf düzeyi yükseldikçe yurtda kalma oranlarının düştüğü ve bu doğrultuda öğrencilerin yurt değişikliği yaptığı ya da yurttan eve çıktığı söylenebilir. Öğrencilerin aile gelir düzeylerine göre büyük çoğunluğunun (%75) orta düzeyde gelire sahip olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin uyruğuna bakıldığında toplam başarı yönelimi puanlarının yabancı öğrencilerde daha fazla olduğu ancak öğrenme kaçınma ve performans kaçınma alt boyutlarında Türk uyruklu öğrencilerin puanlarının daha fazla olduğu, yabancı uyruklu öğrencilerin başarılı olmaya daha fazla meyilli oldukları gözlemlenmiştir. 18-22 yaş aralığında olan öğrencilerin tüm ifadelerle katılım ortalama skorları diğer yaş gruplarından yüksektir. Yaş grubu düşük olanların yaş grubu yüksek olanlara göre daha çok başarılı olma eğilimi gösterdikleri ve yaş yükseldikçe başarı yöneliminin düştüğü gözlemlenmiştir. Hazırlık sınıfı öğrencilerinin toplam başarı yönelimi eğilimleri en yüksektir. İkinci sınıfa kadar kategorik olarak azalma eğilimi gösterse de üçüncü sınıfla birlikte öğrencilerin başarı yönelimleri tekrar yükselme eğilimine girmiştir. Düşük ve orta-yüksek gelir grubundaki öğrencilerin toplam başarı yönelimleri birbirine yakındır. Düşük gelir grubundaki ailelerin çocuklarının daha çok başarılı olmaya meyilli oldukları gözlemlenmiştir.

### KAYNAKLAR

- Arslan, S., Akın, A. (2014). 2x2 Başarı Yönelimleri Ölçeği (Revize Formu): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Sakarya University Journal of Education*, 5/1 (Nisan/April 2015).ss. 7-15.
- Avrupa Komisyonu (2013). EU accountability report 2013 on financing for development, review of progress of the EU and its member states. Brussels: EC Directorate-General for Development and Cooperation - EuropeAid.
- Harackiewicz, J. M., Barron, K. E., Tauer, J. M., Carter, S. M., & Elliot, A. J. (2000). Short-term and longterm consequences of achievement goals: Predicting interest and performance over time. *Journal of Educational Psychology*, 92(2), 316-330.
- Haskan Avcı, Ö., Koç, M., & Bayar, Ö. (2019). Uluslararası Öğrencilerin Türkiye'deki Yükseköğrenimi Değerlendirmesi: Azerbaycan Örneği. *Yükseköğretim Dergisi*, 9(1), 75-83. doi:10.2399/yod.18.035).
- Karababa, A., Oral, T., & Dilmaç, B. (2014). Ergenlerin başarı amaç yönelimlerini yordayan değişkenlerden biri olarak: İnsani değerler. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 12(27), 165-186.
- Karagöz, Y. (2016). SPSS 23 ve AMOS 23 Uygulamalı İstatistiksel Analizler. Nobel Yayın. İstanbul.
- Küçüköğlü, A., Kaya, H.İ., Turan, A (2010). Sınıf Öğretmenliği Abd Öğrencilerinin Başarı Yönelimi Algılarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Atatürk Üniversitesi Ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* *Fırat University Journal of Social Science* Cilt: 20, Sayı: 2, Sayfa: 121-135.
- OECD (2017). *Education at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Pintrich, P. R. (2000). An achievement goal theory perspective on issues in motivation terminology, theory, and research. *Contemporary Educational Psychology*. 25, 92-104.
- Thejamoviproject (2019). *jamovi*. (Version 0.9) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Üzbe, N, BACANLI, H. (2015). Başarı Hedef Yönelimi, Benlik Saygısı Ve Akademik Başarının Kendini Engellemeyi Yordamadaki Rolü. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 13 (1), 33-50. Retrieved from <http://dergipark.org.tr/tebd/issue/26087/274923>.



## THE FACTORS AFFECTING THE PATIENT'S TRUST IN THE PHYSICIAN

Sedat BOSTAN<sup>1</sup>  
Sevil ASLAN<sup>2</sup>  
Bünyamin AKKUŞ<sup>3</sup>

### ABSTRACT

The patient's belief in the physician is very important in patient-physician communication due to the patient's confidence in the physician can directly affect the treatment processes. Therefore, it is important to determine the factors affecting trust arising from patient-physician communication. In this study, it is aimed to determine what are the factors that affect the patient's trust in the physician.

The research data were collected by reaching to 240 people aged 20 and over in Gümüşhane with the survey which it was prepared by the researchers. The trust satisfaction relationship questionnaire used in the study included 20 questions that were formed to determine the factors affecting the confidence of the participants to the physician besides the demographic questions. Five-point Likert-type scale was used in the evaluation of the questions and the collected data were subjected to statistical analysis by using SPSS 21.0 package program. The reliability of the scale was tested by Cronbach's Alpha method and the reliability coefficient was calculated as 82%. The differences between the independent variables were analyzed by T and ANOVA tests.

When the descriptive characteristics of the participants were evaluated; 57.1% of the participants were female, 55.8% were between 20-34 years old and 38.8% of the participants visited the hospital 1 to 3 times in the last year. As a result of the T test conducted to determine whether the trust factors differ according to the gender, it is observed that external factors affect women more than men ( $p= 0.035$ ). One-way variance (ANOVA) analysis was performed in order to determine whether there were any differences in the trust factors according to the number of visits to the hospital in the last year. According to the results of this analysis, it was found that people who visited the hospital for 4-6 times were affected more than physician practices by 1-3 times and these applications were more effective on their trust in physician ( $p= 0.004$ ). As a result of the increase in the number of visits to the hospital, the communication between the physician and the patient becomes more robust and accordingly, the patients' confidence in the physician practices is increased.

**Key Words:** Trust in the Physician, Physician Practices, Patient's Confidence

### GİRİŞ

Toplumdaki her bireyin sağlığıyla ilgili endişeleri veya ihtiyaçları söz konusu olduğunda, başvuracağı kişi hekim olmaktadır. Hekimin tıbbi uygulamalarla ilgili aldığı eğitim sonucunda sahip olduğu bilgi ve mesleki tecrübesi nedeniyle sağlığını kaybeden bireylerin en çok güven duydukları kişidir. Ancak hastalarla ilişki kurarken hekimlerin tıbbi bilgiye ek olarak iletişim yöntemlerine de ihtiyacı vardır. Çünkü sağlığın kavuşmak amacıyla hekime başvuran hastalar, kendilerine karşı sergilenen davranışlardan fazlasıyla etkilenmektedirler (Gezergün vd. 2006: 130). Öyle ki zaten sağlığı iyi olmayan birey asık suratlı, nezaketsiz ya da ilgisiz bir hekimle karşılaştığında çeşitli olumsuz tavırlar (Sağlık durumunu yeterince açıklamama, hekimin tıbbi bilgi düzeyi ne kadar iyi olursa olsun verdiği tedaviyi uygulamama, hekime kaba davranma, şiddet uygulama vb.) sergileyebilmektedir (Bol vd. 2013: 182; Ertong, 2011: 36). Ancak hekim tarafından güler yüzle, ilgiyle karşılaşılan hastanın daha rahat olması, kendini daha iyi ifade ederek iki taraf arasında daha iyi bir iletişimin kurulması daha kolay olacaktır. Bu şekilde hasta ile hekim arasında kurulan başarılı iletişim, her iki tarafın tedaviden bekleneni vermesini kolaylaştıracak (Taşçı, 2013: 27), hastanın hekime ve uyguladığı tedaviye inanması ve kendini rahat hissetmesini sağlayacak güveni duymasını sağlayacaktır. Hastanın hekimle rahat bir iletişim kurması, kendini daha iyi ifade etmesini sağlayacağı gibi hekimin hastayı Sağlık durumuyla ilgili bilgilendirmesini de kolaylaştıracaktır (Koch ve Turgut, 2004: 65).

<sup>1</sup> Assoc. Prof, Ordu University\Department of Healty care Management, [sbostan29@gmail.com](mailto:sbostan29@gmail.com)

<sup>2</sup> Assist. Prof, Kafkas University\Department of Healty care Management, [sevilaslan716@gmail.com](mailto:sevilaslan716@gmail.com)

<sup>3</sup> Graduate, Gümüşhane University\Department of Healty care Management

Günlük yaşantımızda ihtiyaçlarımızı karşılarken her an güvene ihtiyaç duyduğumuz gibi sağlığınıza kavuşmak amacıyla başvurduğumuz hekime de güven duyma ihtiyacı duyarız. Güven ihtiyacı, bireyin hayatta kalma iç güdülerinden biri olarak hayatın her alanını etkilemektedir. Hasta hekim iletişiminde de güven en önemli unsurların başında gelmektedir (Gülcemal ve Keklik, 2006: 67; Yağbasan ve Çakar, 2006: 610; Cusack, 2000: 1431). Hastanın hekime olan güveni tedavi süreçlerini direkt olarak etkileyebileceğinden birey, sağlığıyla ilgili endişelerinden kurtulmak için hekime güvenme ihtiyacı içerisinde olacaktır. Öyle ki bir hastanın hekime güvenip güvenmemesine bağlı olarak; tedaviyi kabul edip etmemesi, tedaviye uyup uymaması dolayısıyla iyileşme durumu direkt olarak etkilenmektedir (Karsavuran vd., 2011: 210). Bu nedenle hasta-hekim iletişiminden doğan güveni etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Önceki Çalışmalar incelendiğinde hastanın hekime güvenini etkileyen birçok etmeden söz edilebilir (Karsavuran vd., 2011: 210; Ertong, 2011: 120; Gülcemal ve Keklik, 2006: 67; Weaver vd., 1993: 140). Çoğunlukla hekim tutumundan kaynaklansa da hastadan kaynaklanan bu sebeplerden bazılarını aşağıda değinilmiştir.

- Hekimin tıbbi terimleri kullanması nedeniyle ya da uygulanacak tedavinin hastaya gerektiği şekilde açıklanmaması sonucunda hastanın durumu algılayamaması.
- Hekimin hastanın bireysel alanına (mahremiyet) müdahale etmesi.
- Hekimin hasta psikolojisini dikkate almaması ya da hastaya zaman ayırmaması.
- Hekimin hastanın kendi Sağlık durumunu anlatmasına olanak vermemesi ya da anlatmaya teşvik etmek için soru sormaması.
- Sosyal medya ya da iletişim kaynaklarının neden olduğu bilgi yoğunluğu-kirliliği.
- Hekimin tecrübesi, hekimle ilgili algı, hekimin imajı ya da başka hastaların hekimle ilgili yorumları hekim kaynaklı nedenler arasında sayılabilir.
- Hastanın sosyo-demografik özellikleri, kültürel alt yapısı, hekime başvurduğunda bulunduğu ruh hali, daha önce maruz kaldığı hekim davranışları, sosyal çevre yönlendirmeleri gibi hasta kaynaklı nedenler de sayılabilir.

## YÖNTEM

Hasta-hekim iletişiminde hastanın hekime olan güveni oldukça önemlidir. Öyle ki hastanın hekime olan güveni tedavi süreçlerini direkt olarak etkileyebilmektedir. Bu nedenle hasta-hekim iletişiminden doğan güveni etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Bu Çalışmada, hastanın hekime olan güvenini etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek amaçlanmaktadır.

Çalışmada Araştırmacılar tarafından literatürde yer alan Çalışmalar ışığında oluşturulan anket ile Gümüşhane’de yaşayan ve 20 yaşından büyük 240 kişiye ulaşılarak Araştırma verileri toplanmıştır. Araştırmada kullanılan güven memnuniyet ilişkisi anketinde, demografik soruların yanı sıra katılımcıların hekime güvenini etkileyen faktörlerin tespiti amacıyla oluşturulan 20 soru yer almaktadır. Soruların değerlendirilmesinde beşli Likert tipi (1 Hiç Katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kısmen Katılıyorum, 4 Katılıyorum ve 5 Tamamen Katılıyorum) ölçek kullanılmış ve toplanan veriler SPSS 21.0 paket programı kullanılarak istatistiki analizlere tabi tutulmuştur. Araştırma bulguları % 95 güven düzeyinde +/-5 hata payı ile sunulmaktadır.

Araştırma ölçeğinin geçerliliği keşfedici faktör analizi yapılarak test edilmiştir. Faktör analizi sonuçlarına göre 20 ifadeden 3 ifade çıkartılmış olup 17 ifade dört faktör altında toplanmıştır. Ancak bu Çalışmada iki faktör (güveni etkileyen faktörler ve güvenin tedaviye uyma etkisi) değerlendirmeye alınmıştır. Elde edilen dört faktör toplam varyansın % 55,609 açıklamaktadır. KMO ve Barlett’s Geçerlilik Analizi sonuçları aşağıda verilmiş olup (Tablo 1) faktör yükleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Bu sonuçlar ölçeği geçerli olduğunu göstermektedir.

**Tablo 1.** KMO ve Bartlett's Geçerlilik Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliğinin ölçümü		0,852
Bartlett's Testi	Yaklaşık Ki-Kare	1484,918
	df	136
	Sig.	0,000

Ölçek güvenilirliği Cronbach's Alpha yöntemiyle test edilmiş olup, %87 oranında güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Bağımsız değişkenler arasında fark olup olmadığı ise T ve ANOVA testleriyle analiz edilmiştir. Anlamlı fark tespit edilen durumların açıklanmasında Tukey testi verileri kullanılmıştır.

**Tablo 2. Soruların Faktörlere Dağılımları**

Faktörler	Güven memnuniyet ilişkisi ölçeği (Açıklanan toplam varyans 55,609)	Faktör Yüğü	Ort.	SS
<b>Faktör 1: Güveni Etkileyen Faktörler</b> (Açıklanan varyans 29,73)	Hekimin beni güler yüzle ve iyi karşılaması hekimime duyacağım güveni artırır.	0,716	4,39	0,82
	Tıbbi işlem sürecinde hekimimin beni bilgilendirmesi ona olan güvenimi artırır	0,715	4,49	0,73
	Hekimimin mesleki açıdan tecrübeli olması hekimime duyduğum güveni artırır.	0,701	4,42	0,73
	Hekimimin tedavi sürecinde bana daha fazla vakit ayırması güvenimi artırır.	0,710	4,29	0,82
	Hekimimin önerdiği tedavi bana açıklaması güvenimi artırır.	0,891	4,46	0,67
	Hekimimin uyguladığı tedavinin işe yaraması ve iyileşmemi sağlaması güvenimim asıl belirleyicisidir.	0,746	3,57	0,57
	Hekime olan güvenim aldığım hizmetten memnuniyeti belirler.	0,569	4,42	0,73
<b>Faktör 2: Güvenin Tedaviye Uyuma Etkisi</b> (Açıklanan varyans 11,175)	Güvendiğim hekimin önerdiği ilaçları tarif ettiği gibi kullanmayı önemserim.	0,546	4,35	0,81
	Güvendiğim hekimin önerdiği diyet uygulamalarına uyarım.	0,852	3,79	1,03
	Güvendiğim hekimin önerdiği ekzersizleri aksatmadan yaparım.	0,873	3,67	1,14
	Güvendiğim hekimin önerdiği kontrolleri düzenli yaptırım.	0,707	4,13	0,96
	Hekime güvensemde genel olarak tavsiyelerini çok önemsemem.	0,642	1,88	0,99



## BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde Araştırma kapsamında hastaların hekime güvenlerini etkileyen faktörler, hastaların tedaviye uyma etkisi ve bunların hastaların tanımlayıcı özellikleriyle ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik verileri (cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, eğitim-öğretim durumu, meslek, aylık gelir) ve son bir yıl içindeki hastaneyi ziyaret sayıları tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3: *Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri*

Değişkenler	Kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	137	57,1
	Erkek	103	42,9
Yaş	20-34	134	55,8
	35-49	39	16,3
	50 Ve Üzeri	67	27,9
Yaşadığımız Yer	İl Merkezi	164	68,3
	İlçe Merkezi	37	15,4
	Köy	39	16,3
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	8	3,3
	İlk Veya Orta Okul	45	18,8
	Lise Veya Meslek Lisesi	45	18,8
	Ön Lisans	31	12,9
	Lisans	105	43,8
	Lisansüstü	6	2,5
Meslek	Öğrenci	65	27,1
	İşsiz	2	0,8
	Ev Hanımı	38	15,8
	Memur	55	22,9
	İşçi	27	11,3
	Serbest Meslek	8	3,3
	Emekli	45	18,8
Aylık Gelir	1-1500	64	26,7
	1501-3000	101	42,1
	3001-5000	57	23,8
	5000 ve üstü	18	7,5
Son Bir Yılda Hastaneyi Ziyaret Sayısı	1-3	93	38,8
	4-6	72	30
	7 ve üstü	75	31,3

Katılımcıların 137'si (%57,1) kadın 103'ü (%42,9) erkektir. Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde 20-34 yaş arası 134 kişi (%55,8), 35-49 yaş arası 39 kişi (%16,3) ve 50 yaş ve üstü 67 kişi (%27,9) olduğu görülmektedir. Seçilen örneklemin yaş dağılımı incelendiğinde %55,8'i 20-34 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 164'ü (%68,3) il merkezinde, 37'si (%15,4) ilçe merkezinde ve 39 kişi (%16,3) köyde yaşamaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde katılımcılardan 8'i (%3,3) okuryazar değil, 45'i (%18,8) ilk veya ortaokul mezunu, 45'i (%18,8) lise veya meslek lisesi mezunu, 31'i (%12,9) ön lisans, 105'i (%43,8) lisans ve 6'ı (%2,5) lisansüstü eğitim almış veya almakta olan kişilerdir. Meslek grupları incelendiğinde, katılımcılardan 65'i (%27,1) öğrenci, 2 kişi (%0,8) işsiz, 38 kişi (%15,8) ev hanımı, 55 kişi (%22,9) memur, 27 kişi (%11,3) işçi, 8 kişi (%3,3) serbest meslek sahibi ve 45 kişi (%18,8) emekli olduğu görülmektedir. Katılımcıların aylık gelir dağılımları; 1-1500 arası 64 kişi (%26,7), 1501-3000 arası 101 kişi (%42,1), 3001-5000 arası 57 kişi (%23,8) ve 5001 ve üstü 18 kişi (%7,5) olduğu görülmüştür. Son bir yıl içerisinde hastaneye hasta veya hasta yakını olarak gitme sayıları; 1-3 arası ziyaret 93 kişi (%38,8), 4-6 arası ziyaret 72 kişi (%30) ve 7 ve üstü ziyaret sayısı 75 kişi (%31,3)'dir.

Bu bölümde Çalışmada yer alan anketin alt boyutları, bu boyutlara ait ifadelerle ilişkin standart sapma ve ortalama değerleri, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve son bir yıl içinde hastaneye gidiş sayısına göre farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Bağımsız örneklerde T-testi ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizi sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4: Güven Memnuniyet İlişkisi Ölçeğinde Yer Alan İfadelerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

İFADELER	Ortalama	Standart Sapma	Hiç	Katılmıyorum	Kısmen	Katılıyorum	Tamamen
			Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum
			n	n	n	n	n
			%	%	%	%	%
<b>Faktör 1: Güveni etkileyen faktörler</b>	3,84	0,62					
Tedavi olmak istediğim hekimi seçerken medyadan edinmiş olduğum olumlu bilgiler hekime duyacağım güvenimi destekler.	2,99	1,27	40	48	53	71	28
			16,7	20	22,1	29,6	11,7
Tedavi olmak istediğim hekimi seçerken sosyal çevrem olumlu tavsiyeleri hekime duyacağım güvenimi destekler.	3,72	1,02	9	23	45	111	52
			3,8	9,6	18,8	46,3	21,7
Hekimin beni güler yüzle ve iyi karşılaması hekime duyacağım güveni artırır.	<b>4,39</b>	0,82	5	3	14	88	130
			2,1	1,3	5,8	36,7	54,2
Hekimin muayene ve tıbbi işlemler esnasında mahremiyete önem göstermesi güvenimi artırır.	<b>4,37</b>	0,83	4	6	14	88	128
			1,7	2,5	5,8	36,7	53,3
Hatalı teşhis ve tedavi yapılabileceği korkusu hekime güvenimi azaltan bir etkidir.	3,72	1,08	10	28	40	102	60
			4,2	11,7	16,7	42,5	25
Tıbbi işlem sürecinde hekimimin beni bilgilendirmesi ona olan güvenimi artırır.	<b>4,49</b>	0,73	3	2	10	84	141
			1,3	0,8	4,2	35	58,8
Bilgilendirme esnasında tıbbi terimler kullanarak benim anlamayacağım şekilde bilgilendirme yapması güvenimi olumsuz etkilemez.	2,40	1,19	64	79	46	38	13
			26,7	32,9	19,2	15,8	5,4
Hekimin beni anlamaya çalışmazsa bunu önemsemem, ona olan güvenimi azaltmaz.	1,63	0,88	131	79	15	13	2
			54,6	32,9	6,3	5,4	0,8
Hekimin pazarlama yapmaya yönelik bana ilgi göstermesi ona olan güvenimi etkilemez.	1,79	0,96	116	76	34	9	5
			48,3	31,7	14,2	3,8	2,1
Hekimin mesleki açıdan tecrübeli olması hekime duyduğum güveni artırır.	<b>4,42</b>	0,73	1	7	9	94	129
			0,4	2,9	3,8	39,2	53,8
Hekimin önerdiği tedavi bana açıklaması güvenimi artırır.	<b>4,46</b>	0,67	0	5	9	96	130
			0	2,1	3,8	40	54,2
Hekimin uyguladığı tedavinin işe yaraması ve iyileşmemi sağlaması güvenimim asıl belirleyicisidir.	<b>4,49</b>	0,73	1	2	22	67	148
			0,4	0,8	9,2	27,9	61,7
<b>Faktör 2: Güvenin tedaviye uyma etkisi</b>	3,57	0,57					
Güvendiğim hekimin önerdiği ilaçları tarif ettiği gibi kullanmayı önemserim.	<b>4,35</b>	0,81	2	8	17	90	123
			0,8	3,3	7,1	37,5	51,3
Güvendiğim hekimin önerdiği diyet uygulamalarına uyarım.	3,79	1,03	8	20	50	97	65
			3,3	8,3	20,8	40,4	27,1
Güvendiğim hekimin önerdiği ekzersizleri aksatmadan yaparım.	3,67	1,14	16	19	55	86	64
			6,7	7,9	22,9	35,8	26,7
Güvendiğim hekimin önerdiği kontrolleri düzenli yaptırım.	<b>4,13</b>	0,96	7	9	28	96	100
			2,9	3,8	11,7	40	41,7
Hekime güvensemde genel olarak tavsiyelerini çok önemsemem.	1,88	0,99	103	89	23	22	3
			42,9	37,1	9,6	9,2	1,3

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların hekime güvenlerini en çok etkileyen ifadeler ‘Hekimin beni güler yüzle ve iyi karşılaması hekime duyacağım güveni artırır (4,49)’ ve Hekimin uyguladığı tedavinin işe yaraması ve iyileşmemi sağlaması güvenimim asıl belirleyicisidir (4,49)’dir. Katılımcıların hekime güvenlerini çok etkilediği diğer ifadeler sırasıyla şu şekildedir: ‘Hekimin önerdiği tedavi bana açıklaması güvenimi artırır (4,46)’, ‘Tıbbi işlem sürecinde hekimimin beni bilgilendirmesi ona olan güvenimi artırır (4,39)’, ‘Hekimin muayene ve tıbbi işlemler esnasında mahremiyete önem göstermesi güvenimi artırır (4,37)’, ‘Hekimin mesleki açıdan tecrübeli olması hekime duyduğum güveni artırır

(4,42)', 'Güvendiğim hekimin önerdiği ilaçları tarif ettiği gibi kullanmayı önemserim (4,35)' ve 'Güvendiğim hekimin önerdiği kontrolleri düzenli yaptırım (4,13)'. Buradan hareketle literatürdeki Çalışmaları destekler bir şekilde bireylerin tedavi sürecinde hekim tarafından bilgilendirilmeleri ve tedavi sonucunda sağlığına kavuşmaları hekime güvenlerini oldukça fazla etkilediği görülmektedir.

Diğer taraftan katılımcıların en az katıldıkları ifadeler ise 'Hekimin beni anlamaya Çalışmazsa bunu önemsemem, ona olan güvenimi azaltmaz (1,63)', 'Hekimin pazarlama yapmaya yönelik bana ilgi göstermesi ona olan güvenimi etkilemez (1,79)' ve 'Hekime güvensemde genel olarak tavsiyelerini çok önemsemem (1,88)' olarak belirlenmiştir. Bu durumda bireylerin hekimden beklentisi olarak kendilerini önemsemesi, anlamaya Çalışması ve maddi çıkar kaygısı gütmeksizin yalnızca kendisine fayda sağlamaya yönelik ilgi göstermesini olduğunu söyleyebiliriz. Bunun yanında bireylerin güven duydukları hekimin tavsiyelerini önemsedikleri görülmektedir.

**Tablo 5: Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi**

Faktörler	Cinsiyet	N	Ort.	SS	F	P
Güveni etkileyen faktörler	Kadın	137	3,917	0,626	2,122	<b>0,03</b>
	Erkek	103	3,746	0,608		
Güvenin tedaviye uyma etkisi	Kadın	137	3,635	0,570	2,024	<b>0,04</b>
	Erkek	103	3,483	0,578		

Tablo 5'te yer alan cinsiyete göre hekime güven faktörlerinin farklılaşp farklılaşmadığının tespiti amacıyla yapılan T test sonucunda, güveni etkileyen faktörlerin kadınları erkeklerden daha fazla etkiledikleri görülmektedir (p=0,03). Ayrıca güvenin tedaviye uyma etkisinin de kadınlarda az da olsa erkeklerden daha fazla etkili olduğu saptanmıştır (p=0,04). Karsavuran ve arkadaşlarının (2011) yaptığı Çalışmada, erkeklerin hekime olan güven düzeyi kadınlardan daha yüksektir. Bu da kadınların hekim uygulamalarından daha çok etkilendiğini dolayısıyla güvenlerini de daha fazla etkileyeceğini göstermektedir. Bu bulgu, bizim Çalışmamızdaki bulguyu destekler niteliktedir.

**Tablo 6: Son Bir Yıl İçinde Hastane Ziyareti Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi**

Faktör İfadeleri	Ziyaret Sayısı	N	Ort.	SS	F	P	Poet-Hoc Analizi
Güveni etkileyen faktörler	1-3	93	3,682	0,639	5,765	<b>0,004</b>	1-2 P=0,004
	4-6	72	3,994	0,594			
	7 ve üstü	75	3,899	0,591			
Güvenin tedaviye uyma etkisi	1-3	93	3,299	0,401	4,777	0,009	1-3 P=0,009
	4-6	72	3,421	0,363			
	7 ve üstü	75	3,472	0,349			

Son bir yıl içinde hastaneyi ziyaret sayısı değişkenine göre güveni etkileyen faktörde farklılık olup olmadığının saptanması amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Tablo 6'da yer alan analiz sonucuna göre, 4-6 kez hastaneyi ziyaret eden kişilerin 1-3 kez ziyaret eden kişilere göre hekim uygulamalarından daha fazla etkilendikleri ve bu uygulamaların hekime olan güvenlerini daha çok etkilediği saptanmıştır (p=0,004). Hastane ziyaret sayısının artması sonucu hekim ile daha fazla iletişim kurmaları hastaların hekime olan güvenlerinin daha fazla olmasını sağlamaktadır. Buna bağlı olarak

hastaların hekimlerine güvenerek tavsiyelerini yerine getirmeye Çalışmalarını sağlamaktadır. Bozkaya (2008)'nın Çalışmasında hekimle ilişki kurma ve tedaviye katılım isteği daha yüksek hastaların, son bir yıl içindeki Sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirip hekimden daha sık hizmet almayı tercih ettiklerini tespit etmiştir. Hekimle daha sık iletişim kuran hastaların tedaviye daha çok katılım göstermelerine bağlı olarak tedaviye daha çok uyum göstermektedirler. Hastaların hekime Bu bulgu Çalışmamızdaki hekime duyulan güvenin tedaviye uyma etkisinin pozitif olduğu bulgusunu desteklemektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen verilere göre hastanın hekime güvenini etkileyen en önemli unsurun hekimin hastasını bilgilendirmesi olduğu görülmüştür. Bunun yanında hekimin mesleki açıdan tecrübeli olması ve hastaları güler yüze karşılaması da katılımcılar tarafından en çok önemsenen durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum, hastaların Sağlık durumlarının kendilerine uygun bir dille açıklanmasının, şeffaflığın ve pozitif bir ortamın hekimle iletişim kurarken kendilerini rahatlıkla ifade etmelerini sağlayacağından hekim uygulamalarına uyma konusunda daha meyilli olmalarına olanak vereceği söylenebilir. Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu olan hasta-hekim iletişimine dayanan ve aradaki güveni perçinleyen hekim ziyaret sayısının da artmasına paralel olarak hastanın hekime güveninin arttığı gözlenmiştir. Ziyaret sayısı arttıkça hekimlerin hastalarını daha iyi tanıma fırsatı bulmalarına ve buna bağlı olarak hastaların hangi tedavileri daha iyi uygulayacaklarını bilmelerine olanak vermiş olacaktır. Bunun sonucunda da hastaların memnuniyet düzeylerinin yükseltilmesi ve sadakatlerinin artırılması kolaylaşmış olacaktır. Hastanın hekime olan güvenini birçok etmenin yanında iletişim şeklinin ve gücünün oldukça etkili olduğu görülmektedir. Buna dayanarak hekimlerin hastalara bilgi vermeleri, hastaları dinlemeleri ve onlarla empati kurduklarını hissettirmeleri hastaların tedaviye uyma davranışını artırarak hasta memnuniyetinin artmasına zemin hazırlayacaktır.

Hekimin muayene ve tıbbi işlemler esnasında mahremiyete önem göstermesi de hastaların hekime duyduğu güveni artırdığı görülmüştür. Bu da hekimlerin, hastaların özel alanına müdahale etmeden yani kişileri rahatsız etmeden tedavi uygulamalarının onlara duyulan güven üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Hekimler bunu bilerek hareket etmeleri durumunda hastalarının memnuniyetlerini arttırabileceklerdir. Ayrıca Çalışmada, hekimin hastayı anlamaya Çalışmaması ve daha fazla ücret almak için gereksiz tetkikler istemesinin de hekime olan güveni olumsuz yönde etkilediği ve bu nedenle hekim tavsiyelerine uyulmadığı tespit edilmiştir. Bu durumda hekimlerin hastalara karşı tutumlarına dikkat etmeleri ve performans puanı toplama kaygısı yaşamadan mesleklerini icra etmeleri için çaba sarf etmelerinin yanında politika yapıcıların bunun için gerekli Çalışma şartlarının sağlanması için Çalışma yapmaları önerilmektedir.

Hasta hekim arasındaki güven ilişkisi hastanın hem memnuniyetini hem de uygulanan tedaviye yanıt verme konusunda önemli bir unsurdur. En önemli unsurlardan birisi ise tedavi sonrasında hastanın kendini iyi hissetmesi sağlığına kavuştuğunu ya da sağlığının geliştiğini görmesidir. Sağlığını kazanan hasta hekimini başkalarına da önermektedir. Bu da hekimin ve Çalıştığı kurumun tercih edilirliliğini arttıracak ekonomik sürdürülebilirliğin sağlanmasına destek olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Bol, P., Gül, G. ve Erbaycu, A.E. (2013) "Hasta - Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında Fmea Model Analizinin Katkısı" İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 26(3): 181-191.
- Bozkaya, A.O. (2008), "Hasta Beklentileri Ve Bu Beklentiler Açısından Hasta Hekim Görüşmesinin Sonuçları", Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Cusack, D.A. (2000), "Ireland: breakdown of trust between doctor and patient" in Medicine and the law in Europe, Lancet, 356: 1431-32.
- Karsavuran, S., Kaya, S. ve Akturan, S. (2011) "Hasta Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği" Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14(2): 185-212.
- Koch, E. ve Turgut, T. (2004), "Hasta- Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: bir Bakış". Türk Psikiyatri Dergisi, 15(1): 64-69.
- Ertong, G. (2011), "Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru" Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C. ve Bayer, E. (2006) “Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği” Sosyal Bilimler Dergisi, 1:129-144
- Gülcemal, E. ve Keklik, B. (2016) “Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği” Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(14): 64-87.
- Taşçı, B.İ. (2013), “Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları” Sağlık Performans ve Kalite Dergisi, 25-36.
- Yağbasan, M. ve Çakar, F. (2006) “Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması” Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15: 609-629.
- Weaver, M.J.-Ow, Cathy L.-W., Debra J.-D., Ernest F. (1993), “A Questionnaire for Patients’ Evaluations Of Their Physicians’ Humanistic Behaviors”, Journal of General Internal Medicine, 8: 135-139.

## ACİL SERVİS VE 112 KOMUTA MERKEZİ ÇALIŞANLARININ POZİTİF PSİKOLOJİK SERMAYE DÜZEYLERİ VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ: ÇANKIRI ÖRNEĞİ

Selma ARSLANTAŞ<sup>1</sup>  
Zekai ÖZTÜRK<sup>2</sup>

### Özet

Bu çalışma toplum için büyük öneme sahip acil Sağlık hizmetleri alanında görev yapan Çalışanların pozitif psikolojik sermaye düzeyleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek açısından önem taşımaktadır. Acil servis ve 112 istasyonları acil durumlarda ve ilk müdahale birimi olarak her türlü hastaya bakmak, sevk etmek ve 7/24 hizmet sunmak için oluşturulmuş özel birimlerdir. Bütün emek yoğun alanlarda olduğu gibi Sağlıkta da en önemli faktör olan insan kaynağının iyi planlanıp, değerlendirilmesi ve uygun Çalışma ortamlarının sağlanması pozitif çıktılar Açısından önem taşır. Çalışanların örgüt için pozitif düşünceler beslemesi onun yaptığı işi özveri ve fedakarlık ile yapmasına; örgüte karşı bağlılığının sağlanmasına katkı sağlayacaktır. Acil Sağlık Çalışanlarından pozitif çıktılar almak verdiğimiz hizmeti de etkileyecektir. Sağlık hizmeti vermek doğrudan insan hayatı ile ilgili olduğu için sonuçların pozitif olması çok değerlidir. Acil servis ve 112 istasyonlarında görev yapan 96 personele anket uygulanmış ve sonuçları analiz edilerek bulgular elde edilmiştir. Analiz sonucu pozitif psikolojik sermaye ile örgütsel bağlılık arasında ve iyimserlik ve umut alt boyutu ile örgütsel bağlılık arasında, örgütsel bağlılığın devam bağlılığı alt boyutu ile psikolojik sermaye düzeyleri arasında orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Acil Sağlık hizmetleri, pozitif psikolojik sermaye, örgütsel bağlılık.

## THE DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND POSITIVE PSYCHOLOGICAL CAPITAL LEVELS OF EMERGENCY SERVICE AND 112 STATION EMPLOYEES: SAMPLE OF ÇANKIRI PROVINCE

### Abstract

This study is important to determine the relationship between psychological capital levels and organizational commitment of employees working in the field of emergency health services, which are of great importance for the society. The emergency service and 112 stations are special units that are established to take care of all kinds of patients in emergency situations and as a first response unit, to provide referral and to provide 24/7 service. As in all labor-intensive areas, the most important factor in health, which is the most important factor, is to plan and evaluate the human resources well and to provide suitable working environments. Employees' positive thoughts for the organization to do his work with devotion and sacrifice; will contribute to the commitment to the organization. Getting positive outputs from emergency healthcare workers will also affect our service. Since providing health services is directly related to human life, it is very valuable that the results are positive. A questionnaire was applied to 96 personnel working in emergency service and 112 stations and the results were analyzed and the results were obtained. As a result of the analysis, significant significant relationships were found between positive psychological capital and organizational commitment and between the optimism and hope sub-dimension and organizational commitment, and the continuation commitment sub-dimension of organizational commitment and psychological capital levels.

Key words: Emergency health services, positive psychological capital, organizational commitment.

### 1. GİRİŞ

Geleneksel anlayışa göre Çalışan işletme için mali bir unsur olmanın yanı sıra değiştirilmesi kolay bir kaynak olarak görülmekteydi. İnsan kaynakları günümüzde işletmeler için farklı bir değere sahiptir. Bu değer küreselleşme ve artan rekabet ortamı ile var olmaya Çalışan işletmeler için geliştirdikleri stratejilerin uygulanması ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğü için en önemli kaynak olduğu

<sup>1</sup>.Öğr. Gör., Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü,sarslantas@karatekin.edu.tr.

<sup>2</sup>. Prof. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi,Sağlık Yönetimi Bölümü, z.ozturk@hbv.edu.tr.

anlayışdır. İnsan kaynakları parasal olmayan bir sermaye olarak değerlendirilmiştir (Akçay, 2011). Pozitif psikolojik sermaye olarak değerlendirilen Çalışanlar işletme için Araştırılması ve geliştirilmesi gereken bir unsur olarak ele alınmaya başlanmıştır. (Child ve McGrath, 2001). Bunun yanı sıra bilgi çağının ve teknolojinin artan Kullanımı, yeni yönetim tarzlarının belirlenmesi ile iş süreç ve yapılarında meydana gelen değişiklikler, birtakım bireysel ve örgütsel değişikliklere de neden olmuştur. İşletmelerde örgüt birçok kişinin belli bir amaç için bir araya getirilmesi, üstlerine düşen görev ve sorumlulukları yerine getirebilmesinin sağlanması ile mümkün olmaktadır. Bir nevi birden fazla kişinin aynı havayı solması ve aynı şeyler için uğraş vermesidir. Birey örgüt içerisinde görev ve sorumluluklarını yerine getirirken sosyal açıdan etkilendiği gibi psikolojik olarak da çevresinden etkilenmektedir. Bireyler işten ve işyerinden beklentileri, kuruma olan bağlılıkları, iş tatminleri, görev ve sorumluluk duyguları gibi birçok konuda farklı düşünceler sergilemektedirler. Bazen bu etkilere cevap olarak belki kendinin bile fark edemediği tepkiler verebilmektedir. Zaten insanı Araştırma çabalarının en önemli nedeni de bundan kaynaklanmaktadır. Özellikle de işletmeler için kişinin kendinin bile fark etmediği duygu, düşünce ve davranışlarını ortaya koymak ve bunları işletme için nasıl faydalı hale getirilebileceğinin Araştırılmasıdır. İş yaşamında sıkıntılar yaşayan birey için hem kendinin hem de Çalıştığı kurumun performansında başarısızlıklara yol açması muhtemel olarak gözlemlenmektedir. Kurumu için pozitif duygular besleyen bireyler örgütlerine bağlılık duygusuyla hareket ederler, örgütsel düzeyde performans, başarı ve sosyal sorumluluk gibi çıktıları olumlu olarak etkiler(Roberts, 2006 ;Luthans vd., 2007a). Psikolojik sermaye, performans, örgütsel bağlılık ve iş tatmini gibi pozitif örgütsel durumlar olumlu olarak etkilenmekte ve bu etki bireysellikten örgütsel boyutlara taşınabilmektedir. Bu durum psikolojik sermayenin daha güçlü bir şekilde etki göstermesini sağlamaktadır(Luthans vd., 2007a). Pozitif çıktılar almak isteyen işletmeler için iş ortamının değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Sağlık sektörü de Sağlık hizmeti üretirken en önemli kaynak olarak Çalışanlarını görmektedir. Sağlık alanında Çalışanların hizmet sunumunda verimlilik, başarı ve yüksek performans göstermeleri önemli çıktılardır. Sağlık sisteminde belirlenen hedeflere ulaşmada kalite, etkinlik ve etkililik, verimlilik gibi performans çıktılarının sağlanması aslında pozitif psikolojik sermayesi yüksek Sağlık Çalışanlarına duyulan ihtiyacın en önemli göstergesidir. Belirlenen amaçlara ulaşmak için planlanan stratejilerin uygulanması, Çalışanların gösterecekleri performans ile belirlenecektir. Sağlık hizmetleri bilindiği üzere hem insan hayatına dokunması hem de Çalışma koşulları ve riskleri değerlendirildiğinde çok emek isteyen, birçok stres ve sıkıntının yaşandığı bir alandır (Thanacoody vd., 2014). Sağlık sektörünün yapısı ve Sağlık hizmetlerinin özellikleri Açısından değerlendirdiğimizde özellikle yüksek riskli Çalışma alanı olarak kabul edilen acil servis ve 112 İstasyonu Çalışanlarının da çok çeşitli stres ve risk faktörlerine maruz kalmaları, tükenmişlik sendromu, mobbing, depresyon, meslek hastalığı, şiddet, iş gücü kaybı, motivasyon düşüklüğü gibi birçok psikososyal sonuçlara neden olmaktadır (Yeşil,2010; Güner, 2011; Demiralp vd., 2012; Önal, 2015). Yapılan çoğu Çalışmada Sağlık Çalışanlarının olumsuz durumları; tükenmişlik sendromu, yabancılaşma, mobbing, depresyon, şiddet, stres ve kaygı düzeyleri ele alınmıştır (Kaya vd, 2007; Kavlu vd; 2009; Kebapçı vd., 2011; Kırılmaz vd.; Baş, 2012; Pınar, 2013; Kuh, 2017; Tokuç vd., 2015; Bahar vd., 2015; Acehan vd., 2013). Daha çok olumsuz tarafların ön plana çıkması aslında pozitif duyguları belirleyebilmek Açısından yetersiz kalmaktadır. Bu Çalışma özellikle yüksek riskli alanlar olan Acil Sağlık hizmetleri Çalışanlarının pozitif psikolojik sermayelerinin değerlendirilmesi ve örgütsel bağlılıklarına katkılarını ölçebilmek Açısından önemli bir Çalışmadır.

## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. PSİKOLOJİK SERMAYE

Psikolojik sermaye (Luthans, 2002), özellikle kişisel ve örgütsel performansın geliştirilmesi ve yönlendirilmesine yönelik olarak, tecrübeyle veya eğitimle değişebilen ve gelişebilen bir özellikler bütünüdür (Luthans, 2002; Luthans vd., 2007). Seligman (2002), pozitif psikolojinin hayatı yaşamaya değer kılan şeyleri, bireylerin buldukları çevre içinde kendi hayatlarını yönetebilen ve bu çevreye daha organize biçimde yaklaşan bireyler olmalarının nasıl sağlanacağını sorguladığını belirtmektedir. Pozitif psikoloji, pozitif örgütsel davranış, stratejik insan kaynakları yönetimi gibi akımlar, Çalışanların umut, öz-yeterlilik, iyimserlik ve dayanıklılıklarını da kapsayan pozitif psikolojik sermaye kavramının geliştirilmesine zemin hazırlamıştır. Asıl olarak psikolojik sermayenin temelleri pozitif psikoloji hareketine ve onun örgütlerdeki uygulamaları olan pozitif örgütsel düşünce okulu ile pozitif örgütsel davranışa dayanmaktadır (Luthans vd., 2007). Psikolojik sermaye, bireylerin pozitif yönde psikolojik

gelişmelerini ifade eder ve dört alt boyutu bulunmaktadır (Zhao ve Hou, 2009; Luthans ve diğerleri, 2006). Bunlar;

- Öz-yeterlilik: bireylerin herhangi bir durum karşısında yapması gereken şeyler için yeterli gücü bulup, bunun için çaba sarf edebilmesidir. Öz yeterlilik, bireyin karşılaştığı durumlarla nasıl baş etmesi gerektiğini belirten bir kavramdır (Öğüt vd., 2015)
- Umut: bireyin isteklerine ulaşması için kararlı olması ve vazgeçmemesidir. Kişinin bir problem hakkında çözüm yolları bulabilmesi olarak ta açıklayabiliriz. Eğer birey hedefe ulaşmak için çabalamaya devam eder ve bu engelin geçilemeyeceğine karar verirse, stres yerini olumsuz duygulara bırakır. Yüksek düzeyde umuda sahip bireyler ise, engellerle veya beklenmedik sürprizlerle karşılaştıklarında (olumlu veya olumsuz), daha az stres ve daha etkili mücadele stratejileri geliştirirler (Snyder, 2002) Bunun anlamı, zorlukların da olumlu yanlarının olduğunun kabulünün ve zorluklarla mücadele ederken dahi umutlu ve iyimser olmanın teşvik edildiği bir çalışma ortam sağlamaktır.
- İyimserlik: olumlu düşünme de diyebileceğimiz bir kavram olan iyimserlikte birey yaptığı işi pozitif düşüncelerle yapmalı ve beklentilerini de bu yönde gerçekleştirmelidir.
- Psikolojik Dayanıklılık: bireyin içinde bulunduğu ortam ve çevre koşulları ne kadar belirsizse karşısına çıkacak sıkıntılar da o kadar fazla olur. Psikolojik dayanıklılık kişinin bu sıkıntılarla mücadele edebilme gücüne sahip olması anlamına gelmektedir(Özkalp, 2009). Risk veya zorluklarla yüz yüze gelindiğinde, bunlara pozitif tepki gösterme ve uyum sağlamadır (Norman ve diğ, 2010). Çalışma yaşamında dayanıklılık düzeyini artırmak ve Çalışma ortamındaki zorluklarla başa çıkabilmek için çeşitli stratejiler önerilmektedir. Bunlardan ilki, çalışma ortamında profesyonel ilişki ve ağların kurulmasıdır. Bireyin ihtiyaç duyduğu anda yardımına koşabilecek ve sosyal destek sağlayabilecek arkadaşlarına sahip olması, risk faktörlerini azaltacaktır. Olumlu düşünmenin teşvik edilip sürdürülmesi, bir diğer stratejidir (Bandura,2000).

Son yıllarda hızla yayılan pozitif psikoloji kavramı Çalışanların pozitif yönleri ile ilgilenmesi bakımından, işletmeler için araştırılması gereken bir konu haline getirmiştir. Örgütü oluşturan bireyin pozitif ve negatif yönlerinin örgütün bütünü etkilemesi bakımından örgüt içerisindeki pozitif sermayenin önemi anlaşılmaya başlamıştır. Yapılan çalışmalarda Çalışanların psikolojik sermayelerini geliştirmek suretiyle işletmenin rekabetçi üstünlük kazanmasının muhtemel olduğu belirtilmektedir. Avolio (2005) rekabetçi üstünlük sağlayan bu yeni yaklaşımın temellerinin insan kaynaklarının tüm potansiyelinin farkına varamayan günümüz örgütlerine dayandığını ileri sürmektedir. Genel olarak pozitif psikolojiden ve özellikle pozitif örgütsel davranış akımından yola çıkılarak, umut, iyimserlik, dayanıklılık ve öz-yeterlilik gibi pozitif psikolojik kapasitelerin geliştirilmesinin, örgütün misyonu, değerleri ve hedeflerine daha yüksek bir bağlılığı beraberinde getireceği öne sürülmektedir (Luthans ve Jensen, 2005:305).

## 2.2. ÖRGÜTSEL BAĞLILIK

Örgütsel bağlılık, 1960'lerden itibaren çağdaş yönetim anlayışının üzerinde durduğu ve örgütsel psikoloji açısından da üzerinde önemle durulan bir kavramdır(Çınar,2011). Örgütsel bağlılık ile ilgili ilk çalışmayı Whyte(1956) yapmıştır. Alman sosyolog Etzioni(1961)'de Çalışmalar yapmış ve örgütsel bağlılığın sınıflandırılmasına katkı sağlamıştır. Daha sonra örgütsel bağlılık ve örgüte etkileri üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Özellikle örgütsel davranış çalışmalarında bireylerin bağlılık düzeylerinin örgüte etkilerinin boyutları açısından önemli bir kavram olarak önem kazanmıştır. Meyer ve Allen (1991)'e göre örgütsel bağlılık, Çalışanın örgütü ile olan ilişkisini şekillendiren ve Çalışanın örgüt üyeliğini devam ettirme ya da sonlandırma kararına etkisi olan psikolojik bir durumdur.

Bağlılık kelime anlamıyla "Birine karşı, sevgi, saygı ile yakınlık duyma ve gösterme, sadakati"(TDK) anlatılmaktadır. Aslına bakacak olursak bağlılık kavramı, daha çok duygusal niteliklidir. Kişinin çalıştığı kuruma duyduğu bağlılık hem işletmenin amaç ve hedeflerine davranışsal olarak kendilerini adanmalarını hem de işletme ile özdeşleşme sonucu tutumsal olarak örgüte bağlanmalarını içerir. İşletmenin amaç ve çıkarlarını gözetmek işletme için çok Çalışma ve işletmede kalma isteği olarak bağlanma boyut kazanır. Örgütsel bağlılık, Çalışanların belirli bir işe dahil olması ile oluşan kişinin yansıtacağı bir duygudur. Mowday, Steers ve Porter (1979)'ın da dediği gibi "bağlılık, bireyin örgütüne karşı hissettiği duygusal bir bağ" olarak karşımıza çıkmaktadır. Mowday ve arkadaşları (1979) örgütsel bağlılığı ölçmede bireylerde olması gereken üç önemli özellikten bahsetmişlerdir. Bunlar; örgütün amaç ve değerlerini güçlü bir şekilde kabul etme ve bunlara inanma, örgütün yararına kayda değer bir çaba sergilemeye gönüllü olma ve son olarak örgüt üyeliğini sürdürme adına güçlü bir arzu duymadır(Efeoglu



vd, 2006). Eren (2010)'e göre örgütsel bağlılık işgörenin örgütünü yürekte benimsemesi, örgütünün amaçlarını, stratejilerini, kural ve normlarını, kültürünü kabul edip saygı göstermesi ve örgütünü desteklemesi gibi bir takım davranışları gerektirmektedir.

Allen ve Meyer (1990) bağlılıkla ilgili yapmış oldukları Çalışmada bağlılığı duygusal, devam ve normatif bağlılık olarak üç boyutta kavramsallaştırmışlardır. Duygusal bağlılık (affective commitment), aslında örgütlerde en güçlü bağlılık tipi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin örgütün bütününe karşı hissettiği sevgi ve saygıdır. Bireyin kendisini örgütle özdeşleştirdiği, kendisini örgütle tanımladığı ve örgüte duygusal olarak katıldığı psikolojik bir yönelmeyi ifade eder. Güçlü bir duygusal bağlılığı olan iş görenler örgütlerinde kalırlar çünkü bunu isterler.(Allen ve Meyer, 1990). Devam bağlılığı (continuance commitment), örgütte kaldığı süre boyunca kişisel olarak kazanmış olduğu bazı hak ve menfaatlerinden vazgeçmemek için örgütte kalma isteğinden kaynaklanmaktadır. Howard Becker (1960) tarafından öne sürülen hesaplayıcı yaklaşım adıyla, bireyin örgüte yaptığı toplam yatırımlar ve örgütünden ayrıldığında bu yatırımları kaybetme ya da önemsiz kılma durumlarından dolayı örgütünden ayrılmaması ve ona bağlanması olarak ifade edilmektedir. Güçlü bir devam bağlılığı olan iş görenler örgütlerinde kalırlar çünkü buna ihtiyaç duyarlar (Allen ve Meyer, 1990). Normatif Bağlılık (normative commitment), kişinin ahlaki bir görev duygusu ile örgütte kalma isteği şeklinde tarif edilebilir. Daha çok kişilik özellikle ile ilgili olarak gelişen bir bağlılık durumudur. Yüksek normatif bağlılığa sahip bireyler, örgüte karşı bir yükümlülük hissederek bu inançla örgütten ayrılmayı düşünmezler. Örgütsel bağlılığın boyutları açısından incelendiğinde bağlılığın üç boyutunu ifade eden psikolojik durumların bazı öncüllerle geliştirilebilir bir nitelik taşımadığı söylenebilir (Meyer ve Allen, 1991). Bu boyutlar işgörenlerin farklı derecelerde değişen psikolojik durumlarını yansıtmakta olup bazı işgörenler örgütlerinde kalmak için güçlü bir ihtiyaç ve zorunluluk duyarken, bazıları gönülden istemeyebilmektedir (Allen ve Meyer, 1990). Örgütsel bağlılığı etkileyen bireysel ve örgütsel ve örgüt dışı olarak üç faktör bulunmaktadır (Kansuwon vd., 2002;Taşkaya vd.,2011). Bunlardan bireysel faktörler; bireysel (demografik) özellikler, iş beklentileri ve psikolojik sözleşmedir. Örgütsel faktörler ise; işin niteliği ve önemi, yönetim, ücret seviyesi, gözetim, örgütsel kültür, örgütsel adalet, örgütsel ödüller, ekip çalışması ve Çalışanın bulunduğu örgütün bağlı olduğu sektörün durumu olarak sıralanabilir(İnce vd.,2005). Örgüt dışı faktörler de; profesyonellik, yeni iş olanakları, ülkenin sosyal ve ekonomik durum göstergeleri, işsizlik oranı ve örgütün içinde bulunduğu sektörün durumudur.

Bağlılığın olmadığı durumlarda kolaylıkla yabancılaşma gerçekleşeceğinden ve yabancılaşma istenmeyen, Sağlıksız bir durum olduğundan, bağlılığın sağlanması Çalışan ve örgüt Açısından son derece önemlidir (Dunham ve diğ., 1994; Allen ve Grisafe, 2001; Allen ve Meyer, 1990;Demirel vd.2011). Örgütsel bağlılığın en güçlü ve en fazla beklenen sonuçlarından biri de, kurumdan ayrılma niyetinin ve dolayısıyla işgücü devrinin azalmasıdır (Sabuncuoğlu, 2007). Sağlık Çalışanlarına yönelik yapılan örgütsel bağlılık Çalışmaları sonuçlarında Çalışanlarda kuruma karşı düşük bağlılık düzeyleri görülmüştür. Başaran(2014)'ın hastane Çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyleri ile ilgili yapmış olduğu Çalışmada katılımcıların %64,7'sinin Çalıştığı hastaneye duygusal bir bağ hissetmedikleri sonucuna ulaşmış, büyük bir çoğunluğunun hastaneye karşı bağlılık düzeylerinin bulunmadığı belirlenmiştir. Thanacoody, Newman ve Fuchs (2014) Sağlık Çalışanları üzerinde yaptıkları Araştırmalarında duygusal tükenmenin, duygusal bağlılık ile geri çekilme davranışı arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiğinin bulmuştur. Güleriyüz ve arkadaşlarının (2008), 550 hemşire ile yaptıkları Çalışmalarında, duygusal zekâ düzeyi yüksek olan bireylerin örgüt ve yöneticileri ile daha fazla bütünleşerek hem iş tatmini hem de örgütlerine daha çok örgütsel bağlılık göstereceklerini belirtmişlerdir. Bayram" (2005) örgütsel bağlılığı, iş görenin çalıştığı kuruma karşı hissettiği bağın gücü şeklinde yorumlamıştır. Bu nedenle örgütsel bağlılığın işe geç kalma, işten kaçma, gibi istenmeyen sonuçları azaltacağı ayrıca örgütsel bağlılığın, örgütsel performansı pozitif yönde etkileyeceği, ürün ve hizmet kalitesini pozitif yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Pozitif psikolojik sermaye, örgütsel bağlılık ve iş tatmini gibi bir takım bireysel çıktıları etkilerken, performans ve verimlilik gibi örgütsel çıktıları da pozitif olarak etkilemekte ve böylece bu olumlu etki bireysellikten örgütsel boyutlara taşınabilmektedir. Bu Araştırma ile acil Sağlık hizmetleri

alanında görev yapan kişilerin psikolojik sermaye düzeyleri ve örgütsel bağlılıklarının ne düzeyde olduğunu belirlemek amaçlanmaktadır.

### 3.2. Evren Ve Örneklem

Çalışma evreni olarak acil Servis ve 112 Komuta Merkezlerinin seçilmesinin amacı Çalışma şartları Açısından özellikle iş yoğunluğu ve stres düzeyi yüksek olan yerler olmakla birlikte, işleri gereği hızlı ve doğru karar alıp doğru bir şekilde uygulama yapılması gereken, sorumluluğun yüksek olduğu yerler olmasıdır. Çankırı devlet hastanesi acil servis Çalışanları ve 112 Komuta merkezinde görevli Sağlık Çalışanlarından oluşan toplam 124 kişi evreni oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 96 kişi örnekleme oluşturmaktadır.

### 3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada tanımlayıcı Araştırma modeli kullanılmış ve anket yöntemi kullanılmıştır. Birinci bölümde Çalışanları tanıtıcı verilere ulaşmak için sorular hazırlanmıştır. İkinci bölümde Allen ve Meyer (1991) tarafından oluşturulmuş, Wasti (2000) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik güvenilirlik analizi yapılmış, duygusal, devam ve normatif bağlılık boyutlarından oluşan örgütsel bağlılığı ölçeği, üçüncü bölüm, Luthans vd. (2007) tarafından geliştirilen ve öz-yeterlilik, umut, iyimserlik ve dayanıklılık alt boyutlarından oluşan, Çetin ve Basım (2012) tarafından Türkçe'ye çevrilen pozitif psikolojik sermaye ölçeği kullanılmıştır. Sorular likert ölçeğinde hazırlanmış olup, cevaplar ise "kesinlikle katılmıyorum" dan "kesinlikle katılıyorum" a kadar olan 5 ölçekli bir skalada değerlendirilmiştir. Anketler yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır.

### 3.4. Bulgular

**Tablo 12.Çalışanları Tanımlayıcı Özellikler**

Değişkenler	Sayı	%	Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Meslek</b>			<b>Eğitim Durumu</b>		
Acil Tıp Teknisyeni/ Teknikeri	40	41,7	Ortaokul	3	3,1
Sağlık Memuru	4	4,2	Lise	49	51,0
Hemşire	8	8,3	Üniversite	30	31,3
Tıbbi Sekreter	7	7,3	Lisans üstü	14	14,6
Doktor	18	18,8	<b>Medeni Durum</b>		
Şoför	13	13,5	Evli	55	57,3
Diğer	6	6,3	Bekar	41	42,7
<b>Cinsiyet</b>			<b>Çalışma Yılı</b>		
Kadın	41	42,7	10 yıl ve altı	74	77,1
Erkek	55	57,3	<b>TOPLAM</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tablo 1'de görüldüğü üzere, Çalışmaya katılan Sağlık Çalışanlarının %42,7'si kadın, %52,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Sağlık Çalışanlarının %50'lik kısmı 30 yaş ve altındadır. %51'lik kısmı lise mezunundan oluşmaktadır.%77,1'i 10 yıl ve altı Çalışma yılına sahiptir. %41,7'si Acil Tıp Teknisyeni/teknikeri, % 4,2'si Sağlık memuru,% 8,3'ü Hemşire, %18,8'i Doktor, %7,3'ü Tıbbi sekreter, %13,5'i Şoför ve %6,3' ü de diğer Sağlık Çalışanlarından oluşmaktadır.

### Ölçeklerin Güvenirlik ve Faktör Analizi

KMO Örneklem Uygunluk Ölçüsü Değerleri	,808
Bartlett Küresellik Testi Yaklaşık Ki-Kare	1042,814
Serbestlik Derecesi	276
Anlamlılık	,000

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının faktör ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve sonuçları tablolar halinde sunulmuştur.

### Tablo 13. Pozitif Psikolojik Sermaye Ölçeği KMO ve Bartlett Değerleri

24 sorudan oluşan Pozitif Psikolojik Sermaye Ölçeği 'nin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi ile ölçülmüştür. Örneklem uygunluk değeri 0,808 ve küresellik derecesi 1042,814 ( $p<000$ ) olarak hesaplanmış ve faktör analizine uygun bulunmuştur.

### Tablo 14. Pozitif Psikolojik Sermaye Ölçeği Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Boyut	Madde
,895	,895	4	24

Pozitif Psikolojik Sermaye Ölçeğine güvenilirlik analizi uygulanmıştır, pozitif psikolojik sermayenin Cronbach Alpha katsayısı 0,895 bulunmuştur. Elde edile bu değer ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

### Tablo 15. Örgütsel Bağlılık Ölçeği KMO ve Bartlett Değerleri

KMO Örneklem Uygunluk Ölçüsü Değerleri		,824
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	826,466
	Serbestlik Derecesi	136
	Anlamlılık	,000

18 sorudan oluşan Örgütsel Bağlılık Ölçeği 'nin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi ile ölçülmüştür. Örneklem uygunluk değeri 0,824 ve küresellik derecesi 826,466( $p<000$ ) olarak hesaplanmış ve faktör analizine uygun bulunmuştur.

### Tablo 16. Örgütsel Bağlılık Ölçeği Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Boyut	Madde
,640	,639	3	17

Örgütsel Bağlılık Ölçeği'nin güvenilirlik analizi sonuçlarına göre, Örgütsel bağlılığın Cronbach Alpha katsayısı 0,640 bulunmuştur. Elde edile bu değer ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

## Değişkenlerle İlgili Korelasyon Analizi

**Tablo 17. Değişkenlerle İlgili Korelasyon Değerleri**

Boyutlar	Duygusal bağlılık	Devam bağlılığı	Normatif bağlılık	İyimserlik	Umut	Dayanıklılık	Öz yeterlilik	Örgütsel bağlılık	Pozitif Psikolojik Sermaye
Duygusal bağlılık		,199	,505**	,196	,271**	,256*	,120	,780**	,246*
Devam bağlılığı	,199		,411**	,383**	,344**	,279**	,201*	,661**	,351**
Normatif bağlılık	,505**	,411**		,195	,294**	,095	,035	,841**	,180
İyimserlik	,196	,383**	,195		,685**	,659**	<b>,538**</b>	,327**	,835**
Umut	,271**	,344**	,294**	,685**		,684**	<b>,701**</b>	,392**	,891**
Dayanıklılık	,256*	,279**	,095	,659**	,684**		,678**	,272**	,879**
Öz yeterlilik	,120	,201*	,035	,538**	,701**	,678**		,151	,843**
Örgütsel bağlılık	,780**	,661**	,841**	<b>,327**</b>	<b>,392**</b>	,272**	,151		,332**
Psikolojik sermaye	,246*	<b>,351**</b>	,180	,835**	,891**	,879**	,843**	<b>,332**</b>	

\*\* p<0.01 , \* p>0,05, N=96

Elde edilen korelasyon katsayıları ile pozitif psikolojik sermaye ve alt boyutları ile örgütsel bağlılık ve alt boyutları arasında farklı düzeylerde pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,01). Değişkenler arasında 0,30-0,64 arasında olması orta; 0,65-0,84 arasında olması güçlü; 0,85-1 arasında olması durumunda ise ilişkinin seviyesi çok güçlü olarak değerlendirilmektedir (Ural ve Kılıç, 2006:248). Tablo 6 incelendiğinde pozitif psikolojik sermaye ile örgütsel bağlılık arasında orta seviyede bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür (r=0,332). Pozitif psikolojik sermayenin iyimserlik (r=0,327), umut (r=0,392) boyutları ile örgütsel bağlılık arasında pozitif yönlü orta dereceli, örgütsel bağlılığın devam bağlılığı boyutu ile pozitif psikolojik sermaye düzeyi arasında ise orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=0,351). Pozitif psikolojik sermaye alt boyutlarının hepsinin birbiri ile p=0,01 anlamlılık seviyesinde, en kuvvetli ilişkinin umut boyutu ile dayanıklılık (r=0,701, p=0,01) arasında olduğu görülmektedir. En düşük seviyedeki ilişki ise iyimserlik ve öz yeterlilik boyutu (r=0,538 p=0,01) arasında olduğu görülmektedir. Yine örgütsel bağlılık boyutlarının birbirleri ile p=0,01 anlamlılık seviyesinde ve pozitif yönde bir ilişki içinde olduğu söylenebilir.

**Tablo 18. Değişkenlerle İlgili Regresyon Analizi Değerleri**

Değişkenler	Regresyon Katsayıları			Model İstatistikleri
	B	SH	β	
B.sız D.: Pozitif Psikolojik Sermaye B.lı D.: Örgütsel Bağlılık	,455	,133	,332	R <sup>2</sup> = ,111, F(0,001)=11,683 P<0,001

Pozitif psikolojik sermayenin örgütsel bağlılığı açıklayıcılığını ölçmek için iki değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, pozitif psikolojik sermayenin örgütsel bağlılığı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığı ve aralarında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür [Beta= .332,

$R^2 = .11$ ,  $F = 11,683$ ,  $p < 0,001$  etkilediği görülmektedir. Pozitif psikolojik sermaye, örgütsel bağlılığın varyansının yaklaşık olarak %11'ini açıklamaktadır.

### Demografik Özelliklere Göre Değişkenlerin Analizi

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve Çalışma süresi gibi demografik değişkenlere göre Pozitif Psikolojik Sermaye, Örgütsel Bağlılık ve alt boyutlarında anlamlı bir fark olup olmadığını belemek için t-testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Eğitim ve meslek değişkenleri ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Eğitim değişkenine göre boyut ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını bulmak amacıyla yapılan analiz sonucunda aldıkları değerler  $p > 0,05$  olduğundan, Pozitif Psikolojik Sermaye ( $F = 5,577$   $S = 0,01$   $p < 0,05$ ) ve Psikolojik Sermayenin Öz-yeterlilik alt boyutunda ( $F = 4,791$   $S = 0,004$   $p < 0,05$ ) anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik sermaye ve öz-yeterlilik alt boyutu düzeylerindeki farkın ortaokul mezunu ve lisansüstü eğitim düzeyinde Çalışanlar arasında fazla olduğu gözlemlenmiştir. Meslek değişkenine göre ise yine, Pozitif Psikolojik Sermaye ( $F = 4,152$   $S = 0,01$   $p < 0,05$ ) ve Psikolojik Sermayenin Umut alt boyutunda ( $F = 3,861$   $S = 0,002$   $p < 0,05$ ) anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik sermaye ve umut alt boyutu düzeylerindeki farkın doktor ve şoförler arasında fazla olduğu bulunmuştur. Demografik değişkenlerle ilgili sonuçlara bakıldığında eğitim düzeyi ve mesleki kariyer arttıkça psikolojik sermaye düzeyleri ve alt boyutlarının olumsuz yönde etkilediği sonucu çıkarılabilmektedir.

### 4. SONUÇ

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde, acil Sağlık hizmetleri Çalışanlarının pozitif psikolojik sermayesi ile örgütsel bağlılıkları arasındaki pozitif yönlü, anlamlı ilişkiler bulunmuş olup, bu durum Çalışanların pozitif psikolojik sermaye düzeyleri arttıkça, örgütsel bağlılıkları da artmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Yine psikolojik sermayenin alt boyutları ile örgütsel bağlılık arasında yakın ilişkiler olduğu saptanmıştır. Psikolojik sermayenin alt boyutu olan psikolojik dayanıklılık ile örgütsel bağlılık arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Pozitif psikolojik sermayenin iyimserlik ve umut alt boyutu ile örgütsel bağlılık arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Örgütsel bağlılığın özellikle devam bağlılığı boyutu ile psikolojik sermaye düzeyleri arasında da orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmayla, Çalışanların pozitif psikolojik sermaye düzeyleri ve alt boyutları ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelendiği diğer Çalışmalarla ilişkili, tutarlı sonuçlara ulaşılmıştır (Thompson vd., 2015; Luthans ve Jensen, 2005; Luthans vd., 2006; Luthans vd., 2007; Çınar, 2011; Çetin ve Basım, 2011; Güler, 2016; Paşa, 2018; Uygungil ve İşcan, 2018; Tösten, Avcı, & Yıldırım, 2018).

Örgütler arası yaşanan rekabet günümüzde işletmeleri değişim ve belirsizliklere karşı hazırlıklı olmaları ve önlemler almalarını gerektirmiş ve işletmelerin hayatta kalmaları için bir koşul haline gelmiştir (Akkoç vd., 2011). Günümüzde örgütsel davranış esaslarını açıklamada birçok olumlu tepkinin ana belirleyicisi olarak işgörenlerin çalıştıkları kurumlara kendilerini gönülden bağlı hissetmeleri gösterilmektedir. Artık tüm örgütler, Çalışanları aracılığıyla fark yaratma ve rekabet üstünlüğü sağlama peşindedir. Çalışanların, örgütün amaç ve hedefleri doğrultusunda performans göstermeleri için örgütlerine karşı olumlu duygular beslemelerini sağlamak önem kazanmıştır. Acil Sağlık hizmetleri Çalışma şartları Açısından özellikle iş yoğunluğu ve stres düzeyi yüksek olan yerler olmakla birlikte, aynı zamanda işleri gereği hızlı ve doğru karar alıp doğru bir şekilde uygulama yapılması gereken, sorumluluğun yüksek olduğu yerlerdir. Çalışanların işlerini yaparken etkili ve verimli olabilmesi, aynı zamanda çalıştığı kurumun kalitesini arttırabilmesi için sadece yeterli eğitim düzeyine sahip olmaları yetmemekte bunun yanında örgütlerine karşı olumlu düşünceler de barındırmaları gerekmektedir. Sağlık sektörünün performansının arttırılmasında Çalışan katkısının bu kadar fazla olması nedeniyle Çalışanların örgütsel bağlılığı arttırma Çalışmaları ve psikolojik sermaye düzeylerinin arttırma, Sağlık örgütlerinin en önemli amaçları haline getirmektedir. Ülkemiz koşullarında Çalışan Sağlık örgütlerinin, zor şartlarda kaliteli ve kalıcı Sağlık hizmeti sunma amaçlarına ulaşabilmeleri, Sağlık örgütlerindeki Çalışanların kritik görevlerini ve bu Çalışanların örgütlerine olan bağlılıklarına bağlı olmaktadır. Acil Sağlık Çalışanların olumlu duygularını ortaya konulmuş olup olmadığını tespit etmeye yönelik yapmış olduğumuz bu Çalışmada, Çalışanların psikolojik sermaye düzeylerinin örgütsel bağlılığa etkisinin orta düzeyde pozitif yönlü olduğu ortaya konulmuştur. Bireysel ve örgütsel çıktıları etkilemesi bakımında işletmelerin ve

Çalışanların psikolojik sermayelerine yatırım yapmaları ve örgütsel bağlılıklarını güçlendirmeleri önemlidir.

## KAYNAKLAR

- ACEHAN, G., & EKER, F. (2013). Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeyleri ve Kullandıkları Başa Çıkma Yolları. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1).
- AKÇAY, V. H. (2011). “Pozitif Psikolojik Sermayenin İş Tatmini ile İlişkisi”, *KSU İİBF Dergisi*, ss. 123-140.
- AKKOÇ, İ., TURUNÇ, Ö., & ÇALIŞKAN, A. (2011). Gelişim kültürü ve lider desteğinin yenilikçi davranış ve iş performansına etkisi: İş-aile çatışmasının aracılık rolü. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 13(4), 83-114.
- ALLEN, N.J. & MEYER, J.P. (1990), The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- ASLAN, İ. (2017), Öğretmenlerin pozitif psikolojik sermaye algıları ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- AVOLIO, B.J. (2005). The chief integrative leader: Moving to the next economy's HR leader. In M. Losey, S. Meisenger, D. Ulrich (Eds), *The future of human resource management: 63 thought leaders explore the critical HR issues of today and tomorrow* (s.95-102). Washington, DC: Society of Human Resource Management.
- BAHAR, A., ŞAHİN, S., AKKAYA, Z., & ALKAYIŞ, M. (2015). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(2).
- BANDURA, A. (2000) “Cultivate Self-Efficacy for Personal and Organizational Effectiveness”, E.A.Locke (Ed.), *Handbook of Principles of Organizational Behavior*, Oxford: Blackwell Publishing, 120–135.
- BAŞ, M. (2012). Bir eğitim Araştırma hastanesinde Çalışan hemşirelerde mobbing ve anksiyete (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- BAŞARAN, S.(2014), Hastanelerde Örgüt Kültürünün Çalışanların Örgütsel Bağlılığına Etkisi, (İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği), Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BAYRAM, L. (2005). Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık. *Sayıştay Dergisi*, Sayı, 59, 125-139.
- BECKER, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 66(1), 32-40.
- CHILD, J., & MCGRATH, R. G. (2001). Organizations unfettered: Organizational form in an information-intensive economy. *Academy of management journal*, 44(6), 1135-1148.
- ÇETİN F., BASIM H. N. (2011), Psikolojik Dayanıklılığın İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarındaki Rolü. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 13 (3), 79-94. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/issue/25478/268740>
- ÇINAR, E. (2011), Pozitif Psikolojik Sermayenin Örgütsel Bağlılıkla İlişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- DEMİRALP G, AKSAKAL Baran F.N. (2012), Ankara 112 Çalışanlarının Trafik Kazalarında Olay Yeriinde Kaza Geçirme Sıklığı ve Olay Yeri Güvenliği Bilgisinin Değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal*, Ankara 2012; 23: 1-5.
- DEMİREL, Erkan T.; ÇAKINBERK, A. (2010), Örgütsel bağlılığın belirleyicisi olarak liderlik: Sağlık Çalışanları örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24.
- DUNHAM, R. B., GRUBE, J. A. & CASTAÑEDA M. B. (1994). Organizational Commitment: The Utility of an Integrative Definition. *Journal of Applied Psychology*. 79(3), 370-380
- EFEÖĞLU, İ. E., & ÖZGEN, H. (2006). İş-Aile Yaşam Çatışmasının İş Stresi, İş Doyumu Ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkileri: İlaç Sektöründe Bir Araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(2), 237-254.
- EREN, E. 2010. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. 12. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.



- ETZİONİ, A. (1961). A Comparative Analysis of Complex Organizations: On Power, Involvement, and Their Correlates. New York: The Free Press.
- GÜLER, G.(2016), Pozitif Psikolojik Sermaye İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Mersin İli Perakende Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- GÜLERYÜZ, G., GÜNEY, S., AYDIN, E.M. ve AS, Ö. (2008). The Mediating Effect of Job Satisfaction Between Emotional Intelligence And Organisational Commitment of Nurses: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*. 45, 1625–1635.
- GÜNERİ S, İLHAN MN, AVCI, E.(2011), Ankara 112 Acil Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Çalışma Koşulları ve İş Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal*, Ankara. 2011;22: 1-5.
- İNCE, M. VE GÜL, H. (2005). *Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- KANSUWON, S., P. THONGKUM AND K. KOANHU (2002) “Factors Affecting Organizational Commitment of Community Health Workers in Changwat Pattani”, *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities*, 8(1), 73-89.
- KAVLU, İ., & PINAR, R. (2009). Acil servislerde Çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1543-1555.
- KAYA, M., ÜNER, S., KARANFİL, E., ULUYOL, R., YÜKSEL, F., & YÜKSEL, M. (2007). Birinci basamak Sağlık Çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 357-363.
- KEBAPÇI, A., & AKYOLCU, N. (2011). Acil birimlerde Çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(2), 59-67.
- KIRILMAZ, H., YORGUN, S., & ATASOY, A.(2016), Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (UKSAD)*, 2(Special Issue 1), 66-82.
- KUH, M. (2017). Denizli ili acil Sağlık hizmetleri Çalışanlarında iş yükü-kontrolü, işe yabancılaşma ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
- LUTHANS, F. (2002a). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16(1), 57-72.
- LUTHANS, F. (2002b). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695-706.
- LUTHANS, K.W. VE JENSEN, S.M. (2005). The linkage between psychological capital and commitment to organizational mission: A study of nurses. *The Journal of Nursing*
- LUTHANS, F., YOUSSEF, C.M., AVOLÍO, B.J. (2007a). *Psychological Capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press
- LUTHANS, F., & YOUSSEF, C.M. (2007b). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33, 321-349.
- MEYER, J.P. & ALLEN, N.J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61-89.
- NORMAN, S. M., AVEY, J., NİMNİCHT, J. L. AND PİGEON, N. G. (2010), The Interactive Effects of Psychological Capital and Organizational Identity on Employee Organizational Citizenship and Deviance Behaviors, *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 17(4), 380-391.
- ÖĞÜT, A., KAPLAN, M.(2015),Sağlık Sektöründe Psikolojik Sermayenin İş Performansı Üzerindeki Etkisi, Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi (The Journal of Social Economic Research) ISSN: 2148 – 3043 / Ekim 2015 / Yıl: 15 / Sayı: 30
- ÖNAL Ö.(2015), Acil Sağlık İstasyonlarında Çalışan Personelin Mesleki Risk Durumları, *Journal of Contemporary Medicine* 2015;5(4): 239-244
- ÖZKALP, E. (2009). Örgütsel davranışta yeni bir boyut: pozitif (olumlu) örgütsel davranış yaklaşımı ve konuları. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı*, 491-498.
- PAŞA, F.(2018), Pozitif Psikolojik Sermayenin Örgütsel Bağlılık İle İlişkisi Ve Beyaz Eşya Sektöründe Bir Uygulama,Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

- PINAR, T., & PINAR, G. (2013). Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3), 3.
- ROBERTS, L. M. (2006). Shifting the lens on organizational life: The added value of positive scholarship. Academy of Management Review, 31, 292-305.
- R. Dubin-J.E. Champoux-L. W. Porter, "Central Life Interests and Organizational Commitment of Blue-Collar and Clerical Workers", Administrative Science Quarterly, 1975, ss.411-421.
- SABUNCUĞLU, T.E. (2007), "Eğitim, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi", Ege Akademik Bakış, 7 (2), 613-628).
- SELİGMAN, M. E. P. (2002), Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment, New York, NY: The Free Press.
- SNYDER, C.R., RAND, L.K., VE SİGMON, D.R. (2002). Hope Theory: A member of the positivepsychology family. In C. R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), The handbook of positive psychology (s. 257-276). Oxford, UK: Oxford University Press.
- TAŞKAYA, S., & ŞAHİN, B. (2011). Hastane Çalışanlarının Kişisel Özellikleri İle Örgütsel Adalet Algılarının Örgüte Bağlılık Düzeyleri Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 29(1), 165-185.
- THANACODY, P.R., NEWMAN, A. VE FUCHS, S. (2014). Affective commitment and turnover intentions among healthcare professionals: The role of emotional exhaustion and disengagement. The International Journal of Human Resource Management, 25(13), 1841-1857.
- THOMPSON, K. R., LEMMON, G., & WALTER, T. J. (2015). Employee engagement and positive psychological capital. Organizational Dynamics, 44(3), 185 -195.
- TOKUÇ, B., TURUNÇ, Y., & EKUKLU, G. (2015). Edirne’de Ambulans Çalışanlarının Anksiyete, Depresyon Ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), 11(42).
- TÖSTEN, R., AVCI, Y. E., & YILDIRIM, İ. (2018). Pozitif Psikolojik Sermaye İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Eğitim Kurumlarında Bir Çalışma. Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(3), 21-29.
- URAL, A. VE KILIÇ, İ. (2013). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS İle Veri Analizi, Detay Yayıncılık, 4. Baskı, Ankara.
- UYGUNGİL, S., & İŞCAN, Ö. F. (2018). Pozitif Psikolojik Sermaye, Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Sinizm Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (31), 435-453.
- YEŞİL A.(2010), 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı, Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- ZHAO, Z., HOU, J. (2009). "The Study on Psychological Capital Development on Intreprenurial Team", International Journal of Psychological Studies, 1, (2), ss. 35-40.

## ASİSTAN HEKİMLERİN UZMANLIK ALAN TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ<sup>1</sup>  
Şeyma KAHVECİ<sup>2</sup>

### ABSTRACT

The choices made in his field in his life determine his target lives. Among the most important structured choices, international elections and physician's specialization preferences and site choices are a complex process affected by complex factors. This study was carried out with the aim of directing the preferences of the physicians to the field of the target areas and the preference of the specialist areas of the assistantship. In this research, assistant physicians can use demographic characteristics, web site, demographic information, demographic information formula, preference of specialist specialties, preference and preferences of preferred ones and quintet Likert type questionnaire with 27 questions. Research universe of the Ministry of Health in 2018 published case based on the 2017 Yearbook of doctors in the health center is 24 397 residents in Turkey. 380 physicians were included in this study. 55,0% of them were women, 47,9% were married, 45,8% were 27-29 years old, 35,5% had 58-63 TUS points, 36,3% were TUS 64 and above. has a score. In addition, 30.8% of assistant physicians in their research, 23.7% in the second year, 18.7% in the 3rd year and 21.8% in the 4th year they found that they continue their working lives. It has been. When I examine the preferences of the physicians who are receiving specialized training in managing the structured study, I have a special interest in the private area with an average of 3.59% in the first place. Then, in the choice of choice, this area should be compatible with my lifestyle and character. This ranking, 'professional and spiritual satisfaction' statement with an average of 3.34 follows. In addition, the need for specialist expertise in the field of expertise, the need for scientific research in the field, the need for scientific research in the field and the need for malpractice in case of malpractice, and the story of the patient are of importance in the choice of assistant physicians.

**Key words:** resident physicians, specialties, factors

### GİRİŞ

Hayatın her alanında yapılan tercihler, insanların yaşamlarını belirlemektedir. Yapılan en önemli tercihler arasında mesleki seçimler yer almaktadır ve meslek seçimi birçok faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir (Ömürbek ve ark.,2016; Yoney ve Yavuz, 2010; Genç ve ark.,2007). Meslek seçim kararında, bireyin içinde yaşadığı çevre, sahip olduğu bilgi birikimi ve kişisel özellikleri, mesleğe duyduğu ilgi, elde edeceği mesleki tatmin ve o meslekten beklentileri gibi birçok kriterin etkili olduğu bilinmektedir (Brown, 2002). Bununla birlikte kişinin ahlaki değerleri, ailesel nedenler ve sosyoekonomik durum gibi etmenler de meslek seçiminde önemli rol oynamaktadır (Pamuk-Özveren, 2015).

Ayrıca meslek olarak hekimlik mesleğini seçmek isteyen bireyler için de tıp fakültesine girme kararı oldukça önem arz eden bir karardır (Ömürbek ve ark., 2016). Bununla beraber tıp eğitimini tamamlayarak 'doktor' unvanı alan hekimler, tıpta uzmanlaşmayı hedef olarak görmektedir (Özen-Kutanis ve ark.,2011). Uzmanlık eğitime başlayabilmek için yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)' dan başarılı olmak gerekmektedir. Bu Sınav ilgili yönetmelik ve karamameler doğrultusunda 1986 yılından bu yana ÖSYM tarafından yılda iki kez iki oturum şeklinde düzenlenmektedir (ÖSYM TUS değerlendirme raporu, 2018). Her seferinde ortalama 12.000 adayın katıldığı Sınavda hekimler seçimleri doğrultusunda açık olan kontenjanlara yerleşmekte ve farklı uzmanlık alanlarının birinde eğitim almaya başlamaktadır (Tan ve ark., 2011).

Hekimler, tıpta uzmanlık dallarıyla ilgili tercihlerde bulunurlarken birçok faktörü göz önünde bulundurmakta ve bu seçim sürecine oldukça önem vermektedir. Tıp öğrencilerinin ve hekimlerin alan tercihlerini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır (Öztürk ve Gençtürk, 2018). Bu faktörlerin daha önce yapılan Çalışmalar ışığı altında; bireylerin kişilik yapısı, seçilen uzmanlığın geliri, iş yükü, yaşam tarzı, alanın saygınlığı, alana özel ilgi, kişisel deneyimler, ailesel faktörler, bireysel yetenekler olarak sıralandıkları tespit edilmiştir (Şahin, 2017; Ömürbek,2016; Petrides and McManus, 2004; Akkaş ve Erdem,2017; Dikici ve ark, 2008).

<sup>1</sup> Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi, akmanhilal@hotmail.com

<sup>2</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, seyma.krpe@gmail.com

Toplum içerisinde oldukça güçlü bir etkiye sahip meslek grubunu oluşturan hekimler, uzmanlık alanında yaptıkları kariyer tercihleri toplum sağlığını etkileyen bir unsur olarak görülmektedir (Tekin ve ark., 2013). Sağlık hizmetleri hekim olmaksızın düşünülemeyecek bir sistemdir. Bu düşünceden hareketle ülkenin Sağlık sisteminin etkililiğinin, verimliliğinin ve kalitesinin belirleyicileri arasında hekimlerinde yer aldığı söylenebilmektedir. Bu yüzden meslek seçim kararının ve uzmanlık alan tercihinin bilinçli yapılması hem bireyin hayatını hem de dolaylı olarak ülkenin geleceğini etkileyecektir.

Bu Çalışmanın amacı, asistan hekimlerin uzmanlık alan tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek üzere gerçekleştirilmiştir.

## YÖNTEM

Bu Araştırma da asistan hekimlerin demografik özelliklerini belirlemek için demografik bilgi formu, içerisinde uzmanlık dallarını tercih edilme durumları ile tercihleri etkileyen faktörlerin sıralandığı ve Araştırmacılar tarafından oluşturulan 27 soruluk beşli likert tipi anket formu kullanılmış olup online anket yönteminden yararlanılmıştır. Araştırma evrenini Sağlık Bakanlığının 2018 de yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 verilerine göre Türkiye'deki 24.397 asistan hekim oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi için Altunışık ve arkadaşları tarafından oluşturulan belirli evrenler için kabul edilebilir örneklem büyüklükleri tablosundan yararlanılmıştır (Altunışık ve ark., 2012). 24.397 kişilik evren grubuna karşılık 379 kişilik örneklem grubu yeterli görülmüş ve 380 asistan hekim Çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

## BULGULAR

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlere Ait Demografik Veriler

Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde (%)	Medeni Durum	Sayı(n)	Yüzde (%)
Kadın	209	55,0	Bekar	198	52,1
Erkek	171	45,0	Evli	182	47,9
Yaş	Sayı(n)	Yüzde (%)	TUS Puanı	Sayı(n)	Yüzde (%)
23-26	93	24,5	40-57	107	28,2
27-29	174	45,8	58-63	135	35,5
30+	113	29,7	64+	138	36,3
Asistanlıkta Kaçmı Yıl	Sayı(n)	Yüzde (%)	Uzmanlık Alan	Sayı(n)	Yüzde (%)
1	117	30,8	Temel Tıp Bilimleri	37	9,7
2	90	23,7	Dahili Tıp Bilimleri	281	73,9
3	71	18,7	Cerrahi Tıp Bilimleri	62	16,3
4	83	21,8	Hastane Türü	Sayı(n)	Yüzde (%)
5	17	4,5	Eğitim ve Araştırma Has.	103	27,1
6	1	0,3	Tıp Fakültesi	277	72,9
7	1	0,3	TOPLAM	380	100

Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bulgular aşağıda tablo şeklinde verilmiştir.

Tablo 1'e göre, Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %55,0'i kadın, %47,9'u evli, %45,8'i 27-29 yaş aralığında olup %35,5'i 58-63 TUS puanına sahipken %36,3'ü de 64 ve üstü TUS puanına sahiptir. Ayrıca Araştırmaya katılan asistan hekimlerin %30,8'i 1. yılında, %23,7'i 2. yılında, %18,7'si 3. yılında ve de %21,8'i 4. yılında Çalışma hayatlarını devam ettirdikleri tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan asistan hekimlerin "imkanınız olsa seçmiş olduğunuz alanı değiştirmek ister misiniz?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. %29,5'i bu sorunun yanıtını 'evet' olarak yanıtlarken %70,5'i de 'hayır' olarak yanıtlamıştır. Ayrıca bu soruyu 'evet' olarak cevaplayan katılımcıların yoğun, stresli ve yorucu bir alan olmasından dolayı uzmanlık alanını değiştirmek isteyen asistan hekim sayısı 29, kişisel nedenlerden dolayı 28, çalışma koşullarından dolayı 15, klinikte Çalışma arzularından dolayı 6, nöbet tutmanın zorluklarından dolayı 3, maddi sebeplerden dolayı 3 ve diğer sebeplerden dolayı 30 asistan hekim görüşlerini beyan etmiştir. 'Evet' diyen hekimlerin;

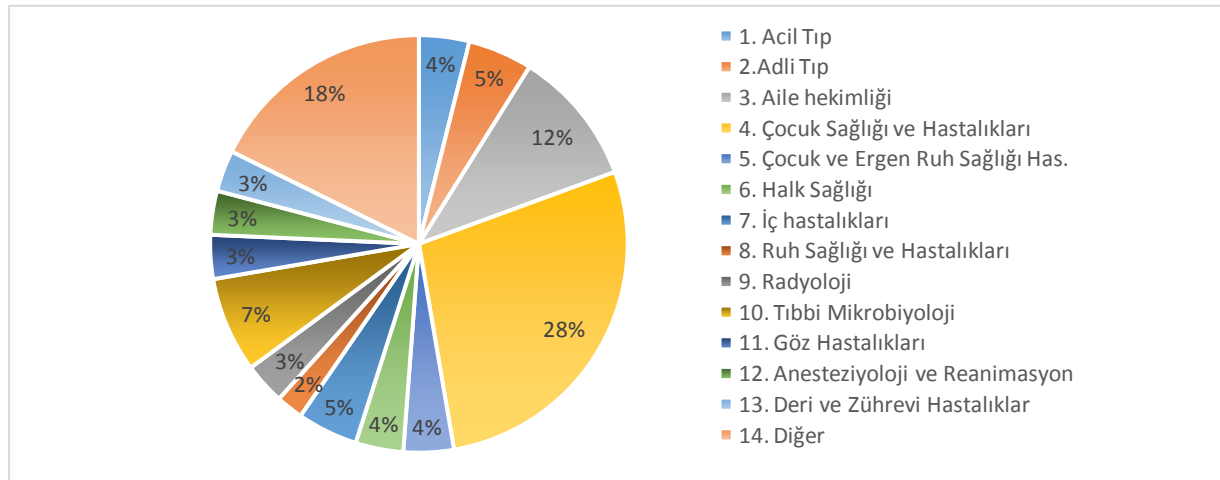
38'i Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 14'ü Aile Hekimliği, 9'u Tıbbi Mikrobiyoloji, 8'i İç Hastalıkları, 7'si Halk Sağlığı ve diğer branşlar oluşturmaktadır.

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin “imkanınız olsa seçmiş olduğunuz alanı değiştirmek ister misiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

Çalışmayı Sürdürme İsteği	Sayı(n)	Yüzde (%)
Evet	112	29,5
Hayır	268	70,5
<b>Toplam</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Yapılan literatür Araştırmaları sonucunda Türkiye’de tıp alanında 42 uzmanlık alanı olduğu saptanmıştır. Çalışma da ise 42 alandan 30 uzmanlık alanında görev yapan 380 asistan hekim değerlendirilmeye dâhil edilmiştir. Araştırma kapsamındaki uzmanlık alanları; Acil Tıp, Adli Tıp, Aile Hekimliği, Anatomi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyolojisi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Nöroloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Spor Hekimliği, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Ürolojidir. Katılımcı asistan hekimlerin uzmanlık alanlarının dağılımı Şekil 1’de verilmiştir. Çalışmayı %27,9’unu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %10,5’ini Aile Hekimliği, %7,4’ünü Tıbbi Mikrobiyoloji, %5’ini Adli Tıp, %4,7’sini İç Hastalıkları, %3,9’unu Acil Tıp, %3,9’unu Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve diğer branşlar oluşturmaktadır.

**Şekil 1.** Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Uzmanlık Alan Tercihleri



**Tablo 3.** Uzmanlık alanının popülerliğine yönelik ifadeler

No	İfade	Sayı	Ort.	Std. Sapma
1	Yüksek statüde saygın bir alan olması	380	3,00	1,16
2	Mesleki ve manevi doyum sağlaması	380	3,34	1,24
3	Ekonomik getirisinin fazla olması	380	2,84	1,23
4	İlerlemeye açık popüler bir alan olması	380	3,24	1,27
5	Kariyer yapma olanağının fazla olması	380	3,12	1,28
6	Ekip içerisinde Çalışmaya imkan vermesi	380	2,98	1,15
7	Bu alanda Çalışanlar arasındaki iletişim ve insan ilişkilerinin iyi olması	380	3,19	1,20

Tablo 3’te, katılımcıların ilgi duydukları alanlarla alakalı verdikleri yanıtların ortalama puanları yer almaktadır. Buna göre, hekimler tarafından 3,34 ortalama ile en yüksek olarak tercih edilen alanını seçme

nedeni ‘mesleki ve manevi doyum sağlaması’ kriteri olduğu gözlenmektedir. Daha sonra 3,24 ortalama ile ‘ilerlemeye açık popüler bir alan olması’ kriteri ikinci sırada yer almaktadır.

**Tablo 4.** Uzmanlık alanının çalışma koşullarına yönelik ifadeler

No	İfade	Sayı	Ort.	Std. Sapma
1	Malpraktis dava riskinin az olması	380	2,73	1,47
2	Nöbet tutma zorunluluğunun olmaması	380	2,43	1,51
3	Nöbet tutma oranının düşük olması	380	2,58	1,55
4	Hastaların tedavi sürelerinin kısa olması	380	2,51	1,27
5	Bu alanda iş yükünün az olması	380	2,62	1,50
6	Hasta ve yakınları tarafından şiddete maruz kalma ihtimalimin düşük olması	380	2,66	1,54
7	Meslek hastalıklarına ve riskli enfeksiyonlara yakalanma riskimin düşük olması	380	2,42	1,34

Araştırmaya dahil olan hekimlerin çalışma koşullarına yönelik ifadelere verdikleri yanıtların ortalamaları Tablo 4’te yer almaktadır. Tablo 3’e göre, ilk sırada 2,73 ile ‘malpraktis dava riskinin az olması’ kriteri, ikinci sırada 2,66 ile ‘hasta ve yakınları tarafından şiddete maruz kalma ihtimalimin düşük olması’ ve ardından 3. sırada da 2,62’yle ‘bu alanda iş yükünün az olması’ kriteri sıralanmaktadır.

**Tablo 4.** Uzmanlık alanında hekim ihtiyacına yönelik ifadeler

No	İfade	Sayı	Ort.	Std. Sapma
1	Alanda uzman hekime ihtiyaç duyulması	380	3,26	1,22
2	Bu alanda bilimsel Araştırmalara ihtiyaç duyulması	380	3,08	1,21
3	Halihazırda uzman sayısının az ve iş garantisinin olması	380	2,83	1,24
4	Özel sektörde çalışma olanaklarının fazla olması	380	2,98	1,40
5	Erkekler/kadınlar için en uygun alan olması	380	2,74	1,28

Tablo 4’de ise katılımcıların alan tercihlerinde 3,26 ortalama ile ‘alanda uzman hekime ihtiyaç duyulması’ faktörünün etkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 3,08 ortalama ile ‘bu alanda bilimsel Araştırmalara ihtiyaç duyulması’ faktörü ikincil olarak etkilidir.

**Tablo 5.** Uzmanlık alanının tercihinde yönlendirici faktörler içeren ifadeler

No	İfade	Sayı	Ort.	Std. Sapma
1	Alana özel ilgimin olması	380	3,59	1,23
2	Aile ve yakın çevremin isteği	380	2,26	1,15
3	TUS puanımın seçtiğim alana yetmesi	380	2,65	1,32
4	İl merkezinde çalışmayı istiyor olmam	380	2,69	1,35
5	Hocalarımla tavsiye ettiği alan olması	380	2,26	1,05
6	Uzmanlık eğitim süresinin kısa olması	380	2,16	1,10
7	Bu alanın yaşam tarzım ve karakterim ile uyumlu olması	380	3,58	1,24

Uzmanlık alanının tercihinde yönlendirici faktörler içeren ifadelerin bulunduğu Tablo 5’ de 3,59 ortalama ile ‘alana özel ilgimin bulunması’ kriteri en yüksek seçim sırasında etkilenen faktör olarak belirlenmiştir. Ayrıca 3,58 ortalama ile ‘bu alanın yaşam tarzım ve karakterim ile uyumlu olması’ ifadesi ikinci sırada yer almaktadır.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Tıp öğrencilerinin uzmanlaşma eğilimi ve uzmanlık alanlarına yönelik tercihleri çok sayıda değişkenin birlikte etkisinin bulunduğu karmaşık bir etkileşim sürecinin sonucudur. Konu ile ilişkili literatür incelendiğinde hekimlerin uzmanlık alanı seçme nedenlerini etkileyen faktörler ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir.

Uzmanlaşma tercihlerinde tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimler eğitimleri süresince başlangıçta tercih ettikleri uzmanlık alanlarından çeşitli nedenlerden dolayı vazgeçmektedir. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde görev yapan ve tıp fakültesi mezunu olan 324 öğretim elemanları ile yürütülen çalışma da ‘daha önce kazanılıp da gidilmeyen ya da eğitimi yarıda bırakılan uzmanlık/doktora dalı varsa bunun

sebebi' sorulduğunda öğretim elemanlarının %80,4 ile uzmanlık dalına ait koşulların neden olduğunu belirtmeleri ilk sırada yer almıştır. Daha sonra bu sırayı %11,8 ile maddi ve ailevi nedenler ve %7,8 ile idealindeki dal olması sebepleri izlemektedir (Şahin, 2017). Bu konu ile ilgili Ergin ve ark. yapmış olduğu Çalışma da öğrencilerin uzmanlaşma sürecinde başlangıçta istedikleri alanlardan vazgeçme nedeni olarak 'ailelerine daha çok zaman ayırmak istemeleri' ni belirtmektedir. Ayrıca başka bir neden olarak da 'hekime yönelik şiddetin riskinin fazla olması' nı öne sürmektedir.

Göktaş-Dörtyol (2017) tarafından 237 kişiden oluşan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ile yapılan araştırma da öğrencilerin uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler TUS puanları, kendi ilgi alanları, nöbet varlığı ve sayısı, ekonomik getirisi, Çalışma saatlerinin yoğunluğu ve malpraktis dava riski şeklinde sıralanmıştır (Dörtyol, 2017).

252 asistan hekimin katılımıyla oluşan Tan ve arkadaşlarının Çalışmasında uzmanlık alanı tercihinde sırasıyla uzmanlaşma isteği, mesleki ideali olması ve uzmanlık dalının geleceğinin parlak olması kriterleri yer almaktadır (Tan ve ark., 2011).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan ve tıp fakültesi mezunu olan 324 öğretim elemanları ile yürütülen çalışma da katılımcıların, hekimlik mesleğini seçmelerinde en etkili faktör olarak 'seçilen dala ait koşullar' olarak tespit edildi. Bu koşulları seçilmek istenen dalın popülerliği, şiddete maruz kalma riski, malpraktis dava riski, uzmanlık dalını sevip sevmeme olarak nitelendirebiliriz. Ayrıca Şahin'in Çalışmasında alan tercihinde etken olan ikinci faktör' hekimin idealinin olup olmaması'dır. Daha sonra bu sırayı 'maddi ve ailevi nedenler' takip etmektedir (Şahin, 2017). Ayrıca Ömürbek ve arkadaşlarının AHP ve TOPSIS Yönteminin Tıpta Uzmanlık Alan Seçiminde Kullanımı adı altında yürütülen Çalışma da uzmanlık alan tercihinde en önemli kriterin ailevi faktörlerin olduğu sonucuna varmıştır (Ömürbek ve ark, 2016). Cansever ve arkadaşlarına ait Çalışma da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıfta okuyan 213 öğrenciden elde edilen verilere göre ailenin tercihte etkili olduğu saptanmıştır (Cansever ve ark, 2014).

Açıköz ve arkadaşlarının Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi 798 Tıp Fakültesi öğrencisi ile yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre; hekim adaylarını uzmanlaşmaya yönelten en önemli kriterlerin mesleki tatmin sağlayacak özel bir alanda Çalışma isteği, statü ve kariyer beklentisi, ekonomik kaygılar ve pratisyen hekimliğin değersiz olarak algılanması olarak tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak, aile/toplum baskısı ve özel sektörde Çalışma isteği de Çalışma ile belirlenmiştir (Açıköz ve ark, 2019).

Türkiye'nin dört farklı Tıp Fakültesinden 770 birinci sınıf öğrencisi ile tamamlanan çalışma da hekimlerin alan tercihi sebeplerinde öne çıkan faktörler prestij, daha fazla ekonomik getiri ve kişisel gelişimdir (Dikici ve ark, 2008).

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci, üçüncü ve altıncı sınıfta okumakta olan toplam 203 öğrenci ile yürütülen Çalışmada mesleki tatmin, daha fazla ekonomik getiri, akademik kariyer olanağı ve daha yüksek sosyal statü veya prestij olarak sıralanmıştır (Ergin ve ark, 2011). Tekin ve arkadaşlarına göre de tıp öğrencileri uzmanlık tercihi planları arasında en yüksek payı maddi getiri yüksek veya daha rahat gördükleri alanları istemektedir (Tekin ve ark.,2013).

Köksal ve arkadaşlarının Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1340 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirdiği Araştırma da öğrencilerin yapmak istedikleri uzmanlık dallarını tercih nedenleri arasında ilk sırada maddi açıdan tatmin olmak yer almaktadır. Ayrıca bu sıralama da akademik kariyer yapmak, mesleki açıdan tatmin olmak gibi kriterler tespit edilmektedir (Köksal, 1999).

252 asistan hekimin katılımıyla oluşan Tan ve arkadaşlarının Çalışmasında uzmanlık alanı tercihinde sırasıyla uzmanlaşma isteği, mesleki ideali olması ve uzmanlık dalının geleceğinin parlak olması kriterleri yer almaktadır.

Yapılan Çalışmanın sonucunda uzmanlık eğitimi almakta olan hekimlerin alan tercihleri incelendiğinde ilk sırada %3,59 ortalama ile 'alana özel ilgimin olması' kriteri yer almaktadır. Daha sonra tercih seçiminde 'bu alanın yaşam tarzım ve karakterim ile uyumlu olması' faktörünün 3,58 ortalama ile etkili faktör olduğu tespit edilmiştir. Bu sıralamayı, 'mesleki ve manevi doyum sağlaması' ifadesi 3,34 ortalama ile takip etmektedir. Ayrıca asistan hekimlerin uzmanlık tercihinde 'ilerlemeye açık popüler bir alan olması', 'alanda uzman hekime ihtiyaç duyulması', 'bu alanda bilimsel Araştırmalara ihtiyaç duyulması' ve 'malpraktis dava riskinin az olması' faktörlerinin de önemli etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Bu bilgiler ışığında Düzce Üniversitesi de gerçekleştirilen çalışma da Tıp Fakültesi öğrencilerinin branş tercihlerini en fazla etkileyen faktörlerin seçilen alanın “aile ve özel yaşam üzerine etkileri ve akademik kariyer Açısından özellikleri”nin tespiti Araştırmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir (Kara ve ark., 2013). Ayrıca Chan ve arkadaşlarının Tayvan’da 500 tıp öğrencisine görüşlerini bildirmek üzere gönderilen bir anket sonucunda kariyer tercihini etkileyen en önemli faktörün alana özel ilginin olduğu belirlenmesi ve Huda ve arkadaşlarının Pakistan Ziauddin Tıp Üniversitesi'nin 232 öğrencisi ile yürütülen çalışma da kişisel ilgi faktörünün uzmanlık seçiminde en etkili kriter olarak saptanması Çalışma sonucuyla aynı doğrultudadır (Chan ve ark, 2006; Huda ve ark, 2006).

Sonuç olarak, toplum içerisinde oldukça güçlü bir etkiye sahip meslek grubunu oluşturan ve ülkenin Sağlık sisteminin etkililiğinin, verimliliğinin ve kalitesinin belirleyicileri arasında olan hekimler meslek seçim kararlarını ve uzmanlık alan tercihlerini bilinçli yapması gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

Açıkgöz, B., Ekemen, A., Zorlu, I., Aslan-Yüksel, N., Ayoğlu, F.N. (2019). Tıp Öğrencilerinde Uzmanlaşma Eğilimi, Uzmanlık Alan Seçimi ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, 12(1), 113-125.

Akkaş, E., Erdem, R. (2017). Hekimlik Meslek Kültürünü Belirleyen Olguların Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 8(17), 47-57.

Brown, D. (2002). The Role Of Work and Cultural Values in Occupational Choice, Satisfaction and Success: A Theoretical Statement. Journal of Counseling & Development. 80 (1), 48-56.

Cansever, Z., Avşar, Ü. Z., Acemoğlu, A., Çayır, Y., Avşar, Ü. (2014). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Tıp Fakültesi Tercih Nedenleri ve Tıp Eğitiminden Beklentileri. Konuralp Tıp Dergisi. 6 (1), 17-21.

Chang, P.Y., Hung, C.Y., Wang, K.I., Huang, Y.H., Chang, K.J. (2006). Factors influencing medical students' choice of specialty. J Formos Med Assoc. 105, 489-96.

Dikici, M.F., Yaris, F., Topsever, P., Filiz, T.M., Gürel, F.S., Çubukcu, M., Görpelioglu, S. (2008). Türkiye'nin Farklı Bölgelerindeki Dört Üniversitenin Birinci Sınıf Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uzmanlık Seçimini Etkileyen Faktörler. Hırvat Tıp Dergisi, 49(3), 415-420.

Ergin, A., Dikbaş, E., Bozkurt, A.İ., Atçeken, G., Gürbüz, H., Yılmaz, C., Çölbe, S.N., Taşçı, U., Güldamla, L., Demircan, H.İ. (2011). Tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası kariyer seçimi ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası,32(32), 8-17.

Genç, G., Kaya, A., Genç, M (2007). Toplum içerisinde oldukça güçlü bir etkiye sahip meslek grubunu oluşturan hekimler, İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 8(14), 49-63.

Göktaş Dörtüol, B. (2017). Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası ile İlgili Düşünceleri, Kariyer Seçimleri ve Etkileyen Faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası, 50, 12-20.

Huda, N., Yousuf, S. (2006). Career preference of final year medical students of Ziauddin Medical University. Educ Health. 19, 345-53.

Kara, İ.H., Çelik, s., Keyif, M.F., Demir, A., Baltacı, D., Mayda, S.A. (2013). Analysis of Opinions Regarding Medical Specialty Selection Examination and Career Choices of 5th and 6th Grade Medical Students from Düzce University. Konuralp Tıp Dergisi. 6(2), 11-18.

Köksal, S., Vehid, S., Tunçkale, A., Çerçel, A., Erginöz, E., Kaypmaz, A., Sipahioğlu, F., Özbal, A.N. (1999). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi ve Mezuniyet Sonrası ile İlgili Tutumları. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 30(4), 251-258.

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM). (2018). TUS İlkbahar Değerlendirme Raporu.<https://www.osym.gov.tr/TR,15428/2018--tus-ilkbahar-degerlendirme-raporu.html> adresinden 03.05.2019 tarihinde erişilmiştir.

Ömürbek, N., Tunca, M.Z., Özcan, A., Yıldız, E., Karataş, T. (2016). AHP TOPSİS Yönteminin Tıpta Uzmanlık Alan seçiminde Kullanımı. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi. 33, 201-2019.

Özen-Kutanis, R., Tunç, T., Tunç, M. (2011). Tıpta Uzmanlık Eğiticileri ve Uzmanlık Öğrencileri Tıpta Uzmanlık Sınavını (TUS) Nasıl Algılıyor?, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 1991-2004).

Öztürk, N., Gençtürk, M. (2018). Hekimlerin Branş Tercihlerinin Trend Analizi Yöntemi ile İncelenmesi, Social Sciences Studies Journal. 4(19), 2193-2202.



- Pamuk-Özveren, C. (2015). Tıpta Uzmanlık Sınavına Hazırlanan Son Sınıf Öğrencileri ve Yeni Mezun Hekimlerin Acil Tıp Uzmanlık Dalı Hakkındaki Görüşleri ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Edirne.
- Petrides, K.V., McManus, I.C. (2004). Mapping Medical Careers: Questionnaire Assessment of Career Preferences in Medical School Applicants and Final-Year Students. BMC Medical Education, 1-17.
- Şahin, E. (2017). Tıpta Uzmanlık Öncesi Saha Hizmeti Yapılmasının Uzmanlık Tercihleri ve Tıp Eğitimi Üzerine Katkısı, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.
- Tan, M.N., Özçakar, N., Kartal, M. (2011). Asistan Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kapsamında Mesleki Memnuniyetleri ve Yaşam Koşulları ile İlişkisi. Marmara Medical Journal. 25, 20-25.
- Tekin, Ç., Güneş, G., Türkol, E. (2013). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi. 1, 5-10.
- Yoney, H., Yavuz, D., (2010), Tıpta Uzmanlık Tercihleri, Marmara Üniversitesi Yayınları, s: 10

## HASTALARIN ŞİKÂYET DAVRANIŞLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: ISPARTA İLİ ÖRNEĞİ<sup>1</sup>

### A RESEARCH ON PATIENTS' COMPLAINTS BEHAVIORS: THE CASE OF ISPARTA

Ebru YILDIZ<sup>2</sup>  
Necla YILMAZ<sup>3</sup>

#### ÖZET

Hasta şikâyetleri hasta sadakatini sağlama noktasında Sağlık kurumlarına bir fırsat sunmakta ve Sağlık hizmeti tüketicileri olan hastaların Sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesine katkı sağlamasına olanak tanımaktadır. Aynı zamanda hasta şikâyetleri Sağlık hizmeti sunumunda kalitenin de bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada hasta şikâyetleri ile ilgili temel sorun ise hastaların aldıkları hizmetle ilgili yaşadıkları olumsuzlukları hastaneye iletmek yerine hastane dışında bir tarafa başvurması, tanıdıklarını uyarması, hastaneyi terk etmesi veyahut yaşanan memnuniyetsizlik karşısında sessiz kalması gibi Sağlık kurumu aleyhine davranışlar sergilemesidir. Çalışmada aldığı Sağlık hizmetinden dolayı memnuniyetsizlik yaşamış bireylerde ortaya çıkan şikâyet davranışı eğilimlerini ve şikâyet davranışı ile ilişkili olan değişkenlerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırmada nicel Araştırma yöntemi kullanılmış olup veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmış, Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaş ve üstü aldığı Sağlık hizmetinden memnuniyetsiz kalmış 433 kişiye/hastaya kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Araştırma sonucuna göre, hastaların aldıkları bir Sağlık hizmetinden memnun kalmadıklarında sergileyecekleri şikâyet davranışı eğilimine ait en yüksek puanın, hastanın çevresine yönelik şikâyet boyutundan alındığı görülmüştür. Şikâyet davranışının belirleyicileri olarak gösterilen şikâyete yönelik tutum, şikâyetin işlevselliği, Sağlık kurumunun denetlenebilirliği ve Sağlık sistemi önyargısı değişkenleriyle hasta şikâyet davranışı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta şikâyet davranışı, hasta şikâyetlerinin önemi, şikâyet davranışının sınıflandırması, hasta memnuniyeti, hasta sadakati.

#### ABSTRACT

Patient complaints provide an opportunity for health care institutions to ensure patient loyalty and enable patients with health care consumers to contribute to the improvement of health care delivery. At the same time, patient complaints are considered as an indicator of quality in health care delivery. At this point, the main problem with patient complaints is that the patients exhibit behaviors against the health institution such as applying to a party outside the hospital, warning their acquaintances, leaving the hospital or being silent in the face of dissatisfaction rather than conveying the negativity they experience to the hospital. In this study, it was aimed to reveal the complaints behavior tendencies and the variables associated with the complaint behavior in the individuals who had dissatisfaction with the health service they received. In the study, quantitative research method was used and questionnaire technique was used as data collection tool. According to the results of the study, when the patients were not satisfied with the health service they received, the highest score of the tendency to complain behavior was obtained from the complaints dimension towards the patient's environment. Significant relationships were found between the attitude towards the complaint, the functionality of the complaint, the controllability of the health institution and the prejudice of the health system and the patient's behavior.

**Key Words:** Patient complaint behavior, importance of patient complaints, classification of complaint behavior, patient satisfaction, patient loyalty.

#### GİRİŞ

Küreselleşme ile birlikte diğer sektörlerde meydana gelen değişiklikler, Sağlık sektöründe de kendini göstermiştir. Türkiye’de bu çerçevede 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programıyla dünya çapında gelişen ve değişen teknolojik yeniliklere uyum sağlamayı hedeflemiştir. Bu programla birlikte

<sup>1</sup> Bu çalışma “Hastaların Şikâyet Davranışları Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği” isimli yüksek lisans tezinin bazı değişiklikler yapılarak tam metin bildiri biçimine dönüştürülmüş halidir.

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi, [ebruyildiz0@gmail.com](mailto:ebruyildiz0@gmail.com)

<sup>3</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, [neclabardak@sdu.edu.tr](mailto:neclabardak@sdu.edu.tr)

“insan merkezlilik”, “katılımcılık” ve “sürekli kalite gelişimi” ilkeleri çerçevesinde hasta odaklı ve hasta memnuniyetine önem veren bir sistem benimsenmeye başlanmıştır. Sağlık alanında yaşanan bu gelişmeler ışığında hasta odaklı ve hasta memnuniyetinin öneminin artması, beraberinde hasta şikâyetlerinin önemini de gündeme getirmiştir. Sağlık hizmeti Kullanıcılarının beklentilerinin de zamanla değişmesi, Sağlık Kurumlarından alınan hizmet sürecinde yaşanan sorunların çözümüne yönelik Çalışmaların önem kazanmasını sağlamıştır.

Hasta şikâyetlerinin kaynağını belirlemek ve şikâyet türlerini analiz etmek Colwell ve diğerlerine (2003: 403-408) göre memnuniyetsizliğin nedenlerini ortaya çıkarmakta ve bunun sonucunda da kalite ve performans geliştirme programlarının geliştirilmesi desteklenebilmektedir. Bu nedenle Sağlık kurumuna gelen hasta şikâyetleri aktif geri dönüşlerdir ve bu şikâyetler sayesinde hastanenin dışarıdan nasıl algılandığı görülebilmektedir (Kırgın Toprak ve Şahin, 2012: 4).

Bir Sağlık kurumu “şikâyet yönetimi” üzerine odaklanarak hasta şikâyetlerine kalıcı çözümler üretirse; mevcut hasta potansiyelini elde tutma, hastane hakkında olumsuz söylemlerin yayılmasının önüne geçilmesi, hasta sadakatının ve memnuniyetinin sağlanması, hastane imajını sarsacak üçüncü bir tarafa yapılacak şikâyetlerin engellenmesi gibi birçok avantaj elde edecektir (Kırgın Toprak ve Şahin, 2012: 1).

İşletmeler hizmet kalitesini ve memnuniyeti arttırmak için birçok farklı kaynaktan müşteri geri bildirimlerini toplamaktadır. Bu geribildirimlerin çoğu, hizmet sunucuları ve hizmeti alan bireylerin birbir görüşmeleri, dilek ve şikâyet formları ya da anket vb. gibi araçlarla sağlanmaktadır. Müşteriler tarafından gönüllü olarak sağlanan bilgiler, hizmet yöneticileri için en zengin ve en değerli bilgi kaynaklarından birisidir (Voss vd., 2004: 216). Sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalar, hizmet alımı süresince haklarının ihlali konusunda yaşadıkları sorunlarla ilgili farklı şekillerde başvuru yapabilmektedir. Hasta ve yakınları şikâyetlerini, önerilerini, istek ve teşekkürlerini ilgili Sağlık kurumuna çeşitli şekillerde iletebilirler. Sağlık Bakanlığı web sayfası, ilgili Sağlık kuruluşunun web sayfası, doğrudan hizmet alınan hastanenin hasta hakları birimi, SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) (Aydemir ve Öngören, 2013: 524), CİMER (Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi), HBBS (Hasta Başvuru Bildirim Sistemi) hastaların şikâyetlerini iletebileceği çeşitli kanallardır.

Şikâyet davranışı, Satın alma sonrasında algılanan memnuniyetsizliğe verilen cevaplardan biridir ve şirketlerin göz önüne alması gereken güçlü bir işarettir. Şikâyet davranışı tüketicilerin meşru bir hakkıdır ve eğer organizasyon bu süreci uygun şekilde yönetir ise müşteriyi elde tutmak için bir şansa sahip olmaktadır (Crie, 2003: 60). Müşteri şikâyet davranışı Jacoby ve Jaccard (1981) tarafından ise “bir ürün veya hizmetle ilgili olarak ürün veya hizmet ya da bazı üçüncü taraflara, üretici ya da pazarlamaya yönelik olumsuz düşünceleri iletmeyi içeren, bir kişi tarafından gerçekleştirilen eylemler” olarak tanımlanmaktadır. Mowen (1993: 467) şikâyet davranışını, “satın alma döneminde oluşan tatminsizlik algısı sonucunda ortaya çıkan eylemler kümesinin her bir elemanı” olarak tanımlamıştır (Akt. Kitapçı, 2008: 113)

Şikâyet davranışı her bireyde farklı bir şekilde ortaya çıkabileceği gibi ortaya çıkan bu davranış birçok farklı değişkenle ilişkili olabilmektedir. Günümüz işletmeleri ihtiyaç duyduğu etkili bir müşteri ilişki yönetimini yürütmek ve neticesinde müşteriyi elde tutarak müşteri sadakatini oluşturmak için müşteri memnuniyetini sağlamalıdır. Müşteri memnuniyetsizliğinin altında yatan sebepleri ve memnuniyetsiz kaldıklarında müşterilerin vereceği tepkileri bilmeli, bu sorunları gidermeye çalışmalıdır. Böylelikle hem müşteri sadakati oluşmuş olacak hem de müşterilerin çevrelerine yapacağı olumsuz kulaktan kulağa iletişimin önüne geçilecek ve gelecek müşterilerin kaybı önlenmiş olacaktır (Özer vd., 2010: 124).

Satın aldığı mal ya da hizmetten memnun kalmayan müşteriler şikâyetlerini farklı şekillerde dile getirmekte veyahut sessiz kalabilmektedir. Bazı müşteriler şikâyetlerini doğrudan işletmeye yönelik yaparken, bazıları ise, dolaylı yollardan şikâyetlerini dile getirebilmekte; arkadaşlarını ve akrabalarını uyurabilmekte, kitle iletişim araçlarını kullanarak tüm insanlara şikâyetini duyurabilmektedir. Ayrıca memnun kalmayan müşteriler işletmeyle tüm ilişkilerini kesme yolunu da tercih edebilmektedir (Tax vd., 1998: 61).

Müşteri şikâyet eğilimlerini anlamak ve şikâyet davranışını etkileyen değişkenleri belirlemek için çeşitli Araştırmacılar tarafından birçok çalışma yürütülmüştür. Bu Çalışmalar neticesinde şikâyet davranışını etkileyen birden fazla değişken olduğu ileri sürülmüştür. Yapılan bazı Araştırmalar işletmelerin şikâyete karşı tutumunun müşteri şikâyetlerinin yönünü etkileyebileceğini göstermektedir (Day ve Landon, 1977). Bu nedenle bir işletmenin yürüttüğü şikâyet politikaları müşteri şikâyetlerinin işletmeye mi yoksa çevreye

yönelik mi olduğunu etkilemektedir. Richins (1980: 53), müşterilerin şikâyet eğiliminin, bir ürün veya hizmete, bu ürün veya hizmetin fiyatına ve şikâyette bulunma maliyetine, müşterinin karşılaştığı sorunun ciddiyetine bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Diğer bazı Araştırmacılar, bir müşterinin kişiliğinin, çevresel ortamın ve değerlerinin de şikâyet davranışını etkileyebileceği görüşündedir. Dolayısıyla, müşterinin şikâyet eğilimini etkileyen faktörler birkaç değişkenle sınırlı değildir ve Araştırmacılar tarafından bu konuya verilmiş ortak bir cevap bulunmamaktadır. Bazı Araştırmacılar şikâyet davranışının; şikâyete yönelik tutum, şikâyetin algılanan değeri ve şikâyetin başarılı olma olasılığının fark edilmesi değişkenlerinden etkilendiğini oraya koymuştur (Hirschman, 1970; Singh ve Wilkes, 1996: 351)

Şikâyet yönetimi diğer birçok sektör için de önemli olmasına rağmen hizmet sektörü olan Sağlık sektörü Açısından daha fazla önem taşımaktadır. Sağlık sektöründe hizmetlerin eş zamanlı tüketilmesi ve eş zamanlı hizmet sunumunda insan etkeninin ağırlığı nedeniyle ortaya çıkan karmaşık yapı, Sağlık hizmetinden faydalanan hastaların hizmeti değerlendirme sürecini etkilemektedir. Sağlık kurumunun tüm çabalarına rağmen bazı problemler ortaya çıkabilmekte, hastalar bu problemler karşısında şikâyet davranışında bulunabilmektedir. Her bir hastanın birbirinden farklı kişilik yapısına sahip olması, dolayısıyla her bir hastanın beklenti ve tatmin düzeyinin birbirinden farklı olması Sağlık kurumunun tüm iyi niyetine rağmen bazı durumlarda hasta memnuniyetsizliği ile karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Hastaneler devamlılıklarını borçlu oldukları hastalar ile olan ilişki süreçlerini iyi yönetebilirlerse hasta memnuniyetsizliğinden doğan şikâyetleri fırsata çevirebilir ve hasta sadakatinin oluşmasını sağlayabilirler. Aynı zamanda günümüz şartlarında hasta bilincinin artması ve rekabet koşullarının değişmesi; hasta memnuniyetini sağlamada, hizmet sunumu sonrası hasta davranış yönetimini daha da önemli kılmaktadır.

Şikâyet davranışı her bireyde farklı kanallar aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Hastanın şikâyete yönelik tutumu, şikâyetin algılanan değeri, şikâyetin başarılı olma olasılığının fark edilmesi, işletmeye karşı tutum, demografik değişkenler gibi çeşitli faktörler şikâyet davranışının ortaya çıkmasında belirleyici olabilmektedir. Bu noktada temel sorun hastaların aldıkları hizmet ile ilgili yaşadıkları olumsuzlukları hastaneye iletmek yerine hastane dışında bir tarafa başvurmaları, tanıdıklarını uarmaları, hastaneyi terk etmeleri veyahut yaşanan memnuniyetsizlik karşısında sessiz kalmaları gibi Sağlık kurumu aleyhine davranışlar sergilenmesidir. Bu bağlamda değerlendirilecek olunursa, Sağlık kurumlarının etkili bir şikâyet mekanizması oluşturması ve Sağlık hizmetini kullanan hastaların süreç içerisinde yaşadığı sorunları ve memnuniyetsizliklerini dile getirmesinin teşvik edilmesi hasta memnuniyeti ve hasta sadakatinin oluşmasına katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda hastalardan gelen şikâyetlerin hastaları da tatmin edecek şekilde çözülmesi hastaların hastane imajını sarsacak negatif söylemlerde bulunmasının önüne geçilmesini sağlayacaktır.

## YÖNTEM

Bu Çalışmanın amacı; Isparta il merkezinde ikamet eden 18 yaş ve üstü, Sağlık hizmetlerinden en az bir kez faydalanmış ve aldığı Sağlık hizmetinden dolayı memnun kalmamış hastaların sergiledikleri şikâyet davranışını ve bu davranışın altında yatan sebepleri tespit etmektir. Araştırma için Isparta il merkezinde ikamet eden hastalara kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılmış ve yüz yüze anket uygulaması yapılmıştır. Kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılan 433 hastadan elde edilen veriler değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatürde konuyla ilgili olan bilimsel Çalışma ve kaynaklardan esinlenerek Araştırmacının da yaptığı katkılarla geliştirilen “Hasta Şikâyet Davranışı Anketi” kullanılmıştır. Geliştirilen “Hasta Şikâyet Davranışı Anketi” alanla ilgili bilgi sahibi olan akademisyen katılımcılarla bilimsel bir ortamda beyin fırtınasıyla tartışılarak gerekli düzeltmeler yapılmış ve son halini almıştır.

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Toplanan veriler standart sapma, aritmetik ortalama, frekans ve yüzde hesaplamaları yapılarak analiz edilmiştir. Hasta Şikâyet Davranışı Anketindeki ifadeleri boyutlandırmak için faktör analizi yapılmıştır. Boyutların iç tutarlılığının test edilmesi amacı ile Cronbach Alpha değerlerine bakılmıştır. Veriler normallik testine tabi tutularak, her bir boyutun basıklık ve çarpıklık değerleri bulunmuştur. Boyutların demografik değişkenlere göre Karşılaştırmaları yapılırken parametrik testler kullanılmıştır. İkili grupların Karşılaştırılmasında parametrik testlerden olan ‘iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)’ ve üç ve üzeri grubun Karşılaştırılmasında ise parametrik testlerden olan

'varyans analizi (ANOVA/F testi)' kullanılmıştır. Şikâyet davranışı eğilimiyle şikâyet davranışının belirleyicileri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımına bakıldığında katılımcıların %60.7'sini kadınlar, %38.3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Yaş grubuna göre katılımcı yüzdeleri incelendiğinde 18 ile 29 yaş arası bireylerin %56.1'i, 30 ile 39 yaş arası bireylerin %21 ve 40 yaş üstü bireylerin %21.5'lik bir kısmı oluşturduğu görülmektedir. Katılımcılardan %39.3'ü evli ve %58.7'si evli değil grubunda yer almaktadır. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde %13.2'sinin ilköğretim, %13.7'sinin lise, %14.4'ünün ön lisans, %42.8'inin lisans ve %15.9'unun lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcılar meslek gruplarına göre kategorize edildiğinde, %28.4'ünün kamu Çalışanı, %18.7'sinin özel sektör Çalışanı, %10.4'ünün herhangi bir sektörde Çalışmadığı ve %29.3'ünün öğrenci olduğu görülmektedir. Katılımcıların gelir gruplarına göre dağılımına bakıldığında 1999 lira ve altında gelire sahip olanlar %23.3'ü gösterirken 2000 lira ve üstü gelire sahip olanlar %42'dir.

Hasta Şikâyet Davranışı Anketi'nin ikinci bölümünde hastaların şikâyet davranış eğilimlerini ölçmeye yönelik ifadelerin arasında 6. sırada yer alan "*Çevremi komuyla ilgili uyarırım.*" ifadesi (4.089) Isparta il merkezinde yaşayan ve Sağlık hizmetlerinde memnuniyetsizlik yaşamış olan hastalar tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olarak görülmektedir. 16. sırada yer alan "*Gazete, radyo, televizyon vb. yollarla şikâyetle bulunurum.*" ifadesi (2.109) ise katılım düzeyi en düşük ifade olmuştur.

Hasta Şikâyet Davranışı Anketi'nin üçüncü bölümünde yer alan şikâyet davranışıyla ilişkili olabilecek ifadelerin arasında 36. sırada yer alan "*Hastaneler daha sık denetlenmelidir.*" ifadesi (4.323) katılımcılardan tarafından katılım düzeyi en yüksek olan ifadedir. 24. sırada yer alan "*Genellikle hastaneyi/hekimi şikâyet edenleri mantıksız bulurum.*" ifadesi (2.199) ise katılım düzeyi en düşük ifade olmuştur.

Sağlık Kurumlarından aldığı bir hizmetten dolayı memnuniyetsizlik yaşamış hastaların şikâyet davranışlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmış olan ankette yer alan ifadeler, daha anlaşılır yorumlar yapabilmek adına faktör analizine tabi tutulmuştur. Analizde Varimax döndürme yöntemi kullanılmış, faktör yükü 0.30'dan düşük olan 23. ile 24. ifade ve 0.10'dan daha az farkla birden fazla faktöre dâhil olan 16. ifade boyutlardan çıkarılmış yeniden faktör analizi yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü yeterliliği, verilen faktör analizine uygunluğu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değerine bakılmış ve Barlett testi yapılmıştır. Test sonucunda KMO değeri 0,863 bulunmuştur. Bulunan değer örneklem büyüklüğünün analiz için yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett testi sonucunda değişkenler arası korelasyonun  $p < 0.000$  düzeyinde anlamlı olduğu anlaşılmıştır (Akgül ve Çevik, 2003: 104). Hasta şikâyet davranışı anketi verilerine yapılan faktör analizi sonucunda Şikâyetin İşlevselliği, Üçüncü Tarafa Yönelik Şikâyet, Kuruma Yönelik Şikâyet, Hastanın Çevresine Yönelik Şikâyet, Sağlık Kurumunun Denetlenebilirliği, Sağlık Sistemi Önyargısı, Şikâyeti Yayma ve Boykot, Şikâyete Yönelik Tutum olmak üzere 8 faktöre ayrılmıştır. Bu faktörler, varyansın toplam %70.507'sini açıklamaktadır. Faktör analizine göre her bir faktör güvenilir olarak bulunmuştur (Kılıç, 2016: 48).

Araştırmada katılımcıların şikâyet davranış eğilimi; kuruma yönelik şikâyet, hastanın çevresine yönelik şikâyet, üçüncü tarafa yönelik şikâyet, şikâyeti yayma ve boykot olmak üzere 4 boyut çerçevesinde değerlendirilmiştir. Her bir boyutun aldığı değerler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: *Hasta Şikâyet Davranış Eğilimi Boyutlarının Psikometrik Özellikleri*

Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach Alpha	$\bar{X}$	SS	Normallik Testi	
						Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Kuruma Yönelik Şikâyet	5	5-1	0.817	3.279	0.999	-0.441	-0.194
Hastanın Çevresine Yönelik Şikâyet	4	5-1	0.844	3.921	0.972	-0.353	-0.638
Üçüncü Tarafa Yönelik Şikâyet	6	5-1	0.894	2.557	0.069	-0.805	0.257
Şikâyeti Yayma ve	4	5-1	0.689	3.226	0.991	-0.696	-0.001

Boykot							
--------	--	--	--	--	--	--	--

**Kuruma Yönelik Şikâyet:** Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hastaların doğrudan hastane içinde bir birim, mercii ya da personele şikâyetin iletilmesi ile ilgilidir. Kuruma Yönelik Şikâyet boyutunun aritmetik ortalaması 3.279 ve standart sapması 0.999 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha ise 0.817 olarak güvenilir bulunmuştur.

**Hastanın Çevresine Yönelik Şikâyet:** Bu boyut 4 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hastaların şikâyetlerini ve olumsuz düşüncelerini tanıdıklarıyla paylaşmasıyla ilgilidir. Hastanın Çevresine Yönelik Şikâyet boyutunun aritmetik ortalaması 3.921 ve standart sapması 0.972 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha ise 0.844 olarak güvenilir bulunmuştur.

**Üçüncü Tarafa Yönelik Şikâyet:** Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler şikâyetin hastane dışında SABİM, CİMER, HBBS gibi üçüncü bir tarafa şikâyetin iletilmesi ile ilgilidir. Üçüncü Tarafa Yönelik Şikâyet boyutunun aritmetik ortalaması 2.557 ve standart sapması 0.069 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha ise 0.894 olarak güvenilir bulunmuştur.

**Şikâyeti Yayma ve Boykot:** Bu boyut 4 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hastaların şikâyetlerini diğer insanların da duymasını sağlayacak şekilde sosyal medya ve internet aracılığıyla iletilmesi ve aynı Sağlık kurumu ya da hekimden tekrar hizmet almayacağı ile ilgilidir. Şikâyeti Yayma ve Boykot boyutunun aritmetik ortalaması 3.226 ve standart sapması 0.991 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha ise 0.689 olarak güvenilir bulunmuştur.

Katılımcıların şikâyet davranışının belirleyicisi olan değişkenlere ilişkin boyutların psikometrik özellikleri aşağıda Tablo 2’de yer almaktadır.

*Tablo 2: Hasta Şikâyet Davranışının Belirleyicilerine İlişkin Boyutlarının Psikometrik Özellikleri*

Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach Alpha	$\bar{X}$	SS	Normallik Testi	
						Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Şikâyete Yönelik Tutum	2	5-1	0.612	3.409	1.037	-0.488	-0.253
Şikâyetin İşlevselliği	6	5-1	0.940	2.826	1.091	-0.727	0.001
Sağlık Sistemi Önyargısı	3	5-1	0.787	3.258	1.052	-0.559	-0.135
Sağlık Kurumunun Denetlenebilirliği	3	5-1	0.809	4.154	0.892	0.408	-0.990

**Şikâyete Yönelik Tutum:** Bu boyut 2 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hastaların şikâyet etme eylemine yönelik tutumları ile ilgilidir. Şikâyete Yönelik Tutum boyutunun aritmetik ortalaması 3.409 ve standart sapması 1.037 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha ise 0.612 olarak güvenilir bulunmuştur.

**Şikâyetin İşlevselliği:** Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hastaların şikâyetin başarılı olma olasılığını fark etmesi ve şikâyetin algılanan değeri ile ilgilidir. Şikâyetin İşlevselliği boyutunun aritmetik ortalaması 2.826 ve standart sapması 1.091 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha değeri ise 0.940 olarak güvenilir bulunmuştur.

**Sağlık Sistemi Önyargısı:** Bu boyut 3 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hastalar genel olarak Sağlık sistemine dair düşünceleri ile ilgilidir. Sağlık Sistemi Önyargısı boyutunun aritmetik ortalaması 3.258 ve standart sapması 1.052 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha ise 0.787 olarak güvenilir bulunmuştur.

**Sağlık Kurumunun Denetlenebilirliği:** Bu boyut 3 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler hastaların sağlık kurumlarının denetlenebilir olmasına yönelik algılarıyla ilgilidir. Sağlık Kurumunun Denetlenebilirliği boyutunun aritmetik ortalaması 4.154 ve standart sapması 0.892 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha ise 0.809 olarak güvenilir bulunmuştur.

Araştırmalar sonucu elde edilen veri setinin normal dağılım sergileyip sergilemediğini yorumlayabilmek için basıklık ve çarpıklık katsayılarının +1.5 ile -1.5 arasında bir değer alması gerekmektedir (Tabachnick

ve Fidell, 2013). Tablo 1'e ve Tablo 2'ye bakıldığında bu Çalışmanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1.5 ile +1.5 arasında değerler aldığı görülmektedir. Bu sebeple veri setinin normal dağılıma uygun olduğu görülmüş ve verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır.

*Tablo 3: Boyutların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması*

<b>BOYUTLAR</b>	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&gt;0.05</b>
<b>Kuruma Yönelik Şikâyet</b>	Medeni Durum Eğitim Durumu	Cinsiyet Yaş Gelir Meslek
<b>Hastanın Çevresine Yönelik Şikâyet</b>	-	Cinsiyet Yaş Gelir Medeni Durum Meslek Eğitim Durumu
<b>Üçüncü Tarafa Yönelik Şikâyet</b>	Eğitim Durumu	Cinsiyet Yaş Gelir Medeni Durum Meslek
<b>Şikâyeti Yayma ve Boykot</b>	-	Cinsiyet, Yaş, Gelir, Medeni Durum, Meslek, Eğitim Durumu.
<b>Şikâyetin İşlevselliği</b>	Cinsiyet, Yaş, Gelir, Medeni Durum, Meslek Eğitim Durumu.	-
<b>Sağlık Sistemi Önyargısı</b>	Meslek	Cinsiyet, Yaş, Gelir, Medeni Durum, Eğitim Durumu.
<b>Sağlık Kurumunun Denetlenebilirliği</b>	Meslek	Cinsiyet, Yaş, Gelir, Medeni Durum, Eğitim Durumu.
<b>Şikâyete Yönelik Tutum</b>	-	Cinsiyet, Yaş, Gelir, Medeni Durum, Meslek, Eğitim Durumu.

Hasta şikâyet davranışı anketinde yer alan boyutların aldığı puanların demografik değişkenlerine göre karşılaştırması Tablo 3'te yer almaktadır. Buna göre Hastanın Çevresine Yönelik Şikâyet, Şikâyeti Yayma ve Boykot, Şikâyete Yönelik Tutum boyutlarında demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Diğer yandan Kuruma Yönelik Şikâyet boyutunda medeni durum ( $t=2.657$ ,  $p=0.008$ ) ve eğitim durumunda ( $F=2.850$ ,  $p=0.024$ ) anlamlı farklılık bulunmuştur. Üçüncü Tarafa Yönelik Şikâyet boyutunda eğitim durumuna göre ( $F=3.850$ ,  $p=0.004$ ) anlamlı farklılık bulunmuştur. Şikâyetin



İşlevselliği boyutunda ise tüm demografik değişkenlere (cinsiyet ( $t=-3.302$ ,  $p=0.001$ ), yaş ( $F=5.600$ ,  $0.004$ ), gelir ( $t=-2.160$ ,  $p=0.032$ ), medeni durum ( $t=4.269$ ,  $p=0.000$ ), meslek ( $F=4.764$ ,  $p=0.003$ ), eğitim durumu ( $F=7.701$ ,  $p=0.000$ )) göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlık Sistemi Önyargısı ( $F=4.406$ ,  $p=0.005$ ) ve Sağlık Kurumunun Denetlenebilirliği ( $F=3.310$ ,  $p=0.020$ ) boyutlarında ise meslek grubuna göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

**Tablo 4:** Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Tablosu

BOYUT		1	2	3	4	5	6	7	8
HASTA ŞİKÂYET DAVRANIŞ EĞİLİMİ	1. Kuruma Yönelik Şikâyet	1							
	2. Hastanın Çevresine Yönelik Şikâyet	$r=0.279^{**}$ $p=0.000$	1						
	3. Üçüncü Tarafa Yönelik Şikâyet	$r=0.489^{**}$ $p=0.000$	$r=0.213^{**}$ $p=0.000$	1					
	4. Şikâyeti Yayma ve Boykot	$r=0.245^{**}$ $p=0.000$	$r=0.366^{**}$ $p=0.000$	$r=0.379^{**}$ $p=0.000$	1				
HASTA ŞİKÂYET DAVRANIŞLARININ BELİRLEYİCİLERİ	5. Şikâyete Yönelik Tutum	$r=0.419^{**}$ $p=0.000$	$r=0.319^{**}$ $p=0.000$	$r=0.327^{**}$ $p=0.000$	$r=0.261^{**}$ $p=0.000$	1			
	6. Şikâyetin İşlevselliği	$r=0.441^{**}$ $p=0.000$	$r=0.043$ $p=0.375$	$r=0.350^{**}$ $p=0.000$	$r=0.102^{*}$ $p=0.035$	$r=0.300^{**}$ $p=0.000$	1		
	7. Sağlık Sistemi Önyargısı	$r=-0.006$ $p=0.898$	$r=0.213^{**}$ $p=0.000$	$r=0.053$ $p=0.275$	$r=0.224^{**}$ $p=0.000$	$r=0.079$ $p=0.101$	$r=-0.124^{*}$ $p=0.010$	1	
	8. Sağlık Kurumunun Denetlenebilirliği	$r=0.152^{**}$ $p=0.002$	$r=0.424^{**}$ $p=0.000$	$r=0.040^{*}$ $p=0.040$	$r=0.154^{**}$ $p=0.001$	$r=0.269^{**}$ $p=0.000$	$r=0.036$ $p=0.457$	$r=0.266^{**}$ $p=0.000$	1
** . 0.01 düzeyinde anlamlı bir ilişki vardır.									
* . 0.05 düzeyinde anlamlı bir ilişki vardır.									

Hasta şikâyet davranışı eğilimi ile şikâyet davranışının belirleyicileri arasında bir ilişki olup olmadığı korelasyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 4). Korelasyon analizine değişkenler arası kriterler Kalayıcı'ya (2006: 116) göre ( $r=0.00-0.25$ : çok zayıf,  $0.26-0.49$ : zayıf,  $0.50-0.69$ : orta,  $0.70-0.89$ : yüksek,  $0.90-1.00$ : çok yüksek) değerlendirilmiştir. Buna göre şikâyetin işlevselliği boyutu ile Sağlık sistemi önyargısı boyutu arasında çok zayıf, negatif yönde ( $r=-0.124$ ,  $p=0.010<0.05$ ) anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Sağlık sistemi önyargısı boyutu ile Sağlık kurumunun denetlenebilirliği boyutu arasında zayıf ( $r=0.266$ ,  $p=0.000<0.01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Hasta şikâyet davranışının alt boyutu olan kuruma yönelik şikâyet boyutu ile hasta şikâyet Davranışlarının belirleyicilerinin alt boyutu olan şikâyete yönelik tutum boyutu arasında zayıf ( $r=0.419$ ,  $p=0.000<0.01$ ), şikâyetin işlevselliği boyutu arasında zayıf ( $r=0.441$ ,  $p=0.000<0.01$ ), Sağlık kurumunun denetlenebilirliği boyutu çok zayıf ( $r=0.152$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Hasta şikâyet Davranışlarının alt boyutu olan hastanın çevresine yönelik şikâyet boyutu ile hasta şikâyet Davranışlarının belirleyicilerinin alt boyutu olan şikâyete yönelik tutum boyutu ile arasında zayıf ( $r=0.319$ ,  $p=0.000<0.01$ ), Sağlık sistemi önyargısı boyut ile arasında çok zayıf ( $r=0.213$ ,  $p=0.000<0.01$ ), Sağlık kurumunun denetlenebilirliği boyutu ile arasında zayıf ( $r=0.424$ ,  $p=0.000<0.01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Hasta şikâyet davranışının alt boyutu olan üçüncü tarafa yönelik şikâyet boyutu ile hasta şikâyet Davranışlarının belirleyicilerinin alt boyutu olan şikâyete yönelik tutum boyutu ile arasında zayıf ( $r=0.327$ ,  $p=0.000<0.01$ ), şikâyetin işlevselliği boyutu ile arasında zayıf ( $r=0.350$ ,  $p=0.000<0.01$ ), Sağlık kurumunun denetlenebilirliği boyutu ile arasında çok zayıf ( $r=0.040$ ,  $p=0.040<0.05$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Hasta şikâyet davranışının alt boyutu olan şikâyeti yayma ve boykot boyutu ile hasta şikâyet davranışının belirleyicilerinin alt boyutu olan şikâyete yönelik tutum boyutu ile arasında zayıf ( $r=0.261$ ,  $p=0.000<0.01$ ), şikâyetin işlevselliği boyutu ile arasında çok zayıf ( $r=0.102$ ,  $p=0.035<0.05$ ), sağlık sistemi önyargısı boyutu ile arasında çok zayıf ( $r=0.224$ ,  $p=0.000<0.01$ ), Sağlık kurumunun denetlenebilirliği boyutu ile arasında çok zayıf ( $r=0.154$ ,  $p=0.001<0.01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

## SONUÇ

Bu Araştırmada Isparta'da ikamet eden hastaların şikâyet davranışlarının hangi yönde olacağını belirlemek, bu şikâyet davranışı ile ilişkili olan faktörleri ortaya koymak ve hasta şikâyetlerinin önemine dikkat çekmek amaçlanmaktadır. Bu kapsamda Isparta il merkezinde yaşayan 433 katılımcıya anket uygulanmıştır.

Araştırmada bireylerin hasta şikâyet davranışı ile ilgili ifadelerden aldıkları puanlar doğrultusunda, sırasıyla en çok hastanın çevresine yönelik şikâyet, kuruma yönelik şikâyet, şikâyeti yayma ve boykot, üçüncü tarafa yönelik şikâyet eğiliminde oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucuna göre şikâyete yönelik tutumun hasta şikâyet davranışının tüm alt boyutlarıyla arasında; Sağlık sistemine duyulan önyargı ile hastanın çevresine yönelik şikâyet, şikâyeti yayma ve boykot boyutu; şikâyetin işlevselliği boyutu ile kuruma yönelik şikâyet, üçüncü tarafa yönelik şikâyet, şikâyeti yayma ve boykot boyutu arasında; Sağlık kurumunun denetlenebilirliği ile hasta şikâyet Davranışlarının tüm alt boyutlarıyla arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinden alınan hizmette yaşanan sorunun ciddiyeti ile hasta şikâyet davranışının tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

## KAYNAKÇA

- Akgül, A. ve Çevik, O., (2003). İstatistiksel Analiz Teknikleri. Ankara, Emek Ofset.
- Aydemir, İ. & Öngören, B., (2013). Patient Rights Practice in Turkey. *Academic Research International*, 4(2), 520-529.
- BColwell, C. B., Pons, P. T., Pi, R., (2003). Selected Topics: Prehospital Care Complaints Against an EMS System. *The Journal of Emergency Medicine*, 25(4), 403-408.
- Crie, D., (2003). Consumers' Complaint Behaviour. Taxonomy, Typology and Determinants: Towards A Unified Ontology. *Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management*, 11(1), 60-79.
- Day, R. L. & Landon, E. L., (1977). Toward a Theory of Consumer Complaining Behavior. *Consumer and industrial buying behavior*, 95(1), 425-437.
- Hirschman, A. O., (1970). *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States* (Vol. 25). Harvard university press.
- Jacoby, J. & Jaccard, J. J., (1981). The Sources, Meaning and Validity of Consumer Complaint Behavior: A Psychological Analysis. *Journal of Retailing*, 57 (3), 4-24.
- Kalaycı, S., (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara, Asil Yayın Dağıtım.
- Kılıç, S., (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlilik Katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Kırgın Toprak, D. & ŞAHİN, B., (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi. *Performans ve Kalite* (3), 1-28.
- Kitapçı, O., (2008). Restoran Hizmetlerinde Müşteri Şikâyet Davranışları: Sivas İlinde Bir Uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 111-120.
- Özer, L., Ergeneli, A. & Hamidli, V., (2010). Satınalma Sonrası Tatminsizlik Durumundaki Tepkiler: Türkiye ve Azerbaycan'da Bir Araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 21(1).
- Richins, M. L., (1980). Consumer Perceptions of Costs and Benefits Associated with Complaining. *Refining Concepts And Measures Of Consumer Satisfaction And Complaining Behavior*, 4, 50-53.
- Singh, J., Wilkes, R. E., (1996). When Consumers Complain: A Path Analysis of The Key Antecedents of Consumer Complaint Response Estimates. *Journal of the Marketing Science*, 24(4), 35-365.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S., (2013). *Using Multivariate Statistics*, 6th ed., Boston: Pearson.
- Tax, S. S., Brown, S. W. & Chandrashekar, M., (1998). Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 62(2), 60-76.

Voss, C. A., Roth, A. V., Rosenzweig, E. D., Blackmon, K. & Chase, R. B., (2004). A Tale of Two Countries' Conservatism, Service Quality, and Feedback on Customer Satisfaction. *Journal of Service Research*, 6(3), 212-230.

## ÖRGÜTSEL SAĞLIK VE ERDEMLİ RAPORLAMA (WHISTLEBLOWING) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI: EĞİTİM VE SAĞLIK KURULUŞLARI ÖRNEĞİ<sup>1</sup>

Mustafa ALTINTAŞ<sup>2</sup>  
Musa ÖZATA<sup>3</sup>

### ÖZET

Eğitim ve Sağlık kuruluşlarında meydana gelen etik dışı veya yasadışı davranışların açığa çıkarılmasında erdemli raporlama (whistleblowing) davranışı önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Örgütlerde bir kontrol sistemi çerçevesinde etkin rol üstlenen erdemli raporlama davranışı özellikle örgütlerin kendilerini denetlemesinde hareket noktasıdır. Örgütsel Sağlık, Çalışan verimliliği ve etkinliği, iş tatmini, kurumsal bağlılık ve sadakat duygusu oluşturmaya katkı sağlayan her türlü fiziksel, psikolojik ve zihinsel koşulların oluşturduğu bir bütün ve iyilik halidir. Bu bağlamda bu Araştırmanın amacı, örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırma, tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olup, nicel Araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Araştırmaya katılmayı kabul eden 212'si eğitim ve 158'i Sağlık Çalışanı olmak üzere toplam 370 kişi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında anket tekniğinden yararlanılmış ve elde edilen veriler SPSS 22.00 paket programına kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada bulguların değerlendirilmesinde Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışı arasında pozitif yönlü, zayıf ( $r=0,143$ ;  $p<0,05$ ) ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğu görülmüştür. Ayrıca örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışının alt boyutları incelendiğinde kayıtsızlık boyutu haricinde bütün boyutlarda anlamlı ilişkilerin varlığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Erdemli Raporlama (Whistleblowing), Örgütsel Sağlık, Sağlık Kuruluşları, Eğitim Kuruluşları

### ABSTRACT

Whistleblowing behavior is accepted as an important tool in disclosing unethical and unlawful behaviors that happen in education and health organizations. Whistleblowing behavior which has an active role within the frame of an inspection system in organizations, is an important element for organizations to inspect themselves. Organizational Health is an entirety of itself and a state of well-being consisting of personnel efficiency and activity, job satisfaction, organizational loyalty and all kinds of physical, psychological and cognitive conditions that lead to the formation of a sense of faithfulness. In this regard, the goal of this research, is to identify the relationship between organizational health perception and whistleblowing behavior. The research is of definitive quality and quantitative research pattern was used. The sample of the study consisted of 370 people, 212 of whom agreed to participate in the study, and 158 of them were health workers. Data were collected by using the questionnaire technique and the data were analyzed by using SPSS 22.00 package program. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis variance analysis, Spearman correlation analysis were used in the research. According to the findings acquired from the research, it was seen that, a positive sided, weak ( $r=0,143$ ;  $p<0,05$ ) but sensible relationship from a statistical aspect exists. Also when the sub-dimensions of organizational health perception and whistleblowing behavior are reviewed, existence of meaningful relationships in all dimensions except the carelessness dimension was found.

**Keywords:** Education Organization, Health Organization, Organizational Health, Whistleblowing.

### 1.GİRİŞ

Bir örgütün varlık nedeni, belirli amaçların birden fazla kişi ve bir grup olarak gerçekleştirilmesidir. Örgütler toplumsal yaşamın içinde var olan, toplumsal koşulların etkisine açık ve değişen koşullara uyum sağlayabilen sosyal canlılardır (Koçel, 2013:71). Örgütler, sistem olarak görülen yapılardır. Sistem, bir amaç için bir araya gelen parçaların, düzenli bir biçimde birbirine dayanarak ve birbirini etkileyerek oluşturduğu bir bütündür. Sistem yaklaşımına göre örgüt, birbiri ile ilişkide bulunan alt sistemlerden

<sup>1</sup> Bu bildiri "Örgütsel Sağlık ve Erdemli Raporlama (Whistleblowing) Arasındaki İlişkinin Araştırılması: Eğitim ve Sağlık Kuruluşları Örneği" adlı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

<sup>2</sup> Öğretim Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi Çekerek SHMYO, mustafa.altintas@bozok.edu.tr

<sup>3</sup> Prof.Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, musaozata@gmail.com

oluşan ve çevresi ile girdi-çıkı ilişkisi içinde bulunan açık bir sistemdir. Örgütler çevreden çeşitli girdiler alır ve bunları işleyip tekrar çevreye çıktılar halinde sunarlar. Bu nedenle örgüt, çevre ile sürekli etkileşim halindedir (Ayduğ, 2014:1). İçinde bulunduğumuz çağda örgütler, hedeflerine ulaşabilmek amacıyla hızla değişiklik gösteren çevre koşullarına, teknolojik ilerlemelere, bilgi toplumuna geçişe, küresel ilerleyiş ve değişimlere uyum sağlayabilmeli; serbest piyasa koşullarında rekabeti gerçekleştirerek başarıyı hedeflemelidirler. Örgütlerin yaşamlarını sürdürebilmeleri ve amaçlarına ulaşabilmeleri için öncelikle bu çevresel değişimlere uyum sağlamaları gerekmektedir (Karacan, 2017:1).

Örgütlerin devamlılığını sağlamasında, önceden belirlediği hedeflere ulaşmasına, başarı ve verimliliği yakalamasına etki eden birçok faktörden bahsetmek mümkündür. Örgütün başarı için belirlediği hedefler, hedeflerin gerçekleştirilebilirliği, yöneticilerin liderlik becerileri, Çalışanların örgüte bağlılık düzeyleri, örgütün Sağlıklı olup olmaması bunlardan birkaçıdır (Batmaz, 2012:6). Sağlıklı örgütlerde Çalışan insan kaynağının örgüte bağlılığı ve motivasyonu yüksek derecede olmaktadır. İnsan kaynağına değer veren, etkili liderlik özelliği olan yöneticilerin bulunduğu, örgütsel bağlılığı yüksek olan Çalışanların olduğu örgütlerde verimlilik ve başarı artacaktır (Çakınberk ve Demirel, 2010:104).

Örgütsel Sağlık kavramı, örgütsel davranış ve Çalışma psikolojisi alanında ortaya çıkmış bir kavramdır. Kavram ilk kez Matthew Miles tarafından ortaya atılmıştır (Polatçı ve diğerleri, 2008:146). Örgüt sağlığı, sadece bulunduğu çevrede yaşamını sürdürmekle kalmayarak, uzun zamanda devamlı gelişim göstermek, baş etme ve yaşama yeteneklerini geliştirmek ve devam ettirmek olarak tanımlanabilir (Miles, 1965; Akt: Arıkan, 2011:4). Örgütsel Sağlık ile ilgili Çalışmalar incelendiğinde öncelikle ilk ve orta dereceli okulların örgüt sağlığı ile ilgili Çalışmaların yapıldığı gözlemlenmektedir (Kimpston ve Sonnabend, 1975; Miller, 1983; Childer ve Fairman, 1986; Hoy vd., 1990; Akbaba, 1997; Uras, 1998; 2000; Çakır, 2002; Korkmaz, 2005; Buluç, 2008; Akt:Polatçı ve diğerleri, 2008:146). Daha sonra yüksek öğretim örgütlerinde (Güler, 1997; Hoy ve Feldman, 1999; Smith vd., 2001; Smith, 2002) Çalışmalar yapılmıştır (Akt: Polatçı ve diğerleri, 2008:146). Son yıllarda Türkçe literatürde yapılan Çalışmalar incelendiğinde (Emhan, 2005; Köseoğlu ve Karayormuk, 2009; Tutar, 2010; Başar, 2011; Taş, 2014; Açıköz, 2015; Büyükyılmaz ve diğerleri, 2018) diğer iş örgütlerinde kavramın yoğun olarak kullanıldığı görülmektedir. Örgüt sağlığının tespit edilmesinin ana amacı, örgütler "Sağlıklı mı Sağlıksız mı?" sorusuna cevap aramak değildir. Buradaki asıl amaç örgütlerde durum analizi yapılarak eksikliklerin tespit edilmesi ve giderilmesi, iyi olan özelliklerinin daha da iyi hale getirilebilmesini sağlamaktır. Ayrıca örgütler Açısından güçlü ve zayıf yanların, fırsatların, risklerin görülmesini sağlayıp, durum tespiti yapmaktır. Bir nevi SWOT Analizi'nin yapılmasıdır (Açıköz, 2015:4).

Örgütler, toplumun refah düzeyini arttırıcı gelişmeleri sağlayan, yeni hizmet, ürün, bilgi ve teknolojileri insanların hizmetine sunan, toplumların ekonomik ve sosyal olarak gelişmesini sağlayan birimler olarak düşünülebileceği gibi faaliyetleri ile toplumdaki etik değerlerin kaybolmasına yol açan yolsuzlukların, ahlâk dışı davranış ve yozlaşmanın ortaya çıkarılmasını kolaylaştıran yapılarıdır (Koçel, 2013:72). İngilizce literatürde whistleblowing olarak tanımlanan ve bu Çalışmada erdemli raporlama olarak isimlendirdiğimiz davranış kalıbı, bu olguların açığa çıkarılması için önemli bir araç olarak görülmektedir. Türkçe literatürde bilgi ifşası, bilgi uçurma, ihbar etme, etik olmayan davranışları bildirme gibi farklı anlamlar yüklenen kavramın (Alpaslan Danışman, 2006; Saygan, 2011; Demirtaş, 2014; Toker Gökçe ve Oğuz, 2015; Yürür ve Nart, 2016) örgütsel davranış konusu olarak son zamanlarda incelenmeye başlandığı görülmektedir. Kavramın ilk olarak 1963'te Otto Otepeka'ca ABD Senato İç Güvenlik Komisyonu'na sunulan metinde yer aldığı ileri sürülmektedir (Nalcı Arıbaş, 2017:14). İlk bilimsel tanımlamanın ise Near ve Miceli tarafından 1985 yılında yapıldığı belirtilmiştir. Tanıma göre erdemli raporlama (whistleblowing); "işverenlerinin kontrolü altında, yasadışı, ahlâksız veya gayri meşru uygulamaların örgüt üyelerinin (eski veya şimdiki), eylemi gerçekleştirebilecek kişi veya kuruluşlara açıklanması" olarak ifade edilmektedir (Nalcı Arıbaş, 2017:16). Yerli ve yabancı literatürde konuyla ilgili çok sayıda Çalışmanın yapıldığı görülmektedir (Near ve Miceli, 1985; 1996; Dworkin ve Near, 1997; Rocha ve Kleiner, 2005; Akt: Yarmacı, 2018:71; Alpaslan Danışman, 2006; Saygan, 2011; Toker Gökçe, 2014a; Demirtaş, 2014; Candan ve Kaya, 2015; Yener, 2018; Aydan ve Kaya, 2018). Erdemli raporlama ile ilgili yapılan çalışmalarda eylemin ortaya çıkmasında dört ana unsurun olduğu belirtilmektedir. Bunlar; eylemi bildiren kişi, eylemi bildirilen kişi ya da mercii, bir kişi veya grup tarafından hatalı veya yanlış eylemin meydana gelmesi ve eylemin bildirilmesidir (Yarmacı, 2018:71).

Bir örgütün Sağlık durumunun iyi olması, örgüte yarar sağladığı gibi etkileşim içerisinde bulunduğu topluma da katkı sağlamaktadır. Öte yandan bir örgütteki yanlış uygulamalar, ahlâk ve etik dışı

davranışlar, örgütü etkilediği kadar toplumu da etkilemektedir. Bu bağlamda örgütsel Sağlık ve erdemli raporlama kavramlarının eğitim ve Sağlık örgütlerinde uygulanması önemlidir. Eğitim örgütleri, gelecek nesilleri oluşturması Açısından temel mekan görevi görmektedir. Çünkü içerisinde bulunan öğrencilerin, temel ahlâk anlayışı bu kurumlarda şekillenmektedir (Güvercin, 2016:3). Sağlık örgütleri ise dünya üzerindeki bütün canlıların yararlandığı ve ihtiyaç duyduğu Sağlık hizmetlerini üreten kurumlardır. Sağlık hizmetlerinin ana ögesi insandır. Sağlık politikalarının temeli, insan ögesine en iyi hizmeti; etkili, adil, hızlı ve ulaşılabilir şekilde sunmaktır (Açıkgöz, 2015:1). Eğitim ve Sağlık örgütlerinin kendi içlerinde bulunan yanlış uygulamaları içsel ve dışsal olarak bildirmesi; eğitim Çalışanları, bu hizmetlerden yararlanan öğrenciler, Sağlık Çalışanları ve bu hizmetleri alan bireyler Açısından büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde erdemli raporlama davranışını inceleyen Araştırmaların son yıllarda yaygınlaştığı görülmektedir. Bu problemin çözümünde eğitim ve Sağlık Çalışanlarının hem örgütsel Sağlık hem de erdemli raporlama kavramını tanınması ve farkındalığının artırılması sağlanmaya Çalışılacaktır. Eğitim ve Sağlık kurumlarının en alt kademe Çalışanından en üst kademesine kadar, kavramların önemini anlaması ve bu bilinçle olaylara yaklaşması hem örgüt Açısından hem örgütten hizmet alan bireyler Açısından hem de toplum açısından faydalı olacaktır.

## 2. YÖNTEM

Bu Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olup, Çalışmada nicel Araştırma deseni kullanılmıştır. Bu Araştırma, Kırşehir Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı liselerde görev yapan eğitim personeli ile Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan Sağlık personelinin örgütsel Sağlık algıları ile erdemli raporlama davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Eğitim ve Sağlık örgütlerinde, örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama Davranışlarının incelenmesi kurumsal etkinlik Açısından önem taşımaktadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmada iki farklı ölçek kullanılmıştır. Örgütsel Sağlık boyutunu ölçen sorular Başar (2011), tarafından Araştırılan "Örgütsel Sağlık: İzmir'de Bir Belediyede Araştırma" adlı yüksek lisans tezinden alınmıştır. Örgütsel Sağlık Araştırmasında kullanılan anket Rosen ve Berger (1992) tarafından Çalışanların örgütsel Sağlık algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup, 20 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, Emhan (1995) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve pilot uygulamaya tabi tutulmuştur. Örgütsel Sağlık ölçeği; örgütsel düzey (10,11,12,14,15,16,18,19,20. sorular), genel düzey (1,2,3,4,6. sorular) ve bireysel düzey (5,7,8,9,13,17. sorular) olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 1-49 arasında kalanların Sağlıksız, 50-84 arasında kalanların hem sağlıklı-hem Sağlıksız, 85-100 arasından kalanların ise sağlıklı örgüt oldukları ifade edilmektedir. Anket sorularında; 1) Hiçbir Zaman (2) Nadiren, (3) Bazen, (4) Sık Sık, (5) Her Zaman seçenekleri bulunan 5'li Likert ölçekli yapı kullanılmıştır (Başar, 2011:69). İlgili Çalışmada ölçme aracının güvenilirlik analizi 0,94 olarak tespit edilmiştir. Bu Çalışma için yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach's Alpha katsayısı 0,96 olarak belirlenmiş ve ölçme aracının güvenilir olduğunu bulunmuştur. Erdemli raporlama davranışını ölçen sorular, Yılmaz (2015) tarafından Araştırılan "Kadın Girişimciler İle Kadın Girişimcilerin İlişkili Oldukları Kamu Kurum ve Kuruluşu Çalışanlarının Etik Davranış Algı Düzeyleri İle İfşa (Whistleblowing) Eğilim Düzeylerinin Ölçülmesi ve Grupların Karşılaştırmalı Analizlerinin Yapılması" adlı yüksek lisans tezinden alınmıştır. Erdemli raporlama Araştırmasında kullanılan anket Heungsik Park ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir. Çalışanların erdemli raporlama eğilimini ölçmeye yarayan anket 8 ifadeden oluşmaktadır. Erdemli raporlama ölçeği; dışsal erdemli raporlama (1,2,3. sorular), içsel erdemli raporlama (4,5,6. sorular) ve kayıtsızlık (7,8, sorular) olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Erdemli raporlama ölçeğindeki "7.,8." ifadeleri olumsuz anlam ifade ettiği için ters kodlanarak analiz sağlanmıştır. Ölçek, Yılmaz (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve pilot uygulamaya tabi tutulmuştur. Anket sorularında; 1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum seçenekleri bulunan 5'li Likert ölçekli yapı kullanılmıştır (Yılmaz, 2015:82). İlgili Çalışmada ölçme aracının güvenilirlik analizi 0,70'in üzerinde bulunurken bu Çalışma için yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach's Alpha katsayısı 0,84 olarak belirlenmiş ve ölçme aracının güvenilir olduğunu bulunmuştur.

Araştırmanın evrenini Kırşehir Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı merkez ilçedeki liselerde görev yapan 480 personel ile Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde polikliniklerde Çalışan 275 personel oluşturmaktadır. Basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılan Araştırmada örneklemi belirlemek için yapılan örneklem hesaplamasında eğitim kurumları için 214, Sağlık kurumları için ise 162

olarak belirlenmiştir. Yüz yüze anket yapılmasına karşın eksik veya hatalı doldurulan anketler çıkarıldığında Çalışma kapsamına 370 adet anket alınmıştır.

### 3. BULGULAR

Anket yöntemi ile elde edilen veriler, SPSS 22.00 paket programı ile Araştırma desenine uygun bir şekilde analiz edilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler, sosyo-demografik değişkenler ile örgütsel Sağlık ve erdemli raporlama toplam puanları arasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. Ayrıca yine örgütsel Sağlık ve erdemli raporlama arasında Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 1. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim Çalışanlarına Ait Sosyo-Demografik Bilgiler

	Değişken	Sayı	Yüzde
Yaş	25-34 Yaş Arası	43	20,3
	35-44 Yaş Arası	100	47,2
	45 Yaş ve Üzeri	69	32,5
Cinsiyet	Kadın	81	38,2
	Erkek	131	61,8
Medeni Durum	Evli	191	90,1
	Bekar	21	9,9
Öğrenim Durumu	Önlisans	15	7,1
	Lisans	181	85,4
	Lisansüstü	16	7,5
Kurumda Çalışma Süresi	1-4 Yıl Arası	76	35,8
	5-9 Yıl Arası	53	25,0
	10-14 Yıl Arası	48	22,6
	15 Yıl ve Üzeri	35	16,5
Meslekte Çalışma Süresi	1-9 Yıl Arası	31	14,6
	10-19 Yıl Arası	93	43,9
	20 Yıl ve Üzeri	88	41,5
Aylık Gelir	0-4000 TL Arası	149	70,3
	4000 TL ve Üzeri	63	29,7
Toplam		212	100,00

Tablo 1'de Araştırma kapsamında incelenen eğitim Çalışanlarına ilişkin sosyo-demografik bulgular yer almaktadır. Tablo 5.1'de görüldüğü gibi yaş dağılımları incelendiğinde 25-34 yaş aralığında olan personel sayısı 43 (%20,3); 35-44 yaş aralığında bulunan personel sayısı 100 (%47,2); yaşları 45 ve üzerinde olan personel sayısı ise 69 (%32,5) olarak belirlenmiştir. Cinsiyet Açısından bakıldığında; Araştırmaya katılanların 81'inin (%38,2) kadın, 131'inin (%61,8) ise erkek olduğu ve erkeklerin Araştırmaya katılımının daha fazla olduğu görülmektedir. Medeni durum Açısından inceleme yapıldığında; evli olan personelin sayısı 191 (%90,1) iken bekar olan personelin sayısının 21 (%9,9) olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim durumu Açısından bakıldığında; ön lisans mezunu olan personelin sayısı 15 (%7,1), lisans mezunu personelin sayısı 181 (%85,4), lisansüstü mezunu olan personelin sayısı ise 16 (%7,5) olarak belirlenmiştir. Kurumda Çalışma süreleri Açısından bakıldığında; 1-4 yıl arası Çalışanların sayısı 76 (%35,8), 5-9 yıl arası Çalışanların sayısı 53 (%25,0), 10-14 yıl arası Çalışanların sayısı 48 (%22,6), 15 yıl ve üzeri Çalışanların sayısının ise 35 (%16,5) olduğu görülmüştür. Meslekte Çalışma süreleri Açısından bakıldığında; 1-9 yıl arası Çalışanların sayısı 31 (%14,6), 10-19 yıl arası Çalışanların sayısı 93 (%43,9), 20 yıl ve üzeri Çalışanların sayısı 88 (%41,5) olarak belirlemiştir. Aylık gelir Açısından incelendiğinde; 149 (%70,3) kişinin 4000 TL ve altında bir gelire sahip olduğu, 63 (%29,7) kişinin ise 4000 TL'den fazla bir gelire sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 2. Araştırma Kapsamında İncelenen Sağlık Çalışanlarına Ait Sosyo-Demografik Bilgiler**

	<b>Değişken</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yaş</b>	25-34 Yaş Arası	51	32,3
	35-44 Yaş Arası	74	46,8
	45 Yaş ve Üzeri	33	20,9
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	95	60,1
	Erkek	63	39,9
<b>Medeni Durum</b>	Evli	132	83,5
	Bekar	26	16,5
<b>Öğrenim Durumu</b>	Önlisans	64	40,5
	Lisans	72	45,6
	Lisansüstü	22	13,9
<b>Kurumda Çalışma Süresi</b>	1-4 Yıl Arası	33	20,9
	5-9 Yıl Arası	56	35,4
	10-14 Yıl Arası	26	16,5
	15 Yıl ve Üzeri	43	27,2
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>	1-9 Yıl Arası	48	30,4
	10-19 Yıl Arası	55	34,8
	20 Yıl ve Üzeri	55	34,8
<b>Aylık Gelir</b>	0-4000 TL Arası	134	84,8
	4000 TL ve Üzeri	24	15,2
<b>Toplam</b>		158	100,00

Tablo 2'de Araştırma kapsamında incelenen Sağlık Çalışanlarına ilişkin sosyo-demografik bulgular yer almaktadır. Tablo 5.2'de görüldüğü gibi yaş dağılımları incelendiğinde 25-34 yaş aralığında olan personel sayısı 51 (%32,3); 35-44 yaş aralığında bulunan personel sayısı 74 (%46,8); yaşları 45 ve üzerinde olan personel sayısı ise 33 (%20,9) olarak belirlenmiştir. Cinsiyet Açısından bakıldığında; Araştırmaya katılanların 95'inin (%60,1) kadın, 63'ünün (%39,9) ise erkek olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından inceleme yapıldığında; evli olan personelin sayısı 132 (%83,5) iken bekar olan personelin sayısının 26 (%16,5) olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim durumu Açısından bakıldığında; ön lisans mezunu olan personelin sayısı 64 (%40,5), lisans mezunu personelin sayısı 72 (%45,6) ve lisansüstü mezunu olan personelin sayısı ise 22 (%13,9) olarak belirlenmiştir. Kurumda Çalışma süreleri Açısından bakıldığında, 1-4 yıl arası Çalışanların sayısı 33 (%20,9), 5-9 yıl arası Çalışanların sayısı 56 (%35,4), 10-14 yıl arası Çalışanların sayısı 26 (%16,5), 15 yıl ve üzeri Çalışanların sayısının ise 43 (%27,2) olduğu görülmüştür. Meslekte Çalışma süreleri Açısından bakıldığında; 1-9 yıl arası Çalışanların sayısı 48 (%30,4), 10-19 yıl arası Çalışanların sayısı 55 (%34,8), 20 yıl ve üzeri Çalışanların sayısı 55 (%34,8) olarak belirlemiştir. Aylık gelir Açısından incelendiğinde; 134 (%84,8) kişinin 4000 TL ve altında bir gelire sahip olduğu, 24 (%15,2) kişinin ise 4000 TL'den fazla bir gelire sahip olduğu görülmektedir.

Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama belirlemek amacıyla uygulanan ölçek toplam puanları ile sosyo-demografik değişkenler arasında analizler uygulanmıştır. Elde edilen veriler normal dağılıma uygunluk göstermediği için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. İkili gruplarda Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır.



**Tablo 3. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet, Medeni Durum, Çalışılan Kurum ve Aylık Gelir Açısından Örgütsel Sağlık Düzeylerini Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları**

	<b>Cinsiyet</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Örgütsel Sağlık Toplam	Kadın	176	167,42	13889,500	0,002
	Erkek	194	201,90		
	Toplam	370			
	<b>Medeni Durum</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Örgütsel Sağlık Toplam	Evli	323	189,38	6337,000	0,067
	Bekar	47	158,83		
	Toplam	370			
	<b>Çalışılan Kurum</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Örgütsel Sağlık Toplam	Eğitim Örgütü	212	244,26	4291,000	0,000
	Sağlık Örgütü	158	106,66		
	Toplam	370			
	<b>Aylık Gelir</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Örgütsel Sağlık Toplam	0-4000 TL	283	173,57	8935,500	0,000
	4000 ve Üzeri	87	224,29		
	Toplam	370			

Tablo 3'te görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel Sağlık algıları cinsiyet, medeni durum, Çalışılan kurum ve aylık gelir değişkeni Açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Karşılaştırma sonucunda personelin örgütsel Sağlık algılarının cinsiyet, Çalışılan kurum ve aylık gelir değişkeni Açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilirken ( $p < 0,05$ ); medeni durum Açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının Yaş, Öğrenim Durumu, Kurumda Çalışma Süresi ve Meslekte Çalışma Süresi Açısından Örgütsel Sağlık Düzeylerini Gösteren Kruskal Wallis Varyans Analizi Sonuçları**

	Yaş	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Örgütsel Sağlık Toplam	25-34 Yaş	94	179,37	9,961	2	0,007
	35-44 Yaş	174	172,36			
	45 ve Üzeri	102	213,56			
	Toplam	370				
	Öğrenim Durumu	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Örgütsel Sağlık Toplam	Ön lisans	79	142,23	22,670	2	0,000
	Lisans	253	203,31			
	Lisansüstü	38	156,89			
	Toplam	370				
	Kurumda Çalışma Süresi	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Örgütsel Sağlık Toplam	1-4 Yıl	109	208,62	19,128	3	0,000
	5-9 Yıl	109	171,35			
	10-14 Yıl	74	209,36			
	15 ve Üzeri	78	150,32			
	Toplam	370				
	Meslekte Çalışma Süresi	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Örgütsel Sağlık Toplam	1-9 Yıl	79	172,98	5,279	2	0,071
	10-19 Yıl	148	176,73			
	20 Yıl ve Üzeri	143	201,50			
	Toplam	370				

Tablo 4'te görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel Sağlık algıları yaş, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi ve meslekte Çalışma süresi değişkeni Açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Karşılaştırma sonucunda personelin örgütsel Sağlık algılarının yaş, öğrenim durumu ve kurumda Çalışma süresi değişkeni Açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilirken ( $p < 0,05$ ); meslekte Çalışma süresi değişkeni Açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 5. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet, Medeni Durum, Çalışılan Kurum ve Aylık Gelir Açısından Erdemli Raporlama Davranışlarını Gösteren Mann-Whitney U Testi Sonuçları**

	<b>Cinsiyet</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Erdemli Raporlama Toplam	Kadın	176	169,00	14168,500	0,005
	Erkek	194	200,47		
	Toplam	370			
	<b>Medeni Durum</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Erdemli Raporlama Toplam	Evli	323	185,94	7449,500	0,836
	Bekar	47	182,50		
	Toplam	370			
	<b>Çalışılan Kurum</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Erdemli Raporlama Toplam	Eğitim Örgütü	212	199,56	13768,000	0,003
	Sağlık Örgütü	158	166,64		
	Toplam	370			
	<b>Aylık Gelir</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>p</b>
Erdemli Raporlama Toplam	0-4000 TL	283	177,35	100004,500	0,008
	4000 ve Üzeri	87	212,01		
	Toplam	370			

Tablo 5'te görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel Sağlık algıları cinsiyet, medeni durum, Çalışılan kurum ve aylık gelir değişkeni Açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Karşılaştırma sonucunda personelin erdemli raporlama davranışlarının cinsiyet, Çalışılan kurum ve aylık gelir değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilirken ( $p < 0,05$ ); medeni durum Açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6. Araştırma Kapsamında İncelenen Eğitim ve Sağlık Çalışanlarının Yaş, Öğrenim Durumu, Kurumda Çalışma Süresi ve Meslekte Çalışma Süresi Açısından Erdemli Raporlama Davranışlarını Gösteren Kruskal Wallis Varyans Analizi Sonuçları**

	Yaş	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Erdemli Raporlama	25-34 Yaş	94	197,81	1,701	2	0,427
	35-44 Yaş	174	182,01			
Toplam	45 ve Üzeri	102	188,10			
	Toplam	370				
	Öğrenim Durumu	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Erdemli Raporlama	Ön lisans	79	162,59	4,636	2	0,098
	Lisans	253	191,69			
Toplam	Lisansüstü	38	191,93			
	Toplam	370				
	Kurumda Çalışma Süresi	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Erdemli Raporlama	1-4 Yıl	109	191,68	5,423	3	0,143
	5-9 Yıl	109	199,61			
Toplam	10-14 Yıl	74	175,98			
	15 ve Üzeri	78	166,18			
	Toplam	370				
	Meslekte Çalışma Süresi	N	Sıra Ort.	Ki-kare	Sd	p
Erdemli Raporlama	1-9 Yıl	79	197,39	2,292	2	0,318
	10-19 Yıl	148	176,00			
Toplam	20 Yıl ve Üzeri	143	188,77			
	Toplam	370				

Tablo 6'da görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel Sağlık algıları yaş, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi ve meslekte Çalışma süresi değişkeni Açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Karşılaştırma sonucunda personelin erdemli raporlama davranışlarının yaş, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi ve meslekte Çalışma süresi değişkeni Açısından anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi sonuçları Tablo 7'de sunulmuştur.

**Tablo 7. Örgütsel Sağlık Algısı İle Erdemli Raporlama Davranışı Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

		Örgütse l Sağlık Toplam	Örgütse l Düzey	Genel Düzey	Bireyse l Düzey	Erdemli Raporlam a Toplam	Dışsal	İçsel	Kayıtsızlı k
Örgütsel Sağlık Toplam	r	1							
	p	-							
	N	370							
Örgütsel Düzey	r	0,971**	1						
	p	0,000	-						
	N	370	370						
Genel Düzey	r	0,932**	0,858**	1					
	p	0,000	0,000	-					
	N	370	370	370					
Bireysel Düzey	r	0,905**	0,828**	0,790*	1				
	p	0,000	0,000	0,000	-				
	N	370	370	370	370				
Erdemli Raporlam a Toplam	r	0,143**	0,122*	0,146*	0,156**	1			
	p	0,006	0,018	0,005	0,003	-			
	N	370	370	370	370	370			
Dışsal	r	0,120*	0,103*	0,140*	0,101	0,784**	1		
	p	0,021	0,047	0,007	0,053	0,000	-		
	N	370	370	370	370	370	370		
İçsel	r	0,175**	0,164*	0,158*	0,194**	0,854**	0,478*	1	
	p	0,001	0,002	0,002	0,000	0,000	0,000	-	
	N	370	370	370	370	370	370	370	
Kayıtsızlı k	r	0,092	0,079	0,070	0,120*	0,621**	0,334*	0,502*	1
	p	0,078	0,131	0,180	0,020	0,000	0,000	0,000	-
	N	370	370	370	370	370	370	370	370

\*\* p<0,01 düzeyinde korelasyon anlamlıdır. \* p<0,05 düzeyinde korelasyon anlamlıdır. r: Spearman Korelasyon Katsayısı

Örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Tablo 7'de görüldüğü üzere örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışı arasında pozitif yönlü zayıf (r=0,143) ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğu görülmüştür (p<0,01).

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma içerisinde eğitim ve Sağlık personelinin örgütsel Sağlık algıları ile erdemli raporlama davranışları ve bu değişkenler arasındaki ilişki Araştırılmıştır. Bu bağlamda Araştırmanın amacı, eğitim ve Sağlık Çalışanlarının örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Sözü edilen amaç çerçevesinde Araştırma, Kırşehir'de kamuda faaliyet gösteren İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı liseler ile Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmadaki veriler 370 eğitim ve Sağlık Çalışanından elde edilmiştir.

Araştırma, eğitim ve Sağlık Çalışanlarının görevlerini sürdürürken karşılaştıkları durumlarda gösterdikleri tepkilere bağlı olarak örgütsel Sağlık ile erdemli raporlama davranışını ölçme amacını taşımaktadır. Eğitim ve Sağlık örgütlerinde, örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışının incelenmesi ve bu kavramlar arasındaki ilişkilerin ortaya konulması kurumsal etkinlik açısından önem taşımaktadır. İlgili literatür incelendiğinde örgütsel Sağlık ve erdemli raporlama kavramları arasındaki ilişkinin incelendiği bir Çalışmaya rastlanamamıştır. Bu açıdan Çalışma, özgün bir nitelik taşımaktadır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda bulguların değerlendirilmesi yapıldığında, örgütsel Sağlık algısı ile cinsiyet, Çalışılan kurum, aylık gelir, yaş, öğrenim durumu, kurumda Çalışma süresi ve meslekte Çalışma süresi arasında farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Sadece medeni durum değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Diğer yandan erdemli raporlama davranışı ile cinsiyet, Çalışılan kurum ve aylık gelir değişkeni arasında farkın anlamlı olduğu belirlenirken; yaş, öğrenim durumu, medeni durum, kurumda Çalışma süresi ve meslekte Çalışma süresi değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Literatürde örgütsel Sağlık kavramı; çalışan verimliliği ve etkinliği, iş tatmini, kurumsal bağlılık ve sadakat duygusu oluşturmaya katkı sağlayan her türlü fiziksel, psikolojik ve zihinsel koşulların oluşturduğu bir bütün ve iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Ünlü, 2011:5). Örgütsel Sağlık kavramı, tüm kurumlarda olduğu gibi hizmet Kurumlarında da önem taşıyan bir kavramdır. Eğitim kurumları, insanların hayatının büyük bir bölümünü geçirdiği yaşama alanlarıdır. Eğitim yaşamındaki niteliğin artmasının "sağlıklı eğitim örgütü" ile mümkün olabileceği ileri sürülmektedir. Bu kavram, kurumların kendi içerisinde ve örgütteki personel arasındaki ilişkilerin gelişmesini sağlayan temel faktördür (Karakuş, 2008:39). Diğer yandan Sağlık kuruluşlarının örgütsel sağlığının iyi derecede olması Çalışanların sağlığını etkilediği gibi, performansını da artırmaktadır. Ayrıca örgütün, kendisinden hizmet alan hastalarına vermiş olduğu Sağlık hizmetini de etkilemektedir. Gül (2018:54)'ün Orvik ve Axelsson (2012)'dan aktardığına göre bir Sağlık kurumunda örgüt sağlığının gerçekleştirilmesi bazı faktörlere bağlıdır.

Başkalarının yanlış, hatalı davranışlarını bildirme konusunda ne kadar rahatsızlık duyulursa duyulsun, erdemli raporlama önemli bir örgütsel kontrol mekanizmasıdır (Büyükarlan, 2016:44). Erdemli raporlama, örgütsel vatandaşlık davranışı ve prososyal davranış olarak görülen bir kavramdır. Yılmaz (2014:23)'in aktardığına göre örgütsel vatandaşlık davranışı olarak erdemli raporlama, örgüte faydalı davranışlar ile belirli kişilere yarar sağlayacak ve dolaylı olarak bu yolla örgüte katkıda bulunacak davranışlardır. Prososyal davranış olarak erdemli raporlama ise örgüt üyesi tarafından örgütsel rolünü yerine getirirken bireyin, grubun veya örgütün refahını sağlamak amacıyla gerçekleştirdiği davranış olarak ifade edilmektedir. Erdemli raporlama eylemi, uzun vadede örgütsel performansı etkileyen bir davranıştır (Büyükarlan, 2016:44).

İlgili literatür incelendiğinde örgütsel Sağlık ve erdemli raporlama kavramları arasındaki ilişkinin incelendiği bir Çalışmaya rastlanamamış olunması çalışmaya özgün bir nitelik kazandırdığı gibi alan yazına da naçizane katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Örgütsel Sağlık ve erdemli raporlama kavramlarının ayrı olarak kullanıldığı çalışmalara rastlanmaktadır. Araştırmada erdemli raporlama davranışında cinsiyet, Çalışılan kurum ve aylık gelir değişkenleri Açısından farkın anlamlı olduğu görülmüştür. İlgili yerli ve yabancı literatür incelendiğinde bu Araştırmada anlamlı farklılık gösteren değişkenleriyle paralellik gösteren Çalışmalar bulunmaktadır (Topgül, 2018; Yarmacı, 2018; Oran, 2018; Alper, 2018; Toker Gökçe, 2014b; Cassematis ve Wortley, 2013; Buckley ve arkadaşları, 2010). Aynı şekilde örgütsel Sağlık algısında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, Çalışılan kurum ve kurumda Çalışma süresi değişkenleri Açısından farkın anlamlı olduğu görülmüştür. İlgili yerli ve yabancı literatür incelendiğinde bu Araştırmada anlamlı farklılık gösteren değişkenleriyle paralellik gösteren Çalışmalar

bulunmaktadır (Gül, 2018; Soylu, 2017; Ertaş ve Töre, 2016; Deniz, 2016; Lee ve arkadaşları, 2014; Vural, 2013; Kısa, 2011; Başar, 2011; ).

Araştırmanın sonuçlarına göre, örgütsel Sağlık algısı ile erdemli raporlama davranışı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla erdemli raporlama eylemindeki artış örgütsel Sağlık algısında da bir artış meydana getirmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre bir kurumdaki yanlış, etik dışı veya yasa dışı olayların ilgili makamlara bildirilmesi, olayın açığa çıkartılması durumu, kurumun Sağlık durumunu doğrudan etkilemektedir. Öte yandan sağlıklı örgütlerde erdemli raporlama davranışının daha çok olabileceği söylenebilir. Özellikle eğitim kurumları Açısından bakıldığında, Çalışanların düşüncelerine ve yaşantılarına saygılı kurumlar olduğu düşünüldüğünde, Çalışanların erdemli raporlama davranışında bulunmaları da saygıyla karşılanabilir. Sağlıklı örgütlerde görülen özelliklerden birisi olan; ortaya çıkan sorunların çözümünde Çalışanların fikirlerinin önemsenmesi durumu da bunda etkili olabilir. Çalışanlar fikirlerinin önemsendiği algısına sahip olduklarında rahatlıkla erdemli raporlama davranışı gerçekleştirme eğiliminde olabilir.

## 5. KAYNAKÇA

- Açıkgöz, N. (2015), Hastanelerde Örgütsel Sağlık ve Değer Yaratma Kültürü İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Alpaslan Danışman, S. (2006), Sosyal Bir Sorumluluk Olarak İhbarcılık. İş Ahlakı Dergisi. 227-238.
- Alper, M. (2018), Whistleblowing İle Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkiye Örgüt Kültürünün Etkisi ve Bir Araştırma. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Arıkan, E. (2011), Örgüt Sağlığının İş Tatmini Üzerine Etkisi: Afyonkarahisar'daki Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Aydan, S., Kaya, S. (2018), Sağlık Sektöründe İhbarcılık: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Sekreterler Üzerine Bir Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(1): 1-29.
- Ayduğ, D. (2014), İlkokulların Örgüt Sağlığı İle Öğretmenlerin Örgütsel Güven Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Başar, İ. (2011), Örgütsel Sağlık: İzmir'de Bir Belediyede Araştırma.(Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- Batmaz, M. (2012). Yöneticilerin Yönetim Tarzlarının Çalışanların İş Doyumlarına Etkileri.(Yüksek Lisans Tezi). Ufuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Buckley, C., Cotter D., Hutchinson, M. (2010), Empirical evidence of lack of significant support for whistleblowing. Corporate Ownership and Control, 7(3), 275-283.
- Büyükarıslan, B.A. (2016), Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Whistleblowing İlişisine Yönelik Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Büyükyılmaz, O., Yurdasever, E., Horuzoğlu, K. (2018), A Research on Determination of The Organizational Health Perceptions of The Employees Working in Kardemir Inc.Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 7 (14), 60-79.
- Candan, H., Kaya, T.P. (2015), İhbarcılık (Whistleblowing) ve Algılanan Örgütsel Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Kamu Kurumunda Araştırma. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi İdari bilimler Fakültesi Dergisi, 5 (2), 305-330.
- Cassematis, P. G., R. Wortley (2013), Prediction of Whistleblowing or Non- reporting Observation: The Role of Personal and Situational Factors, Journal of Business Ethics, 117, 615-634.
- Çakınberk, A., Demirel, E.T. (2010), Örgütsel Bağlılığın Belirleyicisi Olarak Liderlik: Sağlık Çalışanları Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24, 104-119.
- Demirtaş, Ö. (2014), İşyerlerinde Olumsuz Durumları İfşa Etmenin Etik İklim Üzerindeki Etkisi: Yıldırma Algısının Moderatör Rolü. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 43 (1), 136-156.
- Deniz, N. (2016), Meslek Lisesi Öğretmenlerinin Örgüt Sağlığı İle İlgili Algıları Üzerine Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Zirve Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Emhan, A. (2005), Organizasyon Sağlığı ve İş Örgütlerinde Bir Uygulama.(Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Ertaş, G., Töre, E. (2016), Örgütiçi İletişim Beceri Düzeylerinin Örgüt Sağlığı Üzerindeki Etkisi. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 14(3): 85-100.

- Gül, İ. (2018), Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Değişime Açıklığın Örgüt Sağlığı Üzerindeki Etkisi: Afyonkarahisar İl Merkezi Hastanelerinde Bir Araştırma. (Doktora Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Güvercin, D. (2016), Ortaöğretim Kurumlarında Görülen Bilgi Uçurma Süreci ve Bilgi Uçurma Nedenlerine İlişkin Öğretmen ve Yönetici Görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi). Uşak Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uşak.
- Karacan, K. (2017), İlkokul ve Ortaokul Öğretmenlerinin Algılarına Göre Örgütsel Sağlık İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karakuş, H. (2008), İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Örgüt Sağlığına İlişkin Görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Kısa, N. (2011), İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Duygusal Zeka Becerilerini Kullanma Düzeyleri İle İlköğretim Okullarının Örgüt Sağlığı Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Koçel, T. (2013), İşletme Yöneticiliği (13. Baskı), İstanbul: Beta.
- Köseoğlu, M., Karayormuk, K. (2009), Örgüt Sağlığı Nedir: Yöneticiler Arasında Görüş Farklılığı Var Mıdır? Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23(2),175-193.
- Lee, J.C., Chen, C.L. and Xie, S.H., (2014), The Influence of School Organizational Health and Occupational Burnout on Self-Perceived Health Status of Primary School TGeachers.Procedia - Social and Behavioral Sciences, 116 (2014), 985-989.
- Nalcı Arıbaş, N. (2017), Kamu Yönetiminde Yasa/Etik Dışı Davranışların Önlenmesinde "İfşa" Mekanizması: Bir Model Önerisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Oran, F.Ç. (2018), Liderlik Tarzlarının Örgütsel Güven ve Etik Dışı Davranışların İfşasına (Whistleblowing) Etkisi: Uygulamalı Bir Çalışma. (Doktora Tezi). Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü,Edirne.
- Polatçı, S., Ardıç, K., Kaya, A. (2008), Akademik Kurumlarda Örgüt Sağlığı ve Örgüt Sağlığını Etkileyen Değişkenlerin Analizi. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,15(2), 145-161.
- Saygan, S. (2011), Whistleblowing ve Örgütsel Etik İklimi İlişkisi Üzerine Bir Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Soylu, İ. (2017), Örgütsel Güven İle Lider-Üye Etkileşiminin Örgütsel Sağlık Üzerindeki Etkisi: Özel Okullar Üzerine Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Taş, F. (2014), Örgütsel Adalet, Örgütsel Vatandaşlık ve Örgütsel Sağlık Kavramları Arasındaki İlişki; Bir Alan Araştırması. (Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- Toker Gökçe, A. (2014a), Öğretmenlerin Farklı Bilgi Uçurma Tercihlerinde Belirleyici Olan Değer Yönelimleri. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2 (4), 1-11.
- Toker Gökçe, A. (2014b). Okullarda Bilgi Uçurma: İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 22 (2014) 261-282.
- Toker Gökçe, A., Oğuz, E. (2015), Öğretmen Adaylarının Farklı Bilgi Uçurma (Whistleblowing) Tercihlerinde Belirleyici Olan Kültürel Değerler. Sakarya University Journal of Education, 5 (1), 55-69.
- Topgül, S. (2018), Demografik Özelliklerin Whistleblowing (Bilgi Uçurma) Davranışı Üzerindeki Etkisi ve Kamu Kurumları Üzerine Bir Araştırma. Verimlilik Dergisi, (4), 153-183. <http://dergipark.gov.tr/verimlilik/issue/39530/304890>
- Tutar, H. (2010), İşgören Yabancılaşması ve Örgütsel Sağlık İlişkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 65(01), 175-204
- Ünlü, M. (2011), Örgüt Sağlığı Algısının Çalışma Yaşamı Kalitesi Üzerine Etkisi: İzmir Gaziemir İlçesindeki Ortaöğretim Kurumları Uygulaması. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.



- Vural, T. (2013), Otel İşletmelerinde Dönüştürücü Liderlik Davranışlarının Örgüt Sağlığı Üzerine Etkisi: Afyonkarahisar İlinde Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Yarmacı, N. (2018), İşgörenlerin Örgütsel Dışlanma Algılarının Örgütsel Sessizlik ve Olumsuz Durumları Bildirme Eğilimleri Üzerine Etkisi: Otel İşletmeleri Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Aydın.
- Yener, S. (2018), İşgören Sesliliğinin Tükenmişlik ve Bilgi Uçurma Arasındaki İlişkide Düzenleyici Rolü. Yönetim Bilimleri Dergisi, 16 (31), 217-236.
- Yılmaz, A.İ. (2014), Whistleblowing İle İşten Ayrılma Niyeti İlişkisinde Örgüt Kültürünün Rolü. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, N. (2015), Kadın Girişimciliğinde Yönetmelik Etik Değerler ve İfşa (Whistleblowing): Mersin İlinde Uygulamalı Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Yürür, S., Nart, S. (2016), Örgütsel Adalet Algısı Kamu Çalışanlarının İhbar Etme Niyetinin Belirleyicisi midir?. Amme İdaresi Dergisi, 49(3), 117-148.

## PERCEPTIONS OF SAFETY CLIMATE OF NURSES IN A PUBLIC HOSPITAL

Seda AYDIN\*

Arzu Kader HARMANCI SEREN\*\*

\* Bağcılar Training and Research Hospital, Istanbul

\*\* University of Health Sciences, Faculty of Nursing, Istanbul

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Due to the high occupational risks faced by hospital workers, it was aimed to determine the security climate perceptions of nurses working in a public hospital in this study.

**The Purpose of the Study:** It was aimed to evaluate the security climate perceptions of nurses working in a public hospital.

**Methods:** In this descriptive study, it was planned to include all nurses working in selected hospital to the study sample, but research was progressed with 251 nurses who accepted to fill the forms and filled them correctly. Data were collected via a questionnaire containing personal information form and safety climate scale from nurses by the researcher and then analyzed.

**Findings and Results:** There was a significant difference was observed in the comparison of the security climate perceptions of nurses according to sex variable. There was no statistically significant difference in the comparisons according to other factors such as age, income level, level of education, professional and institutional experience duration. In addition, it has been determined that the longer training period related to occupational health and safety made a positive change among the security climate perception of nurses. It has been determined that occupational health and safety applications are not adequate in that public hospital. Duration of the occupational health and safety training programs must be revised, and longer programs must be designed.

**Key Words:** Nursing, Safety Climate, Occupational Health and Safety, Public Hospital

### GİRİŞ VE AMAÇ

Sanayi devrimi ile artan teknolojik gelişmeler ve makineleşme, bir yandan üretimde kitlesel artışı, diğer yandan Çalışma ortamlarında olumsuz koşulları beraberinde getirmiştir. Her ne kadar sanayileşme ile birlikte kitlelerin üretim sürecine dahil olması ve tüketim maddelerine ulaşması kolaylaşmışsa da, beraberinde getirdiği olumsuz koşullar Çalışanların Sağlıklarını tehdit etmektedir. Sanayi devriminin başlarında herhangi bir üretim faktörü olarak görülen Çalışanların Sağlıkları çok fazla önemsenmemiştir. Ancak Çalışma koşullarının ağırlaşmasının zamanla Çalışanların üretkenliğini ve verimliliğini etkilemesi nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları önem kazanmaya başlamıştır. Bu nedenle iş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları önemsenmeye ve artık günümüzde yasalarla Çalışanlar güvence altına alınmaya başlanmıştır (Ören ve Er 2016).

Her sektörde Çalışanlar için çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Ancak Sağlık sektöründe ve bu sektörün en önemli bileşenlerinden biri olan hastanelerde Çalışanlar için bu riskler daha fazladır. Araştırmalara göre başta hemşireler olmak üzere hastane sektöründe Çalışan tüm Sağlık Çalışanlarının son 20 yılda iş kazaları ile karşılaşma ve işe bağlı Sağlık sorunları yaşama sıklıklarında zamanla artış görülmektedir (Nahcıvan 1997, Sadullah 2010, Mollaoğlu ve ark. 2010).

Türkiye’de de uluslararası alanda yaşanan dönüşümlere paralel olarak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çeşitli uygulamalar hayata geçirilmekte ve yasalar çıkarılmaktadır. Ancak bu uygulamaların ve yasaların yürütülmesi aşamasında çeşitli sıkıntılarla karşılaşılmaktadır. Yasalara göre işyeri sahibi, Çalışanlarının sağlığını korumakla ve güvenliklerini sağlamakla yükümlüdür. Bunu gerçekleştirebilmek için Çalışanlara gerekli koruyucu araçların ve ekipmanların temin edilmesi, ekipmanların kullanılması için Çalışanların teşvik edilmesi, Çalışanların ilgili başlıklarda eğitilmesi, radyasyon vb. kimyasal maddelerle Çalışanlar için periyodik Sağlık taramalarının yapılması ve risklerin önceden belirlenmesi gerekmektedir. Çalışanların var olan uygulamalardan ne ölçüde yararlandığını belirlemek de bir diğer önemli unsurdur. Bu nedenle Çalışanlar kendilerini ve Çalışma arkadaşlarını riske sokmadan güvenlik uygulamalarına uyarak Çalışmakla yükümlüdür (Avcı 2014).

Güvenlik iklimi algısı Çalışanların yöneticilerine, Çalışma arkadaşlarına ve prosedürelere karşı oluşturdukları toplam algıdır. Bu algının olumlu veya olumsuz olması Çalışanların davranışlarını

etkilemektedir. Yapılan Araştırmalarda güvenli ortamlarda Çalıştıklarını algılayan Çalışanlarda iş kazası deneyimleme ve işe bağlı Sağlık sorunları yaşama sıklığında azalma görülmüştür (Türen ve ark. 2014).

Bu Araştırmada İstanbul'daki bir kamu hastanesinde Çalışan hemşirelerin güvenlik iklimi algılarını belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile birlikte güvenlik iklimi algısına dair genel bir çerçeve sunulmaya çalışılmış, ardından hemşirelerin güvenlik iklimi algılarının belirlenmesi için bir kamu hastanesinde Çalışan 251 hemşire ile yapılan Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara ve bulguların literatürle tartışılmasına yer verilmiştir.

## MATERYAL VE METOD

Tanımlayıcı olarak planlanan Araştırmada İstanbul'da bir kamu hastanesinde Çalışmakta olan hemşirelerin güvenlik iklimi algılarını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma Haziran-Eylül 2017 tarihleri arasında, İstanbul Avrupa yakasında yer alan bir kamu hastanesinde Çalışan ve Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşireler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kurumda toplam 420 hemşire Çalışmaktadır. Yapılan power analizi sonucunda minimum örneklem hacmi 201 olarak belirlenmiş ve Çalışma Araştırmaya katılmayı kabul eden 251 kişi üzerinde yürütülmüştür.

Veriler, Araştırmacı tarafından oluşturulan "Kişisel Bilgi Formu"nu ve Choudry ve ark. (2009) tarafından geliştirilmiş olup Türten ve ark. (2014) tarafından kısaltılarak Türkçe'ye uyarlanan "Güvenlik İklimi Ölçeği"ni içeren bir anket formu ile toplanmıştır. Araştırmacı, ilgili hastanede tüm klinikleri dolaşarak anketleri hemşirelere iletmış ve yaklaşık iki hafta sonra giderek doldurulan formları toplamıştır.

Kişisel bilgi formunda katılımcıların yaşlarını, cinsiyetlerini, medeni durumlarını, çocuk sayılarını, eğitim düzeylerini, meslekte ve kurumda Çalışma sürelerini, Çalışma statülerini, çalıştıkları birimi, aylık gelir düzeylerini, Çalışan güvenliği eğitimi alma durumlarını, aldıkları eğitimin kapsamını ve süresini belirlemeye yönelik 14 soruya yer verilmiştir.

Literatürde hemşirelerde güvenlik iklimi algısını belirlemeye özgü bir ölçme aracına ulaşamadığından, Choudry ve ark. (2009) tarafından inşaat sektörü Çalışanlarında geliştirilmiş olan ve Türten ve ark. (2014) tarafından Sağlık Çalışanları ve elektronik sektörü Çalışanlarını kapsayan iki farklı örnekleme Türkçeye uyarlanmış olan "Güvenlik İklimi Ölçeği" (GİÖ) kullanılmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşan *yönetimin bakış açısı ve kurallar* (YÖBAK) ile dört maddeden oluşan *iş arkadaşları ve güvenlik eğitimleri* (İAGE) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Katılımcılar ölçekte yer alan ifadelere kesinlikle katılıyorum (beş puan) ile kesinlikle katılmıyorum (bir puan) arasında bir seçeneği işaretleyerek puan vermektedir. Ölçek toplam puanı madde toplam puan ortalamasına göre hesaplanmakta ve ortalama beşe yaklaştıkça güvenlik iklimi iyileşmekte, bire yaklaştıkça kötüleşmektedir.

Orijinal Çalışmada alt boyutların iç tutarlık katsayıları verilmemiştir. Uyarlama Çalışmasında ise ilk alt boyutun iç tutarlık katsayısı 0,93, ikinci alt boyutun iç tutarlık katsayısı ise 0,85 olarak bulunmuştur. Ölçek toplamında da iç tutarlık katsayısı yine 0,93 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise alt boyutlarda ve ölçek toplamında iç tutarlık katsayısı sırasıyla, 0,91, 0,77 ve 0,91 olarak hesaplanmıştır.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak analiz edilmiştir. Veriler analiz edilirken katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin (kişisel ve mesleki özellikleri ile Çalışan güvenliği öyküleri) belirlenmesi ile ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirilmesi için tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, en düşük ve en yüksek değerler, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçeklerden almış oldukları puan ortalamalarının Karşılaştırılmasında parametrik (bağımsız gruplarda t-testi ve Tek yönlü varyans analizi) ya da parametrik olmayan (Mann Whitney U analizi ve Kruskal Wallis Analizi) Karşılaştırma analizleri ve ileri analizler (Tukey HSD ve Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) kullanılmıştır.

Ölçek ve alt boyutlarından elde edilen ölçümlerin güvenilirliğinin sınanması için iç tutarlık katsayısı (Cronbach's Alfa) hesaplanmıştır.

Analizler için %95 güven düzeyinde anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Bu bölümde Araştırmanın bulguları aşağıdaki sıra ile sunulmaktadır:

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımları ile Çalışan güvenliği öyküleri,
- Veri toplama aracından elde edilen ölçümler ve iç tutarlıkları

- Hemşirelerin almış oldukları puan ortalamalarının kişisel, mesleki özelliklerine ve Çalışan güvenliği öykülerine göre Karşılaştırılması.

### 1. **Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımları ile Çalışan güvenliği öyküleri**

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özelliklerinin dağılımları Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1: Hemşirelerin kişisel özellikleri (N=251)

Değişken	Alt Grup	n	%
Yaş Grubu (ED=19; EY=50; Ort=28,92±6,44)	25 yaş ve altı	100	39,8
	26-30 yaş	70	27,9
	31 yaş ve üzeri	81	32,3
Cinsiyet	Kadın	205	81,7
	Erkek	46	18,3
Medeni Durum	Bekar	133	53,0
	Evli	118	47,0
Çocuk Sayısı (bekarlar da dahil)	Çocuğu yok	158	62,9
	1 çocuk var	58	23,1
	2 veya daha fazla	35	13,9
Çocuk Sayısı (bekar çocuksuzlar hariç-3 bekar çocuklu var) (n=121)	Çocuğu yok	28	23,1
	1 çocuk var	58	47,9
	2 veya daha fazla	35	28,9
Eve Giren Toplam Gelir (ED=2; EY=15; Ort=5.060,56±2.002,68)	≤3.500 TL	65	25,9
	3.501-5.000 TL	102	40,6
	≥ 5.001 TL	84	33,5

\*X 1.000 TL

ED= En düşük değer, EY=En yüksek değer, Ort=Ortalama.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları 19 ile 50 arasında değişmektedir ve çoğu 25 yaş ve altında (%39,8), kadın (%81,7) ve bekar (%53,0). Araştırmaya katılanların çoğunun çocuğu olmamakla (%62,9) birlikte, 58’i tek çocuk, 35’i ise iki ve daha fazla çocuk sahibidir. Eve giren aylık toplam gelir 3.501-5.000 TL arasındadır (%40,6) (Tablo 1).

Tablo 2’de Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki özellikleri yer almaktadır.

Tablo 2: Hemşirelerin mesleki özellikleri (N=251)

Değişken	Alt Grup	n	%
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	38	15,1
	Önlisans	36	14,3
	Lisans	153	61,0
	Lisansüstü	24	9,6
Mesleki Deneyim (ay) (ED=1; EY=404; Ort=85,29,56±80,60)	≤ 36 ay	96	38,2
	37-60 ay arası	33	13,1
	≥ 61 ay ve üzeri	122	48,6
Kurumdaki Deneyim (ay) (ED=1; EY=404; Ort=54,13±51,56)	≤ 36 ay	124	49,4
	37-60 ay arası	32	12,7
	≥ 61 ay ve üzeri	95	37,8
Pozisyon	Birim hemşiresi	217	86,5
	Yönetici hemşire	18	7,2
	Diğer	16	6,4
Birim	Cerrahi birimler	125	49,8
	Dahili birimler	70	27,9
	Diğer birimler	56	22,3
Birimdeki Deneyim (ED=1; EY=368; Ort=53,30±56,56)	≤ 36 ay	136	54,2
	37-60 ay arası	41	16,3
	≥ 61 ay ve üzeri	74	29,5

ED= En düşük değer, EY=En yüksek değer, Ort=Ortalama.

Tablo 2’deki bulgulara göre hemşirelerin çoğu lisans mezunudur (%61,0) ve mesleki deneyimleri 5 yıldan fazladır (%48,6). Kurumdaki deneyimleri ise 3 yıl ve altındadır (%49,4). Çoğunluğu servis hemşiresi olarak (%86,5), cerrahi birimlerde (%49,8) çalışmaktadır ve birimdeki deneyimleri de 3 yıl ve altındadır (%54,2).

Hemşirelerin Çalışan güvenliği eğitimi alma durumları ve eğitim almış olanların aldıkları eğitimlerin türü ve süresine yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3’te verilmektedir.

Tablo 3: Çalışan güvenliği eğitimi alma durumu (N=251)

Değişken	Alt grup	n	%
Çalışan güvenliği konusunda eğitim aldınız mı?	<b>Evet</b>	<b>226</b>	<b>90,0</b>
	Hayır	25	10,0
Alınan eğitimin türü*	Mesleki temel eğitim	67	26,7
	<b>Kurumda hizmet içi eğitim</b>	<b>185</b>	<b>73,7</b>
Eğitimin süresi (ED=0,5; EY=170,5; Ort=16,57±28,30)	≤ 5 saat	<b>105</b>	<b>46,5</b>
	6-10 saat arası	49	21,7
	≥ 11 saat	72	31,9

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

ED= En düşük değer, EY=En yüksek değer, Ort=Ortalama.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu Çalışan güvenliği eğitimi almıştır (%90,0). Eğitimler çoğunlukla kurumda verilen hizmet içi eğitim olup (%73,7), eğitim süreleri ise 5 saat ve altındadır (%46,5) (Tablo 3).

## 2. Veri toplama aracından elde edilen ölçümler ve iç tutarlıkları

Tablo 4'te katılımcılardan elde edilen ölçümler ve iç tutarlık katsayıları yer almaktadır.

Tablo 4: Katılımcılardan elde edilen ölçümler ve iç tutarlıkları (N=251)

	Maddeler	ED-EY	Ort±SS
YÖBAK	1-10	1-4,90	2,95±,73
İAGE	11-14	1-5,00	3,42±,80
GİÖ-Toplam	1-14	1-4,93	3,08±,68

ED= En düşük değer, EY=En yüksek değer, Ort=Ortalama; SS= Standart sapma.

Hemşireler YÖBAK alt boyutundan ortalama 2,95±,73 almış olup ölçümlerin iç tutarlık katsayısı  $\alpha=,905$ 'dir. İAGE alt boyutunda ise katılımcıların puan ortalaması 3,42±,80 olup iç tutarlık katsayısı  $\alpha=,770$ 'dir. GİÖ toplamında alınan puan ortalaması ise 3,08±,68'dir ve ölçümlerin iç tutarlığı  $\alpha=,909$  olarak hesaplandı (Tablo 4).

## 3. Hemşirelerin almış oldukları puan ortalamalarının kişisel, mesleki ve Çalışan güvenliği öykülerine göre Karşılaştırılması

Bu bölümde hemşirelerin GİÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puanların sırasıyla kişisel özellikleri, mesleki özellikleri ve Çalışan güvenliği öykülerine göre Karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

Tablo 5: GİÖ ve alt boyut puan ortalamalarının kişisel değişkenlere göre Karşılaştırılması (N=251)

Değişken	Alt Grup	n	YÖBAK		İAGE		GİÖ-TOP	
			Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	100	3,04	,66	3,44	,76	3,15	,62
	26-30 yaş	70	2,81	,76	3,38	,85	2,97	,72
	31 yaş ve üzeri	81	2,96	,77	3,43	,80	3,09	,71
Test ve anlamlılık			F=1,977 p=,141		F=,136 p=,873		F=1,432 p=,241	
Cinsiyet	Kadın	205	2,90	,73	3,81	,81	3,05	,68
	Erkek	46	3,14	,70	3,47	,76	3,24	,66
	Test ve anlamlılık		z=1,981 p=,048*		z=,318 p=,751		z=1,697 p=,090	
Medeni Durum	Bekar	133	2,90	,72	3,34	,80	3,03	,68
	Evli	118	3,00	,73	3,51	,79	3,14	,68
	Test ve anlamlılık		t=1,063 p=,289		t=1,637 p=,103		t=1,362p=,174	
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	158	2,92	,73	3,34	,83	3,04	,69
	1 çocuk var	58	3,08	,69	3,61	,77	3,23	,65
	2 veya daha fazla	35	2,88	,77	3,44	,66	3,04	,65
	Test ve anlamlılık		F=1,300 p=,274		F=2,355 p=,97		F=1,821p=,164	
Çocuk Sayısı (n=121)	Çocuğu yok	28	2,98	,78	3,38	,93	3,10	,76
	1 çocuk var	58	3,08	,69	3,61	,77	3,23	,65
	2 veya daha fazla	35	2,88	,77	3,44	,66	3,04	,65
	Test ve anlamlılık		KW=,952p=,621		KW=2,680p=,262		KW=2,152p=,341	
Eve Giren Toplam Gelir	≤3.500 TL	65	2,92	,71	3,37	,68	3,05	,62
	3.501-5.000 TL	102	2,93	,71	3,39	,86	3,06	,69
	≥ 5.001 TL	84	2,99	,77	3,49	,80	3,13	,72
Test ve anlamlılık			F=,201 p=,818		F=,481 p=,619		F=,330 p=,719	

\*p<,05

F= Tek yönlü varyans analizi sonucu, z= Mann Whitney U analizi sonucu, t=Bağımsız gruplarda t-testi sonucu, KW= Kruskal Wallis analizi sonucu.

Tablo 5 incelendiğinde hemşirelerin yaş grupları, medeni durumları, çocuk sayıları ve toplam gelirlerinin GİÖ toplamı ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı bulundu (p>,05). Buna karşın cinsiyet değişkeninin sadece YÖBAK alt boyutundan elde edilen puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı (p<,05) fark oluşturduğu ve erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 6'da ise hemşirelerin mesleki özelliklerine göre GİÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının Karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmektedir. Tablodaki bulgulara göre hemşirelerin eğitim düzeyleri, mesleki deneyimleri, kurumdaki deneyimleri ve birimdeki deneyimlerinin GİÖ ve alt boyutlarından elde edilen ölçümler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı

saptandı ( $p>0,05$ ). Diğer yandan hemşirelerin pozisyonlarına göre YÖBAK alt boyutu ve ölçek toplamında çok ileri derecede anlamlı ( $p<,001$ ), İAGE alt boyutunda ise ileri derecede anlamlı ( $p<,01$ ) farklar olduğu bulundu. Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi sonucunda gruplar arasındaki bu farkların yönetici hemşirelerin, hemşire pozisyonunda Çalışanlardan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı bulundu. Ayrıca hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre ise İAGE alt boyutunda anlamlı ( $p<,05$ ), YÖBAK alt boyutu ve ölçek toplamında ise ileri derecede anlamlı ( $p<,01$ ) fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analiz sonucunda (Tukey HSD) gruplar arası farkların YÖBAK alt boyutunda ve GİÖ ölçek toplamında cerrahi ve diğer birimlerde Çalışan hemşirelerin dahili birimlerde Çalışan hemşirelerden, İAGE alt boyutunda ise cerrahi birimlerde Çalışan hemşirelerin dahili birimlerde Çalışanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlendi.



Tablo 6: GİÖ ve alt boyut puan ortalamalarının mesleki değişkenlere göre Karşılaştırılması (N=251)

Değişken	Alt Grup	n	YÖBAK		İAGE		GİÖ-TOP	
			Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Eğitim Düzeyi	Lise ve önlisans	74	3,05	,74	3,44	,77	3,16	,70
	Lisans ve üstü	177	2,90	,72	3,41	,81	3,05	,67
Test ve anlamlılık			t=1,456 p=,147		t=,299 p=,766		t=1,213 p=,226	
Eğitim Düzeyi	Lise	38	3,12	,74	3,30	,79	3,17	,71
	Önlisans	36	2,98	,75	3,59	,73	3,15	,70
	Lisans	153	2,90	,71	3,39	,80	3,04	,66
	Lisansüstü	24	2,94	,82	3,52	8,56	3,10	,75
Test ve anlamlılık			KW=2,271p=,518		KW=2,752p=,431		KW=1,253p=,740	
Mesleki Deneyim	≤ 36 ay	96	3,04	,62	3,45	,75	3,16	,58
	37-60 ay arası	33	3,00	,83	3,46	,84	3,13	,77
	≥ 61 ay ve üzeri	122	2,86	,77	3,39	,83	3,01	,72
Test ve anlamlılık			F=1,834 p=,162		F=,220 p=,803		F=1,409 p=,246	
Kurumdaki Deneyim	≤ 36 ay	124	3,04	,64	3,45	,74	3,15	,59
	37-60 ay arası	32	2,94	,83	3,40	,86	3,07	,78
	≥ 61 ay ve üzeri	95	2,84	,79	3,39	,85	2,99	,74
Test ve anlamlılık			F=2,043 p=,132		F=,155 p=,857		F=1,489 p=,228	
Pozisyon	Birim hemşiresi <sup>a</sup>	217	2,87	,70	3,35	,78	3,01	,65
	Yönetici hemşire <sup>b</sup>	18	3,64	,67	4,07	,71	3,76	,62
	Diğer <sup>c</sup>	16	3,24	,64	3,61	,70	3,34	,61
Test ve anlamlılık			KW=18,233 p<,001***b>a		KW=14,665 p=,001** b>a		KW=19,381 p<,001***b>a	
Birim	Cerrahi <sup>a</sup>	125	3,00	,73	3,52	,76	3,15	,66
	Dahili <sup>b</sup>	70	2,72	,74	3,19	,83	2,85	,70
	Diğer <sup>c</sup>	56	3,11	,65	3,49	,79	3,22	,63
Test ve anlamlılık			F=5,394 p=,005** a,c>b		F=4,326 p=,014*a>b		F=5,960 p=,003**a,c>b	
Birimdeki Deneyim	≤ 36 ay	136	3,00	,67	3,40	,82	3,11	,64
	37-60 ay arası	41	3,01	,89	3,39	,95	3,12	,86
	≥ 61 ay ve üzeri	74	2,82	,73	3,46	,66	3,00	,63
Test ve anlamlılık			F=1,637 p=,197		F=,134 p=,875		F=,727p=,484	

\*p<,05; \*\*p>,01; \*\*\*p>,001

t=Bağımsız gruplarda t-testi sonucu, KW= Kruskal Wallis analizi sonucu, F= Tek yönlü varyans analizi sonucu.

Tablo 7’de GİÖ ve alt boyutlarının hemşirelerin kişisel değişkenlerine göre Karşılaştırılmasından elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 7: GİÖ ve alt boyut puan ortalamalarının Çalışan güvenliği öykülerine göre Karşılaştırılması (N=251)

Değişken	Alt Grup	n	YÖBAK		İAGE		GİÖ-TOP	
			Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Çalışan Güvenliği Eğitimi	Almış	226	2,93	,75	3,44	,81	3,08	,70
	Almamış	25	3,04	,48	3,22	,63	3,09	,45
	Test ve anlamlılık		z=730 p=,466		z=-1,155 p=,121		z=-,038p=,970	
Mesleki Temel Eğitimde	Almış	67	2,98	,78	3,46	,94	3,12	,76
	Almamış	184	2,94	,71	3,40	,74	3,07	,65
	Test ve anlamlılık		t=,405 p=,685		t=,465 p=,643		t=,484 p=,629	
Kurumda Hizmetiçi Eğitimde	Almış	185	2,90	,76	3,43	,81	3,05	,71
	Almamış	66	3,08	,60	3,39	,77	3,17	,57
	Test ve anlamlılık		t=-1,745 p=,082		t=,346 p=,730		t=-1,215 p=,226	
Kongre, Konferans Toplantı, Kurs	Almış	37	3,16	,71	3,59	,82	3,28	,69
	Almamış	214	2,91	,73	3,39	,79	3,05	,67
	Test ve anlamlılık		t=1,924 p=,056		t=1,454 p=,147		t=1,961 p=,051	
Eğitimin Süresi	≤ 5 saat <sup>a</sup>	105	2,75	,77	3,26	,78	2,90	,70
	6-10 saat arası <sup>b</sup>	49	2,87	,61	3,40	,75	3,02	,57
	≥ 11 saat <sup>c</sup>	72	3,25	,72	3,72	,85	3,39	,68
	Test ve anlamlılık		F=10,354 p<,001** c>a,b		F=7,582 p=,001*c>a		F=11,538 p<,001**c>a,b	

\*p>,01; \*\*p>,001

t=Bağımsız gruplarda t-testi sonucu, F= Tek yönlü varyans analizi sonucu.

Tablo 7’de yer alan bulgular incelendiğinde hemşirelerin Çalışan güvenliği eğitimi alıp almamasının ya da aldıkları eğitimin türünün/kapsamının (mesleki temel eğitimde, kurumdaki hizmet içi eğitimlerde ya da kurum dışında kongre, konferans, toplantı ve kurslarda) elde edilen ölçümler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptandı (p>,05). Diğer yandan alınan eğitimin süresinin ise YÖBAK alt boyutunda ve GİÖ toplamında çok ileri derecede anlamlı (p<,001), İAGE alt boyutunda ise ileri derecede anlamlı (p<,01) fark oluşturduğu bulundu. Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) gruplar arasındaki farkların YÖBAK alt boyutu ve GİÖ toplamında 11 saat ve üzerinde eğitim alanlar hem 5 saat ve altında hem de 6-10 saat arasında eğitim alanlardan yüksek puan almasından, İAGE alt boyutunda ise sadece 11 saat ve üzerinde eğitim alanların 5 saat ve altında eğitim alanlardan yüksek puan almasından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 7).

## SONUÇ

İnsanların hayatlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri Çalışma ortamı Çalışanların Sağlıklarını, Çalışma şartlarını ve verimliliklerini etkilemektedir. İş ortamında bedensel ve ruhsal Sağlıklarının korunması amacıyla, insan kaynakları yönetimi kapsamında iş güvenliği ve Çalışan sağlığı ile ilgili Çalışmalara yer verilmektedir. Koruma işlevi ile amaçlanan; güvenli bir çalışma ortamı yaratabilmek için gerekli insan davranışını sağlamak, iş kazaları ve meslek hastalıklarını yaratan nedenleri saptayarak ortadan kaldırmak, bunların neden olduğu kayıp iş günlerini azaltarak verimliliği yükseltmektir. Risk faktörleri her meslek için söz konusudur. Ancak bazı meslekler için bu riskler daha fazladır. Çalışanın sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan Çalışma ortamlarından biri de Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerdir. Çalışma ortamlarının başta hemşireler olmak üzere Sağlık Çalışanları için çeşitli riskler barındırdığı Çalışmalarda belirtilmektedir.

Teknolojinin gelişmesinden itibaren gerek dünya’da gerek Türkiye’de görülen iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda meydana gelen sakatlıklar ve ölümlerin artması, hem Çalışanlar ve aileleri için hem de toplum Açısından ekonomik ve sosyal sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle dünya çapında iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının belirlenmesi ve Çalışma ortamlarında etkin uygulanabilmesi için kurullar kurulmuştur. Bu kurullar hem işveren hem de Çalışan için uyulması gerekli iş sağlığı ve güvenliği uygulama kurallarını belirlemiştir.

Yapılan çalışmada bir kamu hastanesinde Çalışan hemşirelerin güvenlik iklimi algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Kamu hastanesinde Çalışan hemşirelere Araştırmacı tarafından oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ile Türen ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen “Güvenlik İklimi Ölçeği” anketi doldurulmuştur. Anket sonuçları değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- 1) Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği tutumları inceleğinde özellikle yönetimin bakış açısı ve kurallar alt boyutundan düşük (ortanın altında), iş arkadaşları ve güvenlik eğitimi alt boyutundan ise (ortalamanın üzerinde) yüksek puan aldıkları görülmektedir. Ölçek genelinde ise orta düzeyde bir puan aldıkları saptanmıştır.
- 2) Demografik özellikler incelendiğinde güvenlik iklimi algısının yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı ve eve giren toplam gelir gibi değişkenlerinden etkilenmezken cinsiyet değişkeni ile güvenlik iklimi arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Erkeklerin kadınlara göre güvenlik iklimi algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- 3) Çalışmada elde edilen dahili birimler ve özellikli birimlerde yapılan analizler sonucunda kurumda Çalışan hemşireler de güvenlik iklimi algısının düşük olduğu belirlenmiştir.
- 4) Güvenlik iklimi algısının mesleki özelliklere göre değişmediği görülürken, yönetici hemşirelerin diğer hemşirelerden güvenlik iklimi algılarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- 5) Güvenlik iklimi algısı eğitim türünden etkilenmemektedir. Ancak eğitim süresi arttıkça güvenlik iklimi Algısının arttığı belirlenmiştir. 11 saat üzeri eğitim alanların daha yüksek güvenlik iklimi algısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular ve değerlendirmeler ışığında Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının artırılması, etkin bir şekilde çalışma ortamlarında uygulanabilmesi gerekmektedir. Yasal mevzuatlarda eksiklik bulunmaması ile birlikte bu uygulamaların etkin kullanımının sağlanması gerekmektedir. Hem işverenin hem Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki eğitimlerinin saatlerinin artırılması ve bu eğitimlerin uygulama alanlarında etkin Kullanımının sağlanması gerekmektedir.

Bu Çalışmada sadece bir kamu hastanesinde Çalışan hemşireler üzerinde yapılmış olup, Araştırmaya katılan katılımcılar ile sınırlıdır. Bu Çalışmanın ileride daha fazla sayıdaki örneklemlerle Çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

## KAYNAKLAR

- Avcı, C. (2014). İş Görenlerin İş Sağlığı ve Güvenliği Davranışlarının Güvenlik İklimi ve Planlı Davranış Kuramı Kapsamında İncelenmesi: Konaklama İşletmelerinin Yiyecek-İçecek Departmanlarında Bir Uygulama, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Choudry, R.M., Fang, D. ve Lingard, H. (2009). Measuring Safety Climate of A Construction Company, *Journal of Construction Engineering and Management*, 135 (9), 890-899.
- Mollaoğlu M., Fertelli T.K. ve Tuncay F.Ö. (2010). Hastanede Çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (15), 17-30.
- Nahcıvan, N. (1997). Bir işyeri Ortamının Sağlık Riskleri Yönünden incelenmesi, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Merkezi*, İzmir, 10-13.
- Ören, K. Ve Er, M. (2016). Güvenlik İkliminin Güvenlik Performansına Etkisi, *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 13 (5), 48-66.
- Sadullah, Ö. (2010). İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi: İş Güvenliği ve İşgören Sağlığı, *Beta Basım Yayım Dağıtım*, İstanbul, 5.
- Türen, U. Gökmen. Y. Tokmak, İ. ve Bekmezci, M. (2014). Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19 (4), 171-190.

T

## ÖRGÜTSEL GÜVENİN YAŞAM DOYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

### THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL TRUST ON LIFE SATISFACTION

Ali ARSLANOĞLU<sup>1</sup>  
Nilay GEMLİK<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**Introduction:** Organizational trust is an individual's confidence in the organization based on the reputation and experience of the individual in the framework of organizational relations. Organizational trust leads all employees of an organization, from the top to the bottom, towards job satisfaction, job contentment and organizational citizenship.

**Objective:** The objective of this study is to determine the relationship between organizational trust and life satisfaction, as well as its effect thereon.

**Method:** A questionnaire method was designed for the study. The questionnaire that had already been confirmed for validity and reliability was used which consisted of the scales and socio-demographic characteristics translated into Turkish. The study population was made up of 125 nurses serving in a private hospital. Full count method was used in the study without sampling. 114 subjects who agreed to join the study was included therein.

**Results:** The Total Cronbach's Alpha value of the research scale was found to be ,950. Of the participants of the research, 38% were under 25 years of age, 73.7% were women, 71.1% were single and 68% were bachelor and associate degree graduates. It was observed that 78.9% of the participants did not have children, 73.7% had a period of 0-10 years in service and 76.3% had a service period of 0-4 years in this hospital. A significant, positive and weak relationship was found between organizational trust and life satisfaction ( $r = 0.292$ ,  $P < 0.001$ ). According to the results of regression analysis, organizational trust represents 8% of life satisfaction. Based on the review of the standardized beta coefficient and t values, it can be said that organizational trust which is an independent variable has a significant effect on the life satisfaction which is a dependent variable ( $t = 3.899$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that there is a significant relationship between organizational trust and life satisfaction. It can be concluded that organizational trust has a significant effect on life satisfaction. Life satisfaction increases as organizational confidence increases.

#### GİRİŞ

Örgütsel güven, bireylerin itibar ve deneyimi temelinde örgütsel ilişkiler çerçevesinde örgüte duyduğu anlayıştır. Örgütsel güven, örgütün en üstten en alta tüm çalışanlarını iş tatminine, iş doyumuna ve örgütsel vatandaşlık davranışına yaklaştırmaktadır.

Bu Çalışmanın amacı örgüte duyulan örgütsel güvenin yaşam doyumunu arasındaki ilişkiyi ve etkisini belirlemektir.

Çalışma için anket yöntemi dizayn edilmiştir. Daha önce geçerliği ve güvenilirliği yapıp Türkçeye çevrilen ölçekler ve sosyo-demografik özelliklerden oluşan anket kullanılmıştır. Araştırma evrenini özel bir hastanede çalışan 125 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeden tam sayım metodu uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 114 kişi Araştırmaya dahil edilmiştir.

#### Örgütsel Güven

Örgüt, belirli bir yönetim sistemi içerisinde, bir grup insanın belli başlı amaçlarını gerçekleştirmek için bir araya gelerek hareket etmesidir. Bir başka tanıma göre örgüt, bireylerin ortak hedeflerini belli başlı bazı kural ve kaideler doğrultusunda ve iş bölümüyle kendi eksikliklerini tamamlayacak bir şekilde oluşturdukları anlaşma olarak tanımlanmaktadır (Timuroğlu & Alioğulları, 2019: 244-245).

Güven, bir kişinin başka birinin ifadelerinden, davranış tarzından ve aldığı kararlardan emin olması ve buna göre kendi davranışlarını sergilemesidir (Akşit Aşık, 2017:207). Örgütsel güven ise bireylerin itibar

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri University/Health Care Management/Turkey/aliarslanoglu18@gmail.com

<sup>2</sup>Marmara University/Health Care Management/Turkey/ngemlik@gmail.com

ve deneyimi temelinde örgütsel ilişkiler çerçevesinde örgüte duyduğu anlayıştır. Örgütsel güven çift yönlüdür. İlk olarak bireyin, diğer Çalışanların ve yöneticinin görevlerindeki yeterlilik düzeylerine duydukları güven; daha sonra da karar vericiler ile diğerlerinin verdikleri sözler, adalet, dürüstlük, samimiyet ve iyi niyet gibi davranışlarına besledikleri güven olarak söylenebilir (İnan & Çelik, 2018: 27).

Örgüt Çalışanları gün içerisinde çok uzun saatlerini birlikte geçirirler ve pek çok paylaşımda bulunurlar. Bu paylaşımlar işle ilgili ya da tamamen özel olabilir. Ve insanlar bu paylaşımlara saygı duyulmasını ve ifşa edilmemesini ister. İş arkadaşlarından bu konuda beklentileri vardır. İşte bu beklenti aslında güven duygusu ile ilişkilidir. Güven duygunun olduğu bir iş ortamında kişiler kendilerini o örgüte ait hisseder, diğer örgüt üyeleriyle özdeşleşir ve bir bağlılık söz konusu olur (Batmantaş & Örcü, 2018: 201).

Çalışanların yöneticilerine duydukları güven doğrudan Çalışanlar üzerinde etkilidir ve aralarında pozitif bir ilişki vardır. Alt kademedeki Çalışan personel açısından yöneticiye olan güven çok önemlidir. Çünkü yönetici, örgütlerini hedeflerine ulaştırmak için üretim faktörlerini bir araya getiren, bunları harekete geçiren, Çalışanları amaç ve hedefler doğrultusunda yönlendiren ve işletmeyi temsil eden kişidir. Yöneticiye duyulan güven ile birlikte yönetimin adil olduğuna inanılması iş ile ilgili tatmin düzeylerinde de oldukça etkili bir faktördür (Akmaz & Erbaşı, 2017: 130).

Örgüte duyulan güven ise, kişilerin şahsi olmayan sosyal yapıların işleyişine ve doğruluğuna duydukları güveni içeren sisteme karşı duyulan güven olarak değerlendirilmektedir. Sisteme karşı duyulan güven ile anlatılmak istenen ise Çalışanların örgüte bir bütün olarak güven duymalarını ifade etmektedir. Sisteme karşı duyulan güven kişiler arası güvene göre daha sağlam ve daha sürekli olmakla birlikte günlük faaliyetlerden hemen etkilenmemeye özelliğine sahiptir (Gürbüz & Dede, 2017: 108).

Örgütsel güvenin sağlanması büyük bir emek ve ciddi bir zaman gerektirmektedir. Bu sebeple örgütsel güven, örgütün tüm üyelerinin katılımıyla oluşturulabilen bir durumdur. Ayrıca güven kırılındır ve bir kez kırılınca onarılması çok zordur bazen de mümkün değildir. Güvenin varlığından çok yokluğu daha çok kendini hissettirir (Antalyalı ve ark.; Dumlupınar ve ark.; Özkul ve ark., 2017: 1681). Bu nedenle örgütsel güvenin sağlanmasında örgüte düşen ilk görev, Çalışanlarını kendilerine güvenen bireyler olarak eğitip enerjilerini doğru şekilde yönlendirerek başarıya odaklamaktır. Ayrıca örgüt, Çalışanların taleplerini iyi anlamalı, verilen sözleri gerçekleştirmelidir. Böylece Çalışanlarda, örgüte karşı bir güven oluşabilecektir. Aynı zamanda örgüt de Çalışanlarının performanslarının farkında olarak örgüte faydalı bireyler olmaları açısından onlara güven duyabilecektir.

## **Yaşam Doyumu**

“Mutlu” bir yaşam sürdürmek, şüphesiz pek çok insan için önde gelen yaşam amaçlarından birisidir. İnsanın nasıl mutlu olabileceği, mutluluğun ne anlama geldiği ve hangi faktörlerden etkilendiği gibi sorularla “anlaşılmaya” ve “elde edilmeye” Çalışılan mutluluğun, insanlar için güncelliğini kaybetmeyen önemli bir konu olduğu bilinmektedir. Mutluluk kavramı psikolojinin ve özellikle pozitif psikoloji alanının Çalışma konularından birisini oluşturmaktadır. Pozitif psikolojide mutluluğun terimsel karşılığı olarak genellikle “öznel iyi-oluş” kavramı kullanılmaktadır (Çivitçi, 2012: 322). Öznel iyi oluş; olumlu duygular, olumsuz duygular ve yaşam doyumu olmak üzere üç ayrı bileşenden oluşmaktadır. Olumlu ve olumsuz duygular, öznel iyi oluşun duyuşsal/duygusal boyutunu oluşturmaktadır. Yaşam doyumu ise öznel iyi oluş yapısının bilişsel/yargısal boyutunu oluşturmaktadır (Dağlı & Baysal, 2016: 1251).

Öznel iyi olmanın bileşenlerinden birisi olan yaşam doyumu, bireyin kendi yaşamına ilişkin bilişsel yargısına bağlı bir değerlendirmedir. Yaşam doyumuna ilişkin yargı, bir kimsenin içinde bulunduğu durumu, kendisi için koyduğu standartla kıyaslamasıdır. Başka bir ifadeyle yaşam doyumu bireylerin arzu ettikleri ile başardıkları arasındaki Karşılaştırma doğrultusunda ortaya çıkan genel bir değerlendirmedir. Bu değerlendirme sonucunda, arzu edilen ile başarılan arasındaki mesafe ne kadar az olursa, bireyler o ölçüde yaşamlarından doyum sağlayabilmektedir. Dolayısıyla, yaşam doyumu bireylerin kişisel değerlendirmeleri sonucunda ulaştıkları öznel bir yargıdır (Köksal, 2015: 95-96).

Pozitif psikolojinin önemli yapı taşlarından biri olan ve bilişsel ve yargısal bir süreci ifade eden yaşam doyumu, bir kişinin kendi hayatını kendisi tarafından seçilen ölçütlere göre değerlendirmesidir. Bu tanım insanların yaşam koşullarını inceleyebilecekleri, bu koşulların önemini tartabilecekleri ve kendi yaşamlarını memnun olmak ve memnun olmamak arasında değişen bir ölçekte değerlendirebilecekleri anlamına gelmektedir (Güllüoğlu Işık & Koçak, 2014: 282).

Yaşam doyumu üç bölümden oluşmaktadır. Birincisi, bireyin yaşamını dış ölçütlerle Karşılaştırarak iyi oluş hali olarak tanımlanır. İkincisi, kendi yaşamını yargılamasının oluşturduğu duygu halidir. Üçüncüsü ise günlük ilişkilerin oluşturduğu memnuniyet halidir. Bunlar gösteriyor ki, bireylerin yaşam doyumu birçok şeyden etkilenebilir. Bunlardan bazıları, günlük yaşamdan alınan mutluluk, yaşama yüklenen anlam, amaçlara ulaşma konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi, ekonomik güvenlik ve sosyal ilişkilerdir (Yılmaz & Altınok, 2009: 456).

### **Örgütsel Güven ve Yaşam Doyumu İlişkisi**

Güven, insan ilişkilerinde de örgütsel yaşamda da önemli bir yere sahiptir. Örgütsel güven, süreklilik ve başarı sağlayan önemli bir etkidir. Fakat örgütlerin amaçlarını gerçekleştirebilmeleri, varlıklarını sürdürebilmeleri, rekabet edebilmeleri, değişime ayak uydurabilmeleri için Çalışanlarının örgüte bağlılığı gerekmektedir. Verimin ve bağlılığın oluşmasındaki en önemli öge örgütsel güvendir. Çalışanların, örgüt içinde karar alma sürecine dahil edilmesi, yetki ve sorumluluk verilmesi, iletişim ortamının etkili kılınması, örgütlere karşı güven duygusunu geliştirmeye yardım eder (Çalışkan ve ark.; Köroğlu ve ark.; Taşkın ve ark., 2018: 219).

Bir sosyal sistem veya örgüt içerisinde Çalışanların birbirleriyle kurdukları ilişkilerin tutarlı olması sonucu oluşan örgütsel güven; örgütsel başarıyı gerçekleştirmede oldukça önemli bir unsur olmuştur. Güven düzeyi yüksek olan örgütlerin, güven düzeyi düşük olan örgütlere göre daha başarılı, uyumlu, yenilikçi ve dinamik örgütler olduğu gözlenmektedir. Örgütsel güven, örgütün en üstten en alta tüm Çalışanlarını iş tatminine, iş doyumuna ve örgütsel vatandaşlık davranışına yaklaştırmaktadır (Koca Ballı & Üstün, 2017: 22).

Yaşam doyumu bütün yaşamı kapsayan geniş bir kavramdır. Sadece belirli bir konuda değil, yaşamın tamamına yayılmış olan, her alandaki bir memnuniyet halini ifade etmektedir. Yaşam doyumu, iş hayatından Bağımsız biçimde ele alınması mümkün olmayan bir kavramdır. Bunun sebebi yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin en başında bireyin genel hayatında oldukça büyük bir yer kaplayan iş hayatının gelmesidir (Yıldız & Tekin, 2018: 66). Örgütler, küresel iş yaşamında rakipleri ile rekabet edebilmek ve bunu sürdürülebilir kılmak, tüketicilerin istek ve taleplerini zamanında ve kaliteli olarak karşılayabilmek, maliyetleri azaltmak ve kar oranını yükseltmek diğer bir deyişle hayatta kalabilmek için büyük bir mücadele vermekteler. Bu mücadelenin başarıya ulaşabilmesi için Çalışanlarının performansına, yetenek ve kabiliyetlerine, bilgilerine, yaratıcılıklarına ve girişimciliklerine ihtiyaç duymaktadırlar. Örgütlerin, Çalışanlarına ihtiyaç duydukları özellikleri kazandırması kolay bir iş değildir. Çalışanların, mutlu olmadıkları, stres ve belirsizlik yaşadıkları örgütlerde bu tür özellikleri ortaya koyması, işten doyum sağlaması ve bu doyumun yaşamlarına yansması oldukça güçtür (Kanbur, 2018: 126). Çalışanların örgütlerinde mutlu olmalarını sağlayan en önemli unsurlardan biri de örgüte karşı duydukları güvendir. Örgüt içinde kurulan her türlü etkileşim karşılıklı güven olgusuna dayanmaktadır ve Çalışanların buna ihtiyacı vardır. Hayatın her alanında olduğu gibi insanlar, Çalıştıkları örgütlerde de güvende olmayı beklemektedir. Bu güvenin oluşması Çalışanların performanslarına, iş doyumlarına ve neticesinde yaşam doyumlarına da olumlu etki yaratmaktadır. Güvenin olmadığı iş alanlarında ise Çalışanlar tedirgin, başarısız, mutsuz bireyler olarak işlerini sürdürmektedir. Bunun gibi sonuçlar Çalışanların sosyal ve iş hayatlarına da yansyacağı için yaşam doyumlarını eksi yönde etkileyecektir. Oysa Çalışanların yaşam doyumlarının yüksek olması örgüte duydukları güven ile doğru orantılıdır. Bu noktada örgütte güven seviyesinin yüksek olabilmesi için; Çalışanların sorumlulukları ve görev tanımları açık olmalı, örgüt içi iletişim doğru, zamanında ve sık olmalı, işlerin yapılması için örgüt içi beceri ve yeteneğin olduğuna inanılmalı, ortak amaçlar açık ve anlaşılır olmalıdır (Tokgöz & Aytemiz Seymen, 2013: 62-63).

### **YÖNTEM**

#### **Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri, bilgisayar ortamına aktarılarak ve SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında değerlendirilirken, veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, güvenilirlik analizi, Bağımsız örneklerde t-testi, one way anova testi, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır.

#### **Güvenilirlik Analizleri**

Bu Araştırmada güvenilirlik ölçümü olarak kullanılan ölçeklere ilişkin Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirlik analizleri yapılmış; 27 ifadeli Örgütsel Güven Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,957 olarak

hesaplanmış, 5 ifadeli Yaşam Doyumu Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,873 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Güvenilirlik Tablosu

ÖLÇEK	İç Tutarlılık (Cronbach's Alpha kat sayısı)
Örgütsel Güven Ölçeği	,957
Yaşam Doyumu Ölçeği	,873
TOPLAM	,950

## BULGULAR

### Demografik Bulgular

Bu bölümde Çalışmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri verilerine yer verilmiştir. Katılımcılardan 44 kişi (%38,6) 15-25 yaş aralığında, 39 kişi (%34,2) 26-35 yaş aralığında, 31 kişi (%27,2) 36 ve üzeri yaş aralığında olarak görülmektedir. Katılımcıların cinsiyet dağılımı 84'ü kadın (%73,7) ve 30'u erkek (%26,3) olarak dağılmaktadır. Katılımcıların 81'ünün bekar (%71,1), 33'sünün ise evli (%28,9) olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 39 kişi ön lisans (%34,2), 39 kişi lisans (%34,2) ve 18 kişi (%15,8) lisansüstü öğrenim durumuna sahiptir.

Katılımcılardan 24 kişinin (%21,1) çocuğu var ve 90 kişinin (%78,9) çocuğunun olmadığı görülmektedir. Katılımcılardan 84 kişi (%73,7) 0-10 hizmet süresi aralığında, 30 kişi (%26,3) 11 ve üzeri toplam hizmet süresi aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 87 kişi (76,3) 1-4 bu hastanede Çalışma süresi aralığında, 27 kişi (%23,7) 5 ve üzeri Çalışma süresi aralığında görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Demografik Bulgular

Demografik Bulgular			
Değişkenler	Kategori	Frekans (N)	Yüzde %
Yaş	15-25	44	38,6
	26-35	39	34,2
	36 ve üstü	31	27,2
Cinsiyet	Kadın	84	73,7
	Erkek	30	26,3
Medeni Durum	Bekâr	81	71,1
	Evli	33	28,9
Öğrenim Durumu	Ön lisans	50	25,0
	Lisans	92	46,0
	Lisansüstü	32	16,0
Toplam Hizmet Süresi	0-10	84	73,7
	11 ve üzeri	30	26,3
Bu Hastanede Çalışma Süresi	0-4	87	76,3
	5 ve üzeri	27	23,7

Çalışmada katılımcıların örgütsel güven düzeyleri  $5,1520 \pm 1,09868$  ve yaşam doyum düzeyleri  $3,9895 \pm 1,30427$  yüksek düzeyde bulunmuştur.

Demografik değişkenlerden katılımcıların yaşlarının, örgütsel güven ve yaşam doyumunu Açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların yaş gruplarının, örgütsel güven ve yaşam doyumunu arasında herhangi bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (Tablo 3).



**Tablo 3.** Yaş ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grupları	N	Ort.	Std. Sapma	f	p
Örgütsel Güven	15-25	44	5,1524	1,33544	1,018	0,365
	26-35	39	4,9848	0,98724		
	36 ve üzeri	31	5,3620	0,82100		
Yaşam Doymu	15-25	44	3,8409	1,35618	0,460	0,632
	26-35	39	4,0821	1,41624		
	36 ve üzeri	31	4,0839	1,08539		

Katılımcıların cinsiyetlerinin örgütsel güven ve yaşam doymu ile farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla Bağımsız örneklerde t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların erkek ya da kadın olmalarının örgütsel güven ve yaşam doymu üzerinde herhangi bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo 4.** Cinsiyet ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	f	p
Örgütsel Güven	Kadın	84	4,9563	0,99760	0,790	0,376
	Erkek	30	5,7000	1,19735		
Yaşam Doymu	Kadın	84	3,8357	1,22981	0,007	0,935
	Erkek	30	4,4200	1,42814		

Medeni durumun örgütsel güven ve yaşam doymu Açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla Bağımsız örneklerde t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların evli ya da bekâr olmalarının örgütsel güven ve yaşam doymu üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Medeni Durum ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Medeni Durum	N	Ort.	Std. Sapma	f	p
Örgütsel Güven	Evli	33	5,4882	1,43836	1,968	0,163
	Bekâr	81	5,0151	0,90103		
Yaşam Doymu	Evli	33	3,9273	1,23168	0,729	0,395
	Bekâr	81	4,0148	1,33932		

Katılımcıların öğrenim durumlarının örgütsel güven ve yaşam doymu Açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymak amacıyla tek yönlü varyans analizi (kruskal wallis) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların öğrenim durumlarının örgütsel güven ve yaşam doymu üzerinde herhangi bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (Tablo 6).

**Tablo 6.** Öğrenim Durumu ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Öğrenim Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	f	p
Örgütsel Güven	Ön lisans	39	5,1254	1,54203	2,186	0,118
	Lisans	39	5,3305	0,66087		
	Lisansüstü	18	4,6543	0,87036		
Yaşam Doymu	Ön lisans	39	4,3538	1,17380	2,798	0,066
	Lisans	39	3,7231	1,38914		
	Lisansüstü	18	4,3000	1,08085		

Toplam hizmet süresinin örgütsel güven ve yaşam doymu açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla Bağımsız örneklerde t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların toplam hizmet sürelerinin örgütsel güven üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ancak yaşam doymu Açısından farklılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

**Tablo 7.** Toplam Hizmet Süresi ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Toplam Hizmet Süresi	N	Ort.	Std. Sapma	f	p
Örgütsel Güven	0-10	84	5,0913	1,15601	0,467	0,496
	11 ve üzeri	30	5,3222	0,91548		
Yaşam Doymu	0-10	84	4,0929	1,37357	6,406	0,013
	11 ve üzeri	30	3,7000	1,05406		

Bu hastanede çalışma süresinin örgütsel güven ve yaşam doymu Açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla Bağımsız örneklerde t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların bu hastanede Çalışma sürelerinin örgütsel güven ve yaşam doymu üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8.** Bu Hastanede Çalışma Süresi ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Bu Hastanede Çalışma Süresi	N	Ort.	Std. Sapma	f	p
Örgütsel Güven	1-4	87	5,1660	1,07431	1,141	0,288
	4 ve üzeri	27	5,1070	1,19411		
Yaşam Doymu	1-4	87	4,0621	1,28110	0,369	0,545
	4 ve üzeri	27	3,7556	1,37487		

Örgütsel güven ve yaşam doymu arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 9). Analiz sonucuna göre örgütsel güven ve yaşam doymu arasında ( $r=0,532$ ) anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 9).

**Tablo 9.** Örgütsel Güven ve Yaşam Doymu Arasındaki İlişki

Ölçekler	Örgütsel Güven	Yaşam Doymu
Örgütsel Güven	1	0,292*
Yaşam Doymu	0,292*	1

Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda örgütsel güvenin, yaşam doymu ile düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ( $R=0,292$   $R^2=0,085$   $p<0,01$ ). Regresyon analizi sonucuna

göre örgütsel güven ve yaşam doyumunun toplam varyansın %8 ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde Bağımsız değişken olan örgütsel güven Bağımlı değişken olan yaşam doyumunu anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir ( $t=3,232$ ,  $p<0,005$ ). Kurulan modelin de anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=10,455$ ,  $p<0,002$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10.** Örgütsel Güvenin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p
	$\beta$	Std. Hata	$\beta$		
Sabit	2,203	0,565		3,899	0,000
Örgütsel Güven	0,347	0,107	0,292	3,232	0,002
R=0,292	R <sup>2</sup> =0,085		F=10,455	P=0,002	
Durbin-Watson=2,064					

Bağımlı Değişken: Yaşam Doyumu

## SONUÇ

Araştırma sonucunda; örgütsel güven ile yaşam doyumunu arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Örgütsel güven ve yaşam doyumunu puanları yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Örgütsel güven ve yaşam doyumunu puanları cinsiyet değişkeni Açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Örgütsel güven ve yaşam doyumunu puanları medeni durum değişkeni Açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Örgütsel güven ve yaşam doyumunu puanları öğrenim durumu değişkeni Açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Örgütsel güven ve yaşam doyumunu puanları hizmet süresi değişkeni Açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Örgütsel güven ve yaşam doyumunu puanları hastanede Çalışma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Örgütsel güvenin yaşam doyumunu etkilediği sonucuna varılmıştır.

## KAYNAKÇA

- Akmaz, A., Erbaş, A. (2017). Psikolojik Kontrat ile Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Güven İlişkisi: Mersin İlindeki 4 ve 5 Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17 (4), 125-154.
- Akşit Aşık, N. (2017). Konaklama İşletmelerinde Çarısanın Örgütsel Güven, Örgütsel Bağlılık ve Yaşam Doyumunun İş Doyumuna Etkisi. Akademik Bakış Dergisi, (62), 206- 215.
- Anlatyalı, Ö. L., Dumlupınar, M., Özkul, A. S. (2017). Yetişkin Bağlanma Stillerinin Örgütsel Güven ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21 (4), 1679-1702.
- Batmantaş, H., Örucü, E. (2018). Örgütsel Güven ile Sinizm Arasındaki İlişki: Bir Uygulama. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 18 (36), 198- 214.
- Çalışkan, A., Köroğlu, E. Ö., Taşkın, A. (2018). Örgütsel Sessizliğin Kayırmacılığa Etkisi Örgütsel Güvenin Aracılık Rolü. Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi, 5 (8), 198-220.
- Çivitçi, A. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Genel Yaşam Doyumu ve Psikolojik İhtiyaçlar Arasındaki İlişkiler. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21 (2), 321-336.
- Dağlı, A., Baysal, N. (2016). Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Gerçeklik ve Güvenirlilik Çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 15 (59), 1250-1262.
- Güllüoğlu Işık, Ö., Koçak, Ö. F. (2014). İletişim Fakültesi Öğrencilerinin Yaşam Doyumlarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Selçuk İletişim, 8 (3), 281- 300.
- Gürbüz, F. G., Dede, E. (2017). Örgütsel Güvenin Örgütsel Vatandaşlık Davranışına Etkileri: Ortaokul Öğretmenleri Üzerine Bir Araştırma. Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi, 4 (12), 106- 125.
- İnan, İ. E., Çelik, E. (2018). Algılanan Örgütsel Güven ve İş Tatmini: Kastamonu İli Özel ve Kamu Bankalarında Bir Uygulama. Al- Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (3), 23- 52.
- Kanbur, E. (2018). Aşırı İş Yükünün İş ve Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkisi: İşe Bağlı Gerginliğin Aracı Rolü. İş ve İnsan Dergisi, 5 (2), 125-143.

Koca Ballı, A. İ., Üstün, F. (2017). Çalışanların Örgütsel Güven Düzeyleri ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki: Bir Örnek Olay Çalışması. *International Journal of Social And Humanities Sciences*, 1 (2), 20- 38.

Köksal, O. (2015). Yaşam Doyumu Seçme Konular. Selen Doğan (Ed.), *Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Yaşam Doyumu*. Ankara: Nobel Akademik.

Timuroğlu, M. K., Alioğulları, E. (2019). Örgütsel Güvenin Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisi: Erzurum İli Araştırma Görevlileri Üzerine Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33 (1), 243- 264.

Tokgöz, E., Aytemiz Seymen, O. (2013). Örgütsel Güven, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Devlet Hastanesinde Araştırma. *Öneri Dergisi*, 10 (39), 61- 76.

Yıldız, Ş., Tekin, U. (2018). Beyaz Yakalı İşçilerde İş Stresinin İş ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 4 (1), 61- 88.

Yılmaz, E., Altınok, V. (2009). Okul Yöneticilerinin Yalnızlık ve Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 15 (59), 451-469.

## ÜLKEMİZDEKİ BULAŞICI HASTALIK BİLDİRİMLERİNİN AFET YÖNETİMİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF INFECTIOUS DISEASE REPORTS IN OUR COUNTRY IN TERMS OF DISASTER MANAGEMENT

Nahsan KAYA<sup>1</sup>  
Turgut ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In our country, there is few study of infectious diseases from a disaster management perspective.

**The Purpose of the Study:** This research is a study planned to examine the infectious diseases that our country is exposed to in the recent history (1956-2017) and to provide guidance on what should be done to minimize the harm of a possible disaster in the future.

**Method:** This study is a descriptive study. The data of the study were obtained from the statistics annuals published by the Ministry of Health between 1956-2017. Data was analyzed by computer. The number of cases of 23 infectious diseases has been obtained from these annuals and the incidence rates were calculated by years.

**Findings and Results:** It was seen that more importance was given to infectious disease data in the previous years. In recent years' statistical annuals, few data were published for a limited number of diseases (Tuberculosis, Malaria, Measles and AIDS). Although there is legal obligation; in our country, the notification of infectious diseases is not sufficient. Incomplete data make it difficult to carry out risk analysis of infectious diseases in terms of disaster management. The highest incidence of tuberculosis was between 1960-1969. The highest incidence rate of malaria was between 1980-1989. The highest incidence of measles was between 1960-1970. It has been proposed to establish an effective and comprehensive surveillance, early response and intervention infrastructure in order to reduce the incidence of infectious diseases and prevent outbreaks in our country.

**Keywords:** Disaster Management, Infectious Disease, Surveillance, Notification System

#### GİRİŞ

Afet genel anlamda “fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak olağan seyrini değiştirerek toplulukları olumsuz etkileyen doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylar ve bu olayların neden olduğu sonuçlar” olarak tanımlanmaktadır. (Güler, 2006: 81).

Afet sonrasında; sağlık, beslenme, çevre, sosyo-ekonomik ve barınma sorunları ile karşılaşmaktadır. Bu sorunlara çözüm bulunmadığı takdirde; salgın hastalık gibi toplum üzerinde büyük izler bırakan sonuçlara neden olabilmektedir. Salgın hastalıklar ayrıca kendileri de afetlere yol açabilmektedir.

İnsanoğlu, zaman içinde sel, kuraklık, deprem, heyelan, çığ gibi afetlere maruz kalmışsa da, hiç biri kısa sürede geniş alana yayılan ve milyonlarca insanı etkileyen veya can kayıplarına neden olan bulaşıcı hastalıklar kadar zarar vermemiştir. İnsan hayatı üzerinde büyük olumsuzluklara neden olan bu afet türü nedeniyle yoğun nüfus hareketleri yaşanmış ve bu hareketlilikten dolayı başka topluluklar da etkilenmiştir. Günümüzde ulaşım şartlarının gelişmesiyle beraber bulaşıcı hastalıkların salgına dönüşmesi daha kolay bir hal almıştır. Ülkemizin ticari aktivitesi, kültürel etkileşimleri, coğrafik konumu ve iklim şartları göz önüne alındığında bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riski her geçen gün yükseltmektedir.

İnsanların yaşayış biçimlerinden kaynaklanan Sağlıksız ortamlar, doğal dengenin bozulması, savaşlar, kıtlıklar, doğal afetler gibi daha birçok sebebe bağlı olarak salgınlar ortaya çıkmıştır. Bu salgınlar için; modern tedavi şekilleri bulununcaya dek batıl inançlar çerçevesinde tedavi etme yolları aranmışsa da başarı elde edilememiş ve bu zaman zarfında toplu insan ölümlerine neden olmuş, insanlık tarihinde önemli bir rol oynayarak afetler arasındaki yerlerini almışlardır.

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi SBF Afet Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

<sup>2</sup> Ordu üniversitesi SBF Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi

Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı, bir ülkenin gelişmişliği hakkında bilgi veren önemli parametrelerden biridir. Herhangi bir coğrafyada ortaya çıkan salgın, sadece o bölgede sınırlı kalmayacağı için bütün dünya teyakkuz haline geçmektedir. Bu riskler göz önüne alındığında her ülkenin Sağlık sisteminin olası bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilmesi zorunlu hale gelmiştir. Ülkemiz bu konu da yeterli olmasa da önemli çabalar sarf etmektedir. (Akın ve Güler, 2006).

Bu Çalışma; kıtaları aşp büyük afetlere yol açma ihtimali olan bulaşıcı hastalıkların, ülkemizin yakın tarihindeki bildirilen vaka sayılarını analiz ederek; gelecekte ülkemizde görülebilecek bu tür salgın afetlerin toplumda yol açacağı zararın en aza indirilmesine ve ilgili kurumların yapacağı afet planlarında gerekli önlemlerin alınmasına katkıda bulunmak ve yol göstermek amacıyla planlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu Çalışma, 23 bildirim zorunlu hastalığın sörveyans verilerinin afet yönetimi Açısından analiz edilmesi amacıyla planlanmıştır. Tanımlayıcı tipte bir Araştırmadır. Etik kurul izni gerekmediği için alınmamıştır.

Araştırmanın verileri Sağlık Bakanlığının 1956-2017 yılları arasında düzenli olarak yayınladığı istatistik yıllıklarından elde edilmiştir. Tüm istatistik yıllıkları 28 adet yıllık taranarak 23 bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık verileri elde edilmiştir.

Bu Çalışmayla toplumda afete neden olmuş veya neden olabilecek bulaşıcı hastalıklar değerlendirilerek tehlike ve risk analizleri yapılmaya Çalışılmış, dünyanın ve ülkemizin mevcut şartları göz önüne alındığında bu tür bir afete maruz kalma durumunda bildirim sistemi ve erken yanıt sistemlerinin uygulanabilirliği tartışılmış ve insanlığı bekleyen bulaşıcı hastalıklar ve neden olabileceği afetler hakkında bir vizyon çizilmiştir.

Bu Çalışmada ülkemizde bildirim zorunlu olan bazı bulaşıcı hastalıkların (tüberküloz, sıtma, kızamık, enfeksiyöz hepatit, hepatit A, hepatit B, kuduz, AIDS, boğmaca, bruselloz, kızıl, şarbon, tifo, paratifo, çiçek, menenjit, difteri, dizanteri, poliomyolit, ensefalit, kolera, hummai racia, veba) vaka sayıları, insidans hızları (nüfusa oranlanmış vaka sayıları) ve her on yılda bir vaka ortalamaları ve insidanslar hesap edilmiştir. Belirtilen hastalıklardan ölenlerin sayıları yıllıklarda verilmiş olmasına rağmen güvenilir veriler olmadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Bilgisayar ortamında istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Bulaşıcı hastalık vaka sayıları ilgili yıldaki ülke nüfusuna oranlanarak nüfusa oranlanmış vaka sayıları (insidans) hesaplanmıştır. Ayrıca on yıllık vaka ortalamaları ve insidanslar da hesaplanarak yıllar arasında Karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen bulaşıcı hastalık verileri gruplar halinde tablolastırılarak sunulmuştur

## **BULGULAR**

Sağlık Bakanlığına ait tüm istatistik yıllıkları taranarak ülkemizde bulaşıcı hastalıkların neden olabileceği afetleri önceden belirleme ve önlem alınabilmesi için 23 bulaşıcı hastalık afet yönetimi Açısından değerlendirilmiştir.

Çalışmamız Afet Yönetimi bakış açısıyla bulaşıcı hastalıklar, sörveyans, bildirim sistemi, erken uyarı ve yanıt konularını kapsayan ülkemizdeki ilk Çalışma olma niteliğini taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın resmi Web sayfasında yayınlanan Sağlık istatistik yıllıklarına 1996 yılından itibaren ulaşılabilir. Ancak Çalışmamızı hazırlarken yapılan kapsamlı Araştırmalar sonucunda 1956 yılından sonraki verilere de ulaşılmıştır. Bu sebeple Çalışmamız oldukça geniş bir arşiv özelliği de taşımaktadır.

**Tablo 1.** 1956 – 2017 İstatistik Yıllıkları ve Bazı Özellikleri

İstatistik Yıllığı	Yayınlandığı Yıl	Sayfa Sayısı	Yayınlanan Hastalık Sayısı
1956 – 1959	1961	378	22
1960 – 1963	1965	256	20
1964 – 1967	1971	315	26
1968 – 1972	1975	373	26
1973 – 1974	1977	239	26
1975 – 1978	1980	401	17
1979 – 1981	1983	394	15
1982 – 1986	-	250	15
1987 – 1994	1997	307	17
1995	1996	139	19
1996	1997	143	19
1997	1998	138	19
1998	1999	142	18
1999	1999	145	18
2000	2000	143	18
2001	2002	143	18
2002	2003	147	18
2003	2004	178	22
2004	2005	200	22
2008	2011	162	9
2009	2011	162	9
2010	2011	172	10
2011	2012	183	4
2012	2013	190	4
2013	2014	199	4
2014	2015	204	4
2015	2016	248	4
2016	2017	276	4
2017	2018	288	4

\* 2005 yılı Sağlık istatistikleri yayınlamış olmasına rağmen erişime açık değildir. 2006 ve 2007 yılı tıbbi istatistik yıllıkları yayınlanan istatistikler arasında yer almamaktadır. Bu yıllara ait veriler daha sonra yayınlanmış istatistik yıllıklarında alınmıştır.

Ülkemizde bugüne kadar yayınlanan Sağlık istatistik yıllıkları incelendiğinde eski yıllara ait yıllıklarda bulaşıcı hastalık verilerine daha çok önem verildiği ve eski yıllara ait verilerin eksiksiz olduğu görülmektedir. Eski tarihli yıllıklarda; hastalığın salgın yaptığı yıllar, hastalıkla mücadelede yapılan uygulamalar ve aksayan yönleri, hastanede yatıp tedavi gören ve hastanede hayatını kaybeden vakalara ait verilere de yer verilmekte, iller ve mevsimler bazında daha detaylı bilgiye ulaşmak mümkündür. Ancak son yıllara ait istatistik yıllıklarında sınırlı sayıda hastalık için az sayıda veri yayınlanmaktadır. Verisi yayınlanan BZBH hastalık sayısı azaltılarak 4'e (AİDS, Kızamık, Sıtma ve Tüberküloz) indirilmiştir. Güvenilir olmadığı gerekçesiyle bu verilerin istatistik yıllıklarında yer almaması afet yönetimi Açısından bulaşıcı hastalıklar konusunda tehlike ve risk analizlerinin yapılmasını ve afet planlarının gerçeğe uygun hazırlanabilmesini zorlaştırmaktadır.

**Tablo 2.** 1956 -2017 Yılları Arasında Yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında Bildirilen Bildirimi Zorunlu Hastalıklar ve Vaka Sayıları

Hastalık adı	İstatistik yıllıklarında yayınlanan yıllar	Vaka sayısı
Tüberküloz	1956 - 2017	1.619.779
Sıtma	1956 - 2017	1.205.716
Kızamık	1956 - 2017	1.097.329
Tifo	1956 – 2006	442.759
Enfeksiyöz Hepatit	1956 – 1994	403.934
Dizanteri	1956 – 2006	356.058
Hepatit A	1987 – 2006	351.913
Brusellozis	1956 – 2007	281.530
Kızıl	1956 – 2005	207.666
Boğmaca	1956 – 2010	185.691
Hepatit B	1990 – 2010	99.647
Difteri	1956 – 2010	52.138
Menenjit	1956 – 2006	49.835
Paratifo	1956 – 2006	32.396
Şarbon	1956 – 2007	31.382
Poliomyelit	1956 – 2007	15.508
AIDS	1985 – 2017	1.531
Kuduz	1956 – 2007	1.238
Kolera	1964 – 1974	384
Ensefalit	1956 – 1978	147
Çiçek	1956 – 1974	128
Veba	1964 – 1974	0
Hummai Racia	1956 – 1974	0

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları incelendiğinde 1956-2017 yılları arasında en çok bildirim yapılan 3 hastalık tüberküloz, sıtma ve kızamıktır.

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıklarında Ensefalit ve Menenjit vaka sayıları yayınlanmış olmasına rağmen, vaka sayılarının az olması ve tüm yıllara ait veriler olmaması, afet yönetimi Açısından büyük bir risk teşkil etmemesi nedeniyle Çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Kolera coğrafyamızda birçok kez afet boyutuna ulaşmıştır. Ancak 1956 – 2017 yılları arasında yayınlanan Sağlık Bakanlığı yıllık istatistik verileri incelendiğinde koleranın bildirim sadece 1970 yılında yapılmıştır. 1970 yılında 384 kolera vakası bildirilmiştir.

Çiçek hastalığı coğrafyamızda birçok kez afet boyutuna ulaşmıştır. Ancak 1956 – 2017 yılları arasında yayınlanan Sağlık Bakanlığı yıllık istatistik verileri incelendiğinde çiçek hastalığının bildirim sadece 1957 yılında yapılmıştır. 1957 yılında 128 çiçek vakası bildirilmiştir. Veba ve Hummai Racia'nın bildirim hiç yapılmıştır.

Alışagelinen TSHGM ye bağlı veri paylaşımı 2006 yılı itibarıyla sonlandırılmış, 2007 yılına ait veriler paylaşılmamıştır. 2008 ile 2010 yılları arasında ise seçilmiş dokuz hastalığa ait bilgiler paylaşılmış ve 2010 yılında seçilmiş on hastalık paylaşılmıştır. Ancak 2008 yılı Nisan 2010'da, 2009 ve 2010 Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları ise art arda 2011 yılında yayınlanmıştır. 2012 yılından sonra ise yayınlanan hastalık sayısı oldukça sınırlandırılmış ve dörde düşürülmüştür. Sağlık istatistik yıllıklarında “Yıllara



Göre Bazı Seçilmiş Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı” başlığı altında yayınlanan belirli hastalıklara yer verilip diğer hastalık verilerine yer verilmemesi olası bir salgın tehlikesinin saptanmasını zorlaştıracaktır.

Ülkemizde uygulanan Sağlık afet ve acil durum planları; Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP), İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları (İL-SAP) ve Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) olmak üzere üç tanedir. HAP ve İL-SAP da olası bir biyolojik afet durumu anlatılmış olsa da TAMP da olası biyolojik afet ve salgın hastalıklar durumunda yer alması gereken hizmet grupları belirtilmekle yetinilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık istatistik yıllıklarında yayınlanan hastalık insidansını Araştırarak ülkemizin belli dönemlerde ve belli bulaşıcı hastalıkların salgınlarına maruz kalma durumu incelenmeye çalışılmıştır.

Bulaşıcı hastalık bildirimlerine yeterince önem verilmemesi, bulaşıcı hastalıklar konusunda eksik bilgilerin elde edilmesine yol açmaktadır. Yasal zorunluluk olmasına rağmen, Ülkemizde, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimleri yeterli düzeyde değildir. Eksik veriler bulaşıcı hastalıklarla mücadelede uygun stratejilerin belirlenmesini engellemektedir.

Ülkemizde bugüne kadar yayınlanan Sağlık istatistik yıllıkları incelendiğinde eski yıllara ait yıllıklarda hastalıkların verilerine daha çok önem verildiği görülmektedir. Eski tarihli yıllıklarda; hastalığın salgın yaptığı yıllar, hastalıkla mücadelede yapılan uygulamalar ve aksayan yönleri, hastanede yatıp tedavi gören ve hastanede hayatını kaybeden vakalara ait verilere de yer verilmekte, iller ve mevsimler bazında daha detaylı bilgiye ulaşmak mümkündür. Ancak son yıllara ait istatistik yıllıklarında sınırlı sayıda hastalık için az sayıda veri yayınlanmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler yapılabilir;

1. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda başışıklamanın aksatılmadan devam ettirilmesi ve anne-babaların Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması önerilmektedir.
2. Etkili ve kapsamlı bir surveyans, erken yanıt ve müdahale altyapısı oluşturmalı, otuşturulan bu alt yapı sistemleri hükümetler, Birleşmiş Milletler kuruluşları, özel sektör kuruluşları ve teşkilatları, mesleki dernekler, üniversiteler, medya organları ve sivil toplum arasında küresel işbirliğine dayanmalıdır.
3. BZBH bildiriyle ilgili sorunlar giderilmeli ve gerçek vaka bildiriminin yapılması sağlanmalıdır. Sağlık istatistik yıllıklarında diğer bulaşıcı hastalıklara da yer verilip gerekli bilgiler paylaşımına açılmalıdır.
4. Ülkemizde her ilde Halk Sağlığı Müdürlüğü web sayfasında o ildeki BZBH vakalarıyla ilgili güncel verilerin yayınlanması surveyans Açısından oldukça gereklidir ve DSÖ'nün önerisi de bu yöndedir.
5. Ülkemizde uygulanan Sağlık afet ve acil durum planlarının uygulanmaları denetlenmeli ve en yüksek seviyede katılım sağlanmalıdır. Her üç planda (HAP, İL-SAP, TAMP), afet yönetimi alanındaki gelişmelerle beraber sürekli geliştirilmeli ve teknolojik imkânlar kullanılarak planların hazırlanması ve kullanılması kolaylaştırılmalıdır.
6. Hastalık ajanlarının biyolojik silah olarak kullanılma riskinin yüksek olduğu, dünyanın tamamını etkileyecek boyutta afetlere neden olabileceği unutulmamalıdır. Gerek ülkemizde gerekse de uluslararası kurum ve kuruluşlar gerekli Çalışmalar yaparak olası afetlere karşı önlem almalıdırlar. Biyolojik bir afet meydana geldiğinde de en az zararla atlatmak için sürekli Çalışmalar yapılmalı ve mevcut şartlara göre güncellenmelidir.

## KAYNAKÇA

GÜLER H. Hüseyin; (2006), Afetlere Hazırlıklı Olma; Kadioğlu, M. ve Özdamar, E., (editörler), 2. Baskı, Afet Yönetiminin Temel İlkeleri, ss: 81-91, JICA Türkiye Ofisi Yayınları, No: 1, Ankara.

AKIN Levent ve GÜLER Çağatay; (2006), Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1956 – 1959; (1961), Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1960 – 1963; (1965), Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1964 – 3967; (1971), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1968 – 1972; (1975), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1973 – 1974; (1977), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1975 – 1978; (1980), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1979 – 1981; (1983), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1982 – 1986. Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1987 – 1994; (1997), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1995; (1996), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1996; (1997), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1997; (1998), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1998; (1999), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1999; (1999), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2000; (2000), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2001; (2002), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2002; (2003), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2003; (2004), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2004; (2005), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008; (2011), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009; (2011), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010; (2011), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011; (2012), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012; (2013), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013; (2014), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014; (2015), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015; (2016), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016; (2017), Ankara.  
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017; (2018), Ankara.

## TÜRKİYE'DE E-SAĞLIK UYGULAMALARI: SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

E-HEALTH APPLICATIONS IN TURKEY: A STUDY ON SULEYMAN DEMİREL UNIVERSITY  
STUDENTS

Erdal EKE\*  
Özge ÖZDİNÇ\*\*  
Fatma Nur GÜVENÇ\*\*  
Mihriban GÜDER\*\*

### ABSTRACT

Information technology has gained importance in developing the efficiency of the services and in the provision of public services in today's technology that has shown itself in a great extent. Healthcare services/ Health services is one of the fields of the activity being worked under e-government/e-state branch. In this study, it is aimed to measure attitudes of university students about e-health. Field research has been carried out and a quantitative research approach has been adopted in parallel with this purpose. In this context, the students of Süleyman Demirel University in Isparta Province are determined and 420 students are included in the study as a sample with convenience sampling method. The data obtained from the field research, is analysed via SPSS Statistics 25 programme. In this context; t-test, one-way analysis of variance, correlation analysis have been done and deduced to numerous findings. %57,6 of the students who attend to the research is female and %45,7 is male and it is determined that %57,6 of these students study in Social Sciences, %31,2 in Science and %8,6 in Health Science. In addition, it is determined that there is a moderate positive correlation between the knowledge level and the level of use ( $r = 0.545$ ) sub-dimensions, is low significant relationship between the level of use and satisfaction level ( $r = 0.471$ ) and is a moderate positive correlation between knowledge level and satisfaction level ( $r = 0.685$ ) within in the scope of the questionnaire. Based on these findings, it can stated that personal data should be kept more securely in e-government, e-health applications should be publicized more and the public should be informed about it and there are some suggestions for improving the content of the e-health applications .

**Key Words:** e-Government, e-Health, Healthcare Services, Health Management.

### GİRİŞ

İletişim teknolojileri ve internet temelli uygulamaların gelişimi ile birlikte devletlerin hizmet sunum organizasyonlarında da değişim yaşanmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki kamu hizmetlerinin sunumunda, dijitalleşme başat bir role sahip olmuş ve hizmet sürecinin yürütülmesinde önemli bir yer kaplamaya başlamıştır. ABD'nin önemli bir örnek olarak gösterildiği bu süreçte, internet teknolojilerinin yaygınlık kazanması ile birlikte gelişmekte olan ülkeler de dahil olmak üzere e-Devlet kavramının ön plana çıkmıştır(Naralan, 2008:4; Şahin ve Örselli, 2003: 343). Aslında bu durum diğer bir anlatımla devlet hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan yeni bir felsefe olarak nitelendirilen elektronik dönüşümün bir sonucu olarak da gösterilmektedir (Çarıkçı, 2010:120). Literatürde çok sayıda tanımı bulunan e-Devlet, bilgi ve iletişim teknolojilerinin etkin kullanımını içeren, kamu hizmetlerinin sunumunda vatandaşların erişimini ve katılımının sağlanmasında merkeziyetçi olmayan daha yatay bir yapıyı beraberinde getirmiştir (Uçkan, 2003:45). e-Devlet, hizmet sunum sürecindeki bürokratik işlemlerin yoğunluğu ve işlem süreçlerinin uzunluğu gibi problemlerin çözülmesini hedefleyen önemli adım olarak nitelendirilen bir kapsama sahiptir(Ekinci, 2018: 335). Bir başka bakış açısına göre e-Devlet, bireylere kamu hizmetlerinde kalite, hız, ekonomi ve nitelik olarak devletin üstlenmek durumunda kaldığı ek maliyetleri ortadan kaldıran ve bu sayede minimum maliyetle çok daha fazla işin yapılmasına olanak sağlayan devlet modeline işaret etmektedir (Demirel, 2006:111).

\* Dr.Öğr.Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,  
[erdaleke@sdu.edu.tr](mailto:erdaleke@sdu.edu.tr)

\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi,  
[ozdincozge.zz@gmail.com](mailto:ozdincozge.zz@gmail.com)

\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi,  
[fatmanurguven70@gmail.com](mailto:fatmanurguven70@gmail.com)

\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi,  
[mihribanguder@gmail.com](mailto:mihribanguder@gmail.com)

Kamu hizmetlerinin sunumu Açısından en önemli alanlardan birisi olan Sağlık hizmetlerinde de e-Devlet uygulamaları kapsamında çok sayıda faaliyetin söz konusu olduğu gözlemlenmektedir. Sağlık hizmetleri alanında gelişen teknolojilerle birlikte e-Sağlık kavramı ve uygulamaları öne çıkmaya başlamıştır (Eng, 2004). Eysenbach (2001) tarafından yapılan ve literatürde genel olarak kabul gören tanıma göre yeni bir alan olarak değerlendirilen e-Sağlık; Sağlık hizmetlerinde halk sağlığı ve tıp bilimi kapsamlı hizmetlerin internet ve diğer ilgili teknolojiler üzerinden sunulmasını ve geliştirilmesini betimlemektedir. e-Sağlık, Sağlık hizmetlerinde gelişmiş teknolojilerin kapsamlı bir düzeyde yer almasıyla birlikte, e-devlet uygulamalarının faydalarından birisi olarak da gösterilen maliyetlerin minimize edilmesi veya rasyonel düzeylere çekilmesi açısından önemli bir özelliğe sahiptir (Toygur, 2018: 118). Çok farklı şekillerde kategorize edilebilen e-sağlık, bileşenler Açısından da tele-tıp, mobil Sağlık, dijital hastane ve robotik uygulamalar gibi unsurları içermektedir (Kılıç, 2016). e-Sağlık uygulamalarının dünyadaki gelişimi önemli düzeylere ulaşmış olduğu günümüzde, Türkiye’de de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında e-Sağlık projesi başlatılmış; Sağlık-Net portalı, SABİM, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi, e-Nabız, e-reçete ve Tele-tıp başta olmak üzere çok sayıda uygulama bu kapsamda hayata geçirilmiştir(Özata, 2009; URL 1).

Bu ve buna benzer e-Sağlık uygulamaları ile birlikte Sağlık hizmetleri sunumunda zaman yönetiminin etkin ve verimli bir hale geldiği, hizmete ulaşımın önündeki coğrafi engellerin bir anlamda ortadan kaldırıldığı, izleme ve önleme gerektiren Sağlık uygulamaları ile birlikte yaşlı, kronik ve engelli hastalara hizmet sunumunda ciddi bir iyileşme sağlandığı, Sağlık maliyetlerinde önemli düzeylerde iyileşme gerçekleştiği ve de bu uygulamalar doğrultusunda Sağlık politikalarını üreten ve karar vericiler için alternatif hizmet sunum alanlarının ortaya çıkmasının getirdiği avantajlar olmak üzere çok sayıda pozitif sonuçtan bahsedilmektedir (Kılıç, 2017: 216).

## YÖNTEM

Alan Araştırmasının konusu, Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin e-Sağlık uygulamalarına yönelik genel tutumunun tespit edilmesidir. Yapılan Araştırmayla e-Sağlık uygulamalarına yönelik farkındalık düzeyi, kullanım sıklığı ve memnuniyet düzeyinin belirlenmesi ve bu tutumlar ile katılımcıların kişisel özellikleri arasında olan ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Son yıllarda Türkiye’de sarf edilen e-Sağlık alanındaki çabaların Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri üzerindeki etkinlik düzeyinin bir göstergesi olması bakımından Çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın evrenini Isparta ilinde bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri oluşturmaktadır. Bu evren içerisinden örneklem olarak kolayda örnekleme yoluyla seçilen 420 öğrenci Çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda Araştırmacılar tarafından soru formu oluşturulmuştur. Tesadüfi şekilde seçilen katılımcılara kantitatif Araştırma tekniklerinden “yüz yüze anket” yöntemi uygulanmıştır.

Araştırmanın kapsamında kullanılan anket Çalışmasındaki e-Sağlık uygulamalarına yönelik Kullanım, bilgi ve memnuniyetleri ile ilgili soru sayısı 32 olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılara 4 soru ile kişisel bilgileri sorulurken, akıllı telefon, internet ve bilgisayar Kullanımları ile ilgili 4 soru sorulmuş, en sık kullanılan e-Devlet ve e-Sağlık uygulamalarını ve Kullanım amaçlarını belirlemek için 4 açık uçlu soru sorulmuştur. Çözümleme aşamasında katılımcılar tarafından doldurulan anket verileri, SPSS (Statistical Packages for Social Sciences) paket programına girilmiştir. Programa girilen veriler uygun şekilde kodlanarak analize hazır hale getirilmiştir. Bu veriler, SPSS Statistics 25 programıyla analiz edilmiştir. Bu bağlamda t-testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizleri yapılmış ve bulgulara ulaşılmıştır.

## BULGULAR

Yapılan normallik testinde 32 maddenin Shapiro-Wilk sigma değerleri 0,05’in altında bulunduğu için normal dağılıma uygun çıkmıştır. Çalışmada soru sayısı 30’dan büyük ve katılımcı sayısı 50’den fazla olduğu için ölçüm güvenirliliği Cronbach’ın alfa katsayısı ile hesaplanmıştır.

**Tablo 1. Güvenilirlik Analizi**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N Of Items
0,879	0,875	32

E-Sağlık tutum anketi ölçek maddelerinin Cronbach alfa değeri 0,879 bulunmuş ve maddelerin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

**Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	228	54,3
Erkek	192	45,7
Fakülte	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sosyal Bilimler	242	57,6
Fen Bilimleri	131	31,2
Sağlık Bilimleri	36	8,6
Sınıf	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hazırlık	13	3,1
1.Sınıf	128	30,5
2.Sınıf	79	18,8
3.Sınıf	61	14
4.Sınıf	90	21,4
Lisansüstü	37	8,8

420 kişiye ulaşılan öğrenci örnekleminin %54,3'ünü kadın, %45,7'sini erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklemin %57,6'sı Sosyal Bilimler Fakültesi, %31,2'si Fen Bilimleri Fakültesi, %8,6'sı Sağlık Bilimleri Fakültesinden oluşmuştur. Örneklemin sınıfa göre dağılımı ise %3,1 hazırlık sınıfı, %30,5 birinci sınıf, %18,8 ikinci sınıf, %14 üçüncü sınıf, %21,4 dördüncü sınıf ve %8,8 lisansüstü grup oluşturmaktadır.

**Tablo 3. Katılımcıların Teknoloji Kullanım Düzeylerini Gösteren Frekans Analizi**

Akıllı Telefon Kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	413	98,3
Hayır	6	1,4
Akıllı Telefon Kullanım Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-1 Saat	11	2,6
1-2 Saat	42	10,0
2-3 Saat	82	19,5
3-4 Saat	121	28,8
5 ve Üzeri	163	38,8
İnternet Kullanım Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-1 Saat	17	4,0
1-2 Saat	36	8,6
2-3 Saat	74	17,6
3-4 Saat	109	26,0
5 ve Üzeri	181	43,1
Bilgisayar Kullanım Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-1 Saat	165	39,3
1-2 Saat	70	16,7
2-3 Saat	59	14,0
3-4 Saat	41	9,8
5 ve Üzeri	76	18,1

Öğrencilerin akıllı telefon Kullanımlarına bakıldığında %98,3'ü evet, %1,4'ü hayır cevabını vermiştir. Verilen cevaplardan anlaşıldığı üzere öğrencilerin akıllı telefon Kullanımının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Akıllı telefon Kullanım sıklığında 5 ve üzeri maddesinin %38,8 olması öğrencilerin vakitlerinin çoğunu akıllı telefon kullanarak geçirdiklerini göstermiştir. İnternet Kullanım sıklığının

%43,1 oranıyla 5 ve üzeri, bilgisayar Kullanım sıklığının ise %39,3 oranıyla 0-1 saat arasında çıkması üniversite öğrencilerinin akıllı telefon Kullanımlarındaki artışın bilgisayar kullanım sıklıklarını azalttığını göstermektedir.

**Tablo 4. E-Sağlık Tutum Anketi İle İlgili İfadelerin Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları**

No	İfadeler	$\bar{x}$	SS
1	e-Devlet kavramının anlamını biliyorum.	1,10	0,336
2	e-Devlet (turkiye.gov.tr) uygulamasını kullanıyorum.	1,03	0,450
3	e-Devlet uygulamasını akıllı telefon üzerinden kullanıyorum.	0,90	0,578
4	e-Devlet uygulamasını bilgisayar üzerinden kullanıyorum.	1,01	0,689
5	e-Devlet uygulamalarının faydalı olduğunu düşünüyorum.	1,06	0,283
6	e-Sağlık kavramını anlamını biliyorum.	1,14	0,628
7	e-Sağlık uygulamalarının faydalı olduğunu düşünüyorum.	1,15	0,530
8	e-Sağlık uygulamalarından merkezi hastane randevu sistemini (MHRS) biliyorum.	1,07	0,455
9	e-Sağlık uygulamalarından merkezi hastane randevu sistemini (MHRS) kullanıyorum.	1,07	0,603
10	e-Sağlık uygulamalarından merkezi hastane randevu sistemini (MHRS) faydalı buluyorum.	1,11	0,442
11	e-Sağlık uygulamalarından merkezi hastane randevu sistemini (MHRS) çevremdeki insanlara tavsiye ediyorum.	1,08	0,697
12	e-Sağlık kapsamında mobil Sağlık uygulamalarını (akıllı telefon, hasta izleme cihazları, dijital cihazlar (tablet vb.), diğer kablosuz araçlar (radyo vb.) Ve mobil cihazlar vb. Araçların kullanılmasını) biliyorum.	1,11	0,634
13	e-Sağlık kapsamında mobil Sağlık uygulamalarını kullanıyorum.	0,93	0,828
14	e-Sağlık kapsamında mobil Sağlık uygulamalarını faydalı buluyorum.	1,13	0,608
15	e-Sağlık uygulamalarından mobil Sağlık uygulamalarını çevremdeki insanlara tavsiye ediyorum.	1,02	0,808
16	e-Sağlık kapsamında e-Nabız uygulamasını biliyorum.	0,81	0,721
17	e-Sağlık kapsamında e-Nabız uygulamasını kullanıyorum.	0,60	0,790
18	e-Sağlık kapsamında e-Nabız uygulamasını faydalı buluyorum.	1,04	0,730
19	e-Sağlık uygulamalarından e-Nabız uygulamasını çevremdeki insanlara tavsiye ediyorum.	0,81	0,817
20	e-Sağlık kapsamında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulamasını biliyorum.	0,60	0,764
21	e-Sağlık kapsamında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulamasını kullanıyorum.	0,39	0,715
22	e-Sağlık kapsamında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulamasını faydalı buluyorum.	0,89	0,827
23	e-Sağlık kapsamında Tele-tıp uygulamasını biliyorum.	0,44	0,721
24	e-Sağlık kapsamında Tele-tıp uygulamasını kullanıyorum.	0,29	0,636
25	e-Sağlık kapsamında Tele-tıp uygulamasını faydalı buluyorum.	0,72	0,824
26	e-Sağlık kapsamında dijital hastane uygulamasını biliyorum.	0,59	0,771
27	e-Sağlık kapsamında dijital hastane uygulamasını faydalı buluyorum.	0,85	0,809
28	e-Sağlık kapsamında e-reçete uygulamasını biliyorum.	0,94	0,661
29	e-Sağlık kapsamında e-reçete uygulamasını faydalı buluyorum.	1,05	0,618
30	e-Sağlık uygulamalarının kişisel verilerin kontrolü ve saklanması Açısından riskli olduğunu düşünüyorum.	0,93	0,892
31	e-Sağlık uygulamalarının daha da geliştirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyorum.	1,19	0,576
32	Sağlık Bakanlığı e-Sağlık kapsamındaki faaliyetlerini olumlu değerlendiriyorum.	1,17	0,539

Tablo 4'te görüldüğü üzere ankette yer alan ifadelere katılımcılar tarafından verilen yanıtlara ilişkin ortalama puanlar arasında en yüksek puan  $\bar{x}=1,19$  ile "e-Sağlık uygulamalarının daha da geliştirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyorum." maddesinde; en düşük puan ise  $\bar{x}=0,29$  ile "e-Sağlık kapsamında Tele-tıp uygulamasını kullanıyorum." maddesinde olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların E-Devlet/E-Sağlığa İlişkin Tutumlarına İlişkin Bulgular**

		E-Sağlık Tutum Anketi	Alt Boyutlar		
			Bilgi Düzeyi Alt Boyutu	Kullanım Düzeyi Alt Boyutu	Memnuniyet Düzeyi Alt Boyutu
Akıllı Telefon Kullanımı	Evet	1,81±0,342	1,81±0,429	1,98±0,382	1,74±0,399
	Hayır	2,06±0,448	2,00±0,486	2,00±0,530	2,16±0,464
<i>Test ve p değeri</i>		t= 0,62	t= -1,059	t= -0,111	t= -2,542
		p= 0,534	p= 0,290	p= 0,912	p= 0,011

E-Sağlık tutum anketi ve alt boyutları ile akıllı telefon Kullanımına göre yapılan t-testi sonuçlarına göre; memnuniyet alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüş ( $p<0,05$ ) ve akıllı telefon Kullanımına evet cevabı veren katılımcılar ile memnuniyet düzeyi arasında bir ilişkiye rastlanmış ve memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Biliyorum ve kullanıyorum alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Bilgi, Kullanım ve Memnuniyet Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi**

		E-Sağlık Tutum Anketi	Alt Boyutlar		
			Bilgi Düzeyi	Kullanım Düzeyi Alt Boyutu	Memnuniyet Düzeyi Alt Boyutu
Cinsiyet	Kadın	1,77±0,323	1,74±0,408	1,97±0,384	1,702±0,381
	Erkek	1,86±0,360	1,89±0,445	1,99±0,385	1,812±0,420
<i>Test ve p değeri</i>		t= 0,62	t= -3,417	t= -0,357	t= -2,804
		p= 0,534	p=0,001	p= 0,721	p= 0,005

E-Sağlık tutum anketi ve alt boyutları ile cinsiyete göre yapılan t-testi sonuçlarına göre; bilgi ve memnuniyet düzeyi alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p<0,05$ ). Cinsiyet ile bilgi ve memnuniyet düzeyinde bir ilişki görülmüştür. Kullanım düzeyi alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Katılımcıların e-Sağlık tutum anketinde verdikleri cevaplara göre erkeklerin e-Sağlık tutum düzeyi kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 7. E-Sağlık Tutum Anketi ve Alt Boyutlarına Yönelik ANOVA Testi Analizi**

		E-Sağlık Tutum Anketi	Alt Boyutlar		
			Bilgi Düzeyi	Kullanım Düzeyi	Memnuniyet Düzeyi
Fakülte	Sosyal Bilimler <sup>1</sup>	1,77±0,330	1,75±0,422	1,96±0,380	1,71±0,389
	Fen Bilimleri <sup>2</sup>	1,86±0,368	1,91±0,427	1,97±0,390	1,80±0,431
	Sağlık Bilimleri <sup>3</sup>	1,90±0,325	1,87±0,452	2,07 ± 0,398	1,85±0,364
<i>Test ve p değeri</i>		F= 3,926 p= 0,020 2>1 <sup>a</sup>	F=6,070 p= 0,003 2>3 <sup>a</sup>	F= 1,321 p= 0,268	F= 3,317 p= 0,037 3>2 <sup>c</sup>
Sınıf	Hazırlık <sup>1</sup>	1,79±0,350	1,77±0,458	2,04±0,406	1,68±0,364
	1. Sınıf <sup>2</sup>	1,89±0,345	1,91±0,427	2,03±0,402	1,83±0,412
	2. Sınıf <sup>3</sup>	1,76±0,350	1,77±0,421	1,94±0,410	1,67±0,379
	3. Sınıf <sup>4</sup>	1,80±0,345	1,87±0,428	1,89±0,379	1,73±0,398
	4. Sınıf <sup>5</sup>	1,84±0,330	1,79±0,427	2,00±0,332	1,81±0,402
	Lisansüstü <sup>6</sup>	1,66±0,325	1,53±0,372	1,93±0,376	1,64±0,401
<i>Test ve p değeri</i>		F= 3,186 p= 0,008	F=5,326 p=0,000 2,3,4,5>6 <sup>b</sup>	F= 1,488 p= 0,192	F= 2,603 p= 0,025
Akıllı Telefon Kullanım Sıklığı	0-1 Saat <sup>1</sup>	1,95±0,547	1,88±0,562	1,96±0,581	2,01±0,594
	1-2 Saat <sup>2</sup>	1,82±0,347	1,88±0,456	1,96±0,436	1,73±0,405
	2-3 Saat <sup>3</sup>	1,85±0,319	1,83±0,383	2,01±0,357	1,80±0,356
	3-4 Saat <sup>4</sup>	1,84±0,345	1,85±0,416	2,02±0,376	1,76±0,424
	5 ve üzeri <sup>6</sup>	1,77±0,336	1,75±0,444	1,94±0,379	1,71±0,389
<i>Test ve p değeri</i>		F=1,479 p= 0,208	F=1,462 p=0,213	F= 0,973 p= 0,422	F=1,911 p= 0,108
İnternet Kullanım Sıklığı	0-1 Saat <sup>1</sup>	1,98±0,379	1,92±0,392	2,11±0,495	1,97±0,411
	1-2 Saat <sup>2</sup>	1,77±0,342	1,75±0,396	1,92±0,414	1,73±0,415
	2-3 Saat <sup>3</sup>	1,83±0,378	1,87±0,450	1,98±0,432	1,74±0,420
	3-4 Saat <sup>4</sup>	1,82±0,327	1,84±0,409	2,02±0,338	1,73±0,407
	5 ve üzeri <sup>6</sup>	1,79±0,344	1,77±0,442	1,95±0,371	1,74±0,389
<i>Test ve p değeri</i>		F= 1,285 p= 0,275	F=1,393 p=0,236	F=1,285 p= 0,275	F= 1,363 p= 0,246
Bilgisayar Kullanım Sıklığı	0-1 Saat <sup>1</sup>	1,83±0,339	1,82±0,430	2,04±0,390	1,74±0,403
	1-2 Saat <sup>2</sup>	1,80±0,331	1,81±0,417	2,00±0,386	1,72±0,378
	2-3 Saat <sup>3</sup>	1,83±0,346	1,88±0,425	1,91±0,330	1,79±0,407
	3-4 Saat <sup>4</sup>	1,80±0,350	1,81±0,468	1,94±0,408	1,74±0,370
	5 ve üzeri <sup>5</sup>	1,76±0,360	1,72±0,427	1,87±0,374	1,75±0,438
<i>Test ve p değeri</i>		F=0,553 p=0,697	F=1,280 p=0,277	F=3,418 p=0,009 1>5 <sup>b</sup>	F=0,237 p=0,918

Post-Hoc testleri a=Tukey HSD b=Dunnnett T3 c= LSD

E-Sağlık tutum anketi ve alt boyutları ile eğitim bilimlerine göre yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; bilgi düzeyi alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p<0,05$ ) ve eğitim ile bilgi düzeyi arasında bir ilişki vardır. Kullanım ve memnuniyet düzeyi alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).



E-Sağlık tutum anketi ve alt boyutları ile sınıfa göre yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; bilgi ve memnuniyet düzeyi alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmüş ( $p<0,05$ ) ve bir ilişki belirlenmiştir. Kullanım düzeyi alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

E-Sağlık tutum anketi ve alt boyutları ile akıllı telefon Kullanım sıklığına göre yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; bilgi, Kullanım ve memnuniyet düzeyi alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

E-Sağlık tutum anketi ve alt boyutları ile internet kullanım sıklığına göre yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; biliyorum, kullanıyorum ve memnuniyet alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

E-Sağlık tutum anketi ve alt boyutları ile bilgisayar Kullanım sıklığına göre yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; Kullanım düzeyi alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p<0,05$ ), bilgi ve memnuniyet düzeyi alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8. E-Sağlık Tutum Anketi ve Alt Boyutları Arasında Korelasyon Analizi**

	Alt Boyutlar		
	Bilgi Düzeyi	Kullanım Düzeyi	Memnuniyet Düzeyi
Bilgi Düzeyi		$r= 0,545$ $p= 0,000$	$r= 0,685$ $p= 0,000$
Kullanım Düzeyi			$r=0,471$ $p=0,000$
Memnuniyet Düzeyi			

Verilerin analizinde parametrik testler kullanılarak; Bağımsız Gruplarda t testi, One-way ANOVA ve Pearson Korelasyon testinden yararlanılmıştır. Pearson Korelasyon testinde korelasyon katsayısının yorumunda 0,00-0,25 arası çok zayıf; 0,26-0,49 arası zayıf; 0,50-0,69 arası orta; 0,70-0,89 arası yüksek; 0,90-1,00 arası ise çok yüksek ilişki olarak yapılmaktadır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi olarak 0,05 değeri baz alınmış olup  $p<0,05$  olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu,  $p>0,05$  olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Kalaycı, 2010). Bilgi düzeyi ve kullanım düzeyi( $r=0,545$ ) alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, Kullanım düzeyi ile memnuniyet düzeyi ( $r=0,471$ ) alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve bilgi düzeyi ile memnuniyet düzeyi ( $r=0,685$ ) alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

## SONUÇ

Günümüzde toplumsal talep ve gereksinimlerin değişmesi ve artmasına bağlı olarak kamu alanında, hizmet sunumu da değişmiş ve genişlemiştir. Bu durumların sonucunda idari yapı değişime uğramak zorunda kalmıştır. Bu değişim alanlarından birisi olarak nitelendirilen e-Devlet uygulamaları, çoğu alanda olduğu gibi Sağlık alanında da çeşitli uygulamalarla kendisinden söz ettirir hale gelmiştir.

Genel olarak Türkiye’de e-devlet hizmetlerinde dünya standartlarını yakalamak için ciddi bir gayret gösterildiği anlaşılmaktadır. Sağlık sektörünün e-devleti olarak adlandırılan e-Sağlık uygulamaları Açısından Türkiye ile gelişmiş ülkeler arasında önemli düzeylerde bir fark olduğu söylenemez. Bu bağlamda e-Sağlık hizmet sunumu Açısından Türkiye’de her geçen gün uygulama düzey ve kapasitesinin arttığı belirtilebilir. Bu noktadan yola çıkılarak tasarlanan bu Çalışmada, üniversite öğrencilerinin e-Sağlık uygulamalarına yönelik bilgi, Kullanım ve memnuniyet düzeyleri alan Araştırması kapsamında betimlenmiştir. Bu açıdan Araştırma kapsamında öne çıkan sonuçlardan bazıları şu şekilde özetlenebilir:

- Elde edilen verilere göre Araştırmaya katılanların %54,3’ünü kadın, %45,7’sini erkek öğrenciler oluşturmaktadır.
- Eğitim durumuna göre yapılan incelemede 3,1 oranıyla hazırlık seviyesinde eğitim alan katılımcılar, en az frekansa sahip kısmı oluşturmuştur. En yoğun frekans ise 1.sınıf seviyesinde eğitim alan katılımcılar da görülmüştür.

- Anket sonuçlarından anlaşıldığı üzere öğrencilerin akıllı telefon Kullanımının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Akıllı telefon Kullanım sıklığında 5 ve üzeri maddesinde yoğunlaşması öğrencilerin vakitlerinin çoğunu akıllı telefon kullanarak geçirdiklerini göstermiştir.
- İnternet kullanım sıklığının %43,1 oranıyla 5 ve üzeri maddesi, bilgisayar Kullanım sıklığının ise %39,3 oranıyla 0-1 saat arasında çıkması üniversite öğrencilerinin akıllı telefon Kullanımlarındaki artışın bilgisayar kullanım sıklıklarını azalttığını göstermektedir.
- Katılımcıların e-Sağlık tutum anketinde verdikleri cevaplara göre erkeklerin e-Sağlık tutum düzeyi kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.
- e-Sağlık Tutum Anketinde ortalama puanlar arasında en yüksek puan  $\bar{x}=1,19$  ile “e-Sağlık uygulamalarının daha da geliştirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyorum.” ifadesinde; en düşük puan ise  $\bar{x}=0,29$  ile “e-Sağlık kapsamında Tele-tıp uygulamasını kullanıyorum.” ifadesinde bulunmuştur.
- Anket sonuçlarına göre e-Devlet ve e-Sağlık kavramının anlamını bilen kişi sayısının fazla olduğu görülmüştür.
- MHRS hakkındaki vatandaş farkındalığının, e-Nabız, tele-tıp, SABİM, e-reçete hakkındaki farkındalıktan daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların MHRS’yi bilmelerine rağmen e-Nabız, tele-tıp, SABİM, e-reçete hakkında bilgilerinin olmaması, tanıtımların farkındalık üzerindeki etkisini ortaya koyduğu düşünülmektedir. Bu durumun oluşmasında hastanelerdeki afişlerin ve kısa tanıtım filmlerinin ve ulusal düzeydeki televizyon reklamlarında MHRS hakkında ciddi bir farkındalık oluşturulmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki sonuçlardan hareketle ortaya çıkan öneriler aşağıda kısaca özetlenmektedir:

- Katılımcılar tarafından e-reçete uygulamasının Sağlık sisteminin şeffaflığını olumsuz etkilediği düşünülmektedir ve bu yüzden de doktor tarafından hastaya verilen ilaçların ismi ve içeriği hakkında bilgi verilmesi veya eczaneye ulaşmadan hastanın yazılan ilaçları görebileceği bir sistem oluşturulmasına yönelik bir talep öne çıkmaktadır.
- Kişisel bilgilerin güvenliği açısından eksiklerin olduğu düşünüldüğünden dolayı güvenlik konusundaki Çalışmalara yoğunlaşılması elzem görünmektedir. Örneğin e-devlet veya e-Sağlık uygulamalarına şifre girişinin, çift onaylı yapılması gerektiği katılımcılar tarafından önerilmiştir.
- Uygulamalar konusunda reklam ve tanıtım yeterli düzeyde yapılmalıdır. Yapılan reklam ve tanıtımlar daha gerçekçi olmalıdır.
- E-Sağlık uygulamalarının Kullanımında toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.
- İnternet üzerinden randevu alımlarında özellikle saatlerde aksamalar gibi bazı problemlerle karşılaşılmaktadır ve bu sorun çözüme kavuşturulmalıdır.
- “Şifremi unuttum” kısmı eksik bulunmaktadır ve eksikler giderilmelidir.

## KAYNAKÇA

- Çarıkcı, O. (2010). Türkiye’de E-Devlet Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(12), 95-122.
- Demirel, D. (2006). E-Devlet ve Dünya Örnekleri, *Sayıştay Dergisi*, Sayı 61, 83-118.
- Ekinci, T. A.,(2018), “Türkiye’nin E-Devlet Görünümüne Uluslararası Göstergelerden Bir Bakış”, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, s.32, ss.333-351.
- Eng, T. R., (2004). Population health technologies: emerging innovations for the health of the public. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(3), 237-242.
- Eysenbach, G. (2001) “What is E-Health?”, *Journal of Medical Internet Research*, 3(2).
- Kılıç, T. (2017). e-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217.
- Kılıç, T. (2016) e-Sağlık ve Tele-tıp, AZ Yayınları: İstanbul.
- Naralan, Abdullah (2008), E-Devlet ve Algılanışı Üzerine Bir Araştırma, İmaj Yayınevi, Ankara.
- Özata, M. (2009). “Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Yürütülen E-Sağlık Projelerinin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkileri”, *Journal of Azerbaijani Studies*, ss.444-464.
- Şahin, A. ve Örselli, E. (2003). E-Devlet Anlayışı Sürecinde Türkiye. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (9), 343-356.
- Toygar, Ş.A. (2018), E-Sağlık Uygulamaları, *Yasama Dergisi*, Sayı 37, Kamu Yönetiminde Teknoloji Özel Sayı-II, ss.101-123.

Uçkan, Ö.(2003), E-Devlet, E-Demokrasi ve Türkiye, Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılanması İçin Strateji ve Politikalar-I, Literatür Yayıncılık, İstanbul.  
URL 1, Sağlık Bakanlığı, <https://e-saglik.gov.tr/TR,6212/sagliknet-hakkinda.html> Erişim Tarihi: 16.07.2019.

## KÜBA'NIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ BAŞARISININ SIRRI

### THE SECRET OF CUBA'S SUCCESS IN HEALTH CARE

Osman ŞENOL<sup>1</sup>  
Kevser SEZER KORUCU<sup>2</sup>

#### ÖZET

Hemen hemen tüm ülkelerin ortak sorunlarının başında artan Sağlık harcamaları gelmektedir. Bazı ülkeler GSMH'nin önemli bir kısmını Sağlık sektörüne ayırmasına rağmen hala istenilen sonuçlara ulaşamamıştır. Ülkelerin benimsemiş olduğu politikalar sağlığı direkt etkilediği gibi dolaylı etkileri de bulunmaktadır. Bu Çalışmada Küba'nın sosyo-ekonomik yönden kendisine benzeyen ülkelere kıyasla oldukça başarılı Sağlık göstergelerine sahip olmasını sağlayan dolaylı ve doğrudan etkiler üzerinde durulacaktır. Bu Çalışmanın temel amacı Küba'nın Sağlık sistemindeki başarısının temel faktörlerini ortaya koymaktır. Ülkeler arası temel Sağlık göstergeleri ele alınarak Karşılaştırmalar yapılacaktır. Çalışmada yöntem olarak daha önceden yapılan Araştırmalardan hareketle derleme yapılmış ve ülkelerin temel Sağlık göstergeleri Küba ile Karşılaştırılmıştır. Sağlığa hizmetlerine harcanan kaynaklarla ülkelerin elde ettikleri Sağlık göstergeleri Karşılaştırılmıştır.

**Anahtar Kelime:** Küba, Sağlık hizmeti, Sağlık Harcaması

#### ABSTRACT

Increasing health spending is one of the common problems of almost all countries. Although some countries devote a significant portion of the GNP to the health sector, the desired results have not yet been achieved. The policies adopted by the countries directly affect health and many other indirect factors affect the success in health services. The main purpose of this study is to reveal the main factors of the success of Cuba in the health system. Comparisons will be made by considering basic health indicators between countries. The literature will be searched as a method and the main health indicators of the countries will be compared with Cuba. The health indicators obtained by countries will be compared against the resources spent for health services.

**Key Words:** Cuba, Health care, Health Expenditure

#### GİRİŞ

Sosyalist bir ülke olan Küba dünyanın Sağlık hizmetleri alanında önde gelen ülkelerinden biridir. Küba bu başarısını gerçekleştirmeden önce 1950'li yıllarda oldukça fakir bir ülke olmasının yanında çeşitli sorunlarla uğraşmaktaydı. Dönemin kıt kaynakları karşısında halkına dünya standartlarında Sağlık hizmeti vereceği sözünü veren Küba'ya herkes tarafından şüpheyle bakılmıştı. 1959 yılında devrimin gerçekleşmesi önemli değişikliklerin ve gelişmişliklerin başlangıcı oldu. Devrim lideri olan Fidel Castro, ülkenin Sağlık ve eğitim sistemine çok önem vermiştir. Kıt kaynaklarla mücadele eden ülke var olan kaynakların da büyük bir çoğunluğunu eğitim ve Sağlık hizmetleri yönünde kullanmaya karar kılmıştır. O gün için alınan bu stratejik karar sayesinde bugün Küba; Sağlık göstergelerinde üst gelir ülkeleri ile yarışan, ülkelere binlerce hekim ihraç eden, birçok hastalığın tedavisinde kullanılmak üzere ilaç ve aşı üreten ve son olarak uluslararası platformda ortaklaşa Sağlık yatırımları yapan konuma yükselmiştir.

Küba konumu itibariyle değerlendirildiğinde yüksek bir turizm potansiyeline sahiptir. Uzun bir süre ambargonun zor koşulları ile mücadele etmek zorunda kalmıştır. Fakat bu zor şartlar ülkenin kendi içerisinde ihtiyaçlarını karşılayacak üretime zorlamış ve birçok başarının başlangıcına vesile olmuştur (Altındağ ve Sevin, 2017: 85). 1944-52 yılları arasında Küba'da iktidarda kalan Küba Devrimci partisini Fidel Castro liderliğindeki Küba Halk Partisi 1959 yılında devirmeyi başarmıştır (Nelson, 2011: 342). Bu hareketin gerçekleşmesinden hemen sonra ülke yönetim anlayışlı da değişmiş sosyalistliğe doğru bir yönelme olmuştur. Yönetim rejimini değiştiren Küba'yı, ABD bir tehdit olarak görmüş ve ambargo uygulamıştır. ABD'nin bu tutumu karşısında ise Küba yönünü SSCB'ye yönelmiş ve siyasi ve ekonomik işbirlikleri yapmıştır (Erman, 2015: 167). Castro ülkenin temel sorunlarını, toprak, sanayileşme, işsizlik, eğitim, barınma ve Sağlık hizmetleri olarak belirtmiştir (Zimbalist, 1989: 76).

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, osmansenol@sdu.edu.tr

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, kevserkorucu@sdu.edu.tr

## YÖNTEM

Çalışma, literatür taramasına dayalı bir teorik Araştırma niteliğini taşımaktadır. Literatürde var olan çalışmalar değerlendirilmiş olup güncel değişikliklere de yer verilmiştir.

## BULGULAR

1959 yılı öncesinde Küba Sağlık sistemi parçalı bir halde olduğu göze çarpmaktadır. Devrim gerçekleşikten sonra Küba Sağlık hizmetlerini Halk Sağlığı Bakanlığı adı altında örgütlemiştir. Bu bakanlık altında İlaç üretimi ve tıbbi donanım, hijyen ve epidemiyoloji, planlama ve finansman, tıp eğitimi olmak üzere farklı bakanlıklar şeklinde örgütlenmiştir. Halk Sağlığı Bakanlığının temel görevleri arasında (Sağlık Platformu, 2012: 4-5);

- Erişkinler arasında sağlığın geliştirilmesi
- Kır ve kentte çevre sağlığının geliştirilmesi
- İşçi sağlığının korunması
- Hastalıkların kontrolü
- Besin ve ilaç kontrolü
- Sağlık eğitimi
- Hastane yapımı ve izlenmesi
- Gelişen bilimi Sağlık hizmetlerine uyarlanması
- Araştırma; Ulusal ilaç üretimi
- Koruyucu tedavi edici Sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa yaygınlaştırılması olarak belirtilmiştir.

Sağlık hizmetlerine verilen bu önem yıllar içerisinde kendini göstermiş Sağlık personel sayısında dikkat çekici bir artış sağlanmıştır. 1958 yılından 1980 yılına kadar hekim sayısı üç kat artmış, diş hekim sayısı otuz kat, hemşire sayısı 22 kat artmıştır (Lister, 2008:329).

1959-1960 yılları arasında ülkenin Sağlık hizmetleri ciddi bir darbe görmüş yetişmiş Sağlık personel sayısında yaklaşık 3000 kişi ülkeyi terk etmiştir. O yıllar için toplam hekim sayısı 6421'dir. Mevcut hekimlerin çoğunluğu özel hekimlik yapmakta ya da yarı zamanlı olarak Çalışmalarını sürdürmekteydiler. Hekimlerin ülke geneline dağılımlarında ise adaletsizlikler mevcut olduğu için kırsal kesimin Sağlık hizmetine ulaşımı ciddi sorun teşkil etmekteydi. Ülkeden ayrılan hekimler de sorunu daha da derinleştirip çeşitlendirmiştir. Sağlık hizmetleri üzerinde yapılan reformlar sayesinde kısa sürede bu eksikliği gidererek hekim sayısını artırmış ve dış ülkelere hekim ihraç eden konuma yükselmiştir. Bugün Küba tıp dünyasında önde gelen ülkelere birisi olup başta Latin Amerika ve Sahra altı Afrika'da bulunan 23 ülkeden 3.000 üzerinde öğrenciye Sağlık eğitimi vermektedir (PAHO, 2002: 210).

Küba'da Sağlık hizmetlerinde verilen önem Sağlık göstergelerine yansımış uluslararası düzeyde dikkat çekici bir konuma gelmiştir. Devrim öncesi bulaşıcı hastalık kaynaklı ölüm oranı 100.000 kişide 62.7 iken bu oran devrim sonrası 9.3'e inmiştir. Ortalama yaşam süresi %50 artmış 50'li yıllardan 75'e çıkmıştır. Günümüzde ise ortalama yaşam süresi 79'a yükselmiştir. Bebek ölüm oranı ise devrim öncesi 1000 canlı doğumda 16 iken günümüzde 4'e kadar düşmüştür (Lister, 2008: 329). Diğer taraftan Sağlık hizmetlerine aktarılan kaynaklar Sağlık harcamalarını artırmış ve Küba'nın genel bütçesinin dağılımı incelendiğinde Sağlık, eğitim, güvenlik ve sosyal refah hizmetlerine ayırmaktadır (UNDP, 2016: 34).

ABD'nin ambargosu ile mücadele etmek zorunda kalan Küba en çok zorlandığı alanlardan birisi de ilaç sektörü olmuştur. İhtiyaç duyduğu ilaçların ABD tarafından üretilmesi bu ihtiyaçların karşılanmasını daha da zorlaştırmıştır. Ülkenin ilaç ihtiyacı elzem bir noktaya ulaştıkça ülke içinde üretilmesi için gerekli alt yapı Çalışmalar başlatılmıştır. İhtiyacı karşılamak için başlanan ilaç üretimi bugün ülkenin en önemli ihraç kalemleri arasında yerini almıştır.

Küba Sağlık sisteminde aile hekimliği oldukça önem arz etmektedir. 1970'lerde Sağlık hizmetlerinde poliklinik hizmetlerinin yetersizliği fark edilmiş alternatif çözüm arayışlarına girişilmiştir. Temel amaç halkın kesintisiz hizmet alması ve ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Bu amacı gerçekleştirebilmek için halk

ile temas halinde olunması fikri ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak aile hekimliği sistemi oluşturulmuş, Sağlık personeli ile Küba halkı buluşturulmuştur (Belek, 2017: 4).

Her aile hekimi hizmet verdiği topluluk alanında yaşamaktadır. Bu sayede halk ile hekim arasında iletişim en üst düzeye çıkarılmış olmaktadır. Aile hekimi başına ortalama 500 kişi düşerken, aile hekimleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri sunmaktadırlar. Aile hekimi, kendisine kayıtlı her bir bireyi kişinin kendisinin yaşadığı yerde yılda en az 2 defa ziyaret etmek zorundadır. Bu ziyaret esnasında kayıtlı kişilerin ekonomik durumu, barınma koşulları, sağlıklı beslenme düzeyi gibi konularda kayıt yapmaktadır. Müdahale edilmesi gereken, yardım edilmesi gereken kişileri ilgili birimlere bilgi vererek sorunun büyümesini engellemiş olur (Conner, 2017: 7).

Aile hekimleri sayesinde insanlar Sağlık hizmetlerine istedikleri zaman ulaşabilmekte, kişilerin ilk durağı birinci basamak Sağlık kuruluşları olmakta, sorun halledilemediği takdirde diğer basamaklara yönlendirilmektedir. Küba halkı Sağlık sorunlarının büyük bir kısmını birinci basamak düzeyinde halletmektedirler. Bu durum ise Sağlık harcamalarına olumlu olarak yansımaktadır. Küba Sağlık göstergeleri yönünden incelendiğinde gelişmiş ülkelerle boy ölçüşmektedir. Bugün Küba'da 1.000 canlı doğumda bebek ölüm oranı 4'lere kadar gerilemiştir. Küba'nın son yıllarda kanser tedavisi üzerine yoğunlaşmış olup farmakoloji ve genetik mühendisi alanlarında yetiştirdiği bilim insanları kanser ve çeşitli hastalıklar için ilaç ve aşı geliştirmektedirler (Comer, 2017:7).

İstatistik verileri incelendiğinde Küba'da kişi başı Sağlık harcaması 2.475 dolar civarlarında iken, bu rakam Türkiye'de 1.036 dolardır. Ülke bütçesi içerisinde toplam Sağlık harcaması oranı incelendiğinde Küba'da %11 iken, Türkiye'de %5,4 olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer taraftan 1.000 kişi başına Küba'da 7,5 doktor düşerken, Türkiye'de ise 1,7 doktor düşmektedir (<http://www.paho.org/cub/>). Küba ilaç üretimi yapan farklı şirketleri 2013 yılında Biocubafarma (*Biotechnological and Pharmaceutical Industries Business Group*) ismi altında birleştirdi. Bu birleştirmenin temel hedefi halkın Sağlık ihtiyacını karşılamak, Sağlıklı yaşam standartlarını yükseltmek, birikmiş bilgi birikimini üretime dönüştürerek ihracat kalemi haline getirmektir. Şuan Biocubafarma 500'ün üstünde ilaç üretiminde bulunmakta, 33 kanser, 33 bulaşıcı hastalıklar, 7'si diyabet, 18'i kalp olmak üzere toplam 91 Sağlık projesi geliştirmektedir. Bunların yanında ilaç ruhsatı için onay bekleyen 2000'ne yakın başvuru bulunmaktadır.

Yıllardır ABD ambargosu yüzünden sorunlarla uğraşan Küba son dönemlerde ABD ile yeni gelişmeler yaşamaktadır. ABD kanser Araştırma enstitüsü olan Roswell Park Canser İnstitüte'si ile Küba Moleküler İmmünoloji Merkezi arasında kanser hastalığına yönelik 2016 yılında bir işbirliği projesi başlamıştır. Bu sayede Küba tarafından geliştirilen CIMAvax isimli aşının ABD kliniklerinde denemeye başlanmıştır. Bu aşının temel özelliği ise kişinin bağışıklık sistemini destekleyip kötü kanser hücrelerinin gelişmesini önlemektedir (<https://www.huffingtonpost.com>). Küba'lı doktorların tıp dünyasına kazandırdıkları birçok önemli gelişmeler bulunmaktadır. Bunlardan birisi 1980'li yıllarda yaygın bir enfeksiyon hastalığı olan Menenjit B hastalığı için aşı geliştirilmiştir. Bu aşı tüm dünya genelinde uygulanmış ve en başarılı aşı olarak literatürde yerini almıştır. Aynı zamanda 2015 yılında Dünya Sağlık örgütü tarafından Küba'ya onur edici bir sertifika verilmiştir. Sertifikanın verilme sebebi, anneden bebeğe AIDS ve frengi hastalığının geçişini önleyen ilk ülke olmasıdır (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/>). Küba'nın uluslararası anlamda Sağlık hizmetlerinin gelişmesi için yapmış olduğu yardımlarda takdirle karşılanmaktadır. 2017 yılında başta Ebola olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek için 3. dünya ülkelerine yapmış olduğu yardımlardan dolayı dünya Sağlık örgütü tarafından Kamu Sağlığı Ödülüne layık görülmüştür (<http://www.who.int/features/2015/cuban-doctor-survivor/en/>).

Türkiye ile Küba arasında Sağlık hizmetlerine yönelik işbirliği Çalışmaları yeni yeni canlanmaktadır. İlk olarak 2017 yılında Ankara Üniversitesi ile işbirliğine başlanırken, Küba Havana Tıbbi Bilimler Üniversitesi ile Okan Üniversitesi arasında Kanser Çalışmaları arasında bir işbirliği anlaşması yapılmıştır (Küba Sağlık Sektörü İnceleme Ziyareti Sonuç Raporu, 2018: 11). Küba çoğu bulaşıcı hastalığı yıllar önce tamamen yok etmiştir. Küba'da felci (1963'ten beri), sıtma (1967'den beri), difteri (1971'den beri), kızamık (1993'ten beri), verem sonrası gelişen menenjit ve yeni doğan tetanozu (1970'lerin başından beri), kızamıkçık (2005'ten beri), boğmaca (1995'ten beri), kabakulak (2010'dan beri) hastalıkları artık görülmemektedir. Aynı durum iki önemli komplikasyon, kabakulak menenjiti ve konjenital kızamıkçık sendromu, için de geçerlidir (PAHO, 2001: 13; Küba Sağlık Bakanlığı, 2016: 95, Belek, 2017: 5).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde hem ülkelerin hem vatandaşların finanse etmekte en zorlandığı Sağlık hizmetleri gelmektedir. Yıllar içinde düzenli olarak artan Sağlık harcamaları karşısında alternatif çözüm arayışları olmaktadır. Yapılan onca Sağlık harcamaları karşılığında istenilen Sağlık sonuçları alınamamaktadır. Küba'nın Sağlık göstergeleri incelendiğinde gelir seviyesi en üst seviyede olan ülkelerle aynı düzeyde olduğu görülmektedir. Sağlık harcamaları yönünden kıyas edildiğinde diğer ülkelere kıyasla az bir kaynakla oldukça iyi sonuçlar aldığı görülmektedir. ABD'nin Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarda ilk sırada yer alırken ve Sağlık göstergeleri kapsamında istenilen düzeye ulaşamamıştır. Diğer taraftan Küba ABD'den oldukça az bir Sağlık harcaması yaparak ABD'den iyi Sağlık göstergesine sahiptir. Küba'nın Sağlık hizmetlerindeki bu başarısı incelendiğinde Sağlık hizmetlerinin adil ve toplumun ihtiyaçlarını gözeten bir şekilde dizayn edildiği dikkatleri çekmektedir.

Sağlık hizmetlerinden elde edilecek sonuçlar sadece Sağlık yatırımları ile başarılamamaktadır. Sağlığı etkileyen birçok faktör ve koşullar bulunmaktadır. Bir ülkenin eğitim sistemi, kentleşme biçimi, beslenme düzeyi, çevre düzeni, gıda politikası gibi birçok faktör sağlığı etkilemektedir. Elde edilebilecek sonuç bütün bu faktörleri uyumlu bir şekilde olmasına bağlıdır. Devrimle sosyalist bir düzene geçen Küba, halkı ile iç içe yaşamayı tercih etmiş, Sağlık personelleri ile halk sürekli dirsek temasında olmuş, diğer yaşamsal koşulları uygun hale getirmiş bir ülkedir. Küba bugün elde ettiği sonuçları geçmişte benimsediği doğru politikalara ve bütüncül Sağlık yatırımlarına borçludur.

## KAYNAKLAR

- Altındağ, Ö. Ve Sevin, Ç., (2017), “Küba'nın Sağlık Hizmetlerine Sosyal Hizmetlerin Gelişimine Bir Bakış”, *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 17(1):84-106.
- Belek, İ., (2017), Küba Sağlıkta Neden ve Nasıl Başarılı Oldu?, *Madde Diyalektik ve Toplum*, 2(1): 3-7.
- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP). (2016). *İnsani Gelişme Raporu 2016*.
- Conner, G., (2017), “Cuba's family doctor-and-nurse teams: a day in the life”, *Medicc Review*, 1, 6-8.
- Dünya Sağlık Örgütü Küba Sayfası <http://www.who.int/countries/cub/en/> (Erişim tarihi: 11.06.2019).
- Kubilayhan, E., (2015), *Latin Amerika ve İspanya Üzerine Güncel Çalışmalar*, Gece Kitaplığı, 1. Baskı, Ankara.
- Lister, J. (2008), *Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? Çev.: Melis İnan, Alaz Kılıçaslan, N.E., Deniz İlhan & Halil Can Kurban, İnsev Yayınları, İstanbul.*
- n-development-report-20161.html 13.05.2019 tarihinde erişilmiştir.
- Nelson, P., (2011), “The Cuban Revolution”, *Latin America, Its Problems and its Promise*, Jan Knippers Black (Der.), Westview Press, 1. Edition. ABD
- Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO), (2002), “Sağlık Hizmetleri Sistemi Profili”. Paho Publication, Washington.
- Sağlık Platformu. (2012), Küba'nın Sağlık Sistemi
- Zimbalist, A., (1989), *Cuban Economy: Measurement and Analysis of Social Performance*, The John Hopkins Press, 2. Edition, ABD.
- İnternet Kaynakları**
- Küba Sağlık Bakanlığı (2016). *Anuario estadístico de salude*. [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario Estad%C3%ADstico de Salud e 2016 edici%C3%B3n 2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf) (Erişim tarihi: 02.05.2019)
- <http://www.paho.org/cub/>(Erişim tarihi: 02.06.2019)
- <http://www.saglikplatformu.com/arastirmalar/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=66&page=>(Erişim tarihi: 02.06.2019)
- [http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human\\_development/huma](http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/huma) (Erişim tarihi: 02.06.2019)
- <http://www.who.int/features/2015/cuban-doctor-survivor/en/> (Erişim tarihi: 02.06.2019)
- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/> (Erişim tarihi: 02.06.2019)
- [https://www.huffingtonpost.com/entry/cuba-medicalinnovations\\_us\\_56ddfaccfe4b03a4056799015](https://www.huffingtonpost.com/entry/cuba-medicalinnovations_us_56ddfaccfe4b03a4056799015) (Erişim tarihi: 15.05.2019)

## HOW HEALTH DESTINATION AFFECTS THE HUMAN WELL-BEING?

Bilal YALÇIN[1]  
Sedat BOSTAN[2]  
Gökhan YILMAZ [3]

[1] Afyon Kocatepe University/Tourism Management/Turkey/byalcin@aku.edu.tr.

[2] Ordu University/ Healty Care Management/Turkey

[3] KTU/ Healty Care Management/Turkey

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** According to WHO (World Health Organisation); “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” We may add this definition the emotional well-being though. With emphasis on health in recent years tourists tend to be more sensitive in destination choices. On the other side health is an area of very sensitive and open to abuse. At this point tourist experience has come to mind.

**The Purpose of the Study:** The aim of the study is to examine tourists’ experiences after staying a hospital. What they have expected more or less and what they have experienced according to well-being / wellness concept is the main objective of the study.

**Method:** The study was carried out on foreign patients referred to hospitals in Trabzon. 31 foreign patients were reached in the study. The well-being scale developed for the health tourists has been translated into English and Arabic by the translators and adapted to the hospitals. The Cronbach’s alpha reliability coefficient of the scale application was calculates 95. The validity of the scale was tested by factor analysis, and the questions collected under the two factors.

**Findings and Results:** for this study we used The Shannari Well-being Indicators for classifying the hospitals. We have analyzed the comments according to indicators. The wellbeing Indicators are used to record observations, events and concerns and as an aid in putting together a tourist’s plan. The indicators classified into eight categories. Every health tourist has the right to expect appropriate support from organisations to allow them to develop as fully as possible across each of the well-being indicators. 31 patients have been specified. The post-consumption evaluations of satisfaction has been examined.

**Key Words:** Well-being, Hospital, Health Tourists,

### Giriş

WHO'ya (Dünya Sağlık Örgütü) göre; “Sağlık, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halini tamamlayan bir durumdur, sadece hastalık veya halsizliklerin yokluğudur.” Bu tanımlı duygusal iyilik halini de ekleyebiliriz. Son yıllarda Sağlık vurgusuyla, turistler buldukları yerde Sağlık hizmeti alma ihtiyaçları oluştuğunda, Sağlık hizmeti alacakları kurumları seçimlerinde daha hassas olma eğilimindedir. Diğer yandan Sağlık, çok hassas ve istismara açık bir alandır.

Medikal turizm dünyada giderek yaygın bir fenomen haline geldi ve son yıllarda Türk Sağlık turizmi politikaları da gündemde. Bu doğrultuda bazı özel ve devlet hastaneleri Sağlık turizmi üzerine özel Çalışmalar yürütmektedir. Medikal turizmde müşteri memnuniyeti önemli bir rol oynamaktadır. Medikal turizme katılanların tercihlerini etkileyen faktörler; hizmetin ödeme kabiliyeti, hizmetin erişilebilirliği, ihtiyaca uygun hizmet, hizmet kalitesi, varış yerindeki turistik yerler.

Bu Çalışmanın amacı, Türk hastanelerinde hizmet veren Sağlık turistlerinin görüşlerini belirlemek ve yabancı hasta memnuniyeti alanındaki tıbbi turizm Çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

### Yöntem

Veriler beşi Likert ölçeğiyle toplanmıştır. Anket Lee, Han ve Lockyer Çalışmasından uyarlanmıştır (2012). Oteller için geliştirilen "refah" ölçeği yazarlar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve hastanelere uyarlanmıştır. Sorular Arapça, İngilizce ve Türkçe olarak yazılmıştır. Araştırma ölçeği, yabancı hastaların demografik özellikleri ve hastaneden hizmet alma sürecindeki hizmetlerinden memnuniyetleri hakkında iki bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın evreni, Karadeniz Bölgesi'nin Trabzon-Ordu ilinde faaliyet gösteren Sağlık kuruluşlarına başvuran yabancı hastalardan oluşmaktadır. Şubat 2017'de başlayan veri toplama işlemi Mayıs 2017'de sona erdi. Bu süreçte toplam 69 geçerli anket elde edildi.



Ölçek uygulamasının Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 95 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin geçerliliği faktör analizi ile test edilmiştir ve tek faktör altında toplanan sorular varyansın% 55'ini oluşturmaktadır ve uygundur. Araştırmadan elde edilen veriler kantitatif analiz teknikleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, nicel veriler SPSS 16.0 programı, frekans analizi, T testi ve Anova analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

## Bulgular

Yabancı hastaların demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

<b>Tablo 1: Demografik Bulgular</b>			
<b>Değişkenler</b>	<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cinsiyet	Kadın	38	55,1
	Erkek	31	44,9
Yaş	18-24	34	49,3
	25-34	8	11,6
	35-44	15	21,7
	45-54	7	10,1
	55 +	5	7,2
Meslek	Kendi işinde	10	14,5
	Memur	8	11,5
	İşçi	11	16,0
	Emekli	2	2,9
	Öğrenci	37	53,6
	İşsiz	1	1,4
Masrafları Kim Ödüyor	Kendi	35	50,7
	Şirketi	4	5,8
	Ailesi	30	43,5
Tatil Süresi	1-10	15	21,7
	11-20	13	18,8
	21+	41	59,4
Eğitim	Eğitimsiz	5	7,2
	Lise ve aşağısı	9	13,0
	2 yıllık Yüksekokul	9	13,0
	Üniversite	42	60,9
	Üniversite +	4	5,8
Ziyaret sıklığı	İlkez	11	16,0
	2-3 kez	22	31,9
	4-5 kez	24	34,7
	6 ve daha fazla	12	17,3

Katılımcılar dağılımlarına göre analiz edildiğinde 3'ü Hollandalı, 9'u Suudi Arabistan, 4'ü Alman, 2'si İsviçre, 2'si Rus, 5'i Azerbaycan, 7'si Gürcistan'dan, 9'u Kuzey Kıbrıslı, 10'u Pakistan, 2 tanesi Ukrayna, 3 tanesi Bulgaristan, 3 tanesi Sloven, 6 tanesi Afganistan ve 4 tanesi Mısır.

Araştırma anketin yabancı hastaların memnuniyetlerini ölçmek üzere verilen ifadelerin ortalama puanları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Yabancı Hastaların İyilik Ölçeği

İfade	Ortalama	Standart Sapma
Rezervasyon işlemi	3,21	,893
Fiziki çevre	3,27	,770
Tesisler	3,40	,869
İhtiyaçlarınızı anlamak	3,12	,963
Yaşam standardınız	3,37	,864
Sağlık durumunuz	3,35	,764
Destek ve rehberlik almak	3,29	,977
Hastane otel personeli ile kişisel ilişkileriniz	3,42	,936
Güvende ve kendinden emin hissetmek	<b>3,69</b>	,875
Sosyal etkileşimleriniz	3,33	,985
Manevi veya dini yönünüzü	<b>3,52</b>	,828
Hastane otel aktivitelerine katılım	<b>3,50</b>	,980
Rekreasyon faaliyetleri	3,44	,873
Yiyecek ve içecek (beslenme)	3,33	,879
Bağlı olmak	3,31	,940
Saygı duyulması (samimiyet)	<b>3,58</b>	,871
Kendini gerçekleştirme (kişisel potansiyel)	3,21	,871
Kendini aşma (hayata kişisel katkı)	3,25	,764
Rezervasyon işlemi	3,10	,975

Katılımcıların güvenlik, saygı ve nezaket duyguları yüksekti ve kendilerini açıklama ve ödeme karşılığında hizmet alma (para karşılığı değer) konusunda memnuniyetleri en düşük seviyede idi.

### Sonuç

Sağlık turizmi sektöründe müşteri memnuniyetinin önemli bir rolü vardır. Sağlık turizmine katılanların tercihlerini etkileyen en önemli faktörler aşağıdaki gibidir: Hizmetin karşılanabilirliği, Servisin erişilebilirliği, Servisin ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi, Bakım kalitesi, Turizmin bir bileşeni olarak destinasyon teklifleri, Gizlilik. Diğer hizmetlerin sağlayacağı faydalar Sağlık turizmi katılımcılarının tercihlerini yakından etkilemektedir.

Bu sonuçlara göre; Hastane personelinin yabancı dil konusunda kendilerini geliştirmeleri gerektiğine ikna edilmesi gerektiği ve verilen hizmetin paranın değerini sağlaması gerektiği söylenebilir.

Sağlık turizminde belirli bir noktaya ulaşmak için; özellikle kamu ve özel sektör Sağlık kurumlarının ve turizm şirketlerinin diğer ülkelerdeki sosyal güvenlik şirketleriyle daha yakın işbirliği içinde olmaları gerekmektedir. Sağlık kurumlarının kalitesi iyileştirilmelidir.

Sağlık hizmetleri sunumlarına ek olarak, bir ülkenin diğer turizm tesisleri de bir paket sistem içinde tasarlanmalıdır.

### Kaynaklar

Dunn, H. (1961). High-level wellness. Arlington, VA: R. W. Beatty.

Hettler, W. (1984). Wellness: Encouraging a lifetime pursuit of excellence. Health Values: Achieving High Level Wellness, 8, 13-17.

Lee, M., Han, H., Lockyer, T. (2012). Medical Tourism—Attracting Japanese Tourists for Medical Tourism Experience, Journal of Travel & Tourism Marketing, 29: 69-86.

## AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: KONYA ÖRNEĞİ

### A RESEARCH TOWARD RATIONAL DRUG USE: THE CASE OF KONYA

Yunus Emre ÖZTÜRK [1]  
Müjdat YEŞİLDAL [2]

[1] Selçuk University/Healthy Care Management/Turkey/ [yunuseozturk@gmail.com](mailto:yunuseozturk@gmail.com)  
[2] Selçuk University/Healthy Care Management/Turkey/ [mujdatyesildal@gmail.com](mailto:mujdatyesildal@gmail.com)

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Non-rational drug use and waste of unused medicines are among the major problems of the modern world. Non-rational drug use continues as a serious problem affecting public health not only in our country but all over the world. The aim of this study was to investigate rational drug use.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to evaluate the level and awareness of knowledge about rational drug use of citizens living in Konya.

**Method:** The study was carried out in Konya, Selçuklu, Meram and Karatay districts. The sample of the study consists of 400 people. The measurement tool developed by Çelik (2011) was used. A scoring system was established to measure rational drug use habits. T-test, one-way analysis of variance and correlation analysis were performed. The results were compared with each other to find any relationship or difference between them.

**Findings and Results:** 400 people participated in the study; Of the women, 53% are 71% of whom are undergraduate or above. The mean age is  $34,05 \pm 11,69$  and 37,3% is in the age range of 18-27. The mean score of the participants on rational drug use was found to be  $6.15 \pm 1.63$ . There was a significant difference between sex, age and education level. Participants with a young age and a high level of education have a higher level of knowledge about rational drug use.

**Keywords:** *Rational Drug Use, Patient, Drug*

#### GİRİŞ

Sağlık toplumun vazgeçilmez bir unsuru olduğu gibi, ilaç da Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmezidir. İlacın rolü, hastalığa ait olan durumlarda veya fizyolojik sistemde insanın yararına olmak suretiyle Kullanımdır (Oktay ve Kayaalp,2009). Fakat ilaç içindeki yardımcı kimyasal maddeler tamamen zararsız değildir. Bu nedenle biyoeşdeğerlik çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. İlaçlar istenen etkilerin yanında, beklenmeyen etkilere de yol açabilir. Örnek olarak; hekimin verdiği bir ilaç, hastanın kullandığı başka bir ilaçla etkileşebilir, kişinin ilaç kullanımı zamanlarına uymaması ya da ilaçla beraber Kullanımı zararlı olan besinlerin tüketilmesi, ilacın etkisini azaltabilir, etkisizlik oluşturabilir veya bazı ilaçların toksik etkisini artırabilir. Akılcı ilaç Kullanımı (AİK) verilen ilaç miktarının azaltılmasını veya ilaç Kullanımına bağlı oluşan istenmeyen etkilerin azaltılmasına neden olur. Bu açıardan bakıldığında ilaçların gerek rutin ilaçlarla ve gerekse doğal bitkisel ürünlerle etkileşime açık olduğu ve tedavi başarısını etkileyebileceği hiçbir zaman akıldan çıkarılmamalıdır (Özçelikay,2001).

Modern dünyada, piyasada çok fazla ilaç molekülü var ama hala birçok insanı etkileyen tedavi edilemez hastalıklar var. Araştırmalar devam ediyor ve her gün yeni bulgular hastalıkların tedavisi için ortaya çıkıyor. Bu anlamda, ilaç Kullanımı son zamanlarda daha fazla önem kazanmıştır. Yanlış Kullanım, uygun olmayan Kullanım, yetersiz Kullanım veya ilacın aşırı Kullanımı sadece terapi ile etkileşime girmez, aynı zamanda hastaya da zarar verebilir.

İnsanların ilaç kullanma alışkanlıkları, tedavi gören hastaların gelecekteki ihtiyaçları hakkında bilgi verebilir ve sosyal ve klinik tıp Araştırmacıları arasında tıp konusundaki en önemli konulardan biridir. Hasta merkezli tedavi bu yaklaşımın bir sonucudur. Hastaların ilaç tüketiminin gerçek belirleyicisi olarak bilinmesi gerekliliğinden dolayı, bilim adamları ilaç kullanma alışkanlıkları, nedenleri ve sonuçları üzerinde çalışmaktadırlar.

DSÖ tarafından ilaçların akılcı Kullanımı için ulusal ilaç politikalarının geliştirilmesi ve geliştirilecek bu politikanın DSÖ temel ilaçlar politikası eksenli olması gerektiği ifade edilmiştir. AİK basamakları; doğru

tanımın konması, prognozun belirlenmesi, tedavi amaçlarının saptanması, tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi, uygun tedavinin seçimi, ilaç tedavisi gerekli ise reçetenin doğru biçimde yazımı ve takiptir. Tüm bu süreçte ilaç dışı tedavi seçeneklerinin dikkate alınması, ilaçlar için etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet analizinin yapılması, risklerin en aza indirilmesi, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması esastır (WHO,1987).

Akılcı ilaç Kullanımında önemli bileşenlerden birisi de hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılmasıdır. Bu faktörler yerine getirilmediğinde, tedaviye yönelik diğer çabaların verimliliği önemli oranda düşmektedir (Yapıcı ve ark, 2011).

## 2. YÖNTEM

Bu çalışmada amaç, akılcı ilaç Kullanımı konusunda bilgi ve tutumun ölçülmesidir. Araştırmada nicel Araştırma deseni kullanılmış olup; tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Çalışma Konya ilinde 18 yaş üzeri vatandaşlara uygulanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ilçeler; Meram, Selçuklu ve Karatay'dan oluşmaktadır. Araştırmanın evreni 1.278.000 kişiden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla Altunışık ve arkadaşlarının (2012) Çalışmasından yararlanılmıştır. Altunışık ve arkadaşlarına (2012) göre 1.278,000 kişilik evrene karşılık 384 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüş ve 400 kişi Çalışma kapsamına dâhil edilmiştir. Araştırmada basit rastgele örneklem yöntemi uygulanmıştır. Çelik,2011 tarafından geliştirilen ölçme aracı kullanılmıştır. Araştırmada yapılan anketler sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak ilk adımda veri kontrolü yapılmış ve hatalı veriler düzenlenmiştir. Ölçeğe ait Cronbach's Alpha değeri 0,816 olarak tespit edilmiştir. Veriler normallik testi sonucu normal dağılıma uyduğu için Araştırmada; tanımlayıcı istatistiksel metotlar ile birlikte, t testi, One-way ANOVA ve Pearson Korelasyon analizleri yapılmıştır.

## 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan vatandaşlara ait bulgular; genel bilgiler, Karşılaştırma analizleri ve korelasyon analizi olmaz üzere tablolar halinde sırasıyla verilmiştir

**Tablo 4. Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular**

Özellikler (n=400)		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	212	53,0
	Erkek	188	47,0
<b>Yaş</b>	18-27	149	37,2
	28-37	92	23,0
	38-47	104	26,0
	48 ve üzeri	55	13,8
<b>Öğrenim Durumu</b>	İlköğretim	53	13,3
	Lise	61	15,3
	Lisans ve üzeri	286	71,4
<b>Aynı Hanede Yaşayan Kişi Sayısı</b>	1-2	46	11,5
	3-4	246	61,5
	5 ve üzeri	108	27,0

Tablo 1'de görüldüğü üzere Akılcı ilaç Kullanımına yönelik çalışma sonucunda 18 ile 79 yaş arası 400 katılımcı sorulara cevap verdi. Katılımcıların %53'ü kadınlardan, %37,2'si 18-27 arası yaş grubunda, %71'i lisans ve üzeri eğitim seviyesinde bulunmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %61,5'i çekirdek aile olarak (3-4 kişi) yaşamaktadır.

**Tablo 2. Katılımcıların Genel Özellikleri AİK Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler (n=400)	n	Ort. ± Ss.	Test değeri	p değeri	Anlamlılık	
Cinsiyet	Kadın	212	6,29±1,55	1,772	<b>0,037</b>	
	Erkek	188	6,00±1,69			
Yaş	18-27 <sup>1</sup>	149	5,65±1,65	8,021	<b>&lt;0,001</b>	1<2,3,4*
	28-37 <sup>2</sup>	92	6,42±1,70			
	38-47 <sup>3</sup>	104	6,42±1,70			
	48 ve üzeri <sup>4</sup>	55	6,55±1,44			
Öğrenim Durumu	İlköğretim <sup>1</sup>	53	5,64±1,93	3,918	<b>0,021</b>	1<2,3**
	Lise <sup>2</sup>	61	6,22±1,52			
	Lisans ve üzeri <sup>3</sup>	286	6,40±1,68			
Aynı Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1-2	46	6,24±1,74	1,441	0,238	
	3-4	246	6,24±1,57			
	5 ve üzeri	108	5,93±1,63			

**Post-Hoc Testleri:** \*Tukey HSD \*\*Dunnett T3

Vatandaşların Akılcı ilaç Kullanım puanları ile genel özelliklerinin Karşılaştırılması Tablo 2’de sunulmuştur. Akılcı ilaç Kullanımı ile cinsiyet yaş ve eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanırken ( $p<0,05$ ); aynı hanede yaşayan kişi sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Erkeklerin kadınlara göre, 18-27 yaş aralığında olanların diğer yaş gruplarına göre, ilköğretim mezunlarının diğer eğitim seviyelerine göre daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 3. Katılımcıların Genel Özellikleri ile AİK Korelasyonu**

Özellikler (n=400)	Akılcı İlaç Kullanım Puanı
Yaş	0,220** <b>&lt;0,001</b>
Aynı Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	0,037 0,458

\*\*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Katılımcıların genel özellikleri ile yaş arasında korelasyon analizin bulguları Tablo 3’te sunulmuştur. Aynı hanede yaşayan kişi sayısı ile akılcı ilaç Kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Yaş ile akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlılık tespit edilmiştir.

#### 4. SONUÇ

Konya ilinde yaşayan vatandaşların akılcı ilaç Kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlarını ölçebilmek amacıyla yapılan bu Araştırmada vatandaşların akılcı ilaç Kullanımına dair sonuçlar bulgular kısmında incelenmiştir. Araştırmaya katılan 400 kişinin; %53’ü kadınlardan, %59,3’ü lisans ve üzeri eğitim seviyesinde bulunanlardan oluşmaktadır.

Araştırma sonucunda kadınların erkeklere göre akılcı ilaç Kullanımından aldıkları puanlar daha yüksek çıkmıştır. İlgili literatürde bulguyu destekler niteliktedir (Baybek ve ark. 2005; Hocaoğlu ve ark. 2011; Pınar ve ark. 2013). Bu sonucun kadınların ailenin Sağlık bakımı konusunda kendilerini toplumsal normlar gereği sorumlu hissetmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızın bir diğer sonucu yaşı 18-27 arasında olanların diğer yaş gruplarına göre daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. 28 ve üzeri yaşta olanların AİK bilgi düzeyinin yüksek olup, bu duruma yaş ilerledikçe ilaçlar konusunda bilinç düzeyinin artmasının ve yönlendirilmeye daha az açık olunmasının neden olduğu söylenebilir. Öğrenim durumu Açısından ilköğretim mezunu olanların AİK bilgi düzeyi lise, lisans ve üzeri mezunlara

göre düşük puan almıştır. Öğrenim durumuna göre mezuniyet seviyesi arttıkça edinilen bilgi ve yaşa bağlı edinilen tecrübe niteliğinde bilgilerin etkili olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak toplumun bilinçlendirilmesi; hastaların bilinçsiz ilaç kullanma sıklığının azaltılması; hekime gereksiz ilaç yazdırma baskısının azaltılması, tam koyma sürecinde hekime daha sağlıklı bilgi vermesinin sağlanması ve verilen tedaviye uyumunun artırılması Açısından çok önemlidir.

## KAYNAKLAR

Aydın, B., & Gelal, A. (2012). Akılcı ilaç Kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26(1), 57-63.

Akıcı, A., Kalaça, S., Uğurlu, M. Ü., Çalı, Ş., & Oktay, Ş. (2001). Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç Kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Geriatri Dergisi, 4(3), 100-106.

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. (2012). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.

Baybek, H., Bulut, D., & Çakır, A. (2005). Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (15), 53-67.

Cameron S. Study by Alberta pharmacists indicates drug wastage a "mammoth" problem. CMAJ, 155(11): 1596–1598, 1996.

Ercan, T. (2018). *Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği (Yüksek Lisans Tezi)*. Retrieved from <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Eşkazan, E. (1999). Akılcı ilaç Kullanımı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu. İstanbul, 9-20.

Hocaoğlu, N., Güven, H., Gidener, S., Tunçok, Y., Kalkan, Ş., Gümüştekin, M., & Gelal, A. (2011). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin akılcı ilaç Kullanım becerileri üzerine akılcı ilaç Kullanım kursunun kısa dönem etkileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(1), 15-24.

Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Yardım N., Özbay H., Çaylan A., Ünüvar N., Aydın S. (2007) (Eds): Türkiye’de Sağlığa Bakış. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, s:227-229

Nakeeb, A., Pitt, H. A., Sohn, T. A., Coleman, J., Abrams, R. A., Piantadosi, S., ... & Cameron, J. L. (1996). Cholangiocarcinoma. A spectrum of intrahepatic, perihilar, and distal tumors. *Annals of surgery*, 224(4), 463

Oktay, Ş., & SO, K. (2009). Reçete yazma kuralları ve rasyonel ilaç Kullanımı. İçinde: Kayaalp SO, editör. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. On ikinci baskı. Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık Ltd. Şti, 132-143.

Özçelikay G. Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma. J. Fac. Pharm, Ankara, 30(2): 9-18, 2001

Pınar, N., Karataş, Y., Bozdemir, N., & Ünal, İ. (2013). Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TAF preventive medicine bulletin*, 12(6).

Sürmelioglu, N., Kiroglu, O., Erdoğdu, T., & Karataş, Y. (2015). *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi Archives Medical Review Journal Measures for Prevention of Irrational Drug Use*. 24(4), 452–462.

WHO. (n.d.). Role of Dispensers in Promoting Rational Drug Use-Session Guide. Retrieved April 27, 2019, from [http://archives.who.int/PRDUC2004/RDUCD/Session\\_Guides/role\\_of\\_dispensers\\_in\\_rational\\_d.htm](http://archives.who.int/PRDUC2004/RDUCD/Session_Guides/role_of_dispensers_in_rational_d.htm)

WHO. (1987). The Rational Use of Drugs - Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29 November 1985. In *World Health Organization* (Vol. 45). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92848-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92848-X)

Yapıcı, G., Balıkcı, S., & Uğur, Ö. (2011). Birinci basamak Sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç Kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 38(4).

## SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BİLİNÇLİ İLAÇ KULLANIMINA ETKİSİ

### THE EFFECT OF HEALTH LITERACY LEVEL ON RATIONAL DRUG USE

Yunus Emre ÖZTÜRK<sup>1</sup>  
Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Among the health expenditures in the world, drug expenditures are important and health authorities take measures to reduce drug expenditures in general health expenditures. The use of rational drugs is an application aimed at reducing health expenditures. This study aims to determine the relationship between health literacy and rational drug use.

**The Purpose of the Study:** This study was carried out to determine the effect of health literacy level on rational drug use.

**Method:** This research is descriptive. The research population consists of the patients and their relatives who applied to the State and University Hospitals in the city of Konya between April 1, 2018 and April 20, 2018. 596 patients and their relatives were included in the study with easy sampling method. The data were collected through questionnaire on rational drug use and health literacy scale. SPSS 22.0 program was used to analyze the data. The data were evaluated by frequency analysis, independent samples t test and Anova tests.

**Findings and Results:** The level of health literacy of the patients and their relatives who applied to hospitals in the provincial center of Konya was found to be relatively adequate. The difference between health literacy level and gender, hospital type, drug use with the recommendation, educational status, number of children and age variables was found to be significant. According to the results of the study, the health literacy level of female participants and the health literacy level of those admitted to the State Hospital are higher. As the level of education and income increases, the level of health literacy increases. As age increases, the level of health literacy decreases. It was found that the majority of the participants did not use the drug in the recommended way and they were using non-prescription drugs. It has been observed that the level of health literacy in the participants using drugs with recommendation was lower than in the others.

**Key Words:** Health Literacy, Rational Drug Use, Konya

#### GİRİŞ

Okuryazarlık temel olarak, okuma ve yazma yeteneğidir. Okuryazarlık; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir (Gunes 1994). Sağlık okuryazarlığı ise, bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel Sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi Sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içermektedir (Çiftçi 2017). Sağlık okuryazarlığı kavramının tanımlanması ilk olarak Sağlık eğitimi alanında 1974 yılında olmuştur. Fakat kavramın sık olarak kullanılmaya başlanması 1990'lı yıllarda gerçekleşmiştir. (Sezer ve Kadioğlu 2014).

Sağlık okuryazarlığı, Sağlıklı geçirilen yaşam süresi ve aynı zamanda kalitesinin artmasını, Sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini sağlar. Sağlık Çalışanları için; mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını ve bu becerilerin kullanılmasını, Sağlık hizmeti alanlar için de; anlaşılır ve karar mekanizmasına dâhil olmayı, kaliteli Sağlık hizmetinden yararlanmayı sağlar (Bozkurt 2017:16). Sağlık okuryazarlığı toplumsal ve bireysel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur. Bireylerin Sağlık okuryazarlık beceri ve kapasitelerine eğitim, kültür ve dil aracılık eder (Avcı 2013). Sağlık okuryazarlığı, Sağlık hizmeti sunucuları ile Sağlık hizmetini alan hastalar arasındaki sorumlulukların paylaşılmasına olanak verir (Balçık, Taşkaya ve Şahin 2014).

<sup>1</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/[yunuseoztuk@gmail.com](mailto:yunuseoztuk@gmail.com)

<sup>2</sup> Selcuk University/Healty Care Management/Turkey/[akmanhilal@hotmail.com](mailto:akmanhilal@hotmail.com)

Düşük Sağlık okuryazarlığı kişilerin daha sık ve daha uzun süre hastaneye gitmelerine, Sağlık harcamalarında artma ve sağlığın kötüleşmesi gibi sonuçlar doğurabilir. Sınırlı Sağlık okuryazarlığı hastalık ile ilgili önemli bir testi yaptırmak veya yakınlarının tedavi süreçlerine yardımcı olunması gibi basamakları zorlaştırabilir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz bireyler hastane acil servislerini daha sık kullanırlar. Acil servislerde hastalıkları ile ilgili yeterli tedavi, bakım, eğitim ve talimatları alamazlar. Hastane acil birimlerinde, acil durum dışı hastalıkların iyileşeceği düşüncesi yetersiz Sağlık okuryazarlığının göstergelerinden biridir (Zengin 2017).

ABD’de 2003-2006 yılları arasındaki Sağlık harcamalarının 106 milyar dolardan 206 milyar dolara yükselmesi sebebiyle Sağlık harcamalarının düşürülmesi için yapılan bir Çalışmada SOY’un yükseltilmesinin, alınan önlemlerden biri olduğu belirtilmiştir (Çiftçi 2017). 2010 yılında HLS-EU Konsorsiyumunun Avrupa’da 8 ülkede yaptığı Araştırmada katılımcıların % 35.2’sinin problemlili, %12.4’ünün yetersiz Sağlık okuryazarı olduğu; ancak %16.5 ‘inin mükemmel Sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde 2014 yılında ülkemizde yapılan Araştırmada toplumun %64.6 sının yetersiz (%24.5) veya sorunlu (%40.1) Sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır (Akçilek, 2017:3).

Türkiye’de Sağlık okuryazarlığı ile ilgili Çalışmalar 1950’lerde başlamıştır. Günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Çalıştaylar, eğitimler, kamu spotları, broşürler, vs aracılığıyla Sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmeye yönelik çeşitli Çalışmalar sürmektedir (Sağlık Bakanlığı 2019). Konu ile ilgili akademik alanda ise Sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmeye yönelik Araştırmalar görülmektedir.

Durusu Tanrıöver ve ark. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle 2009 ile 2012 yılları arasında 12 bölge, 23 farklı ilde toplam 4924 kişide Sağlık okuryazarlığı Çalışması yapmıştır. Yapılan Çalışma sonucunda Türkiye’nin genel Sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Çalışmada bireylerin %24,5’inde yetersiz, %40,1’inde ise sınırlı Sağlık okuryazarlık düzeyi olduğu gösterilmiştir. Bu durum genellendiğinde ortalama 35 milyon birey yetersiz ya da sınırlı Sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir(Durusu Tanrıöver ve ark. 2009).

UNESCO 2018 verilerinde Türkiye’de genel okuryazarlık oranı 15 yaş ve üzeri, kadınlarda %91.60, aynı yaş grubu erkeklerde %98.26 olmak üzere toplamda %94.92 olarak belirtmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerde %99.66 olarak gösterilmiştir. Ayrıca bu verilerde okula gitme oranları kadınlarda 6.7 yıl, erkeklerde 8.5 yıl ve toplamda 7.6 yıl olarak gösterilmiştir. Bu verilerden elde edilen bilgilere göre Türkiye hem genel okuryazarlık hem de okullaşma oranıyla gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmıştır(UNESCO 2018).

Sağlıksen’in Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, Türkiye’deki erişkin nüfusun 35 milyonunun yetersiz ya da sorunlu Sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı anlamına gelmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).

Prof. Dr. Erdal Akalın’ın 17.06.2009 tarihinde yaptığı “Türk Toplumunda Sağlık Okuryazarlığı Oranlarının Belirlenmesi” adlı çalışması oldukça önemlidir. Cinsiyet, 7 coğrafi bölge ve yerleşim yeri (kır-kent) kotalarına göre Türkiye’de %70 oranındaki düşük Sağlık okur-yazarlık oranını %10 keskinlik ve %95 güven aralıkları ile gösterebilmek için Çalışmaya yaklaşık 3.150 gönüllü olarak katılması sağlanmıştır. Çalışma sonunda ülkemizde Sağlık okuryazarlığının oldukça düşük seviyede olduğu belirtilmiştir (Akalın 2009).

İlaç; insanlarda hastalıklardan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonun düzeltilmesi ya da insan yararına değiştirilmesi için kullanılan genellikle bir veya birden fazla yardımcı madde ile formüle edilmiş etkin madde veya maddeleri içeren bitmiş dozaj ürünüdür (Özata ve ark. 2008). Diğer bir tanımlamaya göre ise ilaç, tıpta kullanılan saf bir kimyasal maddeyi ya da ona eşdeğer olan bitkisel ve hayvansal kaynaklı, standart miktarda aktif madde içeren bir karışımı ifade eder(Ersöz 2013).

Tıpta ilaç, hastalıkların tedavisi, önlenmesi, tanısı vb. amaçlarla kullanılır. İlacın tarihi oldukça eskilere dayanır. Sümer tabletlerinde ilaçlarla ilgili ilk yazılı bilgilere ulaşıırken, Mısır Papirüslerinde, Çin, Hint, Arap ve Acem yazmalarında ilaçlarla ilgili bilgiler bulunmaktadır. Eski Mısır ve Çin’de ilaçla tedavilerin çok erken çağlardan itibaren uygulandığı bilinmektedir. Mısır bilgisinin Antik Yunan’a geçmesiyle Batı Tıpla tanışmış ve hekimlik ile ilgili temel prensiplerini oluşturmuştur (Özcan Büyüktanır 2012).



Sanayi devrimine kadar ilacın yapılması geleneksel usullerle, çeşitli terkiplerin bir araya getirilmesi(majistral) yoluyla olmuştur. Yoğun nüfus artışı sebebiyle hastalıklarda artış meydana gelmiş, tıp dünyası bu hastalıklara çözüm ararken makineleşme ilaçların imalatını kolaylaştırmıştır. İlaç üretiminde sanayileşmeye geçilmesi ile beraber birtakım olumsuzluklar meydana gelmiştir. Bu olumsuzluklara örnek olarak ilaçların yan etkileri gösterilebilir (Ersöz 2013).

İlaç, üretiminden başlayıp kullanılıp atığının imhasına kadar geçen sürecin her aşamasında “doğru” yönetilmesi gereken bir üründür (Ulupınar ve Akıcı 2015). İlaçların akılcı olmayan Kullanımı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi tıbbi ve ekonomik sorun oluşturmaktadır (Toklu ve Ayanoğlu Dülger, 2011). Dünyada Sağlık harcamaları arasında, ilaç harcamaları önemli yer tutmakta ve Sağlık otoriteleri genel Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik tedbirler almaktadırlar (Oktay ve Kayaalp, 2009).

DSÖ tahminlerine göre tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz şekilde reçete edilmekte dağıılmakta ya da satılmaktadır (Aydın ve Gelal, 2011). Dünya genelinde yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç Kullanımı, çeşitli boyutlarda sorunlara neden olmaktadır. Yerel ve evrensel çok çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen bu tür sorunlar, akılcı, rasyonel ve bilinçli ilaç Kullanımı kavramlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Sağlık Bakanlığı 2007). AİK ile ilgili esas adım DSÖ tarafından 1977 yılında Temel İlaç Listesi'nin oluşturulması ile atılmıştır (Aydın ve GERAL 2012).

Akılcı ilaç Kullanımı hastalığın önlenmesi sürecinden başlayarak, hastaya doğru tanının konması, tedavi edilmesi için doğru ilacın, gerektiği miktarda, gerektiği zamanda, etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan, planlama, yürütme ve değerlendirme süreci olarak ifade edilebilir (Akkurt 2016; Erkan Kılıç 2013;Ekenler 2016). Rasyonel ya da bilinçli ilaç Kullanımı ise uzman tarafından önerilen ilacın, önerilen dozda ve zamanda kullanılmasını ifade eder (Aydın ve Gelal 2012).

Akılcı ilaç Kullanımının sağlanabilmesi devletin, ilaç endüstrisinin, başta hekim ve eczacılar olmak üzere Sağlık personelinin ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir (Özçelikay, 2001; Baybek, Bulut ve Çakır 2005). Türkiye’de 2010 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı tarafından “İlaç Takip Sistemi”ne ve karekod uygulamasına geçilmiştir. Bu sistemin amacı, farmakovijilans, sahte ilaçlardan ve sahte ambalajlardan korunma, politika oluşturma için veri biriktirme ve artı faydalar sağlamaktır (Sağlık Bakanlığı 2005).

Her geçen gün akılcı/bilinçli/rasyonel ilaç kullanımının dünyada ve ülkemizde önemi artmakta ve buna paralel olarak ilgili Çalışmalarda gelişmektedir. Bu Araştırma ise Sağlık okuryazarlığı ile bilinçli ilaç Kullanımı arasında bir ilişki olabileceği fikrine dayanır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, Sağlık hizmetleri talimatlarını doğru okuma ve anlamayı geliştirir ve aynı zamanda destekler. Kaynakların doğru kullanılmasını, Sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde söz sahibi olmasını güçlendirir. Bu Çalışmada amaç Sağlık okuryazarlık düzeyinin bilinçli ilaç Kullanımına etkisinin belirlenmesidir.

## YÖNTEM

Bu Araştırma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırma evrenini 1 Nisan 2018-20 Nisan 2018 tarihleri arasında Konya il merkezinde bulunan 2 adet Devlet ve 2 adet Üniversite hastanesine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi ile toplamda 596 hasta ve hasta yakınları Çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler bir anket aracılığıyla yüz yüze toplanmıştır. Ankette öncelikle demografik bilgileri edinmeye yönelik sorular ile Çiçek (2012)'in çalışmasında kullanmış olduğu şekliyle bilinçli ilaç Kullanımına yönelik sorular yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için ise Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılmış toplam 25 sorudan oluşan Sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek bilgiye erişim, bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha değeri ,918 olarak hesaplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler için frekans değerleri, Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile demografik değişkenler ve ilaç Kullanımına ilişkin bilgiler arasında farklılıkların tespitine yönelik Bağımsız gruplarda t testi ile Anova testlerinden yararlanılmıştır.

## BULGULAR

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri**

<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Erkek	289	48,5	Evli	408	68,5
Kadın	307	51,5	Bekar	188	31,5
<b>Sosyal Güvence</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Başvurulan Hastane</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Var	546	91,6	2. Basamak Devlet	297	49,8
Yok	50	8,4	3. Basamak Üniversite	299	50,2
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Yaş</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Okuma yazma yok	23	3,9	15-30	191	32
İlköğretim	250	41,9	31-45	184	30,9
Lise	167	28	46-60	156	26,2
Lisans ve üstü	156	26,2	61-	65	10,9
<b>Çocuk Sayısı</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Aylık Gelir</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
0	203	34,1	0-1500	166	27,9
1 veya 2	191	32	1501-3000	286	48
3 veya 4	162	27,2	3001-4500	91	15,3
5 ve üstü	40	6,7	4501 ve üstü	53	9,9
<b>Meslek</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Eşin Mesleği</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Kamu Çalışanı	138	23,2	Kamu Çalışanı	63	10,6
Emekli	36	6	Emekli	31	5,2
Serbest	89	14,9	Serbest	76	12,8
Çalışmıyor	17	2,9	Çalışmıyor	2	0,3
İşçi	25	4,2	İşçi	31	5,2
Esnaf	17	2,9	Esnaf	13	2,2
Ev hanımı	166	27,9	Ev hanımı	172	28,9
Diğer	32	5,4	Diğer	18	3
<b>Toplam</b>	<b>596</b>	<b>100</b>	<b>Toplam</b>	<b>596</b>	<b>100</b>

Bu Çalışmaya 596 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan 596 hasta ve yakınlarının %48,5'i erkek ve %51,5'i kadındır. Çalışmaya katılanların %68,5'i evli ve %31,5'i bekârdır. %49,8'i ikinci basamak devlet hastanesine %50,2'si üçüncü basamak devlet hastanesine başvurmuştur. Katılımcıların %91,6 gibi büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesi vardır. Katılımcıların %41'lik dilimle büyük çoğunluğu ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %32'si 15-30 yaş aralığındadır. Katılımcıların %48'i 1501-3000 gelir aralığına sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %34,1'i çocuk sahibi değilken %32'si 1 veya 2 çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumları**

<b>İlacın önerilen şekilde Kullanımı</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>İlacı Farklı Şekillerde Kullanma</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Evet	225	37,8	Zamanından önce bırakma	228	38,3
Hayır	371	62,2	Zamanından fazla kullanma	18	3
<b>Reçetesiz ilaç Kullanımı</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	Önerilen miktardan fazla kullanma	44	7,4
Evet	304	51	Rastgele aralıklarla kullanma	48	8,1
Hayır	292	49	Susuz, bölerek, çiğneyerek gibi farklı yollardan kullanma	33	5,5
<b>Tavsiye üzerine ilaç kullanımı</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	Doğru şekilde kullanıldı	225	37,8
Evet	207	37,4	<b>Toplam</b>	<b>596</b>	<b>100</b>
Hayır	389	65,3			

Tablo 2'ye göre katılımcıların %62,2'si ilacı önerilen şekilde kullanmadıklarını, %51'i ise reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Katılımcıların % 37,4'ü aile, arkadaş ve akraba tarafından tavsiye edilen

ilaçları kullandıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %38,3'ü ilacı zamanından önce bıraktıklarını; %3'ü zamanından fazla kullandıklarını; %7,4'ü önerilen miktardan daha fazla kullandıklarını; %58,1'i rastgele aralıklarla kullandıklarını; %5,5'i susuz bölerek, çiğneyerek gibi farklı yollarla kullandıklarını; %37,8'i ise doğru şekilde kullandıklarını belirtmiştir.

**Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları**

	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Okuryazarlığı	3,96	,70
Bilgiye Erişim	4,01	1,03
Bilgileri Anlama	3,83	,87
Değerlendirme	3,97	,86
Uygulama	4,09	,87

Araştırma sonucunda Sağlık okuryazarlığı genel puan ortalaması 3,96, bilgiye erişim alt boyutu 4,01, bilgileri anlama alt boyutu 3,83, değerlendirme alt boyutu 3,97 ve uygulama alt boyutu 4,09'dur.

**Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Bazı Değişkenler Arası Farkın Anlamlılık Testi Sonuçları**

Değişkenler	Sağlık Okuryazarlığı				Değişkenler	Sağlık Okuryazarlığı			
	ort	s	t	p		ort	s	t	p
<b>Cinsiyet</b>					<b>Medeni Durum</b>				
Erkek	3,85	,712	-3,83	,000	Evli	3,94	,717		
Kadın	4,07	,687			Bekar	4,00	,686	-,937	,352
<b>Hastaneler</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Reçetesiz İlaç Kullanımı</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Devlet Hastaneleri	4,05	,710	3,14	,002	Evet	3,91	,774	-1,89	,058
Tıp Fakültesi Hastaneleri	3,87	,695			Hayır	4,02	,628		
<b>Tavsiye ile İlaç Kullanımı</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Önerilen Şekilde İlaç Kullanımı</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Evet	3,82	,777	-3,33	,001	Evet	4,01	,669	-1,23	,216
Hayır	4,04	,657			Hayır	3,93	,729		
<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Çocuk Sayısı</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Düşük	3,88	,73			0	4,06	,70		
Orta	3,87	,72	1,27	,061	1-2	4,11	,62	1,57	,002
Yüksek	4,23	,55			3 ve üstü	3,73	,72		
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Yaş</b>	<b>ort</b>	<b>s</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Okuma yazma yok	2,95	,14			15-30	4,10	,65		
İlköğretim	3,84	,04			31-45	4,11	,65		
Lise	4,03	,05	1,68	,000	46-60	3,82	,68	1,68	,000
Üniversite	4,20	,05			61 ve üstü	3,47	,79		
Lisansüstü	4,40	,09							

Tablo 4'te çeşitli değişkenler ile Sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlılık testi sonuçları görülmektedir. T testi sonuçlarına göre kadın katılımcıların Sağlık okuryazarlığı 4,07 ortalamaya sahipken, erkek katılımcıların Sağlık okuryazarlık ortalamaları 3,85'tir. Devlet hastanesine başvuran katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyleri ortalama 4,05 iken, üniversite hastanelerine başvuran katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyleri 3,87'dir. Tavsiye ile ilaç kullanan katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyi 3,82 iken, tavsiye ile ilaç kullanmayan katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyi 4,04'tür. Elde edilen bulgulara göre eğitim ve gelir düzeyi arttıkça Sağlık okuryazarlığı düzeyi de artış göstermiştir. Çocuk sayısı ve Sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki farka bakıldığında ise 1-2 çocuk sahibi olan katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyinin diğerlerine oranla yüksek olduğu görülmüştür. Yaş değişkenine bakıldığında da 31-45 yaş aralığındaki katılımcıların Sağlık okuryazarlık ortalamalarının 4,11 olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça Sağlık okuryazarlığı düzeyinde azalma olduğu söylenebilir. Yapılan t testi sonucunda Sağlık okuryazarlık düzeyi ile cinsiyet, başvuru hastane türü, tavsiye ile ilaç Kullanımı, eğitim durumu, çocuk sayısı ve yaş değişkenleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyi, medeni durum, reçetesiz ilaç kullanımı ve ilacın önerilen şekilde kullanılması değişkenleri ile Sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir.

## SONUÇ ve TATIŞMA

Toplam 596 katılımcı ile gerçekleştirilen bu Araştırmanın sonuçlarına göre, Konya il merkezinde bulunan hastanelere başvuran hasta ve hasta yakınlarının Sağlık okuryazarlığı düzeyinin görece yeterli olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile cinsiyet, başvuru hastane türü, tavsiye ile ilaç Kullanımı, eğitim durumu, çocuk sayısı ve yaş değişkenleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyi, medeni durum, reçetesiz ilaç kullanımı ve ilacın önerilen şekilde kullanılması değişkenleri ile Sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, kadın katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyi (4,07) erkek (3,85) katılımcılara oranla daha yüksektir. Devlet hastanesine başvuran katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyleri ise (4,05) üniversite hastanelerine başvuran katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeylerine (3,87) oranla daha yüksektir. Ayrıca, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça Sağlık okuryazarlığı düzeyinin de artış gösterdiği tespit edilmiştir. En yüksek Sağlık okuryazarlık seviyesi (4,11) orta yaş grubunda gözlenmiş olup, yaş arttıkça Sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. İlaç tüketimi konusunda ise Araştırmaya katılanların çoğunluğunun (%62) ilacı önerilen şekilde kullanmadıkları ve reçetesiz ilaç kullandıkları (%51) tespit edilmiştir. Sosyal çevre tarafından tavsiye ile ilaç tüketimi oranının (%37) ise yadsınamayacak boyutta olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %37'sinin ilacı doğru şekilde kullandığı, diğerlerinin ise, ilacı susuz, bölerek, çiğneyerek gibi farklı yöntemlerle ya da önerilen zamanın dışında, fazla, az ya da rastgele aralıklarla kullandıkları tespit edilmiştir. Tavsiye ile ilaç kullanmayan katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyine (4,04) oranla tavsiye ile ilaç kullanan katılımcıların Sağlık okuryazarlık düzeyinin (3,82) daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Çalışanları ve Tedavi Alan Hastalar üzerinde yapılan bir Çalışmada, hastaların akılcı olmayan ilaç Kullanım alışkanlıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Duran 2014). Bu Çalışmada da hasta ve yakınlarının bilinçli olmayan ilaç kullanım davranışları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların ilaçları doktorun önerdiği Kullanımdan farklı olarak belirtilen süreden daha önce bırakmaları ve önerilen miktardan fazla kullanmaları sonuçları da benzerlik göstermektedir.

Ankara'da Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmanın sonuçlarına göre Sağlık okuryazarlığı genel düzeyi % 70,80, bilgiye erişim düzeyi % 74,25, bilgiyi anlama düzeyi % 73,12, bilgiyi değerlendirme düzeyi % 61,75 ve bilgiyi uygulama düzeyi ise % 70,43 olarak tespit edilmiştir (Hashempour 2018). Bu Çalışmada ise genel Sağlık okuryazarlığı düzeyi %79,2, bilgiye erişim düzeyi %80,2, bilgiyi anlama düzeyi % 79,6, bilgiyi değerlendirme düzeyi % 79,4'tür. Bilgiyi uygulama düzeyi ise % 81,8'dir. İki Çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış olmakla birlikte örneklem farklılıklarının Araştırma sonuçlarına yansıtıldığı görülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Çiçek Z. (2012) Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç Kullanımı üzerine etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.
- Aras Z. ve Bayık Temel A. (2017) Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi, F.N. Hemşirelik Dergisi, 25(2): 85-94
- Duran, A. D. (2014) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Sağlık Çalışanları ile tedavi alan hastaların akılcı ilaç Kullanımına ilişkin tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çiftçi F. (2017) Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş bireylerin Sağlık okuryazarlığı durumunun belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği.
- Özata M., Aslan Ş., Mete M. (2008) Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: hekimlerin rasyonel ilaç Kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20(1):529-542.
- Akcilek E. (2017) Üniversite öğrencilerinde Sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Hashempour L. (2018) Sağlık ve diyabet okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi hastaneleri örneği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.

- Zengin C. (2017) Hastane Çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının Sağlık okuryazarlık seviyeleri bir kamu hastanesi örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Avcı E. (2013) Annelerin anne sütü ile ilgili Sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme, Sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptama. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Sezer A., Kadioğlu H. (2014) “Yetişkin Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3): 165-170.
- Bozkurt H. (2017) Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı bilişsel bozukluğu olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerde Sağlık okuryazarlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa.
- Balçık P. Y., Taşkaya S., ve Şahin B. (2014) Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(4):321-326.
- Durusu Tanrıöver M., Yıldırım H.H., Demiray Ready F.N., Çakır B. ve Akalın H.E. (2014) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Aydın B. ve Gelal A. (2012) Akılcı ilaç Kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26 (1):57-63.
- Oktay Ş. ve Kayaalp S.O. (2009) Reçete yazma kuralları ve rasyonel ilaç Kullanımı. İçinde: Kayaalp SO, ed. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, On ikinci baskı, Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık, Ankara.
- Toklu H.Z. ve Ayanoglu Dülger G. (2011) Akılcı ilaç Kullanımı ve eczacının rolü, Marmara Pharmaceutical Journal 15(1): 89-93.
- Ulupınar S. Ve Akıcı A. (2015) Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics, 3(1):84-93.
- Özcan Büyüktanır B. G. (2012) Türk hukukunda ilaç patentine genel bakış, Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi, 2(2):76-88.
- Akalın E. (2009) Türk toplumunda Sağlık okuryazarlığının belirlenmesi, <https://docplayer.biz.tr/3774147-Turk-toplumunda-saglik-okur-yazarligi-oranlarinin-belirlenmesi.html>, Erişim tarihi: 06.05. 2019).
- Ersöz A. K. (2013) İlaç hukuku bağlamında idarenin sorumluluğu, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Konya.
- Özçelikay G. (2001) Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 30(2): 9-18.
- Baybek H., Bulut D. ve Çakır A. (2005) Muğla Üniversitesi idari Personelinin ilaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Güz, 15(1):1-15.
- Akkurt B. (2016) Araştırma görevlilerinin (brans) akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi tutum ve davranışları, Tıpta Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Erkan Kılıç L. (2013) Akılcı İlaç Kullanımı, Ulusal Akciğer Kanseri Kongre Kitabı içinde, (Ed Mandel N.M., Ece T.), 14-17 Mart, Kapadokya,15-17.
- Ekenler Ş. ve Koçoğlu D. (2016) Bireylerin akılcı ilaç Kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 3(3):44-55.
- Sağlık Bakanlığı (2005) Beşeri tıbbi ürünler ambalaj ve etiketleme yönetmeliği, Resmi Gazete, 12 Ağustos; 25904.
- Sağlık Bakanlığı (2007) Akılcı ilaç Kullanımı Çalıştayı sonuç raporu, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 22-23 Aralık 2006, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2019) Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü <https://sggm.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 06.05.2019.
- UNESCO (2018) Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu, <http://www.unesco.org.tr/Pages/48/10/E%C4%9Fitim>, Erişim tarihi: 06.05.2019.
- Gunes F. (1994) Okur-yazarlık kavramı ve düzeyleri, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 27(2):499-507.

## YAŞLI BİREYLERDE SU TÜKETİMİ; SİSTEMATİK İNCELEME

### WATER CONSUMPTION IN ELDERLY PEOPLE; SYSTEMATIC REVIEW

Kemal Macit HİSAR (1)  
Filiz HİSAR (2)

(1) Selcuk Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Türkiye/kmhisar@gmail.com.

(2) Necmettin Erbakan Üniversitesi /Hemşirelik Fakültesi/Türkiye/filiz.hisar@gmail.com

#### ÖZET

Yaşlılarda susama hissi, böbrek fonksiyonları, konsantrasyon kabiliyeti, su ve tuz metabolizmasının hormonal modülatörleri sıklıkla bozulmuştur. Yaşa bağlı bu değişikliklerin yanı sıra kronik hastalıklar yaşlı hastalardaki su metabolizmasının bozulmasına sıklıkla eşlik etmektedir.

**Amaç:** Bu Çalışmada Türkiye ve Dünyadaki yaşlılarda su tüketimini belirlemek üzere yapılan Çalışmaların sistematik incelemesi yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Sistematik inceleme tipindeki Araştırmanın evrenini tarama motorlarından yapılan taramalarla ulaşılan Araştırmalar; örneklemini ise; 1-14 Mayıs 2019 tarihleri arasındaki taramalarda ulaşılabilen su içme ile ilgili olan Çalışmalar oluşturmaktadır. Araştırma Necmettin Erbakan Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Kütüphanesi tarama motoru üzerinden 360 search kullanılarak Wiley-Blackwell, Web of Science, Scopus, Pubmed, Medline, Cinahl Plus with full text veri tabanlarından yapılmıştır. Anahtar kelime olarak yaşlı, su tüketimi, dehidrasyon, geriatri kullanılmıştır. Toplam 3 tane İngilizce makaleye ulaşılmıştır. Ayrıca google arama motorunda da taramalar yapılmış (4 İngilizce, 1 Türkçe makaleye ulaşılmıştır) ve toplam 8 makaleye ulaşılmıştır. Bu Çalışmalarda yaşlıların günlük içtikleri su miktarları ve etkileyen faktörler tartışılmış. Veriler Excel paket programında sayı yüzde ve ortalama kullanılarak değerlendirilmiştir

**Bulgular:** Bu Çalışma sonucunda yaşlıların günde ortalama 4-6 bardak arası sıvı tükettikleri tespit edilmiş ve bu miktarın yetersiz olduğu düşünülmektedir. Konu ile ilgili eğitimlerin çeşitli araçlar (Sağlık eğitimi, medya gibi) kullanılarak ilgili kişilere verilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, su tüketimi, dehidratasyon

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The sense of thirst in the elderly, renal functions, concentration ability, and hormonal modulators of water and salt metabolism are often impaired. Along with these age-related changes, chronic diseases often accompany disruption of water metabolism in elderly patients.

**The Purpose of the Study:** This study was carried out in Turkey and in the world systematic review of studies to determine the water consumption in the elderly.

**Method:** The researches of the systematic examination type were carried out by the scans of screening engines; the sample is; The studies about drinking water, which can be reached in the scans between 1-14 May 2019, constitute the studies. Research Necmettin Erbakan University and Selcuk University Library were constructed using the search engine by using 360 search tools. The key word is elderly, water consumption, dehydration, geriatrics. A total of 3 English articles were reached. Also, google search engine has been scanned (4 English, 1 Turkish article reached) and a total of 8 articles have been reached. In these studies, the water content of the elderly and the factors affecting the daily water were discussed. The data were evaluated using the number and average number of Excel package program.

**Findings and Results :** As a result of this study, it was found that the elderly consumed an average of 4-6 cups daily and this amount was considered to be inadequate. It can be suggested that the trainings related to the subject are given to the related persons using various tools (such as health education, media).

**Key Words:** Elderly, water consumption, dehydration

#### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri bireyleri “yaşlı” olarak tanımlamaktadır. Yaşlılığın seyrine ve vücut fonksiyonlarında oluşan değişikliklere göre Yaşlılık dönemleri; 65-74 yaş arası “geç yetişkinlik”, 75-84 yaş arası “Yaşlılık” ve 85 yaş ve üzeri de “ileri Yaşlılık” dönemi olarak sınıflandırılmaktadır (WHO 1972; WHO 2002). Yaşlılıkla beraber vücut fonksiyonlarında değişimin

sonucu su tüketimi de değişebilmektedir. Genel olarak su tüketim miktarının yaşla birlikte azaldığı Çalışmalarda görülmektedir (Ji ve ark. 2015; TBSA 2014) . Ji ve ark. (2015) Kore nüfusu üzerinde yaptığı Çalışmada 60 yaş üstü bireyler için en düşük seviyede su tükettikleri belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, adlı Çalışmasında, 65-74 yaş grubu Türkiye genelinde ortalama su tüketim miktarı erkeklerde 873.15 ml, kadınlarda 861.41 ml olarak bulunmuştur. Bu oran 75 yaş ve üzeri erkek bireylerde 797.03 ml, kadınlarda 791.37 ml olarak bulunmuştur (TBSA 2014).

Dehidratasyon, yaşlı insanların akut ve kronik Sağlık durumu etkileyebilmektedir. Bunlar idrar yolları problemleri (taş, enfeksiyon), kabızlık, astım, kalp-damar hastalıkları, diyabetik hiperglisemi ve bazı kanserler gibi akut ve kronik durumları oluşturabilmektedir. Ayrıca yaşlılardaki bazı enfeksiyonların nedeni de yeterli sıvı tüketmemeye bağlıdır (Mentes 2006; Sfera ve ark 2016).

Yaşlılarda susama hissi, böbrek fonksiyonları, konsantrasyon kabiliyeti, su ve tuz metabolizmasının hormonal modülatörleri yaşlıda sıklıkla bozulmuştur (Ji ve ark. 2015; Mentes 2006; Sfera ve ark 2016; Erdinçler 2008). Yaşa bağlı bu değişikliklerin yanı sıra kronik hastalıklar yaşlı hastalardaki su metabolizmasının bozulmasına sıklıkla eşlik eder. Bu da yaşlıyı su ve tuz metabolizmasını etkileyen morbid ve iatrojenik olaylara daha duyarlı yapar (Mentes 2006; Sfera ve ark 2016; Erdinçler 2008). ABD’de 65 yaş üstü hastaların hastaneye yatırırlarının %6,7’sinden dehidratasyon sorumludur. İngiltere’de yapılmış olan bir Araştırmada; yaşlı bireylerden %30’unda dehidratasyon olduğu tespit edilmiştir (Kenkmann ve ark 2010). Türkiye’de yapılan “Huzurevi ve evde kalan yaşlılarda su tüketimi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi” isimli Çalışmada; Araştırmaya katılan bireylerin günlük su tüketim durumları benzer olup; huzurevinde yaşayan yaşlıların %77,1’inin evde yaşayanların ise %72,7’sinin dört bardaktan az su tükettiği belirtilmektedir.

**Amaç:** Bu Çalışmada Türkiye ve Dünyadaki yaşlılarda su tüketimini belirlemek üzere yapılan Çalışmaların sistematik incelemesi yapılmıştır.

#### **Araştırma soruları:**

1. Yaşlıların su içme oranları nedir?
2. Yaşlıların sosyodemografik durumuna göre su içme oranları nedir?

**Gereç ve Yöntem:** Sistematik inceleme tipindeki Araştırmanın evrenini tarama motorlarından yapılan taramalarla ulaşılan Araştırmalar; örneklemini ise; 1-14 Mayıs 2019 tarihleri arasındaki taramalarda ulaşılabilen su içme ile ilgili olan Çalışmalar oluşturmaktadır. Araştırma Necmettin Erbakan Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Kütüphanesi tarama motoru üzerinden 360 search kullanılarak Wiley-Blackwell, Web of Science, Scopus, Pubmed, Medline, Cinahl Plus with full text veri tabanlarından yapılmıştır. Anahtar kelime olarak Türkçe; yaşlı, su tüketimi, dehidrasyon, geriatri ve sistematik derleme kullanılmıştır. Anahtar kelime olarak İngilizce; elderly, water consumption, dehydration, geriatrics and systematic review kullanılmıştır. Toplam 3 tane İngilizce makaleye ulaşılmıştır. Ayrıca google arama motorunda da taramalar yapılmış (4 İngilizce, 1 Türkçe makaleye ulaşılmıştır) ve toplam 8 makaleye ulaşılmıştır.

#### **Çalışmaların belirlenmesi ve seçimi**

Bu Çalışmaya, Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanmış, yaşlılarda su tüketimini belirlemek üzere yapılan tanımlayıcı Araştırma makaleleri alındı. Bu tanımlayıcı Çalışmaların belirlenmesi ve seçimi iki Araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapıldı. Herhangi bir Çalışma hakkında görüş farklılığı olduğunda tartışılarak uzlaşmaya varıldı. Başlık, özet ve tam metine göre yapılan seçimlerden sonra sekiz makale değerlendirmeye alınmıştır.

#### **İstatistiksel çözümleme:**

Sistematik derlemeye alınan Çalışmalarda ortak bildirilen bazı sonuçlar ile ilgili birleştirilmiş yüzde hesabı yapıldı.

#### **Bulgular**

Bu Çalışma sonucunda yaşlıların günde ortalama 4-6 bardak arası sıvı tükettikleri tespit edilmiş. Çalışmalarda bireylerin su tüketim durumlarının cinsiyete ve medeni durumlarına göre farklılıklar

gösterilmektedir. Çalışmaya katılan erkeklerin günlük ortalama olarak tükettikleri su miktarı kadınlara göre daha fazladır. Evli olan bireyler günlük ortalama su miktarı bekâr olanlara göre daha fazladır.

### **Tartışma**

Bu çalışmada Türkiye ve Dünyadaki yaşlılarda su tüketimini belirlemek üzere yapılan Çalışmaların sistematik incelemesi yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda yaşlılarda su tüketiminin yetersiz olduğu bulunmuş olup aşağıda bu durumun nedenleri tartışılmıştır.

Günlük yaşamda tüketilen su miktarı önemlidir. Tüketilen su miktarı birçok sistemin sistemin Çalışması için elzemdir. Yapılan sistematik derlemede yaşlıların önerilen su miktarının altında su tükettikleri görülmüştür. Yaşlıların su tüketimi ile ilgili yapılan çalışmalarda bizim Çalışmamızı destekler niteliktedir (Gaspar 2011; Lindeman ve ark. 2000; Quakley ve Baird 2015; Ji ve ark. 2010; Picetti ve ark. 2017; Muz ve ark. 2017) . Quakley ve Baird (2015) tarafından yapılan Çalışmada bireylerin günde 4.9 (±3.7) bardak su içtiği ve yeterli miktarda su tüketmediği bulunmuştur (Quakley ve Baird 2015). Ji ve ark. Kore nüfusu üzerinde yaptığı Çalışma sonucunda, toplam su alımının ortalaması 2.566 ml / gün olduğu ancak genel olarak su alımları 60 yaşından büyük bireyler için en düşük seviyede olduğu belirlenmiştir (Ji ve ark. 2010). Picetti ve ark. tarafından yapılan bir Çalışmada yaşlı bireylerin yarıdan fazlası günde 6 bardak sıvı içtiği, % 9'u ise günde 3 bardaktan az su içtiği belirtilmiştir (Picetti ve ark. 2017). Ülkemizde Muz ve ark. (2017) tarafından yapılan huzurevinde kalan yaşlılarda sıvı tüketimi ile ilgili Çalışmada katılımcıların %71,7'inin dört bardaktan az su tükettiği bulunmuştur (Muz ve ark. 2017). Picetti ve ark. (2017) göre yaşlı bireylerin yetersiz sıvı tüketmelerinin nedeninin bu konuda yeterli bilgileri olmamasına bağlanmaktadır.

Erkeklerin kadınlara göre daha fazla su tükettikleri belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe her iki cinste de su tüketimi azalmaktadır (Ji, Kim, ve Choi 2010). Kadınlardaki su tüketimi Bu durumun nedeni olarak kadınların diğer sorumlulukları nedeniyle içmeyi unutup olabileceği ayrıca idrar kaçırmaları olabilir. ve erkek bireylerde benzer şekilde susuzluk hissinin azalmasından ve yaşlandıkça doğal olarak meydana gelen su-sodyum dengesindeki değişikliklerden kaynaklı olarak düşünülebilir. Volkert ve ark. tarafından yapılan bir Çalışmada sıvı alımının yaşla birlikte her iki cinsiyette de azaldığı belirtilmiştir (Volkert ve ark. 2005).

### **Sonuç ve Öneriler:**

Bu Çalışmada Türkiye ve Dünyadaki yaşlılarda su tüketimini belirlemek üzere yapılan Çalışmaların sistematik incelemesi yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda yaşlılarda su tüketiminin yetersiz olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili eğitimlerin çeşitli araçlar (Sağlık eğitimi, medya gibi) kullanılarak yaşlılara, Ayrıca bu konuda Çalışan Sağlık ekibine de eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

### **Kaynaklar**

Abdallah L, Remington R, Houde S, Zhan L ve Melillo KD. Dehydration Reduction In Community-Dwelling Older Adults: Perspectives Of Community Health Care Providers. *Research In Gerontological Nursing*. 2009; 2(1): 49-57.

Bankir L, Perucca J, Norsk P, Bouby N, Damgaard M. Relationship between Sodium Intake and Water Intake: The False and the True. *Ann Nutr Metab*. 2017;70 Suppl 1:51-61. doi: 10.1159/000463831. Epub 2017 Jun 15.

Gaspar PM. Comparison of for Determining Adequate Water Intake of Nursing Home Residents. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2011; 25(1): 11-21.

Erdinçler DS. Yaşlıda hiponatremi. 10. Ulusal İç hastalıkları Kongresi. Ekim,15-19, AntalyaTürkiye. 2008.

Ji K, Kim Y, Choi K. Water İntake Rate AmongThe General Korean Population. *Science of The Total Environment*. 2010; 408(4):734-39.

Regnier A, Guarin P ve Mena KD. Drinking Water Intake and Source Patterns Within a US-Mexico Border Population. *International Journal of Environmental Health Research*. 2015; 25(1): 21-32.



Robertson B, Forbes A, Jinclair M, Black J. How Well Does a Telephone Questionnaire Measure Drinking Water Intake?. *The Journal of The Public Health Australian and New Zealand*. 2000; 24(6): 619-22.

Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2014; 329-32.

Kenkmann A, Price GM, Bolton J, Hooper L. Health, wellbeing and nutritional status of older people living in UK care homes: an exploratory evaluation of changes in food and drink provision. *BMC Geriatrics*, 2010; 10:28.

Lindeman RD, Romero LJ, Liang HC, Baumgartner RN, Koehler KM ve Gary PJ. Do Elderly Persons Need To Be Encouraged To Drink More Fluids?. *The Journal of Gerontology*. 2000; 55(7): 361-5.

Muz G, Özdi K, Erdoğan G ve Sezer F. Huzurevi ve Evde Kalan Yaşlılarda Su Tüketimi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2017; 74(Ek-1): 143-50.

Konings FJ, Mathijssen JJ, Schellingerhout JM, Kroesbergen IH, Goede de J ve Goor de IA. Prevention of Dehydration In Independently Living Elderly People at Risk: A Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Preventive Medicine*. 2015; 19(6): 103-15.

Lindeman RD, Romero LJ, Liang HC, Baumgartner RN, Koehler KM ve Gary PJ. Do Elderly Persons Need To Be Encouraged To Drink More Fluids?. *The Journal of Gerontology*. 2000; 55(7): 361-5.

Regnier A, Guarin P ve Mena KD. Drinking Water Intake and Source Patterns Within a US-Mexico Border Population. *International Journal of Environmental Health Research*. 2015; 25(1): 21-32.

Robertson B, Forbes A, Jinclair M, Black J. How Well Does a Telephone Questionnaire Measure Drinking Water Intake?. *The Journal of The Public Health Australian and New Zealand*. 2000; 24(6): 619-22.

Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2014; 329-32.

Saraç FZ ve Yılmaz M. Yaşlılık ve Sağlıklı Beslenme. *Ege Tıp Dergisi*. 2015; 54(Ek Sayı): 1-11.

Qakley PA, Baird ML. Do Patients Drink Enough Water? Actual Pure Water Intake Compared to the Theoretical Daily Rules of Drinking Eight 8-Ounce Glasses and Drinking Half Your Body Weight in Ounces. *Journal of Water Resource and Protection*, 2015; 7, 883-87.

Picetti D, Foster S, Pangle AK, Schrader A, George M, Wei JY ve Azhar G. Hydration Health Literacy in The Elderly. *Nutrition and Healthy Aging*. 2017; 4(3): 227-37.

Mentes J. Oral hydration in older adults: greater awareness is needed in preventing, recognizing and treating dehydration, *Am J Nurs*, 2006;106(6):40-9.

Sfera A, Cummings M, Osorio C. Dehydration and cognition in geriatrics: a hydromolecular hypothesis. *Front Mol Biosci*, 2016;3:18.

World Health Organization (WHO).Psychogeriatric, Report of a WHO Scientific Group.Technical Reports Series 507, Geneva. Cited in Davise AM. *Epidemiology*1972; 14(1):11-12.

World Health Organization. Definition of an Older or Elderly Person, 2002. (<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>)

## ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİN BELİRLENMESİ; SİSTEMATİK İNCELEME

### DETERMINATION OF SAFETY MEASURES OF HOME ACCIDENTS FOR MOTHERS WITH CHILDREN; SYSTEMATIC REVIEW

Filiz HİSAR (1)  
Kemal Macit HİSAR (2)

(1) Necmettin Erbakan University/Nursing Faculty/Turkey/filiz.hisar@gmail.com.  
(2) Selcuk University/Medical Faculty/Turkey

#### ÖZET

**Giriş:** Tüm dünyada kazalar ciddi ölüm ve hastanede kalma sebeplerindedir. Çocuklarda ise bu durum daha yüksek ve daha ciddi olarak görülmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada Türkiye ve Dünyadaki çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin belirlenmesi üzerine yapılan Çalışmaların sistematik incelemesi yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Sistematik inceleme tipindeki bu Araştırmanın evrenini tarama motorlarından yapılan taramalarla ulaşılan tüm Araştırmalar oluşturmaktadır. Örneklemini ise; 1-14 Mayıs 2019 tarihleri arasındaki taramalarda ulaşılabilen yayınlarda kazalarla ilgili olan Çalışmalar oluşturmaktadır. Araştırmalara ulaşım Necmettin Erbakan Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Kütüphanesinin 360 search tarama motoru kullanılarak Wiley-Blackwell, Web of Science, Scopus, Pubmed, Medline, Cinahl Plus with full text veri tabanlarından yapılmıştır. Anahtar kelime olarak çocuk, ev kazası, 0-6 yaş çocuk kullanılmıştır. Toplam 6 adet İngilizce makaleye ulaşılmıştır. Ayrıca google arama motorunda da taramalar yapılmış (7 İngilizce, 2 Türkçe makaleye ulaşılmıştır) ve toplam 15 makaleye ulaşılmıştır. Bu Çalışmalarda annelerin ev kazalarına yönelik önlemleri ve etkileyen faktörler tartışılmıştır. Veriler Excel paket programında sayı yüzde ve ortalama kullanılarak değerlendirilmiştir

**Bulgular:** Bu Çalışma sonucunda annelerin ev kazalarına yönelik önlemlerinin orta düzeyde ve yetersiz olduğu düşünülmektedir. Konu ile ilgili eğitimlerin çeşitli araçlar (Sağlık eğitimi, medya gibi) kullanılarak ilgili kişilere verilmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** çocuk, ev kazası, 0-6 yaş çocuk ve hemşirelik  
Presentation Language: Turkish

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Accidents around the world are serious causes of death and hospitalization. In children this situation is seen as higher and more serious.

**The Purpose of the Study:** In this study, children in Turkey and the world on the systematic review of studies to determine the safety measures for mothers home accidents.

**Method:** This study, which is a systematic examination type, consists of all the researches which are reached by scanning the scanning engines. The sample is; The publications which can be accessed in the scans between the dates of 1-14 May 2019 are related with the accidents. The research was done by using Necmettin Erbakan University and Selcuk University Library's 360 search search engine, Wiley-Blackwell, Web of Science, Scopus, Pubmed, Medline, Cinahl Plus and full text databases. Key word as child, home accident, 0-6 years old child was used. A total of 6 English articles have been reached. Also, google search engine has been scanned (7 English, 2 Turkish articles have been reached) and a total of 15 articles have been reached. In these studies, the effects of mothers on home accidents and the factors affecting mothers were discussed. The data were evaluated using the number and average number of Excel package programs.

**Findings and Results:** As a result of this study, mothers' measures for home accidents are considered to be moderate and inadequate. It can be suggested that the trainings related to the subject are given to the related persons using various tools (such as health education, media).

**Key words:** Child, home accident, 0-6 years old child

#### Giriş

Önemli bir Halk sağlığı sorunu olan kazalar, Ülkemizde ve dünyada çok sık görülür, ölüme ve sakatlığa yol açar. Ev kazaları diğer kaza türlerine göre daha sık meydana gelir (Lozano ve ark., 2012). Evde

meydana gelen kazalar sık rastlanmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri ancak önlenebilir olmaları nedeniyle önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir (Kılıç ve Demiral, 2006). Kazalar en sık düşme, yanma, haşlanma, kesikler, zehirlenme, boğulma gibi ev kazalarına rastlanmaktadır (Baysal ve ark., 2005).

Ev kazaları tüm yaş gruplarında olduğu gibi çocuklarda önemli bir mortalite ve morbitide nedenidir. Özellikle 1-6 yaş grubu çocuklar için ev önemli bir yaşam ve oyun alanı olduğundan ev kazaları açısından önemli bir yere sahiptir (WHO 2008). Çocukların hareketlenmeye başladığı dönemlerde (emekleme, yürüme gibi) çevreye olan tanıma merakı, etrafını keşfetme isteği nedeniyle ev kazalarına açık hale getirir (Altundağ ve Öztürk, 2009).

Çocuklarda, çevresel risklerin ortadan kaldırılması halinde tüm ölümlerin %26 'ı önlenebilirdi. Bu engellenebilen ölümlerin % 68 'ı tahmin edilebilirdi (WHO Global Health Observatory 2015).

Çocukluk döneminde meydana gelen kazalar önemli ölüm, yaralanma, sakatlık ve hastanede kalma sebebidir. Meydana gelen kazalar çocukları fiziksel ve psikolojik açıdan beraberinde aileleri psikolojik ve maddi yönden etkilemektedir (Altundağ ve Öztürk, 2009). Ev kazalarının oluşmasında bir çok faktörün etkili olmasıyla beraber çevre; çocuklarda ölüm sebepleri arasında ilk beş arasındadır.

5 yaşın altındaki 200.000 çocuk, zehirlenme, düşme ve boğulma gibi çevreye bağlı kasıtsız yaralanmalardan dolayı ölmektedir (WHO 2017). Avrupa'da bulunan altı ülkenin toplam verilerine göre, çocukluk yaş grubunda ev kaza sıklığı 44.9/1000 olarak bildirilirken (Sengoelge ve ark., 2008); ABD'de bu oran 56-57/1000 (Phelan ve ark., 2011), İtalya'da ise 35/1000 olarak bildirilmektedir (Chini, 2006). İngiltere'de; on beş yaş altında, bir milyon çocuk ev kazaları nedeniyle acil servislere başvuru yapmakta; yılda 150 bin çocuk ev kazaları sonucu kaybedilmektedir (Sengoelge ve ark., 2008).

Çocuğun özellikleri ve çevresi, ev kazaları için risk faktörlerini belirlemek ve uygun şekilde müdahale eder hemşirenin sorumluluğundadır. Çocuğun primer bakım vericine yapılan eğitimler ile ev kazalarına yönelik farkındalık artırabilir. Bireylerin ev kazalarına olan bilgi ve tutumları değiştirilebilir. Eğitim verilecek olan bireyin eğitim düzeyi önemli olmakla birlikte eğitim veren hemşire ev kazalarını her açıdan ele almalı, önemi, ev kazaları beraberinde ne getirir, çocuk açısından neden önemli, aile açısından neden önemli, uzun dönemde ortaya çıkacak sonuçlar detaylı bir şekilde eğitim verilmelidir

**Araştırmanın amacı:** Bu Çalışmada Türkiye ve Dünyadaki çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin belirlenmesi üzerine yapılan Çalışmaların sistematik incelemesi yapılmasıdır..

#### **Araştırma soruları:**

1. Çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ne düzeydedir?
2. Çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ile ev kazaları arasında ilişki var mıdır?

**Gereç ve Yöntem:** Sistematik inceleme tipindeki bu Araştırmanın evrenini tarama motorlarından yapılan taramalarla ulaşılan tüm Araştırmalar oluşturmaktadır. Örneklemini ise; 1-14 Mayıs 2019 tarihleri arasındaki taramalarda ulaşılabilen yayınlarda kazalarla ilgili olan Çalışmalar oluşturmaktadır. Araştırmalara ulaşım Necmettin Erbakan Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Kütüphanesinin 360 search tarama motoru kullanılarak Wiley-Blackwell, Web of Science, Scopus, Pubmed, Medline, Cinahl Plus with full text veri tabanlarından yapılmıştır. Anahtar kelime olarak çocuk, ev kazası, 0-6 yaş çocuk kullanılmıştır. Toplam 6 adet İngilizce makaleye ulaşılmıştır. Ayrıca google arama motorunda da taramalar yapılmış (7 İngilizce, 2 Türkçe makaleye ulaşılmıştır) ve toplam 15 makaleye ulaşılmıştır.

#### **Çalışmaların belirlenmesi ve seçimi**

Bu Çalışmaya, Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanmış, annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri bildiren tanımlayıcı Araştırma makaleleri alındı. Bu sistematik derlemede Çalışmaların belirlenmesi ve seçimi iki Araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapıldı. Herhangi bir Çalışma hakkında görüş farklılığı olduğunda tartışılarak uzlaşmaya varıldı. Başlık, özet ve tam metine göre yapılan seçimlerden sonra 15 makale değerlendirmeye alınmıştır.

#### **İstatistiksel çözümleme:**

Sistematiik derlemeye alınan Çalışmalarda ortak bildirilen bazı sonuçlar ile ilgili birleştirilmiş yüzde hesabı yapıldı.

**Bulgular:** Annelerin yaş ortalaması  $31.80 \pm 6.03$  ortalama baba yaşı  $36.42 \pm 7.62$  idi. Ortanca ailelerdeki çocuk sayısı 3 idi (min: 1, maks: 3) ve ailelerin% 53,4'ünün iki çocuğu vardı.

çocukların yaş ortalaması  $21.55 \pm 22.37$  aydı. Ortanca sayısı evde yaşayan insanlar 4 idi (min: 3, en fazla: 6). En çok görülen kaza şekli evde düşme olarak görüldü. Bu çalışma sonucunda annelerin ev kazalarına yönelik önlemlerinin orta düzeyde ve yetersiz olduğu düşünölmektedir. Annenin yaşı ve eğitim durumu, ailenin gelir durumu, kaza riskini etkilemediğı belirlendi ( $p > 0.05$ ). Erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha fazla ev kazası deneyimledikleri bulunmuştur.

### Tartışma

Bu Çalışmada Türkiye ve Dünyadaki çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin belirlenmesi üzerine yapılan Çalışmaların sistematiik incelemesi yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda annelerin ev kazalarına yönelik önlemlerinin orta düzeyde ve yetersiz olduğu görölmüştür.

Araştırmada erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha fazla ev kazası deneyimledikleri bulunmuştur . Yapılan çeşitli Çalışmalarda (Balibey ve ark 2011; Kahriman ve ark 2018). Erkek çocuklarının daha fazla ev kazası geçirdiğı bulunmuştur. Bu durumun erkek çocuklarının, daha sert oyunlar oynamayı sevdikleri, daha hareketli olmaları ile ilgili olduğu düşünölebilir.

En çok görülen kaza şekli evde düşme olarak görüldü. Yapılan çeşitli Çalışmalarda bu durumu desteklemektedir (Balibey ve ark 2011; Öztürk ve ark 2010)

### Öneriler:

Annelerin ev kazalarına yönelik eğitimlerin çeşitli araçlar (Sağlık eğitimi, medya gibi) kullanılarak ilgili kişilere verilmesi, farklı modellerde Çalışmaların yapılması önerilmektedir.

### Kaynaklar

Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Factors causing home accidents in childhood. STED 2011;20(3):89-97.

Öztürk C, Sarı YH, Bektaş M, Elçigil A. Home accidents and mothers measurements in preschool children. Anatol J Investig 2010;4(1):15-21

Güler Ç, Çobanoğlu Z. Kazalar ve Önlenmesi. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012; 380: 2095-2128.

Kılıç B, Demiral Y. İzmir'de Bir Gecekondu Bölgesinde Evde Yaralanma İnsidansı. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006; 25(3): 27-32.

Baysal SU, Yıldırım F, Bulut A. Çocuk Güvenliğı Yaralanmalardan ve Zehirlenmelerden Korunma Güvenlik Kontrol Listesi. 2005. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi. İstanbul

[http://www.who.int/entity/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/en/burns\\_factsheet](http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en/burns_factsheet) (7.02.2018)

[https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/) (17.02.2019)

İnce T, Yalçın SS, Yurdakök K. Çocuklarda ciddi kaza sıklığı ve risk faktörleri. Çocuk sağlığı ve hastalıkları. 2014; 57(3): 173-182.

WHO, Global Burden of Disease, 2008. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/)(17.02.2019)

WHO 2017 <https://www.who.int/news-room/detail/06-03-2017-the-cost-of-a-polluted-environment-1-7-million-child-deaths-a-year-says-who> 09.03.2019).

Sengoelge M, Bauer R, Laflamme L. Int J Inj Contr Saf Promot. 2008; 15(3): 129-139.

Phelan KJ, Houry J, Xu Y, Liddy S, Hornung R, Lanphear BP. A randomized controlled trial of home injury hazard reduction: the Home injury study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011; 165(4): 339- 345.

- Chini F, Farchi S, Giorgi Rossi P, Camilloni L, Borgia P, Guasticchi G. Epidemiol Prev. Road and homeaccident injuries of infants and adolescents in the Lazio region. Results of an integrated surveillance system. Epidemiologia e Prevenzione. 2006; 30(4-5): 255-62.
- TÜİK, İş Gücü İstatistikleri, 2014. <http://www.tuik.gov.tr/OncekiHBARama.do> (19.07.2019)
- TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2010 [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095) (10.05.2019)
- Moshiro C, Heuch İ, Astrom AN, Setel P, Hemed Y, Kvale G. Injury morbidity in an urban and rural area in Tanzania:an epidemiological survey. BMC Public Health. 2005; 5(11): 1-10.
- Kahriman IL, Karadeniz H. Effects of a Safety-Awareness-Promoting Program Targeting Mothers of Children Aged 0-6 Years to Prevent Pediatric Injuries in the Home Environment: Implications for Nurses. J Trauma Nurs. 2018 Sep/Oct;25(5):327-335. doi: 10.1097/JTN.0000000000000384.
- Turan T, Altundağ Dündar S, Yorgancı M, Yıldırım Z. [The prevention of home accidents among children aged 0-6 years]. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2010 Nov;16(6):552-7. Turkish.
- Erkal S. Identification of the number of home accidents per year involving children in the 0-6 age groupand the measures taken by mothers to prevent home accidents. Turk J Pediatr. 2010 Mar-Apr;52(2):150-7.
- Altundağ S, Oztürk MC. [The effects of home safety education on taking precautions and reducing the frequency of home accidents]. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2007 Jul;13(3):180-5. Turkish.
- Erkal S, Safak S. An evaluation of the poisoning accidents encountered in children aged 0-6 years in Kirikkale. Turk J Pediatr. 2006 Oct-Dec;48(4):294-300.
- Ribas Rde C Jr, Tymchuk AJ, Ribas AF. Brazilian mothers' knowledge about home dangers and safety precautions: an initial evaluation. Soc Sci Med. 2006 Oct;63(7):1879-88. Epub 2006 Jun 15.
- Langiano E, Ferrara M, Lanni L, De Vito E The childhood home accidents: risk perception and behavior. Clin Ter. 2016 May-Jun;167(3):e49-54. doi: 10.7417/CT.2016.1933.
- Faruque AV, Mateen Khan MA Unintentional Injuries In Children: Are Our Homes Safe? J Coll Physicians Surg Pak. 2016 May;26(5):445-6. doi: 2335.
- Godson R. Reducing unintentional injuries in and around the home among children under five years. Community Pract. 2014 Aug;87(8):12.
- Alwash R, McCarthy M Measuring severity of injuries to children from home accidents. Archives of Disease in Childhood, 1988, 63, 635-638
- Galal, S. (1999). Working with families to reduce the risk of home accidents in children. EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal, 5 (3), 572-582, 1999
- Tursz A,Lelong N,Crost M. Home accidents to children under 2 years of age 1990; 4,4 Pages 408-421 <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.1990.tb00668.x>
- Laffoy M Childhood accidents at home. Irish Medical Journal [01 Jan 1997, 90(1):26-27]
- Murdock R, J Eva Home accidents to children under 15 years: survey of 910 cases Br Med J 1974; 3 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.3.5923.103> (Published 13 July 1974)Cite this as: Br Med J 1974;3:103
- Broides, A Assaf M Home accidents in Arab Bedouin children in southern Israel Journal of child health care, 2003 7(3)207-14
- Karatepe TU Nalan A 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2013 39,( 3) 165 – 168
- Dolgun E, A Kalkım, S Ergün The Determination of Home Accident Risks and Measures to Prevent Accident of Children: Quasi-Experimental Research 2017, Cilt 11, Sayı 2, Sayfalar 100 - 107

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE VİRAL PAZARLAMANIN SOSYAL MEDYA VE İNTERNET KULLANICILARI ÜZERİNE ETKİSİ: KONYA SELÇUKLU İLÇESİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Doç. Dr. Zührem YAMAN<sup>1</sup>  
Hasan Fehmi DEMİRCİ<sup>2</sup>

### ÖZET

**Araştırmanın Problemi:** İnternet teknolojisindeki hızlı gelişmeler pazarlama anlayışında çeşitli değişiklikler ortaya çıkarmıştır. Özellikle internet ve sosyal medya kullanımının yaygınlaşması, insanların internet ve sosyal medyayı bir iletişim aracı olarak kullanmaları, alacakları hizmetler konusunda internet veya sosyal medya üzerinden Araştırmalar yapmaları viral pazarlama kavramının gelişimine katkı sağlamıştır. Bu noktada kişilerin Sağlık hizmeti tüketimine karar verirken sosyal medya ve internette faydalıyor mu sorusu Araştırmamızın problemini oluşturmaktadır.

**Araştırmanın Amacı:** Bu Çalışmanın amacı internet ve sosyal medya kullanımının artmasıyla birlikte viral pazarlamanın Sağlık hizmeti tüketim durumuna ne gibi bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktır.

**Metot:** Konya Selçuklu İlçesinde 189 erkek ve 196 kadın katılımcıdan anket uygulanarak toplanan veriler tesadüfi örneklem yoluyla elde edilmiştir. Anket Sosyal Medyada Satın Almada Tüketici Davranışı Ölçeği ve Viral Pazarlamanın Tüketicilerin Satın Alma Kararları Üzerine Etkisine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

**Bulgular ve Sonuçlar:** Araştırma bulgularına göre sosyal medyada viral pazarlama faaliyetlerinin tüketicilerin Satın alma durumunu etkilemesinde cinsiyetin, yaşın, medeni durumun herhangi bir etkisi yokken, gelir yükseldikçe kişilerin sosyal medyada viral pazarlama faaliyetlerinden etkilenme düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların %56.6'sı Sağlık hizmetlerine ilişkin kullanıcı yorumlarını öğrenmek için sosyal medyadan yararlandığını öne sürerken, %84.7'si Sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyeti sosyal medyada paylaşmadıklarını ifade etmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuca göre kişilerin Sağlık hizmeti tüketimine karar vermeden önce internet ve sosyal medyadan yararlandıkları ancak bu bilgilerin güvenilirliklerini sorguladıkları şeklindedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnternet, sosyal medya, Sağlık hizmetleri, pazarlama, viral pazarlama

### ABSTRACT

**The Problem of the Research:** The rapid developments in internet technology have led to various changes in marketing understanding. In particular, the widespread use of the Internet and social media, people using the internet and social media as a means of communication, researching the services they will receive through the internet or social media contributed to the development of the concept of viral marketing. At this point, the question of whether people benefit from social media and internet when deciding on health care consumption constitutes the problem of our research.

**Purpose of the Study:** The aim of this study is to determine the effect of viral marketing on healthcare consumption with increasing internet and social media usage.

**Methods:** The data collected from 196 female and 189 male participants in the Selçuklu district of Konya were collected by random sampling. The questionnaire consists of questions about the Consumer Behavior Scale in Social Media Purchasing and the Effect of Viral Marketing on Consumers' Decision Making.

**Results and Results:** According to the findings of the research, it was concluded that gender, age and marital status had no effect on the effect of viral marketing activities on the purchase status of consumers in social media. While 56.6% of the participants stated that they used social media to learn user comments about health services, 84.7% stated that they did not share their satisfaction with health services on social media. According to the results of the research, people used the internet and social media before deciding on the consumption of health services, but questioned the reliability of this information.

**Keywords:** Internet, social media, health services, marketing, viral marketing

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Görevlisi zuhremyaman@gmail.com

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi hasanfehmi\_123\_42@hotmail.com

## GİRİŞ

Son yıllarda internette iletişim ortamlarının gelişmesiyle birlikte kişilerarası iletişim de değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişiklikler pazarlama anlayışında çeşitli yeniliklerin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Altınbıçak, 2016). İnternet ve sosyal medya kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte pazarlama iletişiminde viral pazarlama anlayışı ön plana çıkmıştır (Kalpaklıoğlu, 2014). İnsanlar genel olarak satın aldıkları hizmetler ile ilgili konuşma eğilimindedirler. Deneyimlerini diğer insanlara yardım etmek amacıyla paylaşabilirler (Ünal, 2011). Bu konuşmalar zamanla insanlar arasında yayılır. Argan' a göre (2006) bu süreç ağızdan ağza iletişim olarak açıklanır ve güçlü bir iletişim şeklidir. Bu durum Sağlık hizmetlerinde de ağızdan ağza pazarlamanın bir başka boyutu olan viral pazarlama faaliyetlerinin kullanılmasını kaçınılmaz kılmıştır. Sağlık işletmeleri de artık internet ve sosyal medya üzerinden hastalara ulaşmakta, kendilerini hastalara daha iyi tanıtabilmektedir.

Viral pazarlama özellikle son yıllarda oldukça önem kazanmıştır. Samsunlu'ya göre (2016) bunun sebebi internetin insan hayatında kalıcı şekilde yer edinmesidir. Yüz yüze iletişim olanağına ulaşamayan insanlar interneti kullanarak günün her saatinde diğer insanlarla iletişim kurabilir duruma gelmiştir (Karaca, 111). İnternet teknolojisindeki gelişmelerin sonucunda dijital ortamlar insanlar için gerekli olan bilgilerin yayılması, bu bilgilere kolaylıkla ulaşılması ve bu bilgilerin diğer kişiler arasında yayılmasını daha hızlı ve etkili hale getirmiştir (Thevenot vd., 2001). İnsanlar internet ve sosyal medya sayesinde her alanda birbirleriyle iletişim kurar olmuş ve birçok işletme bu durumdan etkilenir hale gelmiştir. Sağlık işletmeleri de artık internet ve sosyal medyayı kullanarak tüketicilere ulaşmaya başlamıştır.

## VİRAL PAZARLAMA KAVRAMI

Viral pazarlama kavramı ilk kez 1997 yılında Steven Jurvetson ve arkadaşlarınınca “ağ odaklı ağızdan ağza yayılma” olarak ifade edilmiş, Hotmail'in ücretsiz e-posta hizmetini açıklamak için ortaya atılmıştır (Jurvetson, 2000). Jurvetson 1997 yılında biyolojik virüsün yayılmasıyla elektronik ortamda mesajın yayılmasının benzer olduğuna dikkat çekerek viral pazarlama terimini kullanmıştır (Deal ve Abel, 2001). Ünal'a göre ise (2011) viral pazarlamanın gelişiminde dijital teknoloji önemli bir yer tutar.

Kotler ve Armstrong'a göre (2008) viral pazarlama bir web sitesi oluşturmayı, e posta mesajlarını, kişilerin diğer insanlarla paylaşmak istediklerini hızlı bir şekilde yayan pazarlama anlayışıdır. Kirby'e göre (2006) viral pazarlama kavramı bireylerin pazarlama mesajlarını diğer bireylere aktarmaya teşvik eden herhangi bir stratejiyi tanımlamaktadır. Bu aktarım genellikle internet üzerinden gerçekleşir. Synder'e göre (2004) viral pazarlama, en yeni platform olan internet üzerinden yapılan iletişim şekliyen Eaton'a göre (2008) viral pazarlama elektronik ağızdan ağza pazarlama tekniğidir.

## SOSYAL MEDYA VE VİRAL PAZARLAMA

Tüketiciler satın aldıkları hizmetlerle ilgili tecrübelerini diğer potansiyel tüketicilere ulaştırmak için çeşitli iletişim araçlarını kullanmaktadır. İnternet ve sosyal medya satın alınan hizmetle ilgili bilgi ve tecrübelerin paylaşımında en önemli iletişim araçlarından biridir. İnsanlar bu iki aracı kullanıp hizmetlerle ilgili birbirleriyle bilgi paylaşımında bulunarak birbirlerine referans olabilirler.

Elbaşı'ya göre (2015) sosyal medya kanalları, benzer yaş aralıklarında, benzer ilgi alanlarını paylaşan ve aynı sosyoekonomik seviyeye sahip insanları kendi bünyesinde gruplaması sebebiyle viral pazarlamanın en hızlı ve etkin yayıldığı kanallardandır. Viral pazarlamada sosyal medya aktif bir şekilde kullanılır ve viral pazarlama sayesinde Sağlık işletmelerinin de sosyal medyada aktif olarak yer alması sağlanır (Thompkins, 2012). Bu şekilde Sağlık işletmeleri sosyal medya aracılığıyla markalarını insanlara tanıtabilme imkanına ulaşır.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetlerinin uygulanması hem müşterilere hem işletmeye belirli faydalar sağlamaktadır. Bu faaliyetlerle Sağlık kuruluşları toplumun ihtiyacına yönelik bilgi edinebilir ve böylelikle uygun stratejiler uygulayarak imajını ve bilinirliğini yükseltebilir (aktaran Karaçor ve Arkan, 2014). Sağlık kuruluşları için viral pazarlama hastalara ulaşmak için büyük fırsatlar sunmaktadır. Özellikle Sağlık hizmetlerinde reklamların yasak oluşu, Sağlık kuruluşlarının kendilerini tanıtmaya fırsatına daha az sahip olmaları bu kuruluşların viral pazarlama olanaklarına daha çok önem vermesine neden olmuş olabilir. Çünkü bu pazarlama faaliyetleriyle Sağlık kuruluşları daha çok hastaya ulaşabilmekte ve sunduğu hizmetten duyulan memnuniyetin daha kolay yayılmasını sağlayabilmektedir.

## BULGULAR

Bu Çalışmada, Sağlık hizmetlerinde viral pazarlamanın sosyal medya ve internet kullanan kişilerin Satın alma kararları üzerinde etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Sağlık konusu insanların ayrıca önem verdiği bir konudur. Bu yüzden insanlar Sağlık hizmeti Satın alacaklarında çeşitli şekillerde Araştırma yaparlar ve Satın alıp almamaya karar verirler. Bu çalışmada da Sağlık hizmetlerinde viral pazarlamanın sosyal medya ve internet kullanıcıları üzerindeki Satın alma davranışına etkisi ölçülmeye Çalışılmıştır. Araştırma Konya ili Selçuklu ilçesinde gerçekleştirilmiş olup 18-65 yaş aralığındaki katılımcılara anket uygulanarak yüz yüze görüşme sağlanmıştır. Anket İlyas Ersoy'un hazırladığı Sağlık Hizmetlerinde Viral Pazarlamanın Tüketicilerin Satın Alma Kararları Üzerine Etkisi ile ilgili 29 soruluk anket ifadelerinden oluşmaktadır. Bunun yanında 6 soruluk Sosyal Medya'da Satın Alma Tüketici Davranışı Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular tablolar halinde aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular**

Özellikler (n=385)		n	%
Cinsiyet	Kadın	196	50,9
	Erkek	189	49,1
Medeni Durum	Bekâr	244	63,4
	Evli	141	36,6
Yaş	18-21 arası	119	30,9
	22-30 arası	131	34,0
	31-40 arası	47	12,2
	41+ üzeri	88	22,9
Eğitim Durumu	İlköğretim	38	9,9
	Lise	85	22,1
	Lisans	225	58,4
	Lisansüstü	37	9,6
Gelir	1000'den az	180	46,8
	1001-2500 arası	58	15,1
	2501-3500 arası	40	10,4
	3501-4500 arası	50	13,0
	4501 ve üzeri	57	14,8

Tablo 1'e göre Araştırmaya katılan bireylerin %50,9'u kadın, %49,1'i erkektir. Katılımcıların %64,4 'ü ise bekârdır. Katılımcıların %34'ü 22-30 yaş aralığındayken %12,2'si 31-40 yaş aralığındadır. Katılımcıların %58,4 'ü lisans düzeyinde eğitim durumuna sahipken %9,9'u ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların % 46,8 inin gelir durumu 1000 TL den az iken %10,4'ünün gelir durumu 2501-3500 Tl arasındadır.



**Tablo 2. Katılımcıların genel özellikleri ile Sosyal Medya’da Satın Alma Tüketici Davranışı Ölçeği puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler (n=385)	N	Ort±SS	Test değeri	p değeri	Anlamlık
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	196	3,10±0,78	0,165	0,869
	Erkek	189	3,08±1,08		
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	244	3,05±0,78	0,905	0,366
	Evlü	141	3,14±1,15		
<b>Yaş</b>	18-21 arası	119	3,15±0,77	0,663	0,575
	22-30 arası	131	3,09±0,77		
	31-40 arası	47	2,92±0,80		
	41+ üzerü	88	3,10±1,35		
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	38	2,82±0,99	1,726	0,171
	Lise	85	3,03±0,78		
	Lisans	225	3,17±1,00		
	Lisansüstü	37	3,04±0,74		
<b>Gelir</b>	1000'den az <sup>1</sup>	180	3,14±0,73	5,635	<0,001
	1001-2500 arası <sup>2</sup>	58	2,86±0,80		
	2501-3500 arası <sup>3</sup>	40	2,63±1,02		
	3501-4500 arası <sup>4</sup>	50	3,45±0,54		
	4501 ve üzerü <sup>5</sup>	57	3,18±1,53		

**Post-Hoc Testleri:** \*Tukey HSD

Tablo 2’ e göre katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, yaş ve gelir düzeyleri arasında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Sosyal medyadan Sağlık hizmeti Satın almaya karar verme ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum değişkenleri ile anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,005$ ). Gelir ile sosyal medyadan Sağlık hizmeti Satın almaya karar verme arasında ise anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,005$ ). Farkın hangi değişkenler arasında olduğunu bulmak amacıyla Post Hoc (Tukey HSD) testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre 2501- 3500 TL arası gelir durumuna sahip bireylerin ortalaması gelir durumu 1000 TL den az olanlara göre yüksek çıkmıştır. 3501-4500 TL arası gelir durumuna sahip bireylerin ortalaması, 1001-2500 TL arası ve 2501-3500 TL arası gelir durumuna sahip bireylerin ortalamalarından yüksek çıkmıştır. 4501 TL ve üzerü gelir durumuna sahip olan bireylerin ortalaması da 2501-3500 arası gelir duruma sahip bireylerden yüksek çıkmıştır.

**Tablo 3. Ölçekler Arası Korelasyon Analizi**

Özellikler (n=400)	Sosyal medyanın etkileme gücü	Sosyal medyaya güven	Sağlık hizmetlerinde viral pazarlama
<b>Sosyal Medyada Satın Almada Tüketici Davranışı Ölçeği</b>	0,901**	0,759**	0,469**
	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Sosyal Medyanın etkileme gücü</b>		0,402**	0,338**
		<0,001	<0,001
<b>Sosyal medyaya güven</b>			0,479**
			<0,001

\*\*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3’ e göre Sağlık hizmetlerinde viral pazarlama faaliyetleri ile sosyal medyanın etkileme gücü ve sosyal medyaya güven arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Pazarlama yöntemlerinin gelişen bir alanı olan viral pazarlama sayesinde daha çok kişiye daha kısa zamanda daha az maliyetle ulaşılabilmektedir. İnsanlar internet ve sosyal medya sayesinde her alanda birbirleriyle iletişim kurar olmuş ve birçok işletme bu durumdan etkilenir hale gelmiştir. Sağlık işletmeleri artık internet ve sosyal medyayı kullanarak tüketicilere ulaşmaya başlamıştır. İnternet ve sosyal medya kullanımının yaygınlaşması, insanların bir ürün veya hizmet hakkında birbirleriyle elektronik ortamlarda iletişime geçmesi Sağlık işletmeleri için yeni fırsatlar ortaya çıkarmıştır. Sağlık işletmeleri sosyal medya ve internet aracılığıyla tüketicilerle doğrudan iletişime geçerek ya da kendi müşterileri vasıtasıyla bir iletişim kurarak pazarlama faaliyetlerini yürütebilir. Bu yüzden Sağlık işletmeleri özellikle sosyal medya ve interneti etkin bir şekilde kullanarak viral pazarlama faaliyetlerini yürütmelidir. Sağlık işletmeleri viral pazarlama sayesinde daha geniş kitlelere hitap ederek kazançlarını yükseltme olanağına ulaşabilir.

Bu Araştırmada Sağlık hizmetlerinde viral pazarlama faaliyetlerinin sosyal medya ve internet kullanıcıları üzerindeki etkisini ölçmek amaçlanmıştır. Araştırma Konya Selçuklu ilçesinde yapılmış olup toplamda 385 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmaya göre sosyal medyadan Sağlık hizmeti satın almaya karar verme ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamazken gelir yükseldikçe kişilerin viral pazarlama faaliyetlerinden etkilenme düzeyinin ve sosyal medyadan Sağlık hizmeti satın alma eğilimlerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Araştırmada katılımcıların %56.6'sı Sağlık hizmetlerine ilişkin kullanıcı yorumlarını öğrenmek amacıyla sosyal medyadan yararlanmaktadır. Bir başka bulgu ise katılımcıların %84.7'sinin Sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyeti sosyal medyada paylaşmadıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %50.3'ü internet üzerinden yapılan viral pazarlama faaliyetlerinin hastalara tıbbi hizmet hakkında bir ön bilgi verebileceğini öne sürmektedir. %54.5'i ise Sağlık hizmeti satın alma kararında internetin etkili olduğunu ifade etmiştir. Araştırmadan çıkarılabilecek genel sonuç ise katılımcıların Sağlık hizmeti tüketimine karar vermeden önce internet ve sosyal medyadan faydalandıkları ancak bu bilgilerin güvenilirliklerini sorguladıklarıdır.

## KAYNAKÇA

- Altınbıçak, O. (2016). Sosyal Medyada Yayılan Olumsuz Viral Pazarlama (E-WOM) İletilerinin Paylaşımlarında Benliğin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.
- Argan, M. (2006). Viral Pazarlama veya İnternet Üzerinde Ağızdan Ağıza Reklam: Kuramsal Bir Çerçeve. *Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 231-250.
- Deal, Marianna ve Abel, Pete. (2001). Grass Roots: The Exponential Power of One. *Brandweek*. February 26: 38.
- Elbaşı, G.Y. (2015). Sosyal Medyada Pazarlama: Medyada Kullanıcı Motivasyonunun Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medya Pazarlama Algısına İlişkin Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Kalpıklıoğlu, N.Ü. (2014). "Sosyal Paylaşım Ağlarında Viral Pazarlama", Yeni Medya Pratikler Olanaklar (içinde), Umuttepe Yayınevi, Kocaeli.
- İnternet:Eaton, J.(2008). "E-word-of-Mouth Marketing",3-5-6, Web: [http://college.cengage.com/business/modules/eWOM\\_secure.pdf](http://college.cengage.com/business/modules/eWOM_secure.pdf) adresinden
- Jurvetson, Steve. (2000). "What is Viral Marketing?", [www.dfj.com/news/article\\_25.shtml](http://www.dfj.com/news/article_25.shtml) (12 Eylül 2013)
- Karaca, Y. (2010). Tüketici Satın Alma Karar Sürecinde Ağızdan Ağıza Pazarlama, İstanbul:Beta Yayıncılık,111
- Karaçor S. & Arkan A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karmaşı Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi.
- Kirby, J. (2006). "Viral Marketing", Connected Marketing (içinde), Elsevier, Oxford, 87-106.
- Kotler, P. & Armstrong, G. (2008) Principles of Marketing. 12th Ed. New Jersey: Pearson Education International.
- Samsunlu, G. (2016). Sosyal Medya Akımıyla Gelişen Viral Pazarlama ve Ice Bucket Challenge Viral Kampanyasına Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
- Snyder, Pete (2004). Wanted: Standards for Viral Marketing. *Brandweek* 45 (26): 21.
- Thevenot, C., Watier, K. vd. (2001). Georgetown University, Communications, Culture & Technology Program May 2001, <http://www.sovereignmusic.com/articles.html>
- Thompkins, Y. L. (2012). Seeding Viral Content The Role of Message and Network Factors. *Journal of Advertising Research*, 52 (4), 465-478.
- Ünal, S. (2011). Viral Pazarlamanın Sosyal Paylaşım Sitelerine Üye Olan Kullanıcılar Üzerindeki Etkisini İnceleyen Pilot Bir Çalışma, Öneri Dergisi, Cilt 9, Sayı 36, syf: 63-72



## SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN STRATEJİK ÖNEMİ, ROLÜ VE ETKİNLİĞİ: GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Feyzanur ALKAN<sup>1</sup>  
Erdal EKE<sup>2</sup>

### ABSTRACT

Founded in 1948, the World Health Organization is a branch of the United Nations. The World Health Organization, which supports the improvement of the health level of 194 member states and is responsible for the preparation of health plans and policies, has preferred to stay away from all kinds of political, political and economic ideologies since its establishment until the end of 1970s. However, the fact that the economic interests of the countries came to the forefront with the globalization prepared the basis for the mobilization of developed and developing countries. Because of the danger of this nation-state mobility threatening the economic interests of developed countries, reforms in the field of health were initially required. The World Health Organization, which has been shifted to the position of spokesperson for policies determined by the influence of the leading institutions such as the World Bank, World Trade Organization and the International Monetary Fund, has lost its functionality. The aim of this study is to determine the strategic importance, role and effectiveness of the World Health Organization in the context of developed and developing countries. The researches were tried to clarify the subject. Due to the limited number of studies in the literature, this study was needed.

**KeyWords:** World Health Organization, Health Service, Neoliberalism, Health Management.

### GİRİŞ

Sağlık hizmetleri örgütlenmesinde ulusal ve uluslararası düzeyde pek çok aktör bulunmaktadır. Hizmetin sunumundan denetlenmesine, politika belirlenmesinden uygulanmasına kadar geçen süreçte aktif olan aktörlerin yanı sıra pasif konumda aktörler de bulunmaktadır.

1948 yılında kurulmuş olan ve sağlığın en önemli temsilcisi niteliğine sahip Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), üye ülkelerin Sağlık seviyesinin yükseltilmesi için faaliyetler yürütmektedir. Bu faaliyetler pek çok alt etken çerçevesinde düşünülmekte olup ülkelerin sosyal, siyasi ve ekonomik gelişmişlikleri ön planda tutulmaktadır. Bu anlamda uluslararası kuruluşların etkisi kaçınılmaz olmakta ve gelişmiş-gelişmekte olan ülke sınıflaması çerçevesinde politikalara şekil verilmektedir. Özellikle ülkelerin ekonomik çıkarlarının ön planda tutulduğu günümüzde hizmet sunumunda özel sektör odaklı felsefe değişiminden hareketle Dünya Bankası (WB), Dünya Ticaret Örgütü (WTO) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası kuruluşların Sağlık alanında da etki sahibi olduğu söylenilebilir.

### 1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE POLİTİKA BELİRLEME VE ETKİLİ OLAN AKTÖRLER

Sağlık hizmeti, yerel ve sınır ötesi faydaları bulunan, girdi ve çıktılarıyla dışsallık ilkesini barındıran kamusal mal niteliği taşımaktadır. Bu durumun beraberinde getirdiği hizmet sunumunun etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekliliğinin yanı sıra belirsizlik altında seçim, asimetrik bilgilenme, hastalık riskleri ve talebin önceden belirlenmesinin oluşturduğu riskler bulunmaktadır (Mutlu, 2006: 58). Aynı zamanda Sağlık hizmetlerinin tüketim seviyesinde toplumsal alt ve üst sınırların bulunması, erdemli mal olması ve üretim şeklinin belirlenmesinde belirli otoritelerin rol alması gibi özellikleri de bulunmaktadır (Sayım, 2015: 6). Sağlığın çok yönlü özelliğe sahip olması onun önemini de ortaya koymaktadır. Birey ve toplum sağlığının korunması ve sürdürülmesi amacıyla Sağlık hizmetlerinin devamlılığı büyük önem taşımaktadır. Bir döngü içerisinde faaliyet gösteren koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici Sağlık hizmetlerinin sunulması oldukça önemlidir. Son yıllarda Sağlık hizmetinin sunumunda piyasa mekanizmasının işlerlik kazanmasının beraberinde getirdiği bazı sonuçlar doğmaktadır. Bu durumun yansımaları politika belirleme sürecinde kendini göstermektedir (Altay, 2007: 34-56). Aynı zamanda Sağlık harcamalarının her geçen gün artmaya başlamasıyla kamu bütçelerinde oluşturduğu yükün

<sup>1</sup> Öğretim Görevlisi, Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Şarkikaraağaç Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, feyzanuralkan@isparta.edu.tr

<sup>2</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke@sdu.edu.tr

hafifletilme çalışması olarak da adlandırılan politika oluşturma süreci, ülkelerin gündemini meşgul etmektedir (Bahçe vd., 2013: 299).

Sağlık kavramı siyasal sınırları aşarak varlığını küresel ölçekte kabul ettiren tek konu olması yönünden, ülkelerin yalnızca kendi Sağlık sorunlarına yönelik hareketliliğini kısıtlayarak dünya genelindeki Sağlık sorunlarına odaklanılmasını da gerektirmiştir. Bu anlamda sağlığın politika alanı, ulusal politika alanından ayrılmaktadır (Duda, 2008: 31, Koivusalo vd., 2011: 120). Bu politika sürecinin yönetilmesinde gerek Türkiye Cumhuriyeti gerekse DSÖ’ndeki yayınların incelenmesiyle ortaya çıkarılmış üç dönem bulunmaktadır. Bu dönemler şu şekilde sıralanmaktadır: DSÖ’nün 1948 yılında kurulmasına kadar geçen dönemi kapsayan 1900lü yıllar öncesi dönem; 1900-1948 arası dönem ve 1948’den sonra DSÖ’nün kurulması ile başlayan yeni dönem(Duda, 2008: 31). Yapılan bu dönemsel ayırım, her ne kadar Sağlık alanında ana küresel organizasyonun DSÖ olduğunu düşündürse de esasen IMF, DB ve DTÖ gibi küresel kurumların da etkisinin olduğu bilinmektedir (Mooney, 2013: 80). Özellikle refahın gelişmesinde ekonomik büyümenin yeterli olduğu tezinden hareketle, uluslararası düzeyde ekonomik büyüme merkezli anlayışın hâkim olması söz konusu olup (Fukuda-Parr, 2011a: 123), gerek IMF gerekse DB’nin politikalarına yansımıştır (Mooney, 2013: 52; Metin, 2014: 6319). Devletin rolünün değişimiyle birlikte, uluslararası örgütlerin önerdiği neoliberal politikalar hazırlanan paket programlarla hayata geçirilmeye başlanmıştır. Gerçekleşen süreçte, kamu işletmelerinin verimsiz olduğu söylemlerinden hareketle serbest piyasa ekonomisi gündeme getirilmeye çalışılmıştır (Etiler, 2011: 2-3). Sağlığın neoliberal doktrinler tarafından iki yönden etkilenmeye çalışıldığı, bunlardan ilkinin 1980’lerde düşük ve orta gelirli ülkelerin üstlendiği Sağlık reformları, diğerinin ise ekonomik yapısal uyum programları ile ülkelere yeni kalkınma kredilerine erişim olduğu belirtilmektedir. Bunlara ek olarak, DTÖ’nün koyduğu kurallar ve uluslararası ticaret anlaşmalarıyla neoliberal paradigmanın yaygınlaşması sağlanmaya çalışılmıştır (Irwin ve Scali, 2010: 15). Dolayısıyla neoliberalizm çağına başlaması, ülke içi ve ülkeler arası eşitsizliği derinleştirmiş, kapitalizmin sağlıksızlığı ürettiği ve beslediğini göstermiştir (Leys, 2011: 17). Bu doğrultuda neoliberalizm politikalarının altında yatan nedenlerin, bunları oluşturan uluslararası örgütlerin esas amaçlarını taşıdığı ve uygulanan kurallar çerçevesinde bu amaçların gerçekleştirildiği görülmektedir.

Sağlık politikaları, tıbbi perspektife büründürülerek Sağlık hizmeti politikalarına indirgenmiştir. Bu yönde ortaya çıkarılan tıbbi perspektif, DSÖ ve DB tarafından da benimsenerek, hastalık yükü ile eşdeğer tutulmakta ve bu sayede önceliklerin belirlenmesi yoluna gidilmektedir (Mooney, 2013: 60). Dolayısıyla hastalık sınıflamasında önceliklerin belirlenmesi durumu da tıpkı diğer sistemlerde olduğu gibi kapitalizm ve onun devamı niteliğindeki neoliberalizmin bir yansımasını oluşturmaktadır. Bu durumun kaynakların yetersiz olduğunda gerçekleşmesi söz konusu olup, diğer durumlarda geçersiz sayılmaktadır.

## **2. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, KURUMSAL YAPISI, FAALİYETLERİ VE SÜREÇ İÇERİSİNDEKİ ETKİNLİĞİ**

İkinci Dünya Savaşı sonrası dünya barışının sağlanması noktasında bir araya gelen liderler tarafından 1945 yılında Birleşmiş Milletler Konferansı toplanmış, ardından küresel bir Sağlık örgütünün oluşturulması gerektiği kararına varılmıştır (World Health Organization, 1958: 38). Bu sayede DSÖ Anayasası 7 Nisan 1948’de oluşturulmuştur. Birleşmiş Milletler Anayasasını kabul eden tüm ülkeler DSÖ’ne üye olabilmekle beraber, 194 üye ülke bölgesel dağılıma göre gruplandırılmıştır (www.who.int). 1970’li yıllara kadar olan süreçte her türlü ideolojiden uzak kalmayı tercih eden örgüt, sonraki yıllarda eşitlik, sosyal adalet ve insan hakları gibi kavramların etkisinde kalarak Alma-Ata Bildirgesini paylaşmıştır. 1978 tarihli bu bildirgenin kaleme alındığı yıllarda ‘çatışma, sınıf ve emperyalizm’ kavramlarının yerini ‘global dayanışma, ortak çıkarlar ve diyalog’ gibi kavramlar almıştır(Soyer, 2004: 356-359).

DSÖ’nün Birleşmiş Milletler bünyesinde oynadığı rol, ‘Sağlık alanındaki uluslararası çalışmalarda, yönlendirici ve eşgüdüm sağlayıcı yetkili kurum işlevini yerine getirmek’ tir. Ancak yeni kurum ve uygulayıcıların devreye girmesiyle özellikle küresel Sağlık politikalarındaki rolü değişime uğramış ve farklı önceliklere sahip bu kuruluşlar üzerinden teknik destek sunmaya indirgenmiştir (Koivusalo, 2011: 302-307). Bir diğer çalışmada DSÖ’nün işlevleri, hükümetlerin talep etmesi durumunda Sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hususunda destek sağlanması, salgın hastalık ve salgınlarla ilgili idari ve teknik işlerin sürdürülmesi, bilimsel ve mesleki kurullar arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanması

olarak sıralanmıştır.(Samancı, 2016: 71). Bu işlevlerin gerçekleştirilmesinde, DSÖ'nün üyesi olan her ülke nüfusu oranında hizmetlerin finansmanı için katkı sağlamaktadır (Aksakoğlu, 2003: 1).

DSÖ'nün Dünya Sağlık Asamblesi (Genel kurul), Yönetim kurulu ve Sekreteryaya olmak üzere üç kurumu vardır. Dünya Sağlık Asamblesi kuruluşun Çalışmalarının gerçekleştirilebilmesinde Anayasa ile kurulan organların ilkidir. Bu anlamda politikaları belirleme görevi olup, mali bütçeyi onaylamaktadır. Yönetim kurulu, genel kurulun yürütme organı işlevini taşımakta ve aynı zamanda kendi inisiyatifini kullanarak meclise öneri ve tavsiye sunmaktadır. Sekreteryaya ise tüm idari ve mali personeli kapsamaktadır (World HealthOrganization, 1958: 84-99; Duda, 2008: 65-66).

DSÖ kuruluşundan itibaren dönemsel olarak şu şekilde faaliyet göstermiştir:

- ✓ Birinci on yıllık dönem (1947-1958) (World HealthOrganization, 1958),
- ✓ İkinci on yıllık dönem (1958-1967) (World HealthOrganization, 1968),
- ✓ Üçüncü on yıllık dönem (1968-1977) (World HealthOrganization, 2008),
- ✓ Dördüncü on yıllık dönem (1978-1987) (World HealthOrganization, 2011).

### **2.1. Gelişmiş Devletler Bağlamında Dünya Sağlık Örgütü'nün İşlevi**

Ülkelerin Sağlık politikalarının belirlenmesi süreci, genel politikalara aykırı olmadığı bilinmektedir. Ülkelerin ekonomik düzeniyle yakından ilişkili olan bu durum, hizmeti talep edenleri, ödeme gücü olan ve olmayan şeklinde sınıflandırmaktadır. Hizmetin niteliğinin ödeme gücü bulunanlara göre belirleneceği düşüncesinden (Soyer, 2004: 120) hareketle diğer kesimin dışarıda kalacağı muhakkaktır. Bu doğrultuda DSÖ'nün gelişmiş ülkelere yönelik uygulamaları, işbirlikleri ve projeleri bundan nasıl etkilenmekte olduğuna yönelik bir soru ön plana çıkmaktadır.

Küresel ölçekte faaliyet gösteren DB, IMF ve DTÖ'nün uyguladığı ekonomi politikaları aynı amaca hizmet etmekle beraber gelişmiş ülkelerin çıkarları doğrultusunda şekillenen ve sonuçları itibariyle de gelişmekte olan ülkeleri hedef alan bir karaktere sahiptir (Memiş, 2014: 152). Bu durum gelişmekte olan ülkelere 'iyi politika' ve 'iyi kurum' fikirlerinin benimsetilmesi şeklinde ortaya çıkmıştır (Chang, 2009: 89).

Doğu Avrupa ülkelerinin Sağlık sistemlerinin geliştirilmesi, hastane ve ilaç sektörünün yeniden yapılandırılması veya birinci basamak Sağlık hizmetlerine sermaye yatırılması yalnızca DB'nin yatırımlarıyla değil, aynı zamanda Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'nın kurumların geliştirilmesi ve sağlık harcamalarına ait hesapların değiştirilmesi gibi alanlarda destek sağlamasıyla da güç kazanmıştır. Tüm bunların yanı sıra DSÖ'nünde halk sağlığı ve temel Sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve bu bağlamda politika ve bilgi desteği sağlama yönünde katkıları olmuştur (Groenewegen, 2011: 131). Aynı zamanda DSÖ'nün Amerika kıtasında da Çalışma koşullarının uyumlu olması, Çalışmaların ilk on yılını kapsayan dönemde (1948-1958) bölgedeki tüm toprakları kapsayan ve ayırım olmaksızın uluslararası bir Sağlık programının oluşturulmasına imkân tanımıştır. Kanada bu anlamda örnek niteliği göstermektedir (World HealthOrganization, 1958: 190).

DSÖ, üyesi olan her ülke vatandaşının Sağlık seviyesini geliştirmede ve bu sayede ulusal Sağlık sürecini geliştirmede ortak işbirliği fikrini benimsemektedir. Ulusal Sağlık stratejileri ve projelerinin hayata geçirilmesi noktasında ortak hareket edilmesi gerektiğini savunmaktadır (www.who.int). Bu duruma ilişkin, PAN Amerika Sağlık Örgütü'nün belirli bir ülkeyle olan Çalışmalarının stratejik bir çerçeveye dayandırılması amacıyla 'Ülke İşbirliği Stratejisi (CSS)' uygulanmaktadır. Bu anlamda DSÖ'nün ulusal sağlığın geliştirilmesi noktasında nelerin yapılabileceği ile ilgili koordine edici bir rol oynamaktadır (www.paho.org).

DSÖ Amerika kıtasında bulunan PAN Amerika Sağlık Örgütü'yle 'Sağlık Çalışanlarına' ilişkin ortak yürütülen planlar bulunmaktadır. Proje kapsamında Sağlık Çalışanlarının yüksek performans ile üretkenlik sağlaması, bireysel-sektörel ve bölgesel kalkınmaya katkı sağlanması, adil-güvenli ve tatmin edici Çalışma koşullarında hizmet vermeye ihtiyacı bulunduğundan hareketle aksi durumda gerekli önlemlerin alınması taahhüt edilmektedir. Buna ilişkin 'Latin Amerika ve Karayipler için İşçi Sağlığı Geliştirme Bölgesel Stratejisi'ni uygulayarak işçi sağlığını teşvik etmektedir (www.paho.org). Ancak durum her zaman bunu göstermemiştir. Gerek hizmet sunucularına gerekse Sağlık hizmetinin özelleştirilmesine yönelik kötü uygulamaların yaşanmış olması ve Sağlık kurumlarının Taylor usulü

klasik kapitalist çalışma tarzına döndürülmeye çalışılması sistemi olumsuz yönde etkilemiştir. Emek yoğun bir sektör olan sağlığın, emeğin omuzlarına ücretsiz olarak yüklenmesinin, emek üzerinde oluşturduğu egemenlik kurma girişimi ve yanı sıra özelleştirmeye meşruiyet kazandırma çabası da Neoliberalizm söylemini gündeme getirmektedir (Armstrong ve Armstrong, 2011: 186). DSÖ'nün yürüttüğü plan ve programların her ne kadar sistemi olumlu göstermeye yönelik Çalışmalar olduğu düşünülse de, gelişmiş ülkeler Açısından durum her zaman olumlu olmamıştır.

## 2.2. Gelişmekte Olan Devletler Bağlamında Dünya Sağlık Örgütü'nün İşlevi

1984 yılından itibaren 'seçici temel Sağlık hizmetleri' adıyla ortaya atılan ve Sağlık sorunlarının çözümünde makul olanın öncelikli Sağlık sorunlarına odaklanmak olduğu fikri benimsenmiş ve bu doğrultudagelişmekte olan ülkelere neoliberal politikaların önerilmesi söz konusu olmuştur. DSÖ'nün diğer uluslararası kurumlar tarafından 'kabul ettirici' bir unsur olarak rol oynadığı bu süreçte, Sağlık sorunlarının pahalı yöntemlerle çözüme kavuşturulmasının yerine işi geçiştirmeye yönelik bir görüntü sergilenmeye çalışılmıştır (Soyer, 2004: 365). Dolayısıyla DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelere yönelik savunuculuğunu yaptığı sistem işleyişinin gerek doğru hizmete erişim noktasında gerekse ihtiyacı karşılama noktasında eksikliklerinin olduğunun görülmesi engellenmeye çalışılmıştır. Bu duruma benzer bir sonuç içeren Marmot (2005: 1103)'un yaptığı Çalışmada, Avrupa ülkelerindeki politikaların sağlığın iyileştirilmesi yönünde bir amaca hizmet etmeyerek yalnızca ekonomik parametrelerin etkili olduğu bir Sağlık çerçevesiyle (vergilendirme ve vergi kredileri, yaşlılık aylığı, işsizlik yardımı vd.) ilgili olduğu belirlenmiştir.

Güney Afrika'da Sağlık politikaları açısından neoliberalizmin etkili olduğu ve bu bağlamda DTÖ ve DB'nın Çalışmalarıyla bütünleşik bir kapsama sahip olduğu belirtilmektedir (Mooney, 2013: 118, Bayarsaikhan ve Musango, 2016: 40) Bu doğrultuda DB gelişmekte olan ülkelere verdiği proje temelli kredileri gündeme getirerek, yardımsever aktör rolünü oynamaya devam etmiştir. 2001 yılında Kamerun, Etiyopya, Kenya ve Uganda gibi Afrika ülkelerine yüksek miktarlarda kredi imkânı sağlanarak bu görevini ifa etmeye çalışmıştır (Soyer, 2004: 375). Bu bağlamda değerlendirildiğinde DSÖ'nün Afrika kıtasındaki varlığının ekonomik sahibi bir taraftan DB olarak görünmekte olup diğer taraftan DTÖ'nün rolünün fazla olduğu bilinmektedir. Kaseje (2006) DB ve IMF tarafından gerçekleştirilen bu yapısal ayarlama programlarının hükümet harcamalarını düşürmeye yönelik gerçekleştirildiği ve bunun sonucunda bulaşıcı hastalıklara yapılan harcamalarda kesintiler olmasıyla beraber toplumda yıkıcı etkisinin olduğunu belirtmektedir (Kaseje, 2006: 10). IMF bu anlamda sağlığın küresel olarak korunmasının önünde en güçlü organizasyonlarından biri olarak görülürken, ekonomik istikrarsızlıkların beraberinde getirmiş olduğu sosyal sonuçlardan korumada savunmasız duruma düşürme amacı güdülmektedir (Stuckler ve Basu, 2009: 777).

DSÖ'nün Afrika kıtasında bulunan ülke hükümetlerine yönelik koordinasyon ve denetim hizmetini yürütmesinin yanında, faaliyetlerini ülke bağlam ve çeşitliliğine uygun olarak yerine getirmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Afrika kıtasının birçok bölgesinde Sağlık sistemlerinin yetersiz ve zayıf olmasından kaynaklanan acil durum, salgın hastalıklar ve bulaşıcı olma durumu hastalık yükünü artırarak, DSÖ sekreteryasını birçok zorluk ve kısıtlamayla karşı karşıya bırakmıştır (World Health Organization, 2016: 57). DSÖ'nün özellikle gelişmekte olan ülkelere yönelik 'herkes için sağlık' hedefine ulaşabilmesinde yaşadığı kaynak sıkıntısının beraberinde getirmiş olduğu politika hedeflerini gerçekleştirilememesi süreci, büyük ticari çıkarların devreye girmesiyle meşruiyet ve hesap verme alanının bulanıklaşmasına neden olacaktır (Koivusalo, 2011: 317).

DSÖ'nün 2011 yılında Afrika kıtasının HIV/AIDS virüsünün engellenmesi adına yürüttüğü projelerden biri olan Küresel Sağlık Sektör Stratejisi (GHSS) ile 2011-2015 yılları arasında bu durumu kökten çözmeye yönelik adımlar atmaya hedeflemiştir. DSÖ'nün eylem planları geliştirmek suretiyle uygulama programları izleme ve değerlendirme gibi teknik liderlik ve normatif rehberliğe devam etmesi gerekmektedir. Diğer taraftan projenin hayata geçirilmesinde, ulusal hükümetin öncelikli müdahaleleri uygulamasında diğer Birleşmiş Milletler kuruluşlarının ve küresel fonların planlanması ve hazır bulundurulması, ülkelere uyumlu bir destek sağlaması gerekmektedir (World Health Organization, 2013: 13).

Mayıs 2015'de DSÖ'nün Güney Afrika ülkeleriyle yapmış olduğu stratejik işbirliği öncelikleri incelendiğinde; Sağlık sisteminin güçlendirilmesinde finansal riskten korunmanın sağlanması, HIV/AIDS ve tüberküloz gibi hastalıklara odaklanmak suretiyle beklenen yaşam süresinin uzatılması, kişilerin

Sağlıklı bir çevrede yaşamalarına olanak tanıyan maliyet etkili yöntemlerin sağlanması ve son olarak küresel ve bölgesel Sağlık hedeflerine ulaşmada Güney Afrika'nın katkısının desteklenmesinin öne çıktığı anlaşılmaktadır (World Health Organization, 2015). Buradan hareketle, yapılan stratejilerde odak noktasının ekonomik kalkınmayı göstermesi ve bunun için gerekli olan finansmanın temini yönünde Çalışmaların gerekliliği DSÖ'nün tek başına altından kalkacağı bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış ve bu alan uluslararası aktörlerin etkisine daha açık bir hale getirilmiştir. Donaldson (1994: 3)'a göre, bu durum daha önce yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere DB'nin ekonomik reform Çalışmasının bir parçası olarak Sağlık sektör reformlarını üstlendiğini göstermektedir. Bu amacını gerçekleştirirken de bir yandan yapısal ayarlama kredilerini diğer yandan ise sektörel ayarlama kredilerini kullanmaktadır.

## YÖNTEM

DSÖ'nün tüm dünya ülkelerinin Sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sağlık politikalarına etkisi değerlendirilmek suretiyle üstlendiği rol ve etkinlik düzeyinin belirlenmesi amaçlanmış olup, buna istinaden yabancı literatürde DSÖ'nün faaliyetleri, eleştiri metinleri, ortaya konan projeler ve resmi Sağlık istatistikleri ile ilgili yazılar kategorilere ayrılarak içerik analizine tabi tutulmuştur.

## SONUÇ

DSÖ, Birleşmiş Milletlerin Sağlık alanında faaliyet gösteren uzmanlık kuruluşudur. Bu anlamda Birleşmiş Milletler'in üyesi olan her ülkenin bu örgüte de katılımı direkt olarak gerçekleşmektedir. 194 üye ülkenin bulunduğu örgütün esas işlevinin, üyelerin Sağlık seviyelerinin geliştirilmesi için ortak hareket edilmesi ve bu bağlamda standartlara ulaşma yönünde sürekli bir çabanın varlığını koordine etmek ve denetlemek olduğu ifade edilebilir. Ancak esas anlamda DSÖ'nün bu işlevinin yanı sıra Sağlık alanında politika hazırlama ve yürütme faaliyetinin olduğu da bilinmektedir.

1948 yılında ihtiyaç dâhilinde kurulan DSÖ, başlangıçta siyasi etkilerden uzak bir şekilde görev tanımı çerçevesinde hizmet sorumluluğu üstlenmiştir. Bu anlamda en üst Sağlık seviyesine ulaşılması yönünde çaba sarf eden örgütün, daha sonraları DB, IMF ve DTÖ gibi uluslararası kuruluşların politika ve stratejileri etkilenecek rol ve sorumluluk felsefesinin değişmeye başladığı anlaşılmıştır. İşte tam da bu noktada, neoliberalizmin ortaya çıkışı ve küreselleşmenin etkisiyle serbest piyasa ekonomisine geçiş süreci, Sağlık alanındaki küresel ve ulusal politikaların değişime ve dönüşüme uğramasını beraberinde getirmiştir.

DSÖ'nün temel işlevlerinin tali bir niteliğe dönüşmesine de işaret eden bu süreçte, ekonomik politikaların yönetilmesinde etkili olan uluslararası örgütlerin daha çok öne çıktığı tespit edilmiştir. DB, IMF ve DTÖ gibi sistemin ana aktörlerinin, gelişmiş ülkelerin ihtiyaçlarına yönelik destek faaliyetlerini yürüttüğü ve bu doğrultuda hareket ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu süreçte oluşturulan politika ve stratejiler gelişmekte olan ülkelerin katılımı Açısından sınırlı kalmış olmakla birlikte bu ülkelerin Sağlık göstergeleri Açısından içinde buldukları zorlu süreç, DSÖ'nün insani değerler adına daha etken bir rol ve sorumluluk düzeyini zaruri hale getirmektedir.

## KAYNAKLAR

- Aksakoğlu, G. (2003), "Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Politikalarında Değişim", Sol, 199: 41-5, ss.1-7, <http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsosal.pdf>.
- Altay, A. (2007), "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", Sayıştay Dergisi, 64: 33-58.
- Armstrong, P., Armstrong, H. (2011), İşyerindeki Kavga: Kanada Sağlık Hizmetlerinde Egemenlik Mücadelesi. LeoPanitch, ColinLeys (der.), Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları içinde (Çev. Umut Haskan), ss. 163-187.
- Armstrong, P., Armstrong, H. (2011), İşyerindeki Kavga: Kanada Sağlık Hizmetlerinde Egemenlik Mücadelesi. LeoPanitch, ColinLeys (der.), Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları içinde (Çev. Umut Haskan), ss. 163-187.
- Bahçe, S.;Köktaş, M.; Abukan, D. (2013), "Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı", International Conference On EurasianEconomies, 299-307.
- Bayarsaikh, D.,Musango, L., (2016), "HealthFinancingIssuesandReforms in Africa", International Journal of Healthcare, 2(2): 37-44.



- Chang, H. (2009), Merdiveni Tekmelemek: Tarihi Bir Perspektif İçinde “İyi Politikalar” ve “İyi Kurumlar”. Fikret Şenses (der.), Neoliberal Küreselleşme ve Kalkınma içinde (Çev. Nil Demet Güngör), İletişim Yayınları, ss. 89-122.
- Donaldson, D., (1994), “HealthSector Reform in Africa: LessonsLearned”, Data forDecisionMaking Project, ss. 1-21.
- Duda H. Ü. (2008), “Uluslararası Örgütler Bağlamında Global Sağlık Politikaları”, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Etiler, N. (2011), “Neoliberal politikalar ve Sağlık Emek gücü üzerine etkileri” Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 42:2-11.
- Fukuda-Parr, S. (2011a), TheoryandPolicy in International Development: Human Development andCapabilityApproachandthe Millennium Development Goals, International StudiesReview, 13: 122-132.
- Groenewegen, P.P. (2011), Doğu Avrupa’da Sağlık Reformu. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar (der.), Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları içinde, ss. 125-140.  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2126&Itemid=1849](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126&Itemid=1849), Erişim Tarihi: 01.02.2017.  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1643&Itemid=1340&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1643&Itemid=1340&lang=en), Erişim Tarihi: 01.02.2017.  
<http://www.who.int/about/history/en/>, Erişim Tarihi: 05.02.2017.
- Irwin, A.,Scali, E. (2010) “Action on theSocialDeterminants of Health: Learning frompreviousexperiences’ SocialDeterminants of HealthDiscussionPaper 1”, ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44488/1/9789241500876\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44488/1/9789241500876_eng.pdf)).
- Kaseje, D., (2006), “HealthCare in Africa: Challenges, Opportunitiesand an Emerging Model forImprovement”, Presented at TheWoodrow Wilson International Center forScholars, (<https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/Kaseje2.pdf>).
- Koivusalo, M. (2011), Küresel Sağlık Politikasının Biçimlenişi. LeoPanitch, ColinLeys (der.), Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları içinde (Çev. Umut Haskan), ss. 302-317.
- Koivusalo, M.,Schrecker, T., Labonte, R. (2011), Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri, Sağlık için Politika Alanı ve Küreselleşme. Ronald Labonte, TedSchrecker, CorinnePacker, VivienRunners (Ed.), Küreselleşme ve Sağlık içinde (s. 120-145). İstanbul.
- Leys, C. (2011), “Sağlık ve Kapitalizm”, LeoPanitch, ColinLeys (der.), Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları içinde (Çev. Umut Haskan), ss. 16-42.
- Marmot, M. (2005), “SocialDeterminants of HealthInequalities”, Lancet 365, pp. 1099-1104.
- Memiş, H., (2014), “Küreselleşme ve Yoksulluk İlişkisi”, Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 5(1).
- Metin, B. (2014), “Yoksulluka Mücadeleye İnsan Hakları Açısından Bakmak: Amartya Sen’in Kapasite (Capability) Yaklaşımı Temelinde Bir Değerlendirme”, Journal of Yaşar University, 9 (36), ss. 6261-6380.
- Mooney, G. (2013), “Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politige Doğru”, (çev. Cem Terzi), Yordam Kitap, İstanbul.
- Mutlu, A. (2006), “Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları”, Maliye Dergisi, Sayı: 150.
- Samancı, U. (2016), “Dünya Sağlık Örgütü ve Normatif İşlevi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18(1), ss. 55-89.
- Sayım, F. (2015), “Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri”, Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler, Sayı: 15-1, İstanbul.
- Soyer, A. (2004), “Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlıkın Öyküsü”, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Stuckler, D.,Basu, A., (2009), “The International MonetaryFund’sEffects on Global Health: BeforeandAfterthe 2008 FinancialCrisis”, International Journal of Health Services, Volume 39, Number 4, Pages 771–781.
- World HealthOrganization. (1958). The First Ten Years of World HealthOrganization, Geneva.
- World HealthOrganization. (1968). The Second Ten Years of World HealthOrganization, Geneva.
- World HealthOrganization. (2008). The Third Ten Years of World HealthOrganization, Geneva.
- World HealthOrganization. (2011). TheFourth Ten Years of World HealthOrganization, Geneva.

World Health Organization. (2013), “HIV/AIDS: A Strategy for the WHO African Region”, Designed and Printed in the WHO Regional Office for Africa, Republic of Congo, file:///C:/Users/user/Downloads/hiv-aids-strategy-who-african-region-en.pdf.

World Health Organization. (2015), “Country Cooperation Strategy at a Glance”, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136874/1/ccsbrief\\_zaf\\_en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136874/1/ccsbrief_zaf_en.pdf?ua=1).

World Health Organization. (2016), “The Work of WHO in the African Region (2015-2016)”, WHO Regional Office for Africa, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249153/1/9789290233138-eng.pdf>.

## INVESTIGATION OF INDIA'S HEALTH SYSTEM AND HEALTH TOURISM

Ülkü VERANYUR [1]  
Aybüke ARIĞ [2]

[1] University of Health Sciences/Healthy Care Management/ Turkey/ [ulkuveranyurt@gmail.com](mailto:ulkuveranyurt@gmail.com)  
[2] Maltepe University/Sociology Information/ Turkey/ [aybuke97.arig@gmail.com](mailto:aybuke97.arig@gmail.com)

### ABSTRACT

The country with the official name of the Republic of India; It is named as the 7th largest geographic area in the world, located in South Asia, and a republic, consisting of 28 states and unity regions with the 2nd largest population in the world, and parliamentary democracy. The capital of New Delhi is the biggest city in India. The India health system shows a heterogeneous structure characterized by mixed property rights, various types of suppliers, and the use of different medical methods. India's health system can be divided into 3 different periods. These are respectively; 1st term (1947-1983), 2nd semester (1983-2000) and 3rd semester (2000 and later). The main sources of income for public funding are general taxes and other budget revenues. Nearly three-quarters of the financing of health care supply in India is carried out by private sources. In the financing of the public sector health services demand, free health services provided by the central government and states are supported by the cost. Health tourism; It is defined as the fact that individuals visit a country which is not the one they live in, so that they can receive services which are protective, therapeutic, rehabilitating, and health promoting. The country has the largest health service delivery sets in the world. The city of Chandigarh has clinically established clinics for plastic surgery. 40% of patients across the border from Chennai (former Madras) are visiting for treatment. The country's 4th largest and metropolitan city, popular and advanced hospitals are available. India's health capital has 12,500 beds. Citizens of countries who prefer India, such as the USA, UK, Canada, etc. Prices are 1/3 but they serve almost similar quality. for this and similar reasons, India is preferred.

**Key Words:** India, Health tourism, Health system

### GİRİŞ

Resmi adı Hindistan Cumhuriyeti olan ülke; Güney Asya'da bulunan dünyanın en büyük 7. coğrafi alanı ve dünyada en büyük 2. nüfusa sahip, 28 tane eyalet ve birlik bölgesinden oluşan ve parlamenter demokrasi ile yönetilen bir cumhuriyettir. Başkenti Yeni Delhi olan ülkenin en büyük şehri Mumbai'dir. 2011 yılında yapılan nüfus sayımı sonuçlarına göre ülkede 1.210.854.977 kişi yaşamaktadır. 2019 yılında ülkede yaşayan kişi sayısının 1.330.783.327 olması tahmin edilmektedir (1). Ülkede Hintçe en çok konuşulan resmi dil olmakla birlikte 14 tane daha resmi dili vardır. Bu diller sırasıyla; İngilizce, Bengali, Telugu, Marathi, Tamil, Urdu, Gujarati, Malayalam, Kanada, Oriya, Punjabi, Assamese, Kashmiri, Sindhi ve Sanskritçedir. Ülke genelinde 850'e yakın farklı diller konuşulmaktadır. İngilizce iş çevrelerinde 2. dil olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Hindistan'daki 28 eyalet tablo 1'de verilmiştir. Tablo 2'de gösterilen birlik bölgelerinden Puduçeri ve Delhi kendi seçilen hükümetlerine sahiptir. Diğer birlik bölgelerinde ise kendi atanmış memurları vardır ve bu şekilde doğrudan Cumhurbaşkanı'nın yönetimi altındadır (2).

Ülkedeki inanç sistemi incelendiğinde; halkın büyük bir çoğunluğunda Hinduizm (%80,5), İslam (%13,4), Hristiyanlık (%2,3), Sih (%1,9), Budizm (%0,8), Jain (%04) görülmektedir (3). En kalabalık şehri Mumbai'de yaklaşık 16,4 milyon, Kalkuta'da 13,2 milyon, başkent Delhi'de 12,8 milyon, Chennai'de 6,4 milyon, Bagalore'de 5,7 milyon ve Hyderabad'da 5,5 milyon kişi yaşamaktadır (3). Hindistana komşu olan ülkeler sırasıyla şöyledir; Pakistan, Çin, Bhutan, Nepal, Bangladeş, Sri Lanka ve Myanmar'dır. Yarı tropikal ve tropical bir iklime sahip olmakla birlikte Haziran ve Eylül ayları arası muson mevsimi olarak bilinmektedir.

**Tablo 5** Hindistanda'ki eyaletlerin isimler

Hindistanda'ki eyaletlerin isimleri			
Andra Pradeş	Haryana	Maharaştra	Racastan
Arunachal Pradeş	Himaçal Pradeş	Manipur	Sikkim
Assam	Cammu Keşmir	Megalaya	Tamil Nadu
Bihar	Cankand	Mizoram	Tripura
Chhattisgarh	Kamataka	Nagaland	Uttar Pradeş
Goa	Kerala	Orissa	Uttarakand
Gucerat	Madya Pradeş	Percap	Batı Bengal

**Tablo 6** Hindistan'daki birlik bölgelerinin isimleri

Sayı	Hindistan'daki birlik bölgelerinin isimleri
1	Andaman ve Nikobar Adaları
2	Çandigar
3	Dadra ve Nagar Haveli
4	Daman ve Diu
5	Lakşadvip
6	Delhi Bölgesi
7	Puduçeri

1956'da uygulamaya başlayan "States Reorganisation Act"inde eyaletler; dillerine göre oluşmakta ve halen de bu uygulama mevcudiyetini sürdürmektedir. Birlik bölgeleri ile Eyaletler 610 tane ilçeye bölünmektedir (3).

## HİNDİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

Hindistan Sağlık sistemi, karma mülkiyet hakkı, çeşitli tipteki tedarikçiler ve farklı tıbbi metotların Kullanımı ile karakterize heterojen bir yapı gösterir (4). Hindistan Sağlık sistemi 3 farklı döneme ayrılarak incelenebilir. Bunlar sırasıyla; 1947-1983 yılları 1. dönem, 1983-2000 yılları 2. dönem ve 2000 ve sonrası yıllar 3. dönem olarak incelenmektedir.

### 1.1 1. Dönem (1947-1983)

Sağlık politikasının iki temel esasa dayanan bir dönemdir. Ülkedeki hiçbir vatandaşın Sağlık hizmeti almak için ödeme yapmak zorunda olmadığı, devletin halkana Sağlık hizmeti sağlamakla yükümlü olduğu dönemdir. Bağımsızlığın ilan edildiği yıllarda, sıtma Hindistan nüfusunun yaklaşık dörtte birini etkilemiş; çiçek, veba, kolera gibi bulaşıcı hastalıklar kol gezmekte, anne ölümü 100.000 canlı doğumda 200'lerde ve doğumda beklenen yaşam ümidi 32 yıl idi. Devlet sektörü birkaç şehir hastanesinden ibaret iken Hindistan Sağlık sisteminin büyük kısmını oluşturan özel sektör aile hekimlerinden oluşmaktaydı (5).

### 1.2 2. Dönem (1983-2000)

Bir yandan kapsamlı bir temel Sağlık hizmetinden yararlanma imkânı varken aynı zamanda 1983'deki ilk Ulusal Sağlık Politikası ile Sağlık merkezlerinin dağılımında özel sektörün önyak olmasının teşvik edildiği ve bunun açıkça ifade edildiği dönem. Hastalıkların kontrolünde belirgin iyileşmeler sağlanmasına rağmen, nüfus artışının kontrolündeki yetersizlik, kırsal kesimdeki basit Sağlık sorunlarını önlemedeki yetersizlik, 1978'deki Almaata Deklarasyonu'nda belirtilen kapsamlı bir temel Sağlık hizmet modeline uluslararası bir yaklaşımın olması 1983 Ulusal Sağlık Politikası'nın belirlenmesi gerektiğini ortaya koydu. Sağlık servislerinin artan harcamalarına karşın sınırlı kaynakların olması bu yükün bir kısmının özel sektör tarafından omuzlanmasını gündeme getirdi. Bu dönem kırsalda temel Sağlık hizmetlerini uygulamak için yapılan harcamaların arttığı ve merkezden yönetilen bir dikey yapılanmanın kontrolü altında hastalıkların kontrolü için Ulusal Sağlık Programları'nın (USP) yürütüldüğü bir dönemdir (5).

### 1.3 3. Dönem (2000 yılından sonrası)

Sağlık sektörünün üç önemli yolla kökten değiştiği dönem. 2000 yılına gelindiğinde Hindistan 1983'deki Ulusal Sağlık Politikası'ndaki 17 hedeften 13'ünü gerçekleştirilememiştir. 1986-96 yılları arasında halkın ayaktan tedavi hizmetlerinden yararlanma oranında %26'dan % 19'a bir düşme, serbest hekimlere

ulaşmada % 19' dan %10'lara varan bir düşme ve maddi sebeplerle tıbbi bakım alamayan kişilerin sayısında bir artış yaşandı. Yoksulların hastalıklardan etkilenmesini azaltmak ve hızla düşen Sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını artırmak için hükümet, bu sorunları çözecek ve 2010 hedeflerinin belirtildiği 2000 yılı Ulusal Sağlık Politikası hazırladı (5).

#### 1.4 Hindistan Sağlık Sistemi

Hindistan'daki halk; Hinduizm'e olan inancından dolayı sınıflara bölünür. Kast sistemi olarak da bilinen bu İnaniştan dolayı herkesi kapsayan bir Sağlık sisteminin oluşması engellenmektedir. Bu İnanişta göre hasta olan kişi, öldükten sonra tekrar dünyaya geldiğinde daha iyi bir yaşam elde edebilmek için, mevcut hastalığını kötü bir olay olarak değil iyi bir olay olarak karşılar. Hindistan'da Sağlık sisteminde özel Sağlık sektörü yüksek oranda yer alırken kamu Sağlık sektöründe daha düşük oranda yer almaktadır. Hindistan'da Sağlık sistemi 3 ayrı kademe (ulusal, eyalet ve bölge) yürütülmektedir. Genel olarak eyaletler tarafından yürütülmektedir.

Hindistan Anayasasına göre, Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı, Sağlık ve aile refahı ile ilgili konularda en yetkili kurumdur. Kamu Sağlık sektörü başta merkezi hükümet düzeyinde Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı olmak üzere, eyalet yönetimindeki Sağlık ve Aile Refahı bölümleri ve bazı bakanlıklarla beraber özel/kamu sosyal sigorta kuruluşlarından meydana gelmektedir. Sağlık ve Aile Refahı Bakanı tarafından Hindistan'daki eyalet Sağlık sistemi de yönetilir ve bununla ilgili ulusal seviyede uzmanlaşmış hastaneler ile kurumlardan destek alırlar.

Eyalet Sağlık İdareleri, Eyalet kabinesinde görevli bir bakan tarafından yönetilir ve Sağlık ve Aile Refahı bölümlerine ayrılır. Aile Refahı; birinci kademe sağlık, ikinci kademe Sağlık, tıbbi öğretim ve eğitim birimleri şeklinde organize olmuştur ve belirtilen birimlerde doktorlar bizzat başkanlık eder.

Bölge seviyesi en alt düzeyde yönetici birimini oluşturmaktadır. Bölgeye, doktor konumunda bir devlet memuru başkanlık eder. Yaklaşık olarak 10-15 hastanede, 40-70 arasında Sağlık ocağı bir bölgeyi meydana getirir. Hükümet, toplum Sağlık merkezleri, primer Sağlık merkezleri ile daha alt birimlerden meydana gelen kapsamlı bir alt yapıyla insanlara öncelikli aile planlaması sağlayarak Sağlık hizmetleri konusunda yardımcı olur.

Hindistan'da birincil Sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle kentsel alanlarda özel sektör oldukça büyük ağırlığa mevcutken, kırsal alanlarda kamu sektörüne ait Alt Merkezler, Birincil Sağlık Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri daha büyük ağırlığa sahip olduğu görülmektedir. Oldukça düzensiz olan özel sektörün birincil Sağlık hizmetleri genellikle tek bir doktora ait olan bir dispanserde ayakta tedavi verilmektedir.

Hükümet tarafından destekli Geleneksel Tıp uygulayıcılarının; hem kamu sektörde hem de özel sektörde yaptıkları bireysel ya da kurumsal uygulamalarla birlikte, herhangi bir yetkisi olmayan kişilerin çoğunlukla kırsal alanlarda yaptığı uygulamalar da özel sektör kapsamında düşünülmektedir.

Hindistan'da ikincil ve üçüncül Sağlık hizmetleri sunumunda da özel sektör ağırlıktadır. İkincil Sağlık hizmetleri kamu Toplum Sağlığı Merkezleri, Bölge Hastaneleri, kırsal hastaneler ve genel hastaneler ile özel sektör hastaneleri vasıtası ile hizmet vermektedir. Bunun dışında Hindistan'da sosyal sigorta kuruluşu olan işçiler için Eyalet Sigortası Programı kendi birincil ve ikincil Sağlık kuruluşları aracılığıyla üyelerine Sağlık hizmetleri vermektedir.

Üçüncül Sağlık hizmetlerinde kamu ile özel sektöre ait tıp okullarının hastaneleri Sağlık hizmeti sunmaktadır. Özel sektör kendi içerisinde 3'e ayrılmaktadır. Bunlar sırasıyla; bireysel uygulayıcılar, kurumsallaşmış Sağlık hizmet sunucuları ve özel sigortadır. Hindistan'ın Sağlık sisteminde özel sektör ile gönüllü kuruluşlar (vakıflar, yardım dernekleri vb.) oldukça önemlidir. Özel Sağlık kuruluşları faaliyetlerin önemli bir kısmı kar amaçsız sunmaktadır. Bu Sağlık hizmetleri hastanelerde ya da küçük bakım evlerinde sunulmaktadır. Özel sektör bunun dışında; teşhis merkezleri, acil hizmetleri veya eczane hizmetleri gibi ek hizmetler sunmaktadır.

Hindistan Sağlık sisteminin diğer özelliklerinden birisi de hükümet tarafından resmi olarak tanınmış olan geleneksel Sağlık uygulamalarıdır. Bu Sağlık uygulamaları Hindistan Tıp ve Homeopati Sistemi olarak tanımlanır. Kamu ve özel Sağlık sektöründe yer almaktadır. Hindistan'da geleneksel Sağlık uygulamaları büyük önem taşımaktadır. Bu alanla ilgili birden çok bilimsel Araştırma yapılmakta ve tedavi şekilleri geliştirilmektedir.

Geleneksel Sağlık uygulamaları gelişen Sağlık teknolojisi ile yeni tedavi yöntemlerinin yanında büyük bir öneme sahiptir. Geleneksel Sağlık uygulamaları Hindistan içinde oluşan ve ülke dışından gelen, ama zaman içerisinde Hindistan'a uyarlanmış geleneksel Sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetlerin en bilinenleri sırasıyla; Homeopati, Ayurveda, Yoga, Sidda, Unani, ve Naturopati'dir.

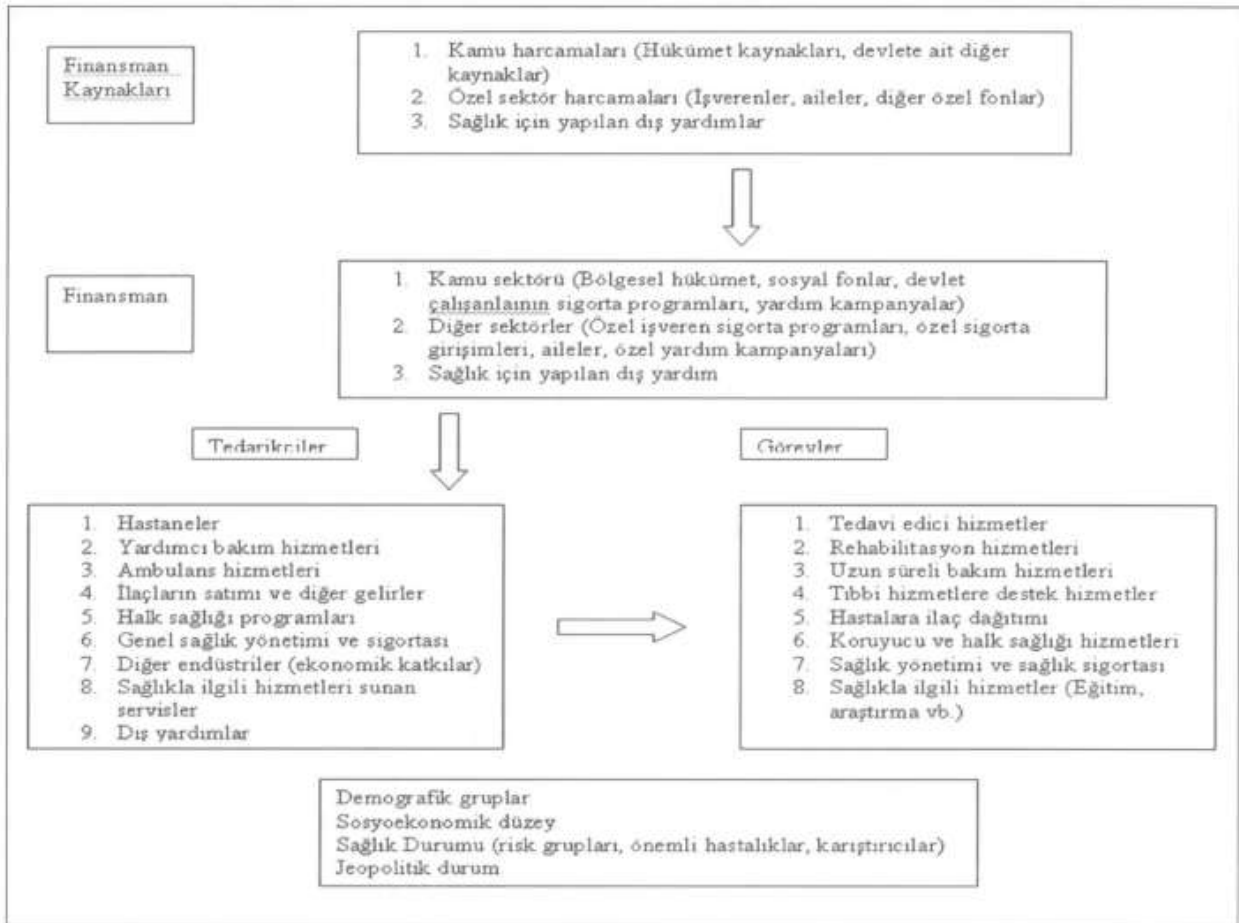
Kamu finansmanının temel gelir kaynaklarına bakıldığında; genel vergiler ve diğer bütçe gelirleri oluşturmaktadır. Hindistan'da Sağlık hizmetlerinin arzının finansmanının yaklaşık dörtte üçü özel kaynaklarla yapılmaktadır. Kamu sektörü Sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlerin sunduğu ücretsiz Sağlık hizmetlerini maliyetini karşılayarak da yardımcı olmaktadır.

Hindistan'da Sağlık hizmetleri talebinin finansmanında cepten (özel) harcamalar çoğunluktadır. Bu cepten harcamaların oldukça büyük bir bölümü direkt kişisel ödemelerle, küçük bir bölümü ise sigorta primleri gibi dolaylı kişisel ödemelerle gerçekleşmektedir.

Tüm bu özellikler dikkate alındığında Hindistan'da Sağlık hizmetleri arzında ve talebinde, kamu sektörünün çok azetkili olduğu Özel Teşebbüs/Serbest Pazar tipi Sağlık sistemi daha yoğun kullanılmaktadır.

### HİNDİSTAN SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI

Hindistan kamu finansmanının temel gelir kaynakları; genel vergiler ve diğer bütçe gelirler oluşturur. Hindistan'da Sağlık hizmetleri arzının finansmanının neredeyse %75'i özel kaynaklarla vasıtasıyla gerçekleşmektedir. Kamu sektörü Sağlık hizmetleri talebinin finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlerin uyguladığı ücretsiz Sağlık hizmetlerini maliyetin karşılayarak da yardımcı olmaktadır. Hindistan'da Sağlık hizmetleri talebinin finansmanında özel harcamalar çoğunluktadır. Bu özel harcamaların çok büyük bir bölümü direkt kişisel ödemelerle, küçük bir bölümü ise sigorta primleri gibi dolaylı kişisel ödemelerle karşılanmaktadır. Bütün özellikler dikkatle incelendiğinde Hindistan'da Sağlık hizmetleri arzında ve talebinde, kamu sektörünün kısmen etkili olduğu Özel Teşebbüs/Serbest Pazar tipi Sağlık sistemini yürüttüğü görülmektedir.



Kaynak: [www.who.int/nha/glossary/en/Webmini\\_chart.pdf](http://www.who.int/nha/glossary/en/Webmini_chart.pdf)

### Şekil 1 Hindistan Sağlık Sisteminin Finansmanı

Hindistan Sağlık Sisteminin Finansmanı incelendiğinde; Finansman kaynakları üç ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar sırasıyla; kamu harcamaları (Hükümet kaynakları, devlete ait diğer kaynaklar), özel sektör harcamaları (işverenler, aileler, diğer özel fonlar), Sağlık için dış yapılan dış yardımlardan oluşmaktadır. Hindistan'ın Sağlık sisteminin finansmanına bakıldığında; kamu sektörü (bölgesel hükümet, sosyal fonlar, devlet), diğer sektörler (özel işveren sigorta programları, özel sigorta girişimleri, aileler, özel yardım kampanyaları) ve Sağlık için yapılan dış yardımlardır. Hindistan'ın Sağlık sistemindeki finansman tedarikçileri; hastaneler, yardımcı bakım hizmetleri, ambulans hizmetleri, ilaçların satımı ve diğer gelirler, halk sağlığı programları, genel Sağlık yönetimi ve sigortası, diğer endüstriler(ekonomik katkılar), Sağlıkla ilgili hizmetleri sunan servisler ve dış yardımlardır. Bu tedarikçilerin her birinin ortak görevleri vardır. Bu görevler sırasıyla; tedavi edici hizmetler, rehabilitasyon hizmetleri, uzun süreli bakım hizmetleri, tıbbi hizmetlere destek hizmetler, hastalara ilaç dağıtımı, koruyucu ve halk sağlığı hizmetleri, Sağlık yönetimi ve Sağlık sigortası, sağlıkla ilgili hizmetleri (eğitim Araştırma vb) kapsamaktadır.

**Tablo 7** Hindistan Sağlık sisteminin finansmanı

Hindistan	
<b>Finansman</b>	%72 Cepten ödeme-özel sigorta %24 Genel vergiler %4 Primler(nüfusun %12'si)
<b>Hizmet Sunumu</b>	%78 Özel kuruluşlar+Kar amaçsız %22 Devlet-Yerel Yönetimler
<b>Sağlık Harcaması Kamu Payı</b>	%20-30

Tablo 3'te belirtildiği gibi Hindistan'ın Sağlık sisteminin finansmanına bakıldığında %72'si cepten ödeme-özel sigorta, %24'ü genel vergiler ve %4'ü primlerden oluşmaktadır. Hizmet sunumu incelendiğinde; %78 özel kuruluşlar ile kar amacı taşımayan vakıflar, yardım kuruluşları, %22 devlet ve yerel yönetimler tarafından Sağlık hizmeti verilmektedir. Sağlık Harcamalarına bakıldığında kamunun payı %20-30 olduğu görülmektedir.

### SAĞLIK TURİZMİ

Sağlık; sadece bireyin vücudunda hastalık ve sakatlığın olmayışını değil, aynı zamanda kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasını ifade etmektedir (13).Turizm; Dinlenmek, eğlenmek, görmek ve tanımak gibi amaçlarla başka bir ülkeye yapılan gezilerdir. Turistik gezi, insanların sadece bir yerden bir yere gitmesi değil aynı zamanda kültürel, ekonomik ve toplumsal olarak da iletişim içinde olmaları olarak tanımlanabilir.

Sağlık Turizm; yukarıda verilen tanımlardan sonra Sağlık turizmini tanımlayacak olursak; Sağlık turizmi bireyin sağlığına kavuşmak için kendi ülke sınırlarından çıkıp, başka bir ülkede tedavi görmek için yaptığı seyahatlerdir. Sağlık turizmini talep boyutuyla incelendiğinde birbirinden farklı ziyaretçi tipleri mevcuttur. Bu ziyaretçilerin amaçları birbirlerinden farklı olabilir.Fakat Sağlık sektörüne olan talebin genel talep sınıflaması açısından Araştırmacı Eric Cohen bir sınıflama yapmıştır.Cohen'e göre; Sağlık turizm pazarı Açısından turistler (ziyaretçiler) 5 temel sınıfta gruplandırılabilir. Bunlar sırasıyla;

**Yalnızca turist:** Bu turistler ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir Sağlık hizmetinden yararlanmayan turistlerdir (ziyaretçiler).

**Tatilde tedavi edilen turist:** Bu turistler seyahati sırasındaki rahatsızlanma ya da kaza sebebiyle Sağlık hizmeti yani tedavi alan turistlerdir.

**Tatil ve tedavi amaçlı turistler:**Bu turistler ziyaret ettikleri ülkeye Sağlık nedeniyle gitmezler. Fakat ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanakları olması tercih nedeni olmaktadır. Başka bir deyişle tatilde tedavi amaçlı turistlerdir.

**Tatil yapan hastalar:**Bu turistler arasında bir ülkeye tedavi amacıyla giderler, fakat iyileştikten sonra veya tedavi sonrasında da gittikleri ülkede tatil de yapan turistlerdir.

**Yalnızca hastalar:**Bu turistlerin bir ülkeye gidiş amaçları sadece o ülkedetedavi olmak veya operasyon geçirmektir. Tatil yapma gibi bir istekleribulunmamaktadır.

Yukarda açıklanan Sağlık amaçlı turist pazarı müşteri gruplarından doğal olarak birinci gruptakiler klasikziyaretçi sınıfındadır.Sağlık turizm hizmet sunucularını direkt ilgilendirmezler. Diğer sınıfta ki ziyaretçiler içinde ise en önemli müşteri sınıfını şüphesiz en sonda belirtilenler olup, bunlar dışında doğru Sağlık turizmi talep özelliği azalan kişilerden meydana gelmektedir. Şüphesiz her sınıf için sunulacak hizmet türü ve pazar stratejileri farklılık gösterecektir.

### 1.5 Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmi genel olarak üç grupta incelenmektedir. Sırasıyla bunlar; termal (spa- wellness) turizmi, medikal turizm ve ileri yaş turizmidir.

#### 1.5.1 Termal (Spa-Wellness) Turizmi

Kaplıca ve Spa merkezlerinde gerçekleştirilen termal ve spa- wellness turizmi kapsamındakitedavileri kapsamaktadır.Kaplıca tedavileri içerisinde fizyoterapiler, talosoterapiler, hidroterapi, egzersizler, balneoterapi, peloidoterapive klima terapi mevcuttur. Yukarıda belirtilen tedavileri turizmle kesiştiren ise genellikle belirli bir konaklama süresi gerektirmesi nedeniyle doğal kaynağa sahip bölgede donanımlı otel ya da diğer konaklama bölgelerinin bulunması gerekliliğidir. Daha sonrasında doğalkaynağın bulunduğu bölgelerin termal turizme açılabilmesi için uzman hekimler, fizyoterapistler, diyetisyenler ve rehabilitasyon uzmanlarından oluşan insan kaynağı mecburiyettir.Belirtilen insan kaynağı, verilmekte olan hizmetin kalitesi, bölgenin turistik zenginliği ve özelliklehava, deniz veya kara yolları aracılığıyla ulaşımın kolaylığı ile birleştirildiğinde bir ülkenin Sağlık turizmikapsamında termal turizm olarak adlandırılan spa-wellness turizminden aldığı payı ortaya çıkarır (7).

#### 1.5.2 Medikal Turizm

Medikal turizm tıbbi faaliyetlerin neredeyse tamamını kapsadığı için oldukça geniş bir alana sahiplik yapmaktadır. Genel bir gruplama yapılacak olursa; medikal turizm kapsamında ileri tedavilerolarak adlandırılan kardiyovasküler cerrahi, ışın tedavisi, cyberknife tedavileri; organ nakli,infertilite kapsamında tüp bebek (İVF) uygulamaları; cinsiyet değiştirme operasyonları, estetik cerrahi,göz, diş, diyaliz tedavileri içermektedir. Bunlar dışında medikal turizmin kozmetik dişçilik gibi bazıtürlerinin Sağlık ile ilgisi az gibi görünüyorsa da bu tedaviler uzman hekimlik ve sağlıkkuruluşlarında tedavi gerektirmesi yönünden medikal turizm kapsamına girmektedir (8).

#### 1.5.3 İleri Yaş Turizmi

Yaş turizmi olarak isimlendirilen ileri yaş turizmi, özellikle 65 yaş ve üzeri kişilerin çeşitli bakım gerektiren tedavilerini kapsamaktadır. Dünya genelinde Sağlık imkânlarının ve teknolojinin gelişmesiyle beraber insanların beklenen yaşam sürelerinin artması, bununla birlikte Avrupa ülkelerindeki gibi, doğurganlığın azalmasınınbeklenen bir sonucu olarak yaşlı nüfusun genç nüfusla Karşılaştırıldığın da yaşlı nüfus oranının giderek artış göstermesi, ileri yaş turizminin cazip bir turizm sektörü olarak gelişmesine sebep olmuştur. Günümüzde son 20- 30 yıl içerisinde batı Avrupa ülkelerinde yukarıda belirtilen sebepler sonucundaileri yaş turizmi Sağlık turizmi içerisindeki oranı gün geçtikçe artış göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş üstü insanların toplam nüfusa oranının %25'lerden fazla olması, ileri yaştaki insanların farklı Sağlık harcamaları ile farklıtedavi süreçlerine özen göstermeleri gerekir. Bu sebeple ciddi oranlarda bütçeler ayırmaları gerekmektedir (9).

### 1.6 Hindistan'da Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla ikamet edilen yerden başka bir bölgeye seyahat edilmesi ve gidilen yerde en az 24 saat kalınarak Sağlık ile turizm hizmetlerinden yararlanılmasıdır. Bu tanım dışında Dünya Turizm Örgütü (DTÖ)'nün Sağlık turizmi tanımı ise şöyledir: "Kaplıca veya diğer Sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla yapılan ziyaret olarak adlandırılır. Bu kapsamda fizik tedavi, diyet kontrol gibi birçok konuda Sağlık hizmetleri verilmektedir.Kültür ve Turizm Bakanlığı'na göre sağlık turizminin tanımı ise; "kısaca tedavi amacı ile yapılan seyahatleri kapsar." Başka bir ifadeyle, Sağlık turizmi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olanlarla birlikteuluslararası hasta potansiyelini kullanarak Sağlık kuruluşlarının büyümesine sebep olan turizmtürüdür".Sağlık Turizmi Derneği de şöyle bir tanımlama



yapmıştır: “Sağlık Turizmi, ikamet edilen yerdenbaşka biryere (yurtiçi veya yurtdışı) herhangi bir Sağlık sebebiyle hizmet almak için yapılan seyahatedendir” (6).

Hindistan dünyadaki en büyük medikal hizmet sunum kümelerine sahip bir ülkedir. Hindistan’ın Chandigarh şehri plastik ameliyatları için özel kurulmuş kliniklere evsahipliği yapmaktadır. Chennai şehri; eskiden Madras şehri olarak bilinir. Bu şehre ülke dışından gelen ziyaretçilerin %40’ı tedavi amaçlı geliyor. Ülkenin 4. büyük ve anakent şehridir, oldukça popüler ve gelişmiş hastaneleri mevcuttur. Hindistan’ın Sağlık başkenti olarak bilinir. Yaklaşık 12.500 yatak kapasitesi vardır. ABD, İngiltere, Kanada gibi Hindistan’ı tercih eden ülke vatandaşları yer almaktadır. Fiyatlar 1/3 fakat neredeyse benzer kalitede hizmet vermektedir. Öne çıktığı branşlar sırasıyla; alternatif tıp, kemik iliği nakli, kardiyak bypass, göz cerrahisi ve kalça protezidir. Ayrıca diş klinikleri de önemli sayıda hastaya tedavi olanağı sunmaktadır. Bangladeş, Gabon, Katar, Kuveyt, Mauritius, Nijerya, Sri Lanka, Umman gibi ülkelerde Apollo Hastane Grubu, Hindistan merkezlerine hastaları yönlendirmek ve hastane grubunun bilinirliği artırmak sebebiyle Sağlık tesisleri açmıştır. 2015 Haziran verilerine göre 22 Sağlık tesisi JCI akredite olarak hizmet sunar.

Sağlık turizmi ile ilgili Tablo 4’de belirtilen işlemler sırasıyla; kalça protezizi, koroner bypass, liposuction, meme büyütme/küçültme, yüz gerdirme, abdominoplasti, porselen kron diş tedavisi, full akrilik diş tedavisi, dental implanttır. İngiltere ile Hindistan arasında fiyat Karşılaştırması yapıldığında Tablo 4’te belirtilen işlemlerde Hindistan’ın daha uygun olduğu görülmektedir. Hindistan ile ABD arasında; koroner bypass, karaciğer nakli, kalça protezi, dental implant işlemlerinin fiyatları karşılaştırıldığında Yine Hindistan’ın daha uygun fiyatta olduğu görülmüştür.

Hindistan’da; hükümet Sağlık turizmini geliştirmek, bilinirliğini artırmak ve dünya genelinde markalaştırmak için 2003 yılından günümüze çeşitli Çalışmalar yapmaktadır. Bu Çalışmalar sırasıyla şunlardır (11):

- Sağlık turizmi ve Sağlık turizmini destekleyecek kampanyalara yönelik broşür, CD vb. materyalleri hedef pazarlara göndermek,
- Uluslararası fuarlara aktif şekilde katılarak tanınırlığını artırmak,
- Sağlık turistlerinin karşılaşılabileceği problemler tespit etme ve çözmek için Mart 2010 Hindistan Turizm ve Seyahat İşletmeciliği Enstitüsü görevlendirildi,
- Sağlık turistinin kendisine (Medical Visa) ve onun refakatçisine (MX-Visa) özel vizeler hazırlaması, bazı durumlarda gecikmeyi azaltmak için Varış Vizesi (VoA) adı altında sınırda vize verilmeye başlandı,
- Sağlık turisti için yapılan tedavilerin ihracat sayılması ve bunun için teşvikler verilmesi,
- Yabancı yatırımı çekmek için girişimde bulunulması destek olunması,
- Sınırdan hasta hareketliliği sağlamak için çeşitli Çalışmaların yapılması,
- Ülkede ki Sağlık kuruluşlarının, uluslararası akreditasyonları almalarını, yurt dışında şube açmalarını ve uluslararası işbirliği yapmalarını sağlamaktır.

İşlem	İngiltere (USD)	Hindistan (USD)
Kalça protezi	\$16.000	\$9.500
Koroner bypass	\$40.000	\$9.000
Liposuction	\$6.000	\$2.700
Meme büyültme/küçültme	\$9.500	\$3.600
Yüz gerdirme	\$12.000	\$4.100
Abdominoplasti	\$9.000	\$3.600
Porselen kron diş tedavisi	\$1.000	\$250
Full akrilik diş tedavisi	\$1.800	\$600
Dental implant	\$3.500	\$1.100
İşlem	ABD (USD)	Hindistan (USD)
Koroner Bypass	\$80.000	\$9.000
Karaciğer Nakli	\$270.000	\$40.000
Kalça protezi	\$27.000	\$9.500
Dental implants	\$3.500	\$1.100

**Tablo 8 Fiyat Karşılaştırması**

Yukarıda da belirtildiği gibi diğer ülkelerle yapılan işlemlerin kalitesinin aynı olmasına rağmen fiyatlarının daha uygun olması, hastalar tarafından özellikle tercih edilmektedir.

Hindistan dünyanın en büyük coğrafi alanlarına ve en büyük nüfusuna sahip olan ülkede hizmet sektörüne dahil olan Sağlık turizmi; 90'ların ortasında, ekonominin liberalleşmesi ile birlikte başladı ve bu durum; eşyanın tabiatı gereği, burada ki özel hastanelerin Batı'da bulunan ileri teknoloji ve kaliteli medikal tesisler ile donatılması ile büyüdü (10). Bunların yanında Batı'da eğitim almış Hintli doktorların ülkeye geri dönmelerinin sağlanması, İngilizce bilen personel sayısının çok olması, (12) tarihsel ve kültürel yakınlık, Yoga ve Ayurveda gibi alternatif tıp hizmetlerinin olması bu özelliklere eklenebilir. Yukarıda belirtilen sebeplerden dolayı Hindistan'da Sağlık turizmi gelişti ve dünyada bu konuda adı geçen ülkeler arasına girdi.

#### KAYNAKÇA

1. <https://www.india.gov.in>
2. The Economist Intelligence Unit, India Country Report
3. <http://www.wikizero.biz/index.php?q=aHR0cHM6Ly90ci53aWtpcGVkaWEub3JnL3dpa2kvSGluZGlzdGFu>
4. The World Bank,2003
5. Gerçek H. Hindistan Sağlık Sistemi.TOPLUM ve HEKiM. Ocak - Şubat- Mart - Nisan 2007. Cilt 22. Sayı 1-2
6. Türkiye Sağlık Vakfı ve Sağlık Derneği, Dünya'da Ve Türkiye'de Sağlık Turizmi-2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri, s.12.
7. Arlen D. Meyers, "How to Invest in the Future of Global Healthcare", 2011 World Medical Tourism Conference:Pioneering the Future in Global Healthcare, 23-24 May 2011 Las Vegas
8. Eleni Didascalou, Dimitrios Lagros, Panagiotis Nastos, "Wellness Tourism: Evaluating Destination Attributes for Tourism Planning in a Competitive Segment Market", Tourismos: An International Multidisciplinary Journal of Tourism, Cilt 5, Sayı 4, Bahar 2009, s. 114.
9. Dursun Aydın, Cemalettin Aktepe, Pars Şahbaz, Sıddık Arslan, "Türkiye'de Medikal Turizmin Geleceği", Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü ortak raporu, Mart 2011, Ankara, s. 5.
10. Wong Kee Mun and Ghazali Musa, "Medical Tourism in Asia: Thailand, Singapore, Malaysia and India", Medical Tourism, C. Michael Hall, USA: Routledge, 2013, ss: 167-187
11. Dilaver Tengilimoğlu ve Ozgül Kahraman, "Dünyada ve Türkiye'de Medikal Turizm", Sağlık Turizmi, Dilaver Tengilimoğlu, Ankara: Siyasal Kitapevi, 2013, ss. 99-121

12. Connell, J. (2006), Medical Tourism: Sea, sun, sand and... surgery'', Tourism Management, 27, 1093-1100; Tontuş, a.g.e., 72 'den aktaran; Yasin Bilim, ''Dünyada Medikal Turizm'', Sağlık Turizmi, Saadet Pınar Temizkan, Ankara: Detay yayıncılık, 2015, ss. 101-126

13. Robinson J. and Elkan R. (1996) Health Needs Assessment. Pearson Professional Limited. New York.

## INVESTIGATION OF SINGAPORE'S HEALTH SYSTEM AND HEALTH TOURISM

Ülkü VERANYURT [1]  
Aybüke ARIĞ [2]

[1] University of Health Sciences/Healthy Care Management/ Turkey/ [ulkuveranyurt@gmail.com](mailto:ulkuveranyurt@gmail.com)

[2] Maltepe University/Sociology Information/Turkey/[aybuke97.arig@gmail.com](mailto:aybuke97.arig@gmail.com)

### ABSTRACT

Singapore means 'Lion City' in Sanskrit. Located in the south of the Malay peninsula, the country is one of the rare city states in the world. Singapore's climate is tropical, warm, humid and rainy. The temperature ranges from 25 to 32 degrees. In spite of urbanization, Singapore's tropical vegetation has been largely preserved. Primary health care is mostly practiced by private service providers and there are 1,400 private clinics offering primary health care. 18 public polyclinics (multidisciplinary primary health clinic), subsidized outpatient care, vaccination, health screening, pharmacy services and sometimes dental health services. Numerous formal and private hospitals offer 24-hour emergency care and around 30 clinics throughout the country provide 24-hour care. Many other clinics are available late at night and a list of them is available online. Singapore offers universal health services to citizens with a finance system that connects to individual responsibility philosophy and affordable health care for all. The scope is financed by a combination of state subsidies (from general tax revenue), multi-layered healthcare financing schemes and all of the individual individual savings implemented at the national level. National capital expenditures are determined by the government's annual budget. The first level of protection includes state subsidies up to 80% of the total cost of care provided in public hospitals and primary care clinics. This is supported by a set of savings and insurance programs (for Medisave, MediShield and Medifund), known as the tasarruf 3M bilinen system, which plays a critical role in protecting the health and well-being of the population. One of the best health care systems in Asia is neighboring countries such as Indonesia, Malaysia, as well as health tourists from China, South Asia, Middle East countries, USA, UK and other European countries.

**Key Words:** Singapore, Health tourism, Health system

### 1. GİRİŞ

Singapur, Sanskritçe' de 'Aslan Şehri' anlamına geliyor. Malay yarımadasının güneyinde yer alan ülke dünyanın nadir şehir devletlerinden biri. Singapur'un iklimi tropikal, sıcak, rutubetli ve yağışlıdır. Sıcaklık 25 ila 32 derece arasında değişmektedir. Kentleşmeye rağmen Singapur'un tropikal bitki örtüsü önemli oranda korunmuştur.

Singapur, Güney Doğu Asya'da ekvatorun yaklaşık 137 km kuzeyinde, Malakka Boğazı ile Güney Çin Denizi arasında Malezya Yarımadasının güney ucunda yer alan, 42 km uzunluğunda ve 23 km genişliğinde, kendisine bağlı 63 küçük adaya birlikte 710 km<sup>2</sup> yüz ölçüme sahip bir şehir-ada devletidir. Yönetim şekli Parlementer Cumhuriyet'tir (Singapore Department of Statistics website <http://www.singstat.gov.sg/stats/keyind.html#keyind> (Last accessed 22 Sep 08).

Başkenti Singapur olan şehir devletinin nüfusu yaklaşık 5.4 milyondur. Kullanılan diller İngilizce, Mandarin, Malayca, Tamil'dir. Ülkede görülen inançlar sırasıyla; Budizm (%42,5), Müslümanlık (%14,9), Hristiyanlık (14,6), Taoizm (%8,5), Hinduizm (%4), Ateizm (%14,8)'dir. Yüzölçümü 710 km<sup>2</sup> olan ülkenin başlıca adaları Tekong, Pulau, Ubin, Sentosa'dır. Etnik yapı olarak incelendiğinde ülkenin %74,1'i Çin, %13,4'ü Malay, %9,2 Hintli ve %3,3'ü diğer etnik yapıdaki insanları kapsamaktadır.

Küçük bir toprak parçasına sahip olmasına rağmen Singapur, Sağlık alanında oldukça ileri bir konuma ulaşmış ve Asya'da en iyi Sağlık sistemlerinden birini kurmayı başarmış bir ülkedir.

#### 1.1.Siyasi ve İdari Yapı

Singapur, 9 Ağustos 1965 yılında Malezya'dan ayrılarak Bağımsız bir cumhuriyet olmuştur.Singapur Cumhuriyeti parlamenter demokrasi sistemine dayanır. Parlamento tek meclisli bir yapıdadır ve meclis 79 kişiden oluşur. Meclis üyeleri beş senede bir seçilir.

## 1.2.Nüfus Dağılımı

Singapur Cumhuriyeti'nin nüfusu yaklaşık 5,4 milyondur.Çinliler %74,1, Malaylar %13,4, Hintliler %9,2, diğerleri ise %3,3 paya sahiptir. Nüfusun çoğunluğunu oluşturan Çin kökenliler dışında yer alan diğer bütün ırk ve dinlere mensup topluluklar “**azınlık**” olarak nitelendirilmektedir. Singapur yönetimi, din, dil, örf ve adet bakımından farklı özellikler gösteren bu toplulukları aynı pota içinde eritip **bir ulus bilinci** yaratmaya çalışmaktadır.

## 1.3.İşgücü Özellikleri

Singapur'da vasıflı işgücünün artış gösterdiği ve istihdam edilen genç nüfusun eğitimseviyelerinin daha üst düzeyde olduğu gözlemlenmektedir. Yabancı işgücündeki artış ve yerleşik nüfusun işgücünde daha fazla yer alması ile Singapur işgücünde hızlı bir yükselme meydana gelmiştir.2013 yılında toplam işgücü % 4,2 '(3,45 milyon kişi) yükselmiştir.Singapur Araştırma ve İstatistik Bakanlığı'nın "Singapur İşgücü 2013" raporunda kadınlarınson 10 yılda daha iyi eğitim alma fırsatı yakaladığını ve hizmet sektöründe önceki yıllara göre daha fazla istihdam edildiği belirtmiştir. Bu istihdam 2003 yılında % 50,9 iken 2013 yılında% 58,1'e yükselmiştir.

## 1.4.Ekonomik Yapı

Asya- Pasifik Bölgesi'nin dünya ekonomisi ve ticaretindeki yeri ve önemi gün geçtikçe artarken, Singapur, Asya-Pasifik bölgesinde ve özellikle Güneydoğu Asya'da önemli bir ticaret merkezi konumunda bulunmaktadır. Singapur ekonomik olarak çok kısa bir süre içinde yapılanarak dünya çapında önemli bir liman ve serbest ticaret merkezi, dünyanın önemli petro-kimya ve elektronik üreticilerinden birisi, bölgede başarılı bir finans ve bankacılık merkezi, gelişen ticaret koşullarına uyum ve hızlı adaptasyon kabiliyetinin de etkisiyle dünya çapında önemli bir transit ticaret merkezi konumuna ulaşmıştır.

## 2.Singapur Sağlık Sistemi

### 2.1.Birinci basamak bakımı

Birinci basamak Sağlık hizmeti çoğunlukla özel hizmet sağlayıcılar tarafından uygulanır ve birinci basamak Sağlık hizmeti sunan 1.400 özel klinik vardır.18 kamu polikliniği (multidoktor birinci basamak Sağlık kliniği), sübvansiyonlu ayakta tedavi, aşılama, Sağlık taraması, eczane hizmetleri ve bazen de diş sağlığı hizmeti sunmaktadır. Tüm Singapurluların erişimine açık olmasına rağmen, bu klinikler genellikle düşük gelirli nüfusa hizmet etmektedir; Birinci basamak bakımın büyük kısmı, özel pratisyen hekim (GP) klinikleri tarafından verilmektedir. Hastalar birinci basamak doktorlarını seçebilirler, kayıt gerekli değildir. Özel birinci basamak Sağlık hizmetleri doktorları başvuruda bulunur, ancak genellikle kapı bekçileri olarak çalışmaz ve genellikle hizmet bedeli ödenir. Singapurlu Sağlık sistemi, özel GP ağlarıyla bağlarını güçlendirmektedir. 2012 yılında uygulamaya konan Topluluk Sağlık Yardım Programı, Singapurlulara düşük gelirli hanelerden hane halklarına taşınabilir sübvansiyonlar sağlamaktadır. Program, akut durumlar, belirli kronik hastalıklar, belirtilen dış prosedürleri ve önerilen Sağlık taraması için katılan özel kliniklere ziyaretleri sübvansiyon ediyor. Katılan yaklaşık 720 tıbbi tıp kliniği ve yaklaşık 460 diş kliniği bulunmaktadır.

### 2.2 Poliklinik uzman bakımı

Kanser, ağız bakımı, kalp-damar hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları ve cilt hastalıkları gibi birçok özel bakım merkezi vardır. Ulusal Kalp Merkezi, örneğin, korunmadan rehabilitasyona kadar geniş bir tedavi yelpazesi sunar; Herhangi bir kardiyovasküler komplikasyon için ulusal ve bölgesel sevk merkezidir. Araştırma, öğretim ve eğitim de orada yapılmaktadır.Kamu sisteminde Çalışan uzmanlar maaş almaktadır ve şüphesiz hasta görebilmektedir.

### 2.3 Birinci basamak doktorlarına ve uzmanlarına ödeme yapmak için idari mekanizmalar

Hükümet doğrudan sağlayıcı kurumlara sübvansiyonlar öder ve onlara tedavi maliyetlerinin bir kısmını geri öder. Hastalar, kamu kliniklerinde ve devlet hastanelerinde sağlanan ayakta tedavi için sübvansiyon ödeneği alıyor; kamu hastanelerinde acil bakım için; gönüllü refah örgütleri tarafından yönetilen tesislerde orta ve uzun süreli bakım için ve özel huzurevlerinde bakım için araç testi yoluyla. Uygun düşük ve orta gelirli hastalar, özel dişhekimliği sağlayıcılarından kronik veya akut durumlar için ve ayrıca bazı dişhekimliği prosedürleri için ayakta tedavi için sübvansiyon alabilirler.



## 2.4 Mesai sonrası bakım

Çok sayıda resmi ve özel hastane 24 saat boyunca acil bakım hizmeti sunar ve ülke genelinde yaklaşık 30 klinik 24 saat bakım hizmeti sunar. Diğer birçok klinikte gece geç saatlerde hizmet verilmektedir ve bunların listesi çevrimiçi olarak yayınlanmaktadır. Singapur Sivil Savunma Kuvvetleri tarafından işletilen ambulanslarla bağlantı kurmak için 24 saat hizmet veren acil yardım hattı kullanılabilir. 24 saat hizmet veren mobil ev arama tıbbi servisi de mevcuttur. Hasta ziyaretleri hakkındaki bilgiler rutin olarak birinci basamak doktorlarına gönderilmez.

## 2.5 Hastaneler

Genel bakım bölgesel hastanelerde verilmektedir. 2010 yılında 30 hastanede 11.000'den fazla yatak (kamu ve özel sektör) bulunmaktaydı (uzmanlık merkezleri, toplum hastaneleri ve kronik bakım hastaneleri dahil olmak üzere 15 özel). 2010 yılında, üçte ikisi sübvansede edilen 4 milyon devlet hastanesi ayakta tedavi ziyareti gerçekleştirildi. Devlet hastaneleri blok bütçeden finanse edilmektedir. Bütçenin bir kısmı, tanı ile ilgili grupları kullanarak tıbbi durumları sınıflandıran Casemix sistemine dayanmaktadır. Hastaneler, bütçe tasarruflarını halk sağlığı hizmetlerinin diğer yönlerine yeniden tahsis edebilir. Blok bütçeleri, sübvansiyon modellerinin bakım ve hastane operasyon modellerinde değişiklik yapılmasını sağlamak için her üç ila beş yılda bir gözden geçirilir. Personel eğitimi ve Araştırması için ek devlet fonları mevcuttur. Singapur'un kamu hastanelerindeki gardiyanlar, olanaklar düzeyine göre dört ana sınıfa ayrılmaktadır. A sınıfı koğuşlar bir veya iki yataklı odalardan oluşur ve en yüksek konfor seviyelerine sahiptir. Oradaki hastalar hastane tarafından atanan doktorlar tarafından görülür; Özel hastalar olarak muamele gördükleri için faturaları sübvansede edilmemektedir. Diğer servislerdeki hastalar, koğuş seçimine göre değişen, Sınava tabi sübvansiyonlar almaktadır. Özel sektör, ikinci ve üçüncü basamak bakım seviyelerinin yaklaşık yüzde 20'sini sağlamaktadır. Özel hastaneler genellikle daha hızlı hizmet ve daha fazla olanak sunar ve Sağlık turizmine kamu tesislerinden daha çok katılırlar.

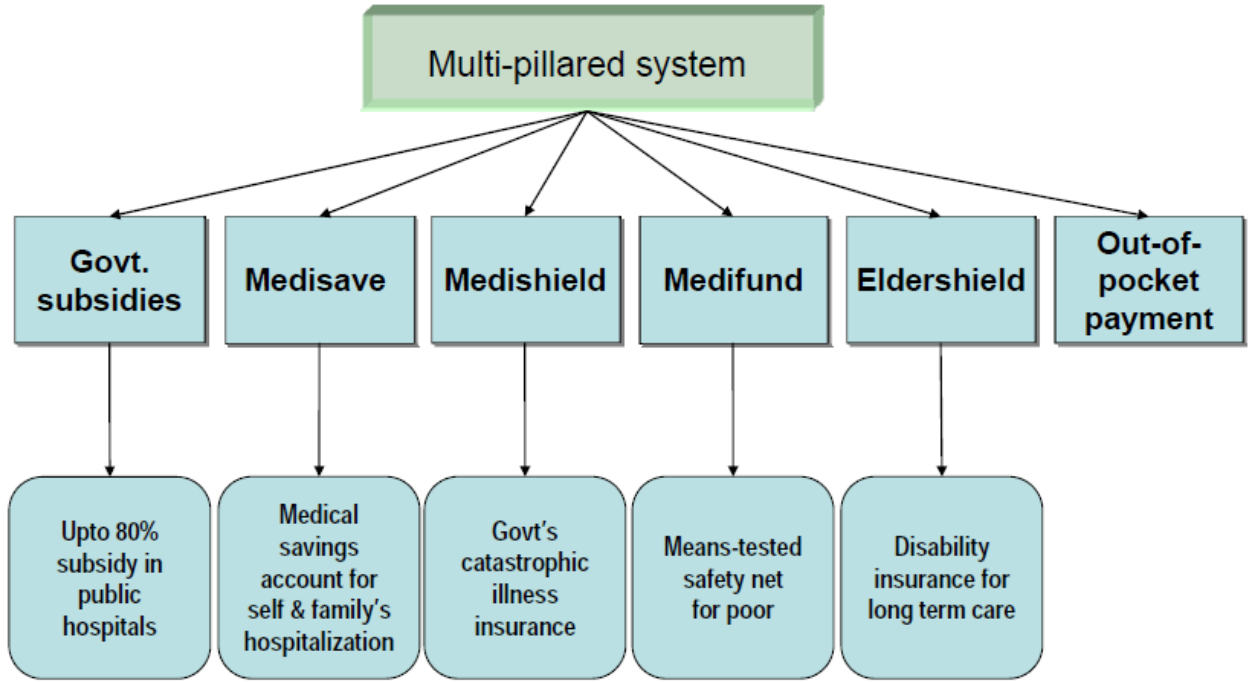
## 2.6 Akıl sağlığı bakımı

Akıl Sağlığı Enstitüsü, Singapur'un akut üçüncül psikiyatri hastanesidir. Çocuklara, ergenlere, yetişkinlere ve yaşlılara, ayrıca uzun süreli bakım ve adli tıp hizmetlerine psikiyatrik, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri vermektedir. Bağımlılığı olan hastalar, kurumun Ulusal Bağımlılık Yönetim Hizmetleri biriminde tedavi edilebilir. Birçok devlet hastanesi ayrıca yeme ve uyku bozuklukları, bağımlılık ve geriatrik psikiyatrik durumlar için genel ve özel hizmetler sunmaktadır. Akıl sağlığına dahil olan Sağlık hizmetleri ve sosyal kurumlar, 2007 Ulusal Akıl Sağlığı Planı tarafından yönlendirilmektedir. Risk altındaki bireyler ve duygusal güçlüklerle karşı karşıya kalanlar için eğitim ve önleme, erken teşhis ve tedavi gibi entegre hizmetler sunmaktadırlar. Plan, en sonunda bütünleşik toplum yaşamını mümkün kılmak için tasarlanan bir bakım ve destek sistemleri ağı için zemin hazırladı. Hizmetlerin erişilebilirliğini artırmak için, hükümet, toplumdaki hizmet ağları aracılığıyla zihinsel hastalara tedavi ve bakım sağlayan çok disiplinli ortak bakım ekipleri kurmaktadır. Aynı zamanda bakıcılara destek sağlıyor, bunama ve depresyonlu insanlar için topluluk güvenlik ağları oluşturuyor ve toplumlarında akıl hastası olan kişilerin yönetiminde ve bakımında GP'lere eğitim ve destek sağlıyor. Gençler, yetişkinler ve yaşlılar için de hedefli toplum temelli zihinsel Sağlık programları bulunmaktadır. Ruh Sağlığı Enstitüsü ve gönüllü sosyal yardım kuruluşları, mesken bakımı veya yakın gözetim ile geçiş süresi gerektiren çoğu vakayı ele almaktadır.

## 2.7 Elektronik Sağlık kayıtlarının durumu nedir?

Singapur sofistike bir ulusal elektronik Sağlık kayıt sistemi kuruyor. Sistem politika oluşturma, uygulamanın izlenmesi ve hasta kayıtlarının paylaşılmasına yardımcı olacak bilgileri toplar, raporlar ve analiz eder. Uzun vadeli hedef, tıp uzmanlarının hasta tedavisi ve güvenliği ile ilgili klinik verilere erişmelerini sağlamaktır. Tamamen geliştirildiğinde, sistem verilere tıp uzmanları, hastalar ve Araştırmacılar tarafından uygun formatlarda erişilmesine ve görüntülenmesine olanak sağlayacaktır. Veriler, diğer hastanelerin yanı sıra devlet hastanelerinin ve polikliniklerin elektronik tıbbi kayıt sistemlerinden gelecek. Hastaların yakın gelecekte kişisel Sağlık kayıtlarına bakmalarını ve muhtemelen katkıda bulunmalarını sağlama planları vardır.

### 3. SİNGAPUR SAĞLIĞI FİNANSMAN SİSTEMİ



Şekil 1. Singapur Sağlık Finans Sistemi

#### 3.1 Kamu tarafından finanse edilen Sağlık bakımı

Singapur, bireysel sorumluluk felsefesine ve herkes için uygun fiyatlı Sağlık hizmetine bağlanan bir finansman sistemi ile vatandaşlara evrensel Sağlık hizmetleri sunmaktadır. Kapsam, devlet sübvansiyonları (genel vergi gelirinden), çok katmanlı Sağlık hizmetleri finansman planları ve hepsi ulusal düzeyde uygulanan özel bireysel tasarrufların bir kombinasyonu ile finanse edilmektedir. Ulusal sermaye giderleri, hükümetin yıllık bütçesinde belirlenir. Birinci koruma kademesi, kamu hastanelerinde ve birinci basamak polikliniklerinde sağlanan toplam bakım maliyetinin yüzde 80'ine kadar devlet sübvansiyonlarını içermektedir. Bu, halkın sağlığını ve refahını korumada kritik bir rol oynayan "3M" sistemi olarak bilinen bir grup tasarruf ve sigorta programıyla (Medisave, MediShield ve Medifund için) desteklenmektedir.

##### 3.1.1 Medisave

İşçilerin ücretlerinin bir yüzdesini, işverenlerin eşleştirme katkısıyla kişisel bir hesaba katmalarını gerektiren zorunlu bir tıbbi tasarruf programıdır. Bireysel katkılar ve hesaplardan para çekme vergiden muafır. Hesaptaki fonlar, hastaneye yatış, günlük ameliyat ve bazı ayakta tedavi masrafları gibi Sağlık hizmetlerini ve hesap sahibi için ve ayrıca aile üyeleri için Sağlık sigortası ücretlerini ödemek için kesin kurallar çerçevesinde kullanılır.

##### 3.1.2 MediShield

Police sahiplerinin büyük veya uzun süreli hastalıklardan kaynaklanan tıbbi masraflarını Medisave dengelerinin karşılamaya yetmeyeceği Sağlık giderlerini karşılamalarına yardımcı olmak için düşük maliyetli, felaketli bir Sağlık sigortası programıdır. MediShield bir ödeme ve indirilebilir sistem üzerinde çalışır. MediShield'in primleri Medisave üzerinden sigortalı tarafından ödenmektedir. Singapur'luların programa otomatik olarak kaydolması. Kalıcı sakinler MediShield kapsamındadır, ancak belgelenmemiş göçmenler ve ziyaretçiler bu kapsamda değildir.

##### 3.1.3 Medifund

Yoksullara yardım etmek için kurulan hükümet bağış fonudur. Fon, Medifund onaylı bir kurumdan tedavi gören ve devlet sübvansiyonları, Medisave ve MediShield kapsamına rağmen tıbbi harcamalarını karşılamakta güçlük çeken vatandaşları kapsamaktadır.





### 3.2 Özel Sağlık sigortası

Kar amacı gütmeyen sigorta şirketlerinden MediShield kapsamını desteklemek için bir dizi özel sigorta planı mevcuttur. Entegre Kalkan Planları olarak adlandırılan bu kişiler, bireylerin Medisave hesaplarından finanse ediliyor. Singapurluların ayrıca diğer özel sigorta türlerini satın alma seçeneği vardır, ancak bunlar için primler Medisave fonlarıyla ödenemez. İşverenler ayrıca Çalışanlara sigorta olarak fayda sağlayabilirler.

### 4. SAĞLIK TURİZMİ

Günümüzde sanayileşme ve kentleşme sonucu meydana gelen sorunlar insan ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Sağlıksız toplumlarda üretim ve iş gücü kapasitesinde azalmalar meydana gelmektedir. İnsan sağlığını korumak ve iş gücünü artırmak amacı ile doğal turizm kaynakları (temiz hava, güneş, termal sular) olanakları kullanılmaktadır.

Sağlık Turizmi; bireylerin koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığını geliştirici hizmetleri almak amacı ile yaşadıkları ülke dışında bir ülkeye ziyaretleri olarak tanımlanmaktadır.

#### 4.1 Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmi; Yaşlı ve engelli turizmi, Termal turizm ve SPA-Wellnes, Medikal turizm olarak üç ana grupta incelenmektedir.

##### 4.1.1 Yaşlı ve Engelli Turizmi

- İleri yaş turizmi ( gezi turları, meşguliyet terapileri )
- Yaşlı bakımı hizmetleri ( bakım evlerinde veya rehabilitasyon hizmetleri )
- Klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri
- Engelliler için özel bakım ve gezi turları

**Hizmet Yeri :** Klinik oteller, rekreasyon alanları, tatil köyleri ve bakım evleri v.b

##### 4.1.2 Termal Turizm ve SPA-Wellnes

- Kaplıca tedavileri ve fizyoterapiler
- Talosoterapiler
- Hidroterapi ve egzersizler
- Balneoterapi ve Peloidoterapi
- Klimaterapi

**Hizmet Yeri:** Kaplıca ve Spa merkezleri

##### 4.1.3 Medikal Turizm ( Tıp Turizmi )

- İleri tedaviler ( Kardiyovasküler Cerrahi, Radyoterapi, cyberknife vb. )
- Transplantasyon
- İnfertilite ( Tüp bebek İVF uygulamaları )
- Estetik Cerrahi
- Göz, diş, diyaliz tedavileri vb.

**Hizmet Yeri :** Sağlık kurum ve kuruluşları

#### 4.2 Sağlık turizminin temel sebepleri:

1. Ülkesinde yüksek teknolojili Sağlık hizmetleri ve profesyonel insan kaynaklarının azlığı veya yokluğu,
2. Tedaviyle birlikte tatil yapma arzusu,
3. Sağlık hizmetlerinin kendi ülkelerinde pahalı olması,
4. Çok daha kaliteli Sağlık hizmeti almak istenmesi,
5. Kendi ülkesinde herhangi bir sebepten dolayı ameliyatının bilinmesini istenmemesi (Estetik Cerrahisi, İnfertilite tedavisi vb.)

6. Ülkesinde iklim ve coğrafi olarak tatil için kısıtlı imkân olduğu durumlarda yapılan turizm hareketliliği (ormanlık, yaylalar, tarihi ve kültürel zenginliği olan ülkelere gidiş), çoğunlukla termal tesisin ve Termal Turizm imkânlarının çok olduğu bir ülkede tatil yapma talebi.
7. Kronik hastaların, yaşlıların ve engellilerin başka ortamlara gitme ve tedavi olma isteklerinin oluşması,
8. Uyuşturucu ve farklı Bağımlılıkları olan kişilerin farklı veya daha uygun ortamlarda olma istekleri,
9. Kişinin hayata tutunma ve yaşam isteği.

Sonuç olarak Sağlık turizmi çok çeşitli olup birçok sebebi de içinde barındırmaktadır. Temel sebep daha iyi imkânlarda farklı bir ülkede sağlığını tekrar elde etmek için yapılan turizm çeşidi olup hızla yükselen bir sektördür

#### 4.3 Singapur'da Sağlık Turizmi

Asya'da ki en iyi Sağlık sistemlerinden biri Endonezya, Malezya gibi komşu ülkeler yanında Çin, Güney Asya, Orta Doğu ülkeleri, ABD, İngiltere ve diğer Avrupa ülkelerinden büyük oranda Sağlık turisti gelmektedir.2002 yılında 210.000,2006 yılında 410.000, 2012 yılında Sağlık turizmi devlet politikası haline getirilmiş ve hedef 1.000.000 Sağlık turisti (850.000 ve 3.5 Milyar dolar ülkeye getiri).2014 yılında 1.000.000 hastaya yaklaşmıştır.WHO; ABD ve Kanada'dan sonra 3. sıraya almıştır.Sağlık hizmetinde dünyada lider konumdadır.Sağlık tesisinin Sağlık turizmi hizmeti verebilmesi için Sağlık Tanıtım Kurulu, Laboratuvar Akreditasyon Sistemi (SİNGALSS),Singapur Akreditasyon ve Sağlık Bakanlığı tarafından akredite edilmesi gerekmektedir.

25 civarında hastane (kamu)ve ya Sağlık tesisi (özel) bulunmaktadır.>9000 doktor, yaklaşık 30.000 hemşire, 1500 diş hekimi. Doktorların mesleklerini icra edebilmeleri için malpraktis durumlarına karşı sigorta yaptırılması zorunlu. Sigorta hastadan alınan ücretlere yansımaktadır. SB destekli Sağlık Çalışanı Geliştirme kapsamında doktorlar dünyanın en iyi Sağlık merkezlerine gönderilip eğitiliyor ve daha sonra ülkelere dönüp hizmet veriyorlar. WHO tarafından 191 ülke yapılan Sağlık sistemi Karşılaştırmasında 6. Asya'da ise 1. Sırada 2015 yılı itibarıyla 21 Sağlık tesisi JCI akreditedir. Geleneksel Çin tıbbi uygulamaları, akupunktur ve herbal tedaviler içinde tesisler mevcuttur. Yasal çerçevede alternatif olarak hizmet vermektedirler.

	Koroner Arter Bypass Ameliyatı	Kalp Kapağı Değişimi	Kalça Protezi Ameliyatı	Diz Replasmanı	Omurga Füzyonu	Yağ Aldırma Operasyonu
ABD	129.750\$	58.250\$	45.000\$	40.000\$	62.000\$	9.000\$
Türkiye	11.375-15.000\$	16.950\$	10.750\$	11.200\$	7.125\$	3.333\$
Almanya	17.335\$	N/A	11.644\$	11.781\$	13.500-15.000\$	4.376\$
Tayvan	18.900\$	27.500\$	7.500\$	8.000\$	5.900\$	4.000\$
Singapur	30.000-33.000\$	12.500\$	10.725\$	9.350\$	9.000\$	3.000\$
İngiltere	27.770\$	25.000\$	15.840\$	20.600\$	32.400\$	4.950\$

Kaynak: DEİK İstatistiği Erişim: <http://www.healthinturkey.org/en-EN/Price.aspx> (31.03.2012)

Şekil 2. Medikal Turizm'de Ülkelerarası Fiyat Karşılaştırması

## Singapur'daki Hastaneler

V · T · E		Hospitals in Singapore		[hide]
Alexandra Health	Hospitals	Khoo Teck Puat Hospital		
	Specialist Centres	Jurong Medical Centre		
Jurong Health Services	Hospitals	Alexandra Hospital · Ng Teng Fong Hospital		
NHG	Hospitals	Institute of Mental Health · Tan Tock Seng Hospital		
	Specialist Centres	Communicable Disease Centre · Johns Hopkins Singapore International Medical Centre · National Skin Centre		
NUHS	Hospitals	National University Hospital		
	Specialist Centres	National University Cancer Institute, Singapore · National University Heart Centre, Singapore		
SingHealth	Hospitals	KK Women's and Children's Hospital · Singapore General Hospital		
	Specialist Centres	National Cancer Centre · National Dental Centre · National Heart Centre · National Neuroscience Institute · Singapore National Eye Centre		
Private	Parkway Health	Hospitals	Gleneagles Hospital and Medical Centre · Mount Elizabeth Hospital · Parkway East Hospital · Parkway Novena Hospital	
		Specialist Centres	Singapore Gamma Knife Centre	
	Raffles Medical Group	Hospitals	Raffles Hospital	
		Specialist Centres	Raffles Surgicentre	
	Others	Adam Road Hospital · Ang Mo Kio - Thye Hua Kwan Hospital · Bright Vision Hospital · Camden Medical Centre · Changi General Hospital · East Coast Medicare Centre · HMI Balestier Hospital · Kwong Wai Shiu Hospital and Nursing Home · Mount Alvernia Hospital · Ren Ci Hospital and Medicare Centre · St. Andrew's Community Hospital · St. Luke's Hospital · Thomson Medical Centre · Westpoint Family Hospital		

Şekil 3. Singapur'daki Hastaneler

### KAYNAKÇA

[http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest\\_data.html#](http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest_data.html#)

[http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest\\_data.html#](http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest_data.html#)

<http://www.ibp.gov.tr/pg/section-pg-ulke.cfm?id=Singapur>

The healthcare system in Singapore M Ramesh and Azad Singh Bali

Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış Ve Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE

Health systems reforms in Singapore: A qualitative study of keystakeholders Suan Ee Onga, Shilpa Tyagia, Jane Mingjie Lima, Kee Seng Chiaa, Helena Legido-Quigleya.

Health care and tourism: Evidence from Singapore Chew Ging Lee.

[http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest\\_data.html#](http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest_data.html#)

[http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest\\_data.html#](http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest_data.html#)

<http://www.ibp.gov.tr/pg/section-pg-ulke.cfm?id=Singapur>

<https://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/>

<http://www.who.int/bulletin/volumes/93.11.14-146027-ab/en/>

H. Ömer TONTUŞ

<http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/saglikturizmi-istatistikleri> 28.03.2016

[www.tursab.org.tr](http://www.tursab.org.tr)

<http://tr.tradingeconomics.com/singapore/population>

EIU, Economic Intelligence Unit

IMF / [www.imf.org](http://www.imf.org)

IMF Veritabanı ve CIA (Central Intelligence Agency)

<https://tr.tradingeconomics.com/singapore/population>

<https://tr.tradingeconomics.com/singapore/unemployment-rate>

## TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEDİKAL TURİZM FAALİYETİNDE BULUNAN HASTANELERİN WEB SİTELERİNİN İNCELENMESİ

Haticenur TURAN<sup>1</sup>  
Aysu ZEKİOĞLU<sup>2</sup>

### Giriş

Globalleşen dünya üzerinde seyahat olanaklarının ve ülkeler arasındaki koordinasyonun artması, Sağlık hizmetleri kalitesinin dünyanın değişik yerlerinde de gelişme göstermesi ve bu hizmetlere erişim noktasında sağlanan kolaylıklar, Sağlık hizmeti finansmanında yaşanan gerek kişisel gerekse bütçe temelli zorluklar, Sağlık turizmi kavramının önemini artırmıştır. Sağlık turizmi her ne kadar niş bir alan olsa da, ülke ekonomilerine önemli katkı sağlamaktadır (Bennet, King, & Laura, 2004: 123). Bireylerin tıbbi hizmetler, cerrahi hizmetler veya dış sağlığına yönelik hizmetler alabilmek için deniz aşırı ülkelere yapmış oldukları seyahatler (Connell, 2006: 1093) olarak tanımlanan medikal turizm, Sağlık turizminin en yaygın türüdür.

Medikal turizmde sınır ötesi hastalara ulaşım Sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen Sağlık işletmelerinde hizmet standartlarının yüksek olması gereklidir. Sağlık hizmeti ve süreçlerinin kalitesini iyileştirmek, güvenli bir ortam sağlamak, hastalar ve personel için riski önlemek veya azaltmak, Sağlık hizmeti sağlayıcılarına kendi kuruluşlarının güçlü ve zayıf yönlerini tanımlama fırsat sağlamak açısından akreditasyon süreci oldukça önemlidir (Jovanovic, 2005:156). Dünyada medikal turizmde öncü ülkelerin JCI akreditasyonuna sahip destinasyonlarına bakıldığında Tayland 66 kuruluşla en fazla akredite olmuş hastaneye sahip ülkedir. Brezilya 64 Türkiye 44, Hindistan 38, Malezya 13 ve Meksika 7 Sağlık kuruluşu ile listede yer almaktadır (JCI, 2019; <https://www.medicaltourismmag.com/top-10-medical-tourism-destinations-world>). Sağlık iletişimde, tüketiciler ve profesyoneller tarafından internete artan güven, etkileşimli Sağlık iletişim araçlarının kullanımına yol açmıştır. Hastanelerin kullandıkları Web siteleri de bu iletişim araçlarından biridir (Schiavo, 2013: 61). Sağlık turizmi Açısından web sitelerinin önemine bakıldığında, turizm endüstrisinin bilgi yoğunluğu, İnternet ve Web teknolojisi için destinasyonların tanıtımı ve pazarlanmasında önemli bir rol oynamaktadır (Doolin, Burgess, & Cooper, 2002: 557).

### YÖNTEM

#### 1.1. Araştırmanın Önemi, Kapsamı ve Kısıtlılıkları

Medikal turizm faaliyetlerinde farklı ülkelerden Sağlık hizmeti almak için hareketlilik gerçekleştiren bireylerin güvenilir şekilde bu hizmete ulaşması gerekmektedir. Bu bağlamda Sağlık hizmetinin alınacağı hastaneye karar verilirken ve seyahat planlaması yapılırken mutlaka ülke ve Sağlık işletmesi hakkında bilgiye erişim sağlanmalıdır. Bilgi sistemleri ve internetin yaygınlaşması ile birlikte bireyler web siteleri aracılığıyla Sağlık işletmeleri hakkında detaylı bilgiye ulaşabilmektedir. Bu Çalışmanın amacı; Türkiye'de ve dünyada medikal turizm kapsamında hizmet veren JCI belgesine sahip hastanelerin, uluslararası hastaya ulaşmada en etkili araçlardan biri olan web sitelerinin içeriklerinin incelenmesidir. Farklı ülkelerde medikal turizm faaliyetinde bulunan hastanelerin web sitelerinin Karşılaştırılmasında hastane sayısının ve Karşılaştırma kriterlerinin fazlalığı sebebiyle her ülkeden sadece 5 hastaneye ait web sitesi incelenmesi Çalışmada kısıtlılık yaratmaktadır.

#### Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada, akredite hastane sayısı Açısından medikal turizmde dünyadaki ilk 5 ülke içinde yer alan Tayland, Brezilya, Malezya, Meksika, Hindistan ve Türkiye'de faaliyet gösteren JCI belgesine sahip Sağlık işletmelerinin web siteleri incelenmiştir. Tayland, Brezilya Malezya, Hindistan ve Türkiye'den 5'er hastane ve Meksika'dan da 4 hastane olmak üzere toplamda 29 hastane seçilmiştir. Meksika'dan 4 hastane seçilmesinin gerekçesi ise JCI akreditasyon belgesine sahip olan 7 kuruluşun yalnızca 5 tanesinin hastane programı olması fakat bu 5 hastane içerisinden ikisinin zincir hastane

<sup>1</sup> Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı,  
turanhaticenur@gmail.com

<sup>2</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,  
aysukurtuldu@trakya.edu.tr

olmasıdır. Maifredi vd. tarafından 2010 yılında geliştirilen, Birdir & Buzcu tarafından 2014 yılında Türkçeye uyarlanan ve geçerlik- güvenilirlik çalışması yapılan web sitesi içerik analizi ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,853'tür. 85 sorudan oluşan ölçekte, Teknik faktörler boyutu (15 soru), Hastane bilgileri ve hizmetleri boyutu (22 soru), Kabul ve Sağlık hizmetleri (25 soru), İnteraktif çevrimiçi hizmetler (10 soru) ve Dış faaliyetler (13 soru) olmak üzere 5 boyut bulunmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler web sitesinde var ise 1(evvet), yoksa 2 (hayır) değerleri verilerek, SPSS paket programı aracılığıyla tanımlayıcı istatistikler ile analiz yapılmıştır.

## BULGULAR

Tayland, Meksika, Hindistan, Malezya, Brezilya ve Türkiye'de medikal turizm hizmeti veren hastanelerin web sitelerinin Teknik faktörler Açısından skorları Tablo 1'de yer almaktadır. Çalışmada incelenen tüm hastanelerin web sitelerinde “Tarayıcı başlık çubuğunda sitenin isminin görünmesi”, “Tarayıcı başlık çubuğunda sitenin aktif bir parçasının görünmesi”, “Hastanenin adının web sitesinin üstünde görünmesi” ve “Web sitesinin sayfalarının yazdırılabilmesi” ifadelerine sahip oldukları, bununla birlikte “Engellilere yönelik sağlanan giriş sertifikasının bulunması” ve “Siteyi ziyaret eden kişi sayısı bildiriminin bulunması”, ifadelerine sahip olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 1.** Web sitelerinde Teknik Faktörlerin bulunma oranı

İfadeler/Ülkeler	Tayland	Meksika	Hindistan	Malezya	Brezilya	Türkiye
	%	%	%	%	%	%
Tarayıcı başlık çubuğunda sitenin isminin görünmesi	100	100	100	100	100	100
Tarayıcı başlık çubuğunda sitenin aktif bir parçasının görünmesi	100	100	100	100	100	100
Hastanenin adının web sitesinin üstünde görünmesi	100	100	100	100	100	100
Hastanenin logosunun web sitesinin üstünde görünmesi	100	75	100	100	100	100
Sayfa açıldığında görsel görüntü ve animasyondan sonra siteye girilmesi	0	0	0	0	0	20
Yabancı dillerde siteye girişin bulunması	80	100	20	40	60	100
Web site haritasının bulunması	0	50	40	40	20	20
Site içi aramanın bulunması	40	50	60	80	100	60
Web sitesinin güncelleştirme tarihinin bulunması	0	0	0	0	20	20
Engellilere yönelik sağlanan giriş sertifikasının bulunması	0	0	0	0	0	0
Yararlı sitelere link sağlanması	0	25	40	0	0	40
Genel yasal uyarının bulunması	0	0	40	60	0	40
Telif hakkı bilgisinin bulunması	60	75	100	100	60	100
Siteyi ziyaret eden kişi sayısı bildiriminin bulunması	0	0	0	0	0	0
Web sitesinin sayfalarının yazdırılabilmesi	100	100	100	100	100	100

Web sitelerinin Hastane bilgileri ve hizmetlerine ait faktörler Açısından skorları Tablo 2'de yer almaktadır. Çalışmada incelenen tüm hastanelerin web sitelerinde “Telefon veya faks numarasının bulunması” ifadesine sahip oldukları, bununla birlikte “Halkla ilişkiler ofisi” ile ilgili yer alan ifadelerine sahip olmadıkları görülmüştür. Bununla birlikte Tablo 2'ye göre hasta memnuniyetiyle alakalı yapılan Araştırma sonuçlarının sunumu bulunan hastane yalnızca bir tane olsa da diğer birçok hastane hasta memnuniyetine vurgu yapmak adına hastanelerinde tedavi olan hastaların yazılı görüşlerini sitelerinde yayınlamışlardır.

**Tablo 2.** Web sitelerindeki Hastane Bilgileri ve Hizmetlerine ait Faktörlerin bulunma oranı

Ifadeler/Ülkeler	Tayland	Meksika	Hindistan	Malezya	Brezilya	Türkiye
	%	%	%	%	%	%
Hastanenin tarihçesinin bulunması	80	25	60	40	100	40
Hastane posta adresinin bulunması	100	75	100	100	80	60
Telefon ve faks numarasının bulunması	100	100	100	100	100	100
E-mail adresinin bulunması	100	100	100	100	80	80
Vergi Numarası (VAT number) bulunması	0	0	20	0	0	20
Misyon açıklamasının bulunması	80	75	80	60	80	100
Ana sayfada ISO sertifikasının bulunması	80	50	80	100	100	60
Organizasyon şemasının bulunması	0	25	0	0	0	60
Hasta gizliliği konusunda bilginin bulunması	0	100	100	80	20	40
Hastaneye ulaşım yolları ile ilgili bilginin bulunması: Araba, toplu taşıma vb.	20	0	20	40	0	80
Hastane haritasının bulunması	80	100	80	100	80	100
Hastanenin sanal turunun bulunması	0	0	40	20	0	0
Halkla ilişkiler ofisi Çalışma saatlerinin olması	0	0	0	0	0	0
Halkla ilişkiler ofisi adresinin bulunması	0	0	0	0	0	0
H.İ.O. telefon ve faks numarasının bulunması	0	0	0	0	0	0
H.İ.O. e-mail adresinin bulunması	0	0	0	0	0	0
Hizmet belgesinin bulunması	0	0	0	0	20	0
Hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilginin bulunması	0	25	40	40	80	20
Hasta memnuniyeti hakkında yapılan Araştırma Sonuçlarının sunumunun bulunması	0	0	0	0	20	0
Yatırımcılara yönelik bilginin bulunması	20	50	40	0	20	80
Yabancılar için sağlanan bilginin bulunması	20	75	100	60	40	80
Ek servislerin bulunması (cafe, TV, Telefon)	60	25	40	80	80	60

Web sitelerinin Kabul ve Sağlık hizmetlerine ait faktörler Açısından skorları Tablo 3’de yer almaktadır. Çalışmada incelenen hastanelerin web sitelerinde “Bekleme listesinin bulunması”, “Bekleme listesinin güncel halinin bulunması” ve “Hastane kalite belirleyicileri: diğer” ifadelerine sahip olmadıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Web sitelerindeki Kabul ve Sağlık Hizmetlerine ait Faktörlerin bulunma oranı

İfadeler/Ülkeler	Tayland	Meksika	Hindistan	Malezya	Brezilya	Türkiye
	%	%	%	%	%	%
Hasta kabulü ile ilgili açıklamanın bulunması	60	100	100	100	100	100
Hasta kabul süresinde uyulması gereken kurallar hakkında bilginin bulunması	0	75	20	100	100	40
Hastane kalış süresince uyulması gereken kurallar hakkında bilginin bulunması	0	50	0	80	100	100
Ödeme bilgisinin bulunması	20	50	60	100	40	20
Ziyaretçilerin uyması gereken kuralların olması	20	50	40	60	100	80
Tıbbi doküman kopyası, sonucu alma ve prosedürlerinin bulunması	40	25	100	0	60	60
Reçete ve hizmet ücretlerinin nasıl ödeneceğinin detaylarının bulunması	20	50	60	80	60	0
Tüm branşların listesinin bulunması	80	75	100	100	100	100
Branşların yerleşim bilgisinin bulunması	20	25	0	0	80	40
Branşların iletişim bilgilerinin bulunması	40	50	0	100	80	80
Ayakta tedavi gören hastalara yönelik verilen hastane hizmetlerinin bulunması	80	25	100	80	80	100
Hastane yatak kapasitesinin bulunması	60	0	40	60	40	80
Bekleme listesinin bulunması	0	0	0	0	0	0
Bekleme listesinin güncel halinin bulunması	0	0	0	0	0	0
Önceki yıllara ait hasta kabul sayılarının olması	0	0	20	20	20	0
Doktor özgeçmişlerinin bulunması	40	0	60	60	0	80
Hastaneden kaynaklanan enfeksiyon bilgisi	0	0	60	40	20	0
Hasta ölüm oranı	0	0	40	20	0	0
Cerrahi operasyon ölüm oranı	0	0	40	20	0	0
Hastane kalite belirleyicileri:diğer	0	0	0	0	0	0
Doktorların alfabetik listesinin bulunması	100	50	100	100	100	80
Doktorların uzmanlıklarına göre listesinin bulunması	100	100	60	100	40	80
Özel danışmanlık, servis ve hizmet ücreti ödeme bilgilerinin bulunması	80	75	20	60	20	20
Ücret bilgileri ile beraber hizmet listesinin gösterilmesi	80	75	20	60	20	0
Ücret bilgileri ile beraber hizmetlerin maliyetinin gösterilmesi	80	75	20	60	20	0

Web sitelerinin interaktif çevrimiçi hizmetlere ve dış faaliyetlere ait faktörler Açısından skorları Tablo 4’de yer almaktadır. Çalışma kapsamında incelenen hastanelerin web sitelerinde “Hastaneyle internet üzerinden maille iletişim kurma imkanının bulunması” ifadesine sahip oldukları belirlenmiştir.



**Tablo 4.** Web sitelerindeki interaktif çevrimiçi hizmetlere ve dış faaliyetlere ait Faktörlerin bulunma oranı

Ifadeler/Ülkeler	Tayland	Meksika	Hindistan	Malezya	Brezilya	Türkiye
	%	%	%	%	%	%
İnternet aracılığıyla randevu imkanının olması	80	25	100	80	40	100
Randevu kabul bildiriminin olması	80	25	40	20	20	60
İnternet aracılığıyla diğer hizmetlerin bulunması	40	25	80	0	60	100
Randevunun internetten olması için linklerin olması	80	25	100	80	20	100
Hastaneyle internet üzerinden maille iletişim kurma imkanının bulunması	100	100	100	100	100	100
İnternet üzerinden doktora soru sorabilme imkanının bulunması	20	75	60	0	0	80
İnternet, e-mail aracılığıyla bilgi talep formu	40	100	100	60	100	80
İnternet aracılığıyla dilek, şikayet formlarının bulunması	20	25	60	0	60	100
Hastane gazetesi, haber bülteni için üyelik imkanının bulunması	0	25	40	40	80	60
Sağlık ile ilgili blok ve forumların bulunması	100	50	80	40	80	80
Sağlıkla ilgili doküman indirme ve okuma imkanının bulunması	60	50	80	80	100	80
Tıbbi sözlüğün bulunması	0	0	20	0	0	20
Hastanenin yer aldığı bilimsel Çalışmalar	0	50	40	0	40	60
Lisans ya da lisansüstü derslerin bulunması	0	50	20	0	40	40
Kütüphanenin bulunması	20	25	20	0	40	0
Hastaneye yapılan aktivitelerin programı	20	25	0	20	60	20
Hastanenin kendi yayınlarının bulunması	20	50	40	40	60	60
İş fırsatlarının detaylarının bulunması	80	75	0	60	60	20
Gönüllü derneklerin bulunması	20	75	0	40	20	20
Hastanede Çalışan dernekler/kurumlar: Hasta birimlerinin bulunması	0	50	20	0	0	20
Hasta haklarının korunmasına yönelik kurumların bulunması	0	50	20	20	20	0
Hastaneye nasıl bağış yapılacağı hakkında bilgi	20	75	40	40	20	20
Medyada hastanenin yeri (Medyada biz)	20	0	60	20	0	60

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Medikal turizm kapsamında hastaların Sağlık hizmeti alabilmek için gitmeyi planladıkları Sağlık kuruluşunun seçiminde etkili olan akreditasyon, ülkelerin medikal turizm için ne kadar yeterli olduklarının da bir göstergesi olarak kabul edilebilir (Akbolat & Deniz, 2017: 127).

Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu (2013)'na göre Uluslararası akreditasyon (JCI) belgesine sahip olan hastaneler, bu belgeye sahip olmayan hastanelere oranla 10 kat fazla uluslararası hasta çekmiştir.

Sağlık hizmeti için uluslararası hareketlilik gerçekleştiren hastalar için güvenli ve kaliteli hizmet almak önemlidir. Hastalar gidecekleri hastane ve ülke hakkında bilgi sahibi olmak isterler. Hastane web siteleri ve sosyal medya hesapları uluslararası hastalar Açısından referans bilgiye sahip alanlardır. Bu sebeple hastane web sitelerinin güncel, kapsamlı ve doğru bilgiye sahip olması

gerekmektedir. Gerçekleştirilen bu Çalışma sonucunda, Türkiye ve dünyada medikal turizm alanında öncü ülkelerde hizmet sunan ve incelenen hastanelerin web site içeriklerinin oldukça yetersiz olduğu belirlenmiştir. Özellikle “Engellilere yönelik sağlanan giriş sertifikasının bulunması”, “Siteyi ziyaret eden kişi sayısı bildirimini bulunması”, “Halkla ilişkiler ofisi”, “Bekleme listesinin bulunması”, “Bekleme listesinin güncel halinin bulunması” ve “Hastane kalite belirleyicileri: diğer” yönelik bilgilerin web sitelerinde yer almadığı görülmüştür.

Web sitesi içinde hastanede sanal tur imkanı, ortalama fiyat bilgileri, hizmet birimi ve personel listelerinin yanı sıra hastane kalite belirleyicilerinden olan enfeksiyon oranı ve ölüm oranı gibi bilgilerde yer almalıdır. Ayrıca canlı destek hattı ile hastaların sorularına anında yanıt verilerek hastane ile hasta arasında iletişim oluşturulması sağlanabilir. Öte yandan hastanenin bulunduğu ülkenin tarihi ve kültürel alt yapısına dair bilgiler de web sitesinde yer alabilir. Böylelikle hastalar gelecekte ülke hakkında da bilgiye ulaşmış olurlar. Acente kullanmadan doğrudan bireysel başvuru yapacak hastalara yönelik anlaşmalı otel, araç kiralama hizmetleri ile ilgili link ve öneriler de web sitesi içinde yer alabilir. Hastane web sitesi içinde oluşturulacak forumlar sayesinde hastaneden daha önce medikal turizm kapsamında hizmet alan hastaların yorumlarına ve değerlendirmelerine yer verilmesi, hastaların hastane tercihi üzerinde etkili olacaktır.

### Kaynakça

- Akbolat, M., & Deniz, G. (2017). Türkiye'de Medikal Turizmin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması. *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 123-139.
- Bennet, M., King, B., & Laura, M. (2004). The health resort sector in Australia: A positioning study. *Journal Of Vacation Marketing*, 122-137.
- Birdir, K., & Buzcu, Z. (2014). JCI Akreditasyon Belgesine Sahip Olan Sağlık Kuruluşlarının Web Sitelerinin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 1093- 1100.
- Doolin, B., Burgess, L., & Cooper, J. (2002). Evaluating the use of the Web for tourism marketing: A case study from New Zealand. *Tourism Management* , 557-561.
- <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Turkey>, Erişim Tarihi: 22.04.2019
- <https://www.medicaltourismmag.com/top-10-medical-tourism-destinations-world/>, Erişim Tarihi: 22.04.2019
- Jovanovic, B. (2005). Hospital accreditation as method for assessing quality in healthcare. 156- 157.
- Maifredi, G., Orizio, G., Bressanelli, M., Domenighini, S., Gasparotti, C., Perini, E., . . . Gelatti, U. (2010). IRtesaealricah nart ihcleospitals on the web: a cross-sectiona lanalysis of official websites. *Medical Informatics and Decision Making*, 1-13.
- Schiavo, R. (2013). *Health Communication*. John Wiley and Sons.
- Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu .  
(Erişim Tarihi: 22.04.2019)). <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/535,Turkiye-medikal-turizm-degerlendirme-raporu-2013pdf.pdf>.

## HEALTH TOURISM PERCEPTIONS OF HEALTH WORKERS: A CASE STUDY OF A PRIVATE HOSPITAL IN SIVAS

### SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK TURİZMİ ALGILARI: SIVAS İLİNDE ÖZEL BİR HASTANE ÖRNEĞİ

Ferda ALPER AY [1]  
Safiye CEVEN [2]

#### ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Sivas İl merkezinde bulunan özel bir hastane Çalışanlarının medikal turizm konusunda algılarının belirlenmesidir. Araştırmanın örneklemini 01.03.2018-01.06 2018 tarihleri arasında hastanede çalışmakta olup Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 181 Sağlık Çalışanı oluşturmuştur. Veriler SPSS 22,00 programı ile frekans, yüzde, ortalamalar, standart sapma, çapraz tablolar ve ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Araştırmanın bulgularında, yerli ve yabancı hasta arasında avantaj farkı olmadığı belirlenmiştir. Katılımcılara göre yabancı hastaların hastaneleri tercih etmelerinde “hastanenin hekim kadrosu” (%41,4) son derece önemli bir etkidir. Sağlık hizmetleri yanında turistik özelliklerinin fazla olması (%29,8 ) ise (ne etken ne değil ) kararsız kaldıkları görülmüştür.

#### ABSTRACT

The aim of this study is to determine the perceptions of a private hospital staff in the province of Sivas about "medical tourism". The sample of the study consisted of 181 healthcare workers who voluntarily accepted to participate in the study between 01.03.2018-01.06 2018 in the hospital. Data were analyzed by SPSS 22.00 program with frequency, percentage, means, standard deviation, cross tables and chi-square test. When in findings of the study, it is determined that there is no advantage difference between the domestic and foreign patients. According to the participants, when in prefer hospitals of foreign patients ; It was determined that the physician staff of the hospital (41.4%) was a very important factor. The participants were determined to be unstable, in term having more the touristic features besides Health services" (29.8%) (neither effective nor not).

#### INTRODUCTION

The fact that the access to health service is long, the cost is high, the quality of the current service is insufficient, reveals the desire of patients to be served from different countries (Ataman, 2017:30). Health tourism is a type of service sector which is a combination of health services or medical treatments and tourism services. Health care is a product of the development of the travel industry, the rise of the demand for private health services, the globalization of health services, and the rapid development of the Internet (Dang et al., 2016: 2). Health tourism is defined as traveling from one place to another in order to receive health services (Aydın & Aydın, 2015:2). The term ar health tourism, encompasses all types of tourism travel related to health. The expectation of the individual in health tourism is to protect and maintain the current health status and to improve the current state of health (Gramatnikovski et al., 2014: 282). Health tourism encompasses a wide range of surgical processes, beauty and aesthetic process, leisure activities, curative treatments as well as visiting different cultures (Toprak et al., 2014:39).

At the location where Turkey is located, with accredited hospitals with its historical and cultural values and experience in tourism, has been one of the preferred countries in the field of health tourism (Kantar et al., 2014: 15). Turkey, climate features it has, have accreditation hospitals which can serve medical tourism, thanks to its thermal sources, It is one of the rare countries that can serve to tourists in all areas of medical, thermal, aged and disabled tourism (www.saglik.gov.tr, 2019). In Sivas, thermal resources in terms of health tourism is one of the significant potential that Turkey has (Akbulut, 2010: 44). In the city, Hot Spring, Cold Spring, Middle Bucak Spring, Akça Agıl Spring and Kangal Balıklı Spring (Kangal Fish Spring) contribute to the city economy in terms of thermal tourism and welcome many visitors from the world and the country. Especially the fact that Kangal Fish Shape is cure for psoriasis is among the unique features (Sayili, 2006:625).

## METHOD

The aim of this study is to determine the perceptions of a private hospital staff in the province of Sivas about "medical tourism". For this purpose, the perceptions of health workers were examined for those who came to the hospital to receive health tourism services. In addition, it was investigated whether there were significant differences in terms of gender, educational status, in hospital work time and according to their profession. The population of the study consisted of 340 people who are working in a private hospital in Sivas between 01.03.2018-01.06 2018, physicians, nurses, other health personnel and administrative staff. The sample of the study was carried out by the employees in this universe in the hospital between the dates of this study and was composed of 181 health workers who voluntarily accepted to participate in the study. This number was found to be sufficient in the 95% confidence interval (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>, 12.05.2019). Data were analyzed by SPSS 22,00 program by frequency, percentage, averages, standard deviation, cross tables and chi-square test. The questionnaire form, which was developed by Demirer in 2010, consisted of a total of 29 questions including demographic characteristics of health workers and evaluations of foreign patients. The reliability of the scale was found Cronbach Alpha 0,809 in our study.

## FINDINGS

A total of 181 health workers participated in the study, 31.5% of them were graduates of vocational high schools, 34.8% of the participants were nurses, 32% of them were patient services, 26% of them were physicians and 6.6% of the administrative unit consists of employees. It was found that 44.8% of the participants had a medium level of foreign language, 50.8% of them had more than 6 years of occupational working time, 35.4% of them had working time in the institution between 1-3 years, 90.6% 59.7% had received in-service training by the institution several times, 99.4% had not received any training in the services offered to foreign patients, 56.4% had previously been not working in an institutional hospital. 56.9% of the participants stated that there is no advantage difference between domestic and foreign patients, 27% of them stated that foreign customers and 16% of them domestic customers were more advantageous.

**Table 1:** Relationships between Socio-Demographic Characteristics and Perceptions of Employees on Foreign Patients

	<b>Gender</b>	<b>Education Level</b>	<b>Working year in the institution</b>	<b>Occupation</b>
Obeying the rules of the hospital	*	*		*
In communication with the intermediary institutions Orientation the Patient	*			
due to cultural and country- related habits	*	*	*	*
In communication with patient Relatives		*		*

According to the gender of the participants, a significant difference was found in the perception of obeying to hospital rules by foreign patients (Chi-square value: 10,689; SD: 4; P <0,05). In terms of obeying with hospital rules, it was observed that female employees had less problems than men. According to the gender of the participants, a significant difference was found in the perception of the foreign patients the communication with the intermediary institutions that brought the patient (Chi-square value: 12,084; SD: 4; P <0.05). It has been observed that women workers, with the intermediary institutions that brought the patient have much less problems than men. According to the gender of the participants, a significant difference was found in the perception of foreign patients due to cultural and country-related habits (Chi-square value: 11,173; SD: 4; P <0.05). Because of the cultural and country-related habits, it has been observed that male workers experience less problems than women.

According to the education level of the participants, there was a significant difference in the perception of the compliance of the foreign patients with the hospital rules. (Chi-square value: 22,284; SD: 12; P <0.05). It is determined that graduates of vocational high schools have no problems in terms of compliance with hospital rules. According to the education level of the participants, a significant

difference was found in the communication with the patient's relatives. (Chi-square value: 31,039; SD: 12; P <0.05). It is determined that the undergraduate graduates have no problems in communication with the patient relatives. According to the educational status of the participants, a significant difference was found due to the cultural and country-related habits. (Chi-square value: 24,478; SD: 12; P <0.05). It is determined that undergraduate graduates have no problems due to cultural and country-related habits.

According to the study year of participants, a significant difference was found due to cultural and country-related habits. (Chi-square value: 21,798; SD: 12; P <0.05). It has been determined that employees less than 1 year and 1 to 3 years have no problems due to cultural and country-related habits.

According to the profession of the participants, a significant difference was found in obeying with the hospital rules (Chi-square value: 25,226; SD: 12; P <0.05). It was determined that physicians did not have any problems due to obeying with the hospital rules. According to the profession of the participants, a significant difference was found in the communication with the patient relatives. (Chi-square value: 34,535; SD: 12; P <0.05). It was determined that the workers in the Patient Services had no problems in communication with their patient relatives. According to the profession of the participants, a significant difference was found due to the cultural and country-related habits. (Chi-square value: 28,756; SD: 12; P <0.05). It was determined that the employees in the Patient Services had no problems due to their cultural and country-related habits.

Concerning the foreign patients of the participants; It was determined that mostly no problem living about communication with the patient, food offered to patients in hospital, about payments, adherence to hospital rules, communication with intermediary organizations that brought the patient, communication with patient relatives, appointments, cultural and country related habits (Table 2).

**Table 2:** Findings Concerning the Problems Faced by the Participants with Foreign Patients (n=181)

	1. In communication with the patient		2. About the meals offered to patients in the hospital		3. About payments		4. Obeying to hospital rules		5. In communication with the intermediary institutions Orientation the patient		6. Due to cultural and country-related habits	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I had no problems	69	38,1	65	35,9	126	69,6	97	53,6	126	69,6	87	48,1
I've had very few problems	50	27,6	43	23,8	35	19,3	41	22,7	35	19,3	48	26,5
I've had trouble sometimes	46	25,4	40	22,1	12	6,6	34	18,8	12	6,6	39	21,5
I often have problems	13	7,2	24	13,3	6	3,3	6	3,3	6	3,3	4	2,2
I've had problems all the time	3	1,7	9	5,0	2	1,1	3	1,7	2	1,1	3	1,7

According to the participants, when in prefer hospitals of foreign patients; It was determined that the physician staff of the hospital (41.4%) was a very important factor. According to the participants, foreign patients prefer hospitals as; Low cost of treatment (30.9%), High standard of health service (38.1%), Geographically close (40.3%), Cheap country (37%, 6), importance given to hygiene, (39%, 2), the service period (45.9%), the technical equipment of the hospital (42%), the international standard of the hospital (35.6%), reference of intermediary institutions, (39.2%) was determined to be a major factor. The participants were determined to be unstable, in term having more the touristic features besides health services" (29.8%) (Neither factor nor factor).

**Table 3:** Findings about the Factors that Foreign Patients Prefer Hospitals (n=181)

	1. Low cost of treatment		2.High standard health service		3.To be geographic ally close		4.To be a cheap country		5. Having more the touristic features besides Health services		6.Having importance on hygiene	
	N	%	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%
Not at all factor (1)	20	11,0	9	5,0	22	12,2	25	13,8	25	13,8	6	3,3
Very few factor (2)	35	19,3	19	10,5	29	16,0	24	13,3	30	16,6	16	8,8
Neither factor nor factor (3)	32	17,7	21	11,6	31	17,1	44	24,3	54	29,8	30	16,6
Very big factor (4)	56	30,9	69	38,1	73	40,3	68	37,6	51	28,2	71	39,2
Extremely important factor (5)	38	21,0	63	34,8	26	14,4	20	11,0	21	11,6	58	32,0
	7. Service time		8. Hospitals technical equipment		9. The physician staff of the hospital		10. International standard of hospital		11. Orientation of intermediary institutions			
	N	%	N	N	N	%	N	%	N	%		
Not at all factor (1)	4	2,2	8	4,4	5	2,8	7	3,9	9	5,0		
Very few factor (2)	13	7,2	9	5,0	15	8,3	18	9,9	19	10,5		
Neither factor nor factor (3)	22	12,2	18	9,9	21	11,6	26	14,4	28	15,5		
Very big factor (4)	83	45,9	76	42,0	65	35,9	66	36,5	71	39,2		
Extremely important factor (5)	59	32,6	70	38,7	75	41,4	64	35,4	54	29,8		

## CONCLUSION

When the studies in the field of health tourism are examined, it can be said that although these studies are increasing rapidly, new studies need to be developed. These researches, both in the field of tourism, health tourism, it will be important contributions to Turkey's recognition. The aim of this study was to determine the perceptions of, in Sivas a private hospital staff towards the health tourism service presentation.

When the findings of the study are examined, it is determined that there is no advantage difference between the domestic and foreign patients. for the hospital in question, this result shows that health services can be offered without any distinction between domestic patients and foreign patients. According to gender; it was observed that women workers had much less problems than men, in terms "Obeying the rules of the hospital" and "with the intermediary institutions that brought the patient". Because of the cultural and country-related habits, it was observed that male employees experience less problems than women.

According to educational level; It was determined that the graduates of vocational high schools did not have any problems in terms of all obeying hospital rules. It is determined that undergraduate graduates have no problems in terms of in communication with the patient relatives and due to cultural and country-related habits. According to the study year, It has been determined that employees less than 1 year and 1 to 3 years have no problems due to cultural and country-related habits. According to the profession of the

participants, it was determined that physicians did not have any problems due to obeying with the hospital rules. It was determined that the workers in the Patient Services had no problems “in communication with their patient relatives” and due to their cultural and country- related habits.

According to the participants, when in prefer hospitals of foreign patients; It was determined that the physician staff of the hospital (41.4%) was a very important factor. According to the participants, foreign patients prefer hospitals as; Low cost of treatment (30.9%), High standard of health service (38.1%), Geographically close (40.3%), Cheap country (37%, 6), importance given to hygiene, (39%, 2), the service period (45.9%), the technical equipment of the hospital (42%), the international standard of the hospital (35.6%), reference of intermediary institutions, (39.2%) was determined to be a major factor.

The participants were determined to be unstable, in term having more the touristic features besides health services" (29.8%) (Neither factor nor factor). Concerning the foreign patients of the participants; It was determined that mostly no problem living about communication with the patient, food offered to patients in hospital, about payments, adherence to hospital rules, communication with intermediary organizations that brought the patient, communication with patient relatives, appointments, cultural and country related habits.

In similar studies, Dökme (2016) concluded that health workers did not see foreign patients more advantageous than domestic patients, that they had no problems with patients and their relatives, but that foreign patients had some problems arising from cultural differences.

In the study of Demirer (2010), it was the most important factor the compliance of patients with hospital rules, and also concluded that communication with patients' relatives, communication with patients and meals were important. In their study, Han and Hyun (2015) concluded that foreign patients pay attention to the criteria of quality, trust and satisfaction provided in the clinic providing health tourism, and that satisfaction affects the intention to visit the country again.

As a result, it can be said that hospital employees generally had not problems with foreign patients. A number of problems or needs in receiving health care leads patients to receive health care from different countries. In the choice of health care by patients, perceptions of health professionals can contribute to the improvement of health institutions and the development of health tourism. To ensure that foreign patients benefit from the tourism services in the region in addition to the health services they receive, and to cooperate with intermediary institutions, it can increase the health tourism potential of both Sivas and the hospital.

## REFERENCES

- Akbulut, G. (2010). The Thermal Spring Tourism in Turkey and Problems, *Gaziantep University Journal Of Social Sciences*, 9(1),35-54.
- Ataman, H. (2017). Health Service Quality And Patient Safety Within Medical Tourism, *International Journal Of Health Management And Strategies Research*,,3(1),28-44.
- Aydın, G., Aydın, B. K. (2015). In Turkey And The World Health Tourism Marketing Practices and Comparative Case Analysis. *Journal Of Marketing and Marketing Research*, 16(1), 1-21.
- Dang, H. S., Huang, Y. F., Wang, C. N., Nguyen, T. M. T. (2016). An Application Of The Short-Term Forecasting With Limited Data In The Healthcare Traveling Industry. *Sustainability*, 8(10), 1037-1050.
- Demirer, E.Ö., (2010). “Medical Tourism and Development in Turkey: A Case Studies ”, Master Thesis, Institute of Social Sciences, University of Balıkesir, Balıkesir.
- Dökme, S. (2016). Investigation of Adana Province in terms of Health Tourism and the Perspectives of Health Workers on Medical Tourism Activities: A Case Study. Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Institute of Social Sciences, Kahramanmaraş.
- Gramatnikovski, S., Milojica, V., Drpic, D. (2014). Perspective Of Health Tourism Development Of Rural Croatia. *Economy Of Eastern Croatia Yesterday, Today, Tomorrow*, 3, 280-290.
- Han, H., Hyun, S. S. (2015). Customer Retention In The Medical Tourism Industry: Impact Of Quality, Satisfaction, Trust, And Price Reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.
- <https://SaglikTurizmi.Saglik.Gov.Tr/Tr,176/Saglik-Turizmi-Cesitleri.Html>(Erişim Tarihi:02.05.2019)
- <https://Dosyamerkez.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/10944,02pdf.Pdf?0> (Erişim Tarih: 08.05.2019)
- <https://Sayakademi.Com/Tag/Jci-Akreditasyonu-Olan-Hastaneler/> (Erişim Tarih: 08.05.2019)
- <https://Www.Sivaskulturu.Com/Turizm/Sivasta-Saglik-Turizmi/> (Erişim Tarihi: 08.05.2019)
- Kantar, G., Işık, E. (2014). Health Tourism in Turkey, *Journal of Health Academics*, 1(1):15-20
- Sayili, M., Akca, H., Duman, T., & Esengun, K. (2006). Psoriasis Treatment Via Doctor Fishes As Part Of Health Tourism: A Case Study Of Kangal Fish Spring, Turkey. *Tourism Management*, 28(2), 625-629.
- Toprak, L., Elsaied, H. H., Mahmood, S. A. (2014). The Rising Trend Of Tourism: Health Tourism And A Case Study for Southeastern Anatolia Region. *Electronic Journal Of Social Sciences*, 13(50),38-57.





## KONYA'DA SAĞLIK TURİZMİ

Mehmet YORULMAZ  
Zuhal ÖZHAN

### ABSTRACT

**Research Problem:** Health tourism means travel made from one country to other country in order to recover. People prefer getting service from other countries by not restricting themselves to the treatment possibilities in their own country as a result of globalization and their increasing opportunities to reach information they want.

**Research's Aim:** The main aim of this study is to find out the place and importance of Konya in this aspect by examining health tourism in Turkey. As a result of this research it is aimed that people are informed about Konya's advantages, risks and threats and the comparison with the past of the medical tourism and to arise the opportunities devoted to the future by starting its significance of our present days.

**Method:** This study was done with SWOT analysis method, firstly Turkey's situation was examined then Konya's situation was examined and the suggestions improving health tourism were made.

**The Findings and The Result:** As a result of this study, firstly Turkey's place in the health tourism was examined then Konya's share in this department was examined. The data connected with Turkey and Konya was obtained. It was concluded that health tourism must be devoted by introducing its sources very well when we evaluated the health tourism's recognition, its supremacy and weakness opportunity and threat concepts.

**Key Words:** Health, Tourism, The Medical Tourism, Konya, SWOT Analysis

### ÖZET

**Research Problem:** Sağlık turizmi, tedavi olmak amacıyla bir ülkeden başka bir ülkeye yapılan seyahat anlamına gelmektedir. Globalleşme ve insanların istediği bilgiye ulaşma şansları arttıkça kendi ülkelerindeki tedavi imkanları ile sınırlı kalmayıp farklı ülkelere hizmet almaya yönelmişlerdir. Bu yönelim Sağlık turizmini doğurmuştur.

**Research's Aim:** Bu Çalışmanın temel amacı, Türkiye'deki Sağlık turizmi profilini inceleyerek Konya'nın bu profildeki yerini ve önemini tespit etmektir. Bu Araştırma neticesinde Konya'nın üstünlükleri, risk ve tehditleri hakkında bilgi edinilmesine, Sağlık turizminin geçmiş ile kıyaslanmasına ve günümüzdeki öneminden bahsedilerek geleceğe yönelik fırsatları irdelenmeye çalışılmıştır.

**Method:** Bu Araştırma SWOT analizi yöntemi ile yapılarak, önce Türkiye'deki mevcut duruma bakılmış daha sonra Konya'nın durumu incelenerek Sağlık turizmini geliştirici önerilerde bulunulmuştur.

**The Findings and The Result:** Araştırma sonucunda önce Türkiye'nin Sağlık turizmindeki yeri daha sonra Konya'nın bu alandaki payı incelenmiştir. Türkiye ve daha da öze indirgediğimizde Konya ile ilgili verilere ulaşılmıştır. Ulaşılan veriler sağlık turizminin tanınması ve üstünlük, zayıflık, fırsat ve tehdit kavramları yönünden değerlendirilerek daha iyi noktalara ulaşabilmesi için sahip olduğu kaynakların tanıtımını daha iyi yapıp kendini geliştirmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Key Words:** Sağlık, Turizm, Sağlık Turizmi, Konya, SWOT Analizi

### 1.GİRİŞ

Konya Sağlık turizmi alanında ülkemize yarar sağlayabilecek potansiyele sahip illerimiz arasında yer almaktadır. Nitelikli hastanelerin bulunması, İlgin, İsmil ve Köşk gibi kaplıcalarının bulunması, iklim koşullarının elverişli olması bu şehirde Sağlık turizminin gelişeceği hakkında ipuçları veriyor aynı zamanda Konya' da Sağlık turizmi alanında yapılan Araştırmalara yenilerinin eklenmesi bu konuda kitaplar yazılması, makaleler ve tezlerin incelenmesine kongrelerin düzenlenmesi de bu ipuçlarına örnek gösterilebilir. Gün geçtikçe daha da önem kazanan Sağlık turizmi, ülkemizin her köşesindeki faaliyetlerin de artmasını sağlamıştır. [https://www.konyakultur.gov.tr/index.php?route=pages/pages&page\\_id=7](https://www.konyakultur.gov.tr/index.php?route=pages/pages&page_id=7)

28 Nisan 2017 tarihinde kurulan Konya Sağlık Turizmi Derneği de bu alanda yapılan çalışmalara hız katmıştır. Bu dernek kuruluşunda akademisyenler, hastane yöneticileri, acenteler ve doktorlar yer almıştır. Bu dernek ile Konya' da Sağlık turizmi adına Çalışmalar yapılmış, faaliyetler düzenlenmiş ve Sağlık hizmeti bekleyen hastalarımız ile hastaneler arasında aracılık yapan bir misyon oluşturulmuştur. Konya'

da Sağlık turizmi Açısından en etkin hastanelerin başında Necmettin Erbakan Tıp Fakültesi gelmektedir. Necmettin Erbakan Tıp Fakültesi ile birlikte Konya’da on altı hastanenin Sağlık turizmi belgesi vardır.

Konya’da bulunan hastanelerimize Irak, Filistin, Orta Doğu Bölgelerinden oldukça fazla hasta kaydı yapılmaktadır. Bu hastaların tamamı Sağlık Bakanlığının sayfasında Yabancı Hasta Takip Sistemine kaydedilmektedir. Gelen tüm yabancı hastaların kayıtları buraya detaylı bir şekilde yazılmak zorundadır. Yurt dışından gelen hastaların ulaşmaları ve barınmaları anlaşmalı acenteler tarafından sağlanmaktadır. Hasta Türkiye’ye gelir gelmez özel araç ile alınıp, otele yerleştiriliyor ve hastaneye götürülüp tetkik ve tedavisi yapılıyor. Bu süreç içerisinde hastane ile hasta sürekli iletişim halinde oluyor.

Konya’ya gelen hastaların geliş sebepleri bölgeden bölgeye, ülkeden ülkeye göre farklılık göstermektedir. Örneğin, Arap ülkelerinden estetik, Hollanda ortopedi, Ürdüm bölgesi dışı sigorta karşılamadığı için dış tedavisi için gelmektedir. Konya da en çok turist çeken birim diğerlerine oranla nakil (karaciğer ve böbrek) ve ortopedi birimleridir.

## 2.GEREÇ YÖNTEMİ

Dünyada rekabetin artması, sektör kapasitelerinin büyümesi, kaynak kıtlığı ve ürün-hayat döneminin kısalması, firma politikaları nedeniyle, stratejiler belirlenirken değişik analizlerden yararlanılmaktadır. Bunlardan biri de SWOT analizidir. Genellikle bu analiz rakip kurum, kuruluş veya ülkeler hakkında belli sektörlerde fırsat, risk, avantaj ve dezavantajlarını göstermek amacıyla kullanılmaktadır. Bu bağlamda firma veya kuruluşların üzerlerine düşen sorumluluğu yerine getirmek ve daha verimli Çalışabilmek için strateji geliştirmeye önem verdikleri görülmektedir (Cebecioğlu, 2006).

Çalışmada uygulanan SWOT analizinde amaç; iç ve dış etkenleri dikkate alınarak, güçlü yönler ve fırsatlardan en üst düzeyde yararlanacak, tehditlerin ve zayıf yönlerin etkisini en aza indirecek plan ve stratejiler geliştirmektir. Araştırmada seçilmiş olan Türkiye ve Konya Sağlık turizmini ortaya koymak ve güçlü, zayıf, fırsat ve tehdit yönleri ile ele alarak sonuca ulaşmaktır.

## 3. SONUÇ VE TARTIŞMA

Turizm kavramı, bireylerin çeşitli amaçlar ile yaptıkları seyahat ve konaklamaları anlamına gelmektedir. Turizm, birinci aşamada doğal, kültürel ve tarihsel kaynaklara dayalı olarak varlığını sürdüren, boş zaman ve tasarrufun nasıl kullanılacağına dair kararlar ile başlayan, ekonomik ve sosyal sonuçları olan bir olaydır. İkinci Dünya Savaşı’na kadar geçen süreçte yüksek gelir gruplarına mensup kişilerin doğal güzellikleri ve eski medeniyetleri tanıma yönelik bir kavramdı turizm. Ancak 1950’li yıllardan itibaren turizm, tatil amacına yönelik ve daha düşük gelir düzeyindeki halk tabakasına yayılmıştır. Boş zaman ve gelir düzeyindeki artış, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, toplumsal hareketliliğin artması, ulaştırma alanındaki gelişmeler, eğitim ve kültür düzeyinin yükselmesi gibi faktörler turizmin gelişimini önemli ölçüde ve olumlu yönde etkilemiştir.

Pazarlama ve tanıtım planlarının geliştirilmesinde Türkiye’nin bir çekim merkezi olarak güçlü yanlarının, zayıf yönlerinin, fırsat ve tehlikelerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Türkiye’nin sahip olduğu doğal zenginlikleri, tarihi ve kültürel varlıkları SWOT analizi kullanılarak geliştirilecek diğer rekabet unsurları ile birleştirilmesi halinde uluslararası konjonktür ve rakip ülkeler karşısında kendi potansiyelini iyi değerlendirmesi ve fırsatlardan maksimum seviyede yararlanması mümkündür.

Türkiye bu eksiklerini giderme yolunda Sağlık turizmi alanında potansiyeli yüksek olan illerimizden yararlanarak, daha hızlı bir olumlu geri dönüş alabilecektir. Konya bu konuda önemli değerlere sahip olan fakat hala kendini Sağlık turizmi adına tam anlamıyla gösterememiş bir ilimizdir. Konya bulunan kaynaklarının değerlendirilmesi ile turizm belirli mevsimde yoğunlaşmasını önleyerek tüm yıla ve tüm bölgelere yaygınlaştırılmasını sağlayabilecek kapasitededir. Tanıtım ve yatırım konusunda yaşanan sıkıntılar sonucunda potansiyeli kadar büyümeyen turizmin, böylece Türk ekonomisine olan katkısı da sınırlı kalmakta ve ülkenin bu sektörde olan rekabet gücünü azaltmaktadır.

Konya’da Kamu hastanelerinin, Sağlık turizmi içindeki payının artırılması için; kamu Sağlık kuruluşlarına etkili bir halkla ilişkiler departmanı ve yabancı sigorta irtibat bürosu kurulmalıdır. Yeterli sayıda yabancı dil bilen personel istihdam edilmeli, mevcut personelin dil öğrenmesi devletçe desteklenmelidir. Konya’da Sağlık alanında Çalışan tüm personellerin Sağlık turizmine ilgisini artıracak yönlendirmeler yapılmalı ve Sağlık turizmi alanındaki önemli fuar, kongre ve konferansların takip edilmesi ve tutundurma faaliyetleri iyi bir şekilde yapılması gerekmektedir. Konya’ya tedavi amaçlı gelen

hastalara kaliteli Sağlık hizmetinin yanı sıra sosyal ve kültürel etkinliklerin de sunulması gerektiği düşünülmektedir. İnanç ve kültür turizmi adına önemli konuma sahip olan Konya her yönü ile kendini tanıtmalıdır.

Son yıllarda ülkemizin ve Konya ilimizin de gelişmiş ülkelerdeki nitelikli Sağlık hizmetleriyle rekabet edebilecek düzeyde Sağlık hizmeti sunmasından dolayı ülkemize dünyanın dört bir yanından Sağlık alanı için turist gelmektedir. Özellikle 2000’li yıllardan sonra sadece kamu değil özel sektöründe ciddi yatırımlar yapması bu gelişmede önemli rol oynamıştır.

Konya Sağlık turizminde, İstanbul, Ankara ve Antalya’dan sonra önemli bir cazibe merkezi olabilecek konumdadır. Bununla birlikte Türkiye parasının diğer ülke paraları karşısındaki değeri göz önüne alındığında sunulmuş olan turizm faaliyetlerinin ne derece düşük maliyetli olduğu unutulmamalıdır. Ülkemiz bu güçlü yönünü daha da güçlendirerek bulunduğu konumda en iyi yere gelmek için eğitilmiş kadro, yabancı dil, yatak ve tesis kapasitesi sorunlarının üstesinden gelmeye çalışmakta mevcut durumu daha yukarıya taşımaya çalışmaktadır. Ve bunlara Sağlık turizmi adına potansiyeli yüksek olan illerimizden başlanılmalı çünkü maalesef Konya’da Sağlık turizmi alanında gelişememe sebeplerinin başında Sağlık turizmi alanında yetiştirilmiş bireylerin bulunmaması ya da var olan kişilerin yetersiz olması gelmektedir. Bunların yanı sıra reklam yetersizlikleri giderilerek tanıtıcı reklam yapılmalı ve sigorta şirketleri ile koordinasyonda güçlülük sağlanmalıdır.

Ülkemiz mevcut ülkelerdeki olumsuzlukları fırsata çevirme konusunda Sağlıklı kararlar almak zorundadır. Diğer ülkelerdeki uzun tedavi süresi, yüksek maliyet, kalitesiz hizmet gibi durumları olumlu yönde kullanmalıdır. Ancak ülkemizin de mevcut tehditleri bu zamana kadar olduğu gibi şimdi de bulunmaktadır. Bunlar; rakip ülkelerin reklam faaliyetleri, maliyet artışları, savaş ihtimalleri, doğal afetler, krizler, salgın hastalıklar gibi her zaman için ülkemizde yerini bulan olumsuz durumlar sayılabilir.

Türkiye’ye Sağlık turizmi için yılda 200 bin turist gelmektedir. Bunların büyük çoğunluğunu kaplıca ve termal tesisleri ziyaret edenler oluştururken, saç ektirme, göz ameliyatları, tüp bebek gibi cerrahi yöntemler için gelenlerin sayısı artmaya başlamıştır. Konya’ da İlgin, İsmil ve Köşk gibi kaplıcalarının bulunması Konya’daki Sağlık turizmi adına önemli bir etkidir, fakat yeterince tanıtımının yapılamamasından dolayı beklenen ilgiyi görememekte ve turist çekememektedir.

Konya inanç ve kültür turizmi adına ülkemizde önemli bir konuma sahiptir. Bu durumu avantaja çevirerek Sağlık turizmi adına da önemli adımlar atılabilir. Gezi amacıyla gelen turistlerimize Konya’nın maneviyatı ve kültürünün yanına Sağlık turizmi alanına giren Konya’daki jeotermal kuyuların da tanıtımı yapılarak bu yöne dikkat çekilmeye çalışılabilir.

Konya Sağlık Turizmi adına tanıtım, pazarlama, yazılı ve görsel medyayı kullanma eksikliği, bazı hastanelerin kalite standartlarının yetersizliği, öz denetimden yoksunluk, mevzuat yetersizliği, yabancılara uygun koşulları oluşturmadaki yetersizlik, vizyon eksikliği ve bu alanda yetiştirilen kalifiyeli elemanlar konusuna dikkat ederek ve bu eksiklikleri yok ederek elindeki bu potansiyeli daha iyi bir şekilde değerlendirmelidir.

Konya’nın sahip olduğu doğal zenginlikleri, tarihi ve kültürel varlıkları SWOT analizi kullanılarak geliştirilecek diğer rekabet unsurları ile birleştirilmesi halinde kendi potansiyelini iyi değerlendirmesi ve fırsatlardan maksimum seviyede yararlanması mümkündür. Konya ulaşım konusunda da erişilebilirliğin kolay olduğu bir şehrimizdir. Birçok konuda avantaja sahip olan Konya ilimizin eksikliklerini ortadan kaldırdığı sürece Türkiye’nin Sağlık turizmi adına en çok gelir getiren şehirlerimizden biri olacağı yorumu da yapılabilir.

#### 4. KAYNAKÇA

Açıl Dilay, Bahar Zuhul, ‘‘Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı’’, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, 2014.

Akdu Serap Akasya, *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma İstanbul ve Ankara Örneği*, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Eğitimi Anabilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2009.

Akoğlan Kozak Meryem, Çakır Onur, Evren Savaş, ‘‘Tarihsel Süreç İçinde Turizm Paradigması’’, *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, Cilt 24, Sayı 1, 2013.

Aldemir Nilay, Türkiye’nin Sağlık Turizminde Avantajları <https://www.igeme.com.tr/turkiyenin-saglik-turizminde-avantajlari/> ( Erişim Tarihi 07.05.2018).

- Aslanova Kemale, “ Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku”, *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, Cilt 2, Sayı 3, 2013.*
- Avdiren Selçuk, *İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Türk Sağlık Turizmi İçindeki Yeri*, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), Niğde, 2011.
- Aydın Oğuz, “Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt 14, Sayı 23, 2012.*
- “*Alternatif Turizm Çeşitleri Ve Kızılcahamam Termal Turizmi Örneği*”, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
- Buldukoğlu Sinem, *Sağlık Turizminin Türkiye’deki Yeri ve Önemi*, Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2014.
- Bülbül Fevzi, *Sağlık Turizminin Türkiye’deki Gelişimi*, (Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2015.
- ÇELİK, H.(2009), ‘*Sağlık Turizminde Devlet Desteğinin Önemi Ve Yabancı Sermaye*’, 2.Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi Canver Şebnem Sevtap, *Kamu ve Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algularının Değerlendirilmesi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetim Anabilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2015.*
- Çelıkay Ferdi, Gümüş Erdal “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 11, Sayı 1, 2010.*
- Ergüven Mehmet Han, “Wellness, Medical Wellness ve Turizm”, *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, 2010.*
- Güneş S. Gül, *Sağlık Turizmi*, Derleyen, Tengilimoğlu Dilaver, Siyasal Kitabevi, Ankara, Ağustos 2013.
- Gülmez Zeynep, *Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2012.
- Hamzaoğlu Onur, “Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanır?”, *Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 25, Sayı 6, 2010.*
- Işık Erdoğan, Kantar Gülnaz, “Türkiye’de Sağlık Turizmi”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, Sayı 1, Cilt 1, 2014.*
- İçöz Onur, Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye’nin Olanakları <https://journal.yasar.edu.tr/wp-content/uploads/2012/08/09-icoz1.pdf> (Erişim Tarihi 08.05.2018).
- Kılınç İsmail, “Türkiye Medikal Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ve Memnuniyet Üzerine Bir Alan Araştırması”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Cilt 8, Sayı 7, 2017.*
- Konya’ da Uluslararası Standartlardaki Özel Hastaneler <http://www.farabihastanesi.com.tr/tr-411620188/Hakkimizda>
- Konya’ da Uluslararası Standartlardaki Özel Hastaneler <https://www.google.com/search?hl=tr&q=KONYA%E2%80%99+DA+ULUSLARARASI+STANDARTLARDA+OLAN+HASTANELER&sa=X&ved=0ahUKEwjHrZmpp47iAhUPwsQBHD2dC6wQuzEICQ&biw=1366&bih=657&dpr=1>
- Konya’ da Uluslararası Standartlardaki Özel Hastaneler <https://konya.medicana.com.tr/kurumsal/genel-bilgi>
- Kostak Didem, *Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Uluslararası İktisat Bilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007.
- Konya’nın Sağlık Turizmindeki Farkındalığı <https://www.haberler.com/konya-nin-saglik-turizmi-farkindalik-toplantisi-11969057-haberi/>
- Konya Sağlık Turizmi Kongresi <https://www.haberler.com/saglik-turizmi-kongresi-konya-da-10877770-haberi/>
- Kök Mustafa, *Sağlık Turizmi Açısından Termal Turizm (Denizli Örneği)*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim Bilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2013.
- Moloğlu Vedat, Yükselen Bir Değer Olan Medikal Turizmin; Türkiye Ekonomisine Katkısı <https://www.avekon.org/papers/1440.pdf> (Erişim Tarihi 25.07.2018).
- Ongun Burcu, *Turizm ve Sağlık Turizmi (Denizli Örneği)*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim Bilim Dalı, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2013.
- Öcek Zeliha A., Soyer Ata, “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 20002004 Sonrası Durum Değerlendirmesi”, *Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 21, Sayı 4, Temmuz-Ağustos 2006.*
- Öncülük Konya <http://www.yenihaberden.com/saglik-turizminde-konya-ocucu-olacak-785009h.htm>
- Sağlık Turizminde Konya [https://konyakultur.gov.tr/index.php?route=pages/pages&page\\_id=18](https://konyakultur.gov.tr/index.php?route=pages/pages&page_id=18)
- Sağlık Turizmi <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/>
- Sağlık Turizmi Derneği <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr>
- “*Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Olanakları*”, Journal of Yasar University, C:IV, No:14, 2009, S:13.
- Sağlık Turizmi ve Turizm Sağlığı*, Turizm Bakanlığı Yatırımlar Genel Müdürlüğü, Araştırma ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, C:VIII, Ankara, 1993.
- “*Turizmin Tanımları*”, 2006, (Çevrimiçi) <http://www.turizmforumu.net/makale/m-aydinalp.doc> (10 Haziran 2011).
- “Turizm Sağlığından Sağlık Turizmine”, *Hastane Dergisi, No:34, Mayıs-Haziran, 2005, S:12.*
- ÜLKER, İ.(1998), *Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Kaplıca Planlaması*, 129.cilt/Kültür Eserleri Dizisi, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Yalçın Pınar, *Türkiye’de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturma Örneği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma*, Gazi Üniversitesi, sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2006.

Yıldırım H.H Altunkaya U., '*Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Güçlükler*', www.absaglik.com, 24 Mayıs.2006

## PATIENT SAFETY INDICATORS IN SURGERY

### CERRAHİDE HASTA GÜVENLİĞİ İNDİKATÖRLERİ

Özlem İBRAHİMOĞLU [1]

[1] Bilecik Şeyh Edebali University/Health School/Turkey/oogutlu@gmail.com

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Indicators are tools that are customized for measurement by contributing to the improvement of a subject by digitizing and making it measurable. Clinical indicators provide a quantitative basis for quality and improvement by evaluating health care structures, processes, and outcomes.

**The Purpose of the Study:** In this literature review, it is aimed to give information about the indicators used in patient safety in surgery.

**Method:** International and national indicators used in patient safety in surgery were examined.

**Findings and Results:** While the starting point of the indicators has been followed by mortality; nowadays, this use decreases morbidity, complications, errors and adverse events. An unsafe surgical process is associated with a high rate of undesirable event and complication. In this context, patient safety is one of the most important issues to improve the quality of health care in the surgical process. While the international indicators used are the PSI-Patient Safety Indicators that are prepared by the Agency for Healthcare Research and Quality, the national indicators used in our country are the Health Indicators Management System (SIYOS) and the Health Quality Standards-Hospital Indicators. These indicators are classified as community, health system and hospital. Prioritized surgical fields are surgical site infections, surgical prophylaxis, and antibiotic use, patient falls, patient files, referral of patients, pressure ulcers, mortality, reapplication indicators. The main purpose of health care is to ensure that the patient receives service without any damage. If an error has occurred, it should be reported. Corrective measures should be taken to ensure that the same error does not occur again. There should be a certain standard in these processes and they should be acted upon in the light of these standards. These standards can be provided by clinical indicators. If patient safety is not ensured, the patient's exposure to errors will increase.

**Key Words:** Patient Safety, Surgery, Indicators

#### ÖZET

**Çalışma Problemi:** İndikatörler; bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan, ölçüm için özelleştirilmiş araçlardır. Klinik indikatörler Sağlık hizmeti yapılarını, süreçlerini ve sonuçlarını değerlendirerek kalite ve iyileştirme için nicel bir temel sağlarlar.

**Amaç:** Bu literatür derlemesinde cerrahide hasta güvenliğinde kullanılan indikatörler hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Cerrahide hasta güvenliğinde kullanılan uluslararası ve ulusal indikatörler incelenmiştir.

**Bulgular:** Tüm dünyada indikatörlerin çıkış noktası mortalite takibi iken günümüzde morbidite, komplikasyon, hatalar ve advers olayların azaltılması yönündedir. Güvenli olmayan bir cerrahi bakım süreci, yüksek oranda istenmeyen olay ve komplikasyon ile ilişkilidir. Bu kapsamda, cerrahi süreçte hasta güvenliği Sağlık bakım kalitesinin artırılması için ele alınan en önemli konulardan biridir. Kullanılan uluslararası indikatörler; Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Ajansının (AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality) hazırlanmış olduğu Hasta Güvenliği İndikatörleri (PSI-Patient Safety Indicators) iken ülkemizde kullanılan ulusal indikatörler; Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SIYÖS) ve SKS-Hastane İndikatörleridir. Bu indikatörler topluma, Sağlık sistemine ve hastaneye yönelik olarak sınıflandırılmıştır. Cerrahi süreçle ilişkili olarak öncelik verilen alanlar cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahi profilaksi ve antibiyotik Kullanımı, hasta düşmeleri, hasta dosyaları, hasta sevkleri, basınç ülseri, mortalite, yeniden başvuru indikatörlerdir.

**Sonuçlar:** Sağlık hizmet sunucularının temel amacı hastanın herhangi bir zarar görmeden hizmet almasını sağlamaktır. Eğer bir hata oluşmuş ise raporlanmalıdır. Bu raporlar incelenerek tekrar aynı hatanın ortaya çıkmaması için düzeltici önlemler alınmalıdır. Bu süreçlerde belli bir standart olmalı ve bu standartlar ışığında hareket edilmelidir. Bu standartlar ise klinik indikatörler ile sağlanabilir. Hasta güvenliği sağlanmaz ise hastaların hatalara maruz kalması artacaktır.

## **Anahtar Kelimeler:** Hasta güvenliği, Cerrahi, İndikatör

### **Introduction**

Indicators are specialized tools for measurement that are created to quantify a subject and contribute to improvement activities in that subject. (Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi, 2018). Quality indicators are quantitative criteria used to monitor and evaluate health structures, processes, and outcomes (Mainz, 2003; Chazapis et al, 2018). Indicators consist of data collection and analysis stages. The data obtained are calculated through formulas created using indicator calculation methods. The indicators support the internal improvement and development efforts by ensuring traceability on the identified issues. Indicators that enable the quantification of a topic are also an important monitoring tool for managers in health institutions. (Kalite İndikatörleri ve SİYOS, 2014). If the data quality is sufficient, it can give realistic information. However, it should not be forgotten that it may not always show the real situation and the result should be evaluated together with other information and data.

In general, the starting point of the indicators is mortality monitoring in the whole world, but nowadays, the indicator targets are reducing morbidity, complications, errors and adverse events rather than mortality. An unsafe surgical care process is associated with a high rate of adverse events and complications. In this context, patient safety in the surgical process is one of the most important issues to improve the quality of health care. Therefore, the purpose of this review is to draw attention to the national and international indicators used in patient safety in surgery.

### ***International Indicators***

Chazapis et al. (2018), in their systematic review studies, stated that there are 1282 indicators used in the perioperative process. They stated that these indicators came from practice guidelines (36%), service evaluations (13%), validation studies (12%), audits (11%), systematic literature reviews (10%), expert consensus (7%), narrative reviews (7%), surveys, (3%), and case studies (1%). These indicators were developed for general surgery (83%), orthopedic (6%), upper gastrointestinal (6%), urology (3%), vascular (1%), gynecological (1%), and breast surgery (1%). These indicators were subdivided into preoperative (27%), intraoperative (29%), postoperative (18%), and the perioperative period (26%). These indicators' quality dimensions were effectiveness (38%), safety (29%), efficiency (26%), timeliness (14%), patient-centredness (4%), and equity (2%) (Chazapis et al, 2018).

The Patient Safety Indicators (PSIs) are algorithms based on the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM). They are designed by AHRQ- Agency for Healthcare Research and Quality to screen for potential patient safety events using administrative data from hospitals. They are aimed at identifying potential safety-related adverse events through the automated screening of readily available administrative databases (AHRQ Quality Indicators, 2004; Haytham et al., 2009; Romano et al 2009). The AHRQ PSIs are widely used data-based especially focus on surgical care. 10 of 17 PSIs are used to screen data for potentially preventable surgical areas (Table 1).

**Table 1:** List of The Patient Safety Indicators

<b>Patient Safety Indicators</b>	<b>Definition</b>
1. Complications of anesthesia	Cases of anesthetic overdose, reaction, or endotracheal tube misplacement per 1,000 surgery discharges. Excludes codes for drug use and self-inflicted injury.
2. Death in low-mortality DRGs	In-hospital deaths per 1,000 patients in DRGs with $\leq 0.5\%$ mortality. Excludes trauma, immunocompromised, and cancer patients.
3. Decubitus ulcer	Cases of decubitus ulcer per 1,000 discharges with lengths of stay $\geq 5$ days. Excludes patients with paralysis or in MDC 9 or MDC 14 and patients admitted from long-term care facilities.
4. Failure to rescue	Deaths per 1,000 patients having developed specified complications of care during hospitalization. Excludes patients aged $\geq 75$ years, neonates in MDC 15, patients admitted from long-term care facilities, and patients transferred to or from other acute care facilities.
5. Foreign body left during procedure	Discharges with foreign bodies accidentally left in during procedures per 1,000 discharges.
6. Iatrogenic pneumothorax	Cases of iatrogenic pneumothorax per 1,000 discharges. Excludes trauma, thoracic surgery, lung or pleural biopsy, or cardiac surgery patients and patients in MDC 14.
7. Selected infections due to medical care	Cases of secondary ICD-9-CM code 9993 or 00662 per 1,000 discharges. Excludes patients with immunocompromised state or cancer.
8. Postoperative hip fracture	Cases of in-hospital hip fracture per 1,000 surgical discharges. Excludes patients in MDC 8, patients with conditions suggesting fracture present on admission, and patients in MDC 14.
9. Postoperative hemorrhage or hematoma	Cases of hematoma or hemorrhage requiring procedures per 1,000 surgical discharges. Excludes patients in MDC 14.
10. Postoperative physiologic and metabolic derangements	Cases of specified physiologic or metabolic derangement per 1,000 elective surgical discharges. Excludes patients with principal diagnoses of diabetes and with diagnoses suggesting increased susceptibility to derangement. Excludes obstetric admissions.
11. Postoperative respiratory failure	Cases of acute respiratory failure per 1,000 elective surgical discharges. Excludes patients in MDCs 4 and 5 and obstetric admissions.
12. Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis	Cases of DVT or PE per 1,000 surgical discharges. Excludes obstetric patients
13. Postoperative sepsis	Cases of sepsis per 1,000 elective surgery patients with lengths of stay $\geq 3$ days. Excludes principal diagnosis of infection or any diagnosis of immunocompromised state or cancer and obstetric admissions.
14. Postoperative wound dehiscence	Cases of reclosure of postoperative disruption of abdominal wall per 1,000 cases of abdominopelvic surgery. Excludes obstetric admissions.
15. Accidental puncture or laceration	Cases of technical difficulty (eg, accidental cut or laceration during procedure) per 1,000 discharges. Excludes obstetric admissions.
16. Transfusion reaction	Cases of transfusion reaction per 1,000 discharges.

DRG:diagnosis-related group; MDC: major diagnostic category (MDC 4: respiratory system; MDC 5: circulatory system; MDC 8: musculoskeletal system and connective tissue; MDC 9:skin, subcutaneous tissue, and breast; MDC 14: pregnancy, childbirth, and puerperium; MDC 15: newborn and other neonates [perinatal period]).

AHRQ Quality Indicators, Guide to Patient Safety Indicators, 2004



Emond et al. (2015) developed perioperative patient safety indicators in the Netherlands because unsafe perioperative care is associated with high rates of complications and incidents. They developed 11 patient safety indicators for perioperative care process. 7 of them were about structure, 2 of them process and 2 of them outcome indicators (Emond et al, 2015).

### **National Indicators**

Indicator Management System in Health (Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi-SİYOS) is a system for monitoring and evaluating nationally monitored indicators in health facilities within the scope of the quality studies of the Ministry of Health. SİYOS covers the indicators of all facilities providing health services within the scope of health quality standards (Kalite İndikatörleri ve SİYOS, 2014). In the Quality Indicators and Guidance of the Ministry of Health, Quality Standards in Health have established Hospital Indicators. These indicators are grouped into 3 groups: community, health system and hospital (Table 2). Hospital indicators used in the surgical process are shown in Table 3.

**Table 2.** Health Quality Standards Hospital Indicators

Indicators for community	The ratio of low birth weight babies Number of patients with tuberculosis Acute myocardial infarction rate
Indicators for health system	Indicators based on preventive medicine services Vaccination rates The frequency of mammography as a breast cancer screening test
Indicators for hospital	Structural indicators: Related to organizational structure Service quality indicators: Patient satisfaction, access to service Indicators of the suitability of the services provided: Frequency of cesarean births, normal outcome rates in cardiac catheterization ... Main clinical indicators: Mortality, the incidence of major complications Sophisticated clinical indicators: Hospital infection rate, rate of hospitalization ..

Kalite İndikatörleri ve SİYOS, 2014

**Table 3.** Hospital indicators used in the surgical process

<b>Indicators</b>	<b>Sub-indicators</b>
Surgical Site İnfections	The clinical site infection rate for surgical intervention Distribution of surgical site infection rate according to infection risk scoring
Proper Use of Antibiotics in Surgical Prophylaxis	The rate of inappropriate antibiotic usage The rate of antibiotic use in inappropriate time Proper use of antibiotics according to services
Patient Falling Rate	Proportional distribution of the number of falling patients according to the cause of falls Distribution of falling patients according to falling patients with a high fall risk score The rate of falling patients according to department Proportional distribution of falling patients according to the falling place
Complete Patient File Rate	Fully filled patient file ratio on a departmental basis The ratio of an incomplete filled safe surgical checklist in files from surgical departments Incomplete filled fall risk scale ratio in files from all departments
Operating Table Usage Rate	The average time between two cases on a table basis
Compliance Ratio of Cytological and Pathological Diagnosis	Tissue-based cytologic and pathological diagnostic compliance rates

Kalite İndikatörleri ve SİYOS, 2014

Each indicator board has a standard terminology. (SİYOS, 2014). These are;

- **Short Description:** Indicates which processes and parameters we can monitor with the indicator.
- **Purpose:** Indicates the purpose of the indicator.
- **Calculation Method:** It is a formula used to digitize data and use it in the analysis.
- **Sub-Indicators:** These are additional indicators related to the main indicator, which facilitate the interpretation of the analyzes and access to the root causes of the problems.
- **Target Value:** It is the estimated indicator result that is intended to be reached by health facilities, determined by considering the current situation and potential for improvement.
- **Data Source:** Indicates the ways in which the data to be used for the indicator can be obtained.
- **Related Forms:** Indicates the links of the indicator with the facilitator or related unit documents.
- **Data Collection Period:** Indicates how often the data of the indicator should be collected. Health facilities can set up a more frequent data collection period in line with their needs and facilities or they can perform instant data tracking through information systems.
- **Data Analysis Period:** It is the period that specifies how often analysis and interpretation of the collected data should be performed. Health facilities may determine more frequent analysis periods considering the factors that may vary according to the indicator.
- **Responsible:** Refers to the personnel designated for data collection, analysis, and coordination of improvement activities in a health facility.
- **Output Point:** It is the main purpose of creating the indicator.
- **Points to be Considered:** It includes important notes regarding all processes such as data collection, scope, calculation, analysis stages related to indicator.

An example of an indicator card for surgical site infection rates is shown in Figure 1.

Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları	
Kısa Tanım	Cerrahi işlem sonrasında hastalarda görülen cerrahi alan enfeksiyonlarının oranını ölçmek amacıyla oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır.
Gerekece	Cerrahi işlem sonrasında hasta bakımında kaliteye ilişkin ölçümü ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	<b>Seçilen NNSİ Kodunda Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE) Hız</b> İlgili dönemdeki (Seçilen NNSİ kodunda gelişen CAE sayısı / Seçilen NNSİ kodundaki cerrahi girişim sayısı) x 100
Akt İstatistiksel	1. İlgili cerrahi girişim için servis ya da klinik bazında gerçekleştirilen cerrahi alan enfeksiyon hızı 2. Cerrahi alan enfeksiyon oranı enfeksiyon risk skorlamasına göre değişir
Hedef Değer	-
Veri Kaynağı	Stüdyo verileri, HRYSO Hastane Bilgi Yönetim Sistemi veya yazılı kayıtlar
İlgili Formlar	Hastaneler, klinik uygulamaları ve iletişimlerini yönetmek üzere elektronik ortamda veya yazılı formda oluşturulabilir.
Veri Toplama Periyodu	1 Ay
Veri Analiz Periyodu	Maksimum 3 Ay
Sorumlular	Hastane uygulamalarına göre servis ya da servislardan bekliler.
Çıkış Noktası	Klinik Etkililik, Hasta Güvenliği
Etkinlik Etkinlik Alanları	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastane tarafından hasta potansiyeline göre daha sık bir veri analizi periyodu belirlenmelidir.</li><li>• Gözlemlenen Hastane Enfeksiyonları bazı kriterleri kapsamında öncelikli kategorilerine göre belirlenen takip süresi 30 ile 90 gün arasında değişiklik göstermekte olup seçilen Seçilen NNSİ Koduna göre belirlenen takip süreleri esas alınmalıdır.</li><li>• Üstel hastane enfeksiyonları stüdyo standartlarında belirtilen yatak sayısına göre takip edilecek prosedür sayısı belirlenmelidir.</li></ul>

**Figure 1.** Example: Indicator card for surgical site infection rates (Kalite İndikatörleri ve SİYOS, 2014)

The Department of Quality and Accreditation in Health emphasized that health problems should be handled not only in terms of their impact on the individual and society but also in terms of disease and measurability. Therefore, clinical quality working groups consisting of relevant experts and academicians were formed for each health phenomenon and determined standards and indicators for health phenomena. The first 11 health cases identified were Diabetes Mellitus, Knee Prosthesis, Hip Prosthesis, Stroke, Coronary Heart Disease, Pregnancy Process and Delivery, Colorectal Cancer, Chronic Obstructive



Pulmonary Disease, Cataract Surgery, Prostate Cancer, Dental Implant. 177 indicators of these 11 health cases were identified (Table 3) (Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi, 2018).

**Table 3:** Standard and indicator numbers of health cases

Health Cases	Standard Numbers	Indicator Numbers
Diabetes Mellitus	3	20
Dental Implant	2	8
Knee Prosthesis	4	14
Hip Prosthesis	4	14
Pregnancy Process and Delivery	4	31
Stroke	3	19
Cataract Surgery	2	10
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	4	11
Coronary Heart Disease	3	13
Prostate Cancer	2	7
Colorectal Cancer	2	12

Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi, 2018

Indicator cards for each health phenomenon are available on the Ministry of Health website (Türkiye Klinik Kalite Programı <https://klinikkalite.saglik.gov.tr/>). An example of an indicator card for by-pass surgery for coronary heart disease is shown in Figure 2.

 <b>By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı</b> 	
<b>Gösterge Kodu</b>	KK.G12
<b>Kısa Tanım</b>	By-Pass cerrahisi geçiren hastalarda cerrahi sonrası bir ay içinde ölen hastaların oranını ifade etmektedir.
<b>Standart</b>	Koroner kalp hastaları etkin şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemde; (Paydada yer alan hastalarda, cerrahiden sonra bir ay içerisinde ölen hasta sayısı / By-Pass cerrahisi geçirmiş KKH tanılı hasta sayısı) X 100
<b>Veri Kaynağı</b>	Pay: By-pass cerrahisi sonrası bir ay içinde ölen hastalarla ilgili veri Ölüm Bilgi Sistemi (ÖBS)'nden alınacaktır. <b>By-Pass Cerrahisi SUT Kodları:</b> 604910, 604920, 604930, 604940, 604950, 604960, 604970, 604980, 604990, 605000, 605010 <b>KKH ICD 10 Kodları:</b> I25.0, I25.1, I25.8, I25.9
<b>Hedef Değer</b>	≤% 1
<b>Veri Analiz Periyodu</b>	Yıllık
<b>Sorumlular</b>	Klinik Kalite İyileştirme Komisyonu
<b>Teknik Notlar</b>	Hastane içi ya da hastane dışı tüm ölümler paya dâhil edilir.

**Figure 2.** Example: Indicator card for mortality rate after by-pass surgery for coronary heart disease (Türkiye Klinik Kalite Programı <https://klinikkalite.saglik.gov.tr/>)

The clinical quality indicator cards used in the surgical process were formed for the relevant area of the health cases studied (Table 4).

**Table 4.** The examples of clinical quality indicator cards used in the surgical process

<b>Coronary Heart Disease</b>
Reoperation rate after by-pass surgery, Mortality rate after by-pass surgery, Rate of bypass surgery in patients with first-time coronary heart disease
<b>Colorectal Cancer</b>
Preoperative prophylactic antibiotic use in patients with colorectal cancer, Postoperative early mortality rate in patients with colorectal cancer, Reoperation rate due to complication in patients undergoing colorectal cancer diagnosis, Postoperative whole abdominal imaging rate of colorectal cancer patients Rate of postoperative proctosigmoidoscopy, colonoscopy or rectoscopy in patients with rectal cancer, Postoperative total colonoscopy rate in patients with colorectal cancer, Preoperative lower abdominal MR ratio in patients with rectal cancer, Preoperative thorax imaging rate in patients with colorectal cancer, Preoperative total abdominal imaging rate in patients with colorectal cancer, Preoperative total colonoscopy rate in patients with colorectal cancer
<b>Hip/Knee Prosthesis</b>
Rate of vascular damage in patients undergoing hip/knee replacement (first 1 month), Rate of nerve injury in patients undergoing hip/knee replacement (first 1 month), Re-hospitalization of pulmonary embolism in patients undergoing hip/knee replacement (first 3 months), The proportion of deep vein thrombosis in patients undergoing hip/knee replacement (first 3 months), The proportion of surgical site infection in patients undergoing hip/knee replacement (first 2 months and 2 months-12 months), The proportion of prophylactic antibiotics on the day of operation in patients undergoing hip/knee replacement, The proportion of revision surgery in patients undergoing hip/knee replacement (12 months), The average number of days of hospitalization in patients undergoing hip/knee replacement, The ratio of patients undergoing reoperation in patients undergoing hip/knee replacement (first 2 months and first 12 months), Re-hospitalization due to dislocation in patients undergoing hip/knee replacement (first 2 months)
<b>Prostate Cancer</b>
Rate of complications after radical prostatectomy in prostate cancer patients, Rate of complications in prostate cancer patients receiving radiotherapy, Rate of free PSA care in patients diagnosed with prostate cancer, Prostate Biopsy Rate in patients aged 70 - 80 years with a total PSA value of 5 ng/ml and above, Prostate Biopsy Rate in patients aged 60 - 70 years with a total PSA value of 3 ng / ml and above, Prostate Biopsy Rate in patients aged 50 - 60 years with a total PSA value of 2,5 ng/ml and above
<b>Cataract Surgery</b>
The proportion of patients within 15 days after cataract surgery, Rate of detachment or rupture within one year after cataract surgery, Posterior capsule density improvement rate reduces vision in six months after cataract surgery, Reoperation rate within three months after cataract surgery, Glaucoma development rate within one month and one to three months after cataract surgery, Endophthalmitis rate within one month and one to three months after cataract surgery, The average number of hospitalization days after cataract surgery, Rate of patients undergoing anterior vitrectomy during cataract surgery
Türkiye Klinik Kalite Programı <a href="https://klinikkalite.saglik.gov.tr/">https://klinikkalite.saglik.gov.tr/</a> .

## Conclusion

Patient safety refers to a number of measures taken to prevent errors caused by health care and to prevent harm to patients. One of the main elements of patient safety is ensuring "Patient Safety in Surgery". Ensuring safe surgery is only possible when the inpatient service, operating room, and post-operative care unit work together at every stage of care and treatment. The main purpose of health service providers is to ensure that the patient receives health care without any errors. If an error has occurred, it should be

reported. These reports should be examined and corrective measures should be taken to prevent the same error. There should be a certain standard in these processes and act in these standards. These standards can be achieved with clinical indicators. If patient safety cannot be ensured, the exposure of patients to errors will increase.

## References

AHRQ Quality Indicators, Guide to Patient Safety Indicators, 2004. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (accessed January 15,2019)

Chazapis M., Gilhooly D., Smith A. F., Myles P. S., Haller G., Grocott M. P. W., Moonesinghe S. R. (2018). Perioperative structure and process quality and safety indicators: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 120(1), 51-66.

Emond Y. E., Stienen J. J., Wollersheim H. C., Bloo G. J., Damen J., Westert G. P., Boermeester M. A., Pls M. A., Calsbeek H., Wolff A. P. (2015). Development and measurement of perioperative patient safety indicators. *114(6)*, 963-72

Haytham M. A., Kaafarani M. P. H., Rosen A. K. (2009). Using administrative data to identify surgical adverse events: an introduction to the Patient Safety Indicators. *The American Journal of Surgery*, 198, 63-68

İndikatör uygulamaları, <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,9081/indikator-uygulamalari.html> (accessed January 15,2019)

Kalite İndikatörleri ve SİYOS, 2014. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6087,indikatorler-ve-siyos-2014pdf.pdf?0> ISBN: 978-975-590-478-8 (accessed January 15,2019)

Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi, 2018. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11054,klinik-kalite-uygulama-ve-veri-kalitesi-iyilestirme-rehberipdf.pdf?0> (accessed January 15,2019)

Mainz J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Intern J Q Health Care*, 15, 523-530.

Romano P. S., Mull H. J., Rivard P. E., Zhao S., Henderson W. G., Loveland S., Tsilimingras D., Christiansen C. L., Rosen A. K. (2009). Validity of selected AHRQ patient safety indicators based on VA National Surgical Quality Improvement Program data. *Health services research*, 44(1), 182-204.

Türkiye Klinik Kalite Programı, <https://klinikkalite.saglik.gov.tr/> (accessed January 15,2019)

## SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ORTAMINDA RİSK ALGILARI VE TANIMLAYICI ÖZELLİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

### RISK PERCEPTIONS OF HEALTH WORKERS IN THE WORKING ENVIRONMENT AND EVALUATION IN TERMS OF DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS

Aygül YANIK<sup>1</sup>  
Nilgün KURUL<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Health workers are exposed to many risks in their environments and they are negatively affected by their health. In this study, determining the risks faced by the workers in the work environment and the effects of the descriptive characteristics on the risk perception of them are the main problem.

**Objective:** This study was carried out in order to determine the risks, precautions, training requirements, expectations from management of health workers in job and working environments and to evaluate them in terms of descriptive characteristics.

**Method:** The study was carried out on health workers employed at two state hospitals in Turkey. Data were collected by questionnaire and analyzed by using the statistical package for the social sciences 23.00 for Windows software.

**Findings and Results:** It was found that 47.9% of the workers were between 31-40 years old, 73.3% were married, 71.6% were women and 74.2% were in-service training against the hazards and risks in their working environments. It was determined they were negatively affected the most stress and infections in the working environment of the workers and exposed to illnesses (varicosity etc.), occupational (puncture and cutting tool injuries) and mental traumas. On the other hand, there was a significant difference between occupational risk perceptions of workers and in-service trainings. In addition, there was a significant difference between workers' feeling of being safe against risks in their work environment and their level of education, occupational experience and working time passed standing ( $p<0.05$ ). Risk perception levels of workers change according to some descriptive characteristics. It is also effective in the use of gloves to make worker feeling safe against risks in their work environment. The most important expectation of the workers from the hospital management against the risks is to provide a stress-free working environment.

**Keywords:** Risk, risk management, health workers, hospital

#### 1. GİRİŞ

Sağlık Çalışanları çalıştıkları ortamlarda değişik risklere maruz kalmakta ve Sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlık Çalışanlarının Sağlık hizmet sunumu sırasında maruz kaldıkları risklerin (kimyasal, biyolojik, fiziksel ve psikososyal riskler) ele alınması ve yönetimi önemlidir. Hastanelerde Sağlık Çalışanları iş ortamı ya da işe bağlı kazalar, meslek hastalıkları ve değişik Sağlık sorunları ile karşılaşmaktadırlar. Ayrıca Sağlık hizmetlerinin doğasında risk faktörü vardır. Sağlık Kurumlarında risklerin önlenmesi, kalite ve risk yönetimi programlarının etkin uygulanmasını gerektirir. Sağlık hizmetleri Hipokrat'ın "önce zarar verme" ilkesinden hareketle hem hizmetlerden yararlananları hem de hizmetleri sunanların zarar görmemesini sağlanmalıdır (Aksay, Orhan & Kurutkan, 2012: 121-42). Risk yönetimi; hasta ve Çalışanlara güvenli hastane ortamı yaratmak, istenmeyen olayların oluşmasını engellemek, riskleri görünür ve ölçülebilir hale getirebilmek ve süreçleri iyileştirmek için gerekli ve önemlidir. (Anonim, 2012:100). Konu Sağlık Çalışanlarının yanısıra halk sağlığını da ilgilendirmektedir. Ayrıca, risklerden kaçınılabildiği gibi, risklerin kontrol altına alınabileceği, transfer edilebileceği, azaltılabileceği ve sigorta edilebileceği de unutulmamalıdır (Emhan, 2009: 209-20). Kısaca Sağlık yöneticileri, Çalışma ortamında Sağlık Çalışanları ve diğer bireylerin (hasta, hasta yakını vd.) Sağlıklarının geliştirilmesi ve risklerin önlenmesi konularında hassas olmaları gerekmektedir.

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Istanbul Medeniyet University, Istanbul, Turkey, E-mail: [aaygul.yanik@medeniyet.edu.tr](mailto:aaygul.yanik@medeniyet.edu.tr)

<sup>2</sup> Nurse, Muratlı State Hospital, Tekirdağ/Turkey, E-mail: [nilgun\\_kurul@hotmail.com](mailto:nilgun_kurul@hotmail.com)

Risklerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve yönetim süreci kurumların stratejik gelişiminin bir parçasıdır. Risk yönetimi tepe yöneticilerce tasarlanmalı ve planlanmalıdır. Risk genellikle negatif sonuçları barındırır. Bu nedenle olayların sıklığı, sonuçları ve olası bileşimleri önemlidir. Çünkü belirsiz bir olayın sıklığı ve sonuçları bilinmez. Belirsizliklerden korunmak için eylemlerden ziyade önlemlere odaklanılmalıdır (Dionne, 2013: 147-66). Risk; tehlikelerden kaynaklanan bir olayın, meydana gelme ihtimali ile zarar verme derecesinin bileşkesidir (Anonim, 2012: 95). Risk, gelecekte ortaya çıkması muhtemel fırsatlar ve tehditler şeklinde tanımlanır. Risk denilince yaygın olarak tehdit anlaşılmaktadır. Oysa risk kavramı fırsatları da içermektedir (Derici, Tüysüz, Sarı, 2007: 151-72). Tehlike ise, Çalışma ortamında var olan, ya da dışarıdan gelebilecek içeriği belirlenmemiş hasta, Çalışan, kurum ve çevreye zarar ya da hasar verme potansiyelidir. Dolayısıyla tehlikeleri tanımlamak ve risklerini tahmin etmek için eldeki bilgilerin sistematik Kullanımı olarak tanımlanan risk analizleri önemli olmaktadır (Anonim, 2012: 96).

Her kurumda olduğu gibi Sağlık kuruluşları da risklerle karşı karşıyadır ve bu risklerin yönetilmesi gerekir. Sağlık Kurumlarında oluşan riskler geçmişten günümüze Çalışanları, hastaları ve ziyaretçileri tehdit etmektedir. Bu kapsamda, risk yönetimi 1970'li yıllardan itibaren hastane yönetimi alanına girmiştir (Aksay & Orhan, 2013: 10-23). Risk yönetimi, riskleri tanımlamayı, analiz etmeyi, değerlendirmeyi ve önlem almayı kapsayan süreçler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik risk yönetiminin temel amacı; hastane ortamındaki tehlikeleri belirleyerek risk analizini yapmak ve riskleri değerlendirerek oluşmadan önlemektir (Sezgin İnce, 2008: 73-81; Gökmen, & Gülenç, 2010: 9-17; Anonim, 2012:97).

Hastane ortamından kaynaklanan risk ve tehlikeler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, beslenme, kimyasal, psikolojik olarak gruplandırılmaktadır. Bu risklerin hepsi farklı açılardan Sağlık Çalışanlarının sağlığını etkilemektedir (Taşcıoğlu, 2007; Parlar, 2008: 547-54; Meydanlıoğlu, 2013:192-99). Hastanelerde; insanlar (hastalar, Sağlık personeli veya Çalışanlar, ziyaretçiler ve kamu), fiziki ve mali varlıklar (bina, cihaz, ekipman ve her türlü mali varlıklar), hukuki konular (yapılan hatalar sonucu açılan hukuki davalar) ve kurum ile ilgili konular (kurumsal itibar) risk altında bulunan öğelerdir (Güleç ve Gökmen, 2009: 9-17).

Bu Araştırma, Sağlık Çalışanlarının (ebe, hemşire, Sağlık memuru, Sağlık teknisyenleri) iş ve Çalışma ortamlarında karşılaştıkları riskleri, alınan önlemleri, eğitim gereksinimlerini, yönetimden beklentilerinin belirlenmesi ve tanımlayıcı özellikler Açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## **2. YÖNTEM**

Bu Araştırma kesitsel tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmada: Sağlık Çalışanlarının Çalışma ortamında karşılaştığı riskler nelerdir? Sağlık Çalışanlarının Çalışma ortamında karşılaştığı risklere karşı ne gibi önlemler alınmaktadır? Tanımlayıcı özellikler Çalışanların risk algularını etkiler mi? Sorularına cevap aranmaktadır.

### **2.1. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni, Türkiye'nin Tekirdağ ilinde bulunan ikinci basamak Sağlık hizmeti sunulan Tekirdağ ve Muratlı Devlet Hastanelerinde bulunan doktorlar dışındaki 531 Sağlık Çalışanından oluşmuştur. Örneklem hesaplama yöntemiyle hesaplanmış ve en az 223 bulunmuştur. Dolayısıyla basit örnekleme yöntemiyle 236 Sağlık Çalışanı örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırma için hastanelerin bağlı olduğu yönetimlerden kurumsal izinler alınmıştır. Ayrıca Çalışanlardan Çalışmaya katılım için sözlü onay alınmıştır. Araştırma klinik bir Çalışma değildir.

### **2.2. Veri Toplama Aracı ve Uygulanması**

Verilerin toplanması için hastanede Çalışanların risk algısı ile ilgili anket formu kullanılmıştır. Anket formu Taşcıoğlu (2007:79-81) başta olmak üzere daha önce uygulanmış anketlerden yararlanılarak Araştırmacılar tarafından uyarlanmıştır. Anket formu Çalışanlara Araştırmacı Nilgün Kurul tarafından uygulanmıştır. Uygulama sırasında Çalışanlara, Araştırmanın amacı açıklanarak anketi doldurmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve isteyenlere anket formu verilerek doldurmaları istenmiştir. Anket formu rasgele seçilen toplam 236 Çalışana uygulanmıştır. Uygulama 01 Ocak- 20 Mart 2013 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

### **2.3. Verilerin Analizi**

Verilerin analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel testlerin yanısıra Ki-Kare testinden yararlanılmıştır. Eksiksiz yanıtlanan anket formlarındaki veriler bilgisayar ortamına aktararak analize dahil edilmiştir. Anket formunda yer alan kişisel bilgiler, risk etmenleri, maruz kalınan hastalıklar, aşılama durumları, son 6 ayda karşılaşılan travmalar, risklere karşı alınan ve alınması istenen önlemler gibi örneklemin niteliğini açıklamak amacı ile sıklıkları yüzdelerle analiz edilmiştir. Değişkenler arasında Bağımlılık yada farklılık olup olmadığını ortaya koymak için Ki-Kare Bağımsızlık testi uygulanmıştır.

### **2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Sağlık Çalışanları hastanede yoğun bir şekilde çalıştıkları ve anket doldurmak zaman aldığı için anketi uygulamakta güçlüklerle karşılaşmıştır. Bulgular Çalışanların iradelerine dayanmakta ve hazırlanan anket formu ile sınırlıdır. Örneklem küçük ve sadece iki adet ikinci basamak hastane Çalışanlarını kapsadığı için genellenemez. Diğer bir sınırlılık da doktorların Çalışmaya dahil edilmemesidir.

## **3. BULGULAR**

### **3.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özellikleri**

Çalışanların büyük çoğunluğunun %47,9'u 31-40 yaş grubunda, %36,4 'ü lisans mezunu, %73,3'ü evli, %71,6'sı kadın, %50,4'ü 10 yıldan fazla mesleki deneyimli ve %49,2'si 5 yıldan fazla kurum deneyimli ve %86'sı haftada 40-49 saat çalışmaktadır. Öte yandan günde Çalışanların %44,5'i 1-5 saat, %22,5'i 6-10 saat, %33,1'i de 10 saat ve üzerinde ayakta çalışmaktadır. Ayrıca Çalışanların %77,5'i çalıştıkları birimle ilgili hizmet içi eğitim, %74,2 si çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile ilgili hizmet içi eğitim almıştır. (Tablo 1).



Tablo 1: Çalışanların Tanımlayıcı Özellikleri (n=236)

Tanımlayıcı özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
18-30	70	29,7
31-40	113	47,9
41 yaş ve üstü	53	22,5
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	173	73,3
Bekar	63	26,7
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	67	28,4
Kadın	169	71,6
<b>Eğitim</b>		
İlköğretim veya ortaokul	15	6,4
Lise ve dengi okul	39	16,5
Ön lisans	72	30,5
Lisans	86	36,4
Yüksek lisans	24	10,2
<b>Mesleki deneyim (yıl)</b>		
1 yıldan az	15	6,4
1-5	42	17,8
6-10	60	25,4
11-15	31	13,1
16-20	47	19,9
21 ve üstü	41	17,4
<b>Kurum deneyimi (yıl)</b>		
1 yıldan az	33	14,0
1-5	87	36,9
6-10	58	24,6
11-15	19	8,1
16-20	22	9,3
21 ve üstü	17	7,2
<b>Haftalık Çalışma saati</b>		
40-49	203	86,0
50-59	16	6,8
60-69	17	7,2
<b>Çalışma süresi içinde ayakta geçirilen zaman</b>		
1-5 saat	105	44,5
6-10 saat	53	22,5
10 ve üstü saat	78	33,1
<b>Çalışılan birim kapsamında hizmet içi eğitim</b>		
Eğitim alanlar	183	77,5
Eğitim almayanlar	53	22,5
<b>Çalışma ortamı tehlike ve riskleri kapsamında hizmet içi eğitim</b>		
Eğitim alanlar	175	74,2
Eğitim almayanlar	61	25,8

### 3.2. Risk Etmenleri ve Alınan Önlemler

Kümülatif olarak Çalışanların %75,4'ü stres, %55,9'u enfeksiyon, %43,2'si havasız ortam, %33,1'i gürültü, %34,7'si kimyasal madde ve %14'ü diğer etmenlerin çalışma ortamlarında Sağlıklarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca Çalışanların %39,8'i Çalışma ortamında maruz kaldıkları hastalık olduğunu ve bunların sırasıyla %24,2'si varis, %21,6'sı kronik bel ağrısı, %9,3'ü psikolojik hastalıklar, %6,8'i egzama ve %4,2'si hepatit b olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışanların %17,4'ü hepatit b, tüberküloz ve tetanos gibi hastalıklara karşı aşılanmamışlardır. Diğer taraftan Çalışanların %27,5'i son 6 ay içinde mesleki travmayla karşılaşmışlardır. Bunların büyük çoğunluğu kesici delici cisim yaralanmalarına maruz kalmıştır. Öte yandan Çalışanların %71,6'sı son 6 ay içinde ruhsal travma ile karşılaşmışlardır. Karşılaşılan ruhsal travmaların %39,8'i hasta yakını tarafından sözel şiddet, saldırıya uğradığını, %16,9'u diğer sağlık personeli tarafından sözel şiddet, saldırıya uğradığını, %7,6'sı meslektaş çatışması ve %7,2'si diğer nedenler olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışanların çalışma ortamlarındaki risklere karşı güven duygularına bakıldığında ise, %51,3'ünün kendini güvende hissetmediği tespit edilmiştir. Bu kapsamda Çalışanların Çalışma ortamlarında karşılaştıkları risklerden korunmak amacıyla aldıkları önlemler arasında kümülatif olarak; eldiven Kullanımı %79,7, maske %63,1 aşılanma %57,2, %46,2 koruyucu önlük, %60,2 dezenfeksiyon Kullanımı olarak belirtmektedir. Bu önlemlerin yetersiz olduğunu düşünenler %49,6 oranındadır. Yanı sıra risklere karşı almış oldukları önlemleri Çalışanların %25,7'si yetersiz ve oldukça yetersiz olarak değerlendirmektedir. Bu oran önemlidir.

Çalışanların %8,1'i kurum tarafından Çalışma ortamlarında karşılaştıkları risklere karşı önlem alınmadığını belirtmişlerdir. Ancak kurum önlem alıyor diye düşünenlerin de %70,3'ü eldiven ve maske dağıtıldığını, %64'ü atık kutularının olduğunu, %55,1'i Çalışma ortamının sürekli temizliğinin sağlandığını, %7,2'si riskli işlere karşı rotasyonel Çalışma programları düzenlendiğini, %23,7'si rotasyona karşı koruyucu önlük olduğunu, %50,8'i eğitim programları düzenlendiğini, %4,7'si kemoterapi için ayrı oda olduğunu ifade etmişlerdir. Öte yandan Çalışanların risklere karşı kurumlarınca alınmasını istedikleri önlemlerin; stressiz çalışma ortamının sağlanması %64,4, personel sayısının yeterli düzeye getirilmesi %56,8, çalışma saatlerinin düzenlenmesi %50, temizlik hizmetleri ve korunma için yeterli malzeme sağlanması %45,3, temiz Çalışma ortamı %44,1, enfeksiyondan korunma konusunda eğitim %33,5, aşılarının yapılması %33,1 ve diğer %7,6 olarak sıralanmıştır.

### 3.3. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışanların Risk Algıları

Çalışanların mesleklerine dair yaptıkları işler bakımından risk algıları ile medeni durum ( $\chi^2=4,729$ ,  $p=0,193>0,05$ ) ve cinsiyet ( $\chi^2=2,322$ ,  $p=0,508>0,05$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Ancak Çalışanların mesleki risk algıları ile genel hizmet içi eğitimin ( $\chi^2=11,627$ ,  $p=0,009<0,05$ ) yanı sıra, risk ve tehlikeler hakkındaki hizmet içi eğitim ( $\chi^2=27,127$ ,  $p=0,000<0,05$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır. Ayrıca Çalışanların Çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendini güvende hissetmeleri ile mesleki deneyim ( $\chi^2=11,725$ ,  $p=0,039 <0,05$ ) ve ayakta geçirilen süre ( $\chi^2=7,903$ ,  $p=0,019 <0,05$ ) arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Öte yandan eldiven Kullanımı ile Çalışanların çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendilerini güvende hissetmeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $\chi^2=7,760$ ,  $p=0,005<0,05$ ). Çalışanların Çalışma ortamında aldığı önlem olarak eldiven kullananların %72,2'si Çalışma ortamında kendini risklere karşı güvende hissetmektedir.

Çalışanların hepatit b, tüberküloz, varis, kronik bel ağrısı ve psikolojik hastalıklar gibi bir hastalığa maruz kalmaları ile yaş ( $\chi^2=3,050$   $p=0,218>0,05$ ), medeni durum ( $\chi^2=0,864$   $p=0,352>0,05$ ), kurum deneyimi ( $\chi^2=8,909$   $p=0,113>0,05$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Ancak Çalışanların böyle bir hastalığa maruz kalmaları ile eğitim düzeyi ( $\chi^2=23,738$ ,  $p=0,000<0,05$ ), mesleki deneyim ( $\chi^2=12,421$ ,  $p=0,029<0,05$ ), hizmet içi eğitim ( $\chi^2=5,133$ ,  $p=0,023<0,05$ ), tehlikelere karşı hizmet içi eğitim ( $\chi^2=4,911$ ,  $p=0,027<0,05$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır. Diğer taraftan Çalışanların maruz kaldığı ruhsal travmalar ile ayakta geçirilen süre ( $\chi^2=24,610$ ,  $p=0,002<0,05$ ) ile tehlike ve risklere karşı hizmet içi eğitim ( $\chi^2=19,608$ ,  $p=0,001<0,05$ ) arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

## 4. SONUÇ

Çalışanların Çalışma ortamlarında Sağlıklarını olumsuz etkileyen etmenler arasında stres, enfeksiyon, kimyasal maddeler, havasız ortam ve gürültü başta gelmektedir. Öte yandan Çalışma ortamında varis, kronik bel ağrısı, psikolojik hastalıklar, egzama ve hepatit b gibi hastalıklara maruz kalmaktadırlar. Çalışanların büyük çoğunluğu hastalıklara karşı aşıli olmakla birlikte aşıli olmayanlar da vardır. Bunların dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Yine son 6 ay içinde karşılaştıkları mesleki travmaların başında kesici delici cisim yaralanmaları ve değişik şiddet türlerine bağlı ruhsal travmalar gelmektedir. Yazar vd.'nin (2016: 5-8) Araştırmasında ise, Sağlık Çalışanlarının çoğunluğunun delici kesici aletler ile yaralanma tecrübesi olduğu ve büyük oranda hepatit b'ye karşı aşılandığı bulunmuştur. Ayrıca Erkan ve Zencir'in (2016: 57-66) Araştırmasında hemşirelerin ve teknisyenlerin büyük çoğunluğu mesleklerini riskli olarak değerlendirmişlerdir. En fazla risk invazif girişimler, enfeksiyonlar, hasta ve yakınlarının

şiddeti olarak sıralanmıştır. Çalışma ortamında maruz kalınan riskler; uzun süre ayakta kalma, enfeksiyonlar, dezenfektanlar, ağır kaldırma, radyasyon, iğne batması, yaralanma şeklinde olduğunu ve önlem gerektiğini belirtmişlerdir. Rogers et al. (2004: 202-12) Araştırmalarında ise hemşirelerin %40'ının günlük 12 saatten fazla ya da haftada 40 saatten fazla çalıştığı bulunmuştur. Fazla Çalışmanın hata yapma riski önemli ölçüde artmaktadır. Ayrıca fazla Çalışma saatleri Çalışanların kendi Sağlıklarını da olumsuz etkilemektedir. Taşçıoğlu (2007: 57-58) ise Türkiye'de Sağlık Çalışanları üzerinde yaptığı Araştırmada Çalışma saatlerinin ve ayakta geçirilen sürenin fazla olduğunu bulmuştur. Oysa 4857 sayılı İş Kanununa göre Sağlık Çalışanlarının Çalışma süresi haftalık 45 saattir. (İş Kanunu: 8444). Diğer Araştırmaların aksine Mollaoğlu vd.'nin (2010) Araştırmasında, çalışma ortamının (fiziksel kaynaklar, mesleki ilişkiler, korkular, iş doyumu ve kurumsal kalite) hemşireler tarafından olumlu değerlendirildiği bulunmuştur.

Çalışanların Çalışma ortamlarında karşılaşılan risklere karşı aldıkları önlemlerin başında eldiven, maske, koruyucu önlük ve dezenfeksiyon Kullanımı ile aşılma yer almaktadır. Çalışanların kendi aldıkları önlemleri %23,7'si yetersiz olarak değerlendirmektedir. Bu oran önemlidir. Hala Çalışanlar arasında risklere karşı koruyucu önlemleri ihmal edenlerin olduğu görülmektedir. Kurum tarafından alınan önlemlerin başında eldiven ve maske dağıtılması ile Çalışma ortamının sürekli temizliği gelmektedir. Ancak Çalışanlar kurumdan bunların yanısıra stressiz Çalışma ortamının sağlanmasını beklemektedir.

Çalışanların meslekleri ile ilgili yaptıkları işler bakımından genel risk algısı ile yaş ve eğitim arasında anlamlı farklılık yok iken, iş deneyim ve haftalık çalışma saatleri arasında anlamlı farklılık vardır. Öte yandan Çalışanların Çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendilerini güvende hissetmeleri ile eğitim, aşılma arasında anlamlı farklılık bulunurken, önlemleri uygulama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca Çalışanların Çalışma ortamlarındaki risklere karşı kendilerini güvende hissetmelerinde Çalışma ortamında aldıkları önlem olarak eldiven Kullanımı etkilidir. Diğer taraftan hizmet içi genel ve Çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile ilgili eğitim alan Çalışanların büyük çoğunluğu son 6 ayda mesleksi travmayla karşılaşmamıştır.

Çalışanların risk algıları bazı tanımlayıcı özelliklerine göre değişmektedir. Çalışanların büyük çoğunluğunun Çalışma ortamlarındaki tehlike ve risklere karşı hizmet içi eğitim aldığı fakat hala eğitim almayanların da bulunduğu görülmektedir. Çalışma bulguları ve sonuçları doğrultusunda; Çalışanlara stressiz rahatlatıcı Çalışma ortamının sağlanması, Çalışan sayısının optimum düzeye çıkarılması, Çalışma saatlerinin düzenlenmesi, eldiven, maske, koruyucu önlük ve dezenfektanların hastanede yeteri kadar hazır bulundurulması ve gerektiğinde Kullanımının sağlanarak kontrol edilmesi gereklidir. Ayrıca tüm Çalışanlara Çalışma ortamı tehlike ve riskleri, enfeksiyonlar konusunda periyodik hizmet içi eğitimler planlanmalıdır. Bu eğitimlerde raporlanan tehlike ve risklerden çıkartılan derslerden de yararlanılmalıdır. Ayrıca okul dönemlerinde de program dahilinde öğrencilere risk ve tehlikelere yönelik dersler verilmelidir. Çalışanların aşılmaları sağlanmalıdır. Hastanelerde risk yönetim birimi kurulmalı, bir risk yönetimi programı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. Bu birim içinde yangın ekibi de oluşturulmalıdır. Risk yönetimi, koşullara göre sürekli yenilenmeyi ve değişikliği gerektiren çok dinamik bir süreçtir.

Çalışmanın yönetici Sağlık Çalışanlarında farkındalık yaratması ve Sağlık Kurumlarında oluşabilecek risklere karşı politika ve stratejiler geliştirmelerine katkı sağlaması beklenmektedir.

## KAYNAKLAR

Aksay, K., Orhan, F., Kurutkan, M.N. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA (Failure Mode and Effect Analysis-Hata Türleri ve Etkileri Analizi-): Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. Sağlıkta Kalite Performans Dergisi, 4: 121-42.

Aksay K., Orhan F. (2013). Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(3): 10-23.

Anonim (2012). Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Işığında Sağlıkta Kalite, Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi bölümü. (Editorler: Tosun, N., Demirtaş, İ., Şencan, İ., Güler, H., Öztürk, A. & Tarhan, D.) 1. Baskı, Pozitif matbaa, Ankara, 1: 95-107.

Derici, O., Tüysüz, Z. & Sarı, A. (2007). Kurumsal Risk Yönetimi Ve Sayıştay Uygulaması. Sayıştay Dergisi, 65:151-72

- Dionne, G. (2013). Risk Management: History, Definition, and Critique. *Risk Management and Insurance Review*, 16(2): 147-66.
- Erkan, S. & Zencir, M. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi*, 57-66.
- Emhan, A. (2009). Risk Yönetim Süreci Ve Risk Yönetmekte Kullanılan Teknikler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3): 209-20.
- Gökmen, H & Gülenç, S. (2010). Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1: 9-17
- İş Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf>, erişim: 05.05.2019
- Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3): 192-99.
- Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T. & Özkan Tuncay, F. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15): 17-30.
- Parlar S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin (TAF Prev Med Bull)*, 7 (6): 547-54.
- Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Alken, L.H. & Dinges, D.F. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4): 202-12.
- Sezgin İnce, B. (2008). Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24 (3): 73-81.
- Taşçıoğlu, İ. (2007). Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.*
- Yazar, S., Yücetaş, U., Özkan, M. & Zulcan, S. (2016). Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletler İle Gerçekleşen Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınacak Tedbirler. *İstanbul Med J*, 17: 5-8

## DİYARBAKIR İLİNDEKİ MERMER İŞLEME FABRİKALARINDA İŞ GÜVENLİĞİ İKLİMİ VE İŞ GÜVENLİĞİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

SAFETY CLIMATE AND SAFETY BEHAVIOUR IN MARBLE FACTORIES, IN DIYARBAKIR, TURKEY

Rojan GÜMÜŞ<sup>1</sup>  
Mustafa AYHAN<sup>2</sup>  
Bilal GÜMÜŞ<sup>3</sup>

### ABSTRACT

As it can be seen from job safety statistical results of Turkey, health of workers in workplaces is a major problem in our country. This study aims to investigate safety climate and safety behaviour in marble factories in the city of Diyarbakır, Turkey. Factor analysis applied to surveys face to face revealed three safety climate dimensions: management safety practices, safety training and communication, workplace safety. The other dimension, safety behaviour had also three dimensions: safety performance, safety responsibility and safety participation. A survey consisting 10 demographic and 45 job safety climate and job safety behaviour questions was conducted by 392 workers in 12 marble factories. All analysis was done by SPSS 21. According to the results of the study, there is a positive relationship between participation of workers in job safety and management's attitudes about job safety. Also, education and communication affect workers' job safety performance.

**Key words:** Safety behaviour, safety climate, marble factories, worker, Turkey

### GİRİŞ

Her yıl dünyada işle ilgili kaza ve hastalıklar sonucunda 3,2 milyondan fazla kişi hayatını kaybetmekte, 160 milyon yeni meslek hastalığı vakası ile 300 milyon ölümcül olmayan iş kazası meydana gelmektedir. İşle ilgili hastalık ve ölümlerin yarattığı ekonomik yük ile verimlilik kaybı, küresel GSYH'nin %4'ünü teşkil etmektedir (Gümüş, 2016). Bu nedenle, güvenli ve Sağlıklı bir iş ortamının sağlanması ve teşvik edilmesi bir öncelik olmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan tedbirler ile iş kazaları ve meslek hastalığı oranlarında düşüşler sağlasa da Türkiye hala gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Türkiye'de yaşanan iş kazaları değerlendirildiğinde; Türkiye'nin dünyada en çok iş kazasının yaşandığı üçüncü ülke, Avrupa'da ise birinci ülke olduğu görülmekte ve bu konuda gerçekleştirilen çalışmaların diğer ülkelere kıyasla yetersiz olduğu açığa çıkmaktadır (Gümüş ve Gülsün 2017; Gümüş ve Kaya 2016). İş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınmasının yanı sıra, alınan bu önlemlerin etkilerinin ölçülmesi de gerekmektedir. Bu nedenle Çalışanlarda iş sağlığı ve güvenliği Algısının ve işletmelerdeki iş güvenliği ikliminin tespiti önem arz etmektedir (Yule ve diğ. 2008).

Güvenlik iklimi, Çalışanların, alınan önlemler, yöneticiler, olası riskler ve kendilerinin güvenlik konusundaki davranış ve düşüncelerini içeren bir kavramdır. İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin değerlendirilmesinde, alınan önlemlerin performans çıktılarının ölçülmesi ve izlenmesi büyük önem taşımaktadır. İş güvenliği performansının ölçülmesinde, iş kazası sıklığı, kaza kayıtları, meslek hastalıkları gibi veriler yanında, Çalışanların davranışlarının ve güvenlik ikliminin değerlendirilmesi gibi olgular da kullanılmaktadır.

İş güvenliği iklimi ile ilgili alanyazın incelendiğinde görülmektedir ki, iş yerindeki iş güvenliği iklimi algısı iş güvenliği performansını etkilemektedir. (Mearns ve ark.,2003; Mohamed 2002; Hays ve ark.1998;Flin ve ark.,2000). İşyerinde iletişimin güçlü olması, eğitimlerin yeterli ve sık yapılması ve yönetimin tavrı, iş güvenliği davranışına olumlu katkı yapan etmenlerdir (Zohar ve Luria 2005; Vinodkumar ve Bhasi 2010; Hahn ve Murphy 2008).

Ülkemizin iş sağlığı ve güvenliği bakımından gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında eksikleri bulunmakla birlikte, çıkarılan yasalar ve alınan tedbirler ile her iş kolunda Çalışan güvenliğinin iyileştirilmesine

<sup>1</sup> Dicle University /Atatürk Vocational School of Health Services / Turkey / [gumusrojan@gmail.com](mailto:gumusrojan@gmail.com)

<sup>2</sup> Dicle University. Engineering Faculty, Department of Mining Engineering /Turkey / [mayhan@dicle.edu.tr](mailto:mayhan@dicle.edu.tr)

<sup>3</sup> Dicle University. Engineering Faculty, Department of Electrical and Electronics Engineering /Turkey / [bilgumus@gmail.com](mailto:bilgumus@gmail.com)

Çalışılmaktadır. Mermercilik sektörü de en fazla iş kazalarının yaşandığı, en tehlikeli iş kollarından biridir. Mermer üretimi ve işlenmesi sırasında ağır cisimlerin kaldırılması, taşınması ve taşların kesilmesi sırasında ortaya çıkan tozlar, kesici aletlerin ortaya çıkardığı riskler, arazi koşullarının yarattığı güçlükler, işleme sırasında kullanılan iş makinelerinin riskleri, kullanılan kimyasallardan kaynaklanan riskler bu sektörün çok tehlikeli işler sınıfında yer almasına neden olmuştur. Bu risklerin yanında diğer iş yerlerinde genel olarak karşılaşılabilecek muhtemel diğer riskler de söz konusudur (Ağca,2010).

Mermer işletmelerinde yapılan Çalışmalarda en fazla görülen risklerin, tel kopması ile yaralanmalar, düşmeler, cisim çarpması, patlayıcı madde ile yaralanmalar, yük altında kalma ve ezilme olduğu belirlenmiştir. Bunların yanında, iş makineleri tarafından çarpılma ve ezilme, aletlerle yaralanma, elektrikten kaynaklanan çarpılma ve başka riskler de en fazla görülen durumlardır. Ayrıca ortopedik kaynaklı hastalıklarla solunum yolları hastalıkları, yorgunluk ve stres de mermer işletmelerinde iş görenleri bekleyen tehlikeler arasındadır (Ağca,2010).

Bu Çalışmada Diyarbakır ilindeki mermer işleme fabrikalarında Çalışanların iş güvenliği iklimi algısı ve iş güvenliği davranışı ölçülerek bunun iş güvenliği çıktıları üzerindeki etkisi belirlenmiştir.

## YÖNTEM

Bu Çalışmanın evrenini Diyarbakır il sınırları içinde bulunan 12 mermer işleme fabrikasında Çalışan işçiler oluşturmaktadır. Herhangi bir örnekleme metodu kullanılmamış, Çalışanların tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışanların arasında çok az beyaz yakalı ve kadın Çalışan bulunmaktadır. Fabrikalarda vardiya usulü çalışıldığından anketlerin yapıldığı andaki kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Anketler 2018 yılının Temmuz ve Eylül ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Geçerli anket sayısı 392 olup yalnızca bu anketler değerlendirilmiştir. Katılımcıların okuma yazma problemi olduğundan tüm anketler yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada fabrika Çalışanlarına iş güvenliği iklimi, iş güvenliği davranışı ve demografik sorular olmak üzere üç bölümde toplam 43 soru sorulmuştur. İlk 10 soru demografik sorulardır. Diğer sorular ise beşli Likert tipi cevaplar barındıran sorulardır. Anketi cevaplayanlara alt boyutta iletilen yargıya katılma dereceleri sorulmuştur. Üçüncü kısımda ise iş görenlere geçirdikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili sorular sorulmuştur.

İş güvenliği iklimi taslak ölçeği hazırlanırken geçmişte yapılan Çalışmalardan faydalanılmıştır. Anketler iş yerindeki güvenlik iklimi, Çalışılan yerdeki yöneticilerin iş güvenliğine karşı tutumu, iş yerindeki güvenlik ortamına ait parametreler, Çalışanların birbiri ve yönetimle iş güvenliği hakkındaki iletişimi ve işyerinde alınan güvenlik eğitimine ait sorulardan oluşmuştur. Ölçek oluşturulurken daha önceki Araştırmacıların Çalışmalarından faydalanılmıştır (Ferraro 2002; Neal ve Griffin 2006; Vinodkumar ve Bhasi 2010; Cooper ve Schindler 2003; Mearns ve ark. 2003; Flin ve ark. 2000).

Çalışmanın sonuçları SPSS 21 programı ile değerlendirilmiştir. İlgili literatürden faydalanılarak geliştirilen taslak ölçeğe Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Ölçekten çıkarılan maddeler ile ölçek yeniden boyutlandırılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık analizi Cronbach alpha analizi ile ölçülmüştür. İş güvenliği iklimi algısı ile iş güvenliği davranışının birbiri ve demografik değişkenler ile ilişkisi incelenmiştir. Veri analizlerinde Anova tek yönlü varyans analizi, ki-kare analizi, t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur.

## BULGULAR

Ankete katılanlara ait demografik özellikler incelenmiş ve Tablo 1’de sunulmuştur. Tablo 1 incelendiğinde, Çalışanların neredeyse tamamına yakınının erkek olduğu ve çoğunun evli olduğu görülmektedir. Çalışanların %80’e yakınının 30-50 yaş arasında olması mermercilik sektöründe deneyimin önemini ortaya çıkarmaktadır. Katılımcıların % 80’i asgari ücretle Çalışmakta olup, sadece %35’i lise ve üstü eğitime sahiptir.

Tablo 1. Katılımcılara ait demografik özellikler

	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	384	98,0
Kadın	8	2,00
<b>Yaş Grupları</b>		
21-30 Yaş	21	5,4
31-40 Yaş	164	41,8
41-50 Yaş	151	38,5
51-60 Yaş	56	14,3
<b>Medeni durum</b>		
Evli	338	86,2
Bekâr	51	13,0
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	3	0,8
<b>Gelir Düzeyi(TL)</b>		
1500-2000	315	80,4
2001-3000	66	16,8
3501-5000	11	0,8
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar değil	28	7,1
İlköğretim	141	36,0
Orta öğretim	92	23,5
Lise	94	24,0
Ön Lisans/Lisans	37	9,5
<b>Toplam</b>	<b>392</b>	<b>100</b>

Katılımcıların iş tecrübesi, fabrikada Çalışma süresi ve Çalışma sebepleri incelenmiş, sonuçlar Tablo 2' de sunulmuştur.

Tablo 2 incelendiğinde Çalışanların büyük kısmının (%70) sektörde 6 yıl ve üzeri iş tecrübesine sahip olduğu, hatta bunun %53'lük kısmının 10 yıldan fazla iş tecrübesi olanlardan oluştuğu görülmektedir. Buna karşılık çalıştıkları iş yerindeki bulunma süreleri incelendiğinde, %90'ından fazlasının 5 yılın altında bulunduğu görülmektedir. Bu da işçilerin sektörde rutin bir şekilde işyeri değiştirdiğini göstermektedir.

Tablo 2. Katılımcıların çalışma durumlarına ait özellikler.

	Sayı	%
<b>İş Tecrübesi(Yıl)</b>		
1-3	80	20,4
4-5	33	8,4
6-10	69	17,6
+10	210	53,6
<b>Fabrikadaki Çalışma süresi (Yıl)</b>		
1-3	187	47,7
4-5	184	46,9
6-10	19	4,8
+10	2	0,6
<b>İş yerinde Çalışma sebebi</b>		
Zorunlu sebepler yüzünden	279	71,1
Maddi ve sosyal şartları için	59	15,1
Mesleği sevdiği için	29	7,4
Eğitimine uygun olduğu için	25	6,4
<b>Toplam</b>	<b>392</b>	<b>100</b>

## 1.1 Güvenilirlik Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi

Mermer işletmelerinde iş güvenliği iklimi ve iş güvenliği davranışına ait sorulara verilen cevaplara uygulanan güvenilirlik ve geçerlilik analizleri sonucunda Cronbach alpha katsayısı, İş Güvenliği İklimi Ölçeği için 0,866, İş Güvenliği Davranışı Ölçeği için 0,871 bulunmuştur. Bu katsayılar yeterli düzeyde güvenilirliği göstermektedir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, İş Güvenliği İklimi Ölçeği için, KMO değeri 0,888, Barlett Küresellik Testi Ki Kare 3196,340 (sd= 136, p<0,001) , açıklanan toplam varyans %58,028 bulunmuştur. İş Güvenliği Davranışı ölçeği için KMO değeri 0,817, Barlett Küresellik Testi Ki Kare 1343,096 (sd= 91, p<0,001) , açıklanan toplam varyans %51,279 bulunmuştur. Tüm bu değerler yeterli düzeyde bulunmuştur.

İş Güvenliği iklimi ölçeği için Güvenlik eğitimi ve iletişimi, Yönetimin Bakış Açısı ve İşyeri güvenliği olmak üzere 3 boyut belirlenmiştir.

Yönetimin Bakış Açısı boyutundan iki adet soru çıkarıldığında daha iyi bir faktör analizi elde edilmiştir. Ayrıca işyerinde güvenlik eğitimi ve işyerinde güvenlik iletişimi aynı boyut altında toplanmıştır. Bu boyut oluşurken İletişim ve Eğitim boyutlarından iki adet soru çıkarılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait alt boyutların ortalama ve standart sapmaları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarının ortalamaları

	Ortalama	SS
<b>İş Güvenliği Ölçeği ve Alt Boyutları</b>		
Eğitim ve İletişim	4,19	0,94
Yönetimin Bakış Açısı	4,36	0,88
İşyeri Güvenliği	3,14	1,27
<b>Gen. Ort.</b>	3,89	1,03
<b>İş Güvenliği Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutları</b>		
İş güvenliği Davranışı	4,47	0,74
İş Güvenliği Katılımcılığı	4,37	0,70
İş Güvenliği Sorumluluğu	2,77	1,35
<b>Gen. Ort.</b>	3,87	0,93

Tablo 3'teki sonuçlar incelendiğinden en yüksek ortalamaların işgörenlerin iş yerindeki iş güvenliği davranışı ve katılımcılığında olduğu görülmektedir. Bunu yönetiminin bakış açısı ve eğitim ve iletişim boyutları takip etmektedir. En düşük ortalamalar İş güvenliği sorumluluğu boyutunda çıkmıştır. İş görenler iş güvenliği önlemlerinin çoğunun yönetim tarafından alınması gerektiğini düşünmektedirler ve kadercilik yönleri ağır basmaktadır.

İş güvenliği iklimi ve iş güvenliği davranışı ölçeklerindeki alt boyutların ve iş kazası geçirme sıklığı, meslek hastalığına yakalanma sıklığı ve işten uzak kalma sıklığının birbiri ile ilişkisi incelenmiş ve yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Kullanılan Ölçekteki alt boyutların birbiri ile ilişkileri

	Eğt-İlt	Yön.	Güv.	Davr.	Kat.	Sor.	İş kaz.	Mes.Hs	Uzakl.
Eğt-İlt	1								
Yön.	,447**	1							
Güv.	,062	,207**	1						
Davr.	,347**	,214**	,013	1					
Kat.	,416**	,281**	,069	,375**	1				
Sor.	,032	,030	,242**	,086	,011	1			
İş kaz.	,035	,066	,154**	,039	,035	,088	1		
MesHs	,109	,015	,029	,109*	,012	,016	,084	1	
Uzakl.	,069	,083	,108*	,022	,037	,061	,326**	,236**	1

\*p<0,05; \*\*p<0,001

Tablo 4'teki sonuçlar incelendiğinde, en yüksek korelasyonların yönetimin aldığı iş güvenliği önlemleri ile iş görenlerin iş güvenliği eğitimi ve iletişimi arasında olduğu görülmüştür. Bunu katılımcılık ile eğitim



ve iletişim arasındaki korelasyon izlemiştir. İş güvenliği davranışına iş güvenliği katılımcılığının da olumlu bir etkisi vardır. Yöneticilerin aldığı önlemler iş görenlerin üzerinde iş güvenliği davranışlarında pozitif bir etki bırakmaktadır. Yönetim iş güvenliği açısından sorumluluk aldıkça ve ilgilendikçe, iş görenlerin de iş güvenliği davranışları olumlu olarak etkilenmektedir. İş güvenliği ile ilgili etkinliklere daha fazla katılanların iş güvenliği performansı daha yüksek bulunmuştur.

## SONUÇ

Mermer işleme fabrikaları, en ağır işlerden olarak sınıflanmakta ve tehlikeli işler arasına girmektedir. Bu sebeplerden ötürü mevcut Çalışma, mermer işletmelerindeki iş görenlerin iş güvenliği iklimi algısı ve iş güvenliği davranışını ölçmeyi, hem iş görenlere hem de yöneticilere mevcut durum hakkında bilgi vererek, ileride alınacak önlemler konusunda rehber olmayı amaçlamıştır. Bu Çalışmanın en önemli sonuçlarından birisi Çalışanların eğitiminin oldukça düşük düzeyde olduğu ve bunun Çalışma alanında bir tehlikeye yol açabileceği gerçeğidir. İş makineleri ve iş süreçleri talimatlarını, uyarıları ve iş güvenliği eğitimlerindeki yazılı dokümanları okumakta sorun yaşamaması muhtemel olan iş görenlerin, iş güvenliği eğitimi yanında okuma yazma eğitiminin de üzerinde durulması gerekmektedir.

Çalışmanın sonuçları incelendiğinde iş güvenliği iletişiminin ve eğitimin artırılması doğrudan iş güvenliği davranışı ve katılımcılığına pozitif etkide bulunmaktadır. Bulgularımız daha önce gerçekleştirilmiş pek çok çalışmayı destekler nitelikte sonuçlar içermektedir (Neal 2000; Prussia 2003; Pousette 2008; Cavazza 2009). İş güvenliği katılımcılığını artıran bir diğer unsur da işyeri yönetiminin tutum ve davranışlarıdır. İş yeri yönetimi iş güvenliği konusunu ne kadar ciddiye alır ve takipçisi olursa iş görenler de bu konuda daha katılımcı tavırlar sergilemektedir.

İş güvenliği davranışı meslek hastalıklarının oluşmasını azaltmakta olumlu bir etki oluşturmakta, iş yerindeki güvenlik ortamı da iş kazalarının sayısının düşmesinde olumlu bir katkı yaratmaktadır. Yönetimin iş güvenliğine verdiği önem, iş görenlerin hem katılımcılığını hem de iş güvenliği performansını doğrudan etkilemektedir. Yöneticilerinin kendisini iş güvenliği konusunda koruduğunu düşünen iş görenler gönüllü olarak hem kendisinin hem de iş ortamının güvenliğine daha fazla katkıda bulunmaktadır. Başka bir iyi sonuç da tüm mermer fabrikalarında ciddi bir iş kazası ve meslek hastalığı deneyimi ile karşılaşmamış olması ve görülen vakaların da anlamlı bir sonuç vermemesidir. Bu da incelenen mermer işletmelerinde hem yönetimin hem de iş görenlerin güvenlik unsurunu çok ciddiye almasından kaynaklanmaktadır. Mermer sektöründe gerçekleştirilen başka bir çalışmada (Ağca,2010) Çalışmamızdaki bulgulara benzer sonuçlar görülmüş ve ciddi bir iş kazası oranına rastlanmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre Diyarbakır'da Araştırma yaptığımız mermer işleme fabrikalarında iş güvenliği konusuna hem yöneticiler hem de Çalışanlar oldukça ciddiyetle yaklaşmaktadırlar. Bu Çalışmanın Diyarbakır'daki tüm mermer ocaklarında düzenlenmeye devam etmesi planlanmaktadır. İleride yapılacak Çalışmalar ile birlikte hem Diyarbakır'da hem de Türkiye ve dünyada mermer sektöründeki iş güvenliği konusuna oldukça katkıda bulunulması planlanmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Ağca, E. (2010). “Mermer Fabrikalarında İş Güvenliği Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Cavazza N., Serpe A. (2009), “Effects of Safety Climate on Safety Norm Violations: Exploring The Mediating Role of Attitudinal Ambivalence Toward Personal Protective Equipment”, *Journal of Safety Research*, C/S. 40(4): 277-283
- Cooper, D.R., Schindler, P.S. (2003). *Business Research Methods* 8th ed. New York: McGraw-Hill.
- Ferraro L. (2002). *Measuring Safety Climate: The Implications for Safety Performance*, Yayınlanmamış Doktora Tezi,. University of Melbourne, Melbourne.
- Flin R, Mearns K, O'connor P, vd. (2000) “Measuring safety climate: identifying the common features”, *Saf Sci*. C/S 34(1-3):177-192. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00012-6
- Gümüş R., Kaya A. (2016) “Analysis of Fatal Occupational Accidents in Turkey and Europe Between 2009-2014”. *QPS 2016, Health academitian Journal's supplement*, 10. International Congress on Quality in Healthcare Accreditation and Patient ,Safety, May, 11-14, Belek, Antalya, Turkey.

- Gümüş R. (2017). “Analysis of Occupational Accidents in 2015 in Turkey and Comparing Them with Data of 2014”,*The J of Academic Social Science Studies*, C/S. 55(2): 277-287  
<http://dx.doi.org/10.9761/JASSS6916>, 2017,
- Gümüş R., Gülsün Z. (2017). “Occupational health and safety indicators of Turkey and their relationships with social and economic development factors between 1998-2014”, *International J of Healthcare Management*, doi:10.1080/20479700.2017.1308669,
- Hahn, Susan E. Ve Murphy, L.R. (2008). “A Short Scale for Measuring Safety Climate”, *Safety Science* C. 46: 1047-1066.
- Hayes, B.E., Perander, J., Smecko, T., Trask, J. (1998). “Measuring Perceptions of Work Place Safety: Development and Validation of The Work Safety Scale”, *J. Saf. Res. C/S*. 29 (3): 145–161.
- Mearns, K., Whitaker, S.M., Flin, R. (2003). “Safety Climate, Safety Management Practice and Safety Performance in Offshore Environments”, *Saf. Sci. C*.41:641–680.
- Mohamed S. (2002). “Safety Climate In Construction Site Environments”. *J Constr Eng Manag. C/S*.128(5):375–384. doi:10.1061/(ASCE)0733-9364(2002)128:5(375)
- Neal A, Griffin M. A. (2006). “Study of The Lagged Relationships Among Safety Climate, Safety Motivation, Safety Behavior, and Accidents at The Individual and Group Levels”, *J Appl. Psychol. C/S*. 91(4):946–953. doi: 10.1037/0021-9010.91.4.946
- Pousette A., Larsson S., Törner M, (2008). “Safety Climate Cross-Validation, Strength and Prediction of Safety Behaviour”, *Safety Science*, C. 46: 398-404.
- Prussia G.E., Brown K.A., Willis P.G. (2003). “Mental Models of Safety: Do Managers and Employees See Eye To Eye?”, *Journal of Safety Research*, C.34:143-156.
- Vinodkumar Mn, Bhasi M. (2010). “Safety Management Practices and Safety Behaviour: Assessing The Mediating Role of Safety Knowledge and Motivation”, *Accid Anal Prev. C/S*. 42(6):2082–2093. doi: 10.1016/j.aap.2010.06.021
- Yule, S.,Flin, R., Murdy, A. (2008). “The Role of Management and Safety Climate in Preventing Risk-Taking at Work”, *Int. J. Risk Assessment and Management*, C/S. 7 (2): 137-151.
- Zohar, D., Luria, G. (2005). “A Multilevel Model of Safety Climate: Cross-Level Relationships Between Organization and Group-Level Climates”, *Journal of Applied Psychology*, C/S. 90 (4): 616-628.

## ULUSLARARASI HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİNE YÖNELİK SİGMA SEVİYESİ ANALİZİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

### SIGMA LEVEL ANALYSIS FOR INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS: A PRIVATE HOSPITAL CASE

Nuray GİRGINER  
Mine İSKENDEROĞLU

#### ÖZET

Bu Çalışmada JCI tarafından akredite olan özel bir hastanenin Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin (UHG) sigma seviyeleri analiz edilmiştir. Süreçlere ilişkin veriler, hastanenin 2011-2018 yıllarına ait güvenlik raporlama bildirimlerinden elde edilmiştir. Güvenlik raporlama bildirimlerinden alınan hata sayıları ile DPMO formülü kullanılarak milyon başına hata sayıları bulunmuş ve sigma dönüşüm tablosundan DPMO'ya karşılık gelen sigma seviyeleri elde edilmiştir.

Analiz sonucunda, yıllar içerisinde azalış- artış şeklinde değişimler gözlenirse de UHG'nin sigma seviyeleri 4,2 ve üzerinde değerler olarak Türkiye'deki Sağlık kurumları için kabul edilen 3-4 sigma aralığının üzerinde gerçekleşmiştir. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin sigma seviyeleri değerlendirildiğinde; enfeksiyonların önlenmesi sürecinin sigma seviyesinin diğerlerine göre daha düşük buna karşılık etkili iletişimin sağlanması sürecinin sigma seviyesinin ise en yüksek olduğu belirlenmiştir. Hedeflere ilişkin hesaplanan sigma seviyeleri, uygulamanın yapıldığı Sağlık kurumunda UHG süreçlerinin iyi yönetildiğini destekler niteliktedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Güvenliği, Altı Sigma, Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri, Sigma seviyesi analizi

#### ABSTRACT

In this study, sigma levels of International Patient Safety Goals (IPSG) of a private hospital accredited by JCI were analysed. The data related to the processes were obtained from the security reporting notices of the hospital for 2011-2018. The error numbers obtained from the security reporting reports and the error numbers per million were found using the DPMO formula and sigma levels were obtained by using sigma conversion table.

As results of analysis, although the increases and decreases observed in the years, IPSG' sigma levels have taken 4.2 and above values it's over the acceptable range 3-4 sigma for health institutions in Turkey. Also the sigma level of the infection prevention process was found to be lower than the others while the sigma level of the process of ensuring effective communication was the highest. The sigma levels calculated for the goals support that IPSG processes are well managed in this hospital. As a result it can be said that this hospital managed well process of IPSG.

**Key Words:** Patient Safety, Six Sigma, International Patient Safety Goals, Sigma Level analysis

#### I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin temel ilkesi hasta güvenliğidir. Hasta bakım sürecinin en temel unsurunun hasta olması, sürecin tümünde geçerli olacak şekilde sorumluluk bilinci, güncel bilgi ve dikkat gerektirmektedir. Hastaya yönelik tedavi uygulamalarında süreç veya sistemlerde meydana gelen çeşitli sorunlar, hastaya zarar verebilecek durumları ortaya çıkarabilmektedir. Hasta güvenliği; hizmet iyileştirmeleri, enfeksiyon kontrolü, ilaçların güvenli Kullanımı, ekipman güvenliği, güvenli klinik uygulamalar ve güvenli bakım ortamı ile birlikte performans geliştirme, çevresel güvenlik ve risk yönetimini de içeren karmaşık bir sistemdir.

Hasta güvenliğinin öneminin farkında olan bazı kurumlar da hasta güvenliğini birer standart haline getirmişlerdir. Bunlardan biri de Joint Commission International (JCI) dir. JCI standartları bağlamında 6 Uluslararası Hasta Güvenliği hedefi bulunmaktadır. Bunlar (Joint Commission International , 5th Ed. 2014);

1. Hastanın Doğru tanımlanması
2. Etkili İletişimin Artırılması
3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi
4. Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisinin Sağlanması

## 5. Sağlık Bakımı İlintili Enfeksiyonların Azaltılması

## 6. Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması şeklinde sıralanabilir.

Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerinin her biri hastalar Açısından önemlidir. Söz konusu hedeflerin herhangi birinde yaşanacak bir hata istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Her bir hedef için süreç tanımlamaları yapılarak süreçlerde standardizasyonun sağlanması gereklidir. Hasta güvenliği konusunda iyileştirme ve güvenlik kültürünün benimsenebilmesi; öncelikli olarak kurumda Çalışanlar tarafından benimsenerek kurum kültürü haline getirilmesine ve sistematik ve planlı bir yaklaşımla da sistem iyileştirmeleri uygulanmasına bağlıdır. Uygulamada giderek “sıfır hata” odağına sahip olması nedeniyle Altı Sigma yaklaşımı kalite arttırmada tercih edilmeye başlamıştır.

Altı Sigma, süreçlerdeki hatayı sıfıra indirmeyi hedefleyen bir kalite yaklaşımıdır. Altı Sigma seviyesine sahip bir işletmede milyonda en fazla 3,4 hata payı vardır. Süreçlerdeki varyasyonu azaltmayı hedefleyen Altı Sigma işletmelere sıfır hatalı konumdan ne kadar saptıklarını gösteren bir ölçüm tekniğidir. Süreçleri ölçerek analiz eden Altı Sigma somut olan çıktılarının ölçümünün daha kolay olması nedeniyle ilk olarak üretim sektöründe hizmet vermekte olan bir firmada ortaya çıksa da zaman içinde değişen ve çeşitlenen sosyo-ekonomik faktörlerin etkisiyle günümüzde hizmet sektöründe ve Sağlık sektöründe de önem kazanmaya başlamıştır.

Altı sigma ve Hasta güvenliğinin sözü edilen önemi, Araştırmacıların da ilgisini çekmiştir (Sehwal ve DeYong, 2003; Revere, vd., 2004; Antony vd., 2007; Feng, 2008; Souza, 2009; Gowen, 2012; Chiarini, 2012; Andrea, 2013; Jiju vd., 2013; Alessandro vd. 2013; Bhat vd., 2014; Nilson ve Sandoff 2015; Gijo vd., 2016). Türkiye’de Altı Sigma üzerine yapılmış akademik Çalışmalar 2000’li yılların başlarında yoğunlaşmaya başlamıştır. Söz konusu Çalışmaların daha çok Altı Sigma felsefesi ve esaslarına yönelik teorik yapıda, Altı Sigma başarısını etkileyen faktörlere yönelik, Altı Sigma uygulamaları ve başarılarına yönelik ya da Altı Sigma’nın istatistiksel ve veri işleme boyutuyla ilgili Çalışmalar olduğu görülmektedir. Her ne kadar bu Çalışmalar sektörel olarak üretim sektörüne yönelik olsa da son yıllarda hizmet sektörüne yönelik çalışmaların da az sayıda da olsa literatürde yer aldığı görülmektedir (Dağlıoğlu 2009; Öztop, 2010, Akyalçın, 2010; Dinçel, 2011; Emekli, 2012; Cebe, 2013; Deniz, 2015). Benzer şekilde Türkiye’de Hasta güvenliğine yönelik çalışmalar da sayıca yeterli değildir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Aslan ve Ünal, 2005; Candaş ve Gürsoy, 2015; Korkmazer vd., 2016; Yurttaş vd., 2016; Bişkin ve Cebeci, 2017; Karayurt vd., 2017; Mesken, 2018; İskenderoğlu v.d., 2018).Gerek Türkiye’de gerek ise yabancı literatürde özellikle Altı Sigma ile Uluslararası Hasta Güvenliğini birleştiren bir Çalışmanın bulunmayışı bu çalışmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Bu çalışma, kendi kurumunda hasta güvenliğini bir kültür olarak benimsemiş, hasta güvenliği konusunda Çalışanlarına rutin olarak eğitimler veren, herhangi bir hata yaşanması durumunda sisteme odaklanarak çözüm üretmeye Çalışan bir kurumda Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin sigma seviyesini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurumun güvenlik raporlama bildirim sistemi aracılığıyla, süreçlerde meydana gelen hatalara ilişkin elde edilen veriler aracılığı ile sigma seviyeleri analiz edilmiştir.

## II. UYGULAMA: Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri Sigma Seviyelerinin Belirlenmesi

Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri sigma seviyelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışma, JCI’den akredite özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Söz konusu hastane 103 yatak kapasitesine sahip, 400 Çalışanı olan bir kurumdur. Aynı zamanda hastanede yalın uygulamalara önem verilmesi Çalışmanın, bu kurumda yapılması konusunda tercih sebebi olmuştur. Süreçlere ilişkin veriler, hastanenin 2011-2018 yıllarına ait güvenlik raporlama bildirimlerinden elde edilmiştir. Güvenlik raporlama bildirimlerinden alınan hata sayıları ile DPMO formülü kullanılarak milyon başına hata sayıları bulunmuştur. Sonrasında sigma dönüşüm tablosundan yararlanılarak da DPMO’ya karşılık gelen sigma seviyeleri elde edilmiştir.

### II.1. UHGH İÇİN SİGMA SEVİYELERİNİN HESAPLANMASI

Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri sigma seviyelerini belirlemede DPMO formülünden faydalanılmıştır.

$$DPMO = \left( \frac{D}{N * O} \right) * 1.000.000$$

Milyonda Birim Başına Hata: PPM ( part per million)

N :Toplam Ürün Sayısı

D :Toplam Hatalı Ürün Sayısı

O :Toplam Hata Türü Sayısı

DPMO: Milyonda Hata Olasılığı

Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri sigma seviyelerini belirlemek amacıyla her bir hedef için kullanılan DPMO formülü Tablo 1.'de özetlenmiştir.

**Tablo 1** Sigma Seviyeleri Analizinde Kullanılan Formüller

Hedefler	DPMO
Hasta kimliğinin doğrulanması	$\frac{\text{Bildirimi yapılan hatalı kimlik doğrulama say./1 yıl içnd.yapl.top. başv. say.}}{x1.000.000}$ <p>Hata türü sayısı (1)</p>
Etkili iletişimin sağlanması	$\frac{\text{Bildirimi yapılan iletişim hataları sayısı/1 yıl içinde yapılan top. başv. say.}}{x1.000.000}$ <p>Hata türü sayısı (3)</p>
İlaç güvenliğinin sağlanması	$\frac{\text{Bildirimi yapılan ilaç hatası sayısı/1 yıl içinde yapılan toplam yatış say.}}{x1.000.000}$ <p>Hata türü sayısı (5)</p>
Güvenli cerrahinin sağlanması	$\frac{\text{Bildirimi yapılan cerrahi hata sayısı/1 yıl içinde yapılan toplam ameliyat say.}}{x1.000.000}$ <p>Hata türü sayısı (4)</p>
Enfeksiyonların önlenmesi	$\frac{\text{Enfeksiyon gelişen toplam hasta sayısı/1 yıl içinde yapılan toplam yatış say.}}{x1.000.000}$ <p>Hata türü sayısı (3)</p>
Düşmelerin önlenmesi	$\frac{\text{Bildirimi yapılan toplam düşen hast. say./1 yıl içinde yapılan topl. yatış say.}}{x1.000.000}$ <p>Hata türü sayısı (2)</p>

## II.2. BULGULAR

Tablo1'deki formüller kullanılarak 2011-2018 yılları arasında Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri süreçlerinin her biri için DPMO sayıları ve sigma seviyeleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri DPMO ve Sigma Seviyeleri

<b>UHHG</b>	<b>Yıllar</b>	<b>DPMO</b>	<b>Sigma Seviyesi</b>
<b>Hasta Kimliğinin Doğrulanması</b>	2011	-	-
	2012	7,13	5,8
	2013	25,98	5,5
	2014	41,00	5,4
	2015	65,29	5,3
	2016	78,59	5,2
	2017	59,61	5,3
	2018	29,86	5,5
<b>Etkili İletişimin Sağlanması</b>	2011	71,53	5,3
	2012	-	-
	2013	4,06	5,9
	2014	-	-
	2015	-	-
	2016	78,30	5,2
	2017	25,73	5,5
	2018	-	-
<b>Yüksek Riskli İlaçların Güvenliği</b>	2011	-	-
	2012	-	-
	2013	414,28	4,8
	2014	230,81	5
	2015	3036,0	4,2
	2016	3242,7	4,2
	2017	61,76	5,3
	2018	28,44	5,5
<b>Doğru Alan Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması</b>	2011	111,70	5,1
	2012	40,84	5,4
	2013	-	-
	2014	61,41	5,3
	2015	25,70	5,5
	2016	167,65	5
	2017	90,20	5,2
	2018	42,44	5,4
<b>Enfeksiyona Bağlı Risklerin Azaltılması</b>	2011	-	-
	2012	2101,49	4,3
	2013	1340,31	4,5
	2014	769,37	4,6
	2015	805,01	4,6
	2016	1827,05	4,4
	2017	1338,27	4,5
	2018	758,43	4,6
<b>Düşmelerin Önlenmesi</b>	2011	321,88	4,9
	2012	134,13	5,1
	2013	365,54	4,8
	2014	346,22	4,85
	2015	215,62	5
	2016	156,60	5,1
	2017	154,41	5,1
	2018	193,82	5

Tablo 2'deki veriler incelendiğinde; Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin literatüre göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde 2-3 sigma seviyesinin kabul edilebilir bir seviye olduğu dikkate

alındığında, Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri sigma seviyesinin yıllar içerisindeki en küçük değeri 4,2 olup literatüre göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ayrı ayrı her bir hedef için Tablo 2'deki sigma seviyeleri incelendiğinde:

- Hasta kimliğinin doğrulanması; sigma seviyesi yıllar içerisinde sabit artan bir eğilim göstermemiş olsa da sigma seviyesi oldukça yüksektir. Bu bulgulara bağlı olarak pratikte hasta kimliği doğrulama süreçlerinin nasıl işlediği gözlemlenmiştir. Bu indikatör kurumda 2016 yılında takip edilmeye başlanmış olup 2016 yılı uyum oranı %98,90; 2017 yılı uyum oranı %98,45 ve 2018 yılı uyum oranı %98,21 olarak elde edilmiştir.
- Etkili iletişimin sağlanması ile ilgili süreçlerin sigma seviyelerinin 5'in üzerinde olduğu, ayrıca süreç sigmalarındaki eğilimde bir standardizasyonun olmadığı görülmektedir. Bu indikatör kurumda 2016 yılında takip edilmeye başlanmış olup 2016 yılı uyum oranı %98,94; 2017 yılı uyum oranı %95,45 ve 2018 yılı uyum oranı %96,80 olarak elde edilmiştir.
- İlaç güvenliğinin sağlanması sürecine ilişkin sigma seviyesinin literatüre göre yüksek olduğu (4,2 sigma ve üzeri), ancak süreçlerin yıllar içindeki eğiliminde doğrusal bir artış olmadığı görülmektedir. 2011 ve 2012 yıllarında ilaç güvenliği ile ilgili herhangi bir güvenlik raporlama kaydına rastlanmamış ancak sonraki yıllarda yapılan hata kayıtları ve rakamlar göz önünde bulundurulduğunda aslında 2011 ve 2012 yıllarında süreçlerde hata olmadığı değil bildirim yapılmamış olduğu görüşüne varılmıştır. Bu indikatör kurumda 2013 yılında takip edilmeye başlanmış olup 2013 yılı uyum oranı %95,68; 2014 yılı uyum oranı %95,23 ve 2015 yılı uyum oranı %98,31; 2016 yılı uyum oranı %97,97; 2017 yılı uyum oranı %99,54 ve 2018 yılı uyum oranı %100 olarak elde edilmiştir.
- Doğru alan, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin sağlanması sürecine ilişkin sigma seviyesinin literatüre göre yüksek olduğu (min. 5 sigma) ancak, süreçlerin yıllar içindeki eğiliminde doğrusal bir artış olmadığı görülmüştür. 2013 yılında güvenli cerrahi kapsamında hiçbir güvenlik raporlama bildirimini yapılmadığı ve diğer yıllarda yapılan bildirimlerin de ramak kala olay bildirimi olup, hastaya kalıcı bir zarar vermeden fark edilerek durumun düzeltildiği tespit edilmiştir. 2011 yılından beri takip edilen indikatör verilerine göre ameliyat olan her bir hasta için mutlaka güvenli cerrahi kontrol listesi kullanıldığı tespit edilmiştir. Hasta dosyaları; hasta yatışa geldiğinde, yatış birimi tarafından hazırlanmakta, böylelikle o evrağın dosyada yer almasının gözden kaçmasının önüne geçildiği tespit edilmiştir.
- Hastane enfeksiyon hızı kurumda 2012 yılı itibarıyla takip edilmeye başlanmıştır. Enfeksiyonların önlenmesi sürecinde; genel olarak yıllar içinde sigma seviyelerinde bir artış olduğu görülmektedir. Kalite birimi tarafından her ay kurum içinde takip edilen göstergelerden 3'ü enfeksiyonların önlenmesi ile doğrudan ilgilidir. Bunlar hastane enfeksiyon hızı, el hijyeni uyum oranı ve cerrahi profilaksi doğru Kullanım oranıdır. Hastane enfeksiyon hızı 2011-2018 yılları için sırasıyla 0,64; 0,48; 0,23; 0,18; 0,59; 0,43; 0,28 olup, sigma seviyesine paralel bir seyir göstermektedir. El hijyeni uyum oranı kurumda 2016 yılında takip edilmeye başlanmış olup 2016 yılında 71,55; 2017 yılında 68; 2018 yılında 70,67'dir. Literatürde el hijyeni uyum oranı %60'larda olması sebebiyle kurumun el hijyeni uyumunun literatür ortalamasının üstünde olduğu tespit edilmiştir.
- Düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme risklerinin azaltılması ile ilgili süreçlerin sigma seviyelerinin yıllar içinde 4,8 sigma seviyesi ile 5 sigma seviyesi arasında seyir ettiği bulgusuna ulaşılmıştır. Bu indikatör kurumda 2016 yılında takip edilmeye başlanmış olup 2016 yılı uyum oranı %99,08; 2017 yılı uyum oranı %98,22 ve 2018 yılı uyum oranı %98,12 olarak elde edilmiştir.

### III. SONUÇLAR

Bu Çalışmada JCI tarafından akredite olan özel bir hastanenin Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin (UHGH) sigma seviyeleri analiz edilmiştir. Süreçlere ilişkin veriler, hastanenin 2011-2018 yıllarına ait güvenlik raporlama bildirimlerinden elde edilmiştir. Güvenlik raporlama bildirimlerinden alınan hata sayıları ile DPMO formülü kullanılarak milyon başına hata sayıları bulunmuştur. Sonrasında sigma dönüşüm tablosundan yararlanılarak da DPMO'ya karşılık gelen sigma seviyeleri elde edilmiştir.

Analiz sonucunda; yıllar içerisinde azalış- artış şeklinde değişimler gözlemlense de UHGH'nin sigma seviyeleri 4,2 ve üzerinde değerler olarak Türkiye'deki Sağlık kurumları için kabul edilen 3-4 sigma aralığının üzerinde gerçekleşmiştir. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin sigma seviyeleri değerlendirildiğinde; enfeksiyonların önlenmesi süreci sigma seviyesi diğerlerine göre daha düşüktür. Enfeksiyon kontrolü kurumda Çalışan herkesin sorumluluğunda olmalıdır. Hizmet içi eğitim programı kapsamında meslek grubu ayırt etmeksizin, her alana özgü eğitimler planlanmalıdır. En yüksek sigma

seviyesine sahip sürecin ise etkili iletişimin sağlanması süreci olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sigma seviyeleri sonucu kurumun UHGH süreçlerini iyi yönettiğini ve kurum kültürü olarak benimsediklerini doğrular niteliktedir. Kurumdaki farkındalığa ve süreçlerin tümünün yazılı hale getirilerek Çalışanların erişimine sunulmasına rağmen süreçlerde hatalar meydana gelebilse de kurumun sigma seviyesi açısından yüksek seviyede olduğu görülmüştür.

Günümüzde kurumlar, karar verirken, politikalar oluşturulurken verilerden yararlanarak, kendilerini bir önceki ay/yıl/dönem vb. periyotlarla Karşılaştırarak, gelişim eğrilerini takip etmektedirler. Ancak bunu yaparken kurum bir önceki periyot ile aynı paydaya sahip olmadığından sonuçlar, mevcut durumu tam anlamıyla yansıtmamaktadır. Kurum, mevcut durum göstergelerini sigma seviyesi ile ifade ederse, süreçlerin periyotlar arası gelişim eğrisini takip edebilmek daha anlaşılır olacaktır.

## KAYNAKLAR

Abeidi, N. (2016). "Sağlık Sektöründe Yalın Altı Sigma Uygulaması", Fatih Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Akyalçın, B. (2010). "Hizmet İşletmelerinde Altı Sigma Ve Hastane Uygulaması", Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi .

Alessandro, L., Malcolm, B., Jiju, A. (2013). "Applications of Lean Six Sigma in an Irish hospital", *Leadership in Health Services*, C:26, No:4, ss.322-337.

Andrea, C. (2013). "Waste Savings In Patient Transportation Inside Large Hospitals Using Lean Thinking Tools And Logistic Solutions", *Leadership in Health Services*, C:26, No:4, ss.356-367.

Antony, J., Antony, F. J., Kumar, M., & Cho , B. R. (2007). "Six Sigma In Service Organisations: Benefits, Challenges And Difficulties, Common Myths, Empirical Observations And Success Factors", *International Journal of Quality & Reliability Management*, C:24, No:3, ss.294-311.

Aslan, Ö., & Ünal , Ç. (2005). "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları", *Gülhane Tıp Dergisi*, C:47, ss.175-178.

Aştı, T., Acaroğlu R. (2000). "Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar" , *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, C:4, No:2, ss.22-27.

Bhat, S., Gijo, E. V., & Jnanesh, N. A. (2014). "Application of Lean Six Sigma Methodology In The Registration Process Of A Hospital", *International Journal of Productivity and Performance Management*, C:63, No:5, ss.613-643.

Bişkin, S., Cebeci, F. (2017). "Acil Servislerde İlaç Uygulama Hataları", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , C:6, No:4, ss.180-185.

Candaş , B., & Gürsoy , A. (2015). "Cerrahide Hasta Güvenliği : Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi", *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* , C:3, No:1, ss.40-50.

Cebe, C. (2013). Altı Sigma ve İlaç Sektöründe Yer Alan Bir Firmada Uygulama Önerisi. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Chiarini, A. (2012). "Risk Management And Cost Reduction Of Cancer Drugs Using Lean Six Sigma Tools", *Leadership in Health Services*, C:25, No:4, ss.318-330.

Dağlıoğlu, G. (2009). "Klinik Laboratuvarlarda Kalite Yönetimi: Altı Sigma Protokolünün Uygulanması", Çukurova Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Dağlıoğlu , G., İnal, T., Aksoy, K. (2009). "Altı Sigma Nedir?" *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, C:2009, No:18, ss.132-139

Dinçel, D. (2011). "Altı Sigma'da Proje Seçim Yöntemleri ve Bir Uygulama", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Emekli, D. İ. (2012). "Tıbbi Laboratuvar Akreditasyonunda Toplam Test Süreci Performansının Değerlendirilmesi: Altı Sigma Metodolojisi", Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.



- Feng, Q. (2008). "Under The Knife: A National Survey Of Six Sigma Programs İn US Healthcare Organizations", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, C:21, No:6, ss.535-547.
- Gijo, E. V., Bhat, S., & Jnanesh, N. A. (2016). "Productivity And Performance İmprovement İn The Medical Records Department Of A Hospital: An Application Of Lean Six Sigma", *International Journal of Productivity and Performance Management*, C:65, No:1, ss.98-125.
- Gitlow, H., & Levine, D. (2006). "Six Sigma Green and Black Belt Level Case Studies. Essentials of Lean Six Sigma", ABD: Academic Press Inc., ss. 175-203.
- İntepeler, Ş., Dursun, M. (2012). "Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, C:15, No:2, ss.129-135.
- İskenderoğlu, M., Fidan , B., Kocatepe, B., Soydan, D., Yılmazlar, A., & Opsar, F. (2018). "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinden Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Önlenmesi Süreci Sigma Seviyesi Analizi: Özel Medicabil Hastanesi Örneği", 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Bodrum/Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, ss.122-131.
- Korkmazer, F., Yıldız, A., & Ekingen, E. (2016). "Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma", *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C:4, No:2, ss.141-154.
- Özata, M., Aslan, Ş., & Mete, M. (2008). "Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C:2008, No:20, ss.530-542.
- Öztop , Ö. (2010). "Hizmet Sektöründe Altı Sigma: Bir Uygulama", İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özveri, O., Dinçel, D. (2012). "Altı Sigma Proje Seçim Yöntemleri ve Bir Hastanede Uygulaması", *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C:27, No:2, ss.55-78.
- Revere, L., Black, K., & Huq, A. (2004). "Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care", *The TQM Magazine*, C:16, No:2, ss.105-113.
- Sehwail, L., & DeYong, C. (2003). "Six Sigma in Health Care", *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, C:16, No:4, ss.1-5.
- Souza, L. B. (2009). "Trends and Approaches in Lean Healthcare", *Leadership in Health Services*, C:22, No:2, ss.121-139.

## CURRENT APPROACHES IN ORAL MUCOSITIS PREVENTION AND TREATMENT IN HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION AND THEIR IMPACT ON QUALITY OF LIFE

Ebru BAYSAL[1]  
Dilek SARI[2]  
Hatice ERDEM ÖNDER[3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** OM is still a serious problem for the patients receiving hematopoietic stem cell transplantation. It's incidence 35- 75% in autologous transplant patients and 75-100% in allogeneic transplant patients. The most important results of oral mucositis are pain, dysphagia, parenteral nutrition requirement, increased risk of mucosal and systemic infections, poor quality of life, and delayed discharge from hospital.

**The Purpose of the Study:** The aim of this review, examine the results of the researches for prevention and treatment of oral mucositis in hematopoietic stem cell transplantation and the effect of oral mucositis on quality of life in patients.

**Method:** The population of this study is consisted of articles from accessed by searching with "hematopoietic stem cell transplantation", "quality of life", "oral mucositis" and "oral care" key words on "Medline", "Ebscohost", "PubMed", "Web of Science" and "Google Scholar" databases.. In this review, the articles were selected as full text and they were published in English and Turkish languages in the last decade.

**Findings and Results:** The majority of the methods used in researches, especially palifermin and prophylactic laser, have been found to be effective in prevention and treatment of oral mucositis, however there is no standardized protocol for oral care of hematopoietic stem cell transplantation patients. The methods used in the researches have been effective on decreasing in pain related to mucositis, the incidence and severity of oral mucositis. It was observed that swallowing and nutrition problems due to oral mucositis decreased the number of problems such as the use of TPN, pain related morphine and PCA usage and prolonged hospitalization period. In conclusion, appropriate oral care could not only decrease the incidence of oral mucositis but also increase the quality of life in hematopoietic stem cell transplantation patients.

**Key Words:** Hematopoetic Stem Cell Trasplantation; Oral Mucositis; Oral Care; Quality of Life.

### Giriş

Hematopoetik kök hücre nakli (HKHN); hematolojik, onkolojik, kalıtsal ve immünolojik hastalıklarda kemik iliği ve immün sistemi yeniden yapılandırmak için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Kök hücre hastanın kendi kemik iliği ya da periferik kanından toplanırsa otolog nakil, insan lökosit antijeni (Human Leucocyte Antigen-HLA) olarak uyumlu kardeş, akraba ya da akraba dışı bireyden alınıyorsa allojenik nakil olarak adlandırılmaktadır (Saria & Gosselin-Acomb, 2016). HKHN hastalar Açısından oldukça riskli olan kemoterapi, radyoterapi, kan transfüzyonu ve diğer tedavileri içeren oldukça agresif bir süreçtir (Lima & Bernardino, 2014). Bu süreçte hastalar sıklıkla birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunların en önemlilerinden birisi oral mukozittir. Tedavi sürecinde verilen kemoterapi ilaçları sıklıkla oral mukoza epitel hücrelerinin büyüme ve olgunlaşmasını baskılayarak oral mukozite neden olmaktadır (Çıtlak & Kapucu, 2015). Oral mukozitin en önemli sonuçları ağrı, disfaji, parenteral beslenme gereksinimi (Owlia ve ark., 2012; Carulli ve ark., 2013), mukozal ve sistemik enfeksiyon riskinde artış (Lalla ve ark., 2008; Carulli ve ark., 2013), yaşam kalitesinin düşmesi (Owlia ve ark., 2012; Carulli ve ark., 2013), ve hastaneden taburculuk sürecinin uzamasıdır (Carulli ve ark., 2013). Tüm bu olumsuz etkiler hastaların beslenmesini olumsuz yönde etkilemekte, aynı zamanda tedavi dozunun azaltılmasına veya atlanmasına da sebep olabilmektedir (Lalla ve ark., 2008; Çıtlak & Kapucu, 2015). Hastalığın türüne, uygulanan hazırlık rejimi ve nakil prosedürüne bağlı olarak oral mukozit görülme oranı otolog nakil hastalarında %35-75, allojenik nakil hastalarında ise %75- 100'dür (Carulli ve ark., 2013).

Bu bağlamda bu çalışma, HKHN yapılan hastalarda oral mukozitin önlenmesine ilişkin uygulanan ağız bakımı, tedavi yöntemleri ve oral mukozitin hastaların yaşam kalitesine etkilerine yönelik çalışmaları incelemek amacıyla yapılmıştır.



## Yöntem

Çalışmaya “hematopoetic stem cell trasplantation”, “oral mucositis”, “quality of life” ve “oral care” anahtar kelimeleriyle “Medline”, “Ebscohost”, “Pubmed”, “Web of Science” ve “Google Scholar” veri tabanları taranarak ulaşılan makaleler dahil edilmiştir. Araştırmaya alınma kriterleri; HKHN yapılan hastalarda oral mukozitin önlenmesi ve tedavisine yönelik Araştırmalar olması, tanımlayıcı, yarı deneysel ya da deneysel klinik Araştırmalar olması, yayının dilinin Türkçe ve İngilizce olması ve tam metine ulaşılabilmesi. İlk aşamada, Araştırmaya alınma kriterlerinden oluşan bir değerlendirme formu oluşturulmuştur. Oluşturulan bu form doğrultusunda, üç Araştırmacı tarafından bağımsız olarak veri tabanı taraması yapılmıştır. Her üç Araştırmacı tarafından da Araştırmaya alınma kriterlerini karşıladığına karar verilen Araştırmalar incelemeye dahil edilmiştir.

## Bulgular

Çalışmalarda sıklıkla palifermin ve düşük enerjili lazer uygulamasının kullanıldığı görülmüştür. Kullanılan diğer yöntemler ise kriyoterapi, ağız bakımına yönelik hasta eğitimi, folik asit IV/gargara uygulaması, buzlu su ile sık gargara, nakil öncesinde ve sonrasında diş sağlığı uzmanı kontrolü, NAC IV infüzyon uygulaması, clobetasol ve deksametazon uygulaması, rhEGF, Gelclair, selenyum, papatya çiçeği ekstresi, yeşilçay ekstresi ve Traumeel'dir. Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde kullanılan yöntemlerin kök hücre nakli yapılan hastalarda oral mukozit gelişimine bağlı olarak görülen yutma ve beslenme sorunları (Horsley ve ark, 2007), TPN Kullanımı (Horsley ve ark, 2007; Langner ve ark, 2008; Kim ve ark., 2013; Vitale ve ark., 2014), ağrıya bağlı morfin ve PCA Kullanımı (Jaguar ve ark, 2007; Vitale ve ark, 2014) ve hastanede yatış sürecinin uzaması gibi birçok sorunu azalttığı (Horsley ve ark., 2007; Kim ve ark., 2013; Vitale ve ark., 2014) gözlenmiştir. En önemlisi birçok Çalışma sonucunda hastalarda oral mukozit görülme sıklığının ve şiddetinin azaldığı, iyileşme süresinin ise kısaldığı (Stiff ve ark., 2006; Antunes ve ark., 2007; Langner ve ark., 2008; Mori ve ark., 2008; Khouri ve ark., 2009; Salvador ve ark., 2012; Sugita ve ark., 2012; Yamagata ve ark., 2012; Jahangard ve ark., 2013; Braga ve ark., 2015) ve yaşam kalitesinin arttığı (Jaguar ve ark, 2007; Bezinelli ve ark., 2016) görülmüştür.

## Sonuç

Günümüzde, otolog ya da allojenik kök hücre nakli yapılan hastalarda oral mukozit gelişiminin önlenmesi, tedavisi ve yaşam kalitesinin artırılması için etkinliği kabul edilmiş standart oral mukozit protokolleri bulunmamaktadır. Kök hücre nakli yapılan hastalarda oral mukozit gelişiminin neden olabileceği enfeksiyonlar ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek diğer ciddi sorunların önlenmesi için randomize kontrollü klinik çalışmalar yapılması, sonuçlar doğrultusunda rehberler geliştirilmesi ve klinik uygulamaya aktarılması ve böylece hastaların yaşam kalitesinin artırılması önerilmektedir. İncelenen Araştırmalardaki ağız bakımına yönelik uygulamaların çoğunluğunun özellikle palifermin ve profilaktik lazer tedavisinin oral mukozitin önlenmesinde ve tedavisinde etkili olduğu görülmektedir.

## Kaynakça

- Antunes, H. S., de Azevedo, A. M., da Silva Bouzas, L. F., Adão, C. A., Pinheiro, C. T., Mayhe, R., Pinheiro, L. H., Azevedo, R., Rodrigues, P. C., Small, I. A., Zangaro, R. A. & Ferreira, C. G. (2007). Low-power Laser in the Prevention of Induced Oral Mucositis in Bone Marrow Transplantation Patients: A Randomized Trial. *Blood Journal*, 1;109 (5): 2250-2255.
- Bezinelli, L. M., Eduardo, F. P., Neves, V. D., Correa, L., Lopes, R. M., Michel-Crosato, E., Hamerschlak, N. & Biazevic, M. G. (2016). Quality of Life Related to Oral Mucositis of Patients Undergoing Haematopoietic Stem Cell Transplantation and Receiving Specialised Oral Care With Low-Level Laser Therapy: A Prospective Observational Study. *European Journal of Cancer Care*, 25 (4): 668-674.
- Braga, F. T., Santos, A. C., Bueno, P. C., Silveira, R. C., Santos, C. B., Bastos, J. K., & Carvalho, E. C. (2015). Use of Chamomilla recutita in the Prevention and Treatment of Oral Mucositis in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized, Controlled, Phase II Clinical Trial. *Cancer Nursing*, 38 (4): 322-329.
- Carulli, G., Rocco, M., Panichi, A., Chios, C. F., Ciurli, E., Mannucci, C., Sordi, E., Caracciolo, F., Papineschi, F., Benedetti, E., & Petrini, M. (2013). Treatment of Oral Mucositis in Hematologic Patients Undergoing Autologous or Allogeneic Transplantation of Peripheral Blood Stem Cells: A Prospective, Randomized Study With a Mouthwash Containing Camelia Sinensis Leaf Extract. *Hematology Reports*, 4; 5 (1): 21-25.
- Çıtlak, K. & Kapucu, S. (2015). Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlenmesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar (Current Approaches to Oral Mucositis Prevention and Treatment

In Patients Receiving Chemotherapy: EvidenceBased Practices). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2 (1): 70–77.

Horsley, P., Bauer, J. D., Mazkowiack, R., Gardner, R. & Bashford, J. (2007). Palifermin Improves Severe Mucositis, Swallowing Problems, Nutrition Impact Symptoms, and Length of Stay in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 15 (1): 105-109.

[http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/guidelines\\_mucositis\\_turkish.pdf/](http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/guidelines_mucositis_turkish.pdf/)

Jaguar, G. C., Prado, J. D., Nishimoto, I. N., Pinheiro, M. C., de Castro, D. O. Jr, da Cruz Perez, D. E. & Alves, F. A. (2007). Low-Energy Laser Therapy for Prevention of Oral Mucositis in Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Oral Diseases*, 13 (6): 538-543.

Jahangard-Rafsanjani, Z., Gholami, K., Hadjibabaie, M., Shamshiri, A. R., Alimoghadam, K., Sarayani, A., Mojtahedzadeh, M., Ostadali-Dehaghi, M. & Ghavamzadeh, A. (2013). The Efficacy of Selenium in Prevention of Oral Mucositis in Patients Undergoing Hematopoietic SCT: A Randomized Clinical Trial. *Bone Marrow Transplantation*, 48 (6): 832-836.

Khouri, V. Y., Stracieri, A. B., Rodrigues, M. C., Moraes, D. A., Pieroni, F., Simões, B. P. & Voltarelli, J. C. (2009). Use of Therapeutic Laser for Prevention and Treatment of Oral Mucositis. *Brazilian Dental Journal*, 20 (3): 215-220.

Kim, K. I., Kim, J. W., Lee, H. J., Kim, B. S., Bang, S. M., Kim, I., Oh, J. M., Yoon, S. S., Lee, J. S., Park, S. & Kim, B. K. (2013). Recombinant Human Epidermal Growth Factor on Oral Mucositis Induced by Intensive Chemotherapy with Stem Cell Transplantation. *American Journal of Hematology*, 88 (2): 107-112.

Lalla, R. V., Sonis, S. T. & Peterson, D. E. (2008). Management of Oral Mucositis in Patients with Cancer. *Dental Clinics of North America*, 52 (1): 61–viii

Langner, S., Staber, P., Schub, N., Gramatzki, M., Grothe, W., Behre, G., Rabitsch, W., Urban, C., Linkesch, W. & Neumeister, P. (2008). Palifermin Reduces Incidence and Severity of Oral Mucositis in Allogeneic Stem-Cell Transplant Recipients. *Bone Marrow Transplantation*, 42 (4): 275-279.

Lima, K. & Bernardino, E. (2014). Nursing Care in A Hematopoietic Stem Cells Transplantation Unit. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 23 (4): 845-853.

Mori, T., Hasegawa, K., Okabe, A., Tsujimura, N., Kawata, Y., Yashima, T., Kobayashi, N., Kondo, S., Shigematsu, N., Kubo, A., Ikeda, Y. & Okamoto, S. (2008). Efficacy of Mouth Rinse in Preventing Oral Mucositis in Patients Receiving High-Dose Cytarabine for Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *International Journal of Hematology*, 88 (5): 583- 587.

Owlia, F., Kazemeini S. & Gholami, N. (2012). Prevention and Management of Mucositis in Patients with Cancer: a Review Article. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 5 (4): 216-220.

Salvador, P., Azusano, C., Wang, L. & Howell, D. (2012). A Pilot Randomized Controlled Trial of an Oral Care Intervention to Reduce Mucositis Severity in Stem Cell Transplant Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (1): 64-73.

Saria, M. G. & Gosselin-Acomb, T. K. (2016). Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Implications for Critical Care Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11 (1): 53-63.

Stiff, P. J., Emmanouilides, C., Bensinger, W. I., Gentile, T., Blazar, B., Shea, T. C., Lu, J., Isitt, J., Cesano, A. & Spielberger, R. (2006). Palifermin Reduces Patient-Reported Mouth and Throat Soreness and Improves Patient Functioning in the Hematopoietic Stem-Cell Transplantation Setting. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (33): 5186-5193.

Sugita, J., Matsushita, T., Kashiwazaki, H., Kosugi, M., Takahashi, S., Wakasa, K., Shiratori, S., Iyata, M., Shono, Y., Shigematsu, A., Obara, M., Fujimoto, K., Endo, T., Nishio, M., Kondo, T. & Imamura, M. (2012). Efficacy of Folinic Acid in Preventing Oral Mucositis in Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplant Patients Receiving MTX as Prophylaxis for GVHD. *Bone Marrow Transplantation*, 47 (2): 258-264.

Vitale, K. M., Violago, L., Cofnas, P., Kung, A. L., George, D., Garvin, J. & Satwani, P. (2014). Impact of Palifermin on Incidence of Oral Mucositis and Healthcare Utilization in Children Undergoing Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Malignant Diseases. *Pediatric Transplantation*, 18 (2): 211-216.

Yamagata, K., Arai, C., Sasaki, H., Takeuchi, Y., Onizawa, K., Yanagawa, T., Ishibashi, N., Karube, R., Shinozuka, K., Hasegawa, Y., Chiba, S. & Bukawa, H. (2012). The Effect of Oral Management on The Severity of Oral Mucositis During Hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplantation*, 47 (5): 725-730.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL ENVIRONMENTAL SUPPORT AND SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES OF THE CHRONIC DEPRESSION LEVELS IN 2014-2016

Betül AKALIN [1]  
Fatma KANTAŞ YILMAZ [2]

[1] University of Health Sciences / Hamidiye Faculty of Health Sciences / Health Management / betul.akalin@sbu.edu.tr / Turkey

[2] University of Health Sciences / Hamidiye Faculty of Health Sciences / Health Management / fatmakantas.yilmaz@sbu.edu.tr / Turkey

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Social support and some demographic characteristics are known to reduce the likelihood of clinical depression and increase the psycho-social well-being. The quality of life decrease caused by depression and the decrease in social functioning have an essential role in public health. The study will reveal the state of chronic depression in recent years in Turkey.

**The Purpose of the Study:** This study aims to show the relationship between social support levels, chronic depression rates and demographic characteristics by using 2014 - 2016 Turkey Health Survey data. In addition, the difference between 2014 and 2016 is revealed.

**Method:** Analyzes were made based on the data of 2014 and 2016 of the Turkish Health Surveys conducted every two years by the Turkish Statistical Institute. Turkey Health Research Study is conducted in order to reveal general health characteristics of the community and to obtain data for health indicators. Socio-demographic criteria (such as age groups, gender, educational status and household data) for individuals over aged 15, chronic depression level and social support level –measured by the interest of the people around you, the need to get help from neighbors when there is a need, the number of people who can count on a serious personal problem- are examined by using descriptive (frequency, percentage, SD) statistics, chi square, T-test and linear regression model. IBM SPSS ver. 25 package program was used in this study.

**Findings and Results:** The level of chronic depression decreased from 11.7% in 2014 to 8.2% in 2016. A significant relationship was found between chronic depression level and social support and some demographic characteristics ( $R^2=0.02$ ,  $F=26.664$ ,  $p < 0.00$ ).

**Key Words:** Depression, social support

### GİRİŞ

Depresyon, küresel hastalık yüküne önemli bir katkıda bulunmakta ve dünyadaki tüm topluluklardaki insanları etkilemektedir. Bugün, depresyonun dünya çapında 121 milyon insanı etkilediği tahmin edilmektedir (8). 17 ülkede yapılan Dünya Ruh Sağlığı Araştırması, ortalama olarak her 20 kişiden 1'inin bir önceki yılda depresyon geçirdiğini bildirmiştir. Depresif bozukluklar genellikle genç yaşta başlar; insanların işleyişini azaltır ve sıklıkla tekrar ederler. Bu nedenlerden ötürü, depresyon, engellilik nedeniyle kaybedilen toplam yıl açısından dünya genelinde engellilik nedenidir (11). Depresyonun, her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında 2020 yılında en önemli ikinci Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) (DALY) nedeni olacağı beklenmektedir. Avrupa Beyin Komitesi tarafından yapılan bir değerlendirmede, depresyonun tahmin edilenden çok daha önce Avrupa Birliğinde en çok engelliliğe yol açan bozukluk konumuna yükseldiği saptanmıştır. Depresyon halihazırda Avrupa Birliği'ndeki kalp hastalığını çoktan geçmiş ve şimdi bölgedeki DALY'nin %9,2'sini oluşturmaktadır (7). Türkiye Ruh Sağlığı Raporuna göre toplam ruhsal hastalık oranı yüzde 17,2, depresyon yüzde 3 oranında bulunmuştur (6) Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasında 2000-2013 döneminde morbidite yüküne (YLD) neden olan hastalık grubunda yüzde 7 ile ikinci sırada gelmektedir (9).

Depresyon aynı zamanda 2004'te 118 milyar Euro'ya mal olan tüm beyin hastalıklarının en maliyetlisi olarak bulunmuştur. Toplam depresyon maliyetlerinin %90'ı dolaylıdır ve verimlilik kaybından kaynaklanır Bununla birlikte, rolü önleme ve tedavi stratejilerinin maliyet etkinliğini değerlendirmek olan düzenleyici otoriteler yalnızca doğrudan (başlıca Sağlık hizmetleri) maliyetleri dikkate alma eğilimindedir. Ayrıca, kayıp verimlilik büyük ölçüde devamsızlık anlamında ölçülmekte olup, genellikle Çalışan olmasına rağmen işte Çalışan Çalışanların düşük verimliliğini içermektedir (11).

Depresyonun maliyeti ve yükü, temelde ailelerin, işverenlerin omuzlarına düşmekte ve bu nedenle onları azaltmaya yardımcı olmak için seferber edilmeleri gerekmektedir. Eğer işverenlerin bir teşviğe ihtiyacı varsa, depresyonu olan bir Çalışanı desteklemek için yatırdığı her euro için, geri kazanılmış verimlilik Açısından altı kat geri dönüş sağlayabilmektedir (7).

Kişilerin sosyal uyumunu, işlevselliğini, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen depresyon, işgücü kaybı ve tedavi giderleri nedeniyle doğrudan ve dolaylı olarak yüksek ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Ekonomik kayıp oranını azaltmak için hastalıktan korunma, uygun tedavinin seçilip kişinin kısa sürede işlevselliğinin artırılması, hastanede yatış süresinin kısılması ve yıllık yatış sayısının azalması adına gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir (5).

Küresel depresyon yükü hem sosyal hem ekonomik hem de klinik düzeyde önemli bir halk sağlığı sorununa yol açarken, bu yükü etkili bir şekilde başa çıkabilecek bir takım stratejiler oluşturulmaya Çalışılmaktadır. Depresyonun yükünü azaltmak için uygulanacak müdahaleler ve yöntemler bir tarafa, oluşmasında etkili olan sebepleri ortaya koyarak önleyici çözümler geliştirmek gerekir.

Bu çözümler nereye odaklanmalıdır? İstatistikler bazı ipuçları vermektedir: Hastalık, erkeklerde kadınlardan iki kat daha yaygın ve evlenip çocuğu olan kadınlar, Çalışmayanlar, görülme riskini iki katına çıkartmaktadır (10). İşlevsel yetersizlik, kronik fiziksel hastalık, günlük yaşam etkinliklerinde başkalarına Bağımlılık, otonomi kaybı, ekonomik yetersizlik, sosyal destek kaybı, medeni durum, eğitim durumu, hobilerin olup olmaması da depresyon ile ilgili risk faktörlerini oluşturmaktadır (2).

Sosyal desteğin ve bazı demografik özelliklerin, klinik depresyon gelişme olasılığını azaltıcı, psiko-sosyal iyilik halinde artırıcı etkisi olduğu yapılan Çalışmalarla bilinmektedir (4).

Sosyal destek, klinik depresyona neden olan yüksek stres etkeni olasılığını veya başka psiko-patoloji ya da hastalık durumlarını azaltıcı yönde etki etmektedir. Bireyin stresli yaşam deneyimleri ile baş etmesine ve yaş ile birlikte; fonksiyonunun bozulmasının derecesine göre bireyin sorunlarla daha kolay baş edebilmesini sağlamaktadır (1,3). Önemli bir kayıp ya da hayal kırıklığı anında sosyal desteğin, klinik depresyon gelişme olasılığını azalttığı bildirilmektedir.

Dolayısı ile sosyal destek ve bazı demografik özelliklerin risk faktörü olarak ilişkilendirildiği depresyonun sebep olduğu, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikteki azalma toplum sağlığı üzerinde önemli bir yere sahiptir.

Bu Araştırmada da 2014 – 2016 yılı Türkiye Sağlık Araştırması verileri kapsamında her iki yılın kronik depresyon oranları ile sosyal destek düzeyleri ve bazı demografik özellikler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve yıllar arası Karşılaştırma yapmak amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından iki yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırmaları (TSA) 2014- 2016 yılı verileri Mikro Veri Talep Formu aracılığı ile talep edilerek temin edilmiştir. TÜİK tarafından Türkiye’de halkın genel Sağlık özelliklerinin ortaya çıkarılması ve Sağlık göstergelerine yönelik veri elde edilmesi amacıyla yapılan bu Araştırmadan, 15 yaş ve üzeri bireylerin Kronik depresyon düzeyi, sosyo-demografik kriterler (yaş gruplarına, cinsiyete, eğitim durumu ve hane halkı verileri) ile sosyal destek (çevrenizdeki insanların size olan ilgisi, ihtiyaç olduğunda komşulardan yardım alabilme durumu, ciddi kişisel bir problemde güvenebileceği çok yakın kişi sayısı) düzeyi tanımlayıcı (frekans, yüzde, ss), ki-kare ilişki, ve linear regresyon modeli ile ele alınarak incelenmiştir. Veriler IBM SPSS 25 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

## BULGULAR

Yıllara göre depresyon oranlı 2014 için %11.7, 2016 için %8.2 olarak bulunmuştur. (Tablo 1.)

**Tablo 1.** 2014-2016 Yılları depresyon oranları

Yıllara göre kronik depresyon oranları	2014		2016	
	n	%	n	%
Evet	2242	11.7	1412	8.2
Hayır	16887	88.3	15830	91.8
Toplam	19129	100	17242	100

Sosyal destek düzeylerinin sorgulandığı “Çevrenizdeki insanlar ne yaptığınıza ne kadar ilgi gösterir? ihtiyacınız olduğunda komşularınızdan yardım alabilme durumunuz nedir? ciddi kişisel bir probleminiz olursa güvenilebileceğiniz, size çok yakın kaç kişi vardır? Sorularına ait sonuçlar Tablo 2’ de ele alındı.

**Tablo 2.** Sosyal destek düzey soruları

	2014		2016	
	n	%	n	%
<b>Çevrenizdeki insanlar ne yaptığınıza ne kadar ilgi gösterir?</b>				
Çok Fazla	3090	16.2	2180	12.6
Fazla	9012	47.1	9034	52.4
Emin Değilim	4481	23.4	3949	22.9
Az	1879	9.8	1464	8.5
Hiç	667	3.5	615	3.6
Toplam	19129	100	17242	100
<b>İhtiyacınız olduğunda komşularınızdan yardım alabilme durumunuz nedir?</b>				
Çok Kolay	4039	21.1	2910	16,9
Kolay	9537	49.9	9896	57,4
Orta	2808	14.7	2382	13,8
Zor	1698	8.9	1446	8,4
Çok Zor	1047	5.5	608	3,5
Toplam	19129	100	17242	100,0
<b>Ciddi kişisel bir probleminiz olursa güvenilebileceğiniz, size çok yakın kaç kişi vardır?</b>				
Hiç	1171	6,1	970	5,6
1-2 kişi	6536	34,2	6611	38,3
3-5 kişi	7161	37,4	6262	36,3
6 veya daha fazla kişi	4261	22,3	3399	19,7
Toplam	19129	100,0	17242	100,0

Çevrenizdeki insanlar ne yaptığınıza ne kadar ilgi gösterir? Sorusuna 2014 yılında “çok fazla ve fazla” diyenlerin toplamı %63,3 iken 2016 yılında %65 olarak bulunmuş, “az ve hiç” diyenlerin oranı 2014 yılı için toplam %13,3, 2016 yılı için toplam %12,1 olarak bulunmuştur.

İhtiyacınız olduğunda komşularınızdan yardım alabilme durumunuz nedir? Sorusuna 2014 yılında “çok kolay ve kolay” diyenlerin toplamı %71 iken 2016 yılında %74,3 olarak bulunmuş, “zor ve çok zor” diyenlerin oranı 2014 yılı için toplam %14,4 iken 2016 yılı için toplam %11,9 olarak bulunmuştur.

Ciddi kişisel bir probleminiz olursa güvenilebileceğiniz, size çok yakın kaç kişi vardır? Sorusuna “hiç” diyenlerin oranı 2014 yılı için %6,1 iken 2016 yılı için %5,6 olarak bulunmuş, “1-2 kişi” diyenlerin oranı 2014 yılı için %34,2 iken 2016 yılı için %38,3, “3-5 kişi” diyenlerin oranı 2014 yılı için %37,4 iken 2016 yılı için %36,3, “6 veya daha fazla kişi” diyenlerin oranı 2014 yılı için %22,3 iken 2016 yılı için %19,7 olarak bulunmuştur.

Yıllara göre kronik depresyonun bazı sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisi Tablo 3’te verilmiştir.



**Tablo 3.** Kronik depresyonun bazı sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisi

Yaş grupları	2014			2016			Eğitim durumu	2014			2016		
	n	%	$\chi^2$	n	%	$\chi^2$		n	%	$\chi^2$	n	%	$\chi^2$
15-24	230	6,8	163,38 p=0,00	136	4,7	90,96 p=0,00	Bir Okul Bitirmedi	137	14,3	118,39 p=0,00	84	8,8	79,452 p=0,00
25-34	366	10		200	6,7		İlkokul	972	13,7		605	10,2	
35-44	461	12,2		306	8,9		Lise	351	15,7		206	6,6	
45-54	537	16,1		312	10,4		Yüksek okul	88	9,9		50	6,2	
55-64	345	13,5		239	10,1		Lisans Mezunu	116	7,9		93	6,1	
65-74	194	13		131	8,5		Yüksek Lisans	15	7,5		6	3,0	
75+	109	11,8		88	9,1		Doktora	4	9,8		1	3,4	
<b>Çalışma durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	Okuryazarlığı yok	264	14		169	10,0	
Çalıştı	594	8	162,103 p=0,00	366	5,7	87,470 P=0,00	Genel Orta okul	181	11		109	6,5	
Çalışma dı ilgisi devam etmekte	19	11,5		7	8,3		Mesleki veya Teknik ortaokul	17	20	3	6,8		
Çalışma dı	162	14,1		103	9,7		İlköğretim	97	6,6	86	6,8		
<b>Medeni durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Hiç evlenmedi	337	8,1	231,245 p=0,00	220	6,2	126,06 p=0,00	Erkek	621	7,1	127,3 p=0,00	391	5,1	178,3 p=0,00
Evli	152	11,5		945	7,9		Kadın	162	15,6		102	10,7	
Boşandı	138	26,6		101	19								
Eşi ölü	247	19		146	11,9								

Depresyon oranları 2014 yılı için en yüksek 45-54 yaş aralığında %16,1 sırasıyla takiben 55-64 yaş aralığında %13,5, 65-74 yaş aralığında %13, 35-44 yaş aralığında %12,2, 75+ yaş aralığında % 11,8, 25-34 yaş aralığında %10, 15-24 yaş aralığında %6,8 olarak bulunmuş olup, 2016 yılı için en yüksek 45-54 yaş aralığında %10,4 sırasıyla takiben 55-64 yaş aralığında %10,1, 75+ yaş aralığında %9,1, 35-44 yaş aralığında %8,9, 65-74 yaş aralığında %8,5, 25-34 yaş aralığında %6,7, 15-24 yaş aralığında %4,7 olarak bulunmuştur. Yaş grupları ile kronik depresyon durumu arasında 2014 ( $\chi^2=163,38$  p= 0.00) ve 2016 ( $\chi^2=90,96$  p= 0.00) yılları için anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışma durumlarına bakıldığında en yüksek oran Çalışmayanlarda bulunmuş olup, 2014 yılı için %14,1, 2016 yılı için %9,7 olarak bulunmuştur. Çalışma durumu ile kronik depresyon durumu arasında 2014 ( $\chi^2=162,103$  p= 0.00) ve 2016 ( $\chi^2=87,4$  p= 0.00) yılları için anlamlı ilişki bulunmuştur.

Cinsiyet oranlarına bakıldığında en yüksek oran kadınlarda bulunmuş olup, 2014 yılı için kadınlar %15,6, erkekler %7,1, 2016 yılı için kadınlar %10,7, erkekler %5,1 olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile kronik

depresyon durumu arasında 2014 ( $x_2 = 127,3$   $p = 0.00$ ) ve 2016 ( $x_2 = 178,3$   $p = 0.00$ ) yılları için anlamlı ilişki bulunmuştur.

Medeni durum oranlarına bakıldığında en yüksek oran 2014 ve 2016 yılları için “boşanmış”larda %26,6-%19, takiben sırasıyla “eşi ölü” %19-%11,9, “evli” %11,5-%7,9, “hiç evlenmedi” %8,1-%6,2 olarak bulunmuştur. Medeni durum ile kronik depresyon durumu arasında 2014 ( $x_2 = 231,2$   $p = 0.00$ ) ve 2016 ( $x_2 = 127,3$   $p = 0.00$ ) yılları için anlamlı ilişki bulunmuştur.

Eğitim durumlarına bakıldığında 2014 yılı için en yüksek “lise” %15,7, “bir okul bitirmeyen” %14,3, “ilkokul” %13,7, “yüksekokul” %9,9, “doktora” %9,8, “lisans mezunu” %7,9, “yüksek lisans” %7,5 bulunmuş olup, 2016 yılı için en yüksek “ilkokul” %10,2, “bir okul bitirmedi” %8,8, “lise” %6,6, “yüksekokul” %6,2, “lisans mezunu” %6,1, “doktora” %3,4 ve “yüksek lisans” %3 olarak bulunmuştur. Eğitim durumu ile kronik depresyon durumu arasında 2014 ( $x_2 = 118,39$   $p = 0.00$ ) ve 2016 ( $x_2 = 79,452$   $p = 0.00$ ) yılları için anlamlı ilişki bulunmuştur.

Kronik depresyon düzeyinin Bağımlı değişken, sosyal destek düzeyleri ve bazı demografik özelliklerin Bağımsız değişken olarak kurulduğu linear regresyon modelinde, değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, model sosyal destek ve demografik özelliklerin anlamlı etkisi olduğu ve bu etkinin %2 oranında olduğunu göstermektedir. ( $R^2 = \%2$ ,  $F = 26.664$ ,  $p < 0.00$ )

## SONUÇ

Toplumda işlevselliğin sürdürülmesi ve yaşamdan doyum alma ülkenin gelişimi ve üretimi için önemli bir faktördür. Gençlerde teknoloji Bağımlılığı ve uzun süreli sanal ortam Kullanımı, yaşlılarda ise yaşla birlikte bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme sosyal desteğin zayıflamasına tüm bunlar da sonuç olarak yalnızlık ve depresyona neden olabilmektedir. Bugün depresyondan etkilenen 20-40 yaşları arasında 10-14 milyon arasında Amerikalı olduğuna inanılmaktadır. Dünya genelinde 121 milyon depresyondan muzdariptir ve bu durum ikinci engellilik nedenidir. ABD’de kadınlara erkeklerin iki katı tam konulmaktadır ve kadınların hormonal ve menstrüel değişiklikler, hamilelik, düşük, postpartum epizotlar ve menopoza nedeniyle depresyon yaşadıklarına inanılmaktadır (8).

Depresyon ve sosyal destek durumunun psikososyal iyilik halini yakından etkilediği bilinmektedir. Yetişkinlik döneminde başlayıp yaş ile devam eden en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biri olan depresyonun bu çalışmada; 2014 den 2016a doğru ülkemizde %11,7 den %8,2 ye düştüğü, daha genç yaş aralığından uzaklaşmış olduğu, eğitim seviyesinin yükselmesi ile depresyon oranının azaldığı, medeni durum ve çalışma durumunun depresyonda etkili olduğu, çevre desteği, komşu yardımı ve güvenilen kişi sayısının 2016 yılında 2014e göre daha yüksek bir sosyal destek düzeyi gösterdiği ve tüm bunların %2 oranında depresyondaki bu düşüşü açıkladığı bulunmuştur.

Dolayısı ile depresyona karşı önleyici stratejiler olarak bireyin aile ve sosyal çevresindeki ilişkilerini güçlendirmenin önemli olduğu sonucuna varılmıştır

## KAYNAKLAR

- Andrews, B., & Brown, G. W. (1988). Social support, onset of depression and personality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(2), 99-108.
- Arsantaş, H., Ergin, F. (2011). Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek Ve Etki Eden Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 135-144.
- Brown, G. W., & Andrews, B. (1986). Social support and depression. In *Dynamics of stress* (pp. 257-282). Springer, Boston, MA.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological medicine*, 16(4), 813-831.
- Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Erol, N., Kiliç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Simsek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, Eksen Tanitim.
- Spinney, L. (2009). European Brain Policy Forum 2009: depression and the european society. *European psychiatry*, 24(8), 550-551.
- Steinberg, J., & West Jr, D. J. (2020). Depression As A Major Mental Health Problem for The Behavioral Health Care Industry. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2017.Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi, ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri,18-19
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- World Health Organization. (2012). Depression: A global public health concern. Geneva, Switzerland: WHO.

## THE EFFECT OF 24-HOUR TOTAL SLEEP DEPRIVATION ON QUALITY OF LIFE, ANXIETY LEVEL AND ACADEMIC MOTIVATION

Berna TUNÇER<sup>1</sup>  
Özgül İNAL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trakya University, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy

<sup>2</sup>Trakya University, Faculty of Health Sciences, Department of Occupational Therapy

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to investigate the effect of 24-hour total sleep deprivation on quality of life, anxiety level and academic motivation in undergraduate students of the Faculty of Health Sciences.

**Methods:** 30 students (15 females, 15 males) aged between 18-25 years were included in the study. Nottingham Health Profile (NHP) was used to assess health-related quality of life. Beck Anxiety Inventory (BAI) was used to determine the level of anxiety. Academic Motivation Scale (AMS) was used to measure of intrinsic, extrinsic and amotivation in education.

**Results:** There was no statistically significant effect of 24-hour total sleep deprivation on the quality of life, anxiety level and academic motivation ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** In this study; it was determined that total sleep deprivation did not have a statistically significant effect on quality of life, anxiety level and academic motivation level. However, total quality of life scores decreased after sleep deprivation. It is important to understand the detrimental effects of insufficient sleep in healthy individuals. 24 hours of total sleep deprivation is a condition that can be encountered in everyday life (shift work, study, etc.). In order to investigate the effect of sleep deprivation on quality of life, anxiety level and academic motivation, the further studies should be planned with longer and chronic sleep deprivation.

**Keywords:** anxiety, quality of life, sleep deprivation, student

### Giriş

Uykusuzluk günlük yaşamda etkilerine çok sık maruz kaldığımız bir durumdur. Sosyal yaşam veya 24 saat sürdürülmesi gereken işler (Sağlık, güvenlik vs) nedeniyle günümüzde bireyler, biyolojik olarak ihtiyaç duyduğu uykuyu almamakta veya eksik almaktadır. Diğer yandan uykusuzluğun fizyolojik sistemler ve işlevler üzerine etkileri henüz tam anlamıyla bilinmemektedir. Bu etkiler uykusuzluğun görülme biçimi (uyku evresine spesifik, kısmi ya da total, akut ya da kronik vb) ve süresi ile ilişkili olabilir. Uykusuzluk ile yapılan ilk dönem çalışmalarında daha ziyade uzun süreli uykusuzluk ve etkileri araştırılmıştır (Mikulincer, 1989). Günümüzde yapılan çalışmalarda ise uykusuz bırakma süresi kısalmıştır (Gribble, 2004). Çünkü tekrarlayıcı kısa süreli uykusuzluğun etkileri daha fazla merak edilmektedir. Bunun en önemli sebebi insanların günlük yaşantılarında sık sık kısa süreli uykusuzluğa maruz kalmalarıdır. Bu da tekrarlayıcı kısa süreli uykusuzluğun günlük yaşantımızda benzer bir karşılığının olduğunu göstermektedir. Uyku yoksunluğu, herhangi bir uyku hastalığı bulunmayan Sağlıklı bireylerde iki şekilde gözlenmektedir. Bunlardan birincisi genellikle vardiyalı Çalışılan, nöbet tutulan ya da uzun Çalışma saatleri olan işlerde Çalışan bireylerde görülen akut uyku yoksunluğudur. İkincisi ise modern yaşam koşullarından ve sosyal aktivitelerden dolayı kişinin uyku süresini istemli olarak vücudun ihtiyaç duyduğu fizyolojik uyku süresinden daha az bir süreye kısıtlamasıdır. Amerikan toplumunda genç erişkin bireyler üzerinde yapılan bir Çalışmada günde 7 saatin altında uyuma oranı 1960'lı yıllarda %15,6 olarak değerlendirilirken, 2000'li yılların başlarında bu oranın %37'lere yükseldiği bildirilmiştir (Spiegel 2005).

Uyku yoksunluğu, uykusuzluk ya da uzamış uyanıklık hali olarak tanımlanır. Total uyku yoksunluğu en az 24 saat süre boyunca uykusuz bırakmak şeklinde uygulanabilir (Weinger 2002). Uzun süreli uyku yoksunluğu sonrasında vücudun ısı düzenleme metabolizması, beslenme metabolizması, immün sistem ve diğer tüm düzenleyici fizyolojik sistemlerinde çeşitli bozukluklar meydana gelebilir (Öztürk 2007). Uyku sürecinde yaşanan aksaklıklar bireyin genel Sağlık durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini doğrudan etkilemektedir (Everson, 2012).

Çalışmanın amacı, 24 saat süreli total uyku yoksunluğunun yaşam kalitesi, kaygı düzeyi ve akademik motivasyon üzerine etkisinin Araştırılmasıdır. Çalışmadan elde edilecek bulgular, bu konuda yapılacak Çalışmalara yol gösterici olacaktır.

## Yöntem

Çalışmaya 18-25 yaş arası 30 öğrenci (15 kadın, 15 erkek) dahil edildi. Tüm değerlendirmeler çalışmanın başlangıcında uykusuzluk öncesi ve 24 saatlik total uyku yoksunluğu sonrası olmak üzere 2 kez yapıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm deneklerin deney prosedürü başlamadan önce demografik verileri kaydedildi. Yaşam kalitesi, kaygı düzeyi ve akademik motivasyon değerlendirmesi aynı Araştırmacı tarafından ve günün aynı zaman dilimi içinde (08:00-10:00) yapıldı.

Uyku sağlığının değerlendirmesinde Çalışma grubuna deney öncesinde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) ve Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS) kullanıldı. Bu değerlendirmeler sonucunda düzenli uyku alışkanlığına sahip olan Sağlıklı gönüllüler çalışmaya dahil edildi. Bireylerin Sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde Nottingham Sağlık Profili, anksiyete düzeyinin belirlenmesinde Beck Anksiyete Envanteri ve akademik motivasyonun değerlendirilmesinde Akademik Motivasyon Ölçeği kullanıldı.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi; Buysse ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilmiş olan PSQI, iyi ve kötü uykunun tanımlanması amacıyla uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü veren bir ölçektir. PSQI, subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, habitüel uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı Kullanımı ve gündüz fonksiyonları olmak üzere toplamda 7 ana başlıktan oluşan sorular ile uyku kalitesini değerlendiren bir ankettir. Bu indeks 10 maddeden oluşan bir soru formudur. Sorulara 0-3 arası puan verilir, yüksek puanlar kötü uyku kalitesini yansıtır. 7 ana başlıktan her birisi önce kendi içinde değerlendirilir. Sonra da 7 komponentin puanları toplanır. Soruların yanıtlanması sonrasında toplam puan 5 ve üzerinde ise uyku kalitesinin bozulmuş olduğu ifade edilir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik Çalışması Ağargün ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Epworth Uykululuk Ölçeği; gündüz uyku halini göstermekte kullanılan bir testtir. Toplam 8 maddeden oluşur. Her soru kişinin kendisi tarafından 0-3 puan verilecek şekilde doldurulur. Bu ankette hastanın aşırı yorgun olmadığı sıradan bir günde, belli durumlarda uykuya dalma olasılığı sorgulanır. Tüm sorularda puanlama yöntemi aynı olup, uykuya dalma olasılığı hiç yoksa 0, uykuya dalması düşük olasılıklı ise 1, orta olasılıklı ise 2 ve yüksek olasılıklı ise 3 puan alır. Toplam puan 10 ve üzerinde ise gündüz aşırı uyku halinin varlığına işaret eder. Epworth uykululuk ölçeğinin Türkçe validasyon çalışması yapılmış ve Türkçe versiyonunun gündüz uyku halini göstermede etkin olduğu bildirilmiştir (İzci, 2008).

Nottingham Sağlık Profili (NHP); kişinin kendisinin algıladığı Sağlık durumunu fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan ölçmeyi amaçlayan jenerik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. İki kısımdan oluşmaktadır. Esas sık kullanılan ölçek birinci kısım olup, 6 alanda (uyku durumu, enerji düzeyi, emosyonel durum, sosyal izolasyon durumu, fiziksel mobilite ve ağrı) yaşam kalitesini değerlendiren 38 maddeyi içermektedir. İkinci kısım ise ücretli Çalışma, ev ile ilgili işler, sosyal yaşam, evdeki yaşam, cinsel yaşam, hobiler ve ilgi alanları, tatil yaşantısı gibi daha detaylı alanları değerlendirir. Bilimsel adaptasyon prosedürü izlenerek Türkçe versiyonu hazırlanan NHP'nin osteoartritli hastalarda geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (Küçükdeveci, 2000). Kaygı düzeyini belirlemek için kullanılan Beck Anksiyete Envanteri (BAI), kendini değerlendirme ölçeği olup bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Likert (dereceler toplamı) tipi ölçüm sağlar. Yirmi bir belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunur. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması yapılmıştır (Hisli, 1989). Akademik motivasyonun değerlendirilmesinde kullanılan Akademik Motivasyon Ölçeği (AMS) ise; Vallerand ve arkadaşları tarafından 1992 yılında Kanada'da geliştirmiştir. Eğitimde içsel, dışsal ve motivasyonun ölçülmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçek 28 maddeden oluşmuştur. Üç tane içsel motivasyon, üç tane dışsal motivasyon ve bir tane motivasyonsuzluk boyutuna ait olmak üzere, her biri dörder maddelik, toplam yedi farklı boyuttan oluşur. Bunlar sırasıyla; İçsel Motivasyon Bilme- İMBİ, İçsel Motivasyon Başarma-İMBA, İçsel Motivasyon Hareket-İMH, Dışsal Motivasyon Tanınma-DMT, Dışsal Motivasyon Kendini İspat-DMKİ, Dışsal Motivasyon Düzenleme-DMD ve Motivasyonsuzluk-MS boyutlarıdır. AMS'nin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Karagüven, 2012).

Çalışmamızda elde edilen veriler istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edildi. Verilerin istatistiksel analizleri için SPSS for Windows Version 21.0 programı kullanıldı. Bireylerin ölçümle belirtilen puanları ortalama, standart sapma değerleri ile ifade edildi. Sonuçlar gruplar arasında Mann Whitney U testi ile Karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

## Bulgular

Bu Çalışmada bir gecelik total uyku yoksunluğu uygulanan tüm gönüllüler çalışma protokolünü tamamladılar ve ölçümlere ilişkin veri kaybı yaşanmadı. Tüm grubun uykusuzluk öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri, yaşam kalitesi ve motivasyon seviyesi değerleri Tablo 1’de belirtilmiştir.

24 saatlik uykusuzluk sonrası bireylerin anksiyete düzeyinde artış, yaşam kalitesi seviyelerinde ise düşüş olduğu belirlendi. Fakat sonuçlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu ( $p < 0,05$ ).

Bireylerin uykusuzluk sonrasında motivasyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p < 0,05$ ), sadece Akademik Motivasyon Ölçeği alt testlerinden “belirlenmiş” dışsal motivasyon” üzerine uykusuzluğun olumsuz etkisi saptandı ( $z = -2,133$ ;  $p = 0,033$ ).

**Tablo 1: Bireylerin Normal/Sağlıklı Uyku Ve 24 Saatlik Uykusuzluk Sonrası Anksiyete Düzeyleri, Yaşam Kalitesi Ve Motivasyon Seviyesi**

	Uykusuzluk öncesi (n:15) Mean±Sd	Uykusuzluk öncesi (n:15) Mean±Sd	z	p
Beck Anksiyete	9,80±8,48	10,23±7,50	-,311	,756
Nottingham Sağlık Profili (toplam)	94,94±66,81	121,72±83,19	- 1,538	,124
Ağrı	9,61±14,08	14,00±17,69	- 1,138	,255
Duygusal reaksiyonlar	22,85±21,43	23,53±21,13	-,223	,824
Uyku	27,55±24,50	30,06±29,36	-,022	,982
Sosyal izolasyon	7,37±12,45	8,91±14,04	-,394	,693
Fiziksel aktivite	5,11±8,82	5,88±8,91	-,287	,774
Enerji	19,06±25,06	27,84±34,50	-,791	,429
Akademik Motivasyon Ölçeği- Üniversite Formu	121,63±18,31	121,40±18,19	-,022	,982
Bilmeye yönelik içsel motivasyon	21,46±3,93	20,73±3,70	- 1,101	,271
Başarıya yönelik içsel motivasyon	15,86±4,29	16,33±4,27	-,349	,727
Uyarım yaşamaya yönelik içsel motivasyon	16,66±4,44	16,63±4,76	-,282	,778
Belirlenmiş dışsal motivasyon	23,20±3,72	20,93±4,66	- 2,133	<b>,033</b>
İçe yansıyan dışsal motivasyon	15,86±5,67	16,50±5,78	-,511	,609
Dışsal motivasyon	22,13±4,15	22,40±4,24	-,215	,829
Motivasyonsuzluk	8,66±4,85	9,06±6,34	-,560	,575

Mann-Whitney U;  $p < 0,05$

## Sonuç

24 saatlik uykusuzluğun anksiyete düzeyi, yaşam kalitesi ve motivasyon düzeyi üzerine etkisinin incelendiği bu Çalışmada; uykusuzluğun anksiyete düzeyi, yaşam kalitesi ve motivasyon düzeyi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı belirlendi. Bununla birlikte uykusuzluk sonrası toplam yaşam kalitesi skorlarında düşüş saptandı.

Gerek kalitesiz uyku, gerekse yetersiz sürede uyku modern toplumlarda gittikçe artan bir problemdir. Uyku, sağlığın temel koşullarındandır ve fizyolojik bir ihtiyaçtır. Yetersiz sürede uyku, kalitesiz uyku veya düzensiz uyku gibi çeşitli uyku değişiklikleri sonucunda vücudun farklı sistemlerinde farklı etkiler açığa çıkmaktadır. Modern toplumdaki popülasyonun çok büyük bir kısmı her gün düzenli olarak

önerilen 7-8 saatlik gece uykusunun çok altındaki sürelerde uyku uyumaktadır (National Sleep Foundation, 2005). Sağlıklı olarak görülen popülasyonda uykusuzluğun yaygın olması nedeniyle çalışma grubumuzu sınırlı yaş aralığında Sağlıklı genç erişkinlerden oluşturmayı tercih ettik.

İnsanlarda birçok fizyolojik işlev yaklaşık 24 saatlik döngülerle sirkadiyen ritim gösterir. Benzer şekilde aktivite düzeyi gibi motor becerilerimiz de bir sirkadiyen ritim gösterir. Sirkadiyen ritim, gün ışığı, ortam sıcaklığı, sosyal etkileşimler, yemek zamanı gibi çevresel koşullardan etkilenir. Her hücrenin kendi içinde de sirkadiyen süreçleri yürüten genler bulunur. Bunlara sirkadiyen saat genleri denilmektedir. Sirkadiyen olarak strese karşı direncimiz kortizol seviyesinden dolayı en yüksek sabah saatlerindedir. Akşam saatlerinde sirkadiyen direnç azalır. Bütün bunlar sirkadiyen ritim gösteren genlerin ve hormonların etkileri ile vücut fonksiyonlarının değiştiğini gösteriyor. 24 saatlik ritim içinde uykululuk hali gece (02:00-07:00 arasında) ve öğle (14:00-17:00) saatlerinde en fazladır (Munch, 2005). Bu nedenle aktivite düzeyi, motivasyon gibi parametreler sirkadiyen ritimden etkilenebilir. Çalışmamızda gönüllülerin değerlendirilmesi ilk olarak normal uykuyu takip eden sabah saat 08:00-10:00 arasında, ikinci olarak da 24 saat uykusuzluk sonrası sabah 08:00-10:00 arasında yapılmıştır. Çalışmamızda deney gecesinden önceki gece katılımcıların standart 7-8 saat uykularını almalarını istedik ve standardizasyon sağlamak için hepsi saat 07:00'de uyanıp saat 08:00'de laboratuvarında hazır bulundular. İkinci değerlendirmemizi de yine ilk değerlendirmedeki gibi aynı zaman aralığında yaptık. Ölçümleri aynı saatte yapmamızın nedeni sirkadiyen etkiyi kontrol altına alabilmek ve bu karıştırıcı faktörü elimine etmektir.

Uykusuzluk problemi yaşayan kişilerde gün içerisinde meydana gelen uykululuk durumu günlük fonksiyonları etkileyebilmektedir. Sağlıklı uyku uyuyan, şiddetli ve hafif uyku problemi yaşayan kişilerin yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ciddi uyku problemi olan kişilerin Sağlıklı uyku uyuyan kişilere göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu, uyku problemlerinin artması ile yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği belirtilmektedir (Le'ger, 2010). 24 saatlik total uyku yoksunluğu, günlük yaşamda sık karşılaşılabilecek bir durumdur (vardiyalı çalışma, nöbet, vs) ve Sağlıklı bireylerde yetersiz uykunun vücuttaki zararlı etkilerini anlamak önemlidir.

Gelecek çalışmalarda uyku yoksunluğunun, yaşam kalitesi, kaygı düzeyi ve akademik motivasyon üzerindeki etkisinin Araştırılmasında daha uzun süreli ya da kronik uyku yoksunluğu uygulanabilir. Uykusuzluğun, aktivite düzeyi, yaşam kalitesi ve motivasyonda yarattığı değişikliklerin fizyolojik mekanizmalarının aydınlatılması ve yaş, cinsiyet gibi özellikler Açısından konunun detaylandırılması gerektiğini düşünüyoruz.

#### **Kaynaklar**

- 1- Agargun, M. Y. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
- 2- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- 3- Everson, C. A., Folley, A. E., & Toth, J. M. (2012). Chronically inadequate sleep results in abnormal bone formation and abnormal bone marrow in rats. *Experimental biology and medicine*, 237(9), 1101-1109.
- 4- Gribble, P. A., & Hertel, J. (2004). Changes in postural control during a 48-hr. sleep deprivation period. *Perceptual and motor skills*, 99(3), 1035-1045.
- 5- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- 6- Izi, B., Ardic, S., Firat, H., Sahin, A., Altınors, M., & Karacan, I. (2008). Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep and Breathing*, 12(2), 161-168.
- 7- Küçükdeveci, A. A., McKenna, S. P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., & Arasil, T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, 23(1), 31-38.
- 8- Mikulincer, M., Babkoff, H., Caspy, T., & Sing, H. (1989). The effects of 72 hours of sleep loss on psychological variables. *British Journal of Psychology*, 80(2), 145-162.

- 9-** Münch, M., Knoblauch, V., Blatter, K., Schröder, C., Schnitzler, C., Kräuchi, K., ... & Cajochen, C. (2005). Age-related attenuation of the evening circadian arousal signal in humans. *Neurobiology of aging*, 26(9), 1307-1319.
- 10-** National sleep foundation. Sleep in America poll 2005. <http://www.sleepfoundation.org>
- 11-** Öztürk, L. (2007). An old question to be answered: Why do we sleep. *İst Tıp Fak Derg*, 70, 114-121.
- 12-** Spiegel, K., Knutson, K., Leproult, R., Tasali, E., & Cauter, E. V. (2005). Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes. *Journal of applied physiology*, 99(5), 2008-2019.
- 13-** Weinger, M. B., & Ancoli-Israel, S. (2002). Sleep deprivation and clinical performance. *Jama*, 287(8), 955-957.
- 14-** Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Briere, N. M., Senecal, C., & Vallieres, E. F. (1992). The Academic Motivation Scale: A measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education. *Educational and psychological measurement*, 52(4), 1003-1017.

## INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL MEDIA ADDICTION, HAND GRIP STRENGTH AND UPPER EXTREMITY PAIN IN UNIVERSITY STUDENTS

Berna TUNÇER<sup>1</sup>  
Özgü İNAL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trakya University, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy

<sup>2</sup>Trakya University, Faculty of Health Sciences, Department of Occupational Therapy

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to investigate the relationship between social media addiction and hand grip strength and upper extremity pain in undergraduate students of the Faculty of Health Sciences.

**Methods:** 100 students aged between 18-25 years were included in the study. The questionnaire was applied to the participants by examining the socio-demographic characteristics of the individual, mobile phone and social media usage cases. Visual Analogue Scale (VAS) was used to determine the upper extremity pain level of the students. Jamar hand dynamometer was used for the evaluation of hand grip strength. Social Media Addiction Scale-Adult Form (SMAS-AF) was used to evaluate social media addiction.

**Results:** In this study, which was conducted to investigate the relationship between social media addiction, hand grip strength and upper extremity pain in students, the duration of use of social media in a day was 3.51±1.99 hours and the duration of use of smartphones in a day was 4.94±2.33 hours. It was determined that the social media program which was the most used and preferred by the students was Instagram (n:61). According to the results of upper extremity pain assessment of students with VAS; pain on the right side (hand 2,28±1,71, elbow 1,46±1,19, shoulder 3,06 ± 2,29) was higher than the left side (hand 1.52 ± 1.29, elbow 1.30± 0.95, shoulder 2,82±2,28). In terms of hand grip strength, the right hand strength (55,75±23,56 pounds) was higher than the left hand strength (51,52 ± 23,14 pounds). In this study, the relationship between upper extremity pain and grip strength results and social media addiction was investigated. According to this; a positive correlation was found between pain in right elbow and virtual tolerance (r =,257; p =,010) and social media addiction (r =,253; p =,011). A weak correlation was found between pain in the left elbow and pain in the left shoulder and virtual tolerance (r=,214; p=,032 ve r=,207; p=,039).

**Conclusion:** The results of the study showed a relationship between social media addiction and upper extremity pain. Social media addiction is seen as an important topic in the near future. Due to the fact that social media is binding on individuals for a long period of time, staying in an inappropriate posture may cause pain in the musculoskeletal system and a variety of musculoskeletal disorders in the long term.

**Keywords:** hand grip strength, pain, social media addiction, student

### Giriş

Son birkaç yılda, sosyal medya Kullanımı dünyadaki birçok ülkede giderek daha popüler bir boş zaman etkinliği haline geldi (Kuss, 2011). Sosyal medya Kullanımının hızlı bir şekilde normal bir modern fenomen haline gelmesine rağmen (Boyd, 2007), sosyal medyanın potansiyel Bağımlılık yaratan Kullanımına ilişkin endişeler ortaya çıkmıştır (Andreassen, 2015). Sosyal medyanın önemli bir komponenti olan sosyal ağ siteleri, kullanıcıların bireysel profiller oluşturabildiği, arkadaşlarıyla etkileşime girebildiği ve bireylerin birbirleri ile buluşabildiği sanal topluluklardır (Kuss, 2011) ve bu ağlarda özellikle genç bireyler bir araya gelmektedir (Casale, 2018). Bu birliktelik sırasında bireylerin iyi vakit geçirmeleri sosyal ağlarda harcanan vaktin artmasına yol açmaktadır ve bu durum ise sosyal medya Bağımlılığı kavramını ortaya çıkarmaktadır (Kuss, 2011). Sosyal medyanın önemli bir bölümünü oluşturan sosyal ağ sitesi Bağımlılığı yeni Bağımlılık türüdür (Kuss, 2011). Literatürde net bir tanımlanmayan sosyal medya Bağımlılığı (Eijnden, 2016), internet bağımlılığının bir alt başlığı olarak ifade edilir (Longstreet, 2017). Sosyal medyanın bağımlı Kullanımı (Facebook gibi) belirli bir teknoloji Bağımlılığının farklı bir çeşidi olarak da düşünülebilir (Turel, 2018).

Teknolojinin gelişmesi ve akıllı telefon Kullanımının giderek yaygınlaşması ile; literatürde internet bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı ve sosyal medya Bağımlılığının bireyler üzerindeki sosyal, mental ve fiziksel etkileri konusundaki Araştırmaların sayısı giderek artmaktadır (Choi, 2012, Younes, 2016, Hawi, 2017). Çalışmalar genellikle internet ve akıllı telefon bağımlılığına yoğunlaşma birlikte, sosyal



medya Bağımlılığı konusundaki Çalışmaların ise daha çok Facebook Bağımlılığı üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (Blachnio, 2016, Vashishtha, 2018). Ek olarak literatürde internet ve akıllı telefon Bağımlılığın kas iskelet sistemi problemleri ve ağrı gibi fiziksel etkilerine dair birçok Çalışma bulunmakla birlikte (Dol, 2016, Yang, 2017); sosyal medya Bağımlılığının ağrı ile birlikte kavrama gücü üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa literatürde akıllı telefon Kullanımının en çok nedeninin sosyal ağların Kullanımı olduğu farklı Çalışmalarda belirtilmiştir (Pearson, 2015, Salehan, 2013) ve kanıtlar, akıllı telefon Bağımlılığı ile sosyal ağların Kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğuna işaret etmektedir.

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde sosyal medya Bağımlılığının el kavrama kuvveti ve üst ekstremitte ağrısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmadan elde edilecek bulgular, bu konuda yapılacak Çalışmalara yol gösterici olacaktır.

## **Yöntem**

Çalışmaya 18-25 yaş arası, akıllı telefon kullanan 100 öğrenci dahil edildi. Sosyo-demografik form uygulanarak katılımcıların demografik özellikleri, cep telefonu ve sosyal medya Kullanımı gibi gün içindeki alışkanlıkları sorgulandı. Çalışmada; ağrı düzeyinin belirlenmesinde Vizüel Analog Skalası (VAS) (Carlsson, 1983), el kavrama gücünün değerlendirilmesinde Jamar el dinamometresi ve sosyal medya Bağımlılığının değerlendirilmesinde Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) (Şahin, 2017) kullanıldı.

Ağrının değerlendirilmesinde VAS (Carlsson, 1983) kullanıldı. Bireylerden el, dirsek, omuz ve boyunda gün içinde hissettikleri ağrının şiddetini 10 cm lik çizgi üzerine işaretlemeleri istendi (0: ağrı yok; 10: dayanılmaz ağrı). Ağrı yok başlangıcı ile bireyin işaretlediği nokta arası “cm” olarak ölçülüp kaydedildi. El kavrama kuvvetinin ölçümünde Amerikan El Terapistleri Derneği (AETD) (Shechtman, 2005) tarafından önerilen ve birçok Çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bulunan ve bu nedenle de altın standart olarak kabul edilen Jamar el dinamometresi kullanıldı. Ölçüm; AETD tarafından önerilen standart pozisyon olan; oturma pozisyonunda, omuz adduksiyonda ve nötral rotasyonda, dirsek 90° fleksiyonda, ön kol midrotasyonda ve destekli, el bileği nötralde olacak şekilde yapıldı. Her ölçüm arasında birer dakika ara verilerek, ölçümler 3 kez tekrarlandı ve 3 değerın ortalaması kaydedildi. Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) (Şahin, 2017) bireylerin sosyal medya Bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde kullanılmıştır. SMBÖ-YF beşli Likert tipi, 2 alt boyut (sanal tolerans ve sanal iletişim) ve 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları geneli için 93; alt boyutlardan sanal tolerans için 91 ve sanal iletişim için 90 olarak belirlenmiştir. Puanın yüksek olması bireyin kendisini “sosyal medya Bağımlısı” olarak algıladığı biçiminde değerlendirilmektedir.

Çalışmanın bulguları SPSS 21.0 paket programında yapıldı. Sayısal değişkenler ortalama±standart sapma değerler ile özetlendi. Nitel değişkenler ise sayı ve yüzde ile gösterildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. p değerinin 0,05’in altında olması durumunda sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## **Bulgular**

Çalışma 100 öğrenci (71 k; 29 e) ile tamamlandı. Öğrencilerin en çok kullandıkları sosyal medya programının Instagram olduğu belirlendi. Bireylerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’ de verildi.

**Tablo 1: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri**

Tanımlayıcı özellikler		X±SS
Yaş	yıl	20,05±1,84
Akıllı telefon Kullanım süresi	yıl	7,45±2,37
1 gün içinde bilgisayar kullanım süresi	saat	1,32±1,83
1 gün içinde sosyal medya Kullanım süresi	saat	3,51±1,99
1 gün içinde akıllı telefon Kullanım süresi	saat	4,94±2,33
		N (%)
Cinsiyet	k	71 (71)
	e	29 (29)
El tercihi	sağ	94 (94)
	sol	6 (6)
Mesaj yazarken el kullanımı	tek	11 (11)
	çift	89 (89)
Sosyal medya tercihi	Instagram	61 (61)
	Youtube	20(20)
	Facebook	14 (14)
	Diğer	5(5)

Öğrencilerin üst ekstremitte ağrı değerlendirme sonuçlarına göre; sağ taraftaki ağrının sol tarafa göre yüksek olduğu saptandı. El kavrama kuvveti Açısından ise sağ el kuvvetinin sol el kuvvetine göre daha fazla olduğu belirlendi. Bireylerin üst ekstremitte ağrı, kavrama kuvveti ve sosyal medya Bağımlılığı sonuçları Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2: Öğrencilerin Üst Ekstremitte Ağrı, Kavrama Kuvveti ve Sosyal Medya Bağımlılığı Sonuçları**

Ağrı (VAS)		X±SS
El	sağ	2,28±1,71
	sol	1,52±1,29
Dirsek	sağ	1,46±1,19
	sol	1,30±0,95
Omuz	sağ	3,06±2,29
	sol	2,82±2,28
Boyun		3,75±2,37
Kavrama Kuvveti (JAMAR) (pound)	sağ	55,75±23,56
	sol	51,52±23,14
Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ-YF)		
Sanal tolerans		31,34±6,99
Sanal iletişim		21,62±5,06
SMBÖ total		52,96±10,52

Çalışmada öğrencilerin üst ekstremitte ağrı ve kavrama kuvveti sonuçları ile sosyal medya Bağımlılığı arasındaki ilişki incelendi. Buna göre; sağ dirsekteki ağrı ile sanal tolerans ( $r=,257$ ;  $p=,010$ ) ve sosyal medya Bağımlılığı arasında ( $r=,253$ ;  $p=,011$ ) pozitif yönde düşük düzeyde ilişki saptandı. Sol dirsekteki ağrı ve sol omuzdaki ağrı ile sanal tolerans arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlendi ( $r=,214$ ;  $p=,032$  ve  $r=,207$ ;  $p=,039$ ).

**Tablo 3: Öğrencilerin Üst Ekstremitte Ağrı ve Kavrama Kuvveti Sonuçları ile Sosyal Medya Bağımlılığı Arasındaki İlişki**

	Sanal tolerans		Sanal iletişim		SMBÖ-YF total	
	r	p	r	p	r	p
VAS sağ el	-,041	,684	,081	,422	,020	,846
VAS sağ dirsek	,257	<b>,010</b>	,136	,177	,253	<b>,011</b>
VAS sağ omuz	,104	,302	-,051	,613	,066	,513
VAS boyun	,124	,217	,123	,223	,159	,114
VAS sol el	,046	,651	,024	,811	,053	,598
VAS sol dirsek	,214	<b>,032</b>	,037	,712	,175	,082
VAS sol omuz	,207	<b>,039</b>	,042	,677	,172	,087
JAMAR sağ el	,000	,999	-,021	,833	-,024	,811
JAMAR sol el	-,077	,445	-,028	,783	-,085	,398

\*Spearman korelasyon

p<0,05

### Sonuç

Bu Çalışmada üniversite öğrencilerinde sosyal medya Bağımlılığının el kavrama kuvveti ve üst ekstremitte ağrısı arasındaki ilişki incelenmiş olup ve sosyal medya Bağımlılığı ile üst ekstremitte ağrı şiddeti arasında ilişki belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin cep telefonunu özellikle sosyal medya sitelerine girme amacı ile kullandıkları saptandı. Literatürde akıllı telefon Kullanımının en popüler tercih nedeninin sosyal ağların Kullanımı olduğu belirtilmiştir (Salehan, 2013). Bu Çalışmanın bulguları literatürü destekler niteliktedir ve sosyal medyanın gün içinde yoğun şekilde Kullanımının belirlenmesi, sosyal medya Bağımlılığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Çalışmada sosyal medya Bağımlılığı ile üst ekstremitte ağrı şiddeti arasında ilişki belirlendi. Desteklenmeyen bir kol pozisyonu ile uzun süre statik bir konumda üst ekstremitteyi kullanmak servikal omurga ve omuzların uygun olmayan şekilde hizalanmasına ve boyun ekstansör kaslarının aşırı yüklenmesine yol açar (Mekhora, 2000, Schuldt, 1986). El, bilek, önkol, kol, dirsek ve boyun kas-iskelet sistemi problemlerinin görülme sıklığı, akıllı telefon gibi el cihazlarının uzun süreli, zorlayıcı, düşük amplitüdü, tekrarlı kullanımları nedeniyle tüm dünyada artmaktadır (Eapen, 2010). Bu Çalışmanın sonuçları da literatürü destekler niteliktedir.

Bu Çalışmada, sosyal medya Bağımlılığı ile el kavrama kuvveti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan bir Çalışmada, akıllı telefon Kullanımının artmasının el fonksiyonlarını ve kuvvetini etkileyebileceği belirtilmiştir (İnal, 2015). Yakın zamanda yayınlanan bir Araştırmada tabletle veya akıllı telefonla oyun oynama sırasında çocukların hem televizyon izlemeye göre hem de oyuncaklarla oynamaya göre daha fazla baş, gövde ve üst kol açıları gerektirdiği bildirilmiştir. Bununla birlikte, oyuncakla oynanan oyunlarla Karşılaştırıldığında, tabletle veya akıllı telefonla oyun oynayan çocukların daha az gövde, üst kol ve dirsek postür varyasyonu, daha az trapezius kası aktivitesi, daha fazla oturma ve daha az fiziksel aktivite davranışları sergilediği görülmüştür (Howie, 2017). Uzun dönemde bu tarz postürel değişiklikler kas gücü üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilir.

Sosyal medya Kullanımının artması, bununla birlikte bu konudaki Çalışmaların yetersizliği bu konuda daha çok Araştırma yapılması gerekliliğini oluşturmaktadır. Özellikle sosyal medyanın bireyler üzerinde uzun süre bağlayıcı olması nedeniyle, uygun olmayan bir postürün devam etmesi başta ağrı olmak üzere birçok kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açabilir. Bu Çalışmanın sonuçları ileride yapılacak çalışmalara yol gösterici olacaktır.

## Kaynaklar

- 1- Andreassen, C. S. (2015). Online social network site addiction: A comprehensive review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175-184.
- 2- Blachnio, A., Przepiorka, A., & Pantic, I. (2016). Association between Facebook addiction, self-esteem and life satisfaction: A cross-sectional study. *Computers in Human Behavior*, 55, 701-705.
- 3- Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of computer-mediated Communication*, 13(1), 210-230.
- 4- Carlsson, A. M. (1983). Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*, 16(1), 87-101.
- 5- Casale, S., & Fioravanti, G. (2018). Why narcissists are at risk for developing Facebook addiction: The need to be admired and the need to belong. *Addictive behaviors*, 76, 312-318.
- 6- Choi, H. S., Lee, H. K., & Ha, J. C. (2012). The influence of smartphone addiction on mental health, campus life and personal relations-Focusing on K university students. *Journal of the Korean Data and Information Science Society*, 23(5), 1005-1015.
- 7- Dol, K. S. (2016). Fatigue and pain related to internet usage among university students. *Journal of physical therapy science*, 28(4), 1233-1237.
- 8- Eapen, C., Kumar, B., & Bhat, A. K. (2010). Prevalence of cumulative trauma disorders in cell phone users. *Journal of Musculoskeletal research*, 13(03), 137-145.
- 9- Hawi, N. S., & Samaha, M. (2017). The relations among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. *Social Science Computer Review*, 35(5), 576-586.
- 10- Howie, E. K., Coenen, P., Campbell, A. C., Ranelli, S., & Straker, L. M. (2017). Head, trunk and arm posture amplitude and variation, muscle activity, sedentariness and physical activity of 3 to 5 year-old children during tablet computer use compared to television watching and toy play. *Applied ergonomics*, 65, 41-50.
- 11- İnal, E. E., Demirci, K., Çetintürk, A., Akgönül, M., & Savaş, S. (2015). Effects of smartphone overuse on hand function, pinch strength, and the median nerve. *Muscle & nerve*, 52(2), 183-188.
- 12- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction—a review of the psychological literature. *International journal of environmental research and public health*, 8(9), 3528-3552.
- 13- Longstreet, P., & Brooks, S. (2017). Life satisfaction: A key to managing internet & social media addiction. *Technology in Society*, 50, 73-77.
- 14- Mekhora, K., Liston, C. B., Nanthavanij, S., & Cole, J. H. (2000). The effect of ergonomic intervention on discomfort in computer users with tension neck syndrome. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 26(3), 367-379.
- 15- Pearson, C., & Hussain, Z. (2017). Smartphone use, addiction, narcissism, and personality: A mixed methods investigation. In *Gaming and Technology Addiction: Breakthroughs in Research and Practice* (pp. 212-229). IGI Global.
- 16- Salehan, M., & Negahban, A. (2013). Social networking on smartphones: When mobile phones become addictive. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2632-2639.
- 17- SCHÜLDT, K., EKHOLM, J., HARMS-RINGDAHL, K. A. R. I. N., NÉMETH, G., & ARBORELIUS, U. P. (1986). Effects of changes in sitting work posture on static neck and shoulder muscle activity. *Ergonomics*, 29(12), 1525-1537.
- 18- Shechtman, O., Gestewitz, L., & Kimble, C. (2005). Reliability and validity of the DynEx dynamometer. *Journal of Hand Therapy*, 18(3), 339-347.
- 19- Şahin, C., & Yağcı, M. (2017). Sosyal medya Bağımlılığı ölçeği-yetişkin formu: Geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 18(1), 523-538.
- 20- Turel, O., Brevers, D., & Bechara, A. (2018). Time distortion when users at-risk for social media addiction engage in non-social media tasks. *Journal of psychiatric research*, 97, 84-88.
- 21- van den Eijnden, R. J., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (2016). The social media disorder scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478-487.
- 22- Vashishtha, S., Ahuja, S., & Sharma, M. (2018). Impact of Facebook Addiction Disorder (FAD) on Study Habits and Academic Achievement of Adolescents. *MIER Journal of Educational Studies, Trends and Practices*, 7(2).
- 23- Yang, S. Y., Chen, M. D., Huang, Y. C., Lin, C. Y., & Chang, J. H. (2017). Association between smartphone use and musculoskeletal discomfort in adolescent students. *Journal of community health*, 42(3), 423-430.
- 24- Younes, F., Halawi, G., Jabbour, H., El Osta, N., Karam, L., Hajj, A., & Khabbaz, L. R. (2016). Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: A cross-sectional designed study. *PloS one*, 11(9), e0161126.

## SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PREKLİNİK ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN LİEBOWİTZ ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

### ASSESSMENT OF SOCIAL ANXIETY LEVELS OF SELÇUK UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE PREKLINIC STUDENTS WITH LİEBOWİTZ SCALE

Kemal Macit HİSAR (1)  
İrem Nur ŞEN  
Rabia SEFERİNOĞLU  
Berra Hanne GÜLAÇAR  
İrem KURT  
Beyza BABUTCU  
Ahmet CANKAT  
Yasin Alihan DEMİR  
Yasin DÜNYA  
Fidan KORALTAN  
Abdulmanoor ZAHHER (2)  
Memduha AYDIN (3)

- (1) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi/Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Türkiye/kmhisar@gmail.com  
(2) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi/Türkiye  
(3) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/Türkiye

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi prelinik öğrencilerindeki sosyal anksiyete prevalansını ve sosyo-demografik faktörlerle (sınıf/dönem, cinsiyet, gelir durumu) ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

**Metot:** Çalışmaya katılan gönüllü 201 tıp fakültesi öğrencisine 3 anket sorusu ve 24 soruluk Liebowitz Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20 programı ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların % 32,34'sinde sosyal anksiyete görülmezken, %67,66'sında çeşitli derecelerde sosyal anksiyete görülmektedir. Sosyal anksiyetesi olan kız öğrencilerin sayısı erkek öğrencilerden % 15,94 daha fazladır. Sosyal anksiyete'nin gelir düzeyi açlık sınırında olan katılımcılarda görülme oranı %81,82; yoksulluk sınırında olan katılımcılarda %72,5; yoksulluk sınırı üzerinde olan katılımcılarda ise %52,55'dir.

**Sonuç:** Araştırmada öğrencilerin gelir düzeyi arttıkça sosyal anksiyete görülme oranının azaldığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin bulunduğu dönem ile sosyal anksiyete oranı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Prelinik, Sosyal Anksiyete, Liebowitz Ölçeği, Cinsiyet, Gelir Düzeyi.

#### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to determine the prevalence of social anxiety among pre-clinical students of Selçuk University Faculty of Medicine and its relationship with socio-demographic factors (class/period, gender, income).

**Method:** Three questionnaire questions and a 24-question Liebowitz Scale were administered to 201 volunteer medical students. The data obtained were analyzed with SPSS 20 program.

**Results:** According to the results of the study, 32.34% of the participants had no social anxiety, whereas 67.66% had various degrees of social anxiety. The number of female students with social anxiety was 15.94% more than male students. The prevalence of social anxiety was found to be 81.82% among the participants whose income level was on the hunger line; 72.5% of the participants at the poverty line; 52.55% of the participants are above the poverty line.

**Conclusion:** In the study, it was found that the social anxiety rate decreased as the income level of the students increased. No significant relationship was found between the period of students and the rate of social anxiety.

**Keywords:** Preclinic, Social Anxiety, Liebowitz Scale, Gender, Income Level

## Giriş ve amaç

Sosyal anksiyetenin ortalama başlangıç yaşı olan 13-24 yaş aralığı (Schneier ve ark. 1992, Davidson ve ark. 1993) ülkemizde pek çok bireyin üniversite hayatına başladığı dönemi kapsamaktadır. Öğrencilerin yeni bir sosyal çevreye girmeleri, arkadaşlıklar edinmeye Çalışmaları ve yeni bir imaj ile buraya uyum sağlamaya Çalışmaları sosyal kaygıya neden olmaktadır (Budak, 2005).

Sosyal kaygı yaşayan bireyler, sosyalleşmeye yönelik güçlükler yaşamakta ve bunlarla baş edebilmeye yönelik yetersizlik hissetmekte (Hardin, 2002); sosyal yaşantılarında daha abartılı ve olumsuz olarak algıladığından dolayı bireylerin sosyal ortamlardaki davranışlarını etkilemekte ve bu durum artan bir endişeye de yol açmaktadır (Chen, Yao, Qian ve Lin, 2015).

Üstte belirtilen bilgiler ışığında, bu Çalışmada üniversite çağındaki bireylerin karşılaşabileceği ciddi bir sorun olan sosyal anksiyetenin Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi preklinik öğrencilerinde görülme sıklığını belirlemek ve bunun sosyo-demografik verilerle ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

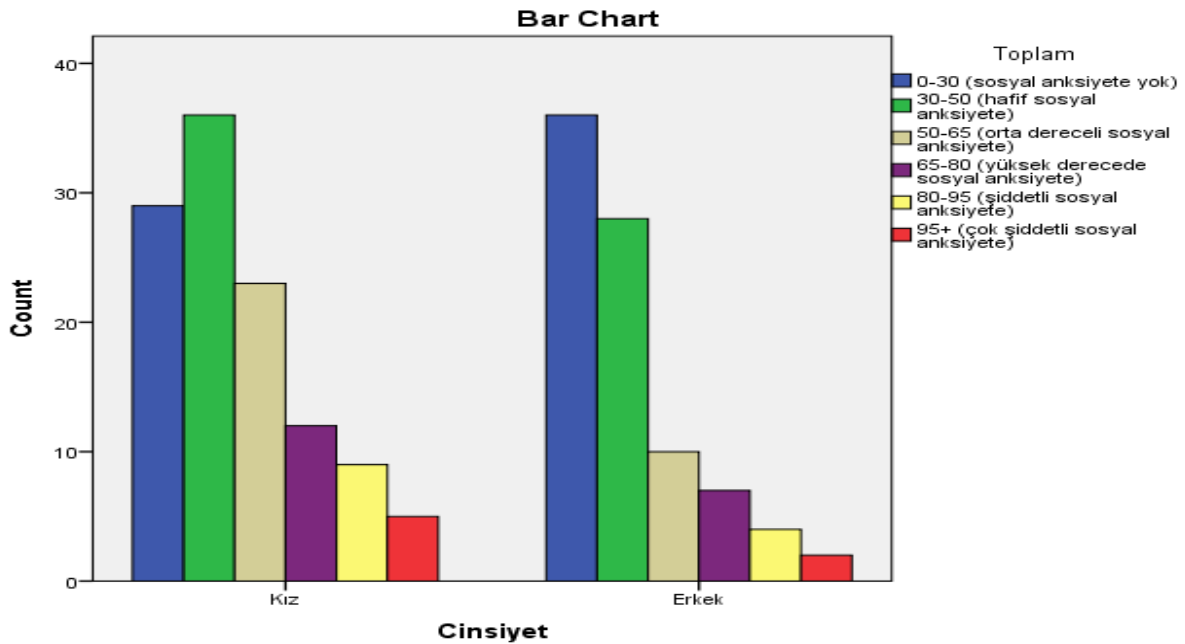
Bu çalışma, toplumun büyük bir kesimini oluşturan üniversite öğrencilerinin sosyal hayatı değerlendirilirken göz ardı edilemeyecek olan sosyal anksiyete olgusuna dikkat çekmesi yönünden önemlidir. Bu Çalışmayla bahsedilen sorunun çözümüne yönelik yapılabilecek projelere/planlamalara katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

## Materyal ve metot

Çalışma 3 adet sosyo-demografik soru içeren anket ve 24 soruluk Liebowitz Ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Kişiler Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi preklinik öğrencileri arasından seçilmiştir. 69 kişi dönem 1'den, 65 kişi dönem 2'den, 67 kişi dönem 3'ten olmak üzere 201 öğrenci Araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılan gönüllülere, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (Liebowitz, 1987) kullanılarak sosyal anksiyeteyi ölçen sorular sorulmuştur. Anket sonuçları Dr. Michael Liebowitz'in kendi ölçeklendirmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu ölçeklendirmeden elde edilen verilerin dönem, cinsiyet, ailenin gelir durumu özellikleriyle ilişkili olup olmadığı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, 1968) programı ile değerlendirilmiştir.

Bu Çalışmanın değerlendirilmesinde SPSS Paket Programı üzerinden One-Way Anova, Independent T Testi, Chi Square(Ki Kare), Frekans Testi, Posthoc (Tukey Alba) Testi, Korelasyon Testi kullanılmıştır. Testlerde  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

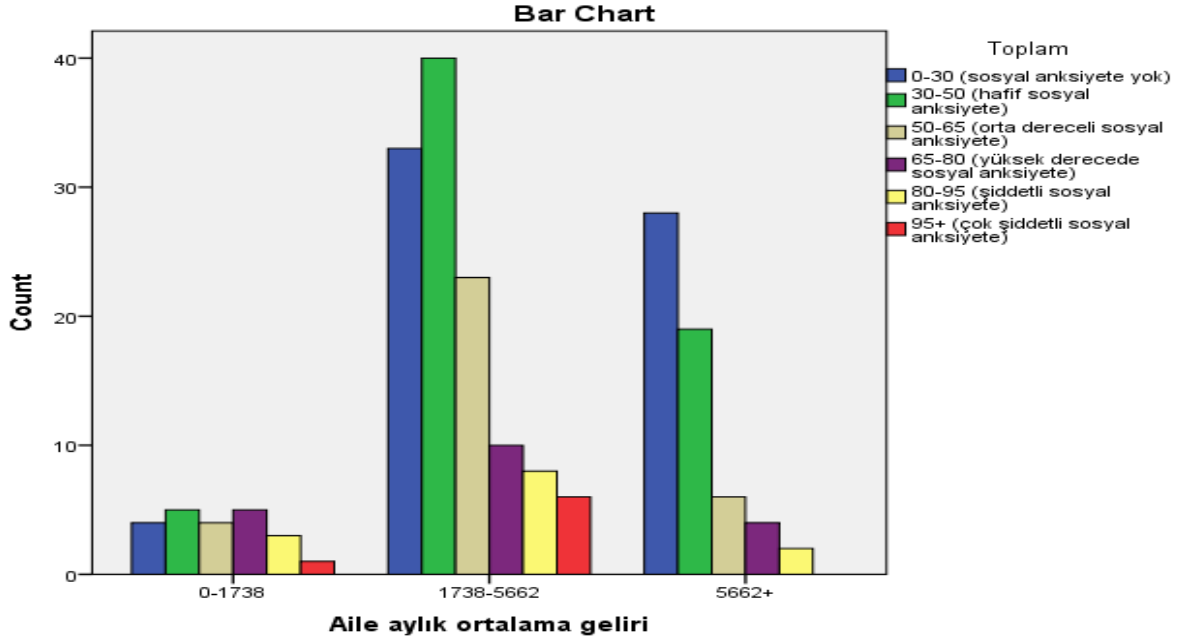
## Bulgular



**Tablo 1.** Cinsiyete Göre Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Dağılımı

Ankete katılım gösteren 114 kız öğrencinin 29'unda (%25,44) sosyal anksiyete görülmezken 85'inde (%74,56) çeşitli derecelerde sosyal anksiyete görülmektedir. Kız öğrencilerin %31,58'i (36 kişi) hafif sosyal anksiyeteye, %20,17'si (23 kişi) orta dereceli sosyal anksiyeteye, %10,53'ü (12 kişi) yüksek dereceli sosyal anksiyeteye, %7,89'u (9 kişi) şiddetli sosyal anksiyeteye ve %4,39'u (5 kişi) çok şiddetli sosyal anksiyeteye sahiptir.

Ankete katılım gösteren 87 erkek öğrencinin 36'sında (%41,38) sosyal anksiyete görülmezken 51'inde (%58,62) çeşitli derecelerde sosyal anksiyete görülmektedir. Erkek öğrencilerin %32,18'i (28 kişi) hafif sosyal anksiyeteye, %11,49'u (10 kişi) orta dereceli sosyal anksiyeteye, %8,04'ü (7 kişi) yüksek dereceli sosyal anksiyeteye, %4,59'u (4 kişi) şiddetli sosyal anksiyeteye ve %2,30'u (2 kişi) çok şiddetli sosyal anksiyeteye sahiptir.



**Tablo 2.** Aile Aylık Ortalama Gelirine Göre Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Dağılımı

Ankete katılan 201 kişinin 22'sinin ailesi (%10,94) açlık sınırında gelir düzeyine, 120'sinin ailesi (%59,7) yoksulluk sınırında gelir düzeyine, 59'unun ailesi ise (%29,35) yoksulluk sınırının üzerinde gelir düzeyine sahiptir.

Sosyal anksiyete bozukluğunun gelir düzeyi açlık sınırında olan katılımcılarda görülme oranı %81,82; yoksulluk sınırında olan katılımcılarda %72,5; yoksulluk sınırı üzerinde olan katılımcılarda ise %52,55'dir.

### Tartışma

Tıp öğrencilerindeki sosyal anksiyetenin sosyo-demografik faktörlerle ilişkileri üzerinde Jogdande ve arkadaşlarının yaptığı Çalışma bu çalışma ile tutarlıdır. Jogdande ve arkadaşlarının yaptığı Çalışmaya göre öğrencilerin %46'sında sosyal anksiyete görülmeyle birlikte bunun %27,33'ünü hafif sosyal anksiyete, %12,67'sini orta dereceli sosyal anksiyete ve %5,33'nü ise şiddetli sosyal anksiyete oluşturmaktadır (Jogdande AJ ve ark., 2017).

Bu Çalışmada kız öğrencilerdeki anksiyete erkek öğrencilerden daha fazla çıkmıştır (%15,94). Jogdande ve arkadaşlarının yaptığı Çalışmada da oransal olarak kadınlardaki (%16,28) anksiyetenin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Jogdande AJ ve ark., 2017).

Bu Çalışma Al Qadissya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sosyal anksiyete düzeylerinin ölçüldüğü çalışma ile farklılık göstermektedir. Abdul Zahra M. Alkhafji'nin yaptığı Çalışmada öğrencilerde görülen sosyal anksiyete %12,6'dır (Abdul Zahra M. Alkhafji, 2012).

### Sonuç ve öneriler

Bu Çalışmada, 201 öğrencinin çoğunda çeşitli sosyal anksiyete türleri görülürken (%67,66), bir kısmında herhangi bir sosyal anksiyete türüne rastlanmamıştır (%32,34). Sosyal anksiyete görülen öğrenciler arasında en yaygın olanı öğrencilerin %31,84'ünde görülen hafif sosyal anksiyetedir. Bunu %16,42 ile orta dereceli sosyal anksiyete, %9,45 ile yüksek dereceli sosyal anksiyete, %6,47 ile şiddetli sosyal anksiyete ve %3,48 ile çok şiddetli sosyal anksiyete takip etmiştir. Cinsiyet ve ailenin gelir düzeyi faktörleri, öğrencilerde görülen sosyal anksiyete ile anlamlı bir ilişki göstermiştir. Kız öğrencilerde sosyal anksiyete erkek öğrencilerden %15,94 daha fazla görülmüştür. Ailenin gelir düzeyi arttıkça sosyal anksiyete görülme oranı azalmıştır. Ailelerin gelir düzeyinin yükseltilmesine yönelik sosyal programların tasarlanması/planlanması ve uygulanması ilgili taraflara (kamu/özel) önerilebilir.

### **Kaynaklar**

Al Khafaji, Abdulzahra. (2012). Social phobia among Al Qadissya medical student: prevalence, Academic performance and response to different treatments. *Fac Med Baghdad*. 54. 33-37.

Budak, S. (2005). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Chen, S., Yao, N., Qian, M. ve Lin, M. (2015). Attention biases in high social anxiety using a flanker task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 27-34.

Davidson JRT, Huges DL, George LK. (1993) The epidemiology of social phobia: Findings From the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*,23:709-718.

Hardin, E. (2002). Depression and social anxiety among asian and european americans: The roles of self-discrepancy, optimism, and pessimism. Unpublished Master's Thesis. Ohio State University, Columbus, USA.

Jogdande AJ, Gupta A. Social anxiety disorder in medical students: socio-demographic correlates. *Int J Community Med Public Health* 2017;4:3293-6.

Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Psychopharmacology*, 22, 141-173.

Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, et al. (1992) Social phobia: Comorbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psych*, 49: 282-288.



## AFET MÜDAHALE EKİPLERİ ORGANİZASYONU: VAN DEPREMİNE ÖRNEĞİ

Sedat BOSTAN[1]  
Cemal YILMAZ[2]

### ÖZET

**Araştırmanın Problemi:** Depreme müdahale eden arama kurtarma ekiplerinin organizasyonu ve organizasyon sürecinde yaşanan sorunların tespiti Araştırmanın temel problemidir.

**Araştırmanın Amacı:** Van depreminde afete müdahale eden arama ve kurtarma ekiplerinin süreçte yaşadığı sıkıntı ve sorunları ekip üyeleri üzerinden tespit ederek, çözüm önerileri geliştirmektir.

**Araştırmanın Yöntemi:** Araştırmada nitel ve nicel yöntem birlikte kullanılmıştır. Van depremine katılan arama kurtarma ekip liderlerinden bilgiler yarı yapılandırılmış mülakat tekniği ile elde edilmiştir. Arama, kurtarma ekip üyelerinden veriler anket tekniği ile toplanmıştır. 12 ekip lideri ve 203 ekip üyesine ulaşılmıştır. Nitel ölçüm aracı yarı yapılandırılmış mülakat soruları literatür taraması, uzmanlarla görüşme sonucunda oluşturulmuştur. Anket sorularının hazırlanmasında ayrıca mülakat bilgilerinden de yararlanılmıştır. Lider görüşmeleri yüz yüze yapılmış, anketler ise yüz yüze ve posta yoluyla yapılmıştır.

**Araştırma Bulguları:** Afet yönetimiyle ilgili mevcut yasa ve mevzuatların teorik açıdan yetersiz kaldığı, afet yönetim organizasyon bileşenlerinin koordinasyonunun istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür. Ayrıca yasalar ve mevcut düzenlemelerin yeterli, düzeyde Van depreminde sahaya yansıtılmadığı, kâğıt üzerinde kaldığı, STK'ların oluşturduğu müdahale ekipleri etkin kullanılmadığı, Van depreminde afet ve acil durum yönetim merkezinin toplumu bilgilendirme ve birimler arasında işbirliğini sağlama noktasında iletişim sıkıntılarının olduğu bulgular arasında yer almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Afet, Afet Yönetimi, Afet Yönetimi Mevzuatı, AFAD

## ORGANIZATION OF DISASTER INTERVENTION TEAMS: THE CASE OF THE VAN EARTHQUAKE

### ABSTRACT

**The problem of the study:** The main problem of the study is the organization of the teams that intervened after the earthquake with a focus on the problems that were encountered during the process of organization.

**The objective of the study:** An assessment of the problems and difficulties that have been experienced by the search and rescue teams during the course of the intervention with the aim to develop suggestions for solutions.

**The method of the study:** Qualitative and quantitative methods have been utilized in combination in the study. Twelve team leaders of the search and rescue teams that participated in the disaster intervention after the Van earthquake have been interviewed by a semi-structured interview while 203 other team members have been surveyed by a questionnaire form. The qualitative semi-structured interview questions have been determined by a literature review and also by a consultation of experts. The questionnaire has benefited also from the information that has been obtained by the semi-structured interviews. The interviews with team leaders have been conducted by face to face conversation. Some of the questionnaires were filled in face to face conversation while others were sent in by mail.

**Research findings:** It has been found that the existing regulations on disaster management were inadequate from a theoretical view of point, and that the coordination of disaster management components was not to the desired level. It has also been found at the Van earthquake intervention, that existing laws and other regulations were not applied adequately on the field, that they largely stayed on paper, that intervention teams that were formed by NGO's were not employed effectively, that the disaster and emergency situation management center experienced communication problems in informing the citizens and in providing coordination among the units involved.

**Keywords:** Disaster, Disaster Management, Search and Rescue Teams, Van Earthquake

[1] Ordu University/Healty Care Management/Turkey/sbostan29@gmail.com.

[2] Gümüşhane University/ Disaster Management [/Turkey/cml.ylmz02@gmail.com](mailto:Turkey/cml.ylmz02@gmail.com)

## Giriş

Afet tehlikesi açısından ülkemizde deprem afetinin en birinci sırada yer aldığı bir coğrafi konumdadır. Ülkemizde geçmişte birçok deprem meydana geldiği bunun sonucunda binlerce insanımızın can ve mal kaybına neden olduğu bir gerçektir. Örneğin 2011 Van depreminde yaklaşık 654 insanımızı kaybettik. Bütün bunlar Türkiye’de deprem bir doğal afet olarak kaçınılmaz gerçeğine karşı mücadelesinde doğal afetlerde risk analizleri ve hazırlık Çalışmaları yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bunula birlikte önlenemeyen deprem gibi doğal afetlerin gerçekleşmesinden sonra afete müdahale safasının da müdahale ekiplerin karşılaştıkları organizasyon eksikleri görerek bu eksikliklere parmak basmak can ve mal kaybını en aza indirmede büyük önem taşımaktadır.

AFAD afet ve acil durumlara yönelik en yetkili kurum olarak afet ve acil durumun özelliğine bağlı genelkurmay başkanlığı, dışişleri, Sağlık, orman ve suyla alakalı bakanlıkları ve sivil toplum kuruluşları ile gerektiğinde işbirliği şeklinde çalışmalarını yapar. Başkanlığımız, illerde valiye bağlı il afet ve acil durum müdürlükleri ve 11 ilde olan sivil savunma arama ve kurtarma birlik müdürlükleri aracılığıyla faaliyetlerini yapmaktadır (www.afad.gov.tr).

Arama, kurtarma ekipleri savaşta, afetlerde, büyük çaplı yangınlarda; arama, kurtarma, ilk yardım ve sosyal yardım faaliyetleri yerine getirirler. Biyolojik silah ve nükleer kazalarda; maddelerin analizini, ölçümü ve temizlenmesi imkân dahilinde sağlamak. Yurt içi ve dışında tatbikat Çalışmaları yapmak, gerektiğinde arama ve kurtarma desteği faaliyetlerine katılmakla (Madde7) görevlidirler.

AFAD’a bağlı arama kurtarma ekiplerinin yanında, Türkiye’de afetle ilgili birçok kurum ve gönüllü kuruluşları olmasından kaynaklı afet sisteminde çok başlı ve yetki karmaşası oluşmaktadır (Canpolat, 1996: 63).

Afet olayından sonra kriz yönetim Çalışmaları il merkezinde yoğunlaştığından kırsal mekânların ihmal edildiği için yardım için gönderilen malzemeler kırsalda kalan afete maruz kalan insanlar faydalanamamaktadır (Yılmaz, 2012: 65).

Afet yönetimin işleyişi yönünde, yapılan afet ve acil planların mevzuat doğrultusunda valiliklerin planları güncellenmesi gerekmektedir. Fakat yapılan planlar gerçekçi olmamayı ve koordinasyon ve işbirliği oluşturulamaması planların yapılabilirliğine engel olmaktadır (Güler, 2012: 174).

## Araştırmanın Amacı

Türkiye’de son yıllarda birçok yıkıcı deprem olmuştur. Bu depremler sonucunda ülkemizde can ve mal kaybı ve ekonomik açıdan ciddi kayıplar olmuştur. Buna bağlı olarak bu Çalışmada; Türkiye’de olan afet zararlarını en aza indirmek ve can ve mal kaybını azalmak amacıyla Türkiye’de afet yönetim sisteminde afet koordinasyonunun önemi ve mevzuat çerçevesinde müdahale aşamasında ki eksiklikler ve aksayan sorunların veçhelerini ortaya koymak bunlar ilgili çözüm önerileri sunulacaktır.

Araştırmada Van depreminde müdahale aşamasında afete müdahalede arama ve kurtarma ekiplerin afet anında sahada yaşadıkları olumsuzluklar incelenmiş, konu ile ilgili Türkiye’de Van depremine katılan görevlilere olmak üzere beş tane birlik müdürlüğünde bir alan çalışması yapılmıştır. Van depreminde müdahalede bulunan arama ve kurtarma ekiplerin daha iyi bir şekilde işlenmesi için sahada yaşadıkları eksiklikleri ve olumsuz durumları analiz edip çözüme kavuşturulmasına yönelik bir durum çalışmasıdır.

## Yöntem

Araştırmamızda nitel ve nicel yöntem kullanılmıştır. Nitel Araştırmada VAN depremine katılan arama ve kurtarmayı yöneten idareciler ve ekip şeflerine yarı yapılandırılmış mülakat tekniği olup 10 tane sorudan oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış mülakat görüşmesinde depreme müdahale organizasyonunda yaşanan örgütlenmeye bağlı sorunlar derinlemesine incelenmek üzere 12 tane uzmana mülakat yapılmıştır. Uzmanların sorulara verdiği cevapları, Excel programında bir betimsel tabloya dönüştürülmüştür.

Her sorunun üzerinde uzmanların cevapları kodlanmış ve soru bazlı betimsel tablolar oluşturulmuştur.

Bulgular kısmında her sorunun betimsel tablosu açıklanarak yazılmış ve yorumlanmıştır.

Nicel Araştırmada likert anket yöntemi ile oluşturulan Araştırma anketi VAN depremine müdahalede bulunan arama ve kurtarma Çalışmalarına katılan yaklaşık 203 görevli kişiye uygulanmıştır. Likert ölçeği tipi yedi demografik ve 20 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır.

Sorularda Türkiye’de afet yönetiminde Yaşanan örgütsel sorunların boyutları ve yüzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen Veriler SPSS paket programı ile analizi yapılmıştır.

## Bulgular

Araştırmada nitel ve nicel yöntem birlikte kullanılmıştır. Önce müdahale ekiplerinin yönetici ve ekip şefleriyle yapılmış olan yarı yapılandırılmış mülakat bulguları açıklanacaktır. Daha sonra Van depremine müdahale eden arama-kurtarma ekiplerinde görev almış personelle gerçekleştirilmiş olan anket çalışmasının sonuçları açıklanacaktır.

Mülakata katılan uzmanların demografik bilgilerini bakıldığında; yaş aralıkların en fazla görünen 40-49 aralığı görüldüğü uzman Çalışanların ağırlıklı bu yaş grubunda toplandığını ifade söyleyebiliriz. Örneklemin hepsini erkek oluşturması arama ve kurtarma faaliyetlerinde Çalışanların büyük çoğunluğunun oluşturmasından kaynaklıdır. Katılan uzmanların Çalıştıkları AFAD kurumunda lisans düzeyin fazla olduğu görülmektedir. Uzman katılımcıların çoğunluğu katıldıkları afet sayısında 10 ve üzeri den fazla olması AFAD kurumlarında tecrübeli uzman sayısının fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların grevlerine bakıldığında AFD kurumunda en fazla uzmanının arama ve kurtarma şefi olduğu görülmektedir.

Araştırmamızın nicel katılımcıların demografik bilgilerine yine bakıldığında örneklemin hepsi erkek olduğu bununda arama kurtarma faaliyetlerinde bulunan ekiplerin büyük bir çoğunluğu erkek oluşturduğunu kadın oranının artırması gerekmektedir. Katılımcıların yaş aralığı 90 kişi 30-39 ve 89 kişi 40-49 olduğu genç Çalışanların oranla az olduğu bu oranın artırılması gerekmektedir. Eğitim seviyesine bakıldığında 107 kişi %52,7 kısmı lisans eğitimi olduğu AFAD Kurumlarında Çalışan görevlilerin eğitim seviyesinin yüksek olduğu görülmektedir. Görev aldığı afet sayısına bakıldığında en fazla 10 ve üzeri 91 kişi %44,8 ile Çalışan görevlilerin afete müdahale tecrübelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Göreviniz neydi sorunda 165 kişi %81,3 ile arama kurtarma birlik müdürlüklerinde Çalışanların büyük bir yüzdesinin arama kurtarma görevlisi oluşturduğu görülmektedir.

Uzman görüşleri ve istatistiksel bulgular sonucunda Afet yönetim organizasyon bileşenlerin bir kısmı istenilen düzeyde olduğu ifade ederken bir kısımda istenilen düzeyde olmadığı bunun için Çalışmaların ve eksikliklerin olduğu görülmüştür. bu eksiklerin giderilmesine yönelik yapılacaklar arasında; TAMP ciddi bir şekilde uygulanması, AFD'nin iş yükünün hafifletilmesi, birimler arasında emir komuta zincirinin sağlanmasına yönelik bir yapı, ekiplerin iş ve malzeme tedarikine yönelik denetim yapısı ile organizasyonlarda olabilecek aksaklıklar giderilebilir.

Van depremi Afet yönetimi organizasyonu şemasının hiyerarşik yapısı yeterli olduğu fakat yapılan çalışmaların pratiğe dökülmemesinden kaynaklı afet organizasyonunda bir işlevselliğin olduğunu görülmektedir. Bu bağlamda illerden gelen ekiplere yönelik standart müdahale yolu, kurumlar arasında birliği sağlama, kâğıt üzerindeki uygulamada yasal zorunluluk ve denetim ile yeterliği sağlanabilir.

Yasalar ve kâğıt üzerinde olan afet yönetim yapısı Van depreminde sahaya yansıtılmadığı sadece yasaların ve afet yönetiminin kâğıt üzerinde kaldığını uzman görüşleri ve istatistiksel sonucu ile görülmektedir. Yapılacaklar arasında “Eski ve işlevliğini yitirmiş yasaları yenilemek, Afetin ilk saatlerinde panik ve kargaşanın önlenmesi, afet türü ve bölgenin tehlike ve riskleri belirlenerek afet öncesinde uygulanabilir planlamaların hazırlanması ve denetimin sağlanması” ile afet planları sahaya yansıtılması sağlanabilir.

Van depreminde müdahale ekiplerinin etkin kullanıldığı ama birçok sorununda yaşadığı bu sorunların giderilmesi gerektiğini uzman görüşleri ve istatistiksel veriler neticesinde görülmektedir. Bu bağlamda “lisans bilen Çalışan sayısının artırılması, ekip Bazında standart görevlerin belirlenmesi” ile sorunlar giderilebilir.

Van depreminde afete müdahalenin yönetilmesinde uzmanların çoğunluğu yetki karmaşası görülmediğini ifade ettikleri fakat müdahale ekiplerinin yetki karmaşasının yaşanmadığıyla birlikte birtakım sıkıntıların olduğunu örnek kurumlar arasında yetki birliğinin olmadığını istatistiksel veriler ile de desteklenmektedir. Kurumlar arasında standart yetki birliğini oluşturacak bir yapı ile sağlanabilir.

STK'ların resmi müdahale ekiplerinde kullanımında etkin bir şekilde kullanılmadığı ve bir kısım istatistiksel verilerinde etkin kullanıldığı ile birlikte bazı sıkıntıların olduğu bunları iyileştirilmesi gerektiği görülmüştür.

Van depreminde afet ve acil durum yönetim merkezinin toplumu bilgilendirme ve birimler arasında işbirliğini yapma noktasında iletişim sıkıntıların olduğunu uzman görüşleri ve istatistiksel verilere bakıldığında görülmektedir. Sabit kriz merkezleri ve güçlü bir birim şeklinde oluşturularak, iletişim ağlarını güçlendirerek” birimler arası işbirliğini ve iletişim sorunları giderilebilir.

Van depreminde organizasyondan kaynaklı eksikliklerin ve bazı sıkıntıların olduğu uzman görüşleri ve istatistiksel verilere bakıldığında görülmektedir. Bu bağlamda hasar tespit Çalışmalarında yeterli uzman ve denetimi, iş ve malzemelerin denetimi ve sistematik bir yardım malzemelerin dağıtımı” ile sağlanabilir.

Arama ve kurtarmada müdahale hizmetlerinin ifadesinin ortalama değerinin yüksek bir değer olduğu katılımcıların arama kurtarma müdahale hizmetleri ifadelerine katıldıkları görülmüştür. Afete hazırlık Çalışmaları faktörünün ortalama değerinin yüksek bir değer olduğu katılımcıların afet hazırlık Çalışmalarında kullanılan ifadelerine katıldıkları görülmüştür.

Afete sonrası teknik çalışmaların ortalama değerinin yüksek bir değer olduğu katılımcıların afet sonrası teknik Çalışmalarında katıldıkları görülmüştür.

Müdahale hizmetleri faktörü ile sosyo demografik bağımsız değişkenler arasında bakıldığında yaş ile göreviniz neydi arasında anlamlı bir fark olduğu, 50 ve üzeri yaş grubu ve kriz ve koordinasyon grubu afete müdahale Çalışmaları hakkında daha olumlu görüşlerin sahip olduğunu görülmüştür.

Müdahale hizmetleri faktörü ile sosyo demografik bağımsız değişkenler arasında bakıldığında eğitim ve afet sayısı arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmemekle birlikte 7-9 afet sayısı grubu afete müdahale Çalışmalarını daha fazla olumlu görüşlere sahip olduğu görülmüştür.

Hazırlık hizmetleri faktörü ile sosyo demografik bağımsız değişkenler arasında sadece göreviniz neydi ile anlamlı bir fark görülmüş ve kriz masası ve koordinasyon grubu afete hazırlık çalışmaları hakkında arama kurtarma grubuna göre daha fazla olumlu görüşlere sahip olduğu görülmüştür. Yaş, eğitim ve afet sayısı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

### **Sonuç ve Öneriler**

AFAD kurumunda arama ve kurtarmada görev alanların hepsinin erkek olduğu ve yaş ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür.

AFAD kurumunda Çalışanların büyük bir kısmı eğitim düzeyi lisans olduğu görülmektedir.

Afet yönetiminde yasa ve mevzuatların teorik ve pratikte uygulanmasında eksikliklerin olduğu görülmüştür.

Afet yönetimi organizasyonu şemasının hiyerarşik yapısı yeterli olduğu görülmüştür.

Yasalar ve kâğıt üzerinde olan afet yönetim yapısı Van depreminde sahaya yansıtılmadığı kâğıt üzerinde kaldığı tespit edilmiştir.

STK'ların oluşturduğu müdahale ekipleri etkin kullanılamamıştır.

Teorik planlamaların uygulamaya yansımaları için hizmet içi eğitim ve tatbikat yapılabilir.

Ekiplerin kendi ihtiyaçları olan işe ve malzeme tedarikine yönelik yeni düzenleme ve uygulamaların yapılabilir.

Eski ve işlevliğini yetirmiş yasaları yenilemek ile afet yönetim yapısı işlevselliği artırılabilir.

Lisans bilen Çalışan sayısının artırılması, ekip Bazında görevlerin standartlaştırılabilir. Hasar tespit Çalışmalarında yeterli sayıda uzman bulundurulabilir.

Arama kurtarma ve gönüllü ekiplerin ihtiyacı olan teçhizatın sağlanması önerilir.

Yapıların depreme dayanıklı inşa edilmesi ve deprem sigortası uygulamasının denetiminin sıklaştırılabilir.

Halkın bilinçlenmesine yönelik yaygın ve örgün eğitim çalışmalarının yapılabilir

### **Kaynakça**

CANPOLAT Hasan; (1996), Tabii Afetlerin Yönetimine Değişik Bir Bakış, Çağdaş Yerel Yönetimler, Cilt 5, Sayı: 2, 63-65.

YILMAZ Abdullah; (2012), Türkiye’de Afetlerde Karşılaşılan Sorunlar, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt: 1 Sayı: 1, 1-21.

GÜLER Efsan; (2012), Afet Yönetimi: Cumhuriyet Dönemi Afet Yönetimi Mevzuatı ve Uygulaması, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara.

## ASSESSMENT OF NURSES' JOB PERFORMANCE PERCEPTIONS

Harun KIRILMAZ<sup>1</sup>  
Ayhan DURMUŞ<sup>2</sup>  
Özlem ŞAHİN<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Considering the characteristics of health services, in order to present health services effectively, efficiently and uninterruptedly, to increase the performance levels of nurses who face intensive, long and stressful working conditions and who are in direct contact with the patient, it is important for health care organizations and patients.

**The Purpose of the Study:** The aim of the study is to determine whether there is a difference between nurses' job performance perceptions and the sub-dimensions of nurse performance and socio-demographic variables.

**Method:** The data were collected from 211 nurses working in training and research hospitals and public hospitals affiliated with the Provincial Directorate of Health in Sakarya province of Turkey between April and June 2018. The data collection tool is a scale consisting of two sections that are Nurse Performance Scale, and Introductory Information Form. for analysis, independent sample t test, one-way variance analysis, and correlation analyses were employed.

**Findings and Results:** There was no difference between the performance perceptions of nurses and socio-demographic variables. However, from performance sub-dimensions, there was a significant difference between the sub-dimension of interpersonal support and gender variable, the sub-dimension of assisting and supporting patients and the educational status of the nurses, the information sub-dimension and the working hours of nurses in the institution.

**Key Words:** Performance, Nurse, Nurse Performance

---

<sup>1</sup> Sakarya University/Health Management/Turkey/hkirilmaz@sakarya.edu.tr

<sup>2</sup> Sakarya University/Health Management/Turkey/ayhandurmus@sakarya.edu.tr

<sup>3</sup> Yozgat Bozok University/Nursing/Turkey/ozlemsahin.os17@gmail.com

## Giriş

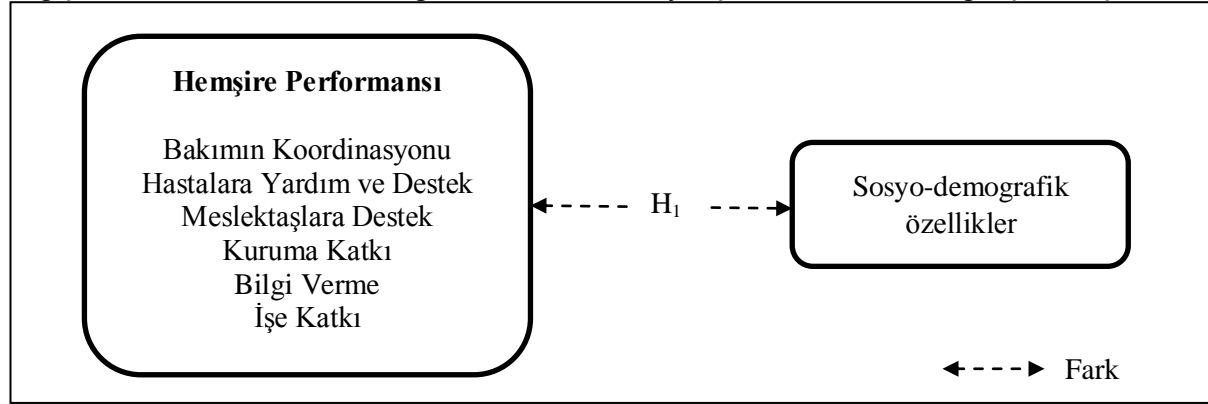
Performans kavramı “Çalışanın örgütün amaçladığı hedefler doğrultusunda işle ilgili olarak neleri başarabildiğini nicelik ve nitelik olarak belirtilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Şehitoğlu ve Zehir, 2010: 95). Başka bir ifade ile performans, plânlanmış bir etkinliğin, amaca ulaşma derecesidir (Tutar ve Altınöz, 2010: 201). İş performansı ise, “belirlenen koşullara göre bir işin yerine getirilme düzeyi veya Çalışanın davranış biçimi” olarak tanımlanmaktadır (Bingöl, 2003: 273).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri göz önüne alındığında Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kesintisiz bir şekilde sunulmasında, yoğun, uzun ve stresli Çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalan Sağlık Çalışanlarının iş performansları önem kazanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2017: 73; Şantaş vd., 2017: 869; Top vd., 2010: 73).

Sağlık hizmetleri Çalışanları arasında yer almakta olan ve hastayla direkt olarak ilişki içerisinde olan hemşirelerin performans düzeylerinin artırılması Sağlık kuruluşları ve hastalar Açısından önem arz etmektedir (Eşkin Bacaksız vd., 2018: 53; Baykal vd., 2006: 51). Yani, performansı yüksek Çalışanlar kuruluşun performansını artırmakta ve bu artış sonucunda da kuruluşların rekabet etme gücü yükseltmektedir (Turunç, 2010: 254; Wang ve Netemeyer, 2002: 217; AeroLeads, 2017).

Hemşirelerin iş performansı, bazı standartlara göre gözlemlenebilen ve ölçülebilen eylemler olarak tanımlanmaktadır (Mrayyan ve Al-Faouri, 2008: 104). Diğer bir tanımda ise hemşirelerin iş performansı; bir süreçteki görevlerin etkin bir biçimde gerçekleştirilmesidir (Hayajneh, 2000: 12). Bu sebeple, iş performansı bir kurumun verimliliğini artırmaya yardımcı olan davranış, tutum ve özellikler gibi hemşirelerin çeşitli yönlerini geliştirmesine katkıda bulunabilmektedir (Gabr ve Mohamed, 2016: 60).

Bu sebeple Çalışmada, hemşirelerin iş performans algı düzeyleri ile birlikte, demografik değişkenlerle arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla şekil 1’deki model geliştirilmiştir.



Şekil 1: Araştırma Modeli

Şekil 1’deki kavramsal model esas alınarak aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

H<sub>1</sub>: Hemşire performansı ile sosyo demografik özellikler arasında anlamlı farklılık vardır.

## YÖNTEM

Çalışmanın amacı, hemşirelerin performanslarına yönelik algı düzeyleri ve hemşire performansı alt boyutları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki farklılığın olup olmadığının belirlenmesidir. Çalışmanın evrenini Sakarya ilinde faaliyet gösteren İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı eğitim ve araştırma hastanesi ve kamu hastanesinde Çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmanın evrenini ilgili tarihler arasında hastanelerde Çalışmakta olan toplam 680 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme belirlenmemiş olup tüm evrene ulaşılması hedeflenilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 211 hemşireden veri toplanmıştır. Evrene ulaşma oranı %31 olarak belirlendi.

Çalışmanın verileri Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında hastaneye gidilerek, hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket

formu kullanılmıştır. İlk kısımda katılımcıların sosyo – demografik özelliklerini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgi formu, ikinci kısımda hemşire performansı ölçeği yer almaktadır.

*Hemşire Performansı Ölçeği:* Greenslade ve Jimmieson (2007) tarafından hemşirelerin performanslarını ölçme amacı ile geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Harmancı Seren ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin özgün hali performansı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen önermelerden oluşan iki boyutlu yapıdan ve 41 ifadeden oluşmaktadır. Doğrudan performans boyutu 23 ifade 4 alt boyuttan oluşmaktayken, dolaylı performans alt boyutu 18 ifade ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe uyarla Çalışmasında ölçek 6 alt boyuttan ve 32 ifadeden oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; bakımın koordinasyonu, hastalara yardım ve destek, meslektaşlara destek, kuruma katkı, bilgi verme ve işe katkıdır.

Anket formları hastanelerde uygulanmadan önce Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden Araştırmanın evren olarak seçilen hastanelerde yapılabilmesi için 24404279-702.99-63 sayılı 27/03/2018 tarihli izin alınmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik analizleri daha önce yapıldığından bu Çalışmada yalnızca güvenirlik analizleri yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, alt boyutlar arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında ( $p<0,05$ ) gerçekleştirilmiştir.

## **BULGULAR**

### **1. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri**

Çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerin güvenirliğini test etmek amacıyla cronbach's alpha güvenirlik katsayısından yararlanılmıştır. Tablo 1'de görüldüğü gibi hemşire performansı ölçeğinin cronbach's alpha değeri 0,960, faktörlere ilişkin değerleri ise bakımın koordinasyonu 0,893, hastalara yardım ve destek 0,957, meslektaşlara destek 0,926, kuruma katkı 0,874, bilgi verme 0,927 ve işe katkı 0,816 bulunmuştur. Orijinal ölçeğin tamamı için cronbach's alpha değeri hesaplanmamıştır. Doğrudan alt boyutunun değeri 0,94 olarak tespit edilmiş olup alt boyutlarına ilişkin cronbach's alpha değerleri 0,85 – 0,94 arasında değişmektedir. Dolaylı alt boyutunun değeri ise 0,91 olarak hesaplanmış ve alt boyutlarına ilişkin cronbach's alpha değerleri 0,80 – 0,90 arasında değişmektedir (Greenslade ve Jimmieson, 2007: 609). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Harmancı Seren ve arkadaşları (2018: 31) tarafından tüm ölçeğin cronbach's alpha değeri 0,95; faktörlerine ilişkin değerleri ise, bakımın koordinasyonu 0,93, hastalara yardım ve destek 0,93, meslektaşlara destek 0,88, kuruma katkı 0,82, bilgi verme 0,79 ve işe katkı 0,65 olduğu ifade edilmiştir.

Yukarıdaki bulgulara göre, çalışmada kullanılan ölçeğin güvenirlik değerlerinin orijinal Çalışma ve Türkçe uyarlama Çalışmasındaki değerlerle uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

Tablo 1: Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Bulguları ve Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=211)

<b>Ölçekler ve Alt Boyutları</b>	<b>Aritmetik Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
Bakımın Koordinasyonu	4,44	0,50	0,893
Hastalara Yardım ve Destek	3,92	0,79	0,957
Meslektaşlara Destek	4,21	0,61	0,926
Kuruma Katkı	4,04	0,66	0,874
Bilgi Verme	4,13	0,74	0,927
İşe Katkı	3,74	1,04	0,816
<b>Hemşire Performansı</b>	<b>4,15</b>	<b>0,53</b>	<b>0,960</b>

### **2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=211)**

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri bakımından dağılımına bakıldığında %78,7 kadın ve %21,3 erkektir. Katılımcıların çoğunluğu %54,5 ile lisans eğitimi almış olup, bunu sırasıyla lise (%23,2), önlisans (%16,6) ve lisansüstü (%5,7) eğitim alanlar takip etmektedir. Yaş aralığı 19 ile 59 arasında dağılım göstermekte olan katılımcıların yaşları

ortalaması 30,18'dir. Katılımcıların kurumda Çalışma süreleri ortalaması yaklaşık 5 yıl iken, meslekte toplam Çalışma süresi yaklaşık 9 yıldır.



### 3. Hemşire Performansı ile Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Hemşire performansı ile alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla pearson korelasyon analizinden faydalanılmıştır (Tablo 2). Analiz sonuçlarına göre, hemşire performansı ile alt boyutları arasında yüksek seviyede pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 2: Hemşire Performansı ile Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

	1	2	3	4	5	6	7
Bakımın Koordinasyonu (1)	1						
Hastalara Yardım ve Destek (2)	,496**	1					
Meslektaşlara Destek (3)	,480**	,525**	1				
Kuruma Katkı (4)	,430**	,594**	,620**	1			
Bilgi Verme (5)	,571**	,686**	,560**	,655**	1		
İşe Katkı (6)	,336**	,654**	,436**	,580**	,713**	1	
Hemşire Performansı (7)	,738**	,861**	,761**	,781**	,858**	,732**	1

\*\* p<0,01 düzeyinde anlamlı ilişki

### 4. Bağımsız Örneklem t-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizleri (ANOVA) Bulguları

Hemşire performansı ve alt boyutları ile sosyo – demografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla Bağımsız örneklem testi ve tek yönlü varyans analizleri (ANOVA) kullanılmıştır. Çalışmanın bulgularında yalnızca farklılık saptanan demografik değişkenlerin verileri kullanılmıştır. Buna göre, hemşirelerin performans algıları ile sosyo-demografik değişkenler arasında farklılık tespit edilmemiştir. Hemşire performansı alt boyutları ile yaş ve meslekte çalışma yılı arasında farklılık tespit edilmemiştir. Buna göre, H<sub>1</sub> hipotezi reddedilmiştir.

Meslektaşlara destek alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasındaki farklılığı tespit etmek amacıyla Bağımsız örneklem t testi analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 3). Analiz sonuçlarına göre, değişkenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılığın erkek hemşirelerin kadın hemşirelere oranla meslektaşlara daha fazla destek oldukları algısından kaynaklandığı görülmektedir.

Tablo 3: Meslektaşlara Destek Alt Boyutu İle Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Bağımsız Örneklem t Testi Bulguları

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
<b>Meslektaşlara Destek</b>	Erkek	45	4,37	0,60	2,012	0,04
	Kadın	166	4,17	0,61		

Tablo 4'te hastalara yardım ve destek alt boyutu ile hemşirelerin eğitim durumu değişkeni ile arasındaki farklılığı tespit etmek amacıyla ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, değişkenler arasındaki farklılığın ön lisans eğitimi almış hemşireler ile lisansüstü eğitimi almış hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Buna göre, lisansüstü eğitim almış hemşirelerin hastalara yardım ve destek algı düzeyleri ön lisans eğitimi almış hemşirelere oranla daha yüksektir.

Tablo 4: Hastalara Yardım ve Destek Alt Boyutu ile Eğitim Değişkeni Arasındaki Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
<b>Hastalara Yardım ve Destek</b>	Lise <sup>1</sup>	49	3,84	0,66	3,75	0,01	2-4, p=0,03
	Ön Lisans <sup>2</sup>	35	3,63	0,87			
	Lisans <sup>3</sup>	115	3,99	0,80			
	Lisansüstü <sup>4</sup>	12	4,40	0,56			
	Toplam	211	3,92	0,79			

Hemşirelerin kurumda Çalışma süreleri ile bilgi verme alt boyutu arasındaki farklılığı tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen ANOVA testi sonuçlarına göre, farklılığın 2-5 yıl arasındaki Çalışanlar ile 6 yıl ve üzeri süredir çalışmakta olan hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 5). Buna göre, 6 yıl ve üzeri süredir kurumda Çalışmakta olan hemşirelerin bilgi verme algı düzeyleri 2-5 yıl arasında kurumda Çalışmakta olan hemşirelerin bilgi verme algı düzeyleri ortalamalarından yüksek seviyededir.

Tablo 5: Bilgi Verme Alt Boyutu ile Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Arasındaki Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
<b>Bilgi Verme</b>	≤ 1 yıl <sup>1</sup>	41	4,15	0,64	3,15	0,05	2-3, p=0,04
	2 yıl – 5 yıl <sup>2</sup>	76	3,97	0,84			
	≥ 6 yıl <sup>3</sup>	77	4,27	0,68			
	Toplam	194	4,13	0,75			

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma, hemşirelerin performanslarına yönelik algı düzeyleri ve hemşire performansı alt boyutları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki farklılığı tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik değerlerinin orijinal Çalışma ve Türkçe uyarlama Çalışmasındaki değerlerle uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

Çalışmanın bir diğer sonucuna göre, hemşire performansı ile alt boyutları arasında yüksek seviyede pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgular Türkçe uyarlama Çalışmasındaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir (Harmancı Seren vd., 2018).

Çalışmanın amacına ilişkin sonuca göre ise, hemşirelerin performans algıları ile sosyo-demografik değişkenler arasında farklılık tespit edilmemiştir. Fakat performans alt boyutlarından meslektaşlara destek alt boyutu ile cinsiyet değişkeni, hastalara yardım ve destek alt boyutu ile hemşirelerin eğitim durumu değişkeni, bilgi verme alt boyutu ile hemşirelerin kurumda Çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eşkin Bacaksız ve meslektaşları (2017) tarafından gerçekleştirilen Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin çalışmış oldukları kurum türü ile hemşire performansı ve Çalışan performansı arasında, eğitim durumu ile hemşire performansı arasında anlamlı farklılık olduğu hesaplanmıştır. Buna göre, hemşire performansının kurumun etkililiği Açısından önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç olarak, hemşirelerin performansının geliştirilmesine yönelik yapılacak olan her türlü destek, hem hasta bakımına katkısında hem de kurum içerisindeki birlikteliğin geliştirilmesinde

önemli rol oynamaktadır. Böylelikle, yüksek düzeyde performansa sahip olacak olan hemşireler Sağlık bakımındaki iyileştirilmelere ve kurumun etkinliğini artırmada etkili olacaklardır.

## KAYNAKÇA

- AeroLeads. (2017/07/10) What is Sales Performance?. <https://aeroleads.com/blog/what-is-sales-performance/> (Erişim Tarihi: 01.04.2018).
- Baykal, Ü., Sökmen, S., & Seren, Ş. (2006). Performans Değerlendirme Görüşmelerinin Hemşirelerde Yarattığı Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 14(56): 49-58.
- Bingöl, D. (2003), İnsan Kaynakları Yönetimi, Beta Yayınları, 5. Baskı, İstanbul
- Eşkin Bacaksız, F., Tuna, R. ve Harmancı Seren, A.K. (2018). Sağlık Çalışanlarında Performans ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi*. 9(19): 52-58.
- Eşkin Bacaksız, F., Tuna, R., & Seren, A. K. H. (2017). The relationships between organisational identification, job performance, and job crafting: A study among nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 251.
- Gabr Mahmoud, H. ve Mohamed El-Sayed, N. (2016). High Performance Work Systems that Promote Nurses' Job Performance at Main Mansoura University Hospital. *Public Policy and Administration Research*. 6 (9): 59-67.
- Greenslade JH. & Jimmieson NL. (2007). Distinguishing between task and contextual performance for nurses: Developmant of a job performance scale, *J Adv Nurs*;58, 602–611. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04256.x>
- Harmancı Seren, A. K., Tuna, R., & Eşkin Bacaksız, F. (2018). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Job Performance Scale Instrument. *Journal of Nursing Research*, 26(1), 27-35.
- Hayajneh, A.Y., 2000, “Identification Of The Influence Of Organizational Variables On Hospital Staff Nurses’ Job Performance”. (Unpublished doctorate dissertation). Iowa, USA: University of Iowa, City Graduate College.
- Mrayyan, M., ve Al-Faouri, I. (2008). Nurses’ career commitment and job performance: Differences across hospitals. *Nursing Leadership*, 21(2): 101-117.
- Şantaş, F., Uğurluoğlu, Ö., Kandemir, A., & Çelik, Y. (2017). Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm, İş Performansı Ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(3): 867-886.
- Şehitoğlu, Y., & Zehir, C. (2010). Türk kamu kuruluşlarında Çalışan performansının, Çalışan sessizliği ve örgütsel vatandaşlık davranışı bağlamında incelenmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 43(4): 87-110.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O ve Akbolat, M. (2017). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 8. Baskı. Nobel Akademi. Ankara.
- Top, M., Gider, Ö., & Ünalın, D. (2010). Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin (Faktörlerin) İncelenmesi: Kayseri ve Kocaeli İllerindeki Hemşireler Üzerine Bir Alan Araştırması. *Yönetim: İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*, 21 (66): 71-96.
- Turunç, Ö. (2010). Organizasyonlarda Kontrol Algılamalarının Örgütsel Özdeşleşme ve İş Performansına Etkisi. *CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 11(1): 251-269.
- Tutar, H., & Altınöz, M. (2010). Örgütsel İklimin İşgören Performansı Üzerine Etkisi: Ostim İmalat İşletmeleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 65(02): 196-218.
- Wang, G. ve Netemeyer, R. G. (2002), “The Effects of Job Autonomy, Customer Demandingness, and Trait Competitiveness on Salesperson Learning, Self-Efficacy, and Performance”, *Journal of The Academy of Marketing Science*, 30 (3): 217–228.

## DETERMINATION OF RATIONAL DRUG USE (RDU) LEVELS OF INDIVIDUALS

Mahmut AKBOLAT<sup>1</sup>  
Ayhan DURMUŞ<sup>2</sup>  
Zeynep Kübra GÜNEŞ<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** WHO estimates that more than half of all drugs are improperly prescribed, distributed or sold, and that half of the patients do not receive their medication correctly. Therefore, wrong and unnecessary drug use is a serious problem in our country as in the whole world. It is necessary to get rid of these problems and disseminate RDU.

**The Purpose of the Study:** Determination of rational drug use levels of individuals.

**Method:** The universe of the study consists of individuals over the age of 18 living in the central districts of Sakarya. Simple random sampling method was chosen in the sample selection and data were collected from 200 individuals. A two-part questionnaire was used as a data collection tool. Demographic characteristics of the participants in the first part and Rational Drug Use Scale which was analysed the validity and reliability by Demirtaş and colleagues (2018) in the second part were used. The data were analysed by transferring to SPSS environment. Descriptive statistical methods, reliability and parametric analysis methods were used to analyse the data. Data were analysed at 95% confidence interval ( $p = 0.05$ ).

**Findings and Results:** 79.5% of the participants have scored 35 or more from the questionnaire. This score shows that the participants have knowledge of rational drug use. The differences between the rational drug use levels of the participants and the age, chronic disease status, regular drug use, and educational status were determined. As a result, it has been determined that the knowledge level of individuals with rational drug use is high.

**Key Words:** Rational drug use, level of knowledge

---

<sup>1</sup> Sakarya University/Health Management/Turkey/makbolat@sakarya.edu.tr

<sup>2</sup> Sakarya University/Health Management/Turkey/ayhandurmus@sakarya.edu.tr

<sup>3</sup> Sakarya University/Health Management/Turkey/ zeynep.gunes1@ogr.sakarya.edu.tr

## GİRİŞ

Günümüzde teknolojik gelişmelerle birlikte piyasada ilaç sayısında artış gözlenmekte ve ilaçların kullanımına yönelik riskler görülmektedir. Yükselen ilaç harcamaları ile birlikte akılcı olmayan ilaç kullanımlarının çoğalması ve hastaların kendi Sağlık sorunlarında reçetesiz ilaçları kendileri almaya başlaması akılcı ilaç Kullanımının önemini ortaya koymaktadır (Acar ve Yeğenoğlu,2005:208).

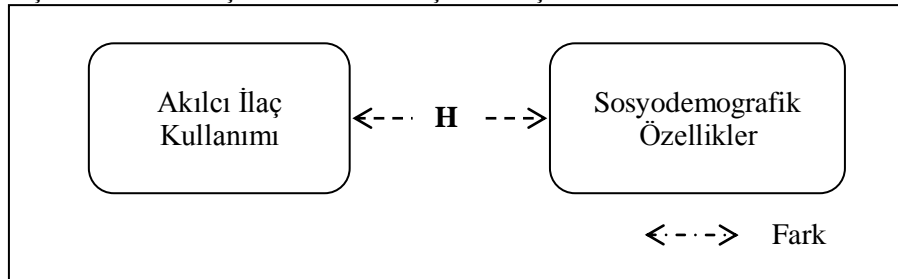
Akılcı ilaç Kullanımı “hastanın klinik gereksinimlerine karşılık gelen doğru tedaviyi, bireysel ihtiyacına uygun dozda, yeterli süre için, kendisi ve yaşadığı toplum için en düşük maliyetle almasıdır” (WHO, 1987). Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme süreci olarak ifade edilmiş olup, bu süreçte devlet, ilaç endüstrisi, hekimler ve eczacılar başta olmak üzere Sağlıkçıların ve halkın akılcı davranması gerekmektedir (Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1993: 12). Buna göre, AİK'nın temel yaklaşımını, ilacın gerektiği zaman, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde kullanılması oluşturmaktadır (Acar ve Yeğenoğlu,2005:208).

Hastaların akılcı ilaç Kullanımına karşı bilinçlendirilmesini sağlamak, tedavinin yarıda bırakılması ve ilacın yanlış kullanılması gibi sorunların da önüne geçilmesine yardımcı olabilir (Yılmaztürk, 2013:47). Böylelikle hastaların akılcı ilaç Kullanımına yönelik olumlu davranışları geliştirilmiş olabilir.

## YÖNTEM

Çalışmanın amacı, bireylerin akılcı ilaç Kullanım düzeylerinin belirlenmesidir. Çalışmanın evrenini, Sakarya merkez ilçelerinde yaşayan 18 yaşından büyük bireylerden oluşmaktadır. Örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi seçilmiş ve 200 kişiden veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan bir anket kullanılmıştır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özellikleri ve ikinci bölümde Demirtaş ve arkadaşlarının (2018) geçerliliği ve güvenilirliği analiz edilen Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 21 madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır. 21 ifadenin 10'u doğru, 11'i yanlış önermedir. Her önerme 'doğru', 'yanlış' ve 'bilmiyorum' şeklinde değerlendirilmiş olup doğru cevap 2, bilmiyorum 1, yanlış cevap 0 puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-42 arasında değişmektedir. Bilgi seviyesi arttıkça anketten alınan puanın arttığı kabul edilmiştir. Veriler SPSS ortamına aktarılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, güvenilirlik ve parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Veriler % 95 güven aralığında analiz edilmiştir (p=0.05). Çalışmanın sadece tek bir ilde yapılmış olması Araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Çalışmada, bireylerin akılcı ilaç Kullanımı ile sosyo demografik değişkenleri arasındaki farklılığı tespit etmek amacıyla Şekil 1'deki Araştırma modeli oluşturulmuştur



Şekil 1: Araştırma Modeli

Araştırma modeli esas alınarak aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir:

H<sub>1</sub>: Bireylerin akılcı ilaç Kullanım düzeyleri yüksektir.

H<sub>2</sub>: Bireylerin akılcı ilaç Kullanımı ile sosyo demografik değişkenleri arasında fark vardır.

## BULGULAR

Tablo 1’de katılımcıların %51’i erkek ve %49’u kadındır. Katılımcıların ortalama yaş aralığı 35 olup, en fazla 18-25 ve 42 yaş üzerindeki bireyler yer almaktadır. Medeni duruma göre, katılımcıların %52’si evlidir. Eğitim düzeyleri çoğunlukla lisedir. Katılımcıların %78’i düzenli ilaç kullanmamakta ve %76,5’inin kronik hastalığı bulunmamaktadır. Katılımcıların % 79,5’i anketten 35 ve daha fazla puan almıştır ve puan ortalaması 37’dir. Bu puan, katılımcıların akılcı ilaç Kullanımı hakkında bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 1:** Katılımcıların Sosyo – Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Değişken		Sayı	%	Değişken		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	102	51,0	Eğitim Durumu	İlköğretim	17	8,5
	Kadın	98	49,0		Ortaöğretim	22	11,0
Yaş	18-25	56	28,0		Lise	55	27,5
	26-33	51	25,5		Ön Lisans	26	13,0
	34-41	39	19,5		Lisans	62	31,0
	42+	54	27,0	Lisansüstü	18	9,0	
Medeni Durum	Evli	104	52,0	Kronik Hastalık	Var	47	23,5
	Bekâr	96	48,0		Yok	153	76,5
Düzenli İlaç Kullanımı	Var	44	22,0	Katılımcıların % 79,5’i anketten 35 ve daha fazla puan almıştır ve puan ortalaması 37’dir. Uç değerleri 25.0-42.0 arasında idi.			
	Yok	156	78,0				

Tablo 2’de Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) ölçek maddeleri, doğru cevap yüzdeleri ve ölçeğin güvenilirlik değeri yer almaktadır. Buna göre, AİK ölçeğinin güvenilirlik analizi sonucunda cronbach’s alpha değeri 0,727 olarak saptanmıştır. Ölçeğin orijinalinde bu değer 0,79’dur (Demirtaş vd., 2018: 42). Bu durum ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. AİK ölçek maddelerinin doğru yanıt yüzdesi, %40,5 ile %97 arasında değişmektedir. En düşük doğru cevap yüzdesine sahip madde “İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir” dir. En yüksek doğru cevap yüzdesi ise “Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz” önermesidir.

**Tablo 2:** AİK ölçek maddeleri, doğru cevap yüzdeleri ve güvenilirlik değeri

	Doğru Cevap Yüzdesi
<b>Toplam Cronbach's alfa: 0,727</b>	
Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	85,0
Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	80,5
Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	90,0
İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	90,5
Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	82,0
İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	77,0
İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.	<b>40,5</b>
İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	75,0
Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir	71,5
Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	69,0
İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	<b>96,5</b>
Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	<b>97,0</b>
Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	75,0
İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	<b>56,5</b>
Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	81,0
Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	67,0
İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	85,5
Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	80,5
Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	78,5
Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.	85,5
Bazı ilaçların Bağımlılık yapma özelliği vardır.	78,0

Sosyo demografik değişkenler ile AİK arasında farklılığı tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız örneklem t testi analizi bulguları tablo 3'te yer almaktadır. Buna göre, AİK ile kronik hastalık durumu ve düzenli kullanılan ilacın olup olmaması arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

**Tablo 3:** Bağımsız Örneklem t Testi Bulguları

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
<b>Kronik Hastalık</b>	Var	47	1,49	0,34	-2,00	<b>,047</b>
	Yok	153	1,59	0,30		
<b>Düzenli Kullanılan İlaç</b>	Var	44	1,45	0,35	,055	<b>,004</b>
	Yok	156	1,60	0,29		

AİK ile sosyo demografik değişkenler arasındaki farklılığın tespiti için yapılan Anova testi bulguları tablo 4'tedir. Buna göre, AİK ile yaş ve eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yaş değişkenindeki farklılığın 26-33 yaş aralığında olanlar ile 42 yaş ve üzerinde olanlar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu bulguya göre, 26-33 yaş aralığında olanlar 42 yaş ve üzerinde olanlara göre daha yüksek akılcı ilaç Kullanım düzeyine sahip olduğunu söyleyebiliriz. Eğitim değişkenindeki farklılıkların ise, lisans ve lisansüstü eğitim almış bireyler ile ilköğretim, ortaöğretim ve lise eğitimi almış bireylerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu durumda lisans ve lisansüstü eğitim almış bireylerin ilköğretim, ortaöğretim ve lise eğitimine sahip bireylerden daha yüksek seviyede akılcı ilaç kullandıklarını söyleyebiliriz.

**Tablo 4:** One – way ANOVA Testi Bulguları

Yaş	N	Ort.	Std. Sapma	F	p	Fark
18-25 <sup>1</sup>	56	1,60	0,27	3,794	0,011	2-4, p=0,018
26-33 <sup>2</sup>	51	1,64	0,27			
34-41 <sup>3</sup>	39	1,57	0,32			
≥42 <sup>4</sup>	54	1,45	0,35			
İlköğretim <sup>1</sup>	17	1,32	0,23	13,828	0,000	5-1, p=0,000; 5-2, p=0,000; 5-3, p=0,000; 6-1, p=0,001; 6-2, p=0,002; 6-3, p=0,011
Ortaöğretim <sup>2</sup>	22	1,36	0,26			
Lise <sup>3</sup>	55	1,45	0,32			
Ön Lisans <sup>4</sup>	26	1,60	0,31			
Lisans <sup>5</sup>	62	1,74	0,22			
Lisansüstü <sup>6</sup>	18	1,74	0,23			
Total	200	1,56	0,31			

Fark analizi sonuçlarına göre, H<sub>2</sub> hipotezi cinsiyet, medeni durum değişkenleri dışında kabul edilmiştir.

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma bireylerin akılcı ilaç Kullanımı bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, katılımcıların % 79,5 (159)'i anketten 35 ve daha fazla puan almıştır ve puan ortalaması 37'olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların vermiş oldukları cevapların uç değerleri 25.0-42.0 arasındadır. Buna göre, katılımcıların yüksek düzeyde akılcı ilaç kullanma davranışına sahip olduklarını söyleyebiliriz. Demirtaş ve meslektaşlarının gerçekleştirmiş olduğu Çalışmada benzer sonuçlar gözlenmektedir (2018:44).

Çalışmanın bir diğer sonucuna göre, ölçek önermelerinin doğru cevap oranlarının %40,5 ile %97 arasında değiştiği saptanmıştır. En yüksek doğru cevap yüzdesini “Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz” önermesi alırken, en düşük doğru cevap yüzdesini ise “İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir” önermesi almıştır. Buna göre, Çalışmaya katılan bireylerin hekim tarafından karar verilen ilaçların kullanılması gerektiği, olumsuz etkilerinin hekime bildirilmesi gerektiği, düzenli kullanılan veya önceden kullanmış olduğu ilacını tedavi sürecinde hekime



bilgi vermesi gerektiği bilinci söz konusu iken, ilaçların nasıl kullanılması, nerede saklanması bilinci düşük düzeydedir. Aynı zamanda bitkisel ürünlere karşı bilgi düzeyleri düşüktür. Bunun sebebinin televizyon ve radyo programları, sosyal medya gibi araçların reklamlar nedeniyle bireyleri yanlış şekilde bilgilendirildiğini söyleyebiliriz.

Çalışmada elde edilen diğer sonuca göre ise, AİK ile sosyo demografik değişkenler arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılıkların yaş, eğitim durumu, kronik hastalık durumu ve düzenli kullanılan bir ilacın var olup olmamasından kaynaklandığı saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçlara rastlamak mümkündür (Demirtaş vd., 2018; Bian et al., 2015; Yapıcı vd, 2011). Bu sonuçlara göre, bireylerin akılcı ilaç Kullanımı konusunda farkındalığın oluşturulması ve bilincin artırılması gerekmektedir. Bu sorumluluk tüm Sağlık Çalışanlarının (hekim, hemşire, eczacı vs.) yanı sıra hasta/hasta yakınları, meslek örgütleri, medya ve akademindedir. Böylelikle yanlış ilaç kullanımının önüne geçilmiş olur ve bireylerin akılcı ilaç Kullanımına ilişkin farkındalıkları gelişmiş olur.

#### **KAYNAKÇA**

- Acar, A., & Yeğenoğlu, S. (2005). Akılcı ilaç Kullanımı penceresinden farmakoeкономи ve hastane formüllerleri. Ankara Ecz. Fak. Derg, 34(3), 207-218.
- Bian, C., Xu, S., Wang, H., Li, N., Wu, J., Zhao, Y., ... & Lu, H. (2015). A study on the application of the information-motivation-behavioral skills (IMB) model on rational drug use behavior among second-level hospital outpatients in Anhui, China. PloS one, 10(8), e0135782.
- Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., Kılıç, F.S. & Metintaş, S. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 3(3), 37-46.
- Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1993). Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi. Ankara;
- World Health Organization. (1987). The rational use of drugs (No. EM/RC33/R. 10). <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>
- Yapıcı, G., Balıkçı, S., & Uğur, Ö. (2011). Birinci basamak Sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç Kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Medical Journal/Dicle Tip Dergisi, 38(4): 458-465.
- Yılmaztürk, A. (2013) "Türkiye'de Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı", Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(2):42-49

## EFFECT OF AEROBIC EXERCISE WITH RHYTHM ON PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

Tugba CIVI KARAASLAN [1],  
Aynur CICEK [2],  
Ela TARAKCI [1],  
Serdal UGURLU [3]

[1] Istanbul University-Cerrahpasa/Faculty of Health Science/Department of Physiotherapy and Rehabilitation/Division of Neurologic Physiotherapy and Rehabilitation/Turkey/ tugba.civi@istanbul.edu.tr

[2] Istanbul Bahcelievler Nursing Home Elderly Care and Rehabilitation Center/Turkey

[3] Istanbul University-Cerrahpasa/Cerrahpasa Faculty of Medicine/Department of Internal Medicine/Turkey

### ABSTRACT

Fibromyalgia syndrome, which is not known for certain reasons, is a soft tissue rheumatism that causes pain in certain parts of the body, sleep disturbance, increased sensitivity and deterioration of quality of life. There are some studies suggesting that low intensity exercise decreases symptoms in patients with fibromyalgia and should be used in the treatment of the disease. However, the effectiveness of aerobic exercise with rhythm on patients with fibromyalgia was not investigated in detail.

**The Purpose of the Study:** It is aimed in this study to investigate the effects of aerobic exercise with rhythm on patients with fibromyalgia.

**Method:** 27 female patients with fibromyalgia who appropriate the inclusion criteria were included in the study. Patients were applied a 4-week rehabilitation program with 3 sessions per week. In each session, patients performed aerobic exercise for 30 minutes with rhythm. At the beginning and end of the session, muscle stretching was performed. All participants were assessed with Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), McGill-Melzack Pain Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Beck Depression Inventory before and after the treatment.

**Findings and Results:** The mean age of patients was 46.30±12.55 years and body mass index was 27.15±8.38 kg/m<sup>2</sup>. FIQ score (before 63.34±15.78, after 47.03±10.74 p=0.001) was recovered. No significant differences were found with other parameters (p>0.05).

**Key Words:** Fibromyalgia, Aerobic Exercise With Rhythm, Quality of Life

### GİRİŞ

Fibromyalji Sendromu, bir ağrı düzenleme bozukluğudur ve genellikle santral sensitizasyon (merkezi duyarlılık) sendromu biçimi olarak sınıflandırılmaktadır (Pomares et al., 2017). Fibromyalji Sendromu yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı ile karakterize kronik bir durumdur. Yumuşak doku ağrısı semptomlarına rağmen doku inflamasyonu yoktur. Hastalığa sıklıkla yorgunluk, bilişsel bozukluklar, psikiyatrik ve somatik semptomlar eşlik eder. Etiyolojisi ve patofizyolojisi tam olarak ortaya konamamıştır (Bhargava & Hurley, 2019; Goldenberg, 2014).

Fibromyalji Sendromunda sıklıkla kronik yaygın ağrı, sabah tutukluğu, özellikle ekstremitelerdeki doku şişliği gibi kas-iskelet sistemi semptomlarının yanında yorgunluk, halsizlik, uyku bozukluğu, parestezi gibi kas-iskelet sistemi dışı bulgular da görülmektedir. Bunlara ek olarak duygu durum bozukluğu, yaşam kalitesinin bozulması ve günlük işlevselliğin azalması da bu sendroma sıklıkla eşlik etmektedir. Fibromyalji Sendromunda en belirgin fizik muayene bulgusu ise spesifik anatomik bölgelerdeki hassas noktaların varlığıdır (Coşkun, 2015).

Aerobik egzersiz, geniş kas gruplarını içeren ritmik ve dinamik egzersizlerden oluşan bir egzersiz çeşididir. Fibromyalji Sendromu rehabilitasyonunda da aerobik egzersizden sıkça yararlanılmaktadır. Buna rağmen, Fibromyalji Sendromlu bireylerde ritim eşliğinde yapılan aerobik egzersizin etkinliğine dair kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu kapsamda, çalışmanın amacı Fibromyalji Sendromlu bireylerde ritimli aerobik egzersizin etkilerini araştırmaktır.

### YÖNTEM

Çalışmaya, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Şubat 2019 - Mayıs 2019 tarihlerinde 18-65 yaş arasında 27 Fibromyalji Sendromlu kadın hasta katıldı. Egzersiz yapabilme becerisine sahip olan, Zamanlı Kalk Yürü Testinden 12 saniye ve altında skor alan bireyler çalışmaya dahil edildi. Ağrı semptomunu etkileyebilecek nörolojik, ortopedik, kardiyovasküler veya romatolojik problemi olanlar ve son 6 ayda ağrıya yönelik tedavi almış olan bireyler çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya

katılacak olan bireyler yöntem ve amaç ile ilgili bilgilendirildi ve Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden onam alındı.

Katılımcıların cinsiyet, yaş, boy, kilo gibi sosyo-demografik özellikleri Araştırmacılar tarafından oluşturulan bilgi formuna kaydedildi.

Fiziksel fonksiyon ve Sağlık durumunu değerlendirmek için Fibromyalji Etki Anketi (FIQ) kullanıldı. FIQ toplam 10 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm 11 adet günlük yaşam aktivitesini değerlendirir. Diğer maddeler hastanın son bir hafta boyunca kendini iyi hissettiği gün sayısını, hastalık nedeniyle iş gidemediği veya ev işlerini yapamadığı gün sayısını, ağrı şiddetini, iş yapabilme düzeyini, yorgunluk durumunu, uyku sonrası dinlenmiş olma halini, tutukluğunu, anksiyete ve depresyon durumunu değerlendirmeye yöneliktir. Toplam FIQ puanlaması en yüksek 100'dür. Yüksek skor düşük fonksiyonellik düzeyinin göstergesidir (Bennett, 2005; Sarmer, Ergin, & Yavuzer, 2000).

Ağrı semptomunu değerlendirmek için McGill – Melzack Ağrı Soru Formu (MASF) kullanıldı. MASF, dört bölümden oluşan hasta bildirimine dayalı bir değerlendirme skalasıdır. Bu bölümlerde ağrının yeri, özelliği, şiddeti ve ağrının zamanla ilişkisi değerlendirilir. MASF puanının artması, ağrının arttığını göstermektedir (Melzack, 1975).

Uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanıldı. PUKİ, son bir aylık süreci sorgulayan, sorulardan 19'unun hastanın kendisi, 5'inin eş veya oda arkadaşı tarafından cevaplandığı bir değerlendirme ölçeğidir. Uyku kalitesine dair 7 bileşen değerlendirilir. Bu bileşenlerin puanlarının toplanmasıyla ölçek toplam puanı hesaplanır. Toplam puan 0 ila 21 arasındadır. Toplam puanın 5'in üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir (Agargun, 1996; Buysse, Reynolds III, Monk, Berman, & Kupfer, 1989).

Katılımcılarda, depresyonda görülen bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtileri değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri (BDI) kullanıldı. BDI 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler, depresyonun belirtilerini değerlendirmeye ilişkin olup etiyojijiyi yansıtmamaktadır. Bu maddeler depresif ruh durumunu, karamsarlığı, başarısızlık duygusunu, doyumsuzluğu, suçluluk duygusunu, kendinden nefret etme ve kendini suçlamayı, cezalandırılma beklentisini, intihar düşüncesini, ağlama nöbetini, irritabiliteyi, sosyal çekilmeyi, kararsızlığı, beden imajında değişikliği, Çalışmamayı, uyku bozukluğunu, yorgunluğu, iştah azalmasını, kilo kaybını, bedene odaklanmayı ve libido kaybını içerir. Ölçekten 0 ila 63 arasında puan alınmaktadır. Sıfır-9 puan arası normal, 10-16 puan arası hafif depresyon, 17-29 puan arası orta derece depresyon, 30 puan ve üstü ise ağır depresyon göstergesidir (Beck, Steer, & Carbin, 1988).

Tüm katılımcılar tedavi öncesi ve sonrası olmak üzere iki kez değerlendirildi.

Rehabilitasyon programı, fizyoterapist gözetiminde yapılan ritim eşliğindeki aerobik egzersizleri ve evde yapılan ev egzersiz programından oluşmaktaydı (Tablo 1). Aerobik egzersiz ritim eşliğinde toplam otuz dakika olacak şekilde üç periyot halinde uygulandı. İlk on dakikalık periyotta hastalara tüm vücudu içerecek şekilde ve solunumla kombine edilerek aerobik egzersiz yaptırıldı. İkinci on dakikalık periyotta hastalar bu egzersizleri ellerinde birer kilogramlık ağırlık ile yaptı. Üçüncü on dakikalık periyotta ise egzersizler ayak bileklerine bağlanan birer kilogramlık ağırlıklar ile yapıldı. Aerobik egzersizlerden önce ve sonra beşer dakika süren ve germe ve gevşeme egzersizlerini içeren ısınma ve soğuma periyotları gerçekleştirildi. Fizyoterapist gözetiminde yapılan ritim eşliğindeki aerobik egzersizler haftada üç seans olmak üzere toplam dört hafta uygulandı. Bunun yanında hastalara ev programı olarak, haftada iki kez (kliniğe gelinmeyen günlerde) otuz dakika tempolu yürüyüş önerildi.

**Tablo 1. Rehabilitasyon programı ve ev programı**

		Sıklık	Süre	Tür
<b>Rehabilitasyon programı</b>	Isınma Periyodu	Haftada 3 kez	5 dakika	Germe ve gevşeme
	Ritim Eşliğinde Aerobik Egzersiz		İlk 10 dakika	Solunum ile kombine
			İkinci 10 dakika	Ellerinde birer kilogramlık ağırlık ile
			Üçüncü 10 dakika	Ayak bileklerinde birer kilogramlık ağırlık ile
	Soğuma Periyodu		5 dakika	Germe ve gevşeme
<b>Ev programı</b>	Yürüyüş	Haftada 2 kez	30 dakika	Tempolu

İstatistiksel analizde frekans ve ortalama hesaplamaları için One Sample T Test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk'e göre değerlendirildi. Tedavi öncesi ve sonrası değerleri Karşılaştırmak için Two Sample Paired T-Test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p < 0.05$  olarak belirlendi.

## BULGULAR

Çalışmaya 27 Fibromyalji Sendromu tanılı birey katıldı. Katılımcıların tamamı kadın cinsiyette idi. Yaş ortalaması  $46,30 \pm 12,55$  yıl idi. Çalışmaya katılan hastaların vücut kütle indeksi ortalama  $27,15 \pm 8,38$   $\text{kg/m}^2$  idi. Fibromyalji Sendromu tanısı konduktan sonra geçen süre ortalama  $2,82 \pm 2,39$  yıl idi. Katılımcıların ortalama FİQ puanı tedavi öncesinde  $63,34 \pm 15,78$  iken tedavi sonrasında  $47,03 \pm 10,74$  idi. Tedavi öncesi ve sonrası değerler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p=0,001$ ). Ortalama MASF puanları tedavi öncesi  $62,11 \pm 15,67$  iken tedavi sonrasında  $56,56 \pm 14,88$  idi. Tedavi öncesi ve sonrası değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0,18$ ). Çalışmaya katılan Fibromyalji Sendromu hastalarının ortalama PUKİ toplam puanları tedavi öncesinde  $14,79 \pm 2,51$  iken tedavi sonrasında  $13,11 \pm 2,26$  puan idi. Tedavi öncesi ve sonrası değerler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0,13$ ). Ortalama BDI puanları tedavi öncesi  $19,00 \pm 18,26$  iken tedavi sonrasında  $16,11 \pm 17,30$  idi. Tedavi öncesi ve sonrası değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0,55$ ). Katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası FİQ, MASF, PUKİ ve BDI toplam puanı değerleri tablo 2'de gösterildi.

**Tablo 2. FİQ, MASF, PUKİ ve BDI toplam puanı ortalama değerleri**

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	p
Fibromyalji Etki Anketi (FİQ)	$63,34 \pm 15,78$	$47,03 \pm 10,74$	<b><math>p=0,001</math></b>
McGill – Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)	$62,11 \pm 15,67$	$56,56 \pm 14,88$	$p=0,18$
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	$14,79 \pm 2,51$	$13,11 \pm 2,26$	$p=0,13$
Beck Depresyon Envanteri (BDI)	$19,00 \pm 18,26$	$16,11 \pm 17,30$	$p=0,55$

Katılımcıların FİQ skoru ( $p=0,001$ ) iyileşti. Diğer parametrelerde anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ).

## SONUÇ

Fibromyalji Sendromunda ritim eşliğinde yapılan aerobik egzersiz bireylerin fiziksel fonksiyonunu geliştirmekte ve Sağlık durumunu iyileştirmektedir. Buna rağmen ağrı semptomu, uyku kalitesi ve depresyon üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Klinik iyileşme yönüyle ele aldığımızda ise Fibromyalji Sendromlu bireylerin semptomları ritimli aerobik egzersiz programı sonrasında azalma göstermiştir.

Ritimli aerobik egzersiz, Fibromyalji Sendromunun etkisini azaltabilir. Buna ek olarak, ağrının azaltılması, depresyonun etkilerinin azaltılması ve uyku kalitesinin iyileştirilmesi üzerinde daha ayrıntılı sonuçlar için daha uzun takip süreli programlar uygulamanın yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

- Agargun, M. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Bennett, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(5), S154.
- Bhargava, J., & Hurley, J. A. (2019). *Fibromyalgia StatPearls [Internet]*: StatPearls Publishing.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- Coşkun, N. C. (2015). Fibromyalji Sendromunda Klinik, Tanı, Ayırıcı Tanı. *Türkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics*, 8(3), 15-21.
- Goldenberg, D. L. (2014). Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. *Jama*, 311(15), 1570-1570.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Pomares, F. B., Funck, T., Feier, N. A., Roy, S., Daigle-Martel, A., Ceko, M., . . . Stikov, N. (2017). Histological underpinnings of grey matter changes in fibromyalgia investigated using multimodal brain imaging. *Journal of Neuroscience*, 37(5), 1090-1101.
- Sarmer, S., Ergin, S., & Yavuzer, G. (2000). The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology International*, 20(1), 9-12.

## INVESTIGATION OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF ACADEMIC STAFF IN FACULTY OF MEDICINE

Ayten TURAN KURTARAN<sup>1</sup>  
Abdülkadir KOCA<sup>2</sup>  
Aysunur KANDIRAN<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Purpose of the Study:** The academic staff working in the Medicine Faculty have an important position in the society with the role of educators and physicians. Therefore, they are individuals who should have the responsibility of being a model for students and society by exhibiting positive health behaviors. The aim of this study is to examine the healthy lifestyle behaviors by taking into account the socio-demographic characteristics of the academic staff of Karadeniz Technical University Medicine Faculty.

**Method:** This is a cross-sectional study conducted with the participation of 98 academic staff working in a university hospital. In the research, it was used socio-demographic data form and Healthy Lifestyle Behavior Scale II developed by Walker (1990) for data collection. The data obtained from the study were analyzed with SPSS 25.0 software programme. In the study, the Cronbach's Alpha value is 0.93 for the total scale and between 0.67-0.87 for the sub-dimension.

**Findings and Results:** According to the results of the analysis, the mean total score of the Healthy Lifestyle Behavior Scale was  $126.06 \pm 19.90$ . Depending on the age of the academic staff it was found that there was a statistically significant difference between the Healthy Lifestyle Behavior Scale and health responsibility, physical activity and stress management sub-dimensions ( $p < 0.05$ ). It was found that there was a statistically significant difference between the teaching staff and the research assistants and the academic staff working in the surgical, internal and basic medical sciences in the nutrition sub-dimension of healthy lifestyle behaviors ( $p < 0.05$ ). The spiritual development score of the academic staff who have children is higher than the ones without children and this difference is statistically significant. When the healthy lifestyle behaviors of the academic staff were compared according to the perceived health status, it was found that the difference was statistically significant at the level of 0.01% in both the Healthy Lifestyle Behavior Scale and all the sub-dimensions except for health responsibility.

As a result of the research, it was determined that the academic staff who have children, who are in the 28-31 age group and have a good health status, were higher the scores of the healthy lifestyle behaviors scale.

**Key Words:** Academic staff, physician, healthy lifestyle

---

<sup>1</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fak./Sağlık Yönetimi Böl., ayturan@ktu.edu.tr

<sup>2</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fak./Sağlık Yönetimi Böl., a.kadir\_koca@outlook.com

<sup>3</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fak./Sağlık Yönetimi Böl., k.aysunur@gmail.com

## I. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre Sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz Sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren Sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Güngör ve Hotun, 2006, s.7).

Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması ve geliştirilmesi için olumlu Sağlık Davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bireylerin yaşam biçimleri hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi, bireylere fiziksel ve mental Sağlıklarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir (Güngör ve Hotun, 2006, s.7).

Sağlığın geliştirilmesi Çalışmaları insanların kendi Sağlıklarını düzeltmede, kontrol etmede ve tam bir Sağlık potansiyeline kavuşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda Sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları sağlanacaktır (Ayaz ve dğ. 2005, s.28).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını kontrol etmesi günlük aktivitelerini düzenlemede kendi Sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Özkan ve Yılmaz, 2008, s.90).

Bilim ve teknolojiye de değişimler nedeniyle dünyada yaşanan hızlı değişim süreci bireylerin daha kaliteli yaşam isteğini artırmaktadır. Bu değişimler Sağlık, bilim ve eğitim alanlarında kendini göstermekte olup özellikle yükseköğretim koşullarında ve akademisyenliği besleyen ekonomik ve sosyal dinamiklerde gözlenmektedir (Odabaşı ve dğ., 2010, s.129).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tespit edilmesine yönelik Türkiye'de yapılan bazı Araştırmaların sonuçları şöyledir:

Bahar ve dğ. (2008) yaptıkları çalışmada, Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilen Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin Türkiye'ye uyarlanmasına yönelik geçerlilik ve güvenilirliğini yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve orijinal dili İngilizce olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlilik ve güvenilirlik düzeyi yüksek düzeyde bulunmuştur.

Ünalın ve dğ. (2007), Sağlık ve sosyal alanlarındaki meslek yüksekokullarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü düzeylerini tespit etmek amacıyla bu Çalışmayı yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda Sağlık programlarında öğrenim gören öğrencilerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt grup puan ortalamaları sosyal programlarda öğrenim gören öğrencilere göre düşük öz bakım gücü puan ortalamaları ise yüksek bulunmuştur.

Arslan ve Ceviz (2007) tarafından yapılan Çalışmada ev hanımı ve Çalışan kadınların obezite prevalansı ve Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda Çalışan kadınların Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları ev hanımlarından yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve düzenli diyet uygulama alışkanlığı vücut ağırlığını kontrol altına almada önemli bir faktör olduğu gözlemlenmiştir.

Kocaakman ve dğ. (2010) tarafından yapılan Araştırmada İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimi ortaya koyarak, aldıkları eğitimin Sağlık davranışları üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın sonucunda hemşirelik yüksekokulunda verilen eğitimin öğrencilerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirlenmiştir.

Gürsel ve dğ. (2016) tarafından yapılan Çalışmada, bir üniversitede görev yapan öğretim elemanlarının, cinsiyet temel alınarak Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitesinin durumunun ortaya çıkarılması ve değişkenlerin alt boyutları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan stres yönetiminin öğretim elemanlarının yaşam kaliteleriyle yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür.

Polat ve Kahraman (2013) yaptıkları Araştırmada, yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkisini incelemiştir. Araştırmanın sonucunda Sağlık Çalışanlarının yaşlı bireylerin sosyal destek kaynaklarını ve sağlığı koruyucu, geliştirici davranışlarını değerlendirmeye ve arttırmaya yönelik girişimler yapmasının gerekli olduğu tespit edilmiştir.

Altay ve dğ. (2015), tıp fakültesi hastanesinde Çalışan hemşirelerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Araştırmanın sonucunda eğitim ve danışmanlık rolü olan hemşirelerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini kavranması, bilgilerini yaşama geçirebilmeleri için desteklenmeleri önerilmiştir.

## **II. Araştırmanın Amacı**

Sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili Çalışmalar genellikle belirli gruplar üzerinde yapılmıştır. Bu Araştırmada, hem eğitim öğretim faaliyetini yürüten hem de Sağlık hizmet sunumu gerçekleştiren Tıp Fakültesinde görev yapan öğretim elemanlarının Sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenecektir. Hem eğiticilik hem de Sağlık hizmet sunucusu rolleri ile toplumda önemli bir konuma sahip olan hekimlerin olumlu Sağlık davranışları sergileyerek topluma model olma sorumluluğu taşıması gerektiği düşüncesinden yola çıkılarak böyle bir Araştırma planlanmıştır.

Bu Araştırmada, K.T.Ü. Tıp Fakültesi'nde görev yapan öğretim elemanlarının Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve sosyo-demografik özelliklerine göre, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve değişkenlerin alt boyutları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

## **III. Materyal ve Metot**

Bu Çalışma, K.T.Ü. Tıp Fakültesi'nde görev yapan öğretim elemanlarının Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesini amaçlayan kesitsel tipte bir Araştırmadır. Araştırmanın evrenini, K.T.Ü. Tıp Fakültesi'nde dahili, cerrahi ve temel tıp bilimlerinde görev yapan öğretim elemanlarının tümü oluşturmaktadır. Araştırmada, evrenin tümüne ulaşmaya Çalışılmış ancak iş yoğunluğu ve yeterince boş zamanlarının olmaması nedeniyle Araştırmaya gönüllü katılan sayısı 98 kişi ile sınırlı kalmıştır. Araştırma verisi, üniversite rektörlüğünden yazılı izin ve öğretim elemanlarından sözel izin alınarak 01/10/2018 - 14/01/2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Araştırmanın sosyo-demografik verileri ile ilgili bilgiler 'Kişisel Bilgi Formu', sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili veriler 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' ile elde edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği Walker ve ark. tarafından 1990'da İspanyol diline uyarlanmıştır. Kırk sekiz maddeden oluşan ölçek, İspanyol diline çevrilerek 485 bireye uygulanmıştır. Orijinal ölçeğe benzer şekilde altı faktör elde edilmiş ve bu faktörlerin açıkladıkları varyans %45.9 olarak bulunmuştur. Ölçek 1996 yılında tekrar Çalışılarak revize

edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Bicimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır.

- Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51),
- Fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46),
- Beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50),
- Manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52),
- Kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve
- Stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47).

Ölçeğin genel puanı Sağlıklı yaşam bicimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4’lu likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir. Bu Araştırmada güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değerinin toplam ölçek için 0.93 olduğu, alt faktörler için ise 0.67-0.87 arasında değişim gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırmanın Bağımlı değişkenleri Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt faktörlerin puanları; bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, medeni durum, yaş aralığı, çocuk durumu, akademik unvan, bölüm ve Sağlık durumudur. Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 25.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin Karşılaştırılmasında non parametrik testler (Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi), normal dağılım gösteren değişkenlerin Karşılaştırılmasında ise parametrik testler (Anova ve t testi) kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  alınmıştır.



#### IV. Bulgular

Katılımcılara ait sosyo demografik özellikler Tablo 1’de özetlenmiştir.

**Tablo 1:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo Demografik Değişkenler		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	51	52
	Erkek	47	48
Medeni Durum	Evli	55	56
	Bekar	43	44
Yaş	24-27 arası	22	22
	28-31 arası	42	43
	32 ve üzeri	34	35
Çocuk Durumu	Var	33	60
	Yok	22	40
Akademik Unvan	Öğretim Üyesi	27	28
	Araştırma Görevlisi	71	72
Bölüm	Cerrahi Tıp Bilimleri	24	24
	Dahili Tıp Bilimleri	42	43
	Temel Tıp Bilimleri	32	33
Sağlık Durumu	İyi	27	28
	Orta	54	55
	Kötü	17	17

Araştırmaya katılan öğretim elemanlarının %28’i öğretim üyesi, %72’si Araştırma görevlisidir. Cinsiyete göre, katılımcıların %52’si kadın, %48’i erkek, %22’si 24-27, %43’ü 28-31 ve %35’i 32 üzeri yaşları arasındadır. Öğretim elemanlarının % 56’sının evli olduğu ve bu grubun % 60’ının çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin % 24’ü cerrahi, %43’ü dahili ve %33’ü temel tıp bilimlerinde görev yapmaktadır. Araştırma kapsamındaki hekimlerin %28’i yaşam kalitesinin iyi olduğunu belirtirken, % 55’i orta ve %17’si ise kötü olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile ilgili tanımlayıcı istatistikler Tablo 2’de sunulmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puan ortalaması 126.06±19.90’dır. Bu ölçeğin alt faktörleri incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının 25.78±3.80 ile manevi gelişim olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla; kişilerarası ilişkiler 25.38±3.89, beslenme 19.98±4.59, Sağlık sorumluluğu 19.80±4.75, stres yönetimi 18.75±3.72 ve fiziksel aktivite 16.40±5.19 izlemektedir.

**Tablo 2:** Tıp Fakültesindeki Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

SYBD II Ölçeği ve Alt Boyutları	Minimum	Maximum	Toplam	Ortalama	Std. Sapma
Kişilerarası İlişkiler	18,00	35,01	2487	25,38	3,89
Beslenme	10,98	30,96	1957	19,98	4,59
Sağlık Sorumluluğu	11,97	35,01	1939	19,80	4,75
Fiziksel Aktivite	8,00	29,04	1606	16,40	5,19
Stres Yönetimi	10,00	28	1837	18,75	3,72
Manevi Gelişim	18,99	35,01	2526	25,78	3,80
<b>SYBD Toplam</b>	<b>85,8</b>	<b>182</b>	<b>12354</b>	<b>126,06</b>	<b>19,90</b>

Tablo 3'te öğretim elemanlarının cinsiyetlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların SYBD puanı erkeklerden daha yüksektir. SYBD ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında, kadınların kişilerarası ilişkiler, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek; erkeklerin ise Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutlarında puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek belirlenmiştir. Ancak yapılan analizlerde bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sadece, beslenme alt boyutunda kadın ve erkeklerin puan ortalamalarının %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

**Tablo 3:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Cinsiyetlerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

SYBD II Ölçeği ve Alt Boyutları	Cinsiyet				Test Değerleri	
	Kadın (N=51)		Erkek (N=47)		t	p
	Ort.	Std Sap.	Ort.	Std Sap.		
Kişilerarası İlişkiler	25,76	3,23	24,97	4,49	-0,990	0,32
Beslenme	20,72	4,53	19,17	4,56	-1,676	0,09
Sağlık Sorumluluğu	19,26	4,72	20,38	4,76	-1,235	0,22
Fiziksel Aktivite	16,17	5,00	16,64	5,42	0,445	0,65
Stres Yönetimi	18,86	3,30	18,63	4,15	-0,306	0,76
Manevi Gelişim	25,75	3,52	25,82	4,12	0,102	0,92
SYBD Toplam	126,52	18,19	125,56	21,80	-0,171	0,86

Medeni duruma göre SYBD puanları incelendiğinde, evli olanların SYBD puan ortalaması bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak beslenme, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarında evli olanların puan ortalamaları daha yüksekken; kişilerarası ilişkiler, Sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarında bekarların puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda evli ve bekar öğretim elemanlarının hem SYBD hem de alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Medeni Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

SYBD II Ölçeği ve Alt Boyutları	Medeni Durum				Test Değerleri	
	Evli (N=55)		Bekar (N=43)		t	p
	Ortalama	Std Sap.	Ortalama	Std Sap.		
Kişilerarası İlişkiler	25,38	4,08	25,39	3,67	-0,017	0,98
Beslenme	20,34	4,53	19,51	4,67	0,898	0,37
Sağlık Sorumluluğu	19,49	4,94	20,18	4,53	-1,143*	0,25
Fiziksel Aktivite	16,27	5,46	16,55	4,87	-0,263	0,79
Stres Yönetimi	18,98	3,75	18,46	3,69	-0,674	0,50
Manevi Gelişim	25,87	4,05	25,67	3,50	0,257	0,79
SYBD Toplam	126,29	21,07	125,77	18,55	-0,32*	0,97

\* Normal dağılım varsayımını sağlamadıkları için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**Tablo 5:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

SYBD II Ölçeği Alt Boyutları	Çocuk Sahibi Olma Durumu				Test Değerleri	
	Çocuklu (N=33)		Çocuksuz (N=22)			
	Ort.	Std. Sap.	Ort.	Std. Sap.	t	p
Kişilerarası İlişkiler	25,63	4,26	25,00	3,86	0,556	0,579
Beslenme	21,18	4,51	19,09	4,37	<b>1,708</b>	<b>0,094</b>
Sağlık Sorumluluğu	19,97	5,15	18,78	4,62	-0,761*	0,447
Fiziksel Aktivite	16,20	6,14	16,39	4,37	-0,123	0,903
Stres Yönetimi	19,16	4,36	18,70	2,66	0,439	0,662
Manevi Gelişim	26,76	4,25	24,54	3,39	<b>2,046</b>	<b>0,046</b>
SYBD Toplam	128,88	24,25	122,41	14,82	-0,636*	0,525

\* Normal dağılım varsayımını sağlamadıkları için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Çocuk sahibi olma durumuna göre SYBD puanları incelendiğinde, çocuğu olan hekimlerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının çocuğu olmayan hekimlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5). Çocuk sahibi olma durumuna göre sadece ölçeğin manevi gelişim alt boyutunda oluşan farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

**Tablo 6:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Yaş Aralığına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

SYBD II Ölçeği Alt Boyutları	Yaş aralığı						Test Değerleri	
	24-27 (N=22)		28-31(N=42)		32ve üz.(N=34)			
	Ort.	Std. Sap.	Ort.	Std. Sap.	Ort.	Std. Sap.	F	p
Kişilerarası İlişkiler	24,59	3,13	26,19	4,36	24,90	3,62	1,644	0,199
Beslenme	18,17	4,00	20,55	4,81	20,44	4,49	2,253	0,111
Sağlık Sorumluluğu	19,32	3,41	21,34	5,36	18,20	4,18	<b>8,044*</b>	<b>0,018</b>
Fiziksel Aktivite	14,64	4,21	17,94	5,28	15,62	5,24	<b>3,708</b>	<b>0,028</b>
Stres Yönetimi	17,24	4,24	20,07	3,44	18,10	3,21	<b>5,425</b>	<b>0,006</b>
Manevi Gelişim	24,18	3,30	26,33	3,91	26,15	3,78	2,626	0,078
SYBD Toplam	118,13	16,60	132,39	20,15	123,38	19,61	<b>10,91*</b>	<b>0,004</b>

\* Normal dağılım varsayımını sağlamadıkları için Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Tablo 6'da öğretim elemanlarının yaş gruplarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi 28-31 yaş aralığındaki öğretim elemanlarının SYBD ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının, 24-27 yaş aralığı ile 32 ve üzeri yaşta olan öğretim elemanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizlerde hekimlerin yaşlarına bağlı olarak Sağlıklı yaşam davranışları arasında SYBD ölçeği ile Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 7:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Akademik Statülerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

SYBD II Ölçeği ve Alt Boyutları	Akademik Statü				Test Değerleri	
	Öğretim Üyesi (N=27)		Araştırma Görevlisi (N=71)			
	Ort.	Std. Sap.	Ort.	Std. Sap.	t	p
Kişilerarası İlişkiler	25,48	3,37	25,35	4,09	0,147	0,884
Beslenme	21,40	4,59	19,43	4,51	1,924	<b>0,049</b>
Sağlık Sorumluluğu	19,10	4,43	20,06	4,87	-731*	0,465
Fiziksel Aktivite	16,73	5,72	16,27	5,01	0,39	0,697
Stres Yönetimi	18,75	4,03	18,75	3,62	-0,008	0,993
Manevi Gelişim	26,38	3,86	25,56	3,78	0,953	0,343
SYBD Toplam	127,86	21,69	125,38	19,30	-0,111*	0,911

\* Normal dağılım varsayımını sağlamadıkları için non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Öğretim elemanlarının akademik statülerine göre SYBD puanları incelendiğinde, Sağlık sorumluluğu alt boyutu hariç öğretim üyelerinin SYBD puan ortalamalarının Araştırma görevlilerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, öğretim üyeleri ile Araştırma görevlileri arasında beslenme alt boyutuna bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). SYBD toplam ve beslenme dışındaki alt boyutlar arasında ise akademik statüye göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 7).

**Tablo 8:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Görev Yaptığı Bölümlere Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

	Tıp Fakültesi Bölümleri						Test Değerleri	
	Cerrahi (N=24)		Dahili (N=42)		Temel (N=32)			
	Ort.	Std Sp.	Ort.	Std Sp.	Ort.	Std Sp.	F	p
Kişilerarası İlişkiler	24,67	4,47	25,61	3,81	25,62	3,56	0,539	0,585
Beslenme	21,3	4,14	19,08	4,94	20,15	4,3	<b>2,236</b>	<b>0,029</b>
Sağlık Sorumluluğu	19,54	4,65	19,62	4,68	20,22	5,03	0,247*	0,884
Fiziksel Aktivite	17,52	6,44	16,2	5,12	15,81	4,16	0,794	0,455
Stres Yönetimi	18,23	3,62	18,63	4,06	19,3	3,33	0,592	0,555
Manevi Gelişim	24,83	4,08	25,78	3,8	26,5	3,54	1,339	0,267
SYBD Toplam	126,06	20,24	124,91	21,11	127,58	18,49	0,692*	0,707

\* Normal dağılım varsayımını sağlamadıkları için Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Tablo 8’de öğretim elemanlarının görev yaptıkları bölümlere göre Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları verilmiştir. Tablodan da görüldüğü gibi, temel tıp bilimleri bölümünde görev yapan öğretim elemanlarının SYBD puan ortalaması diğer bölümlere göre daha yüksektir. Cerrahi, dahili ve temel tıp bilimlerinde görev yapan öğretim elemanları arasında Sağlıklı yaşam davranışları karşılaştırıldığında, beslenme boyutuna bağlı olarak istatistiksel açıdan önemli farklılık olduğu tespit edilmiştir. Diğer değişkenler arasında ise istatistiksel açıdan bir farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 9:** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Algılanan Sağlık Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

SYBD II Ölçeği Alt Boyutları	Algılanan Sağlık Durumu						Test Değerleri	
	Kötü (N=17)		Orta (N=54)		İyi (N=27)		F	p
	Ort.	Std Sp.	Ort.	Std Sp.	Ort.	Std Sp.		
Kişilerarası İlişkiler	24,70	3,54	24,60	3,52	27,38	4,21	5,352	<b>0,006</b>
Beslenme	17,94	3,23	19,68	4,25	21,85	5,38	4,304	<b>0,016</b>
Sağlık Sorumluluğu	20,03	4,31	19,02	4,66	21,19	5,02	4,165*	0,125
Fiziksel Aktivite	14,16	3,90	15,81	5,08	18,98	5,24	5,808	<b>0,004</b>
Stres Yönetimi	17,38	3,64	17,71	3,26	21,69	3,04	15,137	<b>0,000</b>
Manevi Gelişim	24,76	3,53	24,82	3,43	28,37	3,56	10,255	<b>0,000</b>
SYBD Toplam	118,93	16,09	121,62	17,45	139,44	20,93	14,632*	<b>0,001</b>

\* Normal dağılım varsayımını sağlamadıkları için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 9’da “sağlığınızı nasıl tanımlarsınız” sorusuna öğretim elemanlarının verdikleri cevaplar (kötü, orta ve iyi) dikkate alınarak Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları sunulmuştur. Sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan öğretim elemanlarının puan ortalamalarının orta ve kötü tanımlayan öğretim elemanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizlerde, algılanan Sağlık durumuna göre öğretim elemanlarının Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Karşılaştırıldığında hem SYBD ölçeği hem de Sağlık sorumluluğu hariç tüm alt boyutlarında oluşan farklılığın istatistiksel olarak %0.01 düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğretim elemanları eğiticilik rolleri nedeni ile toplumda önemli bir konuma sahiptirler. Aynı zamanda olumlu Sağlık davranışları sergileyerek ve kaliteli bir yaşama sahip olarak öğrencilere ve topluma model olma sorumluluğu taşıması gereken bireylerdir. Öğretim elemanlarının karşılaştığı en belirgin problemler arasında; öğretim ya da Araştırma rolü çatışması, görev tanımlarının belirsizliği, mesleki yeterlilikler ile ilgili sorunlar, yetersiz Çalışma koşulları, adaletsiz ders yükü ve dağılımı, gelir düşüklüğü, mesleki doyumun yetersizliği, kadro tıkanıklıkları, akademik etkinliklere verilen desteğin azlığı, öğrencilerin talepleri ve meslektaşlarla ilişkiler ile rekabet ortamı gibi sorunlar sayılabilir (Topçu ve ark., 2012, s.16).

Bu nedenlerle öğretim elemanlarının yaşam kaliteleri bozulmakta, onların sıklıkla tükenmişlik yaşamalarına yol açabilmektedir. Böylece öğretim elemanlarının öncelikle kendilerinin Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılarak bu bilincin ve farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Bu Araştırmada, hekimlerin yaşlarına bağlı olarak Sağlıklı yaşam davranışları arasında SYBD ölçeği ile Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme alt boyutunda hem öğretim üyeleri ile Araştırma görevlileri arasında hem de cerrahi, dahili ve temel tıp bilimlerinde görev yapan öğretim elemanları arasında oluşan farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çocuk sahibi olma durumuna göre öğretim elemanlarının Sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim alt boyutunda oluşan farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Algılanan Sağlık durumuna göre öğretim elemanlarının Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Karşılaştırıldığında ise

hem SYBD ölçeği hem de Sağlık sorumluluğu hariç tüm alt boyutlarında oluşan farklılığın istatistiksel olarak %0.01 düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarının cinsiyetleri ve medeni durumlarına göre Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırma sonucunda, çocuk sahibi olan, 28-31 yaş aralığında bulunan ve Sağlık durumunun iyi olduğunu belirten öğretim elemanlarının Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yaşam standartlarının yükselmesi, mesleki hayatın yoğun rekabet, ortam ve stresinden kaynaklanan sorunları insanların fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını arttırmasına rağmen bireyler çoğu zaman bu ihtiyaçları giderememektedir. Bireylerin gün içerisinde fiziksel olarak aktif olabilecekleri 5 temel alan vardır. Bunlar; işyeri, ulaşım (yürüme, bisiklet kullanma, vb.), ev içi işler, serbest zaman aktiviteleri ve spor aktivitelerdir. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanı sıra egzersiz, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktivitelere de mutlaka yer verilmelidir.

### KAYNAKÇA

Altay, B., Çavuşoğlu, F. ve Güneştaş, İ. (2015), “Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler”, DEUFED, 8(1), 12-18.

Arslan, C. ve Ceviz, D. (2007), “Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevelansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, <http://www.fusabil.org>, 21(5), 211-220.

Ayaz S., Tezcan S. ve Akıncı F. (2005), “Hemşirelik Yüksekokul Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 9(2), 26-34.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008), “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13.

Esin M. N. Ö. (1997), Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Güngör İ. ve Hotun Ş.N. (2006), “Sağlığın Geliştirilmesinde Kullanılan Temel Davranış Değiştirme Kuram ve Modelleri”, Hemşirelik Formu, 2(2), 6-13.

Gürsel N., Özbey S., Güzel P. (2016), “Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi”, International Journal of Social Science Research, 5(2), 10-25.

Kocaakman, M., Aksoy, G. ve Eker H. H. (2010), “İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 17(2), 19-24.

Odabaşı F, Fırat M, İzmirli S, Çankaya S, Mısırlı A. (2010), “Küreselleşen dünyada akademisyen olmak”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi; 10(3): 127-142.

Özkan S. ve Yılmaz E. (2008), “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 89-105.

Polat, Ü. ve Bayrak Kahraman, B. (2013), “Yaşlı Bireylerin Sağlı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki”, Fırat Tıp Dergisi, 18(4), 213-218.

Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. ve Erkorkmaz Ü. (2007), “Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2), 101-109.



## AN ASSASMENT ON PRECİSİON MEDİCİNE CONCEPT AND EXECUTION

Deniz ÇEVİK<sup>1</sup>  
Necla YILMAZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/Turkey/dnzcvk46@mail.com

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi/İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi/Sağlık Yönetimi Bölümü, Turkey.  
neclabardakdu@edu.tr

### ABSTRACT

The Problem of the Study: Precision medicine; is to provide a better understanding of the mechanisms of disease formation the biology of diseases and the privatization of medical treatment based on the individual genetic profile. The concept of precision medicine is not only about the evaluation of genomic elements. In addition to genetic structure, there are also environmental and behavioral factors on the basis of diseases. It is an approach developed for the treatment and prevention of diseases in which each person's lifestyle, genes and sociocultural environment is taken into consideration. The genome project, which started in 1990 and gave its first results in 2000, accelerated the development of precision medicine. Cancer disease a chronic disease is one of the disease types with the highest mortality rate. Genome project; it will give people the chance to intervene earlier, with the eject of the gene maps, to people who are predisposed to cancer.

The Purpose of the Study: The aim of this study is; to evaluate the conceptual framework of the concept of precision medicine and its applications.

Method: In this context, the conceptual framework and importance of precision medicine are take overed.

Findings and Results: Precision medicine aims to determine the weak points of cancer and use appropriate drugs. One of the important concepts of this medical approach is the active role of the patient during the treatment.It is thought that examining the precision medicine concept will fill an important gap in the literature and contribute to the literature.

Key words: Public health, precision medicine, genome project, electronic medical record

Presentation Language: Turkish

### GİRİŞ

Hastalık riskleri genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak insanlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Yapılan tıbbi tedaviler de her hastanın bireysel özelliklerine göre değişiklik göstermelidir. Aynı hastalığa sahip olan insanlar aynı tedavilere farklı cevaplar verebilmektedir. Hastanın en etkili tedavi yönteminin belirlenmesi için hastalığın kendisi ile değil bizzat hastaya uygun tedavi yolu seçilmelidir.

#### 1.2. Hassas Tıp Nedir?

Doktor ve hastanın istediği kadar olmasa da tıp her zaman kişiselleştirilmiştir. Gündeme yeni katılan şey, biyomedikal teknolojinin birçok hastalığın daha derinden anlaşılmasını sağlamasıdır (Ashley, E. 2015). Tıbbi tedavilerin çoğunda hastalıklara geniş açıdan bakılıp ortak bir tedavi yöntemi belirlenmiştir. Hassas tıp ise her hasta için en uygun tedaviyi uygulamayı ilke edinmiştir. Genlerimizdeki değişiklikler, yaşadığımızın çevrenin koşulları, yaşam tarzımız, hatta içimizde yaşayan mikroskopik organizmalar da bu hesaba dahil edilmektedir. Hassas tıp, öncelikle genlerimizin sağlığını nasıl etkilediğini anlamaya çalışmaktadır. Boy, kilo ve saç rengi gibi fiziksel özelliklerimiz bazı hastalıklara yakalanma ihtimalimizi de etkilemektedir. Bazı genetik varyasyonlar bazı hastalıklara karşı bizi korurken bazı hastalıklara karşı ise



yatkınlığımızı artırmaktadır. Genetik varyasyonlar, insanların ilaçlara ve tedavilere tepkilerin farklı şekilde vereceğini de göstermektedir. Hassas tıp, hastalıkların Araştırılmasında genetik verilerin yanında fiziksel çevre, beslenme ve yaşam biçimi dahil olmak üzere birçok faktörü ele almaktadır. Hastanın çevre koşulları hakkındaki bilgiler ile genetik bilgiler bir araya getirildiğinde hastalıkların tedavi edilmesi daha kolay hale gelecektir.

Daha hassas tıp için insanların genetik verilerinin toplanarak paylaşımına açılması gerekmektedir. Sağlık ve hastalık durumlarında elektronik tıbbi kayıtların yani genetik mirasların Kullanımı hassas tıbbın öncelikli isteğidir. Tedaviye yanıtı öngören genetik belirteçler dahil, özellikleri tanımlamak için çok sayıda insandan veri gerekir (Khoury, M., Evans, J. 2015). Hassas tıp, genetik bilimiyle birlikte Çalışmaktadır. Son yıllarda genetik biliminin gelişmesiyle kanser tedavilerinde hassas tıp önem kazanmaya başlamıştır. Hassas tıp yaklaşımı, kanser hastalarına uygulanan geleneksel kemoterapi tedavisi yerine hastanın ve kanserinin genetik yapısına uygun yeni tedavi yöntemleri önermektedir.

## **2. Kişiselleştirilmiş, Bireyselleştirilmiş ve Hassas Tıp Arasındaki Ayrım**

2005 yılında ABD’de kurulan Kişiselleştirilmiş Tıp Koalisyonu’nun (Personalized Medicine Coalition), kişiselleştirilmiş tıp tanımı şu şekildedir; “Genomik ve moleküler verilerin uygulanması ile Sağlık hizmetlerinin sunumunu daha iyi hedeflemek, kolaylaştırmak, yeni ürünlerin keşfi, klinik testleri ve bir kişinin bir özel hastalık veya durumu ” olarak tanımlanmıştır. Kişiselleştirilmiş tıp köklü bir terimdir ve genellikle genetik ve genomik üzerine Araştırmalara odaklanan, özellikle kanser ile ilgili olan ve ilaç keşfi ve hastanın tedavisi ile sonuçlanan veya sonuçlanamayan akademik bilim adamları ve klinisyenler tarafından kullanılmaktadır (March, R., Schott, C. 2017) Kişiselleştirilmiş tıp, hastaların genetik yapılarını göz önünde bulunduran ancak tercihlerine, inançlarına, tutumlarına, bilgilerine ve sosyal bağlarına dikkat eden bir yaklaşımı ifade etmektedir (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018). Genomik ve moleküler uygulamalar ile hastalığa yatkın olan kişilerin belirlenmesinde hedeflenmektedir (Pokorska, A. Vd. 2014). Pek çok doktor, hastalara sağladıkları bakımın, bireyin kendine özgü koşullarını ve sağlığa bütünsel yaklaşımını hesaba katması anlamında her zaman “kişisel” olduğunu iddia etmektedir. Buna karşılık, “hassasiyet”, bir hastalığın moleküler özelliklerine daha hassas bir şekilde uyan, güçlü bir bilimsel odağı içeren ve doktorlar, hastalar ve politika yapıcılar tarafından daha kolay anlaşılabilen bir tıp kavramını benimsemektedir (March, R., Schott, C. 2017).

Bireyselleştirilmiş tıp, ilaç tedavilerinin etkili olmadığı durumlarda hastanın kendi kök hücreleri ile tedavi edilmesini ifade etmektedir. Hasta için benzersiz olan bir tedaviyi geliştirmek için bireyin kendi hücre materyalleri kullanılmalıdır. Örneğin kök hücre tedavisi ve kanser aşları gibi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Hastalığın moleküler özelliklerinin araştırılması ve yeni, daha doğru bir tedavinin uygulanmasıdır. Hassas tıp ise tıbbi tedavinin, her açıdan moleküler Araştırmaların entegrasyonu ile hastanın bireysel özelliklerine uygun hale getirilmesi olarak ifade edilmektedir (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018).

## **YÖNTEM**

### **3. Hassas Tıp İçin Zorluklar**

Hassas tıbbın Sağlık hizmetlerinde hem olgunlaşan hem de değişikliklere yol açan bir yaklaşım olduğu görülmektedir. Genomik testlerin mevcudiyeti ve Kullanımında hızlı bir artış görülmekte ve bu artışın devam etmesi beklenmektedir. Hassas tıpta genetik testlerin kullanılması güçlü bir eğilimdir. Genetik testler sonucunda bir kişinin DNA’sı ve soy ağacına inebilecek bilgiler mevcuttur. Bu sebepten dolayı veri paylaşımında gizlilik yoluna gidilmektedir. Hassas Tıbbın önündeki çeşitli sorunlar aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır.

### 3.1. Kanıt Üretimi

Hassas Tıbbın yaygın olarak benimsenmesi ile birlikte hastalara uygulanan yeni tedavi yöntemlerinin işe yarayıp yaramadığı hakkında kesin kanıtlara ihtiyaç duyulmaktadır. Her ne kadar bazı alanlarda ilerleme kaydedilmiş olsa da, daha önce atılan adımlar yeni kanıtlar sunmaya devam etse de alanın hızlı evriminden dolayı kanıt eksikliği büyük zorluklar yaşatmaktadır(Freng, L. Vd.,2018)

### 3.2. Veri Paylaşımı ve Altyapı İhtiyacı

Hassas tıbbın uygulanması, büyük ölçekli, ayrıntılı ve yüksek derecede hasta verilerine erişim gerektirecektir. Bu sebeple birçok girişim hasta verilerinin Çalışabilirliğini arttırmaya ve genetik verilerinin bakım noktasında kullanılmasını sağlayan veri sistemlerini geliştirmeye odaklanmalıdır. Her ne kadar son yıllarda “kağıtsız bir Sağlık sistemi” elde etmek için büyük adımlar atılmış olsa da, verileri sistemlere aktarmak için ve var olan ancak raflarda kalan verileri toplamak için çok daha fazla şey yapılması gerekiyor. Altyapı bölümünün altında düzenleme alanı bulunmaktadır. Gelecek için kilit bir konu, hassas tıp testleri için gelişen düzenleyici alan olacaktır. . FDA'nın hassas tıp testlerini nasıl düzenleyeceği ve FDA onayını gerektirmeyen “laboratuvarda geliştirilen testler” (LDT'ler) konusundaki görüşlerini ne derecede artıracığı konusunda belirsizlik halen devam etmektedir. Hassas tıp testlerinin çoğunluğu şuanda laboratuvarda geliştirilen testlerdir. Bu testler ise esnek ve gelişen düzenleyici yaklaşımlar gerektirmektedir (Freng, L. Vd.,2018).

### 3.3. Genomik ve Diğer Moleküler Verilerin Sağlık Sistemlerine ve Araştırmaya Dahil Edilmesi

Yeni Sağlık bakım yöntemlerinin benimsenmesi yıllar sürdüğü gibi hassas Tıbbın Sağlık sistemleri ile entegrasyonu de zaman alacaktır. Uygun eğitim, veri sistemleri, kapsam ve geri ödeme, Sağlık sistemi süreçleri ve Sağlık politikaları dahil olmak üzere benimsenmeyi teşvik etmek için birçok farklı sektör ve faaliyet alanı bir araya gelmelidir. Bu konular sadece ABD ile ilgili değildir. Hassas tıp uygulamalarına geçmiş olan ve ya yakın zamanda geçmek için hazırlıklar yapan diğer ülkeleri de ilgilendirmektedir. Ancak şu anda yapılan Araştırmalar ışığında tanınmış lider ülkeler dışında(ABD, Çin) hassas tıp uygulamaları açısından az sayıda Çalışmalar bulunmaktadır (Freng, L. Vd.,2018).

### 3.4. Teşhis, İlaç Keşfi ve Hassas Tıp Ekonomisi

Yeni Sağlık hizmetleri uygulama aşamalarında çeşitli zorluklar yaşanmaktadır. Eğer hassas tıp kanıtlanmış bir değer sağlamazsa ve ya ödeme yapanlar ve tüketiciler onlar için ödeme yapmak istemezse, uygulama sonlandırılmak zorunda kalacaktır. Hassas Tıbbın maliyetlerine göre yeterli değeri sağlayıp sağlayamadığını belirlemek oldukça güçtür. Hassas tıp üzerine maliyet tasarrufu sağlayan Araştırmaların yeterli sayıya ulaşmamaktadır.

### 3.5. Katılım ve Güven

Genetik veri havuzu potansiyelini elde etmek için hastalar ve tüketiciler hassas tıp uygulamalarına katılım göstermelidirler. Hassas Tıbbın benimsenmesi katılımcılar Açısından güvenlik ve gizlilik gibi alanlarda birçok soru akla getirmektedir. Bu sorulardan birkaçı aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Mahremiyet nasıl sağlanabilir?
- Sonuçlar ışığında hastaya en uygun tedavi uygulanabilir mi?
- Gerçekten aydınlatılmış onam nedir?
- Genetik bilgi sahibi kimdir?

• Hangi sonuçlarda geri dönüş alınacaktır ve genetik verilerin Kullanım alanında nasıl karar vermelidir?

Hassas tıp Çalışmalarının yalnızca bireyi değil gelecek kuşağı da ilgilendireceği hassas tıp yaklaşımının odak noktasıdır. Hassas tıp bu düşüncesini “hassas halk sağlığı” olarak ifade etmiştir (Freng, L. Vd.,2018).

## **BULGULAR**

### **4. Hassas Tıp Bugün Nerede?**

Bir dizi hassas tıp uygulaması, bireyin yaşamındaki birçok alanda Sağlık hizmetine katkıda bulunabilir (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018). Örneğin; gebe kalmadan önce genetik hastalıkların bebeklere geçme ihtimalini tahmin etmek için genetik tarama yöntemleri kullanılabilir (Kaback, M.,2000). Doğumda gerçekleşebilecek birçok kritik sorunları önceden teşhis etmek için kullanılabilir. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde, bu tür yöntemler, özellikle daha kesin olarak kanser teşhisi ve kronik hastalıklar için rehberlik terapisi olmak üzere çeşitli hastalıkların teşhisi ve tedavisi için yardımcı olabilir (Jameson J.L, Longo D.L. 2015). Genetik testler sonucunda nesiller öncesinden bu yana atalarımızdan taşıdığımız genler bulunmaktadır. Gen haritaları ile birlikte insan DNA'sında var olan kalıtsal hastalık virüsleri Araştırılarak erken teşhis ve tedavi yöntemleri geliştirilmektedir. Tedaviye yanıtı öngören genetik belirteçler dahil, özellikleri tanımlamak için çok sayıda insandan veri toplanması gerekmektedir (Khoury, M., Evans, J. 2015).

### **5.Hassas Tıp Alanında Yeni Girişimler**

Hassas Tıbbın uygulanması konusunda bugüne kadar Araştırma eksikliği mevcuttur. Bu sebeple yeni girişimler kanıt üretme ihtiyacını ele almaya başlamıştır. Aşağıda, hassas tıbbın klinik bakım ve Sağlık politikalarına çevrilmesi konusunda yeni kanıtlar sunan girişimler ele alınmaktadır.

#### **5.1. Klinik Sıralama Kanıt Oluşturucu Araştırma (CSER2)**

CSER2, 2010 yılında başlatılan ve Ulusal İnsan Genomu Araştırma Enstitüsü (NHGRI) ve Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) tarafından finanse edilen ilk CSER Konsorsiyumu üzerine kurulmuştur (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018).

Geleneksel olarak yetersiz temsil edilen popülasyonların genom Araştırmalarına dahil edilmesine öncelik vermektedir. CSER'in tıbbi olarak bakılmış kişileri klinik bakımına entegre etmenin yollarını incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın amacını aşağıda maddelerde özetlenmektedir.

• Genom diziliminin klinik Kullanımına ilişkin kanıtları tanımlamak, üretmek ve analiz etmektir.

• Hastalar, aile bireyleri, Sağlık Çalışanları ve klinik genom diziliminin uygulanmasını etkileyen klinik laboratuvarlar arasındaki kritik etkileşimleri Araştırmak.

• Kanıt temeli oluşturmak için genomik, klinik ve Sağlık hizmeti Kullanım verilerini bir Sağlık sistemi içine entegre etmenin önündeki engelleri tespit etmek. <https://cser-consortium.org/>

#### **5.2. Genomiklerin Uygulamadaki Uygulanması (IGNITE)**

Genomik verileri elektronik Sağlık kaydına sorunsuz bir şekilde aktaran ve karar vermesi için araçlar kullanan genomik tıp uygulama modellerinin geliştirilmesini, araştırılmasını ve yayılmasını desteklemek için finansman sağlamak amacıyla kurulmuştur (Ginsburg, G., Phillips, K., 2018). IGNITE projelerinin amacı, genomik bilgileri elektronik tıbbi kayıtlara dahil ederek ve uygun müdahalelerin veya klinik tavsiyelerin uygulanması için klinik karar desteği sağlamaktır. Genomik tıbbın hasta sonuçlarını iyileştireceğine dair kanıt sağlamak için IGNITE,

daha büyük ve daha etkili klinik denemelere izin vererek Araştırmacıların ve klinisyenlerin anlamasına yardımcı olmak istemektedir. <https://gmkb.org/>

### 5.3. Milyon Gaziler Programı (MVP)

MVP, tamamen Gaziler İşleri Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından finanse edilen ulusal ve gönüllü bir Araştırma programıdır. Gaziler İşleri (VA) Araştırma ve Geliştirme programı gaziler arasında genlerin sağlığı nasıl etkilediği hakkında daha fazla bilgi elde etmek ve gaziler için Sağlık hizmetlerini iyileştirmek için önemli bir ortaklık olan MVP'yi başlatmıştır. Bu programda elde edilen bulgular gazilerdeki hastalıkları önleme ve tedavi etmeyi sağlayabilir. Araştırmaya katılan gazilerden gizlilik ve güvenlik önlemi için isim, adres, doğum tarihi veya sosyal güvenlik numaralarını alınmamaktadır. MVP Araştırması mevcut gazilerin yalnızca kendileri için değil, gelecek nesil gaziler için Sağlık hizmetlerini dönüştürmelerine yardımcı olabilecek bir Araştırma programıdır. <https://www.research.va.gov/MVP/veterans.cfm>

### 5.4. 23andMe

2006 yılında insanların insan genomuna erişmelerine, anlamalarına ve bunlardan faydalanmalarına yardımcı olmak için kurulmuştur. 2015 yılında 23andMe, ABD Doğrudan Tüketici Genetik Testini pazarlamak için ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından yetkilendirilmiştir. Dünyada beş milyondan fazla genotipli müşteri veri tabanı bulunmaktadır. <https://www.23andme.com/> 23andme firması doğrudan tüketiciye genetik testler sağlamak amacıyla başlatılmıştır, ancak son birkaç yıl içinde Araştırmaya katkıda bulunmak isteyen yaklaşık 1 milyon kişiden veri toplamıştır (Ashley, E. 2015).

## SONUÇ

Hassas tıp bireylerin kişisel özellikleri ve yaşam tarzlarına dayalı tedavi yöntemleri geliştirmek istemektedir. Hassas Tıbbın nihai hedefi hastalarına gerçek ihtiyaçları yönünde müdahale etmektir. Genel olarak bakıldığında hastalığın nasıl önleneceği ve nasıl tedavi edileceğinin daha iyi anlamak için olabildiğince fazla veri toplamaya çalışılmaktadır. Hastalara tıbbi tedavi uygularken genetik testler ışığında hareket etmek istemektedir. Tedavilerde kullanılan aynı ilacın kişiler üzerinde farklı etki göstermesinde birçok faktör bulunmaktadır (yaş, cinsiyet, beslenme, alışkanlıklar gibi). Fakat bunların yanı sıra bireyler arasında genetik farklılıklarda bulunmaktadır. İlaç ve tedavilerin bireyselleştirilmesi hastalar açısından oldukça önem kazanmıştır. Hastalık için değil hasta için tedavi yöntemleri keşfedilmeli ve uygulanmalıdır. Hassas tıbbın diğer bir amacı ise geniş bir genetik veri havuzu elde etmektir. Fakat toplanan verilerin gizliliği için gerekli politikalar üretilmelidir. Genetik testlerin kişilerin özeline inmesinden dolayı veri toplamak güçleşmektedir. Toplanan verilerin paylaşımı ise oldukça zordur. Hassas Tıbbın daha uygulanabilir bir hale getirilmesi için veri paylaşımı önemli bir unsurdur. Hassas Tıbbın ilerleyebilmesi için veri paylaşımı daha verimli hale getirilmelidir. Bunu sağlamak için politika yapımcılar gizlilik, rıza ve veri kalitesi gibi konulara yenilikçi bakış açılarıyla yaklaşım veri paylaşımının engellenmesinin önüne geçmelidirler. Toplanan verilerin güvenli bir şekilde saklanacağı bir altyapı kurulmalıdır. Veri Kullanımı için personel eğitimleri verilmelidir. Uygun eğitim, veri sistemleri, kapsam ve geri ödeme politikaları geliştirilmelidir. Sağlık sistemi süreçleri ve Sağlık politikaları da dahil olmak üzere, hassas Tıbbın benimsenmesini ve uygulanmasını teşvik etmek için farklı sektör ve faaliyet alanları bir araya getirilip beraber çalıştırılmalıdır. Hastanelerde depolanan elektronik Sağlık kayıtlarında tedavi edilen hastalarda toplanan klinik ve genomik veriler sürekli olarak toplanmalı ve güvenli bir şekilde saklanmalıdır. Bunun yanında klinik ve moleküler bilgi sistemleri arasındaki işleyiş birleştirilmelidir (Agorwala, V. vd., 2018).

## Kaynaklar

1. Agarwala, V., Khozi, S., Singal, G., Connell, C. O., Kuk, D., Li, G., et al. (2018). Real-World Evidence In Support Of Precision Medicine: Clinico-Genomic Cancer Data As A Case Stud. *HEALTH AFFAIR*, 37(5), 765-772.
2. Ashley, E. A. (2015, 11 05). The Precision Medicine Initiative A New National Effort.
3. Fece de la Cruz, F., Gapp, B. V. & Nijman, S. M. Synthetic lethal vulnerabilities of cancer. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.* 55, 513–531 (2015).
4. Freng, L. B., Grosse, S. D., Green, R. F., Fink, A. K., & Sawicki, G. S. (2017). Precision Medicine In Action: The Impact Of Ivacaftor On Cystic Fibrosis-Related Hospitalizations. *HEALTH AFFAIRS*, 37(5), 773-779.
5. Ginsburg, G. S., & Phillips, K. A. (2018). Precision Medicine: From Science to Value. *Health AFFAIRS(Millwood)*, 37(5), 694-701.
6. <https://cser-consortium.org/>
7. <https://gmkb.org/>
8. <https://www.23andme.com/>
9. <https://www.research.va.gov/MVP/veterans.cfm>
10. Jameson JL, Longo DL. Precision medicine--personalized, problematic, and promising. *N Engl J Med.* 2015 Jun 4; 372(23):2229–34
11. Kaback M. Population-based genetic screening for reproductive counseling: The Tay-Sachs disease model. *Eur J Pediatr.* 2000; 159(Suppl 3):S192–S195
12. Khoury, M. J., & Evans, J. P. (2015, 04 06). A Public Health Perspective on a National Precision Medicine Cohort Balancing Long-term Knowledge Generation With Early Health Benefit. s. 2117-2118.
13. March, R., & Schott, C. (2017). Personalized/Precision Medicine/Personalised Healthcare: the art of giving different names to the same thing? s. 1-4.
14. Pokorska, A., Stewart, A., Sagoo, G. S., Hall, A., Kroese, M., & Burton, H. (2014). 'Personalized medicine': what's in a name? s. 197-210.
15. Topol EJ. Individualized medicine from pre-womb to tomb. *Cell.* 2014 Mar 27; 157(1):241–253.

*ÖZET  
SÖZLÜ  
BİLDİRİLER*

## STRATEGIC HRM IN HEALTH SECTOR: HOSPITAL CHAIN CASE OF TURKEY

Yasemin ÖZDEMİR[1]  
Ömer Alperen ONAY[2]  
Okan Mithat GEMİCİ[3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Since the 1990s, human resources management (HRM) has gained a strategic point of view and its role and position in the organization has become a strengthening function. This transformation has differentiated the structure of HRM, its interaction with the environment, the functioning of HR functions and the relationship of functions with each other. It is possible to consider these differences as strategic HRM indicators. When the studies on the chain hospitals were examined, no studies were found for these differences.

**The Purpose of the Study:** With this research, it is aimed to determine how strategic HRM approach is and the presence of strategic HRM indicators in the chain hospitals in Turkey.

**Method:** A qualitative study focused on 11 hospital chains operating in the private sector in Turkey were studied hospital's website.

**Findings and Results:** The structure of the HR department,, HR functions and HR vision of the HR department obtained from the websites has been subjected to content analysis to reveal the strategic HRM understanding. As a result of the analysis, it was found that there is no standard structure among the HRM web pages of the chain hospitals. The findings obtained in the study for the questions sought answers differ from hospital to hospital. None of the chain hospitals in the study were able to answer all of the questions that were answered, but the findings obtained in some chain hospitals were more limited compared to other chain hospitals.

**Keywords:** Hospital Chain, Strategy, HRM, Strategic HRM.

[1] Sakarya University/Business School/Human Resources Management/Turkey

[2] Sakarya University/ Graduate School of Business/Management and Organization/Turkey

[3] Sakarya University/ Graduate School of Business/Turkey



## EVALUATION OF POST-DISCHARGE FEEDBACK OF PATIENTS RECEIVING HEALTH CARE IN ORTHOPAEDIC SURGERY

Sevda UZUN DIRVAR [1]  
Ferdî DIRVAR [2]  
Mehmet Akif KAYGUSUZ [2]

### ABSTRACT

**The problem of the study:** according to the quality standards, the satisfaction survey is applied to the patients who are hospitalized every month before they are discharged. However, the opinions of these people are not applied after the discharge

**The purpose of the study:** the Purpose of the study was to evaluate the satisfaction levels of individuals who applied to post-discharge control policlinics.

**Method:** Study is descriptive type. The study was performed to patients operated and discharged from a public hospital, over the age of 18 who accepted the study. The socio-demographic form, Hospital General Services, satisfaction surveys for physicians and nursing services, EQ-5D-3L and EQ-VAS scale were adopted. The data were analyzed using the descriptive statistical methods as well as the one-way analysis of variance in multivariate comparisons, the Tukey multiple-comparison test in subgroup comparisons, The Independent t-test in the comparison of the two groups, and chi-square test in the comparisons of qualitative data.

**Findings and results:** 225 patients completed the survey. Among these, 28.4% of those who applied to the hospital for 1-14 days after discharge, 49.3% of those who applied for 15-44 days after discharge, and 22.2% of those who applied for 45 days after discharge. The satisfaction of the patients with respect to the city, gender, marital status, educational status and income level differ significantly ( $p<0.05$ ). There was no significant difference in the time spent in the hospital, survey time after discharge, age, job, use of assisted device to walk, use of alcohol, and satisfaction of medical services and nursing services compared to the home ( $p>0.05$ ). 95% of the patients stated that they would apply to the same institution again if necessary. The patients stated as the reason to choose the hospital firstly that they heard that the orthopaedists at the institution are doing good in their business, secondly that the hospital is a special training and research hospital in the field of orthopaedists thirdly that they come on recommendation. In order to increase patient satisfaction and to achieve perfection in health care, periodic research should be done after discharge. It should be noted that physicians and nurses have the most important influence on patient satisfaction.

**Key Words:** Discharged Patients, Satisfaction, Orthopedic Surgery.

[1]Baltalimanı Bone Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey/  
sevdauzun@hotmail.com

[2]Department of Orthopedics and Traumatology, Baltalimanı Bone Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

## ORTOPEDİK CERRAHİ ALANINDA SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI GERİ BİLDİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevda UZUN DIRVAR [1]

Op.Dr.Ferdi DIRVAR [2]

Prof.Dr.Mehmet Akif KAYGUSUZ [2]

### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Kalite standartları gereği her ay yatan hastalara taburcu olmadan evvel memnuniyet anketi uygulanmaktadır. Ancak taburculuk sonrasında bu kişilerin düşüncelerine başvurulmamaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Çalışmada taburculuk sonrası kontrol polikliniğine başvuran kişilerin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Method:** Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma bir kamu hastanesinde ameliyat olup taburcu olan 18 yaş üstü ve çalışmayı kabul eden kişilere yapılmıştır. Sosyo demografik form, hastane genel hizmetleri, hekim ve hemşirelik hizmetlerine ilişkin memnuniyet anketleri, EQ-5D-3L ve EQ-VAS ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra çoklu gruplar arası Karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, alt grup Karşılaştırmalarında Tukey çoklu Karşılaştırma testi, ikili grupların Karşılaştırmasında Bağımsız t testi, nitel verilerin Karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuçlar:** 225 kişi anketi doldurdu. Bunlardan, taburculuk sonrası 1-14 gün arasında hastaneye başvuranların oranı %28.4, taburculuk sonrası 15-44 gün arası başvuruların sayısı %49.3, taburculuktan 45 gün ve sonrası başvuranların sayısı %22.2'dir. Hastaların geldikleri şehire, cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna ve gelir düzeyine göre memnuniyetleri anlamlı ( $p<0.05$ ) farklılık göstermiştir. Hastanede yatış süresi, kaldığı oda, taburculuk sonrası geçen zaman, yaşı, işi, yürümeye yardımcı araç kullanıp kullanmadığı, alkol sigara Kullanımı, kaldığı eve göre hekimlik hizmetlerinden ve hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin Karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların %95'i tekrar ameliyat gerekirse yine aynı kuruma başvuracaklarını belirtmiştir. Hastalar hastaneyi tercih etme nedenleri olarak; ilk sırada kurumdaki ortopedistlerin başarılı işler yaptığını duymalarını, ikinci sırada hastanenin ortopedi ve travmatoloji alanında özel dal eğitim ve Araştırma hastanesi olmasını ve üçüncü sırada tavsiye üzerine geldiklerini belirtmişlerdir. Hasta memnuniyetinin yükseltilmesi ve Sağlık hizmetlerinde mükemmelliğe ulaşmak için taburculuk sonrası periyodik Araştırmalar yapılmalıdır. Hekimlerin ve hemşirelerin hasta memnuniyeti üzerinde en önemli etkiye sahip oldukları unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Taburcu hastalar, memnuniyet, ortopedik cerrahi.

[1]Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

[2]Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

## E-HEALTH LITERACY AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Ezgi YARAŞIR[1]  
Gülşen GÜNEŞ[2]  
Tuncay GENÇ[3]

### ABSTRACT

**The Problem of Study:** E-health literacy is defined as the ability to search, find, understand and evaluate health information from electronic sources and to apply the acquired health information for understanding and / or solve a health problem.

**The Purpose of Study:** The aim of this study was to determine the relationship between e-Health literacy and sociodemographic factors in university students.

**Method:** The study is a cross - sectional study in December/2018 - February/2019. The sample of the study consists of 778 students studying at Elazığ Fırat University Vocational School of Health Services. Research data were collected by using "Personal Information Form" and "E-Health Literacy Scale (EHEALS)". The high score obtained from the scale shows that e-health literacy is high level. The data were evaluated as statistically significant ( $p < 0.05$ ) in SPSS 22.0 program. T-test, one-way analysis of variance and post hoc LSD test were used for statistical analysis.

**Findings and Results:** The mean age of the students included in the study was  $20.44 \pm 2.65$  years and 66.6% of them were women. The mean EHEALS score of the students was  $28.72 \pm 6.92$ . EHEALS scores were found to be higher in women, those with higher income and formal education ( $p < 0.05$ ). Age, body mass index and smoking status were not to significantly affect EHEALS.

As health professionals of the future, the level of e-health literacy should be good for students who will provide training and counseling services to people. It is recommended to add e-health literacy to curriculum courses.

**Key Words:** E-Health Literacy, University Students, Body Mass Index  
Presentation Language: Turkish

- [1] Fırat University/Vocational School of Health Services/Turkey/eyArasir@firat.edu.tr  
[2] İnönü University/Faculty of Medicine Department of Public Health/Turkey  
[3] Fırat University/Turkey

## **THE ASSOCIATION BETWEEN ELECTRONIC MEDICAL RECORD ADOPTION MODEL (EMRAM) LEVELS and SERVICE QUALITY SCORES in TURKEY HOSPITALS: WHERE TO START FOR PAPERLESS HOSPITAL EFFORTS**

Dr.Mustafa Said YILDIZ [1]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Healthcare Information and Management Systems Society (HIMMS) have had assessments and benchmarks for hospitals for their EMR adoption and utilization since 2005 through the EMR Adoption Model (EMRAM). EMRAM provides a roadmap and guidance along with a stage model with comparisons to healthcare organizations in the same country and around the world. Turkey hospitals accelerated its efforts towards having this recognition. Determination of a robust strategy for selecting hospitals to focus on this target is an important facet of the transformation process to digital hospitals.

**The Purpose of the Study:** In this study, the type of hospitals (location, size, ownership) are assessed with comparison to their EMRAM levels and the contribution of Service Quality Scores (SQS) to EMRAM levels are questioned.

**Method:** The study consists of hospitals which has EMRAM assessment scores and SQS scores for the same year (2017). We categorized the hospitals for their locations (metropolitan and others), sizes, and ownership status. Other categorization is made for their EMRAM and SQS scores.

**Findings and Results:** Conducting Multiple Correspondence Analysis, both EMRAM and SQS scores of metropolitan city hospitals with larger sizes found to be higher, while hospitals with lesser number of beds from other cities reached low and medium scores for EMRAM and SQS respectively. Consequently, preparedness of large size hospitals of metropolitan cities were assessed in higher level. Regarding that hospitals with higher scores for SQS have higher EMRAM scores averagely, we reached the point that SQS efforts would have contributed to EMR adoption of hospitals. The fact that SQS standart set contains the domains parallel to EMRAM supported that result. After implementing EMRAM to more prepared metropolitan larger size hospitals and reaching best practice models, adoption to other hospitals were suggested.

**Key Words:** Electronic Medical Records, Service Quality Scores

[1] Internal Audit Department Turkey Ministry of Health

## **FIVE FORCES SHAPE PRIVATE TURKISH HOSPITAL INDUSTRY**

Pınar ÖZBİLEN [1]

### **ABSTRACT**

This study applies Porter's Five-Forces framework to the Turkish Hospital industry, in an attempt to explicate the profitability of Turkish Hospital industry. The main objective is to provide insights into the competitive forces in the Private Turkish Hospital Industry and assess its competitive structure. A detailed case study of the Turkish hospital industry has been conducted with an examination of secondary data from publications of prestigious consultancy firms and national and international reports, and field interviews with four company executives from the private A level hospitals in Istanbul. The study results reveal several important points in terms of threat of new entries, the power of suppliers, the powers of buyers, the threat of substitutes and rivalry among existing competitors. In brief, the threat of new entrants and substitute is weak. Porter (2008) advises that companies should position themselves in where forces are weak. A level hospital industry positions itself in unique health services segment, which has no substitute. To sum up, it can be inferred that A level hospital sector is moderately profitable.

**Key words:** Five Forces, Competitive Structure, Turkey, Private Hospital Industry

[1] İstinye Üniversitesi

## EVALUATION OF POST-DISCHARGE FEEDBACK OF PATIENTS RECEIVING HEALTH CARE IN ORTHOPAEDIC SURGERY

Sevda UZUN DIRVAR [1]

Ferdi DIRVAR [2]

Mehmet Akif KAYGUSUZ [2]

### ABSTRACT

**The problem of the study:** according to the quality standards, the satisfaction survey is applied to the patients who are hospitalized every month before they are discharged. However, the opinions of these people are not applied after the discharge

**The purpose of the study:** the Purpose of the study was to evaluate the satisfaction levels of individuals who applied to post-discharge control polyclinics.

**Method:** Study is descriptive type. The study was performed to patients operated and discharged from a public hospital, over the age of 18 who accepted the study. The socio-demographic form, Hospital General Services, satisfaction surveys for physicians and nursing services, EQ-5D-3L and EQ-VAS scale were adopted. The data were analyzed using the descriptive statistical methods as well as the one-way analysis of variance in multivariate comparisons, the Tukey multiple-comparison test in subgroup comparisons, The Independent t-test in the comparison of the two groups, and chi-square test in the comparisons of qualitative data.

**Findings and results:** 225 patients completed the survey. Among these, 28.4% of those who applied to the hospital for 1-14 days after discharge, 49.3% of those who applied for 15-44 days after discharge, and 22.2% of those who applied for 45 days after discharge. The satisfaction of the patients with respect to the city, gender, marital status, educational status and income level differ significantly ( $p < 0.05$ ). There was no significant difference in the time spent in the hospital, survey time after discharge, age, job, use of assisted device to walk, use of alcohol, and satisfaction of medical services and nursing services compared to the home ( $p > 0.05$ ). 95% of the patients stated that they would apply to the same institution again if necessary. The patients stated as the reason to choose the hospital firstly that they heard that the orthopaedists at the institution are doing good in their business, secondly that the hospital is a special training and research hospital in the field of orthopaedists thirdly that they come on recommendation. In order to increase patient satisfaction and to achieve perfection in health care, periodic research should be done after discharge. It should be noted that physicians and nurses have the most important influence on patient satisfaction.

**Key Words:** Discharged Patients, Satisfaction, Orthopedic Surgery.

[1]Baltalimanı Bone Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey/  
sevdauzun@hotmail.com

[2]Department of Orthopedics and Traumatology, Baltalimanı Bone Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

## ORTOPEDİK CERRAHİ ALANINDA SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI GERİ BİLDİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevda UZUN DIRVAR [1]

Op.Dr.Ferdi DIRVAR [2]

Prof.Dr.Mehmet Akif KAYGUSUZ [2]

### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Kalite standartları gereği her ay yatan hastalara taburcu olmadan evvel memnuniyet anketi uygulanmaktadır. Ancak taburculuk sonrasında bu kişilerin düşüncelerine başvurulmamaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Çalışmada taburculuk sonrası kontrol polikliniğine başvuran kişilerin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Method:** Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma bir kamu hastanesinde ameliyat olup taburcu olan 18 yaş üstü ve çalışmayı kabul eden kişilere yapılmıştır. Sosyo demografik form, hastane genel hizmetleri, hekim ve hemşirelik hizmetlerine ilişkin memnuniyet anketleri, EQ-5D-3L ve EQ-VAS ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra çoklu gruplar arası Karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, alt grup Karşılaştırmalarında Tukey çoklu Karşılaştırma testi, ikili grupların Karşılaştırmasında Bağımsız t testi, nitel verilerin Karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuçlar:** 225 kişi anketi doldurdu. Bunlardan, taburculuk sonrası 1-14 gün arasında hastaneye başvuranların oranı %28.4, taburculuk sonrası 15-44 gün arası başvuruların sayısı %49.3, taburculuktan 45 gün ve sonrası başvuranların sayısı %22.2'dir. Hastaların geldikleri şehire, cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna ve gelir düzeyine göre memnuniyetleri anlamlı ( $p<0.05$ ) farklılık göstermiştir. Hastanede yatış süresi, kaldığı oda, taburculuk sonrası geçen zaman, yaşı, işi, yürümeye yardımcı araç kullanıp kullanmadığı, alkol sigara Kullanımı, kaldığı eve göre hekimlik hizmetlerinden ve hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin Karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların %95'i tekrar ameliyat gerekirse yine aynı kuruma başvuracaklarını belirtmiştir. Hastalar hastaneyi tercih etme nedenleri olarak; ilk sırada kurumdaki ortopedistlerin başarılı işler yaptığını duymalarını, ikinci sırada hastanenin ortopedi ve travmatoloji alanında özel dal eğitim ve Araştırma hastanesi olmasını ve üçüncü sırada tavsiye üzerine geldiklerini belirtmişlerdir. Hasta memnuniyetinin yükseltilmesi ve Sağlık hizmetlerinde mükemmelliğe ulaşmak için taburculuk sonrası periyodik Araştırmalar yapılmalıdır. Hekimlerin ve hemşirelerin hasta memnuniyeti üzerinde en önemli etkiye sahip oldukları unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Taburcu hastalar, memnuniyet, ortopedik cerrahi.

[1]Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

[2]Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

## NORMALIZATION OF CANCER DISEASE A RESEARCH ON CANCER PATIENTS

Aslı KAYA\*

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Despite the globalization in health services and technological integrations, patients still face with uncalled-for waiting times in service encounter process. This waiting time cannot be limited to not only waiting physicians but also waiting for treatment, waiting for an emergency or waiting for an accident case. It is aimed in this study to understand the effects of these waiting times on psychological effects on patient satisfaction.

**The Purpose of the Study:** In this study, cancer disease is being investigated by individuals with cancer patients to normalize the disease.

**Method:** This study mainly consists of the cancer patients that are provided living in Bursa city. The study was conducted based on a survey system with 100 cancer patients between 01.02.2018 and 31.05.2018. The questionnaire consists of two parts. In the first part, demographic information is included. In the second part, there are 14 expressions for normalization of the disease which is created by me. The statements were evaluated with 5-point Likert scale.

**Findings and Results :** Because of the long treatment period of cancer, which is a chronic disease as a finding of the study, individuals have been accepted to this disease in time and they have become accustomed to the disease and normalized the disease as a way of life.

**Key Words:** Cancer, Normalization Of The Disease

[\*] Expert, (PhD), Süleyman Demirel University/ Healty Care Management/Turkey/  
İnönü University/ Business Management/Accounting and Finance  
dr\_isletme\_23@hotmail.com.



## MODEL RECOMMANDATIONS FOR HOW TO PREVENT CARDIAC ARREST IN HOSPITALS

Yasemin ASLAN [1]

Şule ERİŞKİN [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Cardiac arrests are common in hospitals, and delays in treatment have resulted in lower survival and worse neurological outcomes. Evidence shows that patients' physiological parameters begin to deteriorate before cardiopulmonary arrest and vast majority of them can be prevented. Early recognition of the patients at risk reduces mortality, length of stay, and costs in hospitals.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to develop early warning scoring models that will enable early identification of the changes in the physiological parameters of pediatric and adult patients with high risk before cardiopulmonary arrest.

**Method:** Evidence-based studies on early warning scoring were reviewed, and model recommendations were developed for pediatric and adult patients by taking specialist opinions.

**Findings and Results:** An algorithm that includes heart rate, blood pressure, respiratory rate, body temperature, state of consciousness parameters, reference intervals and medical interventions given to the patient has been recommended for adults. for pediatric patients, an algorithm that includes respiratory, circulatory and behavioral / neurological system parameters, reference intervals and medical interventions given to the patient has been recommended.

**Key Words:** Early warning system, cardiac arrest.

---

[1] BAU Göztepe Medical Park Hospital / Quality Management / Turkey / yaseminorakci10@gmail.com.

[2] Özel Erdem Hospital/Quality Management /Turkey

## EFFECTS OF IMMIGRATION ON INDIVIDUAL AND SOCIETY HEALTH

Yeter DEMİR USLU [1]

Emre YILMAZ [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Demographic changes, conflicts, security gaps, political incidents, human rights violations and the reasons for globalization in the last quarter century have changed the migration patterns in the world. Among the reasons that prevent people from benefiting from health services is the main migration. Refugee movements due to war or internal turmoil have caused many people to continue their lives in poor quality living conditions. These migrants often try to maintain their lives in temporary housing because the standard house conditions cannot be provided. However, since these places (tents, containers, etc.) are not adequately sheltered against diseases and external factors, the incidence of diseases is increasing. Regardless of the source of migration, migrants' current health conditions and risks affect individual and environmental health in the community they migrate. As a matter of fact, in countries where migrants are migrating and ultimately in the process of migration, the potential for transmission of infectious diseases to the societies in the countries where they are settled, reveals the importance to be given to preventive health services.

**The Purpose of the Study:** In this study, the negative effects of immigration on individual and public health in providing health services are determined; In order to meet the current and future needs, it is aimed to provide correct, effective and sustainable suggestions adopted by all stakeholders.

**Method:** In the literature, national and international scientific studies were examined on migration, migrant health, preventive health service concepts. The policy examples of some countries were synthesized comparatively.

**Findings and Results:** Even if, all resources of countries are mobilized to protect the migrant health, infectious diseases and various health problems due to exceeding the existing capacity in countries where the number of migrants is high, psychosocial problems, malnutrition, sexual abuse, STDs-related diseases HIV / AIDS, are increasing to fertility, morbidity and mortality indicators. In addition to adaptation this problems, lack of legal regulations, social, cultural and economic barriers and seeking of health services according to their own beliefs, the language barrier and the countries find refugees as economic burdens are the main obstacles in the access of migrants to health services.

**Key Words:** Migration, Health Services, Migrant Health, Public Health

[1] Prof. Dr. / Istanbul Medipol University / Health Management / Turkey / yuslu@medipol.edu.tr

[2] Res. Asst. / Istanbul Medipol University / Health Management / Turkey / emreyilmaz@medipol.edu.tr

## **EFFECT OF HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM APPLIED IN TURKEY ON ISLAMIC COUNTRIES**

Yeter DEMİR USLU [1]

Kenan Salih ŞAHİN [2]

Emre YILMAZ [3]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Turkey has close cultural relations and affiliations to both Turkish-speaking countries and Muslim countries. These affiliations have gained speed in the last 15 years under the Health Transformation Program. Due to its geographical location, quality service delivery, language, culture and cost advantages, our country is preferred as one of the top places among health countries in the Islamic geography. However, as an industry in general, in health services, focusing on production and neglecting relative marketing are among the most important obstacles on the development of the sector. Identifying the policies and strategies for increasing the cooperation culture will also contribute to the improvement of health tourism activities.

**The Purpose of the Study:** In this study, a literature review was conducted on the effect of Health Transformation Program in Turkey on Islamic countries. This expert opinion has been taken into consideration to lead the cooperation and advisory services in the future.

**Method:** In the research, face to face interview method, which is one of the qualitative research methods and literature review will be used.

**Findings and Results:** In terms of Islamic countries, medical tourists come mostly from Libya and Iraq, followed by Syria and Saudi Arabia. In this case, our country should prioritize the promotion activities for the neighbouring countries rather than distant countries. With the training program developed and implemented by the Ministry of Health, programs for strengthening qualified manpower capacity in Islamic countries are also included. Upon the completion of such training programs, it will be possible to increase the quality of service offered especially in Islamic countries on infection control and intensive care.

**Key Words:** Health Transformation Program, Islamic Countries, Health Tourism

[1] Prof. Dr. / Istanbul Medipol University / Health Management / Turkey / yuslu@medipol.edu.tr

[2] Asst. Prof. / Istanbul Medipol University / Social Work / Turkey / sksahin@medipol.edu.tr

[3] Res. Asst. / Istanbul Medipol University / Health Management / Turkey / emreyilmaz@medipol.edu.tr

## DETERMINATION OF THE ATTITUDES OF UNIVERSITY STUDENTS ON SOCIAL VIEW AND AESTHETIC SURGERY

Emel FİLİZ [1]

Fatmanur GÜVENÇ [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** A human being, a social being, wonders how she would look in the eyes of other people when she continued her life, and wondered what was the impression. He does not want to look nice to other people to look nice. The importance that people give to their appearance is often imposed on individuals through mass media such as social media. Therefore, human beings are affected very quickly by what they see, he is looking for defects in itself, and even if there is no defect, he wants to find aesthetic features and find himself troubling features.

**The Purpose of the Study :** In this study, it was aimed to determine the attitudes of university students about social appearance anxiety and aesthetic surgery.

**Method:** This cross-sectional study included 489 students from Konya Selçuk University. The data were collected by socio-demographic information form, SAA and ASA Scale. Data were summarized with mean, standard deviation and percentages. In the comparison of groups, t-test, one-way analysis of variance and correlation analysis were performed.

**Findings and Results:** The mean age of the students was  $21.63 \pm 2.11$  and 53.4% were female. 96.9% of the students said that they used social media and 6.3% of them had aesthetic intervention. SAA and ASA levels of students; gender varies depending on how much time a person has spent in the place, class, and social media. A significant relationship was found between the SAA scale and the sub-dimensions of the ASA scale.

**Key Words:** university students, social appearance anxiety, aesthetic surgery

[1] Selçuk University Faculty of Health Sciences Department of Health Management, Konya/Turkey, efiliz2@hotmail.com

[2] Süleyman Demirel University, Institute of Social Sciencey, Department of Healthcare Management, Turkey [fatmanurguenc70@gmail.com](mailto:fatmanurguenc70@gmail.com)

## USİNG INTERNET RESOURCES TO OBTAIN HEALTH INFORMATION

Cihan UNAL [1]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** It has become much easier to reach information with the information technologies and internet entering all areas of our lives. The health field was also affected by this rapid change. People are now able to access information on every topic they are curious about. It is a matter of curiosity as to how often people do research on health institutions and their disturbances and how much they are affected by these researches.

**The Purpose of the Study:** The purpose of this study is to investigate how often individuals use internet resources in order to obtain health information and whether they adapt to the information they have obtained.

**Method:** In this context, 2009 participants from 81 provinces across Turkey in between February 2019 and May 2019 date is reached via the Internet questionnaires. Data were analyzed by using SPSS 21 package program.

**Findings and Results:** According to the results of the analysis, it was observed that individuals made research about the symptoms they had on the internet ( $3,39 \pm 0,74$ ) and about health institutions and doctors ( $3,35 \pm 0,94$ ). In addition, positive correlations ( $r = 0,472$ ) were found between internet sources and symptom research and adaptation to health information.

**Anahtar Kelimeler:** Health Information, Internet, Online Health

<sup>[1]</sup> Gümüşhane University/Healty Care Management/Turkey/ [chnunl@hotmail.com](mailto:chnunl@hotmail.com)

## A META ANALYSIS RESEARCH FOR DETERMINING THE EFFECT OF VERBAL AND PHYSICAL VIOLENCE TO PHYSİCİAN IN TURKEY

Arzu YİĞİT [1]

Dilruba UĞURLUOĞLU[2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** It is an important issue in the world, which presents Type 2 category from workplace violence types, the subject is a danger in health institutions which violence of the patients towards health workers. Violence in health institutions; which includes all threats and attacks that may pose a risk to health professionals by patients, patient relatives or others. The incidents of violence in hospitals negatively affect the provision of health services and the quality of health care services.

**The Purpose of the Study:** The purpose of this research, the effects of the degree of physical and verbal violence against physicians is in Turkey to identify the meta-analysis.

**Method:** Meta-analysis method was used in the study. In the study, the effect size values of each study included in the meta-analysis were calculated and then heterogeneity test was performed. In the first phase, the scattering of the funnel chart was examined in order to determine whether there was a publication bias in the meta-analysis studies and the Eggeris linear regression test, Begg and Mazumdar was analyzed with rank correlations. The sample of the study consisted of 5225 physicians in physical violence, 5108 physicians in verbal violence. Providing the data required for violence against physician in Turkey between the years of 2000-2019, the meta-analysis of 18 studies for physical violence and 17 studies for verbal violence were conducted. The results of the study were obtained using a meta-analysis program.

**Findings and Results:** Results of the study The results of the meta-analysis of 17 research for verbal violence and 18 research for physical violence in the framework of the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) flow diagram are shown by the forest plot. In the research conducted in the random effects model, the physical violence score was 0.08 (G.A; 0,05-0,13;  $p<0.05$ ) and the verbal violence score was 0.52 ( GA; 0,43-0,60;  $p<0.05$ ) detected. As the moderator variables, the research type and the province where the research was conducted were selected and it was found that these variables did not play a role for both types of violence. In order to determine the publication bias, scatterings in the funnel chart were examined and it was determined that there was no publication bias according to the statistics of Egger tests linear regression test, Begg and Mazumdar rank correlations.

**Key Words:** Meta Analysis, Physician Violence, Physical and Verbal Violence

Presentation Language: Turkish

---

[1] Süleyman Demirel University/Healthcare Management/Turkey/ arzuigit@sdu.edu.tr

[2] Süleyman Demirel University/ Healthcare Management/Turkey/dizguden@hotmail.com

## FUTURIST STUDY ABOUT THE FUTURE OF HEALTH SECTOR

Ramazan ERDEM[1]  
Dilruba UĞURLUOĞLU[2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The aim of this study is to determine the thoughts and opinions of the students who have a bachelor's degree in health management and who already have a relevant course content in the health sector in the past 2050s.

**Method:** The study group of the study consisted of 36 students who are taking “New Directions in Health Management” course in the 1st and 2nd education in the 4th class of the Department of Health Management of Süleyman Demirel University. In the study, the students were asked the question “What kind of changes will be in the health sector in the 2050s?” and to collect answers in 10 titles. In the analysis of the data formed as a result of deciphering the answers in the exam papers, content analysis was used from the qualitative data analysis methods.

**Findings and Results:** When the answers of the students were examined; In the 2050s, there will be a rapid increase in the technological developments compared to today in the health sector, and this is a result of robotic surgery, genome projects, wearable technology etc. important developments in the areas and the disappearance of diseases can not be remedied. In addition, it has been observed that technological developments will increase the opportunities of remote access to health services and that the problems such as waiting time and personnel shortage will be eliminated. In the following years, there will be increase in the health expenses compared to today as a result of the developing technology, prolonged life expectancy, expected increases in quality of life in addition, it is stated that more private sector will have a say in health services. In order to manage this change and transformation, the need and importance of the health managers who have been trained in the field has been raised.

**Key Words:** Health Sector, Technological Developments, Future of Health Sector  
Presentation Language: Turkish

---

[1] Süleyman Demirel University/Healthcare Management/Turkey/raerdem@yahoo.com

[2] Süleyman Demirel University/ Healthcare Management/Turkey/dizguden@hotmail.com

## THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL CULTURE ON NURSES ATTITUDES TOWARD PRODUCTIVITY

Melike FINDIK [1]  
Nilgün GÖKTEPE [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The productivity attitudes of nurses who are the largest human resources of the healthcare system are important in the provision of better quality health and nursing care services, and their productivity affects the organization's success. It is important to know nurses' attitudes towards productivity and the factors affecting them in terms of healthcare and nursing services management.

**The Purpose of the Study:** The study was aimed at investigating effects of organizational culture on nurses' attitudes toward productivity

**Method:** This descriptive and relational study was conducted with 352 nurses who worked in four hospitals in Istanbul between January 2018 and April 2018. Data collected by using the Individual Descriptive Characteristics Form, Denison Organizational Culture Scale and Scale of Attitudes of Nurses towards Productivity. Data were analyzed in the SPSS 24.0 statistical package program.

**Findings and Results:** While the participating nurses' attitudes towards productivity levels were close to average, their organizational culture levels were moderate. There was a positive, strong, highly significant relationship between organizational culture and nurses' productivity attitudes ( $r=0.61$ ;  $p < 0.001$ ). Regression analysis demonstrated that nurses' productivity attitudes were affected by the variables such as vision and participation subscales of Denison Organizational Culture Scale, work unit, willingness to work in the unit, work load perception, type of the institution and satisfaction to institution ( $R^2: 46$ ,  $p: .000$ , Durbin Watson: 1.82). In conclusion, it was found that the organizational culture of the institution the nurses worked in positively affected their attitudes towards productivity.

**Key Words:** Nurse, organizational culture, attitude, productivity

Presentation Language: English

---

[1] Bağcılar Education and Research State Hospital/Nursing/Turkey/mfindik16@ku.edu.tr.

[2] Koç University School of Nursing/Nursing Management/Turkey/[ngoktepe@ku.edu.tr](mailto:ngoktepe@ku.edu.tr).



## HEALTH LITERACY AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOR RELATIONSHIP

İsa GÜL [1]  
Aysun YEŞİLTAS [2]  
Sibel ŞAHİN [3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Nowadays, to create healthy societies, individuals need to understand, develop and apply their health information. In this context, the question of whether there is a relationship between health literacy level and lifestyle behaviors of individuals constitutes the problem of research.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to determine the relationship between health literacy level and health lifestyle behaviors of university students.

**Method:** The study was conducted based on a survey system with 149 students in vocational school between 18.03.2019 and 20.05.2019. SPSS statistics (v.22) package program was used for data analysis of the study. Analysis; Frequency analysis was performed by means of Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Correlation analysis.

**Findings and Results:** A positive but weak positive correlation was found between health responsibility, physical activity, spiritual development dimensions and adult health literacy scale of the health lifestyle behaviors scale. There was also a positive, weak but weak relationship between general health lifestyle behaviors and adult health literacy. According to these results, it can be said that as health literacy increases, healthy lifestyle behaviors also show a positive development.

**Key Words:** Health Literacy, Healthy Lifestyle Behaviors, University Students,

[1] Afyonkarahisar Health Science University / Healthcare Management / Turkey / isagul233@gmail.com

[2] Necmettin Erbakan University / Healthcare Management / Turkey / ayesiltas@erbakan.edu.tr

[3] Kastamonu University / Management of Health Institutions / Turkey / sibelsahin@kastamonu.edu.tr

## DISCUSSIONS OF EXECUTIVE NURSING TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP APPLICATIONS

Sevgi ŞİMŞEK[1]  
Belkız KIZILTAN[2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** As in all organizations, there is a need for executive nurses who have leadership characteristics for nurses who are part of the health care sector.

**The Purpose of the Study:** This study has been done as descriptive in order to specify executive nurse's transformational leadership practises.

**Method:** The study was carried out with the participation of 300 nurses working in Hacettepe University Adult Hospital. Data in the survey have been gathered by using the Form of Introductory Information and the Inventory of Leadership Practises between April, 15-25th 2018.

**Findings and Results:** The point averages of the leadership practises of executive nurses are 27,64±2,34 for leading, 27,00±2,26 for creating a common vision, 26,68±2,31 for questioning the process, 27,58±2,27 for encouraging the staff development, 27,70±2,35 for heartening the audience in their achievements and 136,60±10,24. As for observant nurses; 27,33±3,45 to guide, 26,75±3,89 to create a mutual vision, 26,48±4,05 to question the process, 27,34±3,35 to encourage the staff development, 27,04±3,76 to hearten the audience in the celebration of their success and the total leadership practises are 134,94±17,77. There exists no considerable distinction between the assessments of executive and observant nurses ( $p>0,05$ ). The leadership point averages of executive nurses have been found meaningful actuarially according to their educational background, the duration of working in this institution, the time period of working as head nurse and the participations of leadership training ( $p<0,05$ ). The leadership point averages of observant nurses have considerably differed pursuant to their working units, the process of working in this institution, working times together with their executive nurses actuarially ( $p<0,05$ ).

**Key Words:** Transformational Leadership, Leadership Practises, Nurse, Executive Nurse.

[1]Hacettepe University/ Adult Hospital Nursing Directorate/ Turkey

[2]Avrasya University/ Health Sciences Institute Department of Nursing/ Turkey

## THE UNDERSTANDING BRIDGE BETWEEN HEALTH EMPLOYEES AND PATIENTS IS "COMMUNICATION"; THE TRANSFER TICKET IS "EMPATHY": AN EXAMPLE OF UNIVERSITY HOSPITAL

Cemil ÖRGEV<sup>1</sup>  
Seher BİRLEŞİK<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of The Study:** The demands of patients and their relatives on health services have also changed and varied depending on the developments in communication technology and living standards. Furthermore, due to both the developments in the health services and in the living conditions "life expectancy at birth" in Turkey has reached an average of 78 years. Especially, the age related chronic diseases such as cardiovascular and dementia have increased and it has become difficult to meet the demands of patients in health services and to prevent the reactions of their relatives.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to measure the "empathy levels of patients and healthcare workers due to the idea "that of the communication is a meaning bridge built over the river of misunderstanding and the transfer ticket will be empathy".

**Method:** The Empathy Scale which was adapted in Turkish in 2009 by Bora and Baysan Arabacı applied to patients and healthcare workers. The effects of demographic data such as age, gender, marital status, department, position, occupation, social status and level of education in respect to health workers and patients on effective empathy level were investigated. As a universe, a public research hospital in Sakarya province was selected. It has had a total of 1598 healthcare personnel including physician, emergency physician, nurse, medical secretary, imaging technician, secretary and technician. The sample size of the universe determined as 310 taking into account a 5% error margin within 95% confidence limits. Randomized method was chosen for questionnaire application and questionnaire forms were distributed to 310 randomly selected health workers and 310 patients who applied to this hospital. All results were evaluated with SPSS 22.

**Findings and Results:** According to the results of the questionnaire applied to health personnel and patients Chronbach's Alpha values has been determined as 0.81 and .75 respectively. Considering the sub-dimensions of empathy, the mean scores of cognitive empathy of both health care workers and patients were found to be low, but the average social competence scores were determined as high.

**Keywords:** Health services, patient, health worker, communication, empathy

---

<sup>1</sup>Assoc. Prof. Sakarya Applied Sciences University/Adapazarı Vocational High School/Turkey/

corgev@subu.edu.tr

<sup>2</sup> Student Sakarya University Business School Health Management Department/Turkey/ [shr.brsk1@gmail.com](mailto:shr.brsk1@gmail.com)

## SECRETS OF LONG AND HEALTHY LIFE OF THE ELDERLY WHO LIVE A LIFE ABOVE THE AVERAGE LIFE EXPECTANCY

Saime ŞAHİNÖZ<sup>1</sup>  
Turgut ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** To determine the ways of living healthy and long in our country.

**The Purpose of the Study:** To determine the secrets of long and healthy life of the elderly people in our country.

**Method:** The data of this study, which was carried out as a cross-sectional study on 472 healthy elderly people aged 80 years and over in Gümüşhane province in 2018, was obtained by the “Elderly Questionnaire” which was developed by the researchers and applied by face to face interview technique and student’s t and chi-square tests were used in the statistical analyzes.

**Findings and Results:** The mean age of the elderly in the study group was  $82.05 \pm 7.23$ . The mean age of death of the fathers of the elderly was  $72.05 \pm 14.63$ , and the mean age of death of the mothers was  $72.74 \pm 15.33$ . It was determined that the elderly mostly consumed vegetables and fruits (88.5%), milk and dairy products and meat, respectively. The elderly stated natural and healthy nutrition, working and staying away from stress in the top three places as the secret of their long and healthy life. It was determined that the participants lived an average of 10 years more than their parents. According to these results; to ensure a longer and healthier life for the society; it is recommended to carry out necessary studies to ensure adequate, balanced and natural nutrition and to reduce stress.

**Keywords:** Long, Healthy, Life, Elderly

---

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Prof. Dr.

<sup>2</sup> Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Dr.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH PERCEPTIONS OF UNIVERSITY STUDENTS

Nursel AYDINTUĞ<sup>1</sup>  
Begüm YALÇIN<sup>2</sup>  
Büşranur KÖMÜRCÜ<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** University Education is learning vocational training and skills as well as the personality development and the change of perception. The problem of this study is the relationship between health literacy and health perception levels of the University students.

**Purpose of the Study:** This porpouse of study to find out the levels of health literacy and health perceptions of university students and related factors.

**Method:** The universe of this descriptive study is a foundation university. Health literacy scale and Health Perception Scale were applied to 312 students by easy sampling method. Data were analyzed by SPSS program.

**Findings and Results:** According to the results of the study, negative and positive relationships were found between the sub-dimensions of health literacy and health perception levels. Based on the findings, the health literacy levels of the students increased as paralell to health perceptions. In addition, there was no significant relationship between the students' gender and seniority level, It is observe that the level of health perception decreased in line with age increased. In conclusin the level of health perceptions significantly effected by health literacy.

**Key Words:** University Students, Health Literacy Level, Health Perception.

---

<sup>1</sup> Biruni University/ Health Care Management/ Turkey/ [naydintug@biruni.edu.tr](mailto:naydintug@biruni.edu.tr)

<sup>2</sup> Biruni University/ Health Care Management/ Turkey/ [begumyalcin92@gmail.com](mailto:begumyalcin92@gmail.com)

<sup>3</sup> Biruni University/ Health Care Management/ Turkey/ [busranurkrcu37@gmail.com](mailto:busranurkrcu37@gmail.com)

## HEALTH MANPOWER MARKET AND ANALYSIS IN TURKEY

Ersin KOCAMAN<sup>1</sup>  
Erman KEDİKLİ<sup>2</sup>  
Yeter DEMİR USLU<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In Turkey, health manpower supply and demand imbalance in the ongoing years, lack of plans and so on. As a result of the factors, the number of health personnel per patient is below the OECD average and as a result of this, various problems in the provision of health services constitute the problem of the study.

**The Purpose of the Study:** In this study, the health manpower trained in health manpower market, educational institutions between 2002-2017 years in Turkey (supply) and health institutions and organizations employed health manpower (demand) is intended to analyze the current situation.

**Method:** Secondary data were used in the study. The data were obtained from the Health Statistics Report and Higher Education Institution Statistics published by the Ministry of Health in 2018 and covering the years 2002-2017. The unit of analysis of the study consists of health manpower; physicians, dentists, pharmacists, nurses and midwives were included in the study.

**Findings and Results:** In Turkey 2016-2017 academic year, a total of 75 956 students in the 99 Faculty of Medicine, a total of 18 890 students in the 76 Faculty of Dentistry, a total of 10 905 students in the 36 pharmacy schools and a total of 79 950 students in nursing and midwifery has received education. In 2016, employees in all health institutions in Turkey; There are 144.827 physicians, 26.674 dentists, 27.864 pharmacists, 152.952 nurses and 52.456 midwives. In the international comparison of the number of health manpower per 100,000 people in 2015; The number of physicians 181 in Turkey, average OECD 343, the number of dentists in Turkey 33, the OECD average of 71, the number of pharmacists 35 in Turkey, the OECD average of 89 nurses and midwives number in Turkey 257, the OECD average is 1,098. As a result, the number of health manpower in Turkey, stayed far below the average for OECD countries and health manpower in Turkey were found to be at a high level of deficit. In these issues as a result of failure on "action plans" in Turkey "Health Manpower Crisis" arises.

**Keywords:** Health Care Planning, Health Manpower, Health Market Analysis.

---

<sup>1</sup> Tekirdağ Namık Kemal University/ Medical Documentation and Secretarial Program/ ekocaman@nku.edu.tr

<sup>2</sup> İstanbul Medipol University/ Healty Care Management/ ekedikli@medipol.edu.tr

<sup>3</sup> İstanbul Medipol University/ Healty Care Management/ yuslu@medipol.edu.tr

## PROPOSAL FOR LEADERSHIP MODEL IN HEALTH: POST-MODERN HEALTH LEADERSHIP

Yeter DEMİR USLU<sup>1</sup>  
Ersin KOCAMAN<sup>2</sup>  
Erman KEDİKLİ<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Concepts and theories of leadership have been given to the literature based on social sciences until the modern period. The lack of a leadership style of health services and Post-modern period in terms of its specific characteristics constitutes the problem of our study.

**The Purpose of the Study:** In this study, it is aimed to explain the Post-modern Health Leadership model proposal needed by health systems and to bring them into literature by examining the literature within the context of health and leadership concepts and the features of modern Post-modern approaches in management.

**Method:** In the literature, national and international scientific studies on health, health systems, leadership and Post-modern management theories were scanned. Post-modern Health Leadership model proposal is formed by synthesizing the characteristics of Transformational Leadership, Effective Strategic Leadership and Charismatic Leadership models.

**Findings and Results:** The Post-modern Health Leadership is at the intersection of Transformative (Transformational) Leadership, Effective Strategic Leadership and Charismatic Leadership models and carries all the features of the models. Post-modern health leadership; is a person or organization that is able to gather and influence communities around the community in order to ensure that preventive, therapeutic, rehabilitative and health promotion services are offered within the framework of fairness, effectiveness, efficiency and accessibility and to ensure that people are in a complete state of well-being. Finally, Post-modern health leader, who is innovative, flexible, predictive, capable of doing business, believing in creativity of diversity, defending the idea of a pluralist and libertarian organization, who can lead the essence, patient, employees and health system, and focuses on production it is thought to create the effect.

**Key Words:** Health Systems, Leadership, Post-modern Period

---

<sup>1</sup> İstanbul Medipol University/ Healty Care Management/ yuslu@medipol.edu.tr

<sup>2</sup> Tekirdağ Namık Kemal University/ Medical Documentation and Secretarial Program/ ekocaman@nku.edu.tr

<sup>3</sup> İstanbul Medipol University/ Healty Care Management/ ekedikli@medipol.edu.tr

## MATERIAL MANAGEMENT IN NURSING SERVICES: AN ORGANIZATION OF DEVELOPMENT

Berra YILMAZ KUŞAKLI [ 1 ]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In order to provide high quality service in health service, it is the activity of the manpower over the resource allocated to the materials. In this system, the most consumed materials of health services are also available in medicines and medical equipment and where the large scale of these materials is applied by nurses. Nurse nurses can provide quality health services with good method and control of resources in nursing services. In this direction, nurses should take an active role in the realization of the change with the necessary applications and controls to benefit the organization.

**Purpose of the Study:** In this organization development study, it continues to serve in a public hospital and it is aimed to present the management of the employees, to solve these problems and to solve these problems.

**Method:** Hospital Administration was authorized for the study. Problems and needs related to the drug and drug consumable method of the institution were determined and activities to be done to eliminate them from the system were planned. The Action Plan and 5N1K activity schedule were prepared for this study.

**Results and Conclusion:** : In the clinics, the stock surplus is 93 items, 2840 drugs and intravenous solution, 10 items 593 medical consumables. In all clinics, the stock provided more material to be returned to the main warehouse. This application management, clinical priorities of nursing services and drug consumption management, job analysis of responsible nurses and related job definitions by determining drug management and management. We aim to manage a website and management system management for regulated companies and pharmaceutical and pharmacy boards. It is structured to cover other nursing practice areas within this institutional framework.

**Key words:** Nurse, medication, material management, organizational development, medical consumables

[1] **Istanbul University Cerrahpasa PhD Candidate Management in Nursing/ Turkey / berrayk@gmail.com**



## DEMAND FORECASTING IN HEALTH INSTITUTIONS: AN APPLICATION EXAMPLE

Uz. Derya ENGİN<sup>[1]</sup>

Res.Asst. Ferda IŞIKÇELİK<sup>[2]</sup>

Assoc. Prof. Çağdaş Erkan AKYÜREK<sup>[3]</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The delivery of uninterrupted healthcare services requires that health institutions to work with adequate resources and to estimate uncertainties. The limited resources allocated to healthcare services require resource planning.

**The Purpose of the Study:** The purpose of this study is to analyze the consumption of injector (5cc) by means of time series methods from the quantitative forecasting methods and to forecast the demand of injector (5 cc) for the next 12 months period.

**Method:** Within the scope of the study, the monthly injector (5cc) consumptions of the hospital for the period 01.01.2014-31.12.2018 were evaluated with Minitab 18 program by using the Trend Analysis, Moving Average, Exponential Correction and Holt-Winters methods. It was used that mean absolute error (MAD) and mean absolute error percentage (MAPE) which the commonly used error criteria to measure the accuracy of the forecast results in order to find out the method which the most accurate forecast was made.

**Findings and Results:** While the demand for injectors was 140,468 in 2014, this demand increased to 172,359 in 2018. It was observed that injector (5 cc) followed a fluctuating trend on a monthly basis and showed an increasing trend on an annual basis. The lowest error values were observed in the 3- monthly moving average method as MAPE 19 and MAD 1.626 when forecasting methods were compared. In this context, the injector (5cc) demand in the next 12 months is expected to be 12.478,76 units per month and 149.744 units per year.

**Key Words:** *Forecasting, Demand Forecasting, Time Series*

---

<sup>[1]</sup> Hacettepe University/ Turkey/deren79@gmail.com

<sup>[2]</sup> Ankara University/ Health Management Department/ Turkey/ ferdabuluc@gmail.com

<sup>[3]</sup> Ankara University/ Health Management Department/ Turkey/ ceakyurek@ankara.edu.tr

## APPROACH OF INCLUDING HOME HEALTH SERVICES IN THE DIGITAL HOSPITAL PROCESS: HOME HEALTH MOBILE APPLICATION

Asım LEBLEBİCİ [1]  
Mustafa AŞÇI [2]  
Ebru TOMBAK [3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Home Health Services (HHS) are not considered within the scope of digital (paperless) hospitals. The data of the patients visited within the scope of HHS are kept in paper forms. The entry of patient forms into the hospital information management system causes time and job loss for the health team. During the visits performed by the HHS personnel, the patient's health monitoring and treatment process became difficult as all of the diagnosis-identification-results were not available at the time of examination.

**The Purpose of the Study:** The aim of the study is that design home health services as a mobile system and involve both in the “Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)”-digital hospital process, prevent time loss, facilitate the data recording of the healthcare team and improve the quality of patient life.

**Method:** HHS data forms entered in the direct mobile system and Decision Support System (DSS) which is created by artificial intelligence algorithms based on patients data who receive home health care services according to the literature examining data such as examination, radiological methods and forms of home health services (Patient Treatment Plan Form, Patient Evaluation Form, Mental Status Test, Nutritional Assessment Test, Independence in Activities of Daily Living Forms, and Depression Status Form) and information will be provided to support HHS personnel.

**Findings and Results:** In line with the needs of HHS personnel and the literature, mobile design has been created and shared with health centers. Positive feedback has been taken and the design is planned to be shared with those who plan and implement the health system. With the mobile application, prevention of data, time loss, and increasing the service quality, patient and patient relative satisfaction. With the help of the mobile support system with a decision support system, it is aimed to provide a full follow-up with all the data in the process. With the mobile application, paperless-digital hospital targets will be fully insured.

**Key Words:** Home Health Services, Mobile Application, Digital hospital-HIMSS progress, Decision Support System

[1] Dokuz Eylul University/Institute of Health Science /Turkey/[asim.leblebici@gmail.com](mailto:asim.leblebici@gmail.com).

[2] Ege University/International Computer Institute /Turkey/[asci.mustafa.ube@gmail.com](mailto:asci.mustafa.ube@gmail.com).

[3] Gaziemir Nevvar-Salih İlgören State Hospital/ Home Health Services/Turkey

## EVALUATION OF THE PREFERENCES OF HEALTH SERVICE USAGE

Ebrar İLİMAN<sup>1</sup>  
Merve ŞİMŞEK<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Increase in the number of private and public health institutions, requires patients to choose among them. Health institutions also want to be preferred like all other businesses. However, there are many factors affecting hospital preferences of patients. In addition, health care preferences of individuals also affect the society. Therefore, it is important to know the health service usage preferences of individuals.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to investigate factors affecting health service usage preferences of individuals.

**Method:** Research data were collected from April to May 2019 through questionnaires distributed electronically from 390 individuals. The questionnaire consisted of questions prepared by Atalay(2015) and edited by researchers.

**Findings and Results:** It was observed that 37% of the participants were male and 63% of them were female. In addition, 61.28% of them were married, 38.71% of them were single. According to research findings about 70% of participants prefer public hospitals. It was determined that family medicine was generally preferred for treatment of basic diseases. Addition, hospitals are most preferred for examination and test. It was determined that factors affecting hospital preferences of individuals were transportation, hospital recognition, employee effectiveness, physical environment, cleanliness, waiting time, appointment system and respect for privacy.

**Key Words:** Health, hospital, preference.

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Sivas Cumhuriyet University, Turkey, [ebrar@cumhuriyet.edu.tr](mailto:ebrar@cumhuriyet.edu.tr)

<sup>2</sup> Öğr. Gör. Sivas Cumhuriyet University, Turkey, [mervesimsek@cumhuriyet.edu.tr](mailto:mervesimsek@cumhuriyet.edu.tr)

## THE RELATIONSHIP BETWEEN TWO DIFFERENT TRUNK MOBILITY MEASUREMENT METHODS WITH BALANCE, FEAR OF FALLING, MOBILITY AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Gözde PANCAROĞLU  
Gözde İYİGÜN  
Aytül ÖZDİL

<sup>1</sup>Eastern Mediterranean University, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Famagusta, TRNC Mersin 10, TURKEY

### ABSTRACT

**Study problem:** Decreased trunk mobility in patients with Parkinson's disease might affect the balance, fear of falling (FOF), mobility and activities of daily living of the individuals. Therefore, it is important to determine which trunk mobility assessment method is more suitable for the evaluation of these parameters.

**Purpose:** The aim of this study was to investigate the relationship between two different trunk mobility measurement methods with balance, FOF, mobility and activities of daily living.

**Method:** Twenty-five (n; male/female=13/12) patients with Parkinson's disease, aged 40-75, stage  $\leq 3$  on Hoehn and Yahr scale and  $>69/100$  on Addenbrooke's Cognitive Examination were included in the study. Demographic and disease characteristics were recorded. Trunk mobility was measured with Functional Axial Rotation-physical (FAR-p) and -visual (FAR-v) tests and Trunk Mobility Scale (TMS-dynamic, TMS-static, TMS-total), balance with Berg Balance Scale (BBS), FOF with Tinetti Falls Efficacy Scale (TFES), mobility with Timed Up and Go Test [TUG-motor, TUG-motor+cognitive, TUG-motor+motor] and activities of daily living with Functional Independence Measure (FIM-motor and cognitive).

**Findings:** The mean age of individuals was  $69.80 \pm 7.37$ , body mass index was  $29.83 \pm 5.21$  and MMSE was  $22.80 \pm 2.38$ . It was found that 13/25 of individuals had falling experience during the last 6 months. None of the parameters of FAR and TMS was correlated with each other to assess trunk mobility. There was low-moderate negative correlation between FAR-p and FAR-v (right and left) with TUG-motor, TUG-motor+cognitive, and TUG-motor+motor results. There was moderate negative correlation between TMS-static, TMS-dynamic and TMS-total scores with BBS scores, low negative correlation between TFES with FIM motor scores. There was low positive correlation between TMS-dynamic and TMS-total scores with TUG-motor scores.

**Results:** The results of this study showed that FAR test is correlated with mobility during single and dual tasks, whereas TMS is correlated with balance, FOF, mobility and ADLs during single task.

**Keywords:** Parkinson's Disease, Axial Mobility, Balance, Fall, Mobility, Activities of Daily Living

## EVALUATION OF THE EFFECTS OF MULTIPLE SCLEROSIS ON QUALITY OF LIFE

Gokcen GOZUBATİK CELİK 1  
Mecbure NALBANTOĞLU 2

- 1- Dr. Mazhar Osman Training and Research Hospital, Department of Neurology
- 2- Demiroglu Bilim University Medical Faculty, Department of Neurology

### ABSTRACT

**Background and Aims:** Multiple Sclerosis (MS) is a chronic inflammatory demyelinating disease of the central nervous system. MS can be presented with various clinical spectrums as motor, sensory, brainstem, cognitive affects, mood disorders etc. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS) is an assessment scale that measures the effect of the disease on the quality of life of the patient, which varies according to the patient's clinic. In our study, we aimed to investigate the effect of the disease on quality of life by evaluating the MSIS questionnaire.

**Methods:** The patients who were diagnosed as Clinical Isolated Syndrome (CIS) and exact MS were included in the study. Age, gender, duration of disease, clinical findings, disease course, EDSS, treatment information used for the last six months were all recorded. The patients were interviewed face to face and the same investigator performed the MSIS questionnaire.

**Results:** A total of 72 MS patients (55 female and 17 male) were included in the study. The mean age was 38.4 (min: 19-max 65 years), the mean disease duration was 41.2 months (min / max: 2/24 months) and the mean EDSS was 2.0. The highest MSIS value was found in primary progressive (87%) and secondary progressive (74%) MS groups of which EDSS and disease duration was higher ( $p < 0.05$ ). No significant difference was observed in MSIS scale among the drug users related to the disease course ( $p > 0.005$ ).

**Discussion:** MS is a chronic disease with various clinical findings and disabilities in daily life. Our results show that there is a positive correlation between the bad course of the disease and its effect on quality of life. Knowing how much the patient is affected will help in the planning the supportive treatment and rehabilitation programs in providing more benefits.

## **A RESEARCH ON MEDICAL OXYGEN SYSTEM (PSA SYSTEM) OBTAINED BY ON\_SITE PRODUCTION IN HOSPITALS AND LIQUID MEDICAL OXYGEN SYSTEM SUPPLIED EXTERNALLY**

Elife DİLMAÇI  
Mustafa KILIÇ 2  
Aysel ATEŞ3  
Bilgehan KARADAYI4

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Medical oxygen systems, support the clinical activities of hospitals are an integral part of service buildings. Ensuring uninterrupted distribution of medical oxygen has an important role to play in meeting the demands of nurses and clinical staff for patient care. It is aimed in the study to determine in which system costs are lower and which is better of hospital for ensuring uninterrupted delivery of services.

**The Purpose of the Study:** The aimed in this study is to determine the advantages and disadvantages of medical oxygen system obtained by on-site production (pressure swing adsorption, PSA) and medical liquid oxygen system and to estimate cost of medical oxygen per kg. for assist hospital managers in their decision on supply of medical oxygen.

**Method:** Data were collected from six public hospitals and manufacturers for analysis of medical oxygen systems in 2018. Advantages and disadvantages of the two systems have been determined and the cost of per kg. of oxygen for each system have been estimated.

**Findings and Results:** The kg cost of medical oxygen is estimated as 0.397 TL and the liquid medical oxygen were estimated 0,820 TL per kg price. In addition to the cost of medical oxygen supply, there are other features that should be taken into consideration; the geographic location of the hospitals, the distance of the oxygen production facilities, the current plant structure, the oxygen consumption characteristic, and the specific status of the service offerings. As a result, hospital managers should consider the cost of systems as well as the compliance between the institutional features and the installation requirements of the systems when making decisions about the selection of the medical oxygen system.

**Key Words:** Medical Oxygen System, Economic Evaluation, Cost-Minimization Analysis.

- [1] Ministry of Health, General Directorate of Health Services / Department of Health Technology Assessment/Turkey  
[2] Ministry of Health, General Directorate of Health Services / Department of Health Technology Assessment/Turkey/elife32@hotmail.com  
[3] Ministry of Health, General Directorate of Health Services / Department of Health Technology Assessment/Turkey  
[4] Ministry of Health, General Directorate of Health Services / Department of Specialty-Care Services /Turkey

## CULTURE OF HEALTH SERVICE USE AND RELATED FACTORS

Zeliha ARAS BALCI [1]

Melike YAVUZ [2]

Pınar GÜNGÖR KETENCİ [3]

Sunay GÜNER [1]

Sevda AYDIN BÜYÜK [1]

Meltem EKİCİ [1]

Özgül GÖKTAŞ [1]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The use of health services, which is one of the basic human rights, is affected by many social and economic factors. These factors should be taken into account when determining health policies.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to determine the behaviors that reflect the culture of health service use and the factors that may be related to these behaviors.

**Method:** A questionnaire, consisting of 46 questions and prepared by researchers was used to question the health service use behavior and related factors. The study population were patients hospitalized between 1-10 April 2019 in Göztepe Training and Research Hospital of Medeniyet University in Istanbul. 453 patients accepted to participate the study. Data were analyzed in SPSS 20.0 program.

**Findings and Results:** Most of the participants were female (64%). The mean age was  $50 \pm 19$  years. 74% of the participants were educated at primary and lower levels. 70% of the respondents reported that they did not work and 91% had social security. 33% had difficulties in accessing health care and these are due to problems of appointment (64%), lack of social security (15%) and distance to health institution (23%).

40% of the respondents reported that they usually postpone applying to a health institution when they experience a health problem. Of these, 22% due to workload and 16% because of the fear of doctors prefer to postpone. The postponement behavior of using health services was found to be significantly higher in women (46%) than men (% 31) and higher in participants who reported difficulty in accessing health services (48%) than who didn't (35%) ( $p=0,001$ ;  $0,009$  respectively).

The results of this study showed that the difficulty in access to health services has a negative effect on the development of culture of health service use. The reasons of these should be questioned in details and interventions aimed at solution should be carried out.

**Key Words:** Health, Health Service Use, Culture.

Presentation Language: Turkish

---

[1] Istanbul Medeniyet University Goztepe Education And Research Hospital/İstanbul

[2] Bahçeşehir University Department of Public Health/İstanbul

[3] Erenköy Physical Therapy And Rehabilitation Hospital/İstanbul

## OECD ÜLKELERİNDE MEME KANSERİ HASTALIĞI YÜKÜNÜN BELİRLENMESİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Arzu YİĞİT[1]  
Vahit YİĞİT[2]  
İskender ÇETİNTÜRK [3]

### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Meme kanseri, dünya çapında kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür ve 2018 yılında tüm kanser türleri arasında kadınlara konulan her dört teşhisten neredeyse bir tanesini (% 24,2) oluşturmaktadır. Kansere bağlı ölüm nedenleri Karşılaştırıldığında kadınlar arasında en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. OECD ülkelerinin önemli bir kısmını oluşturan Batı ülkelerinde meme kanseri insidansı 1990'ların başından bu yana artış göstermiştir.

**Çalışmanın Amacı:** Bu Araştırmanın amacı, OECD Ülkelerinde Meme Kanseri Hastalık Yükünün belirlenmesi ve Karşılaştırılmasıdır. Araştırmada OECD ülkelerinin DALY ve ilişkili parametrelerinin elde edilmesinde Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) veri tabanından ve DALY verileri için tüm yaş aralığında kadın istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırmada Murrey ve Lopez (1996); Lopez et al. (2006), Murray et al. (2013) tarafından geliştirilen ve hastalık yükü hesaplamalarında kullanılan yöntem kullanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırma sonuçları incelendiğinde, Meme kanserinin en fazla görüldüğü ülkeler genellikle yüksek gelir seviyesine sahip, endüstrileşmiş ülkelerdir. Gelişmişlik düzeyi daha düşük ülkelerde yaşayan kadınların meme kanseri insidansı nispeten daha düşük seyretmektedir. Ancak IHME veritabanından elde edilen istatistikler doğrultusunda Japonya gelişmişlik düzeyi ve görülen insidans oranı Açısından istisna teşkil etmektedir. 2018 yılı için 36 OECD ülkesinin DALY yükleri (‰) Karşılaştırıldığında, en yüksek yüke sahip iki ülke; Almanya (10.26) ve Hollanda (10.22) iken, en düşük meme kanseri DALY yüküne sahip ülke Türkiye (3.54)'dir.

**Key Words:** Hastalık yükü, Meme kanseri, DALY

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi Bölümü/ [arzuyigit@sdu.edu.tr](mailto:arzuyigit@sdu.edu.tr)

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi [Bölümü/vahityigit@sdu.edu.tr](mailto:Bolumu/vahityigit@sdu.edu.tr)

<sup>3</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi/[iskendercetinturk@hotmail.com](mailto:iskendercetinturk@hotmail.com)



## THE ETHICAL DIMENSION OF SOCIAL MEDIA ADVERTISEMENTS IN CONSUMER PURCHASING BEHAVIOR IN HEALTH SECTOR

Salih SARIALP<sup>1</sup>

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Increase in the use of social media as a result of the augmentation in the internet use with the developments in communication has led to a change in the consumer purchasing habits. In consequence of these developments, the tending of the experts in the health sector towards social media advertisements by changing their promotion and advertisement channels has brought about ethical problems.

**The Purpose of the Study:** The study aims to determine how the ethical dimension of the advertisements affects the consumers' purchasing behavior due to the rarity of the inspection on the social media.

**Method:** The population of the study consists of individuals aged 18 years and over who reside in Ankara and the sample was chosen because of the large population. It was carried out by means of convenience sampling method and questionnaire technique which was conducted face-to-face and with google forms on 653 people, and after the examinations 650 questionnaires were analysed. In addition to demographic questions, 41 propositional Likert-type questions were included in the survey to determine the noticeability of the advertisements for the social media users and to learn whether these advertisements were ethical or not. Cronbach's Alpha coefficients were calculated as 0.82, 0.86 and 0.86 to assess the consistency of the statements in the survey with each other and the reliability of the scale, and the scale was found to be reliable.

**Findings and Results:** According to study results, a low negatively significant relationship was found between the purchasing behavior scores and the ethical scores of the participants ( $r = -.180, p < .01$ ). Another important finding showed a significant difference in terms of educational level between the ethics and related opinions of the consumers regarding social media advertisements ( $p < 0,05$ ). In the health sector, a significant difference was observed as a result of the analysis carried out to discover if there was a significant difference on the basis of genders about whether the social media advertisements were ethical ( $t_{(648)} = -2.04, p < .05$ ). It is recommended that health institutions to be more sensitive to the ethical dimension in the social media advertisements they will make, and to be established of a separate team by the Information and Communication Technologies Authority (ICTA) and Radio and Television Supreme Council (RTSC), which are within the regulatory and supervisory institutions together with the Ministry of Health, and the inspections to be made more effective by acting jointly with the related institutions.

**Keywords:** Health sector, social media advertisements, consumer behavior, purchase intention, ethics.

---

<sup>1</sup>Graduate Student with Thesis in Business Administration at Institute of Social Sciences, Atılım University

<sup>2</sup> Academician at Department of Business Administration, Faculty of Business Administration, Atılım University

## COMPARİSON OF E-HEALTH LİTERACY LEVELS OF UNİVERSİTY STUDENTS: A STUDY ON UNDERGRADUATE AND GRADUATE STUDENTS

Enis Baha BİÇER[1]  
Mustafa ORHAN[2]  
Burak SAYAR[3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Nowadays, technology is available in many ways and used in various ways. Technology users are looking for solutions to their problems through internet and similar tools. Health is very important for all people thanks to the reflex of life, the use of internet is an important source of information. It is a significant problem that people know what information they can trust and what information they can use.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to investigate internet usage habits of university students as health information sources and to determine E-health literacy levels of students.

**Method:** This study was carried out on a student of 260 health sciences faculty and 69 health sciences institute with stratified sampling method. In the study, 7 questions demographic information and 8 questions ve E-Health Literacy Scale developed by Norman and Skinner (2006) and validity and reliability of Turkish by Coşkun and Bebiş (2015) were used.

**Findings and Results:** Participants; 74.5% of them were women, 79.9% were between 18-24 years of age, 79% were undergraduate students and 48% had 4 hours of internet usage per day. Participants; 80.9% received at least one health information from the internet. The Cronbach alpha value of the scale is 0.90. While the mean score of the scale was 8 and the highest 40 points, it was found to be 29,17 in our study. 76.9% of undergraduate students and 95.7% of graduate students received health information from the internet.

**Key Words:** E- Health, Health Literacy, E- Health Literacy

---

[1] Sivas Cumhuriyet University / Healty Care Management/ Turkey

[2] Sivas Cumhuriyet University/ Healty Care Management/ Turkey / mustafaorhan33@hotmail.com

[3] Sivas Cumhuriyet University / Healty Care Management/ Turkey

## **DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND PERSONALITY TRAITS IN UNIVERSITY STUDENTS**

Ayşenur NAMLI[1], [3]  
İlknur SAYAN[2]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Quality of life is a concept that includes emotional, mental, social, physical and behavioral variables. Personality consists of the inheritance characteristics of human, family characteristics, interaction between social and environmental factors. Personality characteristics and behaviors that occur in the early stages of life are an important factor affecting the quality of life. This research is based on the assumption that quality of life will vary according to personality characteristics. The aim of this study was to determine the relationship between quality of life and personality traits in university students.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study was to investigate the relationship between quality of life and personality traits in university students.

**Method:** In the first part of the data collection forms used in the research, a demographic information form consisting of fourteen questions was used. In the second part of the data collection tool, Sf-12 health survey which is short version of Sf-36 developed by Ware(1993) and colleagues and its Turkish validity and reliability made by Koçyiğit(1999) and colleagues was used. In the third part of the data collection tool, The Five Factor Personality scale developed by John(1991) and colleagues and adapted to Turkish by Sümer(2005) and colleagues was used. Fifty-three students were included in the study.

**Findings and Results:** There was no correlation between quality of life and personality traits among female students. There was negative correlation between quality of life and agreeableness personality traits among male students.

**Key Words:** Quality of life, The Five Factor Model of Personality, University Student

[1], [2] Istanbul Kent University/Turkey/fzt.aysenurnamli@gmail.com

[3] Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute/Turkey

## EVALUATION OF INFORMATION SECURITY BY IT STAFF – A STUDY IN THE HEALTH SECTOR

Sultan Güler KURT[1]  
Ramazan Özgür ÇATAR[2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** If businesses can provide information security, they can continue to exist in their respective sectors. In this context information security is a very important issue for health sector too. This study includes information processing and information security issues in the health sector. **The Purpose of the Study:** The aim of this study to evaluate the information security level of hospital information management system (HIS) by hospital IT staff. In this context it is important and it contributes to the literature. **Method:** In this study a questionnaire was applied to IT staff members of Istanbul Health Informatics Association. The universe of the research consists of active 100 members. The questionnaire was delivered to all members by making a complete count without sampling. As a result the survey was completed by 72 members. The cronbach alpha value of the information security scale of the study is = 0.943. The cronbach alpha values of the dimensions of the study are: access and authorization = 0.918, security applications = 0.724, health service delivery = 0.833, organizational security = 0.836 and security policy = 0.877. **Findings and Results:** There is a significant correlation between the overall score given by the IT staff to HIS users and the total score of the information security scale ( $p=0.000$ ). There are significant differences between the information security scale and its sub-dimensions according to the provision of sufficient financial resources to ensure information security in hospitals. There is a significant difference between the sub-dimension of health service delivery according to the access of patient data by employees in emergency situations ( $p=0.023$ ). Necessary education should be provided to prevent user errors which are one of the most important factors for ensuring information security.

**Key Words:** Information Processing, Information Security, Health Informatics, HIS

[1] Marmara University/ Department of Health Management/Master  
Student/Turkey/sgulerkurt@outlook.com

[2] Marmara University/ Department of Health Management /Assistant Professor/Turkey

## **THE RELATIONSHIP BETWEEN GROSS DOMESTIC PRODUCT WITH HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT EXPENDITURES**

Gülay EKİNCİ [1]  
Alper CİHAN [2]  
Haydar SUR [3]  
Ahmet KÖSE [4]

**The Problem of the Study:** Studies showing that health spending and investments have an impact on economic growth and studies showing that Research And Development (R&D) spending and investments are effective on economic growth are widely covered in the literature. However, the studies showing the effects of health R&D expenditures and investments on the national economies have not been made in the literature.

**The Purpose of the Study:** This study was aimed to determine the relationship between Health R&D expenditures and Gross Domestic Product (GDP) between 2005 and 2014 in 17 countries.

**Method:** GDP as representative of economic growth; Health R&D Expenditures, Health Expenditures and number of Patent in healths' were taken as representative of Health R&D Expenditures. Panel data analysis was used in analysis. The variables were analyzed by Kao (Engle Granger Based) Cointegration Test.

### **Findings and Results :**

**H<sub>0</sub>:** There is no cointegration relationship between variables.

**H<sub>1</sub>:** There is a cointegration relationship between variables.

In the Kao Residual Cointegration Test, our null hypothesis was rejected and H<sub>1</sub> was accepted according to ADF results ( $p = 0.0005$  and  $p < 0.005$ ).

It is determined that the variables related to GDP, Health R&D Expenditure, Health Expenditure and number of Patent in healths' have long-term cointegration relationship.

**Key Words:** Gross Domestic Product, Health Research And Development Expenditures, Panel Analysis, Number Of Patent in Healths'.

**Resources:** Ekinci, G. (2019). "Impact on Economic Growth of the Health Research and Development Expenditures: An Empirical Study on Turkey. Istanbul Cerrahpaşa University Institute of Health Sciences, Department of Health Management." written from PhD Thesis.

[1] Asc. Dr. / Faculty of Health Sciences Health Management Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey

[2] Prof. Dr. / Faculty of Health Sciences Health Management Istanbul Cerrahpaşa University, Istanbul, Turkey

[3] Prof. Dr. / Üsküdar University Faculty of Health Sciences Health Management, Istanbul, Turkey

[4] Prof. Dr. / Istanbul University Faculty of Business Management, Department of Finance, Istanbul, Turkey

## **PROTECTION OF PERSONAL DATA IN HEALTH LAW**

Gürbüz YÜKSEL(1)

### **ABSTRACT**

The main of this study is to raise awareness about the security and confidentiality of personal data with emphasis on the protection of personal data in general and personal health data in particular. In accordance with this perspective, our study will be presented in two parts. In the first part, information regarding national and international law on the protection of personal data and practices of the Ministry of Health in this issue will be given. In the second part, legal, penal and administrative sanctions (specifically the violations of personal health data privacy and security) will be explained with examples from Supreme Court decisions.

**Key words:** Personal data, Personal health data, Privacy, Crime, Awareness

(1) Law Coordinatör, Ministry of Health General Directorate of Health Information Systems, Ankara

## OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK HARCAMA GÖSTERGELERİNİN KÜMELEME ANALİZİ İLE SINIFLANDIRILMASI\*

İskender ÇETİNTÜRK  
Mehmet GENÇTÜRK<sup>1</sup>

### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Günümüzün rekabetçi koşullarında, ülkelerin Sağlık harcamalarının payı, gelişim düzeylerinin önemli bir göstergesidir ve Sağlık sonuçlarını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle, Sağlık harcamalarındaki artış ve ülkelerin Sağlık politikalarının benzerliği, ülkelerin harcama türlerine göre sınıflandırılmasını ve benzer hususların belirlenmesini zorunlu kılmaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** OECD ülkelerinin 2003-2017 yılları arasında gerçekleştirdikleri Sağlık harcamalarını miktar ve oransal bakımdan değerlendirerek, harcama türlerine göre benzer OECD ülkelerini tespit etmek ve Türkiye'nin OECD ülkeleri içindeki yerini belirlemektir.

**Materyal ve Metot:** Çalışmada, ülkelerin benzer yanları ve farklılıklarını göz önüne alarak gruplandırmaya yarayan kümeleme analizi kullanılmıştır. 36 OECD ülkesinin 2003-2017 yılları arasında Sağlık hizmetlerinde kullandıkları 14 farklı harcama değişkeni Ward yöntemi kullanılarak analize tabi tutulmuştur.

**Bulgular ve Sonuç:** Analiz sonucunda ülkeler Sağlık harcama türlerine göre kümelmiş ve Türkiye'nin çeşitli Sağlık harcama türlerinde en fazla benzerlik gösterdiği ülkeler; Estonya, Letonya, Meksika, Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Belçika ve Avustralya olarak belirlenmiştir. OECD ülkelerinin sınıflandırılmasında Türkiye'nin konumuna bakıldığında; Sağlık harcamalarında gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığı ve nispeten düşük Sağlık harcamalarına sahip ülkelerle aynı kümede yer aldığı görülmektedir. OECD'ye üye olan ülkemizin Sağlık harcama göstergeleri ile diğer OECD ülkelerinin Sağlık göstergeleri arasında var olan önemli farklılıkların azaltılması ve Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için; toplam Sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı, kişi başına düşen Sağlık harcaması ve toplam harcama içerisindeki ilaç harcama oranının azaltılması önem taşımaktadır. Ayrıca uygun ekonomik politikalarının geliştirilmesi sağlanarak Türkiye'de Sağlık sektörünün performansının iyileştirilmesi, kaynaklarının boşa harcanmaması için gereken önlemlerin alınması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık hizmeti finansmanı, Sağlık harcamaları, OECD, kümeleme analizi.

\* Bu Çalışma, ikinci yazarın gözetimi altında ilk yazar tarafından hazırlanan yüksek lisans tezinden elde edilmiştir.

<sup>19</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi/Sağlık Yönetimi [Bölümü/iskendercetinturk@hotmail.com](mailto:Bolumu/iskendercetinturk@hotmail.com)

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi/İşletme Bölümü/ [mehmetgencturk@sdu.edu.tr](mailto:mehmetgencturk@sdu.edu.tr)

## THE EFFECT OF LEADERSHIP STYLE ON THE SUBJECTIVE WELL-BEING: THE ROLE OF THE PERCEIVED SUPERVISOR SUPPORT

Rukiye ÇELİK<sup>1</sup>  
Begüm YALÇIN<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Task-oriented and relationship-oriented leadership behaviors, which are among the characteristics of effective leadership directly effects on employee well-being and perceived executive support role in this relationship constitute the problem of the study.

**The Purpose of the Study:** This study aims to identify the role of perceived supervisor support in the effect of leadership style on subjective well-being.

**Method:** The universe of this study is a foundation university. In the convenience sampling method, 287 academicians were applied the Task Oriented and Relationship-Oriented Leadership Scale, the Supervisor Support Scale and the Subjective Well-Being Scale harmonised to the workplace. Data were analyzed by SPSS and AMOS programs.

**Findings and Results:** According to the results of the study, it was seen that leadership styles had a non-significant direct effect on subjective well-being. However, with the concrete support perceived in the mediating role, it was determined that the leadership style had a significant and positive effect on subjective well-being. Accordingly, it has been concluded that perceived supervisor support have a partial mediating role in effect of leadership style on subjective well-being.

**Key Words:** Perceived Supervisor Support, Subjective Well-Being, Leadership Style.

---

<sup>1</sup> Süleyman Demirel University/ Public Relations and Publicity/ Turkey/ bursa-84@hotmail.com

<sup>2</sup> Biruni University/ Health Care Management/ Turkey/ begumyalcin92@gmail.com



## AN EXPERIMENTAL STUDY ON THE EFFECT OF EXTERNAL WARNINGS IN DEVELOPING HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIOR

Ramazan ERDEM<sup>1</sup>  
Fatmanur GÜVENÇ<sup>2</sup>  
Zeynep KUH<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** There have been serious changes in the lifestyle of the modern man as technology surrounds all areas of life. One of these changes should be that people are moving less than in the past. Besides, it can be said that the amount of water drinking decreased in the new lifestyle depending on the eating habits. It can be said that the immobile lives of people and the decrease in the amount of water drinking pave the way for many diseases. From this point of view, various applications can be considered in order to prevent individuals living immobile and thirsty as a subject of personal health responsibility. It can be example that recording of in step count measurement and how many glasses of water are drunk as a mobile application. External stimuli can play an important role in developing healthy lifestyle behavior.

**The Study of Purpose:** The aim of this study is to investigate the effects of external stimuli and programs on healthy lifestyle behavior in an experimental method.

**Method:** The study was planned as a three-stage experimental study. The participants consisted of 85 people from 3rd and 4th grade students of the Department of Health Management of Süleyman Demirel University. In the first stage, students were asked to record how many steps they had taken each day and how many glasses of water they had drunk for a week. Once these records are received, students are gathered on a mass messaging app platform. In the second stage, the students were informed about the benefits of moving and drinking water and sent messages from the mass message group every day to remind them to drink and drink water. In addition, a schedule was created to record the number of steps taken and the amount of water consumed per month. In the third stage, the same students were reminded only once, and then they were asked to record the number of steps taken and the amount of water consumed each day for a month.

**Finding and Results:** The data that the students recorded the amount of water they drank and the number of steps they took were gathered and they were averaged in SPSS Statistics 25 program and transferred to Excel. After the warning was given to the students, the amount of water they drank and the steps they took were increased according to the amount of water they drank and the step rates without warning.

**Key Words:** Healthy lifestyle, walking, drinking water

---

<sup>1</sup> Süleyman Demirel University, Economics and Administrative Faculty, Department of Healthcare Management, Turkey, raerdem@yahoo.com

<sup>2</sup> Süleyman Demirel University, Institute of Social Science, Department of Healthcare Management, Turkey, [fatmanurguenc70@gmail.com](mailto:fatmanurguenc70@gmail.com)

<sup>3</sup> Süleyman Demirel University, Institute of Social Science, Department of Healthcare Management, Turkey, kuh.zeynep@gmail.com

## AN INVESTIGATION OF THE COMPASSION LEVELS OF HEALTH PROFESSIONALS CANDIDATES

Fadime ÇINAR<sup>1</sup>  
Haşim ÇAPAR<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** The aim of this study is to determine the factors affecting the level of compassion and the compassion levels of professionals candidates.

**Materials and Methods:** The population of this descriptive study consisted of 1382 students from Nutrition and Dietetics, Child Development, Physiotherapy and Rehabilitation, Nursing and Health Management. The data of the study was collected between 04-08 February 2019 and the research was completed with 554 students. Compassion Scale developed by Pommier (2010) and also adapted to Turkish by Akdeniz and Deniz (2016) which able to measure compassion towards others was used as data collection tool. SPSS 25.0 package program was used to evaluate the data.

**Results:** In the study, 34.7% of the professional health candidates were in the Nutrition and Dietetics Department, 33% were 20 years old and 78.7% were women. When examined in terms of class; 29.4% of the health professionals candidates were in the 4th grade. The mean score of the Compassion Scale of all students was  $4.22 \pm 0.24$ . There was no statistically significant difference ( $p > .05$ ) between the mean scores of the students according to their age and department. There was a statistically significant difference ( $p < .05$ ) between the scores of the first grade to the last grade. A statistically significant difference was found in terms of indifference, seperation, mindfulness, disengagement sub-dimensions and general compassion scale scores.

**Conclusion:** It was determined that compassion levels of health professionals candidates differed in terms of gender, class and income status. It can be explained in the lessons as a subject of compassion for the awareness of the emotions that will affect the feelings of compassion of the students of the health sciences faculty who will be health professionals of the future.

**Keywords:** Compassion, Health Professionals, Compassionate Health Care

<sup>1</sup>Dr. Öğretim Üyesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

<sup>2</sup>Araştırma Görevlisi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

## **THE MODERATING ROLE OF MOTIVATION IN THE INFLUENCE OF LEADERSHIP STYLES ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP IN HEALTH WORKERS**

İlknur SAYAN[1]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Employee motivation, organizational commitment and citizenship behaviors are some of the factors that increase organizational efficiency and performance in health organizations. These attitudes and behaviors are thought to be effective and related to employees' perception of corporate leadership styles.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to determine whether the levels of motivation played a role in the effect of perceived corporate leadership styles on organizational commitment and citizenship behaviors.

**Method:** This research data was collected by the survey method.

**Findings and Results:** As a result of the research applied to 420 health workers in private hospitals in Istanbul, it has been seen that the leadership style perceptions of employees have a significant effect on organizational commitment and organizational citizenship. The motivation levels of employees have a partial moderator role on the effect of perceived leadership style on organizational commitment. It has been found that the motivation levels do not have a moderating role on the effect of perceived leadership style on organizational citizenship. In addition, it has been concluded that employees' perception of transformational, transactional, and paternalistic leadership styles has a significant effect on organizational commitment and motivation levels, whereas laissez-faire leadership style has a negative effect on organizational commitment and motivation levels. It has been seen that organizational commitment does not have an effect on citizenship behaviors.

**Key Words:** Corporate Leadership Style, Organizational Citizenship, Motivation

[1] Istanbul Kent University/Vocational School of Health Services/Turkey/ilknur.sayan@kent.edu.tr

## OPINIONS OF THE NURSE MANAGERS ON RECRUITMENT OF NURSES: A QUALITATIVE STUDY

Tuğba YEŞİLYURT (1)  
Ülkü BAYKAL (2)  
Nilgün GÖKTEPE (3)

### ABSTRACT

**The problem of the study:** In today's global health workforce shortage, it is of great importance that qualified and suitable candidates are found, quickly recruited and retained in the organization. The retention of nurses starts with the recruitment of the right and qualified nurses. The recruitment process should focus on the correct evaluation of the suitability between the professional values, attitudes and behaviors of the nurse's with the mission and vision of the organization.

**The purpose of the study:** It is aimed in this study to determine the opinions of the nurse managers on recruitment of nurses.

**Method :** This study qualitative research method in phenomenological design was used and the sample consists of 43 nurse managers in different managerial positions, different experience and education. The study data have been collected via the face to face interview with semi-structured interview form prepared by scanning the literature and evaluated with the content analysis method.

**Findings and results:** The opinions of nurse managers on recruitment discussed as “recruitment criteria”, “recruitment process” and “problems in recruitment” as three themes and sub-themes of these main themes. It has been observed that personality characteristics, occupational experience, training and competence criteria takes into consideration in recruitment and that the recruitment process takes place in the form of central assignment in public hospitals, and in the private hospitals it consists of manpower planning, nomination, application pooling, job interview and hiring decision, reference control, placement, orientation, trial process and final decision stages. In the context of the research findings, it may be suggested to develop strategies for recruiting qualified and appropriate nurses.

**Key words:** Nurse, Recruitment, Nurse Managers

- (1) Istinye University/Nursing/ [tugba.yesilyurt@hotmail.com](mailto:tugba.yesilyurt@hotmail.com)  
(2) Istanbul University-Cerrahpaşa/Nursing Management/ [ulkubay@yahoo.com](mailto:ulkubay@yahoo.com)  
(3) Koc University/Nursing/ [NGOKTEPE@ku.edu.tr](mailto:NGOKTEPE@ku.edu.tr)

## EVALUATION OF THE COMFORT LEVEL OF THE POST-SURGICAL PATIENTS

Gizem KUBAT BAKIR [1]  
Seher YURT [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The nursing profession, which is an indispensable part of the health services, is based on care services and providing the comfort of the patient. Nursing care focuses on meeting the comfort requirements of the individual. In order to solve the problems and increase the comfort level, it is necessary to take the necessary measures to investigate the comfort levels of the patients undergoing surgery.

**The Purpose of the Study:** This study was conducted to determine the comfort levels of patients undergoing surgery.

**Methods:** The study is a descriptive study. It was conducted at a foundation university hospital in Istanbul in May 2017. The study population consisted of patients who underwent surgery and the study sample was 189 patients who met the criteria for the study. "Patient Identification Information Form" and "General Comfort Scale" were used as data collection tools.

**Findings and Results :** Patients' overall comfort levels were 56%. Environmental comfort was found 52%, physical comfort 54%, psychospiritual comfort 64% and sociocultural comfort 67%. There was a positive relationship between nursing satisfaction and comfort, that the chronic illness and hospital experience negatively affected comfort, increased personal comfort, improved comfort, and enhanced comfort and levels were different in the clinics, gender and marital status did not make a difference on comfort. It is suggested that physical, environmental, psychospiritual and sociocultural studies to enhance the comfort of the patients who have undergone surgical operation, provision of opportunities to increase time for nurses to the patients, being careful about personal confidentiality of the patients, and implementation of comfort-enhancing interventional studies.

**Key Words:** Comfort, Comfort theory, Surgical operation, Nursing care

[1] Gizem Kubat Bakır, Uzman Hemşire. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Öğrencisi, Turkey

[2] Seher Yurt, Dr. Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Turkey

## DETERMINATION OF PROFESSIONAL ATTITUDES OF EXECUTIVE NURSES

Emel GÜMÜŞ[1]  
Ece UYSAL KASAP[2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Professionalism in nursing has effects on professional development, nursing care quality, professional reputation, autonomy, job satisfaction and institutional productivity. Executive nurses have the responsibility to manage and execute all these processes due to their duties and authorities. Therefore, it is important to examine the professional attitudes of executive nurses.

**The Purpose of the Study:** The research was carried out as a descriptive study to determine the professional attitudes of the nurses.

**Method:** The universe of study in May 2018 - between July 2018, has created all nurses working in management positions in a group of hospitals in Turkey. The sample of the study consisted of 202 nurses who accepted to participate in the study and who were not permitted and reported during the study period. Data were collected by using the personal information form and the Professional Attitude Inventory (MPTE) in the profession.

**Findings and Results :** It was found that 75.2% of the nurses who participated in the study were 31 years of age and 87.1% of them were females, 62.4% of them were in the profession for 1-15 years, It was found to be between. The total score of Professional Attitude Inventory scale in the profession was found to be  $142.49 \pm 23.6$ . Age, gender, marital status, occupational experience, experience and current position of the nurses did not affect the professional attitude in the profession ( $p > 0.05$ ), whereas education level affected the professional attitude in the profession ( $p < 0.05$ ). Professional Attitude Inventory Cronbach Alfa value was found to be 0.97. According to the results of the research, the professional attitudes of the manager nurses were found to be at a good level.

**Key Words:** Nursing, executive nurses, professional attitude

[1] MLP Care Assistant Director of Patient Care Services/Istanbul/Turkey/ [emel.gumus@mlpcare.com](mailto:emel.gumus@mlpcare.com)

[2] Istanbul Health Directorate/Istanbul/Turkey/ [euysalkasap@gmail.com](mailto:euysalkasap@gmail.com)

## DETERMINATION OF ATTITUDES OF THE NURSES WORKING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A STATE HOSPITAL TOWARDS THE LABOUR PRODUCTIVITY

Muhteber HÜSMENOĞLU [1]  
Emel AYBEY [2]  
Berra Yılmaz KUŞAKLI [3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The services provided in the emergency departments should be organized well, given in good conditions and performed smoothly; furthermore, today, the issues such as improving the labor productivity of the nurses working at this field have become more of an issue.

**The Purpose of the Study:** This study is conducted to determine the attitudes of the nurses working at the emergency department of a state hospital towards their labor productivity and its influencing factors.

**Method:** The descriptive design and as a data collection tool; “A Scale for Attitudes towards Efficiency” was used to determine the socio-demographic and professional characteristics of the nurses and their attitudes towards productivity.

**Findings and Results :** The nurses included in the study sample (n:52) were stated to be 67% bachelors, 48% 25-year-olds and below, 77% women, 58% with 1-5 years of experience, 58% singles, 81% from middle-class, 67% working 8 hours at daytime, 16 hours as a night shift time schedule, 67% who chose the nursing profession voluntarily. The mean score of the Scale for Nurses ’Attitudes towards Efficiency (68.8±5.8) was founded to be above average, and the average score of the sub-dimension scale (68.8±5.8) was the highest in terms of the “Demands of Work”; however, had the lowest average score in the sub-dimension scale of “Rewarding” (49.4±17.8). The statistical comparisons revealed that the total and sub-dimensional score of the nurses’ attitude towards productivity along with the management of the nursing staff and the management approach of the institution had considerable differences with the age factor. At the end of the study, it was observed that the labor productivity of the nurses working at the emergency department was above average, and the management of the nursing staff and the management approach affected the nurses’ attitude towards efficiency.

**Key Words:** Nursing, productivity, attitude

[1] Istanbul Cerrahpaşa University/ PhD Candidate Nursing Management  
/Turkey/muhteberhusmenoglu22@hotmail.com.

[2] Büyükçekmece Mimar Sinan State Hospital/ Education Nurse/ Turkey/emelsahin77@gmail.com.

[3] Istanbul Cerrahpaşa University/ PhD Candidate Nursing Management /Turkey/berrayk@gmail.com

## EFFECTS OF NURSING WORK ENVIRONMENT ON THE QUALITY OF WORK LIFE OF NURSES

Kübra TORLAK[1]  
Nilgün GÖKTEPE[2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The quality of work life of nurses who constitute the most intensive human labor force in the field of health is perceived as an important issue both for nurses and for nurse managers. The quality of work life of nurses is affected by many factors.

**The Purpose of the Study:** The study was aimed at determining the effects of nursing work environment on the quality of work life of nurses.

**Method:** This descriptive study was conducted in Istanbul between April-May 2018 with 330 nurses, who worked at a private university hospital. The data were collected by using the 'Sociodemographic, Professional and Working Conditions Characteristics Questionnaire', 'Quality of Nursing Work Life Scale' and 'Nursing Work Index-The Practice Work Environment Scale'. Data were analyzed using the SPSS 24.0 statistical package program.

**Findings and Results:** Nurses' quality of work life level was above average; and their nursing work environment level was medium. It was founded a strong positive highly significant relationship between the nursing work environment and the nurses' quality of work life ( $r=0.62$ ;  $p<0.001$ ). Regression analysis demonstrated that the nurses' quality of work life was affected by seven variables such as nurse participation in hospital affairs, satisfaction with the institution, satisfaction with the social facilities provided by the institution, meeting the career goals of the institution, work unit, willingness to work in the unit and perception of the salary ( $R^2: 0.53$ ,  $F: 54.87$ ,  $p < 0.000$ , Durbin Watson: 1.40). In conclusion, healthy nursing work environment positively affects the quality of work life of nurses.

**Key Words:** Nursing, nursing work environment, quality of work life

[1]İznic State Hospital/Nursing/Turkey/ ktorlak@ku.edu.tr

[2]Koç University School of Nursing/Nursing Management/Turkey/ngoktepe@ku.edu.tr



## THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL STRESS ON THE INNOVATION AND RISK TAKING BEHAVIORS OF THE MANAGER NURSES

Feyza ÇETİNKAYA KUTUN (1)  
Burcu ÖZKAN (2)  
Esra EREN (3)  
Sunay GÜNER (4)

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Organizational stress in health institutions is an important factor and it negatively affects the delivery of qualified health care. Another factor that is effective in increasing the quality of health care is health professionals who can produce, innovate and manage the processes, and nurses are the group of people who communicate most to the individual in the delivery of health care.

**The Purpose of the Study:** The purpose of this study is to determine the effect of organizational stress on the innovation and risk taking behaviors of the manager nurses.

**Method:** The study was conducted as a descriptive study in May 2019. Before starting the study, the ethics committee permission was obtained from Istanbul Medipol University Non-Interventional Research Ethics Committee and the work permit was obtained from the Istanbul Provincial Health Directorate. The universe of the study consists of nurses working in a managerial position in a Training and Research Hospital in Istanbul. The sample was composed of nurses who agreed to participate in the study voluntarily. The data were collected by using the information form of the manager nurses prepared by the researcher, organizational stress scale, innovation and risk taking scale. The data obtained from the study were evaluated by SPSS 22.0 program, number, percentage and mean analysis.

**Findings and Results:** As a result of the study, the mean age of the nurses was  $35,17 \pm 6,44$ , 84% was female gender, 47% was university graduates and 86% worked as a manager nurse in a clinic, 91% of them were assigned to the manager position and 53% were pleased to be in this position. Organizational stress factors were found to be related to working conditions (Mean:  $3.31 \pm 15$ ) and the people they worked with (mean:  $4.14 \pm 11$ ). It was found that manager nurses think they are open to new ideas (Mean  $5,3 \pm, 68$ ), the subordinates who worked together with nurses also wanted to take risks , innovative individuals (Mean:  $5.03 \pm, 99$ ).

**Keywords:** Organizational stress, Nursing management, innovation

## EFFECTS OF CERTAIN SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF NURSES WHO WORK IN A UNIVERSITY HOSPITAL ON THEIR ORGANIZATIONAL COMMITMENT LEVELS

Seda SARIKÖSE[1]  
Tuğçe ÜNVER[2]  
Zuhal BAHAR[3]  
Nihal GÖRDEŞ AYDOĞDU[4]  
Nilgün GÖKTEPE[5]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Organizational commitment which is formed as the result of the organization-employee relationship is the power of the commitment that employees feel for the organization they work. It is a necessity to increase nurses' commitment to the health organization in which the majority of the workers are nurses. Nurses' commitment to their organization is not only important for themselves but it is also important for ill/healthy individuals and for the economy of the country.

**The Purpose of the Study:** In this study, effects of certain socio-demographic characteristics of nurses who work in a university hospital on their organizational commitment levels were examined.

**Method:** This research is a descriptive and involves all nurses who work at University Hospital in Eskisehir. The data were collected by using "Socio-Demographic Characteristics Information Form" and Organizational Commitment Scale. Results of the study were obtained by applying a survey to a total of 190 nurses between the dates of December and April 2019. SPSS 22.0 package program was used to evaluate the data.

**Findings and Results:** It was found that the level of organizational commitment of the nurses was moderate(3.13±0.16).In this study, a significant difference was found between the nurses' level of organizational commitment and their ages, education levels, professional experience, income levels; while no significant difference was found between the nurses' level of organizational commitment and their genders and marital status .As a result, in this study difference was found between the nurses' level of organizational commitment and socio demographic characteristics so executive nurses should focus on this issue.

**Key Words:** Organization commitment, nurse, socio demographic characteristics

[1][Koc University/Nursing/Turkey/ssarikose@ku.edu.tr](mailto:ssarikose@ku.edu.tr)  
[2][Koc University/Nursing/Turkey/tunver@ku.edu.tr](mailto:tunver@ku.edu.tr)  
[3][Koc University/Nursing/Turkey/zbahar@ku.edu.tr](mailto:zbahar@ku.edu.tr)  
[4][DokuzEylul University/Nursing/Turkey/nihal.gordes@deu.edu.tr](mailto:nihal.gordes@deu.edu.tr)  
[5][KocU niversity/Nursing/Turkey/ngoktepe@ku.edu.tr](mailto:ngoktepe@ku.edu.tr)

## EVALUATION OF THE COMFORT LEVEL OF THE POST-SURGICAL PATIENTS

Gizem KUBAT BAKIR [1]  
Seher YURT [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The nursing profession, which is an indispensable part of the health services, is based on care services and providing the comfort of the patient. Nursing care focuses on meeting the comfort requirements of the individual. In order to solve the problems and increase the comfort level, it is necessary to take the necessary measures to investigate the comfort levels of the patients undergoing surgery.

**The Purpose of the Study:** This study was conducted to determine the comfort levels of patients undergoing surgery.

**Methods:** The study is a descriptive study. It was conducted at a foundation university hospital in Istanbul in May 2017. The study population consisted of patients who underwent surgery and the study sample was 189 patients who met the criteria for the study. "Patient Identification Information Form" and "General Comfort Scale" were used as data collection tools.

**Findings and Results :** Patients' overall comfort levels were 56%. Environmental comfort was found 52%, physical comfort 54%, psychospiritual comfort 64% and sociocultural comfort 67%. There was a positive relationship between nursing satisfaction and comfort, that the chronic illness and hospital experience negatively affected comfort, increased personal comfort, improved comfort, and enhanced comfort and levels were different in the clinics, gender and marital status did not make a difference on comfort. It is suggested that physical, environmental, psychospiritual and sociocultural studies to enhance the comfort of the patients who have undergone surgical operation, provision of opportunities to increase time for nurses to the patients, being careful about personal confidentiality of the patients, and implementation of comfort-enhancing interventional studies.

**Key Words:** Comfort, Comfort theory, Surgical operation, Nursing care

[1] Gizem Kubat Bakır, Uzman Hemşire. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Öğrencisi, Turkey  
[2] Seher Yurt, Dr. Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Turkey

## THE SPECIALIZATION IN NURSING

Berra YILMAZ KUŞAKLI [1]  
Aysun YERKÖY ATEŞ [2]  
Muhteber HÜSMENOĞLU [3]

### ABSTRACT

Nowadays, the increase in knowledge and the effect of technology on health care require many nursing fields to grow and expand and the nursing profession requires the nursing staff to work in advanced practitioner roles with the specialization and branching. In Turkey, published in 2007, "Law Amending the Law on Nursing" and "Nurse Specialist is" defined; "Bachelor's degree nurses are defined as lisans specialist nurses after they receive their postgraduate studies related to their professions and they have been certified by the Ministry of Health". The specialist nurses, in addition to their basic nursing roles, take responsibility in the field of clinical knowledge, skills, health research, consultancy services, programming, implementation and evaluation of health education services and evaluates them temel was added to the Nursing Regulation published in 2010. The mandate of the specialist nurse was extended with the Regulation on "the Amendment of the Regulation on Nursing Amendment" which came into force in 2011. Specializing in nursing; the person who loves the profession, who has interest and curiosity, has the professional knowledge and ability, who is open to improving himself and his profession, who follows the development and change closely and who can produce information with practices in the light of scientific methods, evidence based care, innovative it's necessary for people who are able to integrate approaches to nursing practices and who want to implement holistic and humanistic care effectively and safely. When all of these requirements are examined in the medieval programs of nationality in Turkey, we're conducting nursing master's program with 6.157 students in 15 different departments and nursing PhD with 1359 students in 8 different nursing departments. With the increase in the number of clinical nursing specialists, it's expected that the professional identity of the nursing profession will be strengthened, reliable based, high quality and effective nursing care will be maintained.

**Key Words:** Nursing, Specialize, Specializing in Nursing

[1] Istanbul University Cerrahpasa / PhD Candidate / Nursing Management / Turkey / [berrayk@gmail.com](mailto:berrayk@gmail.com)

[2] Istanbul University Cerrahpasa/ PhD Candidate / Nursing Management /Turkey/ [i\\_sun66@hotmail.com](mailto:i_sun66@hotmail.com)

[3] Istanbul University Cerrahpasa/ PhD Candidate / Nursing Management /Turkey/ [muhteberhusmenoglu22@hotmail.com](mailto:muhteberhusmenoglu22@hotmail.com)

## SCALE FOR THE IMAGE OF NURSING PROFESSION: AN EXAMPLE OF GOVERNMENT PHYSICAL AND REHABILITATION HOSPITAL PHYSICAL

Özlem AYZAZ [1]  
Pınar GÜNGÖR KETENCİ [1]  
Melike TUNA ŞAHİN [1]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Two different images are mentioned in nursing. Nurses who follow the old and traditional duty-centered norms define themselves as assistants of medicine, while nurses who internalize university norms define themselves as nursing care professionals.

**The Purpose of the Study:** This study was conducted to evaluate the occupational image of nurses working in a private branch hospital.

**Method:** The study was conducted in a private branch hospital affiliated with the Ministry of Health. A two-part questionnaire was used as data collection tool. In the first part of the questionnaire, an information form including the introductory and occupational characteristics of the nurses, and in the second part, the Scale for the Image of Nursing Profession developed by Dost was used. Data were analyzed using SPSS 22.0 program.

**Findings and Results:** 75.9% of the nurses included in this study stated that they chose the department where they worked. 37.9% of the nurses chose the profession at the request of the family environment. 41.4% of them were partially satisfied with the profession and 27.6% stated that they wanted to change their profession.

When the findings about the scale are examined; 79.3% of the nurses stated that the workload was overloaded, 58.6% stated that job descriptions were not sufficiently specific, 51.7% indicated that the presence of men in the profession increased the social status.

Among the sub-dimensions of the scale; gender dimension was found to be the highest with  $3.06 \pm .08$  and the professional qualifications dimension had the lowest mean with  $1.29 \pm .07$ . The mean score for the image was  $1.95 \pm .05$ , and the professional image perception of the nurses was low.

Gender subscale score and age variable of the scale; satisfaction with the profession with the training sub-dimension; differences between gender subscale and willingness to change the occupation were significant ( $p < 0,05$ ).

In this study, it was found that nurses' perception of image of the profession was low. However the nurses agreed that nursing profession required a scientific education.

**Key Words:** Nursing, Image, Scale

Presentation Language: Turkish

---

[1] Erenköy Physical Therapy And Rehabilitation Hospital/İstanbul

## THE NURSING IMAGE IN THE BENEFICIARIES OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

Seda Tuğba BAYKARA MAT [1]  
Ülkü BAYKAL [2]

### ABSTRACT

**The Problem of The Study:** Impression of nursing profession is one of the basic problems that the nurses and related professional organizations focus on. Until recently it is emphasized that seeing nursing as a work done only by women and positioning it under a dominant profession like medicine have tremendous effect on gaining importance to the image of nursing.

**The Purpose of the Study:** The aim of this research is to demonstrate the nursing image perception sight of patients who benefit from primary health care services.

**Method:** The search population consists of 30 Family Health Centers that are in İstanbul region and the sampling population is 1856 patients who are registered to one of this centers. The study has been completed between April-May 2015.

**Findings and Results:** According to the comparison among independent variables, it can be concluded as there is a meaningful correlation between the nursing perception and age, gender, social-demographic situation, education, job, economic situation, the case that one of family members is nurse, the case that previously taking health service from nurse, the situation of staying as hospital attendant before; although there is only one meaningless correlation with being at hospital before. The most significant result of the comparison is that the women who are elderly and less educated evaluated the nursing image positively.

**Keywords:** Image, Perception, Nursing Profession, Professional Perception, Nursing Image

[1] Istanbul University-Cerrahpasa / Nursing Management / matsedatugba@gmail.com

## DETERMINATION OF HEALTH PROFESSIONALS' OPINIONS ON SECONDARY LABOR FORCE IN NURSING

Öznur GÜVENDİ ORUÇ[1]  
Aytolan YILDIRIM[2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** there is a need to secondary labor force to help the nursing manpower in our country; It is necessary to take the opinions of the health professionals about who will be the secondary labor force, which level of education and what kind of roles it will take.

**The Purpose of the Study:** This study is conducted as a supplementary for determining health professionals' opinion on secondary labor force in nursing.

**Method:** Sampling within the scope of the study includes 229 health professionals working for Training and Research Hospitals of the Ministry of Health in operation within the boundaries of Istanbul. The study was carried out between the dates of April 2012 and June 2012. The data of the study is compiled by the questionnaire consisted of 75 items grouped under six sub-dimensions developed by the author, complete with the validity reliability analysis. The data processing is performed by numerical, percentage, frequency, average processes; as well as T testing Mann Whitney U-Test, ANOVA, Kruskal-Wallis Test, Tukey HSD, Pearson Correlation Analysis, Spearman Line Correlation Analysis Testing, as well as Psychometric Analyses (including item analysis, factor analysis and reliability analysis) and SPSS version 17.0.

**Findings and Results:** It has been determined that the majority of the subjects is basically in the 26 to 35 age group, undergraduate and nurse, taking part in the requirements of secondary labor force in health services, graduated from high schools or their equivalents and provided opinions on the transferring the functions other than nursing services, which are assigned to those entitled as health supplementary personnel mainly for emergency ward and intensive care units. It has been determined, with respect to distribution of the sub-dimension average grades of the functions to be transferred on behalf of secondary labor force, that the lowest average grade occurred in "basic physiologic requirements" sub-dimension (2,16±0,40) and highest average grade in "complex physiologic requirements" sub-dimension (3,32±0,43) and that the subjects expressed positive opinion on the secondary labor force to be appropriated for meeting basic physiologic requirements of the patients. It has also been determined that there were statistically significant differences between the survey sub-dimension averages of the secondary labor force and personal variables of the subjects like gender, education, seniority in the position held and seniority in the occupational experience.

**Key Words:** Hospital, Nursing Service, Secondary Labor Force, Health Profession

[1] Istanbul University-Cerrahpasa/Department of Nursing Administration/Turkey/  
[oz-guv@hotmail.com](mailto:oz-guv@hotmail.com)

[2] Istanbul University-Cerrahpasa/Department of Nursing Administration/Turkey

## EVALUATION OF THE COMFORT LEVEL OF THE POST-SURGICAL PATIENTS

Gizem KUBAT BAKIR [1]  
Seher YURT [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The nursing profession, which is an indispensable part of the health services, is based on care services and providing the comfort of the patient. Nursing care focuses on meeting the comfort requirements of the individual. In order to solve the problems and increase the comfort level, it is necessary to take the necessary measures to investigate the comfort levels of the patients undergoing surgery.

**The Purpose of the Study:** This study was conducted to determine the comfort levels of patients undergoing surgery.

**Methods:** The study is a descriptive study. It was conducted at a foundation university hospital in Istanbul in May 2017. The study population consisted of patients who underwent surgery and the study sample was 189 patients who met the criteria for the study. "Patient Identification Information Form" and "General Comfort Scale" were used as data collection tools.

**Findings and Results :** Patients' overall comfort levels were 56%. Environmental comfort was found 52%, physical comfort 54%, psychospiritual comfort 64% and sociocultural comfort 67%. There was a positive relationship between nursing satisfaction and comfort, that the chronic illness and hospital experience negatively affected comfort, increased personal comfort, improved comfort, and enhanced comfort and levels were different in the clinics, gender and marital status did not make a difference on comfort. It is suggested that physical, environmental, psychospiritual and sociocultural studies to enhance the comfort of the patients who have undergone surgical operation, provision of opportunities to increase time for nurses to the patients, being careful about personal confidentiality of the patients, and implementation of comfort-enhancing interventional studies.

**Key Words:** Comfort, Comfort theory, Surgical operation, Nursing care

[1] Gizem Kubat Bakır, Uzman Hemşire. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Öğrencisi, Turkey  
[2] Seher Yurt, Dr. Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Turkey



## ONE OF THE INFORMAL COMMUNICATION CHANNELS AMONG NURSES: GOSSIP AND RUMORS

Bilgen ÖZLÜK  
Özge ÖZCAN

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Non-formal communication is the result of the needs of employees in the organization to communicate with humanitarian purposes. The use of non-formal communication channels within the organization suggests that there is a defect in the structure of the organization and that formal communication channels are an indicator of poor functioning.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to examine the attitudes of nurses towards gossip and rumor which is one of the informal communication channels.

**Method:** This descriptive study was carried out with 124 nurses working in a university hospital in Konya. The data were collected with top Gossip and Rumor Attitude Scale. Ethical consent and institution permission were obtained for the research. Data were analyzed using Student t test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and descriptive statistical analysis.

**Findings and Results :** It was found that nurses participating in the study had the highest mean score of identification sub-dimension with  $3.15 \pm 0.49$  and the lowest score from the affective sub-dimension with  $2.17 \pm 0.72$  from the Gossip and Rumor Attitude Scale. The nurses stated that they frequently encountered gossip and rumor with 55.6%, nurses with maximum 37.4% and gossip and rumor about personal issues with 34.4%. There was no statistically significant difference between age, gender, education level, department, shift and sub-dimensions ( $p > 0.05$ ). It was observed that nurses defined gossip and rumor in a positive way, but they were negatively affected by gossip and rumor. It is recommended that manager nurses be aware that gossip and rumors which are informal forms of communication have both positive and negative aspects and show leadership skills to reduce negative outcomes in individual and organizational terms.

**Keywords:** Informal communication, gossip and rumor, nurse.

## **DETERMINATION OF THE BIOTERRORISM KNOWLEDGE LEVEL OF THE NURSES WORKING IN BAYBURT STATE HOSPITAL AND 112 STAFF IN BAYBURT PROVINCE**

Alper ASLANKURT<sup>1</sup>  
Saime ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Throughout history, biological agents have been used against soldiers and civilians. In this context, the knowledge and perception levels of health workers gain importance.

**The Purpose of the Study:** The aim of our study is to find out the bioterrorism knowledge level of the nurses working in Bayburt State Hospital and 112 staff in Bayburt province.

**Method:** This is a cross-sectional study. A scale based on literature on bioterrorism has been developed. The universe consists of 204 health personnel. The scale was applied to 115 health workers selected by simple random sampling method. Student -s t test and chi-square test were used for statistical analysis.

**Findings and Results:** It was found that only 22.6% of the health personnel in the study group intervened a patient exposed to a biological agent. It has been determined that health personnel working in rural areas were exposed to more biological agents than the health personnel working in urban areas. The average level of knowledge of bioterrorism was found to be  $3.01 \pm 0.43$ . The presence of disaster or emergency plan was less than 50%, the inclusion of bioterrorism in the plan was very low, the rate of participation in disaster drills was low. Disaster and emergency plans should be made to all 112 stations and hospitals. Health personnel should be trained about the plan and the plan should include the subject of bioterrorism.

**Keywords:** Bioterrorism, Knowledge Level, Health Personnel

---

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

<sup>2</sup> Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Prof. Dr.

## DETERMINATION OF THE TECHNOLOGY ATTITUDES AND LEVEL OF USING INFORMATION TECHNOLOGIES OF EMPLOYEES OF SEARCH RESCUE AND INTERVENTION INSTITUTIONS

Ayşe TAZEGÜL<sup>1</sup>  
Saime ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** To increase the level of technology attitudes and the level of using information technologies of the employees of search, rescue and intervention institutions.

**The Purpose of the Study:** To determine the level of technology attitudes and level of using information technologies of employees of search, rescue and intervention institutions.

**Method:** This was a cross-sectional study. The universe of the study consists of 150 managers and employees working in Disaster and Emergency Management Authority (AFAD) and fire department institutions in Adana. The questionnaire form developed by the researcher was applied to 105 managers and employees working in AFAD and fire department institutions in Adana province who agreed to participate in the study. In this study, “Demographic Information Form”, “Technology Attitude Scale” and “Level of Using Information Technologies Scale” were used. The obtained data was analyzed by SPSS 16 statistical package program. The quantitative data obtained was evaluated by taking their frequency and percentages. Factor analysis was used for statistical analysis.  $p \leq 0.05$  was considered significant.

**Findings and Results:** The scales were valid and reliable. It was found out that the employees were generally positive about using technology at response and in the other works within the institution and the level of technology attitudes were higher than the level of use. In addition, the least available technologies were “Digital Map Applications Sistem”, “Disaster Information System” and “Geographical Information Systems”. In order to be more effective and efficient, the employees of search, rescue and intervention institutions are recommended to use technology effectively.

**Keywords:** Technology Attitude, Level of Using Information Technologies, Used Technology

---

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

<sup>2</sup> Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Prof. Dr.

## AN EVALUATION OF HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT LABOR FORCE IN TURKEY

Gülay EKİNCİ [1]  
Ahmet KÖSE [2]  
Alper CİHAN [3]  
Haydar SUR [4]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** In health research and development (R&D) activities; the technology and innovations put forward by the R&D laborforce are an important element contributing to economic growth. But the absence of studies current state of the labor force on health R&D in Turkey, causes the plan-program for this area is not developed.

**The Purpose of the Study:** This study was aimed to reveal the current status of Health R&D labor force in total R&D labor force between 2005 and 2014 in Turkey.

**Method:** This is a descriptive study. Researchers have been taken in the field of health as Full Time Equivelant (FTE) and Headcount (HC) between 2005 and 2014 in Turkey.

**Findings and Results :** Health R&D FTE value increased by 52%, otherwise decreases 35% in the total R&D FTE value in ten years.

Health R&D HC value increased by 90%, otherwise decreases 13% in the total R&D HC value in ten years. Results showed that according to other sectors in total R&D HC and FTE; health R&D HC and FTE field were neglected.

**Key Words:** Health Research and Development, Labor Force, Full Time Equivelant, Headcount.

### Resources:

<http://data.uis.unesco.org/Index.aspx>

Ekinci, G. (2019). "Impact on Economic Growth of the Health Research and Development Expenditures: An Empirical Study on Turkey. Istanbul Cerrahpaşa University Institute of Health Sciences, Department of Health Management." written from PhD Thesis.

[1] Asc. Dr. / Faculty of Health Sciences Health Management Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey

[2] Prof. Dr. / Istanbul University Faculty of Business Management, Department of Finance, Istanbul, Turkey

[3] Prof. Dr / Faculty of Health Sciences Health Management Istanbul Cerrahpaşa University, Istanbul, Turkey

[4]Prof. Dr / Üsküdar University Faculty of Health Sciences Health Management, Istanbul, Turkey.

## **CHALLENGES IN FINANCING FUTURE SUSTAINABILITY OF FUNDING UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN SOUTHEAST EUROPE**

Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU

### **Abstract:**

Universal Health Coverage (UHC) is the major health care system financial policy in Southeast Europe. UHC is outlined as providing financial aid by requesting tolerable amounts of payment for all citizens who contribute insurance premiums. Future importance of this topic has been placed on how to sustain and finance health care systems in order to maintain towards UHC.

There is no preliminary information on how financial resources can be met to sustain healthcare financing through the UHC. The spending potential of the future population may damage the health budget of the developing countries in Southeast Europe under these conditions.

Furthermore, measures of health-service costs are essentially different from quantification of the amount of total health spending needed to implement and sustain national health systems because of irregular out of pocket spending. The aim of this research paper is to provide an overview of the key debates and questions that have driven research around healthcare financing in middle income and developing countries such as in Southeastern Europe.

There is an index that measures the association between the total cost (employer plus employee contributions) of health insurance policy and median household income in order to find the high cost of health insurance premiums. This called Healthcare Affordability Index. This index is very useful to find exactly health care spending ratio notably to middle-class people's wage. These study is built on data published The Economic Intelligence Unit, Data Tool accessed on 16 August 2016 and WHO Global Health Expenditure Database that follow up current health spending and are used for the study.

National health care spending has been described as an alarming rate. Nevertheless, expansion in national health care spending will still continuing with making huge burden in family budget. As patients increasingly “purchase” for health care services and elevated patient experience is regarded as a potential driver of hospital performance, management of physician, utilization of hospital services cause financial burden of the country's health care budgets. These countries are dependent to foreign currencies in order to buy and sustain present, contemporary and new technologies in health care services.

**Key words:** Finance, Future Health Coverage, Healthcare Affordability Index, Southeastern Europe, Health Care Management.

## FACTORS AFFECTİNG HEALTH SEEKİNG BEHAVİOR

Yeter DEMİR USLU\*  
Yaşar GÖKALP\*

\* Istanbul Medipol University Department of Health Management

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Health seeking behavior reveals the level of consciousness of individuals in the case of illness. Every individual will be in search of treatment in case of illness. These are application to a physician, self-medication, adherence to the advice of those around him or waiting for help from supernatural powers. The wrong use of the drug at this point, the treatment that can be applied unnecessarily and the health problems that may occur accordingly constitute the problem of the study.

**The Purpose of the Study:** In this study, the studies related to health seeking behavior in the national and international literature were examined. It is aimed to look at the factors affecting the health seeking behavior of individuals from a general perspective.

**Method:** In the literature, national and international scientific studies on health-seeking behavior and the factors that affect it were screened. As a result of the studies conducted, it is aimed to classify the factors affecting health seeking behavior and to bring this classification into literature. In this way, the factors affecting the health seeking behavior of individuals can be viewed in a broader framework.

**Findings and Results:** It is necessary to classify the factors affecting health before conducting health seeking behavior. Because, the individual needs to have a risk factor for his health seeking behavior. Factors affecting health can be classified as biological, psychological, environmental and cultural factors. The fact that the individual expects help from supernatural powers in a disease state or that girls are not treated in some societies is an example of health seeking behaviors within cultural factors. The ease of access to health care for the sick individuals is an example of health seeking behavior in environmental factors. There are also differences in the health seeking behavior of individuals due to differences in the degree of perception of diseases. This is an example of psychological factors. Chronic diseases of the individual and health-related behaviors that may be related to it can be evaluated within biological factors. The status of the health seeking behavior that should be done after classification will be explained.

**Keywords:** Health Seeking Behaviour, Public Health, Health Management

## EXAMINATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF STUDENTS ABOUT CURRENT HEALTH POLICIES\*

Gökhan ABA [1]  
Aysu ZEKİOĞLU [2]  
Mustafa METE [3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Health policies are a dynamic process that is improved and changed constantly. Professional health managers should follow current health policy developments in the competition-oriented health sector. Students in Health Care Management and Health Institutions Management programs are the future's health manager candidates. Therefore they should be aware of current developments and have a high level of knowledge about health policies.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to examine the knowledge levels of students in Health Care Management and Health Institutions Management programs about current health policies.

**Method:** The study carried out at two state and one foundation universities' Health Management and Health Institution Management programs on November-December 2018. The questionnaire prepared by researchers consists of 9 demographic information and 25 multiple choice questions. There are 5 choices for each question. One of the answers is 'I don't know'. Each correct answer equals 4 points.

**Findings and Results:** 81.1% of the students were in Health Care Management and 18.9% were in Health Institutions Management programs. 79.8% of the participants were from a state university and 20.2% were from the foundation university. 60.4% of the students stated that they took health policy lessons. 65.3% of the students stated that they did not follow current developments related to health policies. The average score of knowledge level about health policies was 27.2 ( $\pm$  11.6). As a result, it is determined that students have a low level of knowledge about health policies. It is suggested that health policy lessons should be given more effectively and awareness of students should be increased about health policies.

**Key Words:** Healthcare Management, Health Policies, Knowledge Level, Student

\* This work was supported by Scientific Research Projects Coordination Unit of Bandırma Onyedi Eylül University (BAP-19-1009-052)

[1] Bandırma Onyedi Eylül University/Faculty of Health Sciences/Health Care Management Dept./Turkey/gaba@bandirma.edu.tr

[2] Trakya University/Faculty of Health Sciences/Health Care Management/Turkey

[3] İstanbul Aydın University/Anadolu BİL Vocational School of Higher Education/Health Institutions Management/Turkey

## **EFFECTS OF CERTAIN SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF NURSES WHO WORK IN A UNIVERSITY HOSPITAL ON THEIR ORGANIZATIONAL COMMITMENT LEVELS**

Seda SARIKÖSE [1]  
Tuğçe ÜNVER [2]  
Zuhal BAHAR [3]  
Nihal GÖRDEŞ AYDOĞDU [4]  
Nilgün GÖKTEPE [5]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Organizational commitment which is formed as the result of the organization-employee relationship is the power of the commitment that employees feel for the organization they work. It is a necessity to increase nurses' commitment to the health organization in which the majority of the workers are nurses. Nurses' commitment to their organization is not only important for themselves but it is also important for ill/healthy individuals and for the economy of the country.

**The Purpose of the Study:** In this study, effects of certain socio-demographic characteristics of nurses who work in a university hospital on their organizational commitment levels were examined.

**Method:** This research is a descriptive and involves all nurses who work at University Hospital. The data were collected by using "Socio-Demographic Characteristics Information Form" and "Organizational Commitment Scale". Results of the study were obtained by applying a survey to a total of 190 nurses between the dates of December and April 2019. SPSS 22.0 package program was used to evaluate the data.

**Findings and Results:** It was found that the level of organizational commitment of the nurses was moderate ( $3.13 \pm 0.16$ ). In this study, a significant difference was found between the nurses' level of organizational commitment and their ages, education levels, professional experience, income levels; while no significant difference was found between the nurses' level of organizational commitment and their genders and marital status. As a result, in this study difference was found between the nurses' level of organizational commitment and socio demographic characteristics so executive nurses should focus on this issue.

**Key Words:** Organization commitment, nurse, socio demographic characteristics

Presentation Language: Turkish

[1] Koc University/Nursing/Turkey/ssarikose@ku.edu.tr

[2] Koc University/Nursing/Turkey/tunver@ku.edu.tr

[3] Koc University/Nursing/Turkey/zbahar@ku.edu.tr

[4] Dokuz Eylul University/Nursing/Turkey/nihal.gordes@deu.edu.tr

[5] Koc University/Nursing/Turkey/ngoktepe@ku.edu.tr



## A RESEARCH ON SERVICE QUALITY IN HEALTH TOURISM

Ömer Kürşad TÜFEKÇİ[1]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Health tourism is considered as a rapidly developing type of tourism. It is seen that there is a tendency towards this type of tourism which is especially aimed at protecting the health of consumers. Thermal tourism is considered as a kind of health tourism and it is included in tourism sector with the emphasis on healthy life. In this type of tourism, problems may occur during periods of high demand for service quality. Therefore, this research focuses on the problem of service quality of thermal tourism enterprises within the scope of health tourism.

**The Purpose of the Study:** Health tourism is important because it is aimed at meeting the health and expectations of individuals. In this context, it is aimed to determine the factors of service quality in health tourism and to investigate the differences of these elements according to demographic variables.

**Method:** The study was carried out in the district of Sandıklı (Afyonkarahisar) where thermal tourism is intense under the scope of health tourism. Customers of all enterprises that have thermal tourism activity in Sandıklı are included in the study. In this study, the scale suggested by Çakıcı (1988) and developed by Yüksek (2002) was used. The data set was analyzed by SPSS package program. Factor analysis, frequency tests, t test and Anova were used in the analysis.

**Findings and Results:** Based on the research purpose, the following dimensions were formed in the analysis: counseling, housekeeping, catering, cleaning service, physical structure, trust, price, employee behavior. These dimensions were found to be different according to the participants' gender, income status, service facility, and district variables.

**Key Words:** Health tourism, thermal tourism, service quality

Presentation Language: Turkish

[1] Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi / Turizm Fakültesi / Turkey / oktufekci@gmail.com

## **THE MODERATING ROLE OF MOTIVATION IN THE INFLUENCE OF LEADERSHIP STYLES ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP IN HEALTH WORKERS**

İlknur SAYAN[1]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:**Employee motivation, organizational commitment and citizenship behaviors are some of the factors that increase organizational efficiency and performance in health organizations. These attitudes and behaviors are thought to be effective and related to employees' perception of corporate leadership styles.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to determine whether the levels of motivation played a role in the effect of perceived corporate leadership styles on organizational commitment and citizenship behaviors.

**Method:** This research data was collected by the survey method.

**Findings and Results:** As a result of the research applied to 420 health workers in private hospitals in Istanbul, it has been seen that the leadership style perceptions of employees have a significant effect on organizational commitment and organizational citizenship. The motivation levels of employees have a partial moderator role on the effect of perceived leadership style on organizational commitment. It has been found that the motivation levels do not have a moderating role on the effect of perceived leadership style on organizational citizenship. In addition, it has been concluded that employees' perception of transformational, transactional, and paternalistic leadership styles has a significant effect on organizational commitment and motivation levels, whereas laissez-faire leadership style has a negative effect on organizational commitment and motivation levels. It has been seen that organizational commitment does not have an effect on citizenship behaviors.

**Key Words:** Corporate Leadership Style, Organizational Citizenship, Motivation

[1] Istanbul Kent University/Vocational School of Health Services/Turkey/ilknur.sayan@kent.edu.tr

## OPINIONS OF THE NURSE MANAGERS ON RETENTION OF NURSES: A QUALITATIVE STUDY

Tuğba Yeşilyurt (1)  
Ülkü Baykal (2)  
Nilgün Göktepe (3)

### ABSTRACT

**The problem of the study:** In recent years, nurse turnover has been increasing worldwide for various reasons. This directly affects the quality of patient care and the service received by the patient. Providing job satisfaction of nurses and retaining nurses at work are a serious issue for all health institutions. Health managers should develop effective strategies to retain nurses at work by dealing with personal, organizational and environmental factors affecting nurse turnover.

**The purpose of the study:** It is aimed in this study to determine the opinions of the nurse managers on retention of nurses.

**Method :** This study qualitative research method in phenomenological design was used and the sample consists of 43 nurse managers in different managerial positions, different experience and education. The study data have been collected via the face to face interview with semi-structured interview form prepared by scanning the literature and evaluated with the content analysis method.

**Findings and results:** for retaining nurses at work, it has been seen that various processes such as increasing organizational commitment, creating positive corporate culture, improving employee policies, working conditions, work-life balance, reward, promotion and career opportunities, empowerment studies, social support systems, participatory and supportive management style, effective communication. In the context of the research findings, it may be suggested to develop strategies for retaining qualified nurses.

**Key words:** Nurse, Retention, Nurse Managers

(4) Istinye University/Nursing/ [tugba.yesilyurt@hotmail.com](mailto:tugba.yesilyurt@hotmail.com)

(5) Istanbul University-Cerrahpaşa/Nursing Management/ [ulkubay@yahoo.com](mailto:ulkubay@yahoo.com)

(6) Koc University/Nursing/ [NGOKTEPE@ku.edu.tr](mailto:NGOKTEPE@ku.edu.tr)

## LEADERSHIP: TRENDS IN NURSING RESEARCH

Hande YEŞİLBAŞ[1]  
Filiz KANTEK [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Leadership is one of the topics frequently researched in nursing. However, it is not known trends of studies on this topic in Turkey.

**The Purpose of the Study:** In this study, it is aimed to investigate the trends of research articles about leadership in nursing

**Method:** In the Web of Science (WoS) database, Social Sciences Citation Index (SSCI) and Science Citation Index Expanded (SCIE) WoS indexes were included in the literature search. Leadership was used in the search as keyword. 833 research articles were analyzed quantitatively in this study. Excel program was used to analyze the data and VOSviewer program was used for visualization.

**Findings and Results:** The findings revealed that research articles on leadership in nursing were produced in 49 different countries between 1970 and 2018. USA was the most productive country in this field. The most prolific journal was the Journal of Administration. The majority of studies (98.6 %) were published in English. Keywords used in the study were “leadership”, “nursing”, “transformational leadership”, “nurse” and “management”. It has been determined that the number of studies related to leadership in nursing has increased, USA has directed studies and Journal of Administration is the main reference. This research will guide the researchers in terms of trends in leadership in nursing.

**Keywords:** Nursing, Leadership, Nurse, Bibliometric Analysis.

[1] Akdeniz University, Faculty of Nursing /Department of Nursing Management [/Turkey/ handeyslbs@gmail.com](mailto:handeyslbs@gmail.com)

[2] Akdeniz University, Faculty of Nursing /Department of Nursing Management [/Turkey/ fkantek@akdeniz.edu.tr](mailto:fkantek@akdeniz.edu.tr)

## INVESTIGATION OF NURSES' ORGANIZATIONAL COMMITMENT LEVEL: THE CASE OF TURKEY

Filiz KANTEK [1]  
Hande YEŞİLBAŞ [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The research results of the nurses' organizational commitment levels vary.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study is to evaluate the results of research examining the level of organizational commitment of nurses in Turkey.

**Method:** The literature survey model was used in the study. In the different databases, literature search was conducted by using the “organizational commitment” and “nurse” as keywords in Turkish and English. 41 studies that met the inclusion criteria were reached. The total sample size of the studies consisted of 10287 nurses for affective commitment, 9836 nurses for continuance commitment, and 9898 nurses for normative commitment.

**Findings and Results:** The study included 41 studies between 2006 and 2018. Master's and doctoral theses consisted of 68.29% (28 studies) of studies and 92.68% (38 studies) were published in 2010 and later years. In 84.2% of the studies, the level of affective commitment and continuance commitment was found to be low. In addition, normative commitment was found to be low in 97.4% of the studies. In the correlation analysis, it was determined that there was no relationship between the levels of affective commitment, continuance commitment and normative commitment of nurses and data collection years.

As a result, It was found that the level of organizational commitment of the nurses was low and there was no linear increase or decrease in organizational commitment levels over the years.

**Keywords:** Organizational commitment, nurse, Turkey, affective commitment, continuance commitment, normative commitment

[1] Akdeniz University Faculty of Nursing /Department of Nursing Management /[Turkey/ fkantek@akdeniz.edu.tr](mailto:fkantek@akdeniz.edu.tr)

[2] Akdeniz University Faculty of Nursing /Department of Nursing Management /[Turkey/ handeyslbs@gmail.com](mailto:handeyslbs@gmail.com)

## **DETERMINATION OF ATTITUDES OF THE NURSES WORKING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A STATE HOSPITAL TOWARDS THE LABOUR PRODUCTIVITY**

Muhteber HÜSMENOĞLU [1]  
Emel AYBEY [2]  
Berra Yılmaz KUŞAKLI [3]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** The services provided in the emergency departments should be organized well, given in good conditions and performed smoothly; furthermore, today, the issues such as improving the labor productivity of the nurses working at this field have become more of an issue.

**The Purpose of the Study:** This study is conducted to determine the attitudes of the nurses working at the emergency department of a state hospital towards their labor productivity and its influencing factors.

**Method.:** The descriptive design and as a data collection tool; "Attitude on Productivity Scale" was used to determine the socio-demographic and professional characteristics of the nurses and their attitudes towards productivity.

**Findings and Results :** The nurses included in the study sample (n:52) were stated to be 67% bachelors, 48% 25-year-olds and below, 77% women, 58% with 1-5 years of experience, 58% singles, 81% from middle-class, 67% working 8 hours at daytime, 16 hours as a night shift time schedule, 67% who chose the nursing profession voluntarily. The mean score of the Scale for Nurses "Attitude on Productivity Scale" (68.8±5.8) was founded to be above average, and the average score of the sub-dimension scale (68.8±5.8) was the highest in terms of the "Demands of Work"; however, had the lowest average score in the sub-dimension scale of "Rewarding" (49.4±17.8). The statistical comparisons revealed that the total and sub-dimensional score of the nurses' attitude towards productivity along with the management of the nursing staff and the management approach of the institution had considerable differences with the age factor. At the end of the study, it was observed that the labor productivity of the nurses working at the emergency department was above average, and the management of the nursing staff and the management approach affected the nurses' attitude towards efficiency.

**Key Words:** Nursing, productivity, attitude

[1] **Istanbul Cerrahpaşa University/ PhD Candidate Nursing Management /Turkey/muhteberhusmenoglu22@hotmail.com.**

[2] Büyükçekmece Mimar Sinan State Hospital/ Education Nurse/ Turkey/emelsahin77@gmail.com.

[3] Istanbul Cerrahpaşa University/ PhD Candidate Nursing Management [/Turkey/berrayk@gmail.com](mailto:Turkey/berrayk@gmail.com)

## **DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND PERSONALITY TRAITS IN UNIVERSITY STUDENTS**

Ayşenur NAMLI[1], [3]  
İlknur SAYAN[2]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Quality of life is a concept that includes emotional, mental, social, physical and behavioral variables. Personality consists of the inheritance characteristics of human, family characteristics, interaction between social and environmental factors. Personality characteristics and behaviors that occur in the early stages of life are an important factor affecting the quality of life. This research is based on the assumption that quality of life will vary according to personality characteristics. The aim of this study was to determine the relationship between quality of life and personality traits in university students.

**The Purpose of the Study:** The aim of this study was to investigate the relationship between quality of life and personality traits in university students.

**Method:** In the first part of the data collection forms used in the research, a demographic information form consisting of fourteen questions was used. In the second part of the data collection tool, Sf-12 health survey which is short version of Sf-36 developed by Ware(1993) and colleagues and its Turkish validity and realibility made by Koçyiğit (1999) and colleagues was used. In the third part of the data collection tool, The Five Factor Personality scale developed by John (1991) and colleagues and adapted to Turkish by Sümer (2005) and colleagues was used. Fifty-three students were included in the study.

**Findings and Results:** There was no correlation between quality of life and personality traits among female students. There was negative correlation between quality of life and agreeableness personality traits among male students.

**Key Words:** Quality of life, The Five Factor Model of Personality, University Student

[1], [2] Istanbul Kent University/Turkey/fzt.aysenurnamli@gmail.com

[3] Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute/Turkey

**WITHIN THE SCOPE OF THE STRUGGLE AGAINST EPIDEMIC DISEASES IN REPUBLICAN PERIOD, REHABILITATION STUDIES CARRIED OUT IN THE SCOPE OF BALTALIMANI BONE DISEASES HOSPITAL SEASİDE SANATORİUM TREATMENT INSTITUTE BETWEEN 1957 AND 1960**

Kazım ŞAHBUDAK [1]  
Sevda UZUN DIRVAR [1]  
Mehmet Akif KAYGUSUZ [2]

**ABSTRACT**

The first World War and the first years of the Republic, the economic and social difficulties caused many health problems and the increase of infectious disease. The first problem standing In front of the Ministry of Health in the first years of the Republic has been epidemic diseases seen in the country. Therefore, an intensive struggle has been initiated with epidemic diseases such as tuberculosis, malaria, syphilis, trachoma, smallpox and rabies. In this context, many workshops were established within the scope of rehabilitation studies which are a part of bone tuberculosis treatment at the Institute of Baltalimani Bone Diseases Hospital-Seaside Sanatorium, which was established in 1944, and studies were carried out in order to rehabilitate the patients and to regain their professional education. In addition to being a part of the treatment, these distraction centers also fulfilled a social responsibility by giving new occupations to many patients. The study covers the work performed in the distraction workshops held between 1957 and 1960 in the mentioned hospital.

**Key Words:** Epidemic Diseases, Bone Tuberculosis, Rehabilitation, Hospital

[1]Baltalimani Bone Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

[2]Department of Orthopedics and Traumatology, Baltalimani Bone Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey



## **THE CRITICAL IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN PROVIDING THE PATIENT SAFETY**

Eda Nur MAYUNCUR1  
Serpil HAMZA2

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** As a result of data from the Institute of Medicine report in recent years, patient safety has become a global problem in all countries of the world. One of the dimensions of patient safety risk is due to lack of communication. It is essential to examine and better understand the communication issue and make accurate recommendation for what needs to be done.

**The Purpose of the Study:** This study aims to reveal and develop suggestions about the effects of the lack of communication between healthcare professional and patients or healthcare professional among themselves on patient safety.

**Method:** Due to lack of communication in health care in the world and Turkey to work toward unwanted incidents were analyzed in detail in the literature.

**Findings and Results:** Lack of communication leads to negative events such as drug failures, insufficient use of valuable resources, undesirable events during surgery, decreased patient satisfaction, increased costs and mortality. As a result of the research, all healthcare employees should be aware of communication. Policies and procedures for reducing adverse events should be developed and periodic reviews and assessments should be made but not only healthcare professionals and also hospital management, government organizations and patients to be in cooperation in this process.

**Key Words:** Patient Safety, Communication, Health Management

---

<sup>1</sup> Uskudar University/MScStudent/Department of Health Management/Turkey/edamayuncur@hotmail.com

<sup>2</sup> Uskudar University/MScStudent/Department of Health Management/Turkey/serpilhamza@hotmail.com

## **A RESEARCH ON THE INVESTIGATION OF HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS IN TERMS OF DEMOGRAPHIC VARIABLES**

Nezihe TÜFEKÇİ[1]  
Havvana KIYICI[2]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** Today health protection, maintenance and development has gained more importance rather than the treatment of diseases. At the same time today, the medical approach has raised the issue of health protection and development. In addition, it was realized that lifestyle behaviors had an important effect on the health of individuals and most diseases were related to the lifestyle of individuals. The problem statement of the research healthy lifestyle behaviors are significant difference in terms of demographic variables.

**The Purpose of the Study:** The aim of the study was to determine whether healthy lifestyle behaviors of individuals differ according to some demographic variables.

**Method:** A sample was taken from individuals aged 18 and over living in Isparta province for the purpose of research. 510 people were interviewed face-to-face and the questionnaire was completed. Data collection was performed by Healthy Lifestyle Behavior Scale II which was developed by Walker et al. (1996) and adapted by Bahar et al. consisted of 52 statements.

**Findings and Results:** As a result of the study, it was found that the seven dimensions of the Healthy Lifestyle Behavior Scale differed according to the education, age and gender variables.

**Key Words:** Healthy lifestyle, lifestyle behavior, health protection

Presentation Language: Turkish

[1] Suleyman Demirel University / Health Care Management / Turkey / nezihetufekci@gmail.com

[2] Suleyman Demirel University / Social Sciences Institute / Turkey / havvanakiyici@gmail.com

## BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF COST EFFECTIVENESS STUDIES WITHIN THE SCOPE OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

İpek CAMUZ BERBER<sup>1</sup>

Elif ELİPEK<sup>2</sup>

Arzu YİĞİT<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı Sağlık Teknolojisi Değerlendirme kapsamında en fazla Çalışılan alanlardan biri olan “maliyet-etkililik analizi” ile ilgili “International Journal of Technology Assessment in Health Care” adlı dergide yayınlanan Çalışmaların belirli parametreler çerçevesinde incelenmesidir. Çalışma, bibliyometrik analizlere dayalı nicel bir Araştırma desenine sahip olup, Scopus veri tabanından 1987-2017 yılları arasında, seçilen dergide yer alan ve “Maliyet- Etkililik Analizi” konusunda yayın dili İngilizce olan 473 makale ve incelemenin değerlendirmesidir. Araştırmanın sonucunda, en fazla Çalışmanın 2009 yılında yapıldığı; en fazla Çalışma yapan ve en fazla atıf alan ilk üç ülke Birleşik Krallık, ABD ve Kanada iken en az atıf alan ülkenin ise Almanya olduğu belirlenmiştir. Ayrıca en fazla işbirliği ile Çalışma yapan ülkelerin ABD ve Birleşik Krallık olduğu tespit edilmiştir. İncelenen dergiye en fazla yayın gönderen kurumun Departmen of Public Health olduğu ancak en fazla atıf alan kurumun Departmen of Medicine olduğu belirlenmiştir. Ayrıca en fazla Çalışma yapan yazarın Jönsson, en fazla atıf alan yazarın ise Drummond olduğu elde edilen bulgular arasındadır Çalışmalarda en fazla kullanılan anahtar kelimelerin ise sırasıyla “cost-effectiveness”, “cost-effectiveness analysis” ve “health technology assesment” olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** *Bibliyometrik Analiz, Ekonomik Değerlendirme, Maliyet-Etkililik Analizi, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme*

### ABSTRACT

The aim of this study is to examine the publications about “cost-effectiveness analysis” which is one of the most studied areas within the scope of Health Technology Assessment. for this aim, the publications published in the “International Journal of Technology Assessment in Health Care” have been examined within the framework of certain parameters. The study has a quantitative research design based on bibliometric analysis. In the Scopus database of the selected magazine between the years 1987-2017, 473 articles and reviews, concerning to the ”Cost-Effectiveness Analysis“, which were published in English, were evaluated. As a result of the study, the most studies were done in 2009; The first three countries with the highest number of references were the United Kingdom, the United States and Canada, while the least cited country was Germany. In addition, it was found that the countries working with the most cooperation were the United States and the United Kingdom. It was determined that the most broadcasted institution was Departmen of Public Health, but the most cited institution was Departmen of Medicine. In addition, Jönsson was the most studied author and Drummond was the most cited author. The most commonly used keywords were cost-effectiveness, cost-effectiveness analysis and health technology assesment.

**Keywords:** *Bibliometric Analysis, Economic Evaluation, Cost-Effectiveness Analysis, Health Technology Assessment*

<sup>1</sup> Süleyman Demirel University//Healty Care Management/Turkey/ipekcamuz@hotmail.com

<sup>2</sup> Süleyman Demirel University//Healty Care Management/Turkey/elif\_elipek@hotmail.com

<sup>3</sup> Süleyman Demirel University//Healty Care Management/Turkey/arzuuyigit\_78@hotmail.com

# *POSTER BİLDİRİLER*

## İSTANBUL' DA GÖREV YAPAN KAMU HASTANELERİ YÖNETİCİLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Fatma DEMİRKAYA[1,2]

**Araştırma sorusu:** İstanbul İlinde görev yapmakta olan kamu hastaneleri yöneticilerinin genel özellikleri nelerdir?

**Araştırmanın amacı:** Bu Araştırma İstanbul İlinde görev yapmakta olan kamu hastaneleri yöneticilerinin genel özelliklerini belirlemek ve ileride yapılacak olan Araştırmalara temel oluşturmak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve retrospektif niteliktedir. Araştırmanın evreni İstanbul İlinde görev yapan kamu hastaneleri yöneticileridir (n=564). Örneklem yapılmamış tam sayım yöntemi kullanılmıştır [n=556, (hakkında veriye ulaşılan)]. İstanbul'da görev yapan kamu hastaneleri yöneticilerinin (başhekim ve yardımcılarını, idari ve mali hizmetler müdürü ve yardımcılarını, Sağlık bakım hizmetleri müdürü ve yardımcılarını, kalite ve destek hizmetleri müdürü ve yardımcılarını) görev yaptıkları kurumların web sitelerinde yayınlamış oldukları özgeçmişleri incelenmiş, daha önce Araştırmacı tarafından hazırlanan format doğrultusunda veriler toplandıktan sonra gruplanarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Bu doğrultuda 15-17 Nisan 2019 tarihlerinde İstanbul İlinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinin web sitelerinde "hastane yönetimi", "yönetim", "yöneticilerimiz" sekmelerinden yöneticilerin bilgilerine ulaşılmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 21 programı aracılığıyla tanımlayıcı istatistikler kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** Yöneticilerin %60,6' sı erkek, %39,42' si kadındır (n=556). Özgeçmiş yayınlanan yöneticilerin mesleki deneyimleri 5-42 yıl arasında değişmektedir (Ort±SS 21,9±7,62) (n=360). Özgeçmiş yayınlanan yöneticilerin yöneticilik deneyimleri 1-35 yıl arasında değişmektedir (Ort±SS 7,71±6,2),(n=350). Özgeçmiş yayınlanan yöneticilerin mevcut yöneticilik görevine gelmeden önce 0-27 yıl arasında (Ort±SS 7,25±5,9) yöneticilik deneyimlerinin bulunduğu tespit edilmiştir (n=350). Yöneticilerin çoğunun (%55) Sağlık alanı dışında yönetim ile ilgili lisansüstü eğitim aldıkları tespit edilmiştir (n=360).

**Sonuç:** Kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerin genel özelliklerinin bilinmesinin ileride iş gücü devri, performans, verilen hizmetlerin kalitesi ve benzeri gibi yönetim konularında retrospektif ve prospektif çalışmalar yapılarak Karşılaştırmalar yapılabilmesini kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Veriler sadece özgeçmişini yayınlayan yöneticilerin bilgileri ile sınırlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kamu hastaneleri, Yöneticilerimiz, Yönetim, Hastane Yönetimi.

[1] İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim ABD  
Doktora Öğrencisi/Türkiye/fatmakaya2@gmail.com

[2]İstanbul Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı/Türkiye

## SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DUYGUSAL EMEK DAVRANIŞLARI: SİSTEMATİK DERLEME

Fatma DEMİRKAYA[1,2]

**Çalışmanın Problemi:** Örgütsel hedeflere ulaşmak için duygu ve ifadelerin düzenlenmesi anlamına gelen duygusal emek, stres, tükenmişlik sendromu, iş tatminsizliği, işten ayrılma niyeti gibi durumlarla sonuçlanabilmektedir (Onay, 2011, Basım, Beğenirbaş ve Can Yalçın, 2013). Çalışanların duruma uygun duygular sergilemek için bilinçli olarak hislerini değiştirmeleri derinlemesine, hislerini değiştirmeden gerçekten öyle hissetmediği halde hissediyormuş gibi davranmaları yüzeysel, doğal duygularını herhangi bir çaba göstermeden sergilemeleri samimi davranış olarak nitelendirilmektedir (Hochschild, 1983, Ashforth ve Humphrey, 1993, Akt: Yalçın, 2010). Sağlık Çalışanlarının duygusal emek davranışlarının boyutlarının (derinlemesine, yüzeysel ve doğal davranış) ve olası Sonuçlarının bilinmesi, kaliteli Sağlık hizmeti sunma adına Çalışan memnuniyetinin sağlanması için son derece önemlidir.

**Çalışmanın Amacı:** Sağlık Çalışanlarının duygusal emek davranışlarının boyutları ve sonuçlarını belirlemektir.

**Yöntem:** Araştırmada literatür incelemesi yapılmıştır. Duygusal emek davranışlarını belirleyen Çalışmalara ulaşmak amacıyla ULAKBİM, Google Akademik, YÖK Ulusal Tez Merkezi, Pubmed, Google Scholar, Wiley Online Library, Science Direct veri tabanlarında zaman sınırlaması yapılmaksızın “duygusal emek”, “Sağlık Çalışanları”, “Sağlık hizmetleri” anahtar kelimeleriyle Türkçe ve İngilizce olarak tarama yapılmıştır. Veri tabanlarından 70 makale ve 63 tez olmak üzere toplam 133 Çalışmaya ulaşılmıştır. Bunlardan 17 si yurt dışında, 53’ü Türkiye’de çeşitli dergilerde yayınlanmış Çalışmalardır. 133 Çalışmanın 113’ünün tam metnine ulaşılmıştır. Çalışmalardan üç tanesi eş kopyaya sahip olmasından ve beş tanesi derleme olmasından dolayı Çalışmaya dahil edilmemiştir. Kalan 105 Çalışmadan da örnekleme yalnızca Sağlık Çalışanları olan ve duygusal emek davranışlarını inceleyen 11 çalışma Araştırmaya dahil edilmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Sağlık Çalışanlarının duygusal emek boyutlarından en çok derinlemesine ve yüzeysel davranış sergiledikleri (Değirmenci, 2010; Öztürk, Bahçecik, Özçelik, Kemer, 2014; Koçak, Türkkkan ve Tuna, 2014, Malak Akgün, 2015) tespit edilmiştir. Ancak sadece iki Çalışmada bir davranış sergilemek için bir çaba göstermedikleri ve daha çok samimi davranış sergiledikleri tespit edilmiştir (Onay, 2011; Ağırman (2012). Ayrıca bu davranışların kişisel ve mesleki özelliklerden etkilendiği, sonucunda ortaya tükenmişlik sendromu ve örgütsel sinizm gibi durumların ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Tunç, 2012; Yıldırım ve Erul, 2013; Ev Kocabaş, 2014; Altuntaş ve Altun, 2015; Yılmaz, 2016).

**Anahtar Kelimeler:** Duygusal emek, Sağlık Çalışanları, Sağlık hizmetleri.

[1] İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim ABD  
Doktora Öğrencisi/Türkiye/fatmakaya2@gmail.com

[2]İstanbul Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı/Türkiye

## COMPARISON OF QUALITY CONTROL MEASUREMENT ANALYSIS IN THREE DIFFERENT CANCER CASES

Peyruze Gizem KURT (1)  
Kamil TEMİZYÜREK (2)

(1) İstanbul Aydın University, Health Sciences Institute, Health Physics Department Master's, peyruzegizemkurt@gmail.com  
(2) İstanbul Aydın University, Medical School, Biophysics Department, kamiletemizyurek@aydin.edu.tr

### ABSTRACT

In the plans that are made with the IMRT technique while the maximum dose of treatment is applied to the target, the intensity of the radiation changes throughout the bundle, thus healthy tissues and critical organs that are around the target should be protected at the possible highest level. Because of the complexity of the treatments and the short-range dose changes, the plans must undergo quality control before being transferred to the patient. In this study, the quality control of IMRT plans for 12 lung patients, 12 prostate and 12 nasopharynx patients were evaluated using the dosimetry measurement system 2D-Array seven29. The measurements were executed on the Tomo-therapy linear accelerator using 2D-Array seven29 dosimetry measurement systems in the PTW Octavius phantom. The measurements were taken with 2D-Array seven29 were evaluated using the gamma analysis method via PTW Soft-data 6.0.2 software. Gamma analysis values of measured and calculated dose flux maps, %3DD-3mm DTA, %3DD-4mm DTA, %3DD-5mm DTA, %4DD-3mm DTA and %4DD-4mm DTA, %4DD-5mm DTA, %5DD-3mm DTA, %5DD-4mm DTA and was analyzed by suppressing 10% of the Threshold value in the %5DD-5mm. As a result of the study, % 3DD TA 3mm DTA, % 3DD% 4mm DTA, % 3DD 4 5mm DTA, % 4DD 3mm DTA and % 4DD 4mm DTA, % 4DD 5mm DTA, % 5DD 3mm DTA, % 5DD 4mm DTA and % 5DD 5mm DTA in all criteria, this value is above 95%, and there is not a significant difference between the measurement system in gamma analysis evaluation. However, when each diagnosis was taken into consideration, it was statistically determined that %3DD-3mm DTA had the most significant difference% 3DD-3mm DTA considering the resolution of the 3DD-3mm DTA according to % 5DD-5mm DTA. Due to the complexity of the IMRT plans; It is thought that the analysis is done according to the 3DD-3mm DTA and due to the high resolution, more precise quality control is obtained. In addition, it is seen that the dosimetric studies are routinely preferred in clinics.

**Keywords:** Gamma analyses, QA, 2D-Array Seven29

### ÖZET

IMRT tekniğiyle yapılan planlarda, hedefe maksimum tedavi dozu uygulanırken radyasyonun yoğunluğu demet boyunca değişir, bu nedenle hedefin çevresindeki Sağlıklı dokular ve kritik organlar mümkün olan en üst düzeyde korunmalıdır. Tedavilerin kompleks olması ve kısa mesafede doz değişiminin yüksek olması nedeniyle, planlar hastaya aktarılmadan önce kalite kontrol aşamasından geçirilmelidir. Bu Çalışmanı amacı, Tomotherapy Tedavi Planlama Sisteminde (TPS), 12 Akciğer, 12 Prostat, 12 Nazofarenks hastasının IMRT planlarının 2D-Array seven29 dozimetrik ölçüm sistemi kullanılarak kalite kontrollerini değerlendirmektir. Bu Çalışmada Accuray-Tomotherapy cihazı, PTW Octavius Fantom, PTW Detector Interface 4000 Elektrometre, PTW 2D Array 729 İki Boyutlu İyon Odası Sistemi, PTW Verisoft Yazılımı kullanılmıştır. Ölçümler PTW octavius fantomunda, 2D-Array seven29 dozimetrik ölçüm sistemleri kullanılarak, tomotherapy lineer hızlandırıcısında yapılmıştır. 2D-Array seven29 ile alınan ölçümler PTW Verisoft 6.0.2 yazılımı aracılığıyla, gamma analiz yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçülen ve hesaplanan doz akı haritalarına ait gama analiz değerleri, %3DD-3mm DTA, %3DD-4mm DTA, %3DD-5mm DTA, %4DD-3mm DTA ve %4DD-4mm DTA, %4DD-5mm DTA, %5DD-3mm DTA, %5DD-4mm DTA ve %5DD-5mm kriterlerinde analiz edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, %3 DD 3 mm DTA, %3 DD 4 mm DTA, %3 DD 5 mm DTA, %4 DD 3 mm DTA ve %4 DD 4 mm DTA, %4 DD 5 mm DTA, %5 DD 3 mm DTA, %5 DD 4 mm DTA ve %5 DD 5 mm tüm kriterlerde bu değerlerin %95'in üzerinde olduğu, gama analizi değerlendirmesindeki ölçüm sistemi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Fakat her bir tanı ele alındığında kendi içerisinde %3 DD 3 mm DTA' nın %5 DD 5 mm DTA ya göre çözünürlüğü yani hesaba kattığı noktaların çokluğu düşünüldüğünde en anlamlı farkta %3 DD 3 mm DTA' nın olduğu istatistiksel olarak belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Gamma index, 2D Array seven 29, Verisoft

## JAPAN HEALTH SYSTEM

Sevda UZUN DIRVAR [1]  
Yusuf BAKTIR [2]  
Haydar SUR [3]

### ABSTRACT

Our aim in this study is to provide information about Japan's health system and to evaluate the health data of the organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Japan. In Japan, the Ministry of Health, Work and Social Security is the institution that determines and regulates policy. In Japan, the health system is based on three basic principles: These are compulsory health insurance, medical health services and public health services. "free access to service" is the most important feature of the system. Cost is tightly controlled. The expected life expectancy is 84.1 years. Infant mortality rate under 1 year is 2 (death/ 1000 live births). Death from cancer is 174 (100000 per person). Suicide rate is 16.6 (100000 per person). Alcohol consumption is 7.2 liters / person (15 years and older) . Cigarette consumption is 18.3% (percentage of population over 15 years). Overweight and obese population is 25.4% (percentage of population over 15 years). Doctor examination is 12.8 (average per person). Flu vaccines %of 51.1 (of the population over the age of 65%). Vaccination rate is measles 96%, diphtheria-tetanus-pertussis 99%. Number of Magnetic resonance imaging devices is 51.7. Number of mammography devices is 33 (number of equipment per 1000 000 people). Maximum number of beds per 1000 person is 13.1. Total health expenditures 4717 USD. The proportion of total health expenditures to drug expenditures is 19.7%. The demographic structure of Japan is rapidly changing due to the aging of the population and the decline in birth rates. In addition to focusing on treatment, Japan strives to improve the quality of life of patients. Continuously renew and improve its health care system in order to provide better health care at the least cost for elderly citizens.

**Key Words:** OECD health indicators, Health systems, Structure of health systems, Japan

[1] Baltalimanı Bone Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey/ sevdauzun@hotmail.com

[2] Uskudar University/ Health Management/ Turkey

[3] Uskudar University/ Department Head of Health Management/ Dean of Faculty of Medicine

### ÖZET

Bu Çalışmada amacımız Japonya'nın Sağlık sistemi ile ilgili bilgiler vermek ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütünün (OECD) Japonya Sağlık verilerini değerlendirmektir. Japonya'da Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı politika belirleyen ve düzenleyen kurumdur. Japonya'da Sağlık sistemi herkesi kapsayan üç temel ilkeye dayanır. Bunlar zorunlu Sağlık sigortası, tıbbi Sağlık hizmeti sunumu ve halk sağlığı hizmetlerinin sunumu. "hizmete ücretsiz ulaşım" sistemin en önemli özelliğidir. Maliyet sıkı kontrol edilir. Beklenen Yaşam Süresi 84,1 yıldır. 1 yaş altındaki bebek ölüm oranı 2 (ölüm/ 1000 canlı doğum). Kanserden ölüm 174 (100000 kişi başına). İntihar oranı 16,6 (100000 kişi başına). Alkol tüketimi 7,2 Litre / Kişi (15 yaş ve üstü) . sigara tüketimi %18,3 (15 yaşından büyük nüfusun yüzdesi). Aşırı kilolu ve obez nüfus %25,4 (15 yaşından büyük nüfusun yüzdesi). Doktor muayenesi 12,8 (Kişi başına ortalama). Grip aşısı oranı %51,1 (65 yaş üstü nüfusun %si). Aşılama oranı kızamık %96, difteri-tetanoz-boğmaca %99. Manyetik Rezonans görüntüleme cihazı sayısı 51,7 mamografi cihazı sayısı 33 (1000 000 kişiye düşen ekipman sayısı). 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 13,1. Toplam Sağlık harcamaları 4717 USD. Toplam Sağlık harcamasının ilaç harcamaları oranı %19.7'dir. Japonya'nın demografik yapısı toplumun yaşlanması ve doğum oranlarının düşmesi nedeniyle hızla değişmektedir. Japonya tedaviye odaklanmanın yanı sıra, hastaların yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik hizmetlere gayret göstermektedir. Yaşlı vatandaşlara daha iyi bir Sağlık hizmetini en az maliyetle sunmak için Sağlık sistemini sürekli olarak yenilemeye ve geliştirmeye devam etmektedir

**Anahtar Kelimeler** OECD Sağlık göstergeleri, Sağlık sistemleri, Sağlık sistemlerinin yapısı, Japonya



## DEVELOPMENT OF NURSERY PROFESSION ACCORDING TO GENERATIONS

Muhteber HÜSMENOĞLU [1]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Generations in proficiency of nursery are one the concerned topics in recent years.

**The Purpose of the Study:** The profession of Nursing comprises people health and based on nursing. This profession has witnessed some developments while passing through the generations. Today, the nursery consists of Baby Bommer and X and Y generations. In this review, we aimed to define intergenerational developments in the nursery profession in Turkey.

#### **Baby Boomer (1946-1964)**

People from this age group are also known as a rule-based generation. This generation involves the establishment of the Center of Maternal and Infant health in Numune Hospitals, first Nurse employment in preventative health services and legislation of Nursing Law. Nurses from this generation lived through medical material deficiency and experienced the nursery practices rather by trial and error.

#### **X Generation (1965 and 1980)**

Nurses from this generation known as Competitive and their life motto is "power". They specify themselves tough, optimistic and self-confidence. They show loyalty to the director rather than the institution. Within this generation; the scientific studies have risen, scientific and evidential practices have increased in the nursery field, and additionally, procedures and job definitions have formed with quality studies.

#### **Y Generation / Millenium Generation (1980-1999)**

This generation is defined as creative, good-with technology and good user of mobile communication devices. Correspondingly, the nursing job is suitable for the Y Generation. Today, nurses from this generation are trying to prevent false treatment, hospital infections, pressure sores, and fallings. People from the Y generation have more adaptive abilities than people from other generations and they are more enthusiastic and curious.

**Conclusion:** If these generations of nurse profession support each other and show solidarity, their job satisfaction and will be increased despite their differences in the field.

**Key Words:** Generations X, Generations Y, Generations Baby Boomer, Nurse

[1] Istanbul Cerrahpaşa University/ PhD Candidate Nursing Management  
/Turkey/muhteberhusmenoglu22@hotmail.com.

## LOGISTICS MANAGEMENT IN DISASTERS: CASE OF CANAKKALE EARTHQUAKE DISCUSSIONS IN AFETZED

Sedat BOSTAN [1]

Merve YAMAN YUCE [2]

[1] Ordu University/Healty Care Management/Turkey/sbostan29@gmail.com.

[2] Gümüşhane University/ Disaster Management /[Turkey/merveyamanyuce@gmail.com](mailto:Turkey/merveyamanyuce@gmail.com)

### ABSTRACT

**Problem of Research:** Existing disaster organization structure and the efficiency of logistics services that emerged after earthquakes are determined in terms of disaster victims.

**Purpose of the Study:** To identify the problems and problems experienced and to offer solutions.

**Method:** Qualitative method was used during the research. Focus group meetings were also held with 20 disaster victims. During the interviews with the victims, both persons involved in disaster response and persons with disasters were included in the study.

This study constitutes one leg of the graduate study. In other stages, semi-structured expert interviews were carried out with team leaders, supervisors and managers of personnel who intervened in disaster. A survey was also conducted with personnel who intervened in disaster. The data obtained from these studies were concentrated on disaster points.

Afterwards, the data obtained by voice recording were written and classified. Working with photographs taken from the field is shaped.

**Findings:** In the qualitative findings obtained from the victims, the concept of looting and injustice experienced during the distribution of the assistance of the private persons, the lack of serious information about the disaster issues and the misunderstanding of the distribution of assistance in consultation with the headmen. In addition, the ruins of the old houses and structures need to be renewed buildings, the disaster evacuation of their homes after the disaster themselves, making the materials available under the ruins of the intervention teams indicate the inadequacy. Special attention should be paid to the location of the tents and the preparation of the floor for temporary accommodation, and the containers should ensure the need and the minimum living comfort. The victims should be informed more about the permanent shelter and their concerns should be eliminated. The way and type of distribution of benefits should be fair. Having the health, work and beliefs of the victims, accelerates the return to normal life and supports morale.

**Keywords:** Disaster, Disaster Management, Disaster Logistics Management, Çanakkale Ayvacik Earthquake, Focus Group Interview, Disaster

## ÖZET

**Araştırmanın Problemi:** Var olan afet organizasyon yapısı ve depremler sonrasında beliren lojistik hizmetlerin verimliliğinin, afetzedeler Açısından belirlemektir.

**Araştırmanın Amacı:** Yaşanan sıkıntı ve aksaklıkları tespit ederek çözüm önerileri sunmaktır.

**Araştırmanın Yöntemi:** Araştırma esnasında nitel yöntem kullanılmıştır. 20 afetzede ile de focus grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Afetzedeler ile yapılan görüşmeler esnasında hem afete müdahalede görev almış hem de afetzede olma özelliğine sahip kişiler de Çalışma kapsamına alınmıştır.

Bu Çalışma gerçekleştirilen yüksek lisans Çalışmasının bir ayağını oluşturmaktadır. Diğer aşamalarında ise afete müdahale eden personellerin ekip liderleri, kurum amir ve müdürleri ile yarı yapılandırılmış uzman mülakatları gerçekleştirilmiştir. Afete müdahale eden personelleri ile de anket Çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu Çalışmalardan elde edilen verilerin yoğunlaştığı noktalar afetzedelere sorulmuştur.

Sonrasında ses kaydı ile elde edilen verilerin yazılı hale getirilerek tasnif edilmiştir. Alandan alınan fotoğraflar ile Çalışma şekillendirilmiştir.

**Araştırma Bulguları:** Afetzedelerden elde edilen nitel bulgularda ise özel şahısların yardımlarını dağıtması esnasında yaşanan yağma ve adaletsizlik kavramı, inşa edilen afet konuları hakkında beliren ciddi bilgi eksikliği ve muhtarlara danışılarak yardım dağıtılmasının yanlışlığı olmuştur. Ayrıca yıkıntı oluşturan evlerin eski yapılar olması ve yapıların yenilenmesi gerekliliği, afetzedelerin afetten sonra evlerini kendilerinin tahliye etmeleri, malzemelerini yıkıntı altından alarak kullanılabilir hale getirmeleri müdahale ekiplerinin yetersizliğine işaret etmektedir. Geçici konaklama için çadırların yer seçiminin ve zeminin hazırlanmasına özen gösterilmeli, konteynırlar ihtiyacı ve asgari yaşam konforunu sağlamalıdır. Kalıcı barınma konusunda afetzedelerin daha fazla bilgilendirilmeli ve endişeleri giderilmelidir. Yardımların dağıtım şekli ve miktarı adil olmalıdır. Afetzedelerinin Sağlıkları, işleri ve inançlarının olması yeniden normal hayata dönüşü hızlandırmakta ve moral destek olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Afet, Afet Yönetimi, Afet Lojistiği Yönetimi, Çanakkale Ayvacık Depremi, Odak Grup Görüşmesi, Afetzede

## **CHAOS THEORY AND EFFECT ON NURSING MANAGEMENT**

Handan ALAN\*  
Yunus ŞİMŞEK\*  
Seray KUŞÇU\*

\* İstanbul Cerrahpaşa University Florence Nightingale Faculty of Nursing

### **ABSTRACT**

The scientific world saw Newton's classical theory in inadequate when he began to explore micro-events. Science helped to develop the quantum theory in the 1900s despite of Newton's inability to explain micro-phenomena. According to Wichman, the main theme of quantum theory is that everything is related to other situations and the concept of chaos and complexity, which is a new approach with the view that these situations change constantly, has emerged on the stage of science literature. Chaos theory states that the smallest changes in the system can lead to very large changes with the principle of I sensitive commitment to initial conditions. When the ecosystem is taken into consideration, it is possible that the changes in the sub-unit, which gradually become complex starting from the lowest part, may affect the whole ecosystem and life. Which is an important concept in terms of the human species 'illness' it is a threat and a chaotic situation in terms of lower health paradigms expected to show linear behavior. In this review, considering the gaps in the literature, the formation of the work on chaos theory and nursing and support order was established. Nursing is a profession that feeds on human relationships and health sciences. From the point of view of the study area, the technology and diseases used, it is thought that the practice areas of nurse managers can be inspired by chaos theory. The nurse manager on the use of different communication paths can be important in the health care system which have a wide variety of diseases and complexity of the process. Executive nurses can take advantage of chaos theory to gain an advantage in the management of complex health care systems.

**ETKİLEŞİM ANALİZİ**  
(TRANSACTIONAL ANALYSIS)  
Etkileşim Analizinin Örgüt Yaşamındaki Yeri  
Etkileşim Analizi ve Sağlık Sektöründe Yapılan Çalışmalar

Emine ÜSTÜNOLDU [1]  
Ayşe KANDEMİR [2]  
Süreyya YILMAZ [3]

**ÖZET**

Transaksiyonel analiz (Etkileşim Analizi), temel çerçevesi Eric Berne tarafından çizilen, insanın insanla etkileşime geçtiği işte, okulda, evde kısaca her yerde, bireylerin davranışları ve davranışlara olan sosyal tepkilerini konu alan ve Etkileşim Analizi (EA) yaklaşımının başlangıç noktası olarak kabul edilen çocuk ego, ebeveyn ego, yetişkin ego durumlarını konu alan bir teoridir. Etkileşim Analizinin (EA) örgüt yaşamında yer bulması özellikle gruplar ve kişiler arası iletişim ve etkileşim Çalışmalarında karşımıza çıkmaktadır. Her bir ego tipi iletişim sürecinde farklı tepkilerde bulunur ve karşı tarafın bu tepkileri algılayarak uygun ego durumundan hareket etmesi iletişimin devamı için önemlidir. Bu durumda yönetici astları ile iletişiminde, hangi ego durumundan hareket ederek Çalışanlarına yaklaşacağını, karşısındaki kişinin ego durumunu ve hangi ego durumundan yaklaşırsa çatışmaların üstesinden gelebileceğini kestirebilmelidir. Örneğin, yönetici Çalışanlarının uyumlu çocuk davranışları içinde olduğunu fark ederse (kendisini gördüklerinde hemen telefona sarılmaları gibi) kendisinin eleştirel ebeveyn egodan mesajlar verdiğini fark edebilir. Böylece yönetici, yetişkin ego durumunu daha çok kullanma yoluna giderek karşı tarafı da (Çalışanları) yetişkin egoya davet edebilir. Lider, grup içindeki etkileşimleri iyi takip edebilmeli, bazı Çalışanların ezilmesine ve bazılarının sivrilmesine dikkat ederek gerekli önlemleri alabilmelidir. Sadece ebeveyn ego durumunun ağır bastığı bir grubun ne kadar yaratıcı işler çıkaracağı tartışmalı iken sadece enerji dağılımının ağırlıklı olarak çocuk egoda bulunduğu bireylerden oluşan takımlarda da ebeveynin kontrol ve kollaması istenir hale gelebilir. Dolayısıyla yöneticilerin, gruptaki kişilerin ağırlıklı olarak hareket ettikleri ego durumlarını da gözden geçirmeleri, her üç ego tipinin gruptaki dengelerin sağlanması için ne kadar önemli olduğunu gözden kaçırmaması gerekmektedir. Etkileşim Analizi teorisine göre, her ego durumunun iletişim sürecinde katkısına ihtiyaç duyulmasına rağmen, tepkilerin yetişkin ego durumu kontrolü altında olması önerilmektedir.

Bu Çalışma ile hasta - Sağlık personeli etkileşimi ve karmaşık örgüt yapısına sahip olan Sağlık Kurumlarında özellikle gruplar ve kişiler arası iletişim ve etkileşim analizinin Kullanımının incelenmesi amaçlanmıştır. Hasta ile Sağlık personeli arasındaki etkili iletişimi sağlama da Etkileşim Analizi Teorisi ve bu teoride geçen bireyin kişiliğinde yer alan ego durumlarına göre hastayı anlama ve hastaya karşı davranış geliştirmede etkili olduğu görülmektedir. Sağlık personeli hasta ile olan etkileşiminde hem tıbbi manada teknik bir iş yapmakta hem de hastanın psikolojisini anlama ve ona göre davranış geliştirme konusunda psikoloji odaklı bir iş yapmaktadır. Etkili iletişimin sadece hastanın ilacını, diyetini düzenlemede ve hasta memnuniyetinde önemli olmadığı, tedavinin başarısında da önemli yer tuttuğu yapılan Çalışmalarda görülmektedir.

## **THE COMPLIANCE OF THE CURRICULUM USED IN THE DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT IN CUMHURİYET UNIVERSITY WITH CORE EDUCATION PROGRAM(CEP)**

Ahmet Y. YESILDAG[1]  
Hatice ULUSOY[2]

### **ABSTRACT**

**The problem of the study:** Health Management Core Education Program(SAYCEP) was established to create an accredited education program in health management departments. In this study it is investigated whether health administration undergraduate education program in Cumhuriyet University is compatible with SAYCEP.

**The purpose of the study:** It is aimed to investigate whether the health management program in Cumhuriyet University has reached the purpose of a minimum 70% compliance in CEP and to provide feedback if the curriculum requires renewal.

**The method of the study:** The courses given in the department were recorded with MS Excel program. Compliance rates were calculated and analyzed with 43 courses in CEP. For each course given, 1 point was written and the totals were rated. The level of the CEP Courses ( $= \text{Given CEP Courses} \times 100 / \text{Total CEP Course}$ ) and another rate; within the general courses, the rate of the CEP is calculated by the formula ( $= \text{Given CEP Courses} \times 100 / \text{Total Courses in School}$ ).

**The findings and conclusion:** Departmental courses with 51 different names, which are compulsory or elective courses, have been recorded. 33 of these courses are CEP courses and some are elective. The compliance rate of CEP courses given by the department was found to be 77% (33 course out of 43) while the rate of CEP courses in general courses was found to be 65%. According to the findings, average of the courses given in the department seems to be compatible with the aim of minimum CEP. However, 10 courses or applications found in CEP are not given by the department and it is advised to include these courses to the curriculum as much as possible and to give the courses in the CEP mandatorily for creating co-equipped graduates in education. The link for reach to the poster: <https://yadi.sk/d/UuxMPKbLEQpJeg>

**Key Words:** Health management, SAYCEP, curriculum

[1]RA.; Karadeniz Technical University Trabzon/Turkey/ [ayesildag@ktu.edu.tr](mailto:ayesildag@ktu.edu.tr)

[2] Prof. ; Cumhuriyet University Sivas/Turkey/ [hulusoy@cumhuriyet.edu.tr](mailto:hulusoy@cumhuriyet.edu.tr)

## SAĞLIK ALANINDA NETNOGRAFİK BİR İNCELEME: “KARATAY DİYETİYLE ZAYIFLIYORUZ”

Dolunay Özlem KİLİT 1

Ramazan ERDEM 2

Mustafa ZEYBEK 3

### ABSTRACT

Social media is the common platform area where individuals from all walks of society seek and share information about health. The application of this information without consulting the health professional may adversely affect the health of the individual. Therefore, it is important to examine the groups in social media platforms. “We are weakening the karatay diet”, a forum page on the Facebook which have significant number of members, which are active with regular posts, and where we can find suitable content for the questions of our survey, are the samples of our survey. The survey was conducted between 23 March 2019 and 2 April 2017 using the netnography method, which was included in the qualitative research group. These dates, the total number of shares made in the group is 1066, the number of comments made is 34.686 and the number of likes is 84.135. Structured sharing and comments are devoted to themes determined by researchers. Shares are analyzed in two sections as administrator and member sharing. Member sharing themes are divided into 7 themes in the food photos, information request, amount of weight given, health, sports and other shares. Executive shares are divided into 4 themes: motivation, food, sports and other shares. Applying this information without consulting a healthcare professional can lead to irreversible damage to people's health. Therefore, it is recommended that some studies be carried out by the Ministry of Health in order to increase the health literacy and awareness level of individuals.

### GİRİŞ

Günümüzde gelişen teknolojiler bireylerin iletişim kurmak için aynı mekânda bulunma zorunluluğunu ortadan kaldırmıştır. Bu teknolojilerden en önemlisi internet, artık günlük hayatımızda çok önemli bir yere sahip olan sosyal medyanın gelişimine ön ayak olmuştur (Cebeci ve Küçükkancabaş Esen, 2017). Sosyal medya dünyada ve Türkiye’de birçok insan tarafından kullanılmaktadır. “Digital 2018” raporuna göre 2018 yılında dünyada 7 milyar 593 milyon kişinin %42’si aktif sosyal medya kullanıcısıdır. Dünyada en çok kullanılan sosyal medya platformu olan Facebook 2 milyar 17 milyon insan tarafından kullanılmaktadır. Kullanıcıların %2’sini, 51 milyon kullanıcı ile Türkiye oluşturmaktadır. Sosyal medyada harcanan zamana bakıldığında Türkiye’de bireyler, ortalama 2 saat 48 dakika harcamaktadır (URL 1). Günümüzde sosyal medya kullanımının çok olması sosyal bilimcileri bu alanla ilgili çalışmalar yapmasına neden olmuştur.

Sosyal bilimlerde Araştırma probleminin tanımlanması ve yönteminin seçilmesiyle Araştırma süreci başlar. Araştırma yöntemleri pozitivist yaklaşıma dayanan nicel ve yorumlayıcı yaklaşıma dayanan nitel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Nitel Araştırma, olgu ve olayların buldukları doğal ortam içerisinde gerçekçi ve bütüncül bir yaklaşımla ortaya konmasını hedefleyen ve nitel bir sürecin izlendiği Araştırma türüdür (Yıldırım ve Şimşek, 2005). Nitel Araştırma teknikleri; fenomenoloji ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz, etnografi, temellendirilmiş kuram, durum Çalışması, anlatı ve eylem Araştırmasıdır (Erduyan, 2010).

Çalışmanın amacına uygun olarak seçilen Araştırma yöntemi, etnografinin dijital evrimi şeklinde tanımlanan netnografidir. Etnografi, yunanca toplum ve yazmak anlamına gelen *ethnos* ve *grapho* kelimelerinin bir araya gelmesi ile meydana gelen terimdir. Netnografi, internetin kullanımının artmasıyla birlikte sanal toplulukların davranışlarını anlamlandırabilmek amacıyla etnografinin dijital ortama adapte edilmiş halidir. Etnografide kültürel etkileşimler yoluyla yüz yüze veri toplanırken netnografide çevrimiçi iletişim yoluyla veri toplanır (Özbölük ve Dursun, 2015). Netnografide katılımcılar grup davranışları ve

<sup>1</sup> Bandırma Onyedü Eylül University/ Healty Care Management/ Turkey/ dolunaykilit@hotmail.com

<sup>2</sup> Süleyman Demirel University/ Healty Care Management/ Turkey/ raerdem@yahoo.com

<sup>3</sup> Bilecik Şeyh Edebali University/ [Medical Documentation and Secretarial](#)//Turkey/mz-zeybek@hotmail.com

kültürel gerçekler hakkında veri toplamak amacıyla ilgili gruba katılmalı ve derinlemesine inceleme yapılmalıdır. Toplanan bu veriler grup kültürü içerisinde Araştırmacının edindiği izlenimleri aktardığı saha notlarıdır. Araştırmacının sosyal gruba tam olarak katılması ve bu grubun bir üyesi haline gelmesi tavsiye edilmektedir (Dahan ve Levi, 2012). Netnografi Araştırma yöntemi ile birlikte şu durumlar analiz edilebilmektedir (Aksu, 2018);

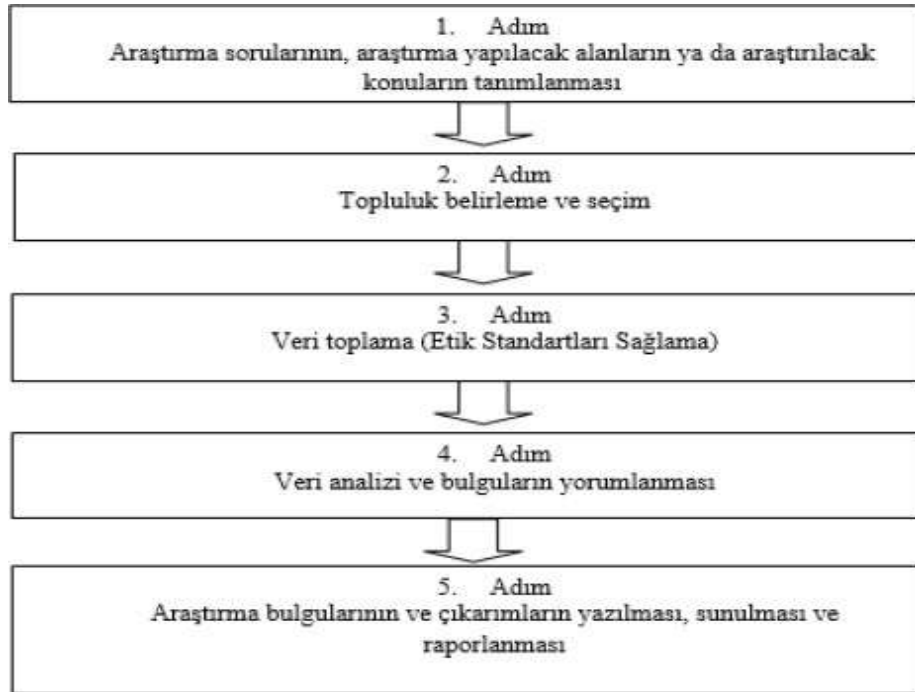
- “1. İnternet üzerinde varlıklarını sürdüren gruplar tanımlanabilmektedir,
2. Demografik yapıları ve varsa hiyerarşik düzenleri ile yapıları ortaya konulabilmektedir,
3. Bu grupların kültürel örüntüleri ortaya çıkarılabilmektedir,
4. Ürettikleri dil sembol ve ortak anlamlar çözümlenebilmektedir,
5. Bu grupların belirlenmiş olan konular, ürünler vb. hakkında görüşleri tespit edilebilmektedir,
6. Bu grupların geleceğe yönelik davranış ve tutumlarına yönelik öngörüler ortaya konulabilmektedir.”

Tüm bu kapsam dâhilinde bu çalışmada, bireyin sağlığına doğrudan etkisi olan bilgilerin yer aldığı sosyal medya gruplarındaki kültür örüntülerini ve bireylerin tutum ve davranışlarını ortaya koymak amacıyla netnografi Araştırma yöntemi olarak seçilmiştir.

## YÖNTEM

Araştırma kapsamında bireylerin zayıflamak için katıldıkları Facebook’ta yer alan “*Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz*” isimli grubu tanımlamak, kültürel örüntüleri ve bireylerin tutum ve davranışlarını ortaya koymak amaçlanmaktadır. Araştırmacılardan bir kişi bu gruba 2017 yılından bu yana üyedir ve grubu bu süre zarfı boyunca gözlemlemiştir. Araştırma grubunu tanımlamak amacıyla 23 Mart-23 Nisan 2019 tarihleri arasında grup ile ilgili ayrıntılı bilgiye yer verilmiştir. Netnografi yöntemi uygulama süreci Şekil 1’de gösterilmektedir.

Şekil 1: Netnografi Uygulama Süreci



Kaynak: Kozinets, 2010.



Araştırma kapsamında netnografi uygulama süreci izlenmiştir. Araştırmanın sorusu; “Ana teması zayıflama olan bu grupta kültür örüntüsü bulunuyor mu?” 2. Adım olarak topluluğun seçilmesi amacıyla “Karatay diyeti” ve “zayıflama” anahtar kelimeleri facebook arama butonuna girilmiş ve bu kapsamda çıkan gruplar Tablo 1’de gösterilmiştir. Bu arama neticesinde on yedi grup bulunmuştur ve üye sayısı çok olan 1. Sırada yer alan “Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz” isimli grup seçilmiştir. Bu grubun seçilmesinin nedenleri arasında üyeler arasında günlük yapılan paylaşım sayısının, iletişimin ve Araştırma sorularına yönelik içerik üretiminin fazla olması yer almaktadır. Aynı zamanda Araştırmacının çevresinde bu gruba üye olan ve grup içerisinde yer alan bilgileri uygulayan kişilerin bulunması ve bu kişilerde bir kültür örüntüsü oluştuğu gözlemlenmesi bu grubun seçilmesine neden olmuştur.

**Tablo 1:** Tarama Sonrası Bulunan Gruplar ve Üye Sayıları

Grup	Üye Sayısı
1 Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz	214.137
2 Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz Tr	61.220
3 Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz	1418
4 Karatay Diyetiyle Hep Beraber Zayıflıyoruz	88.227
5 Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz	1384
6 Karatay Diyetiyle Başarı	5199
7 Karatay Diyetiyle Zayıflama Mecramız	911
8 Karatay Diyetiyle Zayıflayalım	15
9 Karatay Diyetiyle Son Umut	4
10 Karatay Diyetiyle Zayıflayamıyoruz	2
11 Karatay Diyetiyle Sağlıklı Zayıfladık	4
12 Sağlıklı Ve Çabuk Zayıflamak İsteyenler Karatay Diyetiyle	2
13 Karatay Diyetiyle Yeni Bir Hayat	1
14 Sağlıklı Ve Çabuk Zayıflamak İsteyenler Karatay Diyetiyle	1
15 Karatay Diyetiyle Sağlıklı Zayıfladık	1
16 Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz	1
17 Karatay Diyetiyle Zayıflamak İçin	1

## BULGULAR

Araştırma kapsamında seçilen “Karatay Diyetiyle Zayıflıyoruz” adlı grubun 29 Mayıs 2015 tarihinde facebook’ta kurulmuş olup, 214.893 üyesi ve 9 yöneticisi bulunmaktadır. Bu yöneticilerden 4’ü sayfanın yönetiminden sorumlu iken 5’i günlük paylaşımların yönetilmesinden sorumludur. Üyelerin cinsiyet dağılımına bakıldığında tamamının kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Grupla ilgili açıklamalara bakıldığında gruba aykırı olan hiçbir paylaşımın onaylanmayacağı, diyetisyen listeleri ve zayıflama ürünleri (hap, çay vs.) paylaşılmasının yasak olduğu belirtilmiştir. Ayrıca grup üyeleri ve yöneticiler tarafından Canan Karatay ile ilgili olmayan şeylerin reklamının da yasak olduğu belirtilmiştir.

Gruba yeni katılan bir kişi ilk olarak grup sayfasının dosyalar kısmında yer alan “Karatay Özeti” dosyasını okumaya yönlendirilmektedir. İlgili dosya “Sağlıklı Beslenerek Zayıflamak İsteyen Arkadaşlar Grubumuza Hoşgeldiniz.” cümlesi ile başlamış ve devamında diyetin nasıl uygulanacağı hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Dosyalar kısmında genel olarak diyet hakkındaki bilgileri içeren 20 adet belge bulunmaktadır. Ayrıca “leptin hormonu nedir?” gibi bilgi içeren ve de “Hangi tahlilleri yaptırmamız gerekiyor?” gibi direk bireyleri bir Sağlık uzmanıymış gibi yönlendiren belgelerde bulunmaktadır. Bu belgelerin kaynağı olarak Canan Karatay’ın kitapları ve söylemleri gösterilmektedir. Reklam yapmanın yasak olduğunun belirtildiği grupta Sağlık kuruluşu, gıda ve spor aletleri vb. Sağlıklı yaşam ve zayıflama ile ilgili paylaşımların bulunduğu da görülmüştür.

Yapılan inceleme sonucu **23 Mart ve 23 Nisan tarihleri arasında grupta yapılan toplam paylaşım sayısı 1066, paylaşıma yapılan yorum sayısı 34.686 ve beğeni sayısı 84.135’dir.** Tablo 2’ye bakıldığında bir aylık

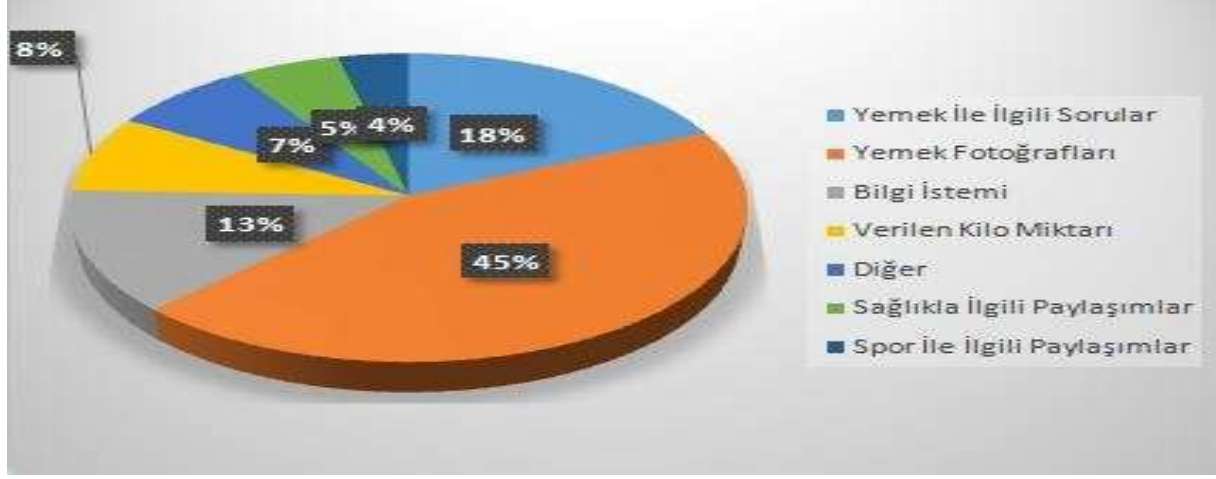
paylaşılan ve bir günde paylaşılan ortalama paylaşım, yorum ve beğeni sayısına yer verilmektedir. Bir günde yapılan ortalama 35 paylaşımın 30'unu üyelerin, 5'ini yöneticilerin paylaştığı görülmüştür. Yapılan toplam paylaşımların ise %85'i (909) üyeler, %15'i (157) sayfa yöneticileri tarafından paylaşılmıştır. Genel olarak bakıldığında grupta gün içerisinde üyelerin yöneticilere göre daha aktif olduğu göze çarpmaktadır.

**Tablo 2:** Gruptaki Etkileşim Sayısı

	<b>1 Aylık</b>	<b>1 Günlük (Ort.)</b>
<b>Paylaşım Sayısı</b>	1066	35
<b>Yorum Sayısı</b>	34.686	1156
<b>Beğeni Sayısı</b>	84.135	2804

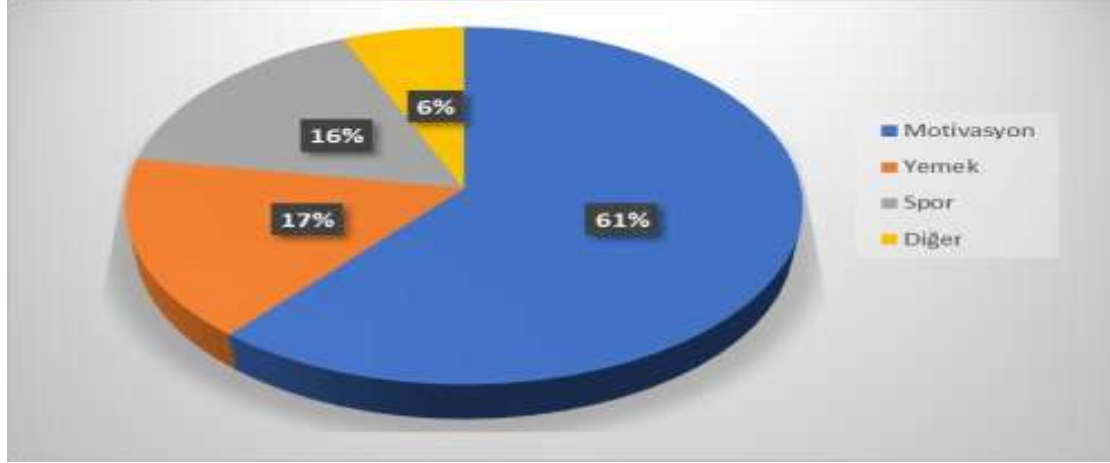
Üyeler tarafından yapılan paylaşımlar Grafik 1'de görüldüğü üzere 7 temaya ayrılmıştır. Bunlar: Yemek fotoğrafları (405), Yemek ile İlgili Sorular (164), Bilgi İstemi (118), Verilen Kilo Miktarı (72), Diğer (68), Sağlıkla İlgili Paylaşımlar (49), Spor İlgili Paylaşımlar (33). Yemek fotoğrafları ile ilgili paylaşımlar incelendiğinde kahvaltı ve akşam yemeği fotoğraflarının paylaşıldığı görülmüştür. Bu paylaşımların altına yönetici ve üyeler tarafından yapılan yorumlarda genelde diyetle uyum sağlayan yasaklı yiyecekler uyarılmış ve yanlış olan şey hakkında nasıl düzeltileceğine dair bilgilendirme yapılmış veya "afiyet olsun" denilmiş ve paylaşımı yapan üyeden yemeğin tarifi istenmiştir. Aynı zamanda diğer üyelerde o yemekle ilgili kendi tariflerini yorumlarda paylaşmışlardır. Yemekle ilgili soruların altına genelde gıda fotoğrafı paylaşılmış ve bu gıdanın yasak olup olmadığı, yasak değilse ne kadar yenilmesi gerektiği ve nasıl pişirileceği ile ilgili sorular sorulmuştur. Bilgi istemi paylaşımlarında kişiler Karatay diyeti ile ilgili genel bilgilendirme talebinde bulunmuşlardır. Bu talepleri neticesinde ilgili yöneticiler kişileri bilgilendirerek dosyaları okumaları için yönlendirmişlerdir. Verilen kilo miktarı paylaşımlarında ise üyeler genelde kilo vermeden önceki ve kilo verdikten sonraki hallerini paylaşmışlardır. Bu paylaşımların altına üyelerin bir kısmı kiloyu nasıl verdiğine dair sorular sorarak tebrik etmiş, diğer kısmı ise aynı şekilde kendi fotoğraflarını paylaşarak kaç kilo verdiklerini söylemişlerdir. Diğer kısmında çoğunlukla kişiler "Oğlum ameliyattan çıktı dua eder misiniz?", "Kandiliniz mübarek olsun.", "Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramınız kutlu olsun." gibi kutlamalar, dua istekleri, özel hayatları ile ilgili haberler vb. birtakım paylaşımlarda bulunmuşlardır. Bu paylaşımların altına üyeler manevi olarak birbirlerini destekleyici yorumlarda bulunmuşlar ve sohbet etmişlerdir. Sağlıkla ilgili paylaşım içeriğini tahlil sonuçları, hastalık isimleri, hastalık belirtileri, kullanılan ilaçlar vb. oluşturmaktadır. Yapılan bu paylaşımların altına üyeler kendi tahlil sonuçlarını ve kullandıkları ilaçları söyleyerek bireylere bunları kullanmaları yönünde tavsiyelerde bulunmuşlardır. Ek olarak bazı kişiler aktarlardan alınabilecek otlar ve gıda takviyeleri hakkında bilgi vermişlerdir. Spor ile ilgili paylaşımlarda bireyler gün içerisinde yaptıkları aktivitelerden bahsetmişlerdir. Bu paylaşımın altına diğer üyelerde kendi yaptıkları aktiviteleri yazmışlardır. Genel olarak yapılan her üye paylaşımının altına yöneticiler de yorum yapmıştır. Bu yorumlarda yöneticiler diyetle uyum sağlayan yasaklı şeyler hakkında kişileri uyarılmış ve bilgilendirmişlerdir. Ayrıca Karatay diyeti ile ilgili olmayan yorum ve paylaşımlar engellenmiş veya içerikler kaldırılmıştır.

**Grafik 1:** Üye Paylaşım Temaları



Yöneticiler tarafından yapılan paylaşım temalarının dağılımı Grafik 2’de gösterilmektedir. Yapılan bu paylaşımların %61’i motivasyon, %17’si yemek, %16’sı spor ve %6’sı diğer içeriklerle ilgilidir. Motivasyon paylaşımlarının içeriklerine bakıldığında iki farklı içerik göze çarpmaktadır. İlk olarak her kilo grubuna ait ayrı (50-60 kilo, 70-80 kilo ve 90-100 kilo) motivasyon postları paylaşılmıştır. Bu içeriğe diyetle yeni başlayan ve bu kilo aralığında olan üyeler ve diyeti uygulayarak bu kilo aralığına düşen üyeler olmak üzere iki farklı üye grubu yorum yapmıştır. Birinci grubun amacı, diyetle başlamak, diyet hakkında bilgi almak, diyeti uygulayarak kilo verenlerle iletişime geçmek ve birbirlerini kilo verme konusunda motive etmektir. İkinci grubun amacı ise verilen kilo miktarı üzerinden Karşılaştırmalar yaparak hatalarını fark etmek ve diğer üyelere tarafından motive edilmektir. İkinci motivasyon postu ise “21 gün kuralı” adlı paylaşım’dır. Bu paylaşım’da diyet her 21 günde bir tekrar yapılmaktadır ve diyeti yapan kişiler ve sayfa yöneticileri birbirlerini her gün motive ederek diyeti sürdürmeye teşvik etmektedir. Yemek ile ilgili paylaşımlarda yöneticiler “Tencerelerde bugün ne var?” postunu paylaşmışlardır. Bu paylaşım’da üyeler o gün yiyecekleri ve yahut yedikleri yemekleri yorumlarda belirtmişlerdir. Üyeler yorumlarda diyetle uymayan yasaklı yiyecekler ile ilgili birbirlerini uyarıyor ya da yemek tarifleri istemişlerdir. Spor paylaşımlarında ise “Spor Skorlarını Görme Zamanı” postu paylaşılmış ve postun altına üyeler günlük olarak hangi sporu ne kadar yaptıklarını belirtmişlerdir. Diğer isimli temada yer alan paylaşımlara bakıldığında ise “Bu mevsimde hangi sebzeler yenir?”, “Ne kadar su içmeliyiz?”, “Sıkça Sorulan Sorular”, fıkralar ve haberler gibi içeriklerin paylaşıldığı görülmektedir. Bu içeriklerin genel amacı bireyleri bilgilendirmektir. Bu paylaşımın altında genelde bireylerin özel hayatlarından bilgi paylaştığı ve sohbet ettiği görülmektedir.

## Grafik 2: Yönetici Paylaşım Temaları



## SONUÇ

Nitel Çalışmalarda sonuçlar örneklemin sonuçlarıdır ve evrene genellenemez. Bu nedenle bu çalışmada sonuçlar evreni temsil etmeden değerlendirilir. Bu Çalışma kapsamında bireyin Sağlıklı yaşam ve diyet ile ilgili oluşturduğu kültürel örüntüleri incelemek amacıyla nitel Araştırma türlerinden netnografi kullanılmıştır. Bulgular kısmında grubun 1 aylık işleyişiyle ilgili detaylı bilgilere yer verilmiştir. Araştırmacı grubu 2 yıl boyunca gözlemiştir. Bu gözlemler sonucunda grup değerlendirildiğinde tıp doktoru olan Canan Karatay'a adeta biat edermişçesine davranıldığı en çok göze çarpan noktadır. Canan Karatay'ın kitapları, röportajları ve söylemlerine harfiyen uyulduğu gözlemlenmiştir. Bu kişinin söylemleri dışında olan durumlarda ise üyelerin ya paylaşımları yoruma kapatılmış ya da engellenmiştir. Ayrıca bu davranışı sadece yöneticiler değil, üyelerde sergilemiştir. Grup düzenine aykırı paylaşım yapan kişiler diğer üyeler tarafından uyarılmış ve kurallar çerçevesinde cevap verilerek yönlendirilmiştir. Ayrıca grup içerisinde yapılan paylaşımlarda bireylerin sağlığını etkileyebilecek paylaşımların da yer aldığı görülmüştür. Örneğin, kişi tahlil sonucunu veya ilacını paylaştığında aynı durumun kendisinde de olduğunu söyleyen üye bu ilacın bir işe yaramadığı söyleyerek o kişiye bu ilacı bırakmasını tavsiye etmiştir. Gebe kadınlar ve emziren kadınlara diyet önerilmiş ve bu durumda olan ve diyeti uygulayan kişilerde diyeti diğerlerine tavsiye etmişlerdir. Kronik rahatsızlığı olan bireylerde bir takım ilaç ve bitkisel tedavi yöntemleri konusunda tavsiyelerinde bulunmuşlar ve bazı üyeler bu tavsiyeleri aynen uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Grupta yöneticilerin gün içerisinde yaptıkları paylaşımlarla bir denetim mekanizması oluşturmaya çalıştıkları gözlemlenmiştir.

Genel olarak bakıldığında insan hayatının şekillenmesine neden olan kültürel örüntülerin bu grupta fazlasıyla yer aldığı görülmektedir. Grup sadece bir diyet listesi içermemekte ve bireylere yaşam tarzlarını değiştirmeye yönelik birçok alışkanlık kazandırmaktadır. Bu alışkanlık neticesinde bu diyeti yapan kişiler ailelerine ve arkadaşlarına bu yaşam tarzını empoze ettikleri ve yahut etmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu gibi gruplarda doğrudan insan sağlığını etkileyebilecek Sağlıkla ilgili bilgi ve uygulamaları herhangi bir uzmana danışmadan uygulanabileceği için bireylerin sağlığının risk altında olmasına neden olmaktadır. Bu gibi durumların önüne geçilebilmesi için çalışma sonucunda şunlar önerilmektedir; bireylerin Sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılması, bu gibi gruplarda bilirkişi olarak konuda uzman kişilerin bulundurulması bu kişilere ulaşılabilirliğin sağlanması ve bireylerin bu konuda bilinç düzeyinin yükseltilmesi.

## KAYNAKÇA

- Aksu, O., (2018), “*Bir Araştırma Yöntemi Olarak Netnografi: Ötekini Anlamanın Dijital Boyutu*”, *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2): 14-17.
- Cebeci, G. & Küçükkancabaş, E., (2016). “*Netnografi Yöntemi Kullanılarak Arabesk ve Türk Sanat Müziği Sanal Topluluklarının İncelenmesi*”, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Dahan, G. E. & Levi, e., (2012), “*Netnografya: Sosyal Mecralarda Tüketici Araştırmaları Üzerine Yeni Bir Metot*”, *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1:34-53.
- Erduyan, I., (2010), "Etnografi", içinde F. N. Seggie ve Y. Bayyurt (Ed.), *Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analizler ve Yaklaşımları*, (ss. 82-105), 2. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kozinets, Robert V., (2010), *Netnography: Doing Ethnographic Research Online*, First Edition, Sage Publications: London.
- Özbölük, T. & Dursun, Y., (2015), “*Pazarlama Araştırmalarında Paradigmat Dönüşüm ve Etnografinin Dijitale Evrimi*”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 46: 227-249.
- URL 1: <https://digitalreport.wearesocial.com/> Erişim Tarihi: 19.04.2018
- Yıldırım, A. & Şimşek, H., (2005), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayınları: Ankara.

## HEALTH SCIENTIFIC PUBLICATIONS AS HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT INDICATORS

Gülay EKİNCİ [1]  
Alper CİHAN [2]  
Ahmet KÖSE [3]  
Haydar SUR [4]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Scientific publication is published scientific information in scientific community. It is the most important indicator of countries' performance in science. It is also the most important output of Research And Development (R&D) activities. Information on the current status of publications in the field of health could be helpful in defining gaps in the field of health and in the development of plans and programs.

**The Purpose of the Study:** This study was aimed to reveal the current status of scientific publications in the field of health between 2005 and 2014 in Turkey.

**Method:** In this study, the scientific publications in the field of health are discussed in two categories as medical and pharmaceutical field. This study is a descriptive study.

**Findings and Results:** Scientific publications in medical were increased by 82% in World, 47% in Turkey between 2005 and 2014. In Turkey scientific publications in medical had been decreased 19% in World medical publications between 2005 and 2014.

Scientific Publications in pharmaceuticals were increased by 74 % in World, 76% in Turkey between 2005 and 2014. In Turkey scientific publications in pharmaceuticals had been 1% in world scientific publications in pharmaceuticals between 2005 and 2014.

Results showed that Turkey had a weaker performance in scientific medical publications according to scientific publication in pharmaceuticals in the World.

**Key Words:** Scientific Publication, Pharmaceuticals, Medical, Health Research And Development Indicators

---

[1] Asc. Dr. / Faculty of Health Sciences Health Management Istanbul Sabahattin Zaim University, Istanbul, Turkey

[2] Prof. Dr. / Faculty of Health Sciences Health Management Istanbul Cerrahpaşa University, Istanbul, Turkey

[3] Prof. Dr. / Istanbul University Faculty of Business Management, Department of Finance, Istanbul, Turkey

[4] Prof. Dr. / Üsküdar University Faculty of Health Sciences Health Management, Istanbul, Turkey

## INDIVIDUAL INNOVATION PROFILES OF HEALTH VOCATIONAL SCHOOL STUDENTS

Gizem KUBAT BAKIR[1]  
Hatice KALENDER[2]  
Sonay GÖKTAŞ[3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** The focal point of innovative approaches in education and health is the students' innovation. It will adapt to the innovations and changes experienced today; even individuals need to contribute to these. In order to determine the requirements in patient care and to meet these requirements, first of all, students should be open to innovation, not to resist innovative approaches, to produce innovations, to adapt innovations to practice and to display their innovative role effectively.

**The Purpose of the Study:** This study was planned to determine the first and emergency assistance, medical imaging techniques, and individual innovation profiles of anesthesia students.

**Methods:** In this descriptive study, 188 health vocational high school students studying in Istanbul participated. Sociodemographic data collection tool and 20 item individual innovation scale were used for data collection. The mean, t-test and One-way ANOVA analysis were used for statistical analysis.

**Findings and Results:** The mean age of the study group was 19.7,71% was male, 99.5% was single, 81.4% was working, 53.7% was a health vocational high school graduate, 38.8% was 2, It is seen that it has a general weighted average of between 6 and 3, and about 97% did not receive any training on individual innovation and did not participate in conference/seminar activities. At the end of the study, the mean score of the students is  $90,9 \pm 10,061$ 'dir. Based on this score, the majority of students (approximately 96%) were considered to be in the "innovative 96 category, while only 4.3% were considered as iler pioneers Bu. Innovation level of the students of health vocational high schools was found to be high. It has been suggested that educational content should be reviewed and activities should be organized in order to increase the students' innovation profile in the institutions that provide health vocational high schools.

**Keywords:** Innovation, individual innovation, innovation, university students.

[1] University of Health Sciences/Health Sciences Institute/Phd Student of Department of Nursing Sciences, Turkey/gzmkbt@gmail.com

[2]Maltepe University/ Vocational School/ Medical İmaging Techniques/Turkey

[3] University of Health Sciences/ Faculty of Nursing/Turkey

## THE ROLE OF NURSES IN TELE-HEALTH SYSTEMS

Büşra Ecem KUMRU<sup>1</sup>,  
Gizem KUBAT BAKIR<sup>2</sup>,  
Sonay GÖKTAŞ<sup>3</sup>

### ABSTRACT

Developments in the field of science and technology also have an impact on the field of health and are effective in the creation of new service areas such as tele health and tele nursing. Tele-health applications, in the 1950s in the world and in Turkey has emerged in the 2000s. The Ministry of Health prepared an Action Plan on this issue in 2006. In 2007, tele radiology, tele pathology and tele-ECG services were established.

Tele-health is defined as health services provided remotely by a team of professionals who use information and communication technologies to improve the health of individuals. Tele-health is used as a means to reach health services or to reach a population with limited access. It facilitates access to care services, increases patient satisfaction and reduces health care costs. By providing two-way communication with voice/video (video, telephone, computer) and procedure-specific technology, eliminating the time and distance obstacles, medical care or service delivery provides health workers with easier access to patients. Therefore, regional differences in diagnosis and treatment of diseases are eliminated.

Nurses need to monitor and reflect on technology to improve the quality of care. Changes in the use of technology in health services, rapid development in information technologies, the number of chronic patients and the increase in the elderly population have affected the health system and the nursing services, which is an important manpower element in our country as well as in the world and caused the concept of tele-nursing. Tele-nursing is an area that develops in parallel with the advancement of technology. Tele nursing practice collects and interprets the information of the people and directs them to the needed health services. Tele is a cost effective method by providing nursing with a decrease in hospitalization rates and length of stay. Ensuring continuous care provides opportunities such as improving the quality of care and patient satisfaction, and reducing costs. Tele-home care, tele-care nursing and tele triage are applied to the patient in the content of tele-nursing. However, the physiological changes of the patients are detected in the early stages and the patients' satisfaction is improved by coping with their problems and help them to return to their daily lives in the early period.

This review was made to inform about the definition and benefits of tele-nursing and tele-health applications that are becoming widespread.

**Key Words:** Tele-Health, Tele Nursing, Care Applications

---

1-Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Evde Hasta Bakım Programı, Öğr.Gör., Üsküdar, İstanbul.

2-Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, Üsküdar, İstanbul.

3-Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Üsküdar, İstanbul.



## NANOTECHNOLOGY IN HEALTH

Gizem KUBAT BAKIR [1]  
Sonay GÖKTAŞ [2]

### ABSTRACT

Nanotechnology is a multidisciplinary science that is reorganized at the atomic level to create new and unique products. The desired arrangement of atoms with nanotechnology will allow smaller, more durable, lighter materials to be produced in each area and less damage to production by nature. This review article was written for the purpose of informing about the nanotechnological developments and the health of the patients. This study was performed as a result of literature search in English and Turkish.

Nanoscience and nanotechnology have a great potential for development. Nanotechnology, medical imaging, pharmacology, microbiology, wound healing, tissue regeneration, treatment of some chronic diseases, vaccine and genetics have been applied in the field. Nanotechnological products; The rapid realization of tests and diagnoses provide benefits in early diagnosis of cancer, identification of pathogens, detailed imaging and prevention of infection. It is thought that human health will improve, maintain and improve the quality of human health through monitoring, repair and structuring of the systems affecting human and human. With the use of surgical tools such as nanotechnology nanoics and nano-surgical knives, it will make life easier for health professionals, provide better diagnostic imaging thanks to the perfect targeting system of the drug to be used and will make the postoperative period easier to overcome. Developments in nanotechnology have brought important innovations in target-oriented drug delivery. In this way, the intracellular concentrations of drugs in cancer cells can be increased, while the toxic effects on healthy cells can be minimized. The interaction of nanostructures with microorganisms offers advantages in both diagnostic and therapeutic applications. Nanotechnology has greatly improved health status by providing non-disturbing techniques for the management and treatment of diabetic patients. Nanofiber materials provide a mechanism for the sustained release of antibiotics, analgesics or growth factors into increased interactions and burn wounds with large surface area compounds.

Nurses are the most important health professionals who are more affected and benefited from the decision-making technological systems in the efficient use of materials in determining the care needs of the patient.

**Key Words:** Nanotechnology, health, diagnosis-treatment, nursing care.

---

[1] University of Health Sciences/Health Sciences Institute/Phd Student of Department of Nursing Sciences, Turkey/ gzmkbt@gmail.com

[2] University of Health Sciences/ Faculty of Nursing/ Turkey.

## THE DETERMINATION OF PATIENTS' KNOWLEDGE ABOUT SAFE ORAL ANTICOAGULANT USE: LITERATURE REVIEW

Ebru BAYSAL[1]

Dilek SARI[2]

Hatice ERDEM ÖNDER[3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Anticoagulants are one of the high risk medicines and used in the treatment and prophylaxis of the thromboembolic diseases. High risk medicines are those medicines that have a high risk of causing significant patient harm or death when used in error. Adequate knowledge, satisfaction and adherence to oral anticoagulant treatment are important measures that decrease morbidity and mortality related to oral anticoagulant. Because of the life-threatening complications of anticoagulants, patients must be regularly followed up and informed about the side effects of the medicine. Therefore patients' knowledge about warfarin plays a key role in the effective use of warfarin and patient safety.

**The Purpose of the Study:** This literature review was conducted to evaluate the knowledge level of patients about oral anticoagulant therapy.

**Method:** The study sample consisted of the articles reached through searching the "Medline", "Ebscohost", "Pubmed", and "Google Scholar" data bases with the keywords "oral anticoagulant therapy", "warfarin" and "patient knowledge". Studies which have been published in the last fifteen years in Turkish and English languages and have full texts available were chosen to be included in the examination. A total of 13 articles meeting the inclusion criteria made up the sample of the review.

**Findings and Results:** According to the results of the researches, the rate of patients with adequate oral anticoagulant knowledge is between 5.8% and 74.1%. It was determined that patients don't have enough knowledge especially in target INR range, non-prescription drug use, alcohol use, drug-drug and drug-nutrient interactions. As a result of all these findings, it was determined that the patients knowledge was not at the desired level and this situation could cause a high risk of blood clots or bleeding in patients.

**Key Words:** Oral Anticoagulant Therapy, Warfarin, Patient Knowledge.

## INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF FIRST AID COURSE IN A PUBLIC EDUCATION CENTER

Meral ŞAHİN [1]  
Ramazan ASLAN [2]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** First aid is defined as the initial care provided for an acute illness or injury and the first care. It was determined that 38% of deaths with conscious and adequate first aid could be prevented at the scene. Training of the public on first aid causes significant improvements in the mortality and injury rates. Public education centers have an important place in the education of the public and are important in reaching first aid education.

**The Purpose of the Study:** In this study, it was aimed to determine the effectiveness level of the 18-hour first aid training given in March 2019 at the Center for Public Education of the province of Giresun. for this purpose, three separate tests were applied to the trainees; before, after and a month after the training.

**Method:** The data were analyzed by using SPSS 22 package statistical program. Non-parametric statistics were used due to the lack of parametric assumptions.

**Findings and Results :** It can be said that having previously received first aid training has a long-term increase in the level of first aid knowledge. When the test scores were examined, it was found that the post-training test score increased significantly. Similarly, the test result after one month was found to be close to this value. The first aid training given in the Public Education Center caused a long-term information change in the participants. The level of knowledge of all participants increased. It is concluded that first aid training given in Public Training Centers should be expanded.

**Key Words:** First Aid, Efficiency, Public Education.

[1] Giresun Public Education Center and Evening Art School Directorate /Turkey/mrlshn52@gmail.com.

[2] Gümüşhane University/ Emergency And Disaster Management/Turkey/ ramazan.att.aslan@gmail.com.

## **PROBLEMS IN THE PROFESSIONALIZATION PROCESS OF NURSING PROFESSION**

Berra YILMAZ KUŞAKLI [1]  
Muhteber HÜSMENOĞLU [2]  
Aysun YERKÖY ATEŞ [3]

### **ABSTRACT**

Professional autonomy in should be provided to enable nurses to carry out their professional practices. The key to professional autonomy is the implementation of professional competence and nursing care processes. In this context, professional standards, ethical issues, professional related legislation should be implemented. This situation will be realized when the nursing profession reaches a standard undergraduate education.

Even if the level of education in the nursing profession is accepted as a license, there are nurses working in the same field with different education levels working in the field of health. There are also differences in the occupational awareness of the professionals with different levels of education. This process constitutes the biggest obstacle in the provision of professional unity, solidarity and causes problems for nurses. In addition, among other problems experienced by nurses, wage insufficiency, lack of authority or responsibilities of the task, working in non-duty jobs, excessive risk, heavy workload due to insufficient employment, inability to progress in the profession, intensive work tempo, evaluation as auxiliary health personnel, overwork and in the desired branch can't work as ordered.

The problems experienced in the nursing profession are reflected in the nursing care process as professional knowledge and skills cannot be used effectively. As a result, the community can't receive quality nursing care, the nursing potential cannot be evaluated in achieving health goals. The lack of nurses in planning for health and nursing or to be underrepresented in Turkey is also seen as one of the factors that negatively affect the profession to gain autonomy. Due to the inability to take part in working conditions and employment planning, there isn't sufficient solution to the professional problems.

Within this scope, academicians, managers and clinical nurses have important roles in the development of positive professional identity of professional members and solution of professional problems in nursing education and working life.

**Key Words:** Nursing, Professionalization, Problem, Professional Problem.

**[1] Istanbul University Cerrahpasa / PhD Candidate / Nursing Management / Turkey / berrayk@gmail.com**

[2]Istanbul University Cerrahpasa/ PhD Candidate / Nursing Management /Turkey/ muhteberhusmenoglu22@hotmail.com

[3]Istanbul University Cerrahpasa/ PhD Candidate / Nursing Management /Turkey/ i\_sun66@hotmail.com

## THE OPINIONS OF 2ND CLASS STUDENTS OF VOCATIONAL SCHOOLS OF HEALTH SERVICES ON MOBILE HEALTH AND PERSONAL HEALTH RECORD

Halil TÜRKTEMİZ<sup>1</sup>  
Ebru CENGİZ<sup>2</sup>  
Nezihe TÜFEKÇİ<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Research:** With the development of technology, mobile health services provide services access to personal health recordings has become easier. How do healthcare users evaluate the developments?

**Purpose:** In this research, it is aimed to reveal the thoughts 2nd class students of Health Services Vocational School on mobile health applications and personal health record.

**Method:** The population of the research is composed of 2nd class students (2145 people) studying attending Vocational School of Health Services in a Foundation University in Istanbul. In the research, it was targeted to reach 400 people and the proportional stratified sampling method was chosen and the sample numbers of the programs were determined according to the level of representation the universe of each program. The data were obtained, using the scale of Arslan and Demir (2017) developed for mobile health and personal health registration.

**Findings and Results:** It was observed that the 18-20 and 21-23 age groups in the mobile health and personal health record trustability subscale and age groups had a more favorable opinion than the 24-year-old group. When the participants were examined according to the type of education in terms of In the dimensions of usability and reliability it was determined that normal teaching students who have more positive opinions than the second education students. As a result of the research, it can be concluded that the widespread use of mobile technologies in health services will have a positive effect especially on the young users following the technology.

**Key Words:** Mobile Health, Personal Health Record, Health Services.

---

<sup>1</sup>KTO Karatay University / Medical Imaging Techniques Program / Turkey / halilturktemiz@gmail.com

<sup>2</sup>İstanbul Gelişim University / Health Institutions Management Program / Turkey / ebru\_cengiz@hotmail.com

<sup>3</sup>Isparta University of Applied Sciences / Department of Tourism Guidance / Turkey / nezihetufekci@gmail.com

## AWARENESS OF E-NABIZ PRACTICE: A CASE STUDY OF A UNIVERSITY-EDUCATION RESEARCH HOSPITAL

Pınar GÜNGÖR KETENCİ [1]  
Şuayip BİRİNCİ [2]  
Sevda AYDIN BÜYÜK [3]  
Zeliha ARAS BALCI [3]  
Sunay GÜNER [3]  
Özgül GÖKTAŞ [3]  
Meltem EKİCİ [3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Mobile health applications are becoming more common in our age when technology is rapidly developing. Mobile health applications make it easier for health service users to raise awareness, use drugs, make appointments, analyze, diagnose and reach radiological images. At the same time, obesity, chronic diseases or precursors can be monitored remotely with mobile applications.

**The Purpose of the Study:** This study was carried out in a university-education research hospital in order to reveal the awareness of the Ministry of Health e-nabız application by hospital staff.

**Method:** This study was conducted at Medeniyet University Göztepe Education and Research Hospital. As a means of collecting data, a questionnaire form which was developed by using Ekiyor and Karahisar questionnaires was used. SPSS package program, number, percentage and ANOVA were used in data analysis.

**Findings and Results:** 37.8% (n = 906) of hospital employees were included in the study. 38.5% of the participants are between the ages of 26-35. 39,6% were nurses and 10,3% were physicians. 21.7% of them stated that they used a mobile health application other than e-nabız. 68.9% of the participants were aware of e-nabız application. 51.2% of those who were informed stated that they did not use e-nabız application. Considering the reasons for not using the application; With 28%, it is seen as not having time to get a password and 26.2% in the second place. The 49.4% practices would reduce health spending in Turkey, 62.3% e-nabız applications in that the doctor was unaware that the graded, whether idea how to contain the current data of 36.9% e-nabız applications, 36.4% has no idea about the protection of personal health information. A significant difference was found between the age and occupational groups of the participants and their awareness of e-nabız application and use (p<0.05). E-nabız application; it will help to decrease health expenditures by creating health archives of individuals and avoiding repeated examinations. It is recommended to cooperate with the Ministry of Health in order to provide training in the hospital and to obtain a password for increasing the awareness and use of the application

**Key Words:** Mobile Health Applications, Health Informatics, Data Security, E-Nabız.

---

[1] Erenköy Physical Therapy And Rehabilitation Hospital/İstanbul

[2] Asistant Minister of Health /Ankara

[3] Istanbul Medeniyet University Goztepe Education And Research Hospital/İstanbul

## IMPORTANCE OF CASE STUDY METHOD IN NURSING IN MANAGEMENT EDUCATION

Aysun YERKÖY ATEŞ [1]  
Berra YILMAZ KUŞAKLI [2]  
Gülbahar ÇETİN [3]

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** What is the importance of case study teaching method in nursing management undergraduate and graduate education?

**The Purpose of the Study:** Management history is the art of managing people and resources with knowledge, skills, experience, which are based on ancient times. The education of a human being, which is basically human, is also important. The application of the case study method in the management undergraduate and postgraduate training in nursing is an extremely important method for decision making as well as efficient and effective for managerial and managerial candidates and will enable sure steps to be taken at the professional decision stage.

**Conclusion:** In order for the nurse management to fulfill the obligations expected from them, they are expected to have a good nursing education, to know the problems related to nursing and to be aware of their responsibilities in the solution of these problems. A carefully prepared case study teaching method will be a bridge for nursing management and study success

**Key Words:** Nursing Management Education, Case Study, Nursing Management

[1] Istanbul University Cerrahpasa\PhD Candidate\Nursing Management\Turkey,mail:  
aysunyerkoy@gmail.com

[2] Istanbul University Cerrahpasa\PhD Candidate\Nursing Management\Turkey

[3] Istanbul University Cerrahpasa\PhD Candidate\Nursing Management\Turkey

## **ORGANIZED WORKING PERSONNEL CORPORATE IMAGE FORMING COMPOSITION AND CORPORATE GOVERNMENTS**

Aysun YERKÖY ATEŞ [1]  
Berra YILMAZ KUŞAKLI [2]  
Gülbahar ÇETİN [3]

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** What are the organizational commitment levels of personnel working in a reorganization organization and their contributions to the corporate image?

**The Purpose of the Study:** Organizations are in a lively process and have to keep up with the constantly changing internal and external environment and adapt to change. It is as important as attracting talented employees to organizations as well as keeping them in the organization. Institutions that try to restructure by reorganization are at risk. If they do not revive again, they are inevitable. Unless the organization is full, the contribution of the external environment will be ineffectively ineffective unless the internal environment internalizes the importance of its role in corporate success.

**Conclusion:** Employees are the showcase of the organization and the beginning of the road to generalizations about the organization. The contribution of the personnel working in determining the image of the organization is quite high. for this reason, it is very important to instill a sense of trust and justice to employees, to share the mission and vision of the organization, to make them feel important and to increase their motivation. In-service training should be organized for employees within the organization and continuity should be provided at intervals.

**Key Words:** Image, corporate image, corporate

[1] Istanbul University Cerrahpasa\PhD Candidate\Nursing Management\Turkey,  
mail:aysunyerkoy@gmail.com

[2] Istanbul University Cerrahpasa\PhD Candidate\Nursing Management\Turkey

[3] Istanbul University Cerrahpasa\PhD Candidate\Nursing Management\Turkey



## SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM NE KADAR SAĞLIKLI?

Arzu BEYCAN<sup>1</sup>  
Dr. Öğr.Üye Ali ARSLANOĞLU<sup>2</sup>

### ABSTRACT

The continuity of life is intertwined with communication and being healthy. In this respect, the most serious effects of communication are undoubtedly on physical, mental and social health.

The health communication discipline that develops as a natural outcome of health services is to protect and improve the health of individuals, groups, organizations and society.

Individuals with a high level of education and health and media literacy are more willing and successful in fulfilling their health rights and responsibilities, but those who do not have sufficient skills are an obstacle in front of the social health objective. This perception of disability may be one of the causes of lack of communication and anger.

Causes of violence and aggression in health institutions, causes, negativities and ways of solution; the relationship between the dimensions in which communication takes place and its effect on the meaning of health is important. Increased visibility in health institutions is an indication that this has turned into a social problem. There is no common definition of violence in all spheres of life and there is no solution to be valid in all spheres. In this study, the effect of health message on the meaning; the effects of individual, interpersonal, organizational and mass communication and solution suggestions and the suggestions in the studies were emphasized

### GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün, 1947 de benimsediği Sağlık anlayışı; yirmi sekiz yıl sonra 100. yılına girecektir. Biyo-psiko sosyal modele dayalı bir Sağlık anlayışını öne çıkararak farklı Sağlık bileşenlerine değinen ve tıp biliminin sınırlarını genişleterek multi- disiplinler bir alana vurgu yapan özenle hazırlanmış bir Sağlık tanımı oluşu önemlidir.

Günümüzde Sağlık felsefesi bu tanımdan beslenerek; sağlığın korunması, güçlendirilmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sahip olduğu, Sağlık davranışları, Sağlıkla ilgili tercihleri, Sağlık politikalarına katılımı ve denetlemesi konularında üstlendiği yeni roller ile sağlığın öznesi artık Sağlık Çalışanları değil bireyler olmuştur. Sağlık hizmeti sağlayanlar ve bireyler arasındaki bu önemli rol değişimi iletişim bilimlerinin teknik ve yöntemlerinin Sağlık alanında kullanılmasının kapısını da aralamıştır.

Bireylerin; içinde yaşadıkları topluluğun yapısına, şartlarına ve kültürüne göre, günlük yaşamda Sağlıkla ilişkili olan anlam paylaşımı ve bu anlama kendi deneyimini ekleyerek yeni bir anlam üretmesi ve bunu aktarması ile devam eden iletişim süreci Sağlık iletişimcilerin Çalışma alanıdır. Sağlık iletişiminin temel amacı bireyin Sağlık davranışının istenilen yönde değiştirilmesi yoluyla bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesidir (Duğan ve Arslan;2016).

Sağlık iletişimi disiplini; Sağlık Kurumlarında yaşanan ve son derece karmaşık bir etkileşim zincirine sahip olan şiddet olgusunun engellenmesinde yetersizdir. Ancak sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında önemli bir rolü olan iletişim yöntem ve tekniklerinin Sağlık alanında kullanılmasının önemine dikkat çekebilir.

<sup>1</sup> SBÜ Okmeydanı EAH Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi Manisa CBÜ Sağlık Hizmetlerinde İletişim Uzmanlık Öğrencisi.  
[arzubeycan@gmail.com.tr](mailto:arzubeycan@gmail.com.tr)

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi aliarslanoglu18@gmail.com.tr

## YÖNTEM

Çalışmada; Sağlık, şiddet ve Sağlık iletişimi kapsamında literatür taraması yapılmıştır.

## KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi anlamında ise Sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle açıklanabilen somut bir kavramdır. Sağlık, bireylerin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ekonomik yönden kaliteli bir yaşam sürmesini sağlayan bir kaynaktır. Sağlık, kişinin devredemediği ve ikamesi mümkün olmayan en temel insan hakkıdır (WHO Geneva:1998).

Dunn, Sağlık ve iyilik hali arasında bir ayırıcı özelliğe değinir. Sağlık hali bireyin çevresine uyumunun edilgen bir haliyken iyilik hali bireyin var olan potansiyelini tam olarak kullanmasına ait aktif bir süreçten oluşur. İyilik hali kişinin biyolojik, fizyolojik, zihinsel doğası ve yaşadığı çevresi değiştikçe, değişen bir durumdur (Dunn; 1959). İyilik hali; huzurlu olma, memnuniyet, istekli ve enerjik olma gibi daha öznel yaşantıları da içine alır.

### Hastalık

Hastalık kavramının en önemli yanı kişi açısından taşıdığı anlamın benzersiz oluşudur. Her insanın kendisini algılama şekline uygun bir Sağlık ve hastalık anlayışı vardır. İnsanların bedenleri veya ruhsal durumlarındaki belirti ve duygularda olabilecek sapmalara gösterdikleri farklı tepkiler öznel bilişle ilgilidir. Günlük yaşamda Sağlıkla ilişkili olarak gerçekleşen kişiler arası iletişim ve kitle iletişim araçları üzerinden iletilen mesajlar bireysel ve toplumsal Sağlık anlamı üzerinde ilk elden etkilidir. Bireyin aldığı mesajı; kendi değerleri ve deneyimleri ile harmanlayarak oluşturduğu yeni anlam, Sağlık davranışının üzerinde etkide bulunabileceği gibi, Sağlık bakımının sunum kalitesi ve Sağlık hizmetinden elde edilecek doyum algısı üzerinde de etkilidir (Duğan ve Arslan; 2016).

### Sağlık Kurumu

Sağlık hizmetinin sunulduğu işyerinin tanımlamasının yapılması şiddet olaylarının yaşanmasına neden olan iletişimin gerçekleştiği mekânsallık bağlamında önemlidir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (NCI), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Kamu Hizmetleri Enternasyonu (PCI) kabul ettikleri Sağlık kurumu tanımı; büyüklüğü, yerleşim yeri ve hizmetin niteliğinden Bağımsız olarak, tüm Sağlık hizmeti sunan merkezler, klinikler, toplum sağlığı merkezleri, rehabilitasyon üniteleri, aile hekimlikleri ile diğer Bağımsız ve özel Sağlık hizmeti verilen tüm mekânlar olarak belirtmiştir (ILO/WHO/NCI VE PCI 2002: 5).

Hizmet sektörleri olarak Sağlık kurumları, insan sağlığına hizmet eden, çok sayıda Sağlık ve alan dışı çalışanın birlikte görev aldığı, işbirliği payı yüksek ve teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı bir sektördür (Duğan ve Arslan;2016).

### Şiddet ve Saldırganlık

WHO' ü şiddeti, kişinin kendisine, başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm veya psikolojik zarar ile sonuçlanan ya da sonuçlanma ihtimali fazla olan kasıtlı güç Kullanımı ile tehdit etme olarak tanımlamaktadır. Şiddetin gerçekleşme türüne göre fiziksel şiddet; bedensel yaralanmalara neden olan eylemleri içerir Fiziksel şiddet daima sözel şiddetle başlar ve gözle görünen tek şiddet türüdür (WHO 2002:4). Duygusal şiddeti ise; kişinin sosyal ve ruhsal bütünlüğüne kasten zarar vermek amacıyla, karalamak, ürkütme, gözdağı vermek şeklinde gerçekleşen şiddet türü olarak tanımlar. Mobbing, cinsel taciz ve tehdit duygusal şiddet kapsamında değerlendirilmektedir (ILO/ICN/WHO ve PCI 2002:1).

Davranış açısından kabul edilen ya da edilemez olanın, zarar vermenin anlamı ve algısı ise kültürel, değerler ve sosyal normlar değiştikçe tanımlarda değişkenlik gösterir (Allı, 2008).

Saldırganlık ve şiddet birbirinin yerine kullanılan kelimeler olmakla birlikte farklı anlamlar taşırlar. Saldırganlık, şiddeti kapsayan üst bir kavramdır. Şiddet davranışının gerçekleşmesinde öfke duygusu ön koşul olarak öne çıkar ve tek başına duygusal şiddeti üretebilir. Öfke duygusunun kültürel, toplumsal ve öznel yönleri bulunmaktadır. Aynı toplumun üyeleri arasında aynı olaylara farklı tepkiler gösterilmesi öfkenin öznel yönüne işaret eder. Bu öznel süreci anlamak, şiddeti en aza indirebilmenin yollarına ışık tutabilir. Saldırganlığın öznel dinamiklerini yok sayarak saldırganlığı ve şiddeti; biyoloji, kalıtım, bilinçdışı veya insan doğası gibi değiştirilemez kavramlar temelinde açıklamak şiddeti değişmez bir olgu gibi sunmakta ve şiddetle baş edilemeyeceği inancını yaygınlaştırmaktadır (Oğan, 2017).

### **Sağlık İletişimi**

Sağlık iletişimi, Sağlık hizmetlerinin sunumun doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan kavramlardan biridir. Sağlık hizmetlerinde iletişim ise “Sağlık konusuyla ilgili Çalışan kişi veya grupların, ilgili hedef gruplara yönelik olarak gerçekleştirdiği iletişim şekli” olarak tanımlanmaktadır (Okay, 2014: 21).

Bir disiplin olarak Sağlık iletişimi, mikro, mezo ve makro ölçekli Sağlık çözümlerinin gelişimine yönelik iletişim yöntemleri, süreçleri ve mesajların Araştırılması olarak da tanımlanabilir. Sağlık iletişimi, mikro düzeyde birey ve birincil ve ikincil gruplarla gerçekleştirdiği kişilerarası ilişkileri; mezo düzey ile Sağlık hizmet sunucularını; makro düzey de ise Sağlık iletişiminin toplum düzeyinde etkilerini ve sağlık süreç ve politikalarını incelemektedir. Bir bakıma kişisel, örgütsel ve kitlesel düzeyler iç içe geçmekte ve Sağlık üzerinde etkili olmaktadır (Parker ve Thorson, 2009: 60-63).

### **Sağlık iletişiminin gerçekleştiği kişisel ve kişiler arası iletişim boyutu**

Kişiler arası anlam paylaşımının Sağlık algısına etkisi, Sağlık hizmetlerinin ve hasta bakımının kalbi olarak kabul edilmektedir (Berry; 2007). Sağlık Çalışanı ve bireyler arasında gerçekleşen iletişim, günümüzde tıbbi tedavi kadar önemli bir hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında gerçekleşen kişiler arası iletişimin özünde Sağlık ve hastalık konularında farklı bilgilere sahip iki kültürün anlam paylaşımı vardır. Kişisel olarak hastalık algısına sahip olan bireyin, Sağlık görevlisi ile gerçekleştirdiği iletişim zorunluluk, yetersizlik ve güçsüzlük gibi çeşitli duygusal bağlamlara sahiptir. Bireyin, kendi bedeninde hissettiği değişimleri anlamada yetersizliği yanında Sağlık Çalışanının her şeyi bilen pozisyonu karşı çıkış, itiraz ve öfke duygusunun tetikleyicileri olabilir. Yapılan tıbbi girişimler ve gerekli olan bekleme süreleri acı çeken bedene kasıt, fiziksel ve sözel şiddet gibi de algılanabilir (Çınarlı ve Yücel, 2013). Bunun yanında; hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi eksiklikleri, medyada yer alan şiddet haberleri, bireyselleştirilen Sağlık anlamı, bireysel çıkarların örgütsel kurullarla örtüşmemesi yanında iletişim eksikliği de gergin ortamın hazırlayıcısı olabilir (Dağ ve Baysal 2017).

### **Sağlık iletişiminin gerçekleştiği örgütsel iletişim boyutu**

İşyerinde şiddet Çalışma hayatının en önemli iş sağlığı ve güvenliği sorunlarının başında gelmektedir. Günümüzde birçok Çalışan; işlerini yürüttükleri esnada farklı şiddet türlerine maruz kalmakta veya tanıklık etmektedir (Dursun 2012).

İnsan sosyal bir varlıktır. Sosyalleşme sürecinde insanların yaşadığı iletişim engellerin nedenlerini iletişim biliminin kuramcılarından bazıları) şu şekilde belirtmişlerdir; tarafların birbirine olan güvensiz davranışları, empati becerisinin eksikliği, aktif dinlememek, kültür, gelenek ve inanç farklılıkları, kendini algılama ve değerlendirme, başkalarını algılama durumu, mesajı kendi isteği yönde değiştirmektir (Akt. Lunenburg; 2010).

Örgütler sosyal yaşamının önemli bir parçasını oluşturur. Örgütlerin özelliklerinden kaynaklanan ve bu bağlamda iletişimi engelleyen etmenleri şu şekilde sıralanmaktadır;

- Örgütün büyüklüğü, fiziksel yapısı,
- Zaman baskısı, aşırı bilgi yüklenmesi,

- Rol ve statü ilişkileri, ast/üst ilişkileri,
- Örgütün yönetim tarzı,
- Örgütün dış çevresi ile iletişimi
- Geribildirim yetersizliği ve eksikliğidir. (Sabuncuoğlu ve Gümüş, 2008, Elgünler 2011).

Örgütsel iletişimde iletişim engellerine ek olarak Sağlık kurumlarının da verilen hizmetin zamansızlığı, bilginin asimetrik dağılımı ve sağlığın ikamesinin olmaması gibi değişik faktörler durumu iyice karmaşıklaştırmaktadır.

Sağlık iletişimin gerçekleştiği kitle iletişimi boyutu

Kitle iletişimi; mesajın, iletişim araçları ile izleyici kitleye aktarılması ile yapılan iletişim türü olarak tanımlanabilir (Kılıç,2014).

Kitle iletişim araçları ile gerçekleşen bu iletişim türünde ise medya okuryazarlığı kavramı öne çıkmaktadır. Medya okuryazarlığı, sözlü ve sözlü olmayan televizyon, video, sinema, reklamlar, internet gibi farklı formatlarla gündeme verilen iletilere erişim, analiz etme, değerlendirme ve iletme becerisi olarak tanımlanır (İnceoğlu; 2005).

Sağlık haberciliği, medyada savunuculuk ve sosyal pazarlama yöntem ve tekniklerinin kullanılarak toplumsal düzeyde bilinçlendirme ve ulusal politikaların uygulamaya konulması için gündem oluşturma Çalışmaları ile ilgilenir.

## **BULGULAR**

Sağlık Kurumlarında çok farklı nedenlerden dolayı şiddet yaşanmaktadır. Şiddeti başlatan etkenler; Sağlık politikalarından, Sağlık kurumun yapısından, Sağlık Çalışanlarından veya bireylerden kaynaklanabilmektedir.

### **Sağlık okuryazarlık düzeyi ve bireyler**

Sağlıkta iletişimin öznesi olan bireylerin Sağlık bilgisine sahip olmaları modern Sağlık felsefesinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı olarak literatüre giren bu kavram Sağlık hak ve sorumluluklarına ulaşmanın ön koşuludur.

Sağlık iletişimde, Sağlıkla ilgili bilginin karmaşık ve anlaşılmaz olması kaçınılmaz bir durumdur. Sağlık hizmeti sunanlar ve bireyler arasında gerçekleşen iletişim sürecinde bireyin Sağlık Çalışanını anlayabilmesi, yazılı metinleri ve sayıları okuyabilmesi, her iki taraf için de büyük önem taşımaktadır. Düşük Sağlık okuryazarlık seviyesine sahip bireyin, Sağlık ile ilgili metinleri anlamlandırması, Sağlık sorunlarını, Sağlık sistemini veya sağlığı ile ilgili hak ve sorumluluklarını anlaması beklenmemelidir. Bireyin Sağlık okuryazarlığı ile temel okuryazarlık becerilerini ilişkili olduğu var sayılmaktadır. Ancak okuma-yazma biliyor olmak, Sağlık okuryazarı olmak için yeterli değildir. Sağlık okuryazarlığı temel olarak sadece okuma ve yazma becerisi ile sınırlı değildir; dinleme, konuşma ve anlama, değerlendirme ve analiz etme becerileri de önemlidir (Sezgin.2011).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılarak yapılan Araştırma sonucuna göre Türkiye'nin genel Sağlık okuryazarlığı indeksi % 30,4 olarak bulunmuştur Türkiye'de yetersiz Sağlık okuryazarlığı %24,5, sorunlu Sağlık okuryazarlığı %40,1, yeterli Sağlık okuryazarlığı %27.8 ve mükemmel Sağlık okuryazarlığı %7.6 iken Avrupa toplumlarında yetersiz Sağlık okuryazarlığı %12.4, sorunlu Sağlık okuryazarlığı %35,2, yeterli Sağlık okuryazarlığı %36 ve mükemmel Sağlık okuryazarlığı %16.5'dir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2012).

TÜİK 2017 Kasım ayı verilerine göre 11 milyon 876 bin olan 15-24 yaş arası nüfusun 221 bini okuma yazma bilmemektedir (<https://www.dunya.com/kose-yazisi>). Bunu açıklamak gerekirse; her yüz gençten ikisi için sözün yazıya dökülmüş şeklinin hiç bir anlamı yoktur.

Sağlıkta şiddetin olası sebeplerini Özcan ve Bilgin, okuryazarlık oranının düşüklüğü, kuralları anlamama veya kasten uymama, zihinsel ve davranışsal bozukluklar, çok sayıda muayene ve test yapılması, stresli hasta yakınları, kalabalık ve gürültülü ortamlar, özel istekler, uzun bekleme süreleri, yetersiz Sağlık Çalışan sayıları olarak sıralamıştır (Özcan ve Bilgin 2011).

Düşük Sağlık okuryazarlığının bir halk sağlığı sorunu olduğu ve Sağlık bilgilerini anlamamanın bir Sağlık hakkı olduğu anlayışından hareketle; Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sadece bireylerin değil, devletler, özel sektör, sivil toplum örgütleri ve medya tarafından paylaşılması gereken bir sorumluluk olduğunun altının çizilmesi gerekir.

### **Çalışan sağlığının korunması ve iletişim becerilerinin artırılması**

Çalışanların dünyasında ise şiddetin anlamı; kişiyi endişelendiren, kuşkulara kapılmasına neden olan, gelecek için umut ve beklentilerini tehdit eden, yapılan iş ve uygulamalarda bitkinlik, bezginlik ve yorgunluk gibi durumlar ruhsal ve fiziksel zedelenmelere yol açmaları ile önemlidir. Bu ve benzeri durumlar, strese yol açmakta; stres ise sağlık, iş verimliliği ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık Çalışanları Sendikasının (2013) yılında yaptığı Çalışmada “Görevinizi yerine getirirken, şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşıyor musunuz?” sorusuna, katılımcıların %81,9’u “evet” cevabını vermişlerdir. (Memiş ve Kaya,2013).

Türkiye’de 2006 da yapılan çalışmada şiddete uğrayan Sağlık Çalışanlarının %43,5’i herhangi bir sorun belirtmezken, %56,2’sinin anksiyete veya kaygı bozukluğu gösterdikleri saptanmış ve çoğunluğunun %87,8 oranında tedavi almadığı görülmüştür (Ayrancı ve ark.2002).

Samsun’da yapılan bir Çalışmada ise, psikiyatri Çalışanlarının durumluk kaygı ve sürekli kaygı skorları yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni de psikiyatri kliniklerinde şiddete uğrama riskinin yüksek olması olarak gösterilmiştir (Gökçe ve Dündar, 2008).

Aydın ve arkadaşlarının 2013 yılında Samsun ilinde yaptıkları çalışma kapsamında hekimlere şiddete uğradığınızda ne iş yapıyordunuz sorusuna %35,2 hasta muayenesi yaptığını ve %27,4 hasta veya hasta yakınına bilgi verme esnasında şiddet olayını yaşadıklarını belirtmişlerdir (Aydın ve ark.2013).

Ayrancı ve arkadaşlarının ise 2002 yılında Sağlık sektöründe şiddetle ilgili yaptıkları çalışmada, Çalışanların %50,8’inin şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığını belirtmişlerdir. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları kurumlara bakıldığında, üniversite hastanesi, SSK hastanesi ve özel Sağlık birimlerinde Çalışanlarda şiddete uğrama oranı, birinci basamak ve devlet hastanesine göre daha düşük bulunmuştur. Çalışma birimleri açısından ise, acil servis ve serviste Çalışanların şiddet uğrama oranı diğer birimlerde Çalışanlara oranla daha yüksek olarak bulunmuştur (Ayrancı ve ark.2002).

Hedayati ve arkadaşları tarafından İran’da bulunan üç hastanede eş zamanlı yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre; Çalışanların % 76,4’ü şiddeti bildirmemiştir. Bildirmeme nedenleri sorulduğunda bunun faydasız olduğunu % 37,4, şiddetin önemsiz olduğunu % 36,9 ve şiddeti rapor etmenin sistemini bilmeyenler % 15,4 olarak belirlenmiştir. (Hedayati ve ark. ,2018).

Sağlık Çalışanlarının tıp eğitimi ve hizmet içi eğitimi sırasında; Sağlık iletişimi, çatışma, öfke yönetimi, kötü haber verme, şiddet davranışıyla baş etme gibi iletişim becerileri eğitimlerinin yanında, örgütsel iletişim ve kitle iletişimi konularında eğitim alması önemlidir. Dağ ve Baysal’ın 2017 yaptıkları Çalışma sonuçları incelendiğinde; Sağlık Çalışanlarının mesleki eğitimi sırasında ve meslek hayatının herhangi bir döneminde; iletişim eğitimi hiç almadığı ya da konunun uzmanı olmayan kişilerden aldıklarını belirtmişlerdir (Dağ ve Baysal;2017).

Sağlık Çalışanlarının Çalışma hayatlarında karşılaştıkları şiddet olaylarına yönelik yapılan çalışmaların sonuçları benzer özellikler göstermektedir. Şiddetin nedenlerine bakıldığında ise; iletişim becerileri eğitimlerinin yetersiz olması, şiddet karşısında yapılacaklar konusunda bilgi yetersizliği, örgütsel iletişimde yetersizlik, Sağlık politikaları ve sorunun çözümüne yönelik artan umutsuzlukları öne çıkmaktadır.

## Örgütsel iletişim ve Kurumsal okuryazarlık

Çalışma hayatında şiddet ve saldırganlık olayları; sadece bireyleri etkilemekle kalmamakta, örgütler ve toplum üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle şiddet olgusuyla geniş kapsamlı bir mücadele kaçınılmazdır. Beyaz Kod Uygulamasının etkinliğini sağlayacak ek önlemler alınmalı, bildirim süreci Çalışanlar için kolaylaştırılmalı ve uygulanmalıdır (Büyükbayram ve Okçay. ; 2013).

Günümüzde şiddet olaylarının yaygınlığı veya sıklığı hakkında Sağlıklı verilerin olduğunu söylemek pek mümkün gözükmemektedir. Sağlık Bakanlığının 2013 ve 2018 yılları arasında; 113 Beyaz Kod bildiriminde bulunanların sayısının 60 bini bulduğu, veriler yıllara göre incelendiğinde ise sürekli artarak devam ettiği izlenmektedir.113 Beyaz kod hattını aramayanların sayısı ise bilinmemektedir.(<http://www.milliyet.com.tr/erişim-tarihi-02.02.2019>).

Kurumsal Sağlık okuryazarlığı kavramı ise; Sağlık okuryazarlığı gelişmiş bir kurum anlamında kullanılmaktadır, bireylerin okuryazarlık düzeyinden Bağımsız olarak; hizmetlere ve bilgilere ulaşabilmeleri, anlayabilmeleri ve kullanabilmeleri konusunda en üst düzeyde katkı sağlamak anlamındadır (Hayran 2018).

Sağlık hizmetlerinde konuşulan ve yazılan dil, halk arasında konuşulan dille uyumsuz olduğunda ise birey görevlilerden yardım istemek zorunda kalmaktadır. Bu durumda Çalışanların iletişim becerileri ve düşük Sağlık okuryazarlığı olan bireylere uygun bir dil Kullanımı ayrıca önem kazanmaktadır.

Bununla beraber Sağlık kurumunun karanlık, kalabalık, gürültü gibi fiziksel özellikleri yanında, alt yapı, destek ve donanım hizmetlerinde meydana gelen aksaklıklar, tarafların kişilik özellikleri ve bireylerin hastalık algısı ve ona uygun sergilediği davranışta örgütsel iletişim engellerinden sayılabilir (Duğan ve Arslan;2016).

### Kitle iletişimi

Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu'na hazırlanan raporda, hasta veya yakınlarının eğitimi, ekonomik sorunlar, bireylerarası eşitsizliklerin artması gibi sosyokültürel nedenlerin yanı sıra medyada Sağlıkla ilgili yayınlar da şiddet nedenleri arasında gösterilmiştir (ATO raporu, 2010-2011: 16-18).

Medya, Sağlık konusunda bilginin akışını ve gündem olmasını sağlamaktadır. Bu nedenle medyanın Sağlık bilgilerini iletirken özellikle Sağlık okuryazarlığının düşük izleyici potansiyelini göz önünde bulundurarak yayın yapması önemlidir. Yetersiz Sağlık okuryazarlığı bilgisi ile Sağlık enformasyonlarını tüketen bireyler eksik ve yanlış enformasyonlara sahip olabilirler. Yetersiz veya yanlış yorumlanmış sağlık anlamı ise maddi ve manevi kazanç kaybına neden olabilir (Sezgin; 2011).

### SONUÇ

Sağlık iletişiminin temeli sağlığın geliştirilmesi, Sağlık problemlerinin tespit edilmesi ve sağlıkla ilgili sorunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesidir.

Şiddet ve saldırganlık olayları; toplumsal Sağlık, sosyal ve kültürel yaşam, ekonomik ve hukuk gibi farklı alanları kapsayan, her düzeyde nedenleri ve sonuçları olan karmaşık bir ilişkiler ve etkileşim zinciridir. Bu konuda farklı alanların işbirliği önemlidir.

Sağlık iletişimi disiplini açısından konuya bakıldığında;

- Kişisel ve kişilerarası boyutu ile Sağlık Çalışanlarının etkili iletişim kurması ve bu iletişimi yönetebilmesi için gerekli olan Sağlık eğitimlerinin uzman kişilerce verilmesi ve bireylerin Sağlık okuryazarlığının artırılarak, Sağlık hakkının eşitliğinin sağlanması,
- Örgütsel iletişim boyutu ile Sağlık okuryazarlığı artırılmış bireyler ile etkili iletişim becerileri gelişmiş Sağlık Çalışanlarının bir arada olduğu ve tüm paydaşların fikirlerinin değerlendirildiği kurumsal Sağlık okuryazarlığı artırılmış bir kurum kültürünün oluşturulmasını,

- Kitle iletişimi boyutu ile Sağlıklı yaşam için gerekli olan davranış değişikliğini sağlamaya yönelik mesajların hazırlanarak kitle iletişim araçları ile hedef kitlelere aktarmak ya da aktarılmasında aktif rol alarak bilinçli bir kamuoyu' oluşmasını hedefler.

Bu Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, Sağlık Kurumlarında gerçekleşen şiddet ve saldırganlık olaylarının önlenmesi için; öncelikle kurumsal okuryazarlık düzeylerinin artırılması ve Sağlık Çalışanlarının iletişim eğitimlerinin uzman kişilerce verilmeye başlanması yol gösterici olabilir. İletişim ve Sağlık iletişim becerileri artırılmış Sağlık Çalışanları, Sağlık haberciliği ve medyada savunuculuk görevlerinde daha aktif rol alarak şiddet mağduru rolünden sıyrılıp çözümün merkezinde görev alabilirler. Bireylerin iletişim becerileri ve Sağlık okuryazarlığının artırılması için ulusal politikaların düzenlenmesinde Sağlık Çalışanları ve sivil toplum örgütleri birlikte güç oluşturabilirler.

## KAYNAKLAR

- ALLI Benjamin O. Fundamental Principles of Occupational Health and Safety, 2.Baskı, Geneva, ILO, 2008
- Aydın B. ve ark. Samsun'da Hekimlerin Meslekleri Nedeniyle Yaşadıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddeti Önlenme Stratejileri Konusundaki Düşünceleri, Adli Tıp Bülteni, 2015;20(2),s:76-82.
- Ayrancı Ü.ve ark. Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002, 3: s:147-154.
- Ankara Tabip Odası, (2010). Hekimlere ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu,[http://static.ato.org.tr/fs/4f50993567cde95526000000/mucize\\_rapor.pdf](http://static.ato.org.tr/fs/4f50993567cde95526000000/mucize_rapor.pdf), erişim tarihi:15.05.2018
- Berry, D. (2007). Health Communication Theory and Practice. New York: Open University Press, 3.
- Büyükbayram A. ve Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1),s:46-53.
- Çınarlı İ. ve Yücel H. Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye'de Sağlık İş Yeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 2013, 3(Melike Batur Yamaner Özel Sayısı), s:32-51.
- Dağ E. Baysal H. Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD), 2017;4, s:95-118.
- Duğan Ö. Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansımaları, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım ABD, Doktora Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Başak S.) Konya,2015
- Duğan Ö.ve Arslan A. Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme, 2016, s:78-91.
- Dursun S. İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi,2012, (3) 1,s:105-115.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, HH., Demiray Ready, N., Çakır, B., & Akalın, EH.(2012). Türkiye Sağlık okuryazarlığı Araştırması, Erişim: 21 Ocak 2018. <http://www.saglikksen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA5r.pdf>.
- Elgünler Tuğçe Ç. İletişim Kalitesini Etkileyen Engeller ve Bu Engellerin Giderilmesi The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication. TOJDAÇ, 2011,1(1) s, 35-39 <http://dergipark.ulakbim.gov.tr>
- Gökçe T.ve Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008,15 (1) s:25-28.
- Dunn Halbert L. "High Level Wellness for Man and Society", American Journal of Puplic Health, Vol. 49, No. 6, 1959, s. 788.
- Hayran O. Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2018,1-6
- Hedayati Enam G. and friends Workplace Violence against Residents in Emergency Department and Reasons for not Reporting Them; a Cross Sectional Study Emergency. 2018; 6 (1):s:7.
- ILO, ICN, WHO ve PCI "Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector", Geneva, Joint Programme on Workplace Violence of Health Sector,2002.
- İnceoğlu, Y. (2005) Medyayı doğru okumak, Nuray Türkoğlu (Edt.) 1.Uluslar arası Medya Okuryazarlığı Konferans Kitabı içinde (s:4-8) İstanbul: Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayınları.
- Kılıç, S. (2014). Kitle İletişim Araçlarının Gelişimi ve Sosyal Medyanın Siyasal İletişimi Etkileme Rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Memiş M. ve Kaya M. Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Sağlık-Sen AR-GE Birimi Sağlık-Sen Yayınları: Ankara 2013, s:3-148.
- Lunenburg, F. C. (2010) Communication: The Process, Barriers, and Improving Effectiveness Schooling Volume 1, No. 1
- Memiş M. ve Kaya M. Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Sağlık-Sen AR-GE Birimi Sağlık-Sen Yayınları: Ankara 2013, s:3-148.
- Oğan A Sağlık Çalışanlarına Yönelik Her Boyutuyla Şiddet/ Ankara Tabipler Odası Çalıştay, İstanbul 2017, s: 5-40.
- Okay A.Sağlık İletişimi Kitabı, 2.Basım, Derin Yayınları, İstanbul, 2014, s:1-205.
- Özcan, K, N. & Bilgin, H. (2011). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri J MedSci, 31(6), 1442-56.
- Sabuncuoğlu, Z. ve Gümüş, M.(2008), Örgütlerde İletişim, Arıkan Yayıncılık, İstanbul.
- Sezgin D. Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2011(2)2; s:52-78
- Violence in the Health Sector", Geneva, Joint Programme on Workplace Violence of Health Sector,2002.
- World Health Organization Report , Life in the 21st century A vision for all Geneva (Switzerland), 1998.
- World Health Organization Report, Violence and Health. Geneva (Switzerland), 2002.
- Parker, J.C. and Thorson, E. (2009). Health Communication in the New Media Landscape.New York: Springer Publishing Company, 60- 63.



## THE ROLE OF THE NURSE MANAGER IN RESISTANCE TO CHANGE

Sara ATAM[1]  
Zeynep DİNDAR[2]  
Handan ALAN[3]

### ABSTRACT

Human who be a basic element of changing is always in changing process. Changing process is accommodation of organization to changing World for to realize own deficiency and to develop own its own. This process should be well managed because of come to exist its positive and negative effect. While changing process is managing will come to exist driving force of changing and resistance of changing. The person who manage to the changing must be knowledge, level of perfection, knowing organization, stay up by personnel. Factors that are the driving force of change and resist to change will emerge while managing the change process. Which it will real the changing is make into driving force to resistance of changing. This compilation is compose for to fill blank of literature and to reveal the characteristics of nursing manager in changing and management of changing. Health institutions are continue flexibility with changing for to service to people. However customers of health services will do be influenced from changing in health institutions. Nurses play an important role for perception, success and management of changing because customers of health services accompany nurses most. Therefore nurses must include changing process. Nurse managers have some kind of characteristics for to prevent resistance of nurses to changing and to explain important of changing. These are knowledge, experience, interpersonal relationships, believing to change, manipulation, to improve strategy for resistance to changing, following development and persuasiveness. Managers who have these characteristics be successful manage of changing process.

**Keywords:** changing, management of changing, health, nursing manager

---

[1]Hemşire, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi-Ameliyathane Birimi, TEKİRDAĞ

[2]Öğrenci, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İSTANBUL

[3]Dr.Öğr.Üyesi, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı,Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İSTANBUL

## INVESTIGATION OF THE PATIENTS USING STRATEGIC MANAGEMENT TOOLS: A QUALITATIVE STUDY\*

Fadime ÇINAR<sup>1</sup>,  
Rojda DEMİRCAN<sup>1</sup>,  
Züleyha NİŞANCI<sup>1</sup>

\* Sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to examine the management, awareness and use of strategic management tools of hospital managers.

**Materials and Methods:** The universe of the research, which is designed as a qualitative type, consisted of 10 health managers between the ages of 30-50, working in different management levels in private and public hospitals operating in the Anatolian side of Istanbul. The maximum diversity sampling method was used for sampling. The research data were collected by the researchers as an unstructured interview form, written recording and voice recording, based on the literature to evaluate the strategic management tools and their uses. The study was carried out between March and May 2019. The data were analyzed with descriptive analysis and indicator scientific analysis methods.

**Results:** When the responses of the managers were examined, it was determined that most of the managers applied the strategic management tools but they did not perform them on a conscious and scientific level, and they applied more frequently in crisis situations. It has been determined that female managers are more focused on human factor while using strategic methods while male managers are interested in technical departments which are outside of human factor. The most important criterion when using strategic management is that the strategies that managers apply are different if they are public or private.

**Conclusion:** As a result of this study, it was determined that hospital managers did not have sufficient equipment and knowledge in the use of strategic management tools. In addition, the use of strategic management tools, depending on the state of public and private hospitals were found to show. It is recommended that health managers should receive better equipped training.

**Key words:** Health manager, strategic management, strategic management tools, vision, mission

---

<sup>1</sup> İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, TÜRKİYE, [fadime.cinar@izu.edu.tr](mailto:fadime.cinar@izu.edu.tr)

## A RESEARCH ON OCCUPATIONAL IMAGE PERCEPTIONS OF THE DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT\*

Kerem TOKER<sup>1</sup>  
Fadime ÇINAR<sup>2</sup>

\* Sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

### ABSTRACT

**Problem:** In modern societies, professional image perception affects the decision of individuals to choose whether to pursue a career choice or not. Especially in recent years has increased the demand for health management department before graduate-level universities in Turkey then it showed a decreasing trend. In this context, the main problem of the research is to determine the relationship of the demand for health management departments with the occupational image perception of the students.

**Purpose:** The purpose of this research is to identify health management education at the graduate students of occupational image perception level in Turkey.

**Method:** This descriptive study was conducted with the participation of 213 health management students who were studying at the three foundation universities in the 2018-2019 academic year. “Introductory Form” and “Occupational Image Perception Scale” were used to collect the data. The data were analyzed in SPSS 25.0 package program.

**Results:** 74.1% of the students were female and 74.1% were in the 20-24 age group. The mean score of the health management students for this profession was  $3.31 \pm 0.36$ . When the mean scores of the sub-dimensions were analyzed; occupational qualification was  $3.56 \pm 0.73$ , working condition  $3.08 \pm 0.45$ , gender  $4.02, \pm 1.01$ , education  $2.66 \pm 0.62$ , status  $2.96 \pm 0.83$ , and external appearance  $3.53 \pm 0.93$  points. However, there was a statistically significant difference between gender variable and occupational qualification and gender variable in the occupation, class variable and occupational qualifications and working conditions, the variables in which the university was began and the working conditions, occupational status and gender variable in the profession ( $p < 0.05$ ). It was found that students mostly preferred this department with the recommendation of the close environment, and they perceived health management as a qualifying profession but perceived it as a relatively low status occupation.

**Conclusion:** It was found that the students of the health management department had a moderate image perception towards the health management occupation. In order to improve the image of health management, students' perspectives on the occupation should be evaluated and their awareness about the importance of occupational image should be increased. It can be suggested that students should be professional in the occupation and to increase their professional skills by continuing their education.

**Key words:** Health management, Occupational image, Health management students

<sup>1</sup> Bezmîâlem Vakıf University, Health Management Depertmant, TURKEY, [ktoker@bezmialem.edu.tr](mailto:ktoker@bezmialem.edu.tr)

<sup>2</sup>İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, TÜRKİYE, [fadime.cinar@izu.edu.tr](mailto:fadime.cinar@izu.edu.tr)

## **IN EMERGING MARKETS, EMPLOYMENT, INCOME AND POVERTY STATUS AND HEALTH EXPENDİTURE DATA RELATIONSHIP: THE CASE OF TURKEY\***

Hakan AKIN [1]

\* Sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

### **ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** It is known that certain calculation systems and criteria are used at the international level in the analysis of Health Expenditures. The economic data of each country is also descriptive of the direction and amount of health expenditure. This study seeks to answer the question in Turkey as to what may be a relationship between health expenditure and macroeconomic data.

**The Purpose of the Study:** This study examines the relationship between macroeconomic data, employment, income, poverty and health expenditures.

**Method:** Turkish Statistical Institute (TUIK), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and the World Health Organization (WHO) on the analysis based on secondary data sources, literature and theoretical analysis method is preferred.

**Findings and Results:** Within the framework of the examinations, it is understood that the public finance will become more difficult in the future. Thus the public and improving the possibilities of private sector employment, increasing income levels, alongside efforts to reduce poverty, developing new incentives aimed at increasing the effectiveness of the social insurance system, we believe that Turkey need to develop an original health financing model.

**Key Words:** Health Economics, Social Policy, Public Policy, Poverty

**Presentation Language: English**

[1] Yuksek Ihtisas University/Healty Care Management/Turkey/hakanakin@yui.edu.tr



**4RD INTERNATIONAL HEALTH SCIENCES AND MANAGEMENT CONFERENCE  
20-23 JUNE 2019- ÜSKÜDAR UNIVERSITY, İSTANBUL- TURKEY  
"Patient Friendly Healthcare and Hospital"**