
SAĞLIK YÖNETİMİ

Editör: Prof.Dr. Fatma LORCU

SAĞLIK YÖNETİMİ

Editör

Prof. Dr. Fatma LORCU

yaz
yayınları

2024

SAĞLIK YÖNETİMİ

Editör: Prof. Dr. Fatma LORCU

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-6104-78-5

Ekim 2024 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Sağlık Çalışanlarının Motivasyonu ve Bireysel Performansları Arasındaki İlişki.....	1
<i>Ömer ÖZİŞLİ</i>	
Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Okuryazarlığı (Soy) ve Nedenler Algısı İlişkisi.....	21
<i>Ceren YILMAZ TUNCA, FATMA LORCU</i>	
Biyobankacılığın Geleceği: Standartlar, Prosedürler ve Küresel Dinamikler	45
<i>Özge ÖZGEN</i>	
Employer Branding for Hospitals: Effects of Trust in Physician and Hospital Through Brand Uniqueness	63
<i>Çağla Pınar UTKUTUĞ</i>	
Sağlık Yönetiminde Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi	85
<i>Volkan TEMİZKAN</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MOTİVASYONU VE BİREYSEL PERFORMANSLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ömer ÖZİŞLİ¹

1. GİRİŞ

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin başarısı da sağlık çalışanlarının başarısına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Hizmet sektörünün en önemli bir bileşeni olan hastaneler için en önemli kaynak ve zenginlik sağlık çalışanlarıdır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının motivasyonları onların bireysel performansları üzerinde direkt etkili olan bir unsurdur. Sağlık yöneticilerinin bu perspektifte bakıldığında hastane çalışanlarının isteklerini iyi algılayabilmek ve onların beklentilerini karşılamak sorumlulukları arasında bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının motivasyonlarını artırmaya yönelik atılacak adımlar onların bireysel performansları üzerinde olumlu bir etki bırakacaktır. Bu etki zincirleme bir reaksiyonla hem örgütün başarısı hem de hasta ve yakınlarının daha kaliteli hizmet almaları yönünde destekleyici olacaktır.

Hastane hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasının önemi bilinmektedir. Bununla birlikte sunulan hizmetlerinin bireysel tarafları da oldukça fazladır. Hastane çalışanlarının ekip düzeyindeki başarısı ve bireysel performanslarının olumlu olması ancak sağlık çalışanlarının motivasyonları ile gerçekleşebilir. Sağlık çalışanlarının etkinliğinin artırılması onların istekleri

¹ Öğr. Gör. Dr. Sakarya Üniversitesi, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, omerozisli@sakarya.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0001-2776.

doğrultusunda arzularının belirlenerek çalışma enerjilerinin yükselmesine ve hizmet çıktılarının artması sonucu şekillenir.

Sağlık işletmelerinin kendine has örgüt yapısı ve hizmet sunuş şekli vardır. Sağlık hizmetlerine büyük çerçevede bakıldığında yapının oldukça karmaşık olduğu görülmektedir. Bu yapı içerisinde vazife alan sağlık çalışanlarının önemi yadsınamayacak kadar önem arz eder. Çoğu sektörden farklı bir biçimde sağlığın temel çıktısı insandır. İnsanın olduğu bir yerde kaliteli bir çıktının elde edilmesi ve hata tapma durumunda oluşabilecek istenmeyen sonuçlar dikkate alındığında sağlık çalışanlarının yüksek seviyede strese maruz kalmaları kaçınılmazdır. Temel yeteneklerine oldukça fazla ihtiyaç duyulan sağlık çalışanlarının motivasyonlarının yüksek tutulması hem dolaylı hem de direkt olarak toplumun kendisine fayda sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinin değerli uygulayıcı aktörlerinden olan sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artırılmasının temel amaçları arasında örgüt amaçları ile uyumlarını sağlamak ve hizmet sunum esnasında tüm paydaşlara yönelik olumlu bir hizmet sunumunda bulunmak gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin standart olarak ve her defasında daha kalitede verilebilmesi onların motivasyonları ve bireysel performansları arasındaki sarmal ilişkiye bağlıdır. Bu bağlamda aşağıda kavramsal çerçeve de motivasyon kavramı ve bireysel performans konuları açıklanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının motivasyonları ve bireysel performansları arasındaki ilişki de açıklanmıştır.

2. MOTİVASYON

Motivasyon kavramı tüm işletmelerde çalışanlar açısından önemli olmakla birlikte sağlık hizmetinin baş aktörleri olan sağlık çalışanları açısından hayati derecede öneme sahip olan bir husustur. Hastanelerde hasta ve ilgili paydaşlara sunulan

hizmetlerde güler yüzlü olmak ve işinin gerekliliklerini severek ve isteyerek gerçekleştirmek, sır saklamak vb. birtakım özelliklere bakıldığında motive olmuş sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Motive olmuş sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınlarının yaklaşımı da daha olumlu olmakta ve insan hayatına dokunan sağlık çalışanlarının yaşadığı iç huzurla işlerini daha iyi yapabilmeleri de gerçekleşmektedir.

Motivasyon kısaca insanı çalışmaya sevk etmek ve harekete geçirmektir. Motivasyon yönetimi ise örgüt çalışanlarının daha içten bir ürün çıktısı ya da hizmet sunması için (eğitim, ücret, ödüllendirme, sosyal paylaşımlar vb.) ile iş görenlerin harekete geçirilmesini tetiklenmesi yönetimidir. İnsan kaynakları açısından en önemli konuların başında motivasyon yönetimi bulunmaktadır (Sercan, 2010: 165). GÜDÜLENME ile insan sabit durumdayken harekete geçer ve değişim gerçekleşir. GÜDÜLENMEDEKİ faktörlere göre kişide bir gayret ve enerji açığa çıkar. Ortaya çıkan bu durum kişinin amaçlarına ulaşmaya kadar devam etmektedir. Bireyde gerçekleşen güdülenmenin üç aşaması bulunmaktadır. Bu aşamalar şu şekilde sıralanabilir.

- ✓ Bir ihtiyacın belirmesi ve bireyi hedefe iten güdüleyici bir hususun olması.
- ✓ Amaca ulaşmak için sergilenen davranış biçimi.
- ✓ Hedefe ulaşmak.

Amacına ulaşmış kişi bir rahatlama hisseder. En basit bir örnekle susamış kişinin su içmesi ihtiyacını giderirken daha sonra başka güdüler devreye girerek bir döngü oluşmaktadır (Hökelekli, 2009: 66). Birbiriyle ilişkili olan güdüler fizyolojik güdüler, psikolojik güdüler ve içsel güdüler şekline açıklanabilir.

Örgütlerde motivasyon süreci açıklayan teoriler vardır. Bunlar kapsam ve süreç teorileridir. Motivasyon süreçleri doğuştan kazanılan faktörlere ve sonradan kazanılan sosyal ve

kültürel faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir. Kapsam teorilerinin odağını bireysel ihtiyaçlar oluşturur. Süreç teorilerinin odak noktası ise davranışın harekete geçirilmesi ve durdurulmasına kadar geçen süreci bilişsel olarak ele alan süreçtir (Keser, 2006: 8).

Kapsam Teorileri

- ✓ Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi
- ✓ Herzberg'in Çift Faktör Teorisi
- ✓ Alderfer'in ERG Teorisi
- ✓ McClelland'ın Başarı Güdüsü
- ✓ Fromm'un İhtiyaçlar Teorisi
- ✓ Özerlik Teorisi

Süreç Teorileri

- ✓ Vromm'un Beklenti Teorisi
- ✓ Porter ve Lawler'in Beklenti Teorisi
- ✓ Adams'ın Hakkaniyet Teorisi
- ✓ Locke'ın Amaç Yönetim Teorisi

İnsan bir örgütün hem kaynağı hem de en büyük zenginliğidir. Çalışan motivasyonu yukarı da sayılan teorilerle ilişkili olarak kişinin amaçlarına ulaşmasına destek olacaktır. Örgütler, amaçlara ulaşmada ancak iş görenlerin beklentilerini ve onların ihtiyaçlarını anladıklarında çalışan motivasyonu yönünden yol almış olur. İhtiyaçları dikkate alınmayan çalışan örgütüne karşı negatif bir tavır takınarak amaca ulaşma noktasında örgütünü zor durumda bırakabilir. Bu doğrultuda örgütlerin çalışan motivasyonunu sağlamaları bir gereklilik olarak karşılırlarına çıkmaktadır (Tunçer, 2011: 4; Keser, 2011: 90).

Sağlık hizmetlerinde özellikle hastanelerdeki işgücü yapısına bakıldığında çekirdek iş gücü ve çevre iş gücü şeklinde sınıflandırıldığı görülmektedir. Çekirdek iş gücü yapısını hastanelerde sağlık ve idari çalışanlar oluşturur. Çevre iş gücü yapısını ise kısmi süreli veya çağrı üzerine hastaneye gelip çalışanlar oluşturmaktadır. Başka bir ifadeyle sağlık kuruluşlarında tek bir tip istihdam şekli yoktur. Bu durum sağlık işletmelerine belli avantajlar sağladığı gibi belli riskleri de içinde barındırır. Avantajları arasında hızlilik, maliyet, esneklik, farklı uzmanlık alanları olan çalışanların ekip ruhu ile çalışması, kritik personel bulundurma ve yedekleme ve hastalara istedikleri doktora muayene olma seçeneği sunma sayılabilir. Dezavantajları arasında ise örgüt kültürü ve değerleri bakımından yaşanabilecek olumsuzluklar, personel devir hızının yüksek olması, maliyet ve kalite ile ilgili sorunlar olabilir (Çoşkun ve Akın, 2009: 35). Sağlık hizmetlerinde motivasyon çalışanın en üst düzeyde gönül gücünden yararlanmayı gerektirir. Hizmet kalitesi ve hastalar açısından bu husus dikkate değer şekilde önemlidir. Zira hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinde diğer sektörlere göre farklılaşmakta ve değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesinde hizmeti alan ve hizmeti veren arasında ilişki doğrusaldır. Bundan dolayı iyi motive olmuş sağlık çalışanın hizmet kalitesi de yüksek olacaktır. Sağlık hizmetlerinde göz ardı edilmemesi gereken bir başka hususta ücret konusudur. Para insanların yaşam kalitesi açısından değerlidir lakin tek başına yeterli değildir. Tüm çalışanlar belli bir gelir elde etmek için çalışmaktadır. Bununla beraber işle ilgili olarak farklı değişkenler yoksa sadece para işin değerini de azaltmaktadır. Sağlık çalışanlarının iş verimliliğini doğrudan ileriye taşıyan ölçüt ücret olmamakla beraber işin içeriği, değerli hissetme ve diğer çalışanlarla olan ilişkiler bütünü motivasyon üzerinde bir güçtür (Tahiroğlu, 2002: 250).

Sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artırılması ve onların bireysel performanslarının yükseltilmesi için yan ödemeler, nöbet durumları, iş riski, hizmet sınıfları vb. faktörlerin dikkatlice değerlendirilmesi de gereklidir. Ayrıca sosyal haklara ait aile yardımı, kira, eğitim, ulaşım, afetlerde gösterilen takdire değer özverili çalışma gibi içeriklerde sağlık yöneticileri bağlamında göz önünde bulundurulmalıdır. Bu sayılan faktörlere dikkat edilmediği takdirde sağlık çalışanlarında tükenmişlik baş gösterebilmektedir. Tükenmişlik hem örgüt açısından hem de birey açısından olumsuzluk taşır. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşıyıp yaşamadıkları hem bireysel olarak hem de örgüt düzeyinde değerlendirilmelidir. Bireysel özellikler olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu, deneyim gibi özellikler bulunur. Örgütsel değişkenler olarak da çalışma saatleri ve ergonomik koşullar, yöneticilerin tavırları, iş ortamı gibi değişkenlere göre farklılık gösterebilmektedir (Elma ve Demir, 2003: 109).

Örgütteki çıktı performansının en önemli belirleyicisi verimlilik üzerinde direkt etkili unsur olan motivasyondur. Kişinin motivasyonunun ölçülmesi zordur fakat onun davranışlarının gözlemlenmesi içinde bulunduğu motivasyonla ilgili olarak ilgili paydaşlara yol gösterir (Çelik, 2011: 8). Bireylerin motivasyonunun sağlanması verimliliklerini, etkililiklerini, üretkenliklerini ve yaratıcılıklarını olumlu yönde etkilemektedir.

3. BİREYSEL İŞ PERFORMANSI

Performans, bir işin başarılmasıdır. Performans, önceden belirlenen hedeflere ulaşmak adına standartları belli olan uygun davranış biçimi ile amaçlara yaklaşma yoludur (Can vd., 2001: 171). Bireysel performans ise kişiyi merkeze alır. Çalışan iş görenin performansını geliştirmeyi amaç edinen yönetim biçimidir. Farklı bir anlatımla çalışanı öne çıkaran kişisel olarak

etkililiği ve verimliliği artırma hedefi güden yönetim bireysel performans yönetimi olarak tarif edilebilir. İş görenlerin performans çıktılarını izlemeye yönelik ele alınan performans değerlendirme sisteminin amacı iş göreni düzenli olarak takip etmekten öte bireyin performansını artırmaya ve geliştirmeye yönelik olarak örgütsel gelişime katkı sağlamayı hedeflemektedir (Çevik vd., 2008: 19). Performansta bireyin yetkinlikleri onun inanç ve değerlerine de bağlıdır. Bunun neticesinde bireysel performans neyin sağlanabildiğinin miktar ve kalite olarak bir yansımasıdır.

Bireysel performansta iş görenin yetkinlikleri sadece işe dönük görevlerle ilgili değildir. Aynı zamanda da işe yönelik olmayan görevleri ve davranış biçimini de kapsar. Görev bağlamında sadece işe yönelik davranışların yanında ekip çalışmasına yatkınlık, müşteri memnuniyetine öncelik vermek, coşkulu çalışmak, iş arkadaşlarına yardımcı olmak, disiplinli olmak ve kurum kültürünü sahiplenme sayılabilir (Paşa, 2007). Çalışılan örgütte iş görenler için belirlenen görevleri uygun yetkinliklerle verimli bir şekilde yerine getirilmesi bireysel performans anlamını taşır (Aktan ve Toraman, 1997). Çalışanların bireysel olarak sergiledikleri performanslarını değerlendirmek yöneticilerin profesyonel olarak değerlendirme yapmasını gerektirmektedir. Profesyonellikten uzak bir performans değerlendirmesi çalışanlara kendilerine haksızlık yapıldığı hissiyatını oluşturur. Bu hissiyatın önüne geçilmesi için yıl boyunca çalışan bireye düzenli olarak geri bildirimlerde bulunmak yaşanacak sürprizlere ve çatışmalara engel olma noktasında katkı sağlayacaktır. Bundan dolayı iş gören performansının şeffaf bir şekilde yapılması ve hatasız değerlendirme yapılması gerekmektedir (Örücü ve Köseoğlu, 2003: 54).

Sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı açısından hayati bir önemi bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi

esnasında çalışanların göstermiş olduğu iş performansı hastaların bakımı, teşhis ve tedavi sürecinin sağlıklı yürütülebilmesi için gereklidir (Santaş vd., 2016). Sağlık çalışanları karmaşık bir örgüt yapısı içerisinde hassas bir sağlık hizmeti sunma misyonu taşırlar. Bu misyonu gerçekleştirirken göstermiş oldukları iş performansları sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin yaşam kalitesini de doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetleri sunucularının bireysel iş performansları onların tıbbi yetkinliklerinin yanında iş birliği, empati, hasta memnuniyeti vb. faktörleri de kapsayan geniş bir durumu içerir (Turunç ve Çelik, 2010; Campbell ve Wiernik, 2015).

Sağlık çalışanlarının bireysel iş performansları hastaları ve çalışanların kendilerini yakından ilgilendirir. Ayrıca önemli bir nokta olarak performans çıktısı sağlık kuruluşlarının itibarı üzerinde de etkilidir. Sağlık çalışanlarına ve sağlık kuruluşlarına duyulabilecek güvensizlik işleyişi de olumsuz olarak etkileyecektir.

Performans değerlendirmenin iki amacı bulunmaktadır. Amaçlardan ilki çalışan bireyin performansı hakkında bilgiye sahip olmaktır. Elde edilen bu bilgi sağlık yöneticilerinin yönetsel kararlarında bir veri kaynağı olacaktır. Çalışanların ücretlerinin belirlenmesinde, ikramiyeleri, kariyer planlamaları vb. yönetsel etkinliklerde performans değerlendirme çıktıları ele alınır. Hastanelerin yönetim ekibi performans çıktıları olmadan bir karar almamalıdır. Stratejik insan kaynakları yönetiminde performans değerlendirme herhangi bir kişiye kayırmacılık yapılmasını da önler (Micolo, 1993: 23). Performans değerlendirmenin ikinci ana amacı ise şöyledir. Çalışanların iş analizlerine ve iş tanımlarına göre belirlenen işlerde nasıl bir performans sergilediklerinin geri beslemesini sağlar. Geri beslemenin eğitimle desteklenmesi hem örgüte hem de çalışana büyük fayda sağlar. İlave olarak çalışanların kariyer planlamalarında önlerini görmelerini sağlayarak onların motivasyonunu yükseltir. İş

görenlerin daha büyük sorumluluklara hazır olduğu anlaşılarak ihtiyaçları giderildiği takdirde iş performansları da ivmelenerek artı değer oluşturacaktır (Altaş ve Kuzu, 2016: 25).

Bireysel iş performansı dört boyutta incelenebilir. Bu boyutlar görev performansı, uyum performansı, içerik performansı ve zarar verici iş davranışı şeklindedir. Boyutların açıklamaları kısaca şu şekildedir (Koopmans vd., 2011: 863).

Görev Performansı: Resmi olarak iş analizinde tanımlanan ve iş görenin etkinliğini açıklayan boyuttur. Görev performansı çalışanın iş performansını bireysel olma özelliğini en iyi ifade eden boyut olarak söylenebilir (Landy ve Conte, 2016: 207).

İçerik Performansı: Bu boyutun diğer adı bağlamsal performanstır. Görev performansının yerine getirilebilmesi için geniş bir yelpazede çalışanın bazen hoşuna gitmese de örgüt amaçlarını yerine getirmek için fazladan emek harcaması ve kurallara uymasındır (Goodman, 1999: 254).

Uyum Performansı: Uyum performansında iç çevre ve dış çevre faktörlerinin değişmesi sonucunda çalışanın yeni ortama uyum sağlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Görev performansından ayrı olarak işin yapılmasında değişim gerekliyse oluşan bilişsel ve psikolojik boyutun oluşmasıdır (Charbonnier ve Roussel, 2012: 280).

Zarar Verici İş Davranışı: Çalışan kişi örgütle ilgili adaletsizlik duygusu hissederse bunu protesto etmek adına örgüt çıkarlarına uygun olmayan hareket sergiler. Çalıştığı süreyi verimsiz kullanır. Örgüt kaynaklarını hor kullanır. Ayrıca rüşvet, hırsızlık ve şiddet eğilimi de gösterebilir (Robbins ve Judge, 2017: 126).

Özellikle sağlık çalışanlarının iş tasarımlarında yapılan değişiklikler onların iş performansını anlamlı ve pozitif

etkilemektedir. İlave olarak iş karakteristikleri ile sağlık çalışanlarının bireysel iş performansları arasında da pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Streit ve Brennon, 1994; Dodd ve Ganster, 1996).

Örgütler içinde bulundukları sektörde rekabet avantajı elde etmek isterler. Rekabet avantajı ancak çalışanların performanslarının yüksek olması ile gerçekleşir. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de özel veya kamu ayrımı olmadan rekabet içerisindedirler. Bu bağlamda iş performanslarını etkileyen bazı unsurlarda vardır. Hizmet sektörünün bir parçası olan hastaneler rekabet avantajlarını sürdürülebilmek adına iş performanslarını etkileyen unsurları dikkate almalıdır. Bu faktörler fiziksel, yönetsel ve çevresel faktörlerdir.

- ✓ **Fiziksel Faktörler:** Çalışılan örgütün gürültü, aydınlatma, ısıtma ve soğutma ile ilgili faktörleri kapsamaktadır. Fiziksel faktörlerle beraber örgüt amaçlarının net olmaması çalışan bireyin net olarak performanslarını sergilemelerini de etkiler. İyi bir organizasyon yapısı ve oluşturulan işlevsel ergonomik koşullar neticesinde oluşan kuruma bağlılık duygusu ile çalışan performansı da olumlu olacaktır.
- ✓ **Örgütsel Faktörler:** Bireylerin davranışı güdüler tarafından şekillenir. Çalışan birey üst limitte performans sergilese bile örgütsel faktörler ve uyum ancak performansı optimize eder. Örgütün genel işleyişi, yapısı, yürüttüğü insan kaynakları uygulamaları, iletişim ve uygulanan politikalar örgütsel faktörler arasındadır (Eisenberger vd., 1986: 500).
- ✓ **Çevresel Faktörler:** Örgütün sosyal ilişkileri bir sistem üzerinden gerçekleşir. Çalışanların performansları dışardan gelen baskılardan etkilenir.

Dış çevrenin kültür yapısı, kullanılan teknolojik gelişmeler dış çevre ile kurulan ilişkiler performansları üzerinde etkilidir. Bundan dolayı örgüt yöneticilerinin sayılan bu faktörleri iyi özümsemesi ve oluşabilecek sorunlar karşısında hızlı çözümler üretmesi önem arz etmektedir (Saltık, 2016: 40).

Sağlık işletmelerinde çalışanların performansların artırılmasının bir diğer özelliği ise onların hızlı değişen teknolojiye ayak uydurmaları ile mümkündür. Teknolojiye ayak uydurmak çalışan bireyin kendi çabası ve örgütünün ona sağladığı fırsatlar ile verdikleri eğitimlerle gerçekleşir. Performans çıktılarına etki eden teknolojiler neticesinde sağlık çalışanlarının ihtiyaçları da değişiklik göstermektedir. Bu beliren ihtiyaçlar giderilmez ise hem çalışan kişi hem de örgüt negatif olarak etkilenecektir. Çalışanların motivasyonlarının artırılmasına yönelik ekonomik göstergeler çok önemlidir. Ayrıca sağlık çalışanlarına tanınan sosyal imkanlar da sağlık çalışanlarını pozitif yönde etkiler. Sağlık çalışanlarının performanslarından yararlanabilmemiz onların ne kadar motive olduğu ile yakından ilgilidir.

Bu bağlamda sağlık çalışanlarının performanslarının değerlendirilmesi açısından örgüt ve çalışanla uyumlu performans kriterlerinin örgüt tarafından belirlenmesi gereklidir. Belirlenen bu performans kriterleri ile çalışanlarda bilgilendirilmelidir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının motivasyonları ve bireysel iş performansları arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

4. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MOTİVASYONLARI VE BİREYSEL PERFORMANSLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

İlgili literatür yazını performans değerlendirmesi ve performansın ödüllendirilmesinin motivasyonun üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Motivasyon kuramlarına göre örnek vermek gerekirse Beklenti Kuramında motivasyonu belirleyen önemli bir unsur olan bekleyişin, belirli bir davranışın her zaman aynı sonucu oluşturacağı ihtimali üzerinde durmaktadır. Bundan dolayı bireysel performanstan dolayı ödül verilmesi çalışan motivasyonunu artıracığı göstermektedir. Aynı şekilde Eşitlik Kuramı, iş görenlerin performansı dağıtılan adalet ve performans arasındaki ilişkide belirecek olan algı düzeyidir. Algının olumlu yönde olması adalet duygusuyla beraber çalışan bireyin motivasyonunu etkilemektedir. Başka bir kuram olan Pekiştirme Kuramı ise çıktı sonucunda oluşan performansın zamanında ödüllendirilmesi aynı davranış şeklinin tekrarlanması üzerinde bir etki oluşturacaktır. Son olarak da Faktör Kuramı da çalışanların güdülenmesini sağlayan faktörlerin bireysel performans artışı gösterdiğini savunmaktadır (Kıdak ve Aksaraylı, 2009; Koçel, 2005; Erdem vd., 2008). Son yıllarda işletmelerde bireysel performansın ön plana çıkması ve bu konudaki çalışmaların artmasının temel nedeni, insanın en değerli varlık olarak görülmesi ve bireyden maksimum faydayı elde etme isteğidir (Aydıntug ve Bek Yağmur, 2022: 563).

Bireysel performans çalışandan çalışana farklılık gösteren davranış şeklidir (Akşun, 2018: 2). İş görenlerin kişilik yapıları bunu etkilemektedir. Bireysel performans ile ilgili etkenlere bakıldığında kişilik haricinde motivasyon ve ödül ceza sistemi de karşımıza gelmektedir. Bireysel performanstaki en önemli motivasyon etkeni kişinin yapacağı bir işi gerçekten yapmak istemesidir. Çalışanın motivasyonunun yerinde olması bireysel

performans açısından en önde gelen unsurdur. (Gökkaya ve Türker, 2018; Yelboğa, 2006).

Örgüt içinde çalışanların göstermiş olduğu performans seviyelerini bireysel ve örgütsel motivasyon düzeyleri belirler ve aralarında sarmal bir ilişki vardır. Örgütsel bazda çalışana sağlanan kolaylıklar onun motivasyonunu artıracak iş performansını geliştirecek ve bu aradaki ilişkiyi sağlamlaştıracaktır. Eksik olan motivasyon doğal olarak performansı azaltır. Bireysel performansta ödül motivasyonu artırırken ceza ise motivasyonu düşürür (İslamoğlu, 2018; Yürür, 2009). Örgütlerde çalışanlar iş sağlığı ve güvenliği açısından da değerlendirilmelidir. Kendisini güvende hisseden çalışan başka şeyler düşünmeyeceği için hem fiziksel hem de bilişsel enerjisini çalıştığı örgütüne yansıtacaktır. İlave olarak çalışanın mesleki hastalıkla karşı karşıya kalmaması veya ekip arkadaşlarının iyilik hallerini gözlemlemesi onun performansını motivasyonla beraber etkileyecektir. Meslek hastalıklarının görülmemesi iş gören nezdinde stres azaltan bir unsurdur. Tüm bu bileşenlerin sağlık yöneticileri tarafından ele alınarak değerlendirilmesi motivasyon ve bireysel performansla ilişkilidir (Erol, 2015: 5).

Örgütler günümüzün hızlı değişimine ayak uydurabilmek ve rekabet avantajı elde edebilmek için örgütleriyle uyumlu çalışanlara ihtiyaç duyarlar. Sağlık hizmetleri açısından bu husus daha da değerlidir. Söz konusu insan olduğu zaman büyük oranda diğer parametrelerin değeri de azalır. İnsan kaynağı sağlık hizmetlerinde en büyük zenginlik kaynağıdır. Bu doğrultuda sağlık işletmelerindeki insan kaynağı iyi motive edilmeli ve gönül potansiyellerin ortaya çıkması için gerekli koşullar hazırlanmalıdır. Bu stratejik önem sahip sağlık çalışanın kaynağı etkin bir şekilde kullanılmazsa kurum başarısı da gerçekleşmez ve verimlilikte düşüşler meydana gelir. Motivasyonun temel amacı çalışan ve örgüt amaçlarının örtüştürülmesidir. Şayet bu örtüşme olmaz ise düşük kapasite sergileyen çalışanların bireysel

performansları da düşük olup örgüt iklimine de negatif yansımaları olacaktır (Şimşek vd., 2003; Topaloğlu ve Koç, 2005). Çalışanların çalıştıkları örgütleri kendi aileleri gibi görüp arzulu çalışmaları sonucu oluşan duygu örgütlerin başarısına katkı sağlayacaktır.

5. SONUÇ

Sağlık işletmelerinde çok farklı özelliklere sahip çalışanlar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin en temel amacı insana hizmet etmektir. Bu amacı gerçekleştirecek olan sağlık kuruluşlarının da en temel girdisi insandır. Bu çerçeveden bakıldığında sağlık hizmet sunucularının motivasyonlarına etki eden faktörler önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin karmaşık örgüt yapısının olması çalışanların ve örgütlerinin amaçları arasında uyum sorunu oluşturabilmektedir. Bu zorlukların üstesinden gelinmesi ancak sağlık yöneticilerinin ve ilgili paydaşların sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarının tespit etmesi ve değişen dış ve iç çevre faktörleriyle uyum sağlamasıyla ancak mümkündür.

Sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık duygusu örgütsel etkinlik ve bireysel performansları üzerinde etkindir. Sağlık hizmetlerinde yüksek seviyede olan stresin azaltılması da sağlık çalışanlarının motivasyonlarının korunması ve performanslarının olumsuz etkilenmemesi açısından üzerinde durulması gereken bir durumdur. Sağlık çalışanlarının motivasyonlarına etki eden unsurlar arasında çalışanlar arasında kayırmacılıkta bulunur. Hakkaniyetli ve adalet duygusunu incitmeyecek uygulamalar sağlık çalışanlarının performansları üzerinde olumlu ve motivasyonların üzerinde artı değer oluşturacaktır (Çağatay ve Öztürk, 2023).

Sağlık hizmetleri sunumu oldukça hassas içeriğe sahip bir hizmet sunum şeklidir. Sağlık çalışanlarının memnuniyet

düzeyleri ve hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeyleri birlikte değerlendirilmelidir. Aynı gün içerisinde hizmet veren bir sağlık çalışanı bir zaman diliminde hizmet alan konumunda olabilmektedir. Bu bağlamda hassas bir altın terazisi gibi memnuniyet düzeylerine bütüncül bakabilmek sağlık yöneticileri açısından gereklidir. Sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artırılmasına yönelik beklentilerini karşılayacak ücret, sosyal haklar, iş güvencesi, kariyer imkanları ve eğitim ihtiyaçları da stratejik bir yaklaşımla insan kaynakları yönetim anlayışı ile ele alınması da faydalı olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği ertelenemez oluşu ve günün her saatinde verilmesi sağlık çalışanlarının özel hayatlarını da etkilemektedir. Nöbet ve vardiyalı çalışma saatlerinin iş özel yaşam dengesini gözeterek şekilde ayarlanması da çalışanların motivasyonları üzerinde etkilidir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının motivasyonları ve bireysel iş performansları arasındaki ilişkide sağlık yöneticilerinin kullanacakları birçok araç bulunmaktadır. Bu araçları kullanacak olan sağlık yöneticileri tüm faktörleri dikkate alarak işyerlerindeki bölümlerin karşılıklı olarak bütünlük içinde ve iş birliği anlayışıyla çalışanın esas alan bir yönetim sistemini benimsemeleri de gereklidir. İnsanların sağlık sorunları çözmek gibi zor bir mesleği icra eden sağlık çalışanlarının motivasyonların yeterli olması hizmet sundukları hasta ve çalıştıkları kurumları için faydalı olacaktır. Motivasyonun olumlu bir geri bildirim olarak performansa yansması sağlık çalışanlarının insanlara faydalı olmanın iç huzurunu da yaşatacaktır.

KAYNAKÇA

- Aktan, H.; Toraman, R. (1997). T.S.K. Sağlık Sistemlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, Gata, 2. Baştapir Oryantasyon Kurs Kitabı. 17-21 Kasım: Ankara.
- Akşun, V. (2018). İş Performansının Kişilik Özellikleri ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- Altaş, S.S. ve Kuzu, A. (2016). “Sağlık Çalışanlarında İş Tatmini ve Duygusal Bağlılığın Bireysel İş Performansı ve İşten Ayrılma Eğilimi Üzerindeki Etkileri”. *International Journal of Academic Values Studies*, (5), 23-32.
- Aydıntug, N., & Bek Yağmur, Ö. (2022). Sağlık çalışanlarında psikolojik performans algısının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 559-573.
- Can, H.; Akgün, A.; Kavuncubaşı, Ş. (2001). Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, Siyasal Yayınevi.
- Charbonnier-Voirin, A. & Roussel, P. (2012). Adaptive Performance: A New Scale To Measure Individual Performance In Organizations. *Canadian Journal Of Administrative Sciences / Revue Canadienne Des Sciences De L Administration*. 29, 280-293.
- Çağatay, H. T., & Öztürk, Z. (2023). Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Kayırmacılık Algıları ile Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişki. *Journal Of Mehmet Akif Ersoy University Economics And Administrative Sciences Faculty*, 10(1), 206-228.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*, Ankara, Siyasal Kitapevi.

- Çevik, H. H.; Göksu, T.; Bilgiç, K. V.; Karakaya, M.; Seyhan, K.; Gül, K.S. (2008). *Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi*, Ankara, Seçkin Kitapevi.
- Çoşkun, A.; Akın, A. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Yönetim Rehberi*, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Dodd, N.G. & Ganster, D.C. (1996). The Interactive Effects Of Variety, Autonomy, And Feedback On Attitudes And Performance. *Journal Of Organizational Behavior*, 17, 329-347.
- Erol, S. (2015). İş sağlığı ve güvenliği konusunda işveren, çalışan ve devletin rolü. *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*, 2(4), s. 86-103.
- Elma, C.; Demir, K. (2003). *Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar*, Ankara, Anı Yayıncılık.
- Erdem, R.; Rahman, S.; Avcı, L.; Göktaş, B.; Şenoğlu, B. ve Fırat, G. (2008), Investigating Job Satisfaction And Burnout Levels Of The Persons Working For The Hospitals At City Center Of Elazig, Turkey, *Journal Of Applied Sciences Research*, 4(2): 188-201.
- Eisenberger, R., Huntigton, R., Hutchinson, S. Ve Sowa, D. (1986). “Perceived Organizational Support”, *Journal Of Applied Psychology*, Volume 71, Number 3, Pp. 500 – 507.
- Goodman, R. (1999). The Extended Version Of The Strengths And Difficulties Questionnaire As A Guide To Child Psychiatric Caseness And Consequent Burden, 40(5), 791-799.
- Gökkaya, S., & Türker, N. (2018). İş Motivasyonu ile İş Tatmini Üzerine Otel İşletmelerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 3(5), S. 12-28.

- Hökelekli, H. (2009). *Psikolojiye Giriş*, İstanbul, Düşünce Kitapevi.
- İslamoğlu, S. (2018). *Hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının iş performansı üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi.
- Keser, A. (2006). *Çalışma Yaşamında Motivasyon*, Bursa, Alfa Yayınevi.
- Keser, A. (2011). *Çalışma Psikolojisi*, Bursa, Ekin Kitapevi.
- Kıdak, L., & Aksaraylı, M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 75-94.
- Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyonlarda Davranış Klasik Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar*, 10. Bası, İstanbul, Arıkan Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti,
- Koopmans, L., Bernaards, C.M., Hildebrandt, V.H., Schaufeli, W.B., H.C.W. De Vet & Van Der Beek, A.J. (2011). Conceptual Frameworks Of Individual Work Performance. *Journal Of Occupational Environment Med.* 53(8), 856-866.
- Landy, F.J. & Conte, J.M. (2016). *Work In The 21st Century: An Introduction To Industrial And Organizational Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Micolo, A.M. (1993). "Suggestions for Achieving a Strategic Partnership", *HR Focus*, 70(9).
- Örücü, E. ve Köseoğlu M. (2003). *İşletmelerde İş gören Performansını Değerlendirme*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Paşa, M. (2007). *Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri ve Bir Uygulama*, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Bursa.

- Robbins, S.P. & Judge. T.A. (2017). *Organizational Behavior*. 17th Edition, England: Pearson Education Limited.
- Saltık, Z. (2016). “*Stresin İşgören Performansına ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama*”, (Yüksek Lisans Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Streit, A.L. & Brannon, D. (1994). The Predictive Validity Of The Job Characteristics Model For Nursing Home Work. In J. Wall ve L. Jauch (Ed.). *Academy Of Management Best Papers Proceedings*. Miami, Fl: *Academy Of Management*, 89-93.
- Şantaş, F, Uğurluoğlu, Ö, Kandemir, A. ve Çelik, Y. (2016). “Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm, İş Performansı ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi”. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18 (3), 867-886.
- Sercan, H. (2010). *Etkili Motivasyon Yöntemleri*, İstanbul, Etap Yayınevi.
- Şimşek, M. Ş., T. Akgemci ve A. Çelik (2003), *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütsel Davranış*. Konya: Günay Ofset.
- Tahiroğlu, F. (2002). *Düşünceден Sonuca İnsan Kaynakları*, İstanbul, Hayat Yayınevi.
- Topaloğlu, M., Koç H. (2005), *Büro Yönetimi-Kavramlar ve İlkeler*, 2. Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tuncer, P. (2011). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Ankara, Dipnot Yayınları.
- Yelboğa, A. (2006). Kişilik özellikleri ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. “*İş, Güç*” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 8(2), s. 196-217.

Yürür, S. (2009). Ödüllendirme sistemi yapı ve süreçleri ile örgütsel adalet arasındaki ilişkilerin analizine yönelik bir araştırma. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), s. 235- 260.

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI (SOY) VE NEDENLER ALGISI İLİŞKİSİ¹

Ceren YILMAZ TUNCA²

FATMA LORCU³

1. GİRİŞ

12 Mart 2020’te Covid-19 salgını ilk defa Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilse de aslında 2011’de "Contagion" filmi senaryosu ile karşımıza çıkmıştır. Filmin yapımcıları bu senaryonun olasılığı için dünyanın önde gelen epidemiyologlarından biri olan Larry Brilliant’a başvurduklarında ise duydukları senaryodan daha da korkutucuydu (The Economist, 2020). Pandemi şartlarında ise Dünya sinematik açıklamaya benzer bir kâbus yaşamıştır. COVID-19 pandemisinin yaratmış olduğu toplum sağlığı acil durumu, risk algısının artmasına da neden olmuş ve artan risk algısı bireylerin günlük yaşantılarında risk barındıran kararlar verme durumunda kaldıklarında tutumlarını şekillendirmekten sorumlu olduğundan bireylerin risk davranışlarını etkilemiştir.

COVID-19 risk algı düzeyinin yüksek olması, bireylerin toplu ortamdan kaçınmalarını, “evde kal” çağrılarına uymalarını, fiziksel temas, sosyal mesafe ve kişisel hijyen kurallarını dikkate

¹ Ceren Yılmaz Tunca tarafından hazırlanan “COVID-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Okuryazarlığı ve Pandemiye Yönelik Algıların İlişkisi” isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

² Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enst. Sağlık Yönetimi ABD, cerenyilmaz2293@gmail.com, ORCID: 0009-0003-9465-5605.

³ (Sorumlu Yazar) Prof. Dr., Trakya Üniversitesi İ.İ.B.F., İşletme Bölümü, fatmalorcu@trakya.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4361-8348.

almalarını sağlayarak COVID-19 pandemisinin yayılmasını önleyici tutumlar göstermelerinin sağlarken, algının düşük olması ise bireylerin koyucu önlemler almalarını olumsuz olarak etkilediği gibi ve bulaş yolunun artmasına yol açabilir. Risk algısı, önleyici veya koruyucu hazırlıkların yapılmasında destekleyici bir rol aldığı için bireylerin davranışlarını yönlendiren bir faktör olarak da görülebilir (Aslan ve Yalçın, 2022: 2-4). Bireyler, hastalığın ciddi sağlık sorunlarına yol açabilecek potansiyelde bir risk taşıdığını düşünürlerse, yeni durumlara kolay uyum sağlayarak adapte olabilme becerisine de sahip olabilirler (Yıldırım ve Güler, 2022: 1).

Cheng Zhang ve diğerlerine göre (2021: 3), COVID-19 kamu risk algısı evriminin özelliklerini; risk kaynağı, yayılma ortamı, bulaşıcılık ve bağışıklık olarak sıralamıştır. Risk kaynağı, risk aktarımının önkoşuludur ve risk kaynağının olmadığı durumda risk aktarımı da olmamaktadır.

Cipolletta, Andregretti ve Mioni (2022: 1), COVID-19'un risk oranının bireyler tarafından algılanıp ne şekilde öngörüldüğünü belirlemek ve bununla bağlantılı özelliklerin neler olduğunu tespit etmeye yönelik araştırmasında altı adet veri tabanındaki (ProQuest, Paycnfo, PubMed, Science Direct, SCOPUS ve Web od Science) 77 makaleyi incelemiştir. Çalışmada COVID-19'a ilişkin yüksek risk algısının çoğunlukla önleyici davranışlara ve hükümet tavsiyelerine uyumu öngördüğü ve risk farkındalığının demografik faktörler, bireysel faktörler, coğrafi faktörler ve zamanlama gibi dört ana temayla ilişki içerisinde olduğu belirlenmiştir.

Hastalığın subjektif risk algısı üzerine yapılan çalışmalarda (örneğin; Bhuiya, 2021; Tejamaya, 2021) demografik, bireysel, coğrafi zamanlama ve kültürel faktörlerin de risk algısını şekillendirdiği belirlenmiştir. Lohiniva ve diğerleri (2022: 3), risk algısı ile ilgili kavramları öznel faktörler

ve sosyokültürel faktörler olmak üzere ikiye ayırmış ve öznel faktörler bilgi, algı, kişisel deneyim, güven, tutumlar sosyokültürel faktörleri ise dikey kültür ve bireysel haklar olarak iki alt temada toplanmıştır.

Küresel sağlık güvenliğine önemli bir zorluk sunan COVID-19 hakkında bilgilerin günümüz teknolojileriyle hızlı ve kolay yayılması, bireylerin COVID-19 pandemisine yönelik algılarının şekillenmesinde önemli derecede rol oynamış ve sağlık okuryazarlığının (SOY) önem ve ihtiyacını gözler önüne sermiştir. Ancak Abdel-Latif (2020), Dünya çapında hastalıkla mücadele etmek için ezici bir gereklilik olmasına rağmen SOY sorununun mevcut sağlık sıkıntısı olarak göz ardı edildiğini veya yanlış değerlendirildiğini ifade etmektedir. Oysa hastalık ile ilgili birçok bilgi ve yanlış bilgi kaynağı bulunmakta bu da virüsün kendisinden çok daha hızlı bir şekilde halk arasında korku ve panik yayılmasına kaynak oluşturmaktadır. SOY virüsün yayılmasını yavaşlatmak ve hastalığın önlenmesinin yanı sıra, hızlı tepki gerektiren durumlarda hastalıkla başa çıkmak için sağlık sistemlerinin hazırlığını artırmak için odaklanılan bir konudur (Abdel-Latif, 2020). SOY'un önemi her ne kadar pandemi ile birlikte artsa da Dünya Sağlık Örgütü-WHO (2017) Şanghay Konferansı'nda sağlığın geliştirilmesindeki üç temel taşın birinin SOY olduğu gösterilmiştir.

Özellikle pandemi döneminde birey ve toplumsal sağlık açısından önemi sürekli vurgulansa da yapılan çok sayıda çalışmalara rağmen SOY'un aslında neyi temsil ettiği konusunda hala bir fikir birliğine varılamamış (Liu, 2020) ve akademik literatürde 250'den fazla farklı tanımına ulaşılmıştır (Malloy-Weir, 2016). İlk defa 1974 yılında Simonds tarafından sağlık bilgilerinin eğitim sistemine, sağlık sistemine ve kitle iletişime etki eden bir sosyal politika meselesi olarak tartışıldığı SOY, Health Education as Social Policy (Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi) başlığı taşıyan bir makalede kullanılmıştır (Ratzan,

2001: 210). 1990'lı yıllara kadar pek ilgi görmeyen SOY, bireysel sağlığı birçok yönden etkilediği düşüncesiyle tekrar gündeme gelerek tartışma konusu olmuştur. 2000'li yıllarda SOY alanında araştırma ve tartışmalar artmıştır (Sezgin, 2014: 77).

SOY'un tanımları, geçmişten beri gelişen bir araştırma grubunun öne çıkarılan fikirlerini ve kavramsal olarak değişimini aksettirmektedir. WHO için SOY; ferdi hayat tarzı ve koşullarını farklı kılmak, bireylerin ve toplulukların sağlıklarını korumak, iyileştirmek ve bunları gerçekleştirebilmek adına eyleme geçmek için bireysel yetenek ve güven seviyesine erişilmesi anlamı taşımaktadır. Bu nedenle SOY'u, randevu almak ve kılavuz okumak ile sınırlı tutmak doğru değildir. Daha fazlasını ifade eden SOY için yetkilendirme büyük önem taşımaktadır. Bireylerin sağlık içeren bilgilere ulaşımını ve anlayarak kullanım kabiliyetini geliştirmelerini sağlamaktadır. İletişim ve eleştirel okuryazarlık öğelerini kapsayan tanımı ile Dünya Sağlık Örgütü, sağlık iletişimi ve eğitiminin niteliğini de çoğaltmıştır (Onotai, 2008: 33)

Sağlığın ana belirleyicisi aynı zamanda toplum sağlığı politikası gündeminin de gözdesi olarak yorumlanan (Vozikis, Drivas ve Milioris, 2014: 2), SOY'un yetersiz olduğu durumlar sağlık hizmetlerinin fazla kullanımı, sağlıkla ilgili yetersiz hatta yanlış bilgi ve sağlık sonuçlarında kötü gidişat ile bağlantılıdır (Özbaş, 2020: 12; Yalman ve Öcel, 2021: 242-243). SOY'un toplum sağlığı açısından niçin bu denli önemli bir değer taşıdığı altı başlık altında açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlar; etkilediği insan sayısı, kötü sağlık sonuçları, kronik hastalık oranlarının artması, sağlık masrafları, sağlık bilgisi talepleri, eşitlikçilik olarak sıralanabilir (Kanj ve Mitic, 2009: 16).

Bu çalışmanın amacı toplumsal ve ekonomik faaliyetlerin tüm alanlarını etkilemiş ve dünya çapında hükümetleri ve sivil toplum kuruluşları, zararlı etkisini durdurmanın yollarını bulmak

için harekete geçiren COVID-19 pandemisine yönelik risk algısı başlığı altında yer alan nedenler algısının SOY düzeylerine göre farklılık ve ilişkilerini ortaya koymaktır.

2. ARAŞTIRMA

2.1.Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Edirne merkez ilçe mahallelerinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır. %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile minimum örneklem 384 olarak hesaplanmış, olası hata ve tutarsızlıklar göz önünde bulundurularak 399 anket toplanmıştır. Bir katılımcının yaşı 16 olduğundan ve T-SOY ölçeğinde negatif puan alan 14 katılımcı ankete dahil edilmediğinden, analizler 384 anket üzerinden yapılmıştır. Anketler rasgele örnekleme yoluyla elde edilmiştir.

2.2.Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Güvenirlik Analizleri

Araştırmada, COVID-19 pandemisine yönelik algılar ve TSOY-32 ölçeği ile demografik sorulardan oluşan bir anket kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde, TSOY-32 ölçeği iki temel boyut (tedavi & hizmet-TDH) ve hastalıklardan korunma & sağlığın geliştirilmesi-HKS) ve dört süreç (bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, kullanma) üzerinden değerlendirilmiştir. Bu bileşenler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. TSOY-32’nin 2X4’lük Matris Bileşenler, Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları ve Güvenirlik Analizleri

TSOY	Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Sağlıkla İlgili Bilgiyi	Sağlıkla İlgili Bilgiyi
TDH	1-4-5-7 TU-0,743	2-8-11-13 TA-0,695	3-9-12-15 TD-0,617	6-10-14-16 TK-0,671
HKS	18-20-22-27 HU-0,708	19-21-23-25 HA-0,642	24-26-28-32 HD-0,662	17-29-30-31 HK--0,704

Kaynak: Okyay, P. ve Abacıgil, F. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın. S.44.

Ölçek değerlendirilirken; indeksler 0 ile 50 arasında olacak biçimde standartlandırılmış ve bu standartlaştırma için $\text{indeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$ formülü kullanılmıştır. Hesaplanan indeks sonuçlarına göre sağlık okuryazarları Buna göre;

< 0- 25 puan: Yetersiz SOY

>25-33 puan: Sorunlu- sınırlı SOY

>33-42 puan: Yeterli SOY

>42-50 puan: Mükemmel SOY olmak üzere dört sınıfa ayrılmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016). TSOY-32 için genel iç tutarlık katsayısı; 0,927; TDH için 0,880 ve HKS boyutunda ise 0,863 olarak hesaplanmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016: 51). İlgili araştırma verileri için ise genel iç tutarlılık katsayısı 0,932 ve alt boyutlar için ise bulunan değerler Tablo 1’de gösterilmiştir.

COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeğinin nedenler algısı boyutu, Çırakoğlu’nun (2011), H1N1-domuz gribi için yararlandığı ölçekten alınarak kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan nedenler algısı boyutunun alt boyutları; komplo-Kmp, çevre-Cvr ve inanç-Inn olup 18 soruyu içermiş olsa da yapılan Doğrulayıcı Faktör analizinde Cvr’de 15 ve 22. sorular ile Inn’de ise 26. soru analizden çıkarılarak analize 15 soru ile devam edilmiştir. Ölçekte yer alan ifadelerde COVID-19 ile alakalı revizyonlar haricinde orijinalin dışına çıkılmamış soruların cevaplarında da beşli Likert ölçeği kullanılmıştır (1-kesinlikle katılmıyorum...5-kesinlikle katılıyorum). Ölçek için genel iç tutarlık katsayısı; 0,847 (Artan, Karaman, Atak ve Cebeci, 2020), Kmp için 0,960, Cvr için 0,850 ve Inn için 0,900 olarak bulunmuştur (Geniş vd., 2020). Kullanılan veriler ile ilgili ölçeğe ait güvenirlik analiz sonuçları Tablo 2’den gösterilmiştir.

Tablo 2. Nedenler Algısının Güvenirlik Analizleri

	Alt Boyut	Soru Sayısı	Cronbach Alfa Değeri	
Nedenler	Komplo (Kmp)	6	0,937	0,872*
	Çevre (Cvr)	6	0,897	
	İnanç (Inn)	3	0,900	

* Ölçeğin geneline ait Cronbach Alfa Değeri

Çalışmada ankete katılan 384 bireye ait demografik özellikler ise Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Sosyo-Demografik Özellikler

	f	%		f	%
Cinsiyet			Hastalıkla İlgili Başvurulan Yer		
Kadın	283	0,74	Aile Sağlık Merkezi	124	32,30
Erkek	101	0,26	Devlet Hastanesi	203	0,53
Medeni Durum			Üniversite Hastanesi	36	9,40
Evli	235	61,20	Özel Hastane	21	5,50
Bekar	149	38,80	Gelir Tanımlama		
Eğitim Durum			Gelir Giderden Az	177	46,100
İlkokul M	17	4,40	Gelir Gidere Denk	153	39,800
Ortaokul M	25	6,50	Gelir Giderden Çok	54	14,100
Lise M	118	30,70	Sosyal Güvence		
MYO M	55	14,30	SGK	357	93,00
Üni/Y M	151	39,30	Yok	27	7,00
Lisansüstü	18	4,70			

Ayrıca katılımcılar için en düşük yaş 18 ve en yüksek yaş ise 78 olup yaş ortalaması 36,45±11,95'dur. Evde yaşayan kişi sayısı da maksimum 7 olup ilgili değişkene ait Mod=3'tür.

2.3.TSOY-32 Ölçeğine İlişkin Bulgular

TSOY-32 ölçek ve alt boyutlarına ilişkin alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre TDH boyutu, HKS boyutuna göre daha yüksek bir ortalamaya sahiptir. Mut (2017) ve Dirim'in (2021) de çalışmalarında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Dirim (2021: 48-49), TDH boyutunda SOY'un yüksek değer almasını kişilerin kendileri veya yakınları nedeniyle birinci basamak sağlık kuruluşlarından çok ikinci ve üçüncü basamağa başvurmalarına dayandırmıştır. Gerçekten 2020 yılı toplam hekime müracaat sayısı dikkate alındığında bunun %58'ini ikinci ve üçüncü

basamak sağlık kuruluşlarına başvurular oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2024).

Tablo 4. TSOY Ölçeğine İlişkin Tanımsal İstatistikler

Boyut	Ortalama	Std. Sapma	Boyut	Ortalama	Std. Sapma
TU	38,90	9,73	HU	34,86	10,57
TA	36,66	9,26	HA	35,70	9,98
TD	31,75	10,93	HD	31,68	11,65
TK	38,52	9,87	HK	30,30	11,67
TDH	36,46	8,44	HKS	33,14	9,34
TSOY	38,80	8,34			

Ayrıca Tablo 3 incelendiğinde de hastalık durumunda ilk başvuru kuruluşun aile sağlığı merkezi olması oranının sadece %32,3 olması bunu destekler niteliktedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda birey kendisini hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi konusunda değil tedavi hizmetlerinde yeterli görmüş olabilir. Oysa kuruluştan bu yana Sağlık Bakanlığı ve özellikle de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile koruyucu sağlık hizmetleri değişik düzeylerde önemseniyor olsa da (Selçuk, 2020) geline nokta ve araştırma sonuçlarından da anlaşılacağı gibi yine eksikliklerin olduğu bu örneklemin sonuçlarından da görülebilir.

Tablo 4'e göre; TDH alt boyutunda en düşük ortalama değer TD ve en yüksek ortalama değer TU'dur. Teknolojinin bu boyutta gelişiminden önce sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım bu kadar hızlı ve çeşitli olmasa da bugün neredeyse her şey için "bir tık uzakta" mottosu sağlık ile ilgili bilgi için de kullanılır hale gelmiş ve SOY düzeyine yansımıştır. Teknolojik faktörler tedavi ve hizmet boyutunda sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmayı daha da hızlı hale getirirken herhangi bir hastalık anında başvurularla ilgili medyada yeterli düzeyde bilginin var olması da puanın yüksek çıkmasında önemli bir etkidir. Tablo 4 incelendiğinde TDH'ta TD'de en düşük puanı almıştır. Her ne kadar TA'da yüksek puan alınmış olsa da SOY'un sıralı adımları içeren bir süreç olduğu

düşünüldüğünde TD'nin düşük kalması ilginçtir. Bunun alt boyutun, acil ve kendisine yönelik bir durumda değerlendirmeyi içermesi ve rahatça ulaşılan bilgi için karşılaşılan infodemi olabilir.

HKS boyutunda ise en düşük ortalama değer HK ve en yüksek değer HA'dır. Bu ise HKS'de bilginin anlaşılması yüksek düzeyde gerçekleşse bile bilginin anlaşılmasından sonra bilişsel ve muhakeme yeteneği gerektiren değerlendirme ve uygulama sürecinde bireyler daha düşük puanlar almıştır. TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarındaki kategorileştirme Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. TSOY-32 Ölçek Boyut ve Alt Boyutlarına Göre SOY Durumu

TDH			HKS			TSOY		
Durum	f	Oran	Durum	f	Oran	Durum	f	Oran
Yetersiz	43	0,112	Yetersiz	81	0,211	Yetersiz	53	0,138
Sınırlı	107	0,279	Sınırlı	110	0,286	Sınırlı	110	0,286
Yeterli	121	0,315	Yeterli	124	0,323	Yeterli	131	0,341
Mükemmel	113	0,294	Mükemmel	69	0,180	Mükemmel	90	0,234

Araştırma bulgularına göre, ankete katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyinde en yüksek oran "yeterli" seviyesinde (%31,5-%34,1) gözlemlenmiştir. Genel okuryazarlık ile SOY arasında güçlü bir ilişki olduğu (Soysal & Obuz, 2020) ve okuryazarlık seviyesi yüksek bireylerin SOY seviyesinin de yüksek olduğu (Bilir, 2014) göz önünde bulundurulduğunda bu sonucun Edirne için çok şaşırtıcı olmadığı da söylenebilir. TÜİK'e (2024) göre Edirne'de okuma yazma bilmeyen kişi sayısının sadece %0,0198 olması, çalışmada "yeterli" SOY düzeyinin yüksek çıkmasının önemli bir nedeni olarak değerlendirilebilir.

Tablo 5 incelendiğinde, hem TDH hem HKS hem de T-SOY düzeyinde en yüksek oran "yeterli" kategorisinde, en düşük oran TDH ve T-SOY'da "yetersiz", HKS'da ise "mükemmel"

düzeyde görülmüştür. Ilgaz'ın (2021) çalışmasında, katılımcıların %58,7'si TDH ve %90'ı HKS boyutunda yetersiz ya da sınırlı SOY düzeyine sahipken, Edirne için bu oranlar TDH için %39,1, HKS için %49,7 olarak hesaplanmıştır.

2.4.Nedenler Algısına İlişkin Bulgular

Algı ve tutumları değerlendirme ölçeğinin "nedenler algısı" boyutu, COVID-19'a yönelik çeşitli inanç ve algıları ölçmektedir. Kmp alt boyutu, COVID-19'un bir komplo teorisi çerçevesinde, hatta biyolojik bir silah olarak kullanıldığı inancını yansıtmaktadır. Ayrıca, gelişmiş ülkelerin aşı satışlarını desteklemek için bu salgının kullandığına dair siyasi bir algıyı da içermektedir (Geniş vd., 2020). Cvr alt boyutu, hastalığın çevresel faktörlerin etkisiyle, özellikle sağlığı olumsuz etkileyen çevresel koşullarla bağlantılı olarak ortaya çıktığına ilişkin algıyı temsil eder. İnn alt boyutu ise salgının dini nedenlere dayandığı ya da toplumsal bozulmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığı inancını ifade etmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, bireylerin COVID-19'un komplo, çevre veya inanç temelli nedenlerle ortaya çıktığına dair algılarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu tür algılar, bireylerin salgınla ilgili tutum ve davranışlarını şekillendirebilir ve sağlıkla ilgili risk algılarını etkileyebilir.

Tablo 6. Nedenler Alt Boyutuna İlişkin Tanımsal İstatistikler

	Ortalama	Std Sapma
Kmp	2,96	1,03
Cvr	2,72	0,89
İnn	2,05	1,05

Alt boyut ortalamalarına bakıldığında (Tablo 6) en düşük ortalamanın COVID-19 pandemisini dini gerekçelere dayandıran inançları ölçen İnn alt boyutunda olduğu görülmektedir (Artan vd., 2020; Kaçan, Öztürk ve Bayram Değer, 2021). İnn alt boyutundaki maddeler, pandeminin nedenini dini ve ruhani

açıklamalara bağlayan inançları değerlendirmektedir (Özkılıççı ve Mamatoğlu, 2021). Bireylerin dini ve ahlaki değerleri, toplumsal algıları şekillendiren önemli unsurlar olmakla birlikte (Arğın, 2021), bu örnekteki düşük puanlar, örneklem için COVID-19'un dini veya ruhsal nedenlere dayandırılmadığını göstermektedir. Bu durum, katılımcıların yüksek eğitim düzeyi ve SOY'a sahip olmalarıyla ilişkilendirilebilir ve bilimsel farkındalıkların arttırmış ve dini açıklamalara dayalı algıları zayıflatmış olabilir. Oysa tarihsel olarak, geçmiş pandemilerde, örneğin ortaçağda veba salgınının ilahi bir ceza olarak günahların sonucu görüldüğü bilinmektedir (Özden ve Özmat, 2014). Bu bağlamda, günümüzde artan bilimsel bilgi ve farkındalık, salgınların dini gerekçelerle açıklanma oranını düşürmüş olabilir.

İnn alt boyutu ortalaması sıralamasını izleyen Cvr alt boyutu, COVID-19 pandemisinin ana nedenini, insan kaynaklı çevresel kirlilik unsurlarına, iklim değişikliğine ve doğal kaynakların tahribatına dayandırmaktadır. Küresel ısınma, buzulların erimesi ve ekosistemdeki bozulmalar gibi çevresel sorunların küresel bir kriz haline gelmesi, çevresel tehdit algısını artırmıştır. California Üniversitesi'nden Dr. Christine Johnson, çevresel faktörlerin hastalıklarla ilişkisini şu sözlerle açıklamaktadır: "Doğal yaşamın istismarı, avcılık ve vahşi hayvan ticareti yoluyla doğada yaşayan canlıları yok olma tehlikesiyle karşı karşıya bırakmakla kalmıyoruz, aynı zamanda insanları da yeni bulaşıcı hastalık salgınları riskiyle yüz yüze getiriyoruz" (Briggs, 2020). Bu bağlamda, doğal ekosistemin bozulmasının pandemilerin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığına dair algılar güçlenmiştir.

Öte yandan, COVID-19'un yayılmasını engellemek için uygulanan kısıtlamalar sonucunda birçok ülkede karbon emisyonlarının düşmesi, hava ve su kirliliğinin azalması gibi olumlu çevresel etkiler gözlemlenmiştir (Saadat, Rawtani & Hussain, 2020). Bu gelişmeler, çevrenin yenilenmesine tanık olan

bireylerin çevresel faktörlere dair algılarını daha da pekiştirmiş olabilir. Ayrıca salgın sürecinde doğanın kendini toplarlama kapasitesinin görülmesi, çevresel farkındalık ve duyarlılığı artırarak bireylerin çevresel tahribatın bir salgın nedeni olarak algılamalarını güçlendirmiştir.

Kmp (Komplo) alt boyutunda, katılımcıların kararsız kalma eğilimlerinin diğer boyutlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. COVID-19'un ortaya çıkışı ve pandemiye dönüşmesi sürecindeki belirsizlikler, hastalık hakkında çeşitli komplo teorilerinin gelişmesine zemin hazırlamıştır (Akdemir, 2021). Sosyal medyanın, doğru ya da yanlış fark etmeksizin COVID-19 ile ilgili haberleri hızla yayması, toplumda infodemi olarak adlandırılan bilgi kirliliğine neden olmuştur. Bu bilgi kirliliği, dezenformasyonun da etkisiyle, bireylerin güvenilir bilgilere ulaşmasını zorlaştırmış ve doğruluğu kesin olmayan bilgilere karşı eleştirel ancak kararsız bir tutum geliştirmelerine yol açmıştır. Özellikle kriz dönemlerinde toplumun karşılaştığı bu tür bilgi karmaşası, komplo teorilerinin hızla yayılmasına ve daha çeşitli varyasyonlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Aydın, Orhan, Kaya ve Mahanoğlu (2021) tarafından Türkiye'deki 18 yaş ve üzeri bireylerle gerçekleştirilen bir çalışmada da, COVID-19 nedenlerine dair algılar ve korkular arasındaki ilişki incelenmiş; bu çalışmada, Kmp alt boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olduğu, buna karşın Inn alt boyutunun en düşük ortalamayı aldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, bireylerin komplo teorilerine karşı kararsız kalma eğilimlerinin yüksek olduğunu ve bu tür teorilerin toplumsal algıyı derinden etkilediğini göstermektedir.

2.5.TSOY ve COVID-19 Salgınına Yönelik Nedenler Algısı İlişkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde TSOY ölçeği ve alt boyutlarındaki kategorilerin nedenler algısı açısından farklılıkları incelenmiş ve farklılıkların olduğu kategoriler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. TSOY, TDH ve HKS'nin SOY Kategorilerine İçin Nedenler Algısına Yönelik İkili Karşılaştırmalar

TSOY				
Boyut	Durum 1	Durum 2	Test İstatistiği	p
Çevre	Yetersiz	Mükemmel	59,178	0,002
		Yeterli	53,403	0,003
		Sınırlı	40,167	0,030
TDH				
Çevre	Yetersiz	Mükemmel	89,645	<0,01
		Yeterli	73,764	
		Sınırlı	61,909	
İnn	Yetersiz	Mükemmel	85,076	<0,01
		Yeterli	65,957	0,004
		Sınırlı	52,771	0,042
	Mükemmel	Sınırlı	32,305	0,027
HKS				
Kmp	Yeterli	Yetersiz	31,073	0,049
		Sınırlı	41,737	0,004
İnn	Yetersiz	Mükemmel	56,819	0,001
		Sınırlı	39,926	0,012
		Yeterli	36,056	0,020

T-SOY düzeyinde farklılığı sadece Cvr boyutunda ve yetersiz SOY kategorileri ile diğer tüm kategoriler arasında olduğu belirlenmiştir. COVID-19 pandemisine yönelik algıların, bireylerin dini inançları, eğitim seviyeleri ve çevresel koşulları gibi çeşitli faktörlerle şekillendiği söylenebilir. Düşük sağlık okuryazarlığı (SOY) seviyesine sahip bireyler, pandemiye daha çok sağlıksız yaşam tarzları, su kaynaklarının kirlenmesi ve kötü beslenme gibi çevresel faktörlere dayandırarak algılayabilirler. SOY kategorileri ile Cvr arasındaki ilişki incelendiğinde ise

anlamli fakat ters yönlü bir ilişki bulunmuştur (Spearman $r=-0,148$, $p=0,004<0,05$). Bu da SOY seviyesi düştükçe çevresel faktörlerin daha fazla ön plana çıktığını göstermektedir.

TDH boyutunda nedenler ortalamaları arasındaki farklılık hem Cvr hem de Inn düzeyinde yine yetersiz ile tüm düzeyler arasında bulunurken Inn düzeyinde mükemmel ile sınırlı arasında da anlamlı bir farklılık göze çarpmaktadır. TDH boyutunda hastalığın nedeninin çevreyle ilişkilendirme algısı en yüksek olan grup yetersiz sağlık okuryazar olanlardır. Mükemmel sağlık okuryazarı olan grupta yer alan bireyler ise bu boyutta en düşük puanı almıştır. Hastalığın nedenini inançsal sebeplere en çok dayandıran grup yine yetersiz sağlık okuryazarı puanı alan gruptur. Bu kategoride yine en az puan mükemmel sağlık okuryazarları tarafından alınmıştır.

HKS boyutundaki nedenler ortalamaları arasındaki farklılık incelenmiş Kmp ve Inn boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre Kmp’de yeterli ile yetersiz ve sınırlı; Inn boyutunda ise yetersiz ile tüm alt kategorilerde farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu alt grupta da yetersiz SOY grubunun Inn’de en yüksek değeri ve mükemmel SOY grubunun ise bu değişken açısından en düşük değeri yakaladığı belirlenmiştir.

SOY düzeyi, komplo teorilerine karşı koymada etkili bir araç olarak değerlendirilebilir. SOY, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişebilme, bu bilgileri anlayabilme ve değerlendirebilme becerisini geliştirmektedir. Yüksek SOY düzeyine sahip bireyler, güvenilir kaynaklardan elde ettikleri bilgileri sorgulama yetisi kazanarak, bilinçli kararlar verebilir. Bu bağlamda, SOY düzeyi yüksek olan bireylerin COVID-19 gibi kriz dönemlerinde komplo teorilerine karşı daha dirençli olduğu söylenebilir. Cheng ve Nishikawa'nın (2022) Japonya’da yaptığı araştırmada, yüksek SOY düzeyine sahip bireylerin komplo

teorilerine daha az inandığı, düşük SOY düzeyine sahip bireylerin ise bu teorilere ve yanlış bilgilere daha açık olduğu saptanmıştır.

İnanç ve dini açıklamalarla ilgili algı (İnn) açısından bakıldığında, mükemmel SOY düzeyine sahip bireylerin COVID-19'u dini ya da ruhsal nedenlerle ilişkilendirmediği görülmektedir. Bu durum, bu bireylerin pandemiye bilimsel temellere dayalı olarak değerlendirip çözüm aramalarıyla açıklanabilir. Buna karşın, yetersiz SOY düzeyine sahip bireyler, yaşanan olağanüstü durumu anlamlandırmak ve başa çıkmak için dini ve ruhsal açıklamalara yöneliyor olabilirler.

Son olarak GSOY, TDH ve HKS için nedenler algısının alt boyutlarının arasındaki ilişkiler Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. TSOY, TDH ve HKS'nin Nedenler Algısına İlişkisi

		TSOY	TDH	HKS
Kmp	Spearman R	-0,118*	-0,08	-0,108*
	p	0,021	0,116	0,034
Cvr	Spearman R	-0,148**	0,168**	0,095
	p	0,004	0,001	0,063
İnn	Spearman R	-0,144**	-0,208**	-0,145**
	p	0,005	<0,001	0,004

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Çift yönlü)

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Çift yönlü)

Tablo 8 incelendiğinde, Kmp ile TDH ve Cvr ile HKS arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, ancak Inn ile hem ölçek genelinde hem de alt boyutlar düzeyinde anlamlı ancak düşük düzeyde ters yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Kmp ile en yüksek ilişki T-SOY, Cvr ile TDH ve Inn ile TDH arasında saptanmıştır. T-SOY ve HKS arttıkça, hastalığa yönelik komplo teorisi algısının azaldığı, benzer şekilde T-SOY ve TDH arttıkça hastalığın çevresel nedenlerden kaynaklandığına dair algının azaldığı ileri sürülebilir.

İnn ile hem ölçek geneli hem de iki alt boyut arasında ters yönlü bir ilişki bulunmakta olup, bu ilişki SOY’un yüksek olduğu

durumlarda, hastalığa yönelik inançların ve dini/ruhsal sebeplerin değil, bilimsel temelli bir algının daha baskın hale geleceğini göstermektedir. Bu bulgu, bireylerin hastalığa yaklaşımında inançların değil, daha çok bilimsel ve rasyonel açıklamaların ağırlık kazandığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, literatürde yer alan benzer çalışmalar, hastalık algısının bireylerin bilgiye ve kaynağa erişim düzeyleri ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedir. Eğitim seviyesi ve medya araçlarına erişimin artması, bireylerin hastalık algısını daha çok bilimsel zemine oturtmalarını sağlarken, inançlar ve alternatif açıklamalar üzerindeki etkileri zayıflatmaktadır. Bu durum, halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir parametre olarak değerlendirilebilir.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi sürecinde Edirne merkez ilçede gerçekleştirilen bu çalışma, bireylerin SOY düzeylerini belirlemek ve pandemiye yönelik nedenler algısı ile ilişkilerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Pandeminin, SOY'un önemini bir kez daha vurguladığı bu dönemde, bireylerin COVID-19 hakkındaki bilgi düzeyleri, virüse dair algıları ve buna göre geliştirdikleri davranışlar SOY ile doğrudan ilişkilidir. Salgın sürecinde bireylerin doğru bilgiye ulaşma ve bu bilgiyi anlamlandırarak, sağlık davranışlarını buna uygun şekillendirme süreçlerinde SOY kritik bir rol oynamaktadır.

Araştırma bulguları, Edirne ilinde 18 yaş ve üzeri bireylerin %57,5'inin yeterli ve mükemmel SOY seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, bölgedeki genel okuryazarlık oranı ve diğer sosyoekonomik faktörlerle ilişkilendirilebilir. Ancak, Türkiye genelinde yapılan diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında, toplum genelinde SOY seviyesinin hala artırılması gerektiği açıktır. SOY özellikle salgın

gibi kriz dönemlerinde halk sağlığını koruma ve yaygın yanlış bilgilere karşı koyma açısından stratejik bir öneme sahiptir.

COVID-19'a yönelik nedenler algısında en düşük ortalamanın İnn ve en yüksek ortalamanın ise Kmp alt boyutlarında olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, Aydın ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan benzer bir çalışmayla da uyumlu olup, COVID-19'un nedenleri algısı ile komplo teorilerine eğilim arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, SOY seviyeleriyle alt boyutlar arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Kmp'de en yüksek inancın sınırlı SOY kategorisinde, İnn ise yetersiz SOY kategorisinde olduğu görülmüştür. Yetersiz SOY düzeyine sahip bireyler, hastalık önleme ve sağlık bilgilerini doğru anlama konusunda eksiklikler yaşamakta ve bu durum, toplumsal sağlığı olumsuz etkilemektedir.

COVID-19 pandemisi sürecinde ortaya çıkan yanlış bilgi ve komplo teorilerinin, özellikle internet ve sosyal medya aracılığıyla hızla yayıldığı bilinmektedir. SOY düzeyi düşük olan bireylerin bu tür komplo teorilerine daha fazla eğilim gösterdiği gözlemlenmiştir. Özellikle, COVID-19'un tanrısallık bir ceza olduğu yönündeki inanışlar, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler arasında daha yaygın görülmektedir. Bu durum, bireylerin sağlık algılarında dini ve mistik açıklamaların, bilimsel gerçeklerin önüne geçebildiğini göstermektedir.

Araştırmanın sonuçları, SOY seviyelerinin iyileştirilmesinin toplumsal sağlık açısından kritik bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. SOY seviyesinin artırılmasına yönelik politikaların geliştirilmesi, bireylerin salgın dönemlerinde doğru bilgiye ulaşmalarını sağlamak açısından önem arz etmektedir. Aynı zamanda, “dezenformasyon” ve “infodemi” olarak adlandırılan bilgi kirliliğiyle mücadele kapsamında sosyal medya platformlarına yönelik düzenlemeler yapılması ve bireylerin bu konuda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi

gerekmektedir. SOY'un izlenmesi ve geliştirilmesi için daha kapsamlı araştırmaların yapılması ve bölgesel farkların değerlendirilmesi, halk sağlığı politikalarının etkinliğini artıracaktır.

Bu çalışma, Edirne ili ile sınırlı bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir ve Türkiye genelinde yapılacak daha geniş kapsamlı araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Araştırmanın 399 katılımcı ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak yapılması, sonuçların genellenebilirliğini sınırlamakta, ancak daha geniş örneklerle yapılacak ileri araştırmaların, ulusal sağlık politikalarına katkı sunabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Latif, M. M. M. (2020). The Enigma of Health Literacy and COVID-19 Pandemic. *Public Health*, 185, 95–96. doi:10.1016/j.puhe.2020.06.030.
- Akdemir, T. (2021). *Salgın İçinde Salgın: Infodemi, Komplo Teorileri ve Covid* 19 <https://iletim.istanbul.edu.tr/index.php/2021/05/18/salgin-icinde-salgin-infodemi-komplo-teorileri-ve-covid-19/> (Erişim Tarihi: 26.09.2024).
- Arğın, E. (2021). *Algı, Sosyal Algı ve Algı Yönetiminin Sosyal Medyada Kullanımı*. (S. Kurnaz, Ed.). Ankara: İksad Yayınevi.
- Artan, T., Karaman, M., Atak, I. ve Cebeci, F. (2020). Covid- 19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Değerlendirilmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(2), 101–107.
- Aslan, A. ve Yalçın, A. (2022). COVID-19 Risk Algısı Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31(1), 1–20. doi:10.35379/cusosbil.977428.
- Aydın, O. A., Orhan, S., Kaya, N. ve Mahanoğlu, E. (2021). COVID-19'un Nedenleri Algısı İle COVID-19 Korkusu Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme. *International Journal on Social Sciences*, 6(3), 9–25. doi:10.46291/Al-Farabi.060302.
- Bhuiya T, Klares Iii R, Conte MA, Cervia JS. (2021). Predictors of misperceptions, risk perceptions, and personal risk perceptions about COVID-19 by country, education and income. *J Investig Med.*, 69(8),1473–1478.

- Bilir, N. (2014). Sağlık Okur-yazarlığı. *Turk J Public Health*, 12(1), 61–68.
- Briggs, H. (2020). Koronavirüs-Bilim insanlarından uyarı: Yeni salgınlar bir çevre sorunu, salgınlara doğanın istismarı yol açıyor <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52221197>. (Erişim tarihi: 26.09.2024).
- Cheng, J. W., & Nishikawa, M. (2022). Effects of health literacy in the fight against the COVID-19 infodemic: The case of Japan. *Health Communication*,
- Cheng Zhang, Y., Li, Z., Zhou, G.-B., Xu, N.-R. ve Liu, J.-B. (2021). The Evolution Model of Public Risk Perception Based on Pandemic Spreading Theory under Perspective of COVID-19. *Complexity*. doi:10.1155/2023/9781971.
- Cipolletta S, Andregretti GR, Mioni G.(2022). Risk Perception towards COVID-19: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*, 19(8), 4649.
- Çırakoğlu, O. C. (2011). Domuz Gribi (H1N1) Salgınıyla İlişkili Algıların, Kaygı ve Kaçınma Düzeyi Değişkenleri Bağlamında İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26(67), 49–64.
- Dirim, A. (2021). *Bir İş Yerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Dünya Sağlık Örgütü (2017). Programme TUND policy brief 4: Health literacy. *The 9th Global Conference on Health Promotion*. Shanghai, China, 2–3.
- Geniş, B., Gürhan, N., Koç, M., Geniş, Ç., Şirin, B., Çırakoğlu, O. C. ve Coşar, B. (2020). Development of Perception and Attitude Scales Related With COVID-19 Pandemia.

Pearson Journal of Social Sciences&Humanities, 5(7), 306–326.

- İlgaz, A. (2021). Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151–159. doi:10.31125/hunhemsire.966349.
- Kaçan, H., Öztürk, A. ve Bayram Değer, V. (2021). Bireylerin Kaygıları Covid-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumlarını Etkiler mi? *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 405–420. doi:10.18863/pgy.1009613.
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009). Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. In *Proceedings of the 7th Global Conference on Health Promotion: Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap* (s. xxx-xxx). Nairobi, Kenya.
- Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, Ju X, Zhang X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. doi: 10.1136/fmch-2020-000351. PMID: 32414834; PMCID: PMC7239702.
- Lohiniva, A. L., Pensola, A., Hyökki, S., Sivelä, J. ve Tammi, T. (2022). COVID-19 Risk Perception Framework of the Public: an Infodemic Tool for Future Pandemics and Epidemics. *BMC Public Health*, 22(1). doi:10.1186/s12889-022-14563-1.
- Malloy-Weir, L., Charles, C., Gafni, A. et al. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Pol*, 37, 334–352 <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.18>.

- Mut, H. (2017). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
- Okyay, P. ve Abacıgil, F. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın.
- Onotai, L. O. (2008). A Review of The Impact Health Literacy Status of Patients on Health Outcomes. *The Nigerian Health Journal*, 8(3-4), 32-38.
- Özbaş, N. (2020). Total Diz Protezi Olan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Hazırlanan Öğretim Planının İyileşme Süreci ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. (Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özden, K. ve Özmat, M. (2014). Salgın ve Kent: 1347 Veba Salgınının Avrupa'da Sosyal, Politik ve Ekonomik Sonuçları. *İdealkent*, (12), 60-87.
- Özkılıçcı, G. ve Mamatoğlu, N. (2021). Yeni Koronavirüs (COVID-19) Salgını: Tutumlar, Algılar ve Siyasi Lider Stili Tercihi. *Alternatif Politika*, 13(1), 208-246.
- Saadat, S., Rawtani, D. ve Hussain, C. M. (2020). Environmental Perspective of COVID-19. *Science of the Total Environment*, 728. doi:10.1016/j.scitotenv.2020.138870.
- Sağlık Bakanlığı
<https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/43399/0/siy2020-tur-26052022pdf.pdf>. (Erişim tarihi: 26.09.2024).
- Selçuk, E. B. (2020). COVID-19 pandemisi öncesi Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri. In T. Set (Ed.), *Aile hekimliği*

- ve COVID-19 pandemisi (1. baskı, ss. 8-10). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Sezgin, D. (2014). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 3, 73–92.
- Soysal, A. ve Obuz, E. (2020). Sağlık Okuryazarlığı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 1198–1217. doi:10.33437/ksusbd.677560.
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the Public Good. *Health Promotion International*, 16(2), 207–214. doi:10.1093/heapro/16.2.207.
- Tejamaya M, Widanarko B, Erwandi D, Putri AA, Sunarno SDAM, Wirawan IMA, et al. (2021). Risk perception of COVID-19 in Indonesia during the first stage of the pandemic. *Front Public Health*. 21(9),731459.
- The Economist (2020), How society can overcome Covid-19, <https://www.economist.com/open-future/2020/04/04/how-society-can-overcome-covid-19> (Erişim Tarihi: 26.09.2024).
- TÜİK. (2024). Eğitim durumu. Erişim adresi: <https://nip.tuik.gov.tr/?value=EgitimDurumu> (Erişim Tarihi: 19 Ocak 2024).
- Vozikis, A., Drivas, K. ve Milioris, K. (2014). Health Literacy Among University Students in Greece: Determinants and Association with Self-Perceived Health, Health Behaviours and Health Risks. *Archives of Public Health*, 72(1).
- Yalman, F. ve Öcel, Y. (2021). Sağlık Okuryazarlığı ile E-Sağlık Hizmet Tüketimi Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi: E-

Nabız Üzerine Bir Araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(77), 240–254. doi:10.17755/esosder.730331.

Yıldırım, M. ve Güler, A. (2022). Factor Analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A Preliminary Study. *Death Studies*, 46(5), 1,8. doi:10.1080/07481187.2020.1784311.

BİYO BANKACILIĞIN GELECEĞİ: STANDARTLAR, PROSEDÜRLER VE KÜRESEL DİNAMİKLER

Özge ÖZGEN¹

1. BİYO BANKA NEDİR?

Biyobankalar içeriğinde biyolojik materyalleri ve bu materyallerle ilişkili verileri barındıran, örnek türüne ve yapısına göre belirli standartlarda materyal elde edimi gereken, depolama, ilgili verilerin saklanması ve örnek transferi gibi iş akışlarına sahip birimlerdir. İlk kez literatürde biyobanka kavramı 1996 yılında tanımlanmıştır (Loft & Poulsen, 1996). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), biyobankaları, genetik araştırmalar için kullanılması amaçlanan yapılandırılmış kaynaklar olarak tanımlamaktadır (Garden ve ark., 2021). Avrupa Komisyonu, biyobankaların işlevlerini temel düzeyde açıklayan bir belge yayımlamıştır. Bu belgenin içeriğine göre biyobankalar kapsamında aşağıda yer alan amaçlar yer almaktadır;

- (a) Biyolojik materyalleri tıbbi ve epidemiyolojik bilgileri ile birlikte toplamak ve depolamak
- (b) Araştırma projelerini sürekli ve uzun vadeli olarak değerlendirmek
- (c) Materyal elde edilmesi sırasında mevcut ve gelecekteki araştırma projeleriyle ilişkilendirmek
- (d) Bağışçıların mahremiyetini korumak için materyaller üzerinde anonimleştirme uygulamak ve gerektiğinde

¹ Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nadir Hastalıklar Araştırma Laboratuvarı, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0002-1859-3962.

biyolojik materyali yeniden tanımlanabilecek süreç içerisinde kullanmak

- (e) Bağışçıların hukuki ve etik alanda haklarını koruyan yönetim yapıları ve iş akışları oluşturmak.

Biyolojik örneklerin araştırma için kullanımı arttıkça, örnek paylaşımında hastaların gizliliği ve mahremiyeti gibi koruma gereksinimlerine dikkat etme gereksinimi ortaya çıkmıştır. Geçmişten bugüne teknolojinin de ilerlemesi ile günümüzdeki biyobankalar, bu alanda çalışan her kademedeki profesyonellerin insan biyolojik materyallerinin kullanım hakkını güvence altına almak için birlikte çalıştığı karmaşık altyapılar haline dönüşmüştür (Coppola ve ark, 2019).

2. BİYOBANKALARIN ÖNEMİ VE KULLANIM ALANLARI

Biyobankaların varlığı tıbbi gelişmeler alanındaki girişimlere katkıda bulunarak ülkelere sağlık alanındaki ilerlemelerde hız kazandırır. Salgın hastalıklar konusunda hızlı şekilde aktif çözümler üretmeyi sağlar. Biyolojik çeşitliliğin korunması, hastalıklara ve kişiye yönelik bireysel tedavi geliştirilmesinde oldukça önemli faydaları vardır. Bilimsel araştırmalarda ulusal kalkınmaya destek olmak ve uluslararası düzeyde sağlık alanındaki girişimlerin içinde yer almak için biyobankaların varlığı oldukça önemlidir. Geçmişten bu yana biyolojik materyalleri barındıran biyobankalar, günümüzde sadece örnek depolamakla kalmayıp, bu örneklerle ait moleküler, klinik ve sosyodemografik bilgileri de içinde barındırırlar. Teknolojinin gelişimi ile birlikte fiziksel depolama alanlarına ek olarak dijital veri depolama alanları da öne çıkmaktadır.

Biyolojik çeşitlilik özellikleri, canlılara ait farklı popülasyonlar veya aynı popülasyonun farklı bireylerinde heterojen bir yapıda karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla bilimsel

araştırmaların yüksek sayıda materyal ile yapılması araştırmaların daha doğru sonuçlara ulaşması ve topluma sağlık ve teknoloji alanında çok daha geniş kapsamlı fayda sağlama kapasitesini ortaya koyar. Popülasyonlar arasındaki farklılıkları saptamak ve topluma yönelik sağlık stratejilerinin geliştirilmesi için de avantaj sağlamaktadır. Nadir hastalıklar konusunda ise oldukça zor bulunan biyolojik materyalleri bünyesinde barındırarak tedavi geliştirilmesi ve hastalık kaynağının bulunmasında rol oynar.

Biyobankalar da saklanan materyaller doku, serum, plazma, tükürük, idrar, deoksiribonükleik asit, ribonükleik asit, virüs, cDNA, plazmid, mikrobiyom, hücre serileri gibi biyolojik materyaller olabilir. Bununla birlikte kişisel erişim verileri, klinik veriler, sosyodemografik bilgiler, genoma ait veriler de biyobankalar da saklamaktadır. Her bir biyolojik materyalin elde edilmesi ve depolanmasına yönelik prosedürler farklıdır. Temel anlamda benzerlik gösteren yaklaşımlar birim merkezlerde uygulansa da, farklı merkezler farklı düzenlemeler içerebilmektedir. İşte bu nedenle ulusal ve uluslararası merkezlerin prosedürlerin standartlaşmasında koordine olma ve geçerli standardizasyon prosedürlerini uygulamaya koyma ihtiyacı oluşmaktadır. Biyobankanın kurulumundan, örnek elde edilmesine ve bu örneklerin depolanması ve diğer merkezlere transfer edilerek kullanılmasına kadar birçok denetimli ara işlem bulunmaktadır. Bu işlemlerin alanında uzman kişiler tarafından standardizasyonlara ve standart operasyon prosedürlerine uyarak gerçekleştirilmesi, bireylerin hukuki ve etik kurallar kapsamında korunması şarttır.

3. BİYOBANKA TÜRLERİ

Biyobankalar kullanım amaçlarına göre türlere ayrılırlar. Bir biyobanka temel düzeyde nüfusa dayalı biyobankalar ve

hastalıklara dayalı biyobankalar olarak sınıflandırılabilir. Fakat bu temel düzeydeki sınıflandırma birbiri ile ilişkili alt sınıflandırmaları içermektedir.

Nüfusa dayalı biyobankalar: Popülasyonlara yönelik biyolojik materyali, ilişkili bilgiyi ve dijital verileri içerir. Toplumsal düzeyde hastalıkların ortaya çıkış sebeplerini, hastalıkların çevresel kaynaklarını bulmayı, kalıtsal etmenlerini ortaya çıkartmayı, tedaviler geliştirilmesini ve bu sebeplere karşı önlem almayı sağlarlar. Sağlıklı bireylere ait materyaller de depolanabilmektedir. Farklı canlı türlerine ait biyolojik materyallerin saklanması da gıda, ilaç, aşı vb. üretimine katkıda bulunarak ülkelerin farklı alanlardaki sanayi girişimlerini destekler.

Hastalıklara dayalı biyobankalar: Belirli bir hastalık grubuna ait biyolojik materyalleri ve genomik bilgileri taşırlar. Tıbbi araştırmalarda kullanılmak üzere biyolojik materyalin ve materyale ait bilgilerin verisi depolanabilmektedir (Annaratone ve ark., 2021).

Biyobankalar araştırma amaçlarına göre sınıflandırılabilirdiği gibi toplanan biyolojik materyalin işlenme biçimine, materyalin türüne ya da hastalık kategorisine göre de isimler alabilmektedir (Watson ve Barnes, 2011). Araştırma amacıyla yürütülen birimler olabildiği gibi, ulusal kaynakları korumak adına kurulmuş ya da yönetimi güvenlik birimlerine bağlı adli amaçlarla kurulmuş birimlerde olabilirler. Bir biyobankayı, araştırmacıların koleksiyonlarından ayıran en önemli özellik kamu yararına kullanılabilir olmasıdır. Kullanıcılar farklı amaçlı farklı kurum ve kuruluşlardan olabilir dolayısıyla materyallerin kullanıma yönelik hasta/sağlıklı kontrol materyalleri için bireylerden onam formları alınması ve gelecekte yürütülebilecek projelerin kapsamına göre tekrar materyal sahibinin onayının güncellenmesi ihtiyacı doğabilir.

Bununla birlikte aynı örnek farklı araştırma projelerinde kullanılabilmektedir. Bu durumda da materyal sahibinin onam formu güncellemeleri ya da örnek stoklarının kontrol edilmesi ve stok durumlarının yenilenmesi gibi durumlar ortaya çıkar. Veri kayıtlarında tekrar eden bilgiler içermeye ya da güncellenmesi gereken veriler oluşabilir. Biyolojik materyallerin bulunduğu birimler son derece dinamik, her aşaması kontrol gerektiren yapıya sahiptir.

4. BİYOBANKA KURULUMU VE YÖNETİMİ

Biyobankaların alt yapı kurulumunda önem verilmesi gereken başlıca konular şunlardır.

- Deponun alt yapısı, alan gereksinimi ve ihtiyaçları
- Toplanacak biyolojik ve çevresel materyalin saptanması
- Havalandırma, ısıtma, iklimlendirme düzenlemelerinin yapılması
- Alanın güç gereksinimi, elektrik alt yapısının düzenlenmesi, aydınlatma sağlanması
- Gizlilik ve güvenliği sağlamaya yönelik gereksinimlerin karşılanması
- Beklenmeyen durumlara (yangın, sel, deprem, afetler, elektrik kesintileri, mekanik cihaz arızaları vb.) karşı önlem planı oluşturulması

Biyobankalarda çalışacak kişilerin bu alanda yetişmiş uzman personellerden oluşması gerekmektedir. Böylece istenmeyen durumlarla karşılaşıldığında daha hızlı çözüm geliştirilmesi ve örneklerin korunması çok daha sağlıklı şekilde gerçekleştirilecektir.

Yönetim konusunda belirli standartlar çerçevesinde prosedürlerin oluşturulması ve iş akışlarına uygun şekilde işlem

aşamalarını gerçekleştirmek gerekmektedir. Aktif olarak faaliyete geçecek bir biyobanka alt yapı kurulumundan itibaren standart operasyon prosedürleri kapsamında belirli operasyonel aşamalara sahiptir. Bu alanda 2018 yılında ilk kez biyobankacılık alanında uzmanlarında desteğiyle standart prosedürlerin tanımlanmasının yanı sıra biyobankacılığın da görevlerini yerine getirme yeterliliğini de tanımlayan ISO 20387:2018 adlı ISO normu oluşturulmuştur (ISO 20387:2018, 2018). 2019 yılında yayınlanan bir makalede uluslararası birçok biyobanka bu standartlardan haberdar olmasına rağmen kuruluşlarına entegre etmekte geride kalmaktadır diye belirtmektedir (Church ve Richmond, 2019). ISO 20387:2018 standardizasyonuna yönelik akreditasyon belgesinin alınması bağımsız bir kuruluş tarafından verilmekte ve kapsamında aşağıda yer alan konuların tanımlanmasını gerektirmektedir.

- (1) Yönetim, gizlilik ve tarafsızlık politikaları prosedürleri de dahil olmak üzere biyobankanın hedefleri, amaçları ve organizasyon yapısı;
- (2) Edinme, analiz, toplama, veri yönetimi, dağıtım, hazırlama, koruma, test tesisi ve donanım bakımı, ölçümleme ve izleme dâhil olmak üzere gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin standart işletim prosedürleri (SOP' ler);
- (3) Belgelerin ve kayıtların kontrolü, risk ve fırsatların belirlenmesi, iyileştirmeler, düzeltici eylemler, uygun olmayan kayıtlar ve dış sağlayıcıların değerlendirilmesi prosedürleri
- (4) İç denetim ve yönetim incelemeleri, kalite yönetim sistemi performansının doğrulanması, kalite hedeflerinin izlenmesi ve belirli biyobankacılık görevlerini yürütmede personel yeterliliği.

Tüm süreçler kalite yönetim sistemine göre gerçekleştirilmeli ve alt yapı düzenlemeleri İyi Dağıtım

Uygulamaları (GDP) ve İyi Üretim Uygulamaları (GMP) yönergelerine göre tasarlanmalı ve yönetilmelidir (ISO 20387:2018, 2018).

Biyobankalar bağımsız tüzel kişilerin, hükümet birimlerinin, akademik kurumların, hastanelerin, kar amacı gütmeyen veya farklı amaçlarla kurulmuş kuruluşların bünyesinde bulunabilirler. Dolayısıyla çok çeşitli operasyonel süreçlerin gerçekleştirilmesi gerekebilmektedir. Farklı bölge ve farklı ülkelere örnek transferleri süreçlerinde standart operasyon prosedürleri düzenlemelerine uyulması, örnek elde etme kalitesinin de biyobankalar arasında uygulama farklılıklarını göstermemesi gelecekte yapılacak araştırma projelerinin sonuçlarının kalitesini doğrudan etkiler. Depolanmak üzere toplanan örneklerin ön analitik verilerinin SPIDIA yönergeleri izlenerek toplanması bu konuda fayda sağlayacaktır. SPIDIA 22 pan-Avrupa CEN ve uluslararası ISO standart belgesinin yanı sıra harici kalite değerlendirme şemaları geliştirerek ve uygulayarak kişiselleştirilmiş tıbbi uygulanan ön analitik iş akışlarının standardizasyonunu sağlamayı ve nihayetinde dünya çapında sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi amaçlamıştır (SPIDIA, 2024) Standartlar ayrıca yeni AB İn vitro Tanı Yönetmeliği' nin (IVDR) uygulanmasını da desteklemektedir. Son on yılda bu alanda faaliyet gösteren Uluslararası Biyolojik ve Çevresel Kütüphaneler Derneği (ISBER), Avrupa Biyobankacılık ve Biyomoleküler Kaynaklar Derneği (ESBB), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC), Kanada Doku Depolama Ağı (CTRnet), Biyobankacılık ve Biyomoleküler Kaynaklar Araştırma Altyapısı - Avrupa Araştırma Altyapısı Konsorsiyumu (BBMRI-Eric) gibi kuruluşlar biyobankaların operasyonel süreçleri için kılavuzlar yayınlamışlardır ve uluslararası ağların bir parçası olarak farklı merkezlerin uyum süreçlerinde aktif olarak rol almışlardır ve geliştirilen ISO 20387:2018 standartlarının belirlenmesinde ve

benimsenmesinde katkıları bulunmaktadır (De Blasio ve Biunno, 2021).

5. ETİK VE HUKUKİ KONULAR

İnsan ile ilgili yapılacak ve yapılması planlanan araştırmalardaki uyulması gereken etik ve hukuki konuların geliştirilmesinde ilk kez 1964 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan ve günümüze dek revize edilen Helsinki Bildirgesi insan haklarının korunması için devletlerin bilimsel araştırmalar alanındaki politikalarına ve bu alanda yapılacak çalışmaların etik yönlerine, standardizasyonlara ve iyi uygulama kılavuzlarına yön vermektedir (Ertin ve Temel 2016).

Biyobankalar alanında devletlerin politikaları, hukuki prosedürleri ve paydaşlarına yönelik değişimler yaşandıkça söz konusu etik ve hukuki prosedürlerin de tekrar gözden geçirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Araştırma projeleri bireysel laboratuvarlarda, çok uluslu ortaklar arasında, farklı ülke ve kurumlarda, ticari kuruluşların bünyesinde yapılabilmektedir. Bu durum da finansal kaynak sahiplerinin elde edilen verilerin kullanımını yaygınlaştırmasını teşvik etme durumunu da ortaya çıkartır. Çok yüksek sayıda genomik bilginin ortaya çıkışı ve teknolojinin de ilerlemesi ile örnek sahiplerinin mahremiyeti, insanların verilerinin ve bireysel haklarının korunması geçmişten bugüne gelen deneyimlerinin sonuçları da dikkate alındığında etik ve hukuki konular ile uyum içerisinde düzenlenmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkar (WMA Helsinki Bildirgesi - İnsan Deneklerin Dahil Olduğu Tıbbi Araştırmalar İçin Etik İlkeler).

Biyobanka kapsamında, 2005' de ISBER materyallerin toplanması, saklanması ve geri getirilmesi konusunda öncü bir kuruluş olarak uygulamaları içeren teknik ve etik konuları yayınlamıştır. Daha sonra önerilen uygulamalar 2008 ve 2012 de tekrar güncellenmiştir. 2007 yılında ise Amerika Ulusal Kanseri

Enstitüsü (NCI) iyi uygulamalar kılavuzunu benzer şekilde yayınlamıştır. Bu kılavuz operasyonel, teknik, etik, yasal ve politika uygulamalarını içermektedir. NCI kılavuzu 2011 ve 2016’ da tekrar güncellenmiş ve sadece insandan elde edilen örneklerle dair yönergelerle sahiptir. Bunun dışında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)’ nün Biyolojik Kaynak Merkezleri için kılavuzları 2007 yılında yayınlanmış ve ardından 2009 yılında İnsan Biyobankaları ve İnsan Genetik Veritabanları hakkında da iyi uygulamalar kılavuzları yayınlamıştır. Bu kılavuzlar amaç kapsam ve detaylandırma açısından birbirinden farklılık gösterir ve ilerleyen zaman içerisinde güncellenmektedirler (Bledsoe, 2017:142-147).

6. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM VE GİZLİLİK

Avrupa Konseyinin 2016 da ek olarak güncellenen kararında insan örneklerinin araştırmalarda kullanımına dair, örneklerin nasıl saklanacağı, kimlerin nasıl kullanabileceği, erişim sağlayabileceği ve transfer edileceğine dair net işlem aşamaları tanımlanmıştır. Bağımsız örnek koleksiyonlarının denetlenmesi ve örneklerin kullanım öncesi onam alınması gerekliliğini ortaya koymuştur. Dünya Tabipler Birliği (WMA), 2016 yılında biyobankalar için etik yönergeler yayınlamıştır. Bu yönergeler, tanımlanabilir örnekler için geçerlidir ve onamın muaf tutulabileceği durumları çok sınırlı olarak tanımlar; bu durum yalnızca ciddi ve acil tehditler için ve ya anonim verilerin yeterli olmadığı durumlarda geçerlidir. Avrupa Konseyi’nin tavsiyelerinde olduğu gibi, bu yönergelerde de şeffaflık, katılım ve hesap verebilirlik esaslı yönetim vurgulanmaktadır (Bledsoe, 2017 142-147; Council of Europe, 2016).

Biyobankalardaki örneklerin toplanması ve kullanımı için örnek sahiplerinden onam formu alınması gerekir. Onam formu, bir kişinin belirli bir işlem, araştırma veya müdahale için

bilgilendirilmiş ve gönüllü onam verdiğini gösteren yazılı bir belgedir. Bu form, katılımcıya, örneğe ait verilerin ve materyalin nerede kullanılabileceğine dair detaylı bilgi sunar, zarar, risk ve yararları açıklar ve sürecin tamamen gönüllülük esasına dayandığını belirtir, sorumlu merkez hakkında bilgi sunar ve kişinin istediği zaman onam formunu iptal edip araştırmadan çıkma hakkı olduğunu belirtir. Onam formunun temel özellikleri arasında bilgilendirme, gönüllülük ve yazılı onay yer alır. Ayrıca, etik kurallara ve yasal gerekliliklere uygun olarak hazırlanmalıdır. Tıbbi müdahalelerde, klinik araştırmalarda ve deneylerde örneklerin toplanma aşamasından önce kişinin onamını almak gerekliliği mevcuttur. Onam formu, hem katılımcıların hem de uygulayıcıların haklarını korur ve sürecin etik ve yasal standartlara uygun olmasını sağlar. Yetişkin bağışçıların onam formu kendileri tarafından imzalanıp onaylanırken, reşit olmamak, acil durum ya da kişinin onam verme yeterliliğinde olmaması (Zihinsel engel vb.) durumlarında ise onam formu, kişinin haklarını ve çıkarlarını korumakla yükümlü olan kişi tarafından verilebilir. Onam formu alınmış olsa da araştırma projesinde çalışacak hekimlerin ya da tıbbi personelin bağışçıların haklarının korunmasına yönelik sorumlulukları, çalışmaların her aşamasında ve çalışmanın sonlanmasından sonra da devam eder.

Onam formları ulusal ve uluslararası merkezler de büyük oranda çeşitlilik göstermektedir. Bu çeşitlilik merkezlerin kullanım alanlarına yönelik farklılıklardan da kaynaklanabiliyor olsa da onam formlarına dair maddeler halen geliştirilmeye ve tartışılmaya açık alanlardır. Özellikle bağışçıların yaşamlarının sonlanması halinde örneklerin imha edilip edilmeyeceği net sınırlar çerçevesinde tanımlanmamıştır (Hirschberg, Knüppel ve Strech, 2013). Bununla birlikte de omiks alanı ile ortaya çıkan yüksek sayıda verinin, gelecekte kişilere ait bilgilerin kullanımına yönelik bağışçıların ve toplumun karşılaşılabileceği durumlar

henüz onam formlarında tanımlanmayı beklemektedir. Aynı zamanda gelecekte yapılabilecek olası araştırma projelerinin süreçlerinde zorluk yaratmayacak ve kişilerin belirlenmiş haklarını ve sınırlamaları belirten ‘Geniş Onam Formu’ da kullanılmakta ve tavsiye edilmektedir (Grady ve ark., 2015). Verilerin gizlilik tanımları kültür yapısına, devletlerin uyguladığı politikalara, zamana ve şartlara göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle her zaman bağışçıların özerkliği, kişisel kararları, haklarına saygı duyulması ve her araştırma projesinde tekrar bilgilendirme yapılarak onaylarının alınması doğru bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır.

7. BİYOBANKALARDA VERİ YÖNETİMİ

7.1. Veri Toplama

Bilimsel araştırmalara başlamadan önce hangi kurumda projeler yürütülecek ise ilişkili etik kurul komitesinden gerekli izinlerin alınması gerekmektedir. Bu izinler alındıktan sonra toplanan örnekler ait sosyodemografik, klinik, genetik vb. bilgiler ne kadar kapsamlı ve detaylı olursa araştırma sonucu ulaşılabilecek sonuçların değeri de o kadar artmaktadır. Bu bilgiler manuel yöntemler ile excel vb. programlara kaydedildiğinde ise insan hatalarına açık hale gelir. Fiziki dosyalama sistemleri kullanıldığında ise çok büyük alan kaplayarak bilgiye ulaşım süresini arttırmakta ve ek düzenlenmiş alanlara ihtiyaç duymaktadır. Büyük çeşitlilik ve sayı içeren verilerin işlenmesi sırasında bu şekilde bilgi depolanması zorluk yaratır ve verimliliği düşürür, farklı merkezler ile veri paylaşımında ise zorluk çıkarmaktadır. Verilere ait güncelleme yapılması da zordur.

Biyobankalar da toplanan veri türleri sadece bağışçıların kişisel, klinik ya da genomik bilgilerine dair veriler değildir. Bağışçı materyallerinin toplanmasından sonra örneklerin işleme

prosedürlerinde kullanılan ön, ara ve son teknik işlemlere dair veriler, saklama alanının ve kullanılan alanın çevresel koşullarına dair veriler, transfer edilme koşulları ile ilgili veriler gibi operasyonel prosedürlere dair değişkenlik gösteren verilerin de kayıtlarının düzenli olarak tutulması kalite yönetimi standartları açısından gereklidir (Zheng ve Wang, 2023).

7.2. Biyolojik Materyallere Ait Verilerin Kodlanması

Değişen günümüz koşulları ve ilerlemeler araştırmaların da süregelen yapısını genişletmiştir. Teknolojinin de gelişimi ile artık sağlık alanındaki araştırmalar genomik, transkriptomik, epigenomik, proteomik veya metabolomik alanları birlikte kullanabilen kapsamlı araştırma formlarına dönüşmüştür. Bu aşamalarda biyolojik örneklerin veri kapsamının kalitesi oldukça önemlidir. Biyolojik belirteçlerin, mutasyonların ya da tedaviye etki edebilecek değişken verilerin saptanmasında yüksek sayıda kaliteli veriler fayda sağlar. Biyobankaların standart kılavuzlara göre tüm operasyonel aşamalarını yapılandırmaları, araştırma faaliyetlerinin sonuçlarını doğrudan etkiler, kişiye özel tedavi yaklaşımlarına olanak tanır ve büyük miktarda biyolojik materyalin araştırmalarda kullanılması konusunda temsilcilik yapmaktadır. Bu nokta da toplanan verilere ait etik ve hukuki kurallara uyulması, bağışçının kişisel gizliliğinin korunması gereklidir. Dolayısıyla bağışçıya ait örnek depolanırken kişinin gizliliğini korumak adına 3. şahıslar ve kurumların ulaşamayacakları kodlama sistemi geliştirilir. Materyaller biyobankaların sorumlu birimi tarafından kodlanır ve kişiye ait örneklerin muhafaza edildiği materyal üzerinde kodu içeren etiketleme sistemi kullanılır. Bu kodlar araştırma projesine, örneğin geliş tarihine, örnek türüne, işlem görme sayısına, işlem sırasında kullanılan malzeme türüne, örneğin konumlandığı yere göre değişiklik ve birliktelik gösterebilir (Leusmann et al., 2015). Biyobankalar da toplanan verilerin belirli zaman dilimlerinde yedekleme prosedürlerine ihtiyacı vardır. Böylece veri

kayıplarının önüne geçilmiş olunur. Kodlama sisteminin yönetimi için örneğe ait bilgilerin depolamasında biyobankaya özel yazılımlar geliştirilebilir. Bu yazılımların güncellenebilir yapıya sahip olması ve gizlilik şartlarını sağlaması önemlidir. Bağışçıya ait örnek verileri anonim, anonimleştirilmiş ya da tanımlanmış olabilir. Etik konular, bağışçı hakları ve araştırma projelerinin kalitesinin arttırılması kapsamında her bir konu birlikte değerlendirildiğinde anonimleştirilmiş örnek yani örnek sahibinin kişisel verilerinin bilindiği fakat araştırma sırasında ana merkez harici tanımlanamayacak şekilde kodlandığı örnek kodlama yöntemi avantaj sağlamaktadır. Bunun yanında anonimleştirilmiş örnek ve bilgilerin kullanıcılara açık olduğu tanımlanmış örnekler ek gizlilik prosedürlerine ihtiyaç duyarlar (https://hugen.hacettepe.edu.tr/etk/etk_biyobanka120515.pdf). Transfer merkezleri ile veri paylaşımı ve verilere erişilebilirlik de hukuki çerçevede belirlenmiş sözleşmeler eşliğinde bağışçıların kişisel hakları korunarak ve araştırmanın tıbbi gelişime katkısı değerlendirilerek kontrollü şekilde gerçekleştirilmesi gereken işlemlerdir.

7.3. Biyobankaların Uygulama ve Araştırma İmkanları

Biyobankalar bünyesinde barındırdığı yüksek sayıdaki veri ve materyal ile genetik araştırmalar ve hastalık modelleri üzerinde tedavi geliştirilmesine katkıda bulunma potansiyeli taşırlar. Günümüzde tedavi yaklaşımları kişisel tıp ve kişiye özel tedavi yöntemleri üzerine odaklanmaktadır. Elde edilecek veriler ilaç ve aşı geliştirme konusunda klinik araştırmalara yön verir. Aynı zamanda bu veriler epidemiyolojik araştırmaları da açıklığa kavuşturabilecek bilgi kapsamına sahiptirler. Bunun yanında biyobankalar insan dışında farklı türlere ait veri ve materyali de barındırabilirler. Biyobankalar da korunan farklı türlere ait materyaller, insan yararına ve aynı zamanda da yaşamın dengesini korumaya yönelik kullanım potansiyeli taşımaktadır.

7.4. Biyobankaların Yöneldiği Küresel Eğilimler

Günümüzde biyobankalara ait yaklaşımlar artan bilimsel bilgi, deneyim ve dijitalleşme ile değişim geçirmiştir. Büyük veri setlerinin analizine kaynak sağlayan biyobankalar bireylerin genetik ve biyomoleküler bilgileri sayesinde çok daha doğru ve etkili kişiselleştirilmiş tedaviler ve önleyici koruyucu yaklaşımlar sunabilmektedirler.

Dijitalleşmenin artışı ile biyobankaların iş akış verimi artmıştır ve bilgiye erişilebilirlik sağlanabilmektedir. Bulut tabanlı depolama çözümleri, veri güvenliği ve erişilebilirliği artırır. Bununla birlikte yapay zeka gibi teknolojiler biyobankaların veri analizi yeteneklerine de hız kazandırmaktadır. Farklı merkezlerin veri paylaşımı konusu, merkezleri standart prosedürleri uygulamaya koyma konusunda teşvik etmiş ve paylaşılabılır ağ yapılanmalarına doğru yönlendirmiştir. Dünya çapında veri paylaşımı ve işbirliği teşvik edilmiştir. Bu iş birlikleri farklı bölgelerde konumlanan biyobankaların veri uyumunu sağlar ve küresel çaptaki araştırmaların kapsamını genişletmektedir. Araştırmaların küresel çapta genişlemesi ile de uluslararası düzenlemeler ve yönergeler farklı merkezlerin etik standartlara uyma konusundaki çabalarını yönlendirir (Brancato ve ark., 2024)

Ayrıca Covid-19 vb. gibi küresel kapsamda meydana gelen sağlık sorunlarında biyobankalar, virüslerin genetik analizlerine imkan vermesi, aşı geliştirme, tanı ve tedavi stratejilerinin ortaya konması ve risk yönetimlerinin tekrar oluşturulması konusunda katkıda bulunmuştur (Henderson ve ark., 2020).

8. SONUÇ

Biyobankalar gelişen bilimsel ve teknolojik ilerlemeleri yansıtarak, kişiselleştirilmiş tıbbın ve küresel sağlık araştırmalarının temelini oluşturmaktadır. Biyobankaların oluşumunun her aşamasında standardizasyon prosedürlerine, etik ve hukuki konulara dikkat edilmesi gerekir. Küresel çapta, insani değerleri öncelik alarak ortak yöntem ve değerleri benimsemek tıbbi araştırmaların kapsamını genişleterek sağlık alanındaki gelişime hız kazandıracaktır. Dijitalleşme, uluslararası işbirlikleri, etik düzenlemeler ve klinik uygulamalar gibi alanlardaki gelişmeler, biyobankaların farklı alanlardaki etkisini ve önemini artırmakta ve sağlık alanındaki önemli sorunları çözmek için geniş bir potansiyel sunmaktadır. Yine de biyobankalar arası uyum süreci ve ağlar arasındaki koordinasyonlar geliştirilmeyi bekleyen bir durum olarak günümüz de karşımıza çıkmaktadır. Gelecekte biyobankacılığın daha da gelişmesi, yenilikçi çözümler ile desteklenmesi ve küresel çapta iş birliği yaparak etkinliğinin artırılması öngörülmektedir.

REFERANSLAR

- Annaratone, L., De Palma, G., Bonizzi, G., Sapino, A., Botti, G., Berrino, E., Mannelli, C., Arcella, P., Di Martino, S., Steffan, A., Daidone, M. G., Canzonieri, V., Parodi, B., Paradiso, A. V., Barberis, M., & Marchiò, C.; Alleanza Contro il Cancro (ACC). (2021). Pathology and biobanking working group: Basic principles of biobanking: From biological samples to precision medicine for patients. *Virchows Archiv*, 479(2), 233-246. <https://doi.org/10.1007/s00428-021-03151-0>
- Bledsoe, M. J. (2017). Ethical, legal, and social issues of biobanking: Past, present, and future. *Biopreservation and Biobanking*, 15(2), 142-147. <https://doi.org/10.1089/bio.2017.0030>
- Brancato, V., Esposito, G., Coppola, L., Cavaliere, C., Mirabelli, P., Scapicchio, C., Borgheresi, R., Neri, E., Salvatore, M., & Aiello, M. (2024). Standardizing digital biobanks: Integrating imaging, genomic, and clinical data for precision medicine. *Journal of Translational Medicine*, 22(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12967-024-04891-8>
- Church, T. D., & Richmond, F. J. (2019). Biobank continuity management: A survey of biobank professionals. *Biopreservation and Biobanking*, 17(5), 410-417. <https://doi.org/10.1089/bio.2018.0142>
- Coppola, L., Cianflone, A., Grimaldi, A. M., Incoronato, M., Bevilacqua, P., Messina, F., Baselice, S., Soricelli, A., Mirabelli, P., & Salvatore, M. (2019). Biobanking in health care: Evolution and future directions. *Journal of Translational Medicine*, 17(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12967-019-1922-3>

- Council of Europe. (2016). Recommendation CM/Rec(2016)6 of the Committee of Ministers to member States on research on biological materials of human origin. Retrieved from https://www.coe.int/en/web/bioethics/biobanks/-/asset_publisher/lcb5Z6eMEwYb/content/research-on-biological-materials-of-human-origin-new-recommendations-to-member-stat-1
- De Blasio, P., & Biunno, I. (2021). New challenges for biobanks: Accreditation to the new ISO 20387:2018 standard specific for biobanks. *BioTech (Basel)*, 10(3), 13. <https://doi.org/10.3390/biotech10030013>
- Garden, H., Hawkins, N., & Winickoff, D. (2021). Sağlık inovasyonu için genomik ve biyobankalarda iş birlikçi platformların oluşturulması ve sürdürülmesi. OECD Bilim, Teknoloji ve Sanayi Politika Belgeleri, OECD Yayıncılık, No. 102. <https://doi.org/10.1787/11d960b7-en>
- Grady, C., Eckstein, L., Berkman, B., Brock, D., Cook-Deegan, R., Fullerton, S. M., Greely, H., Hansson, M. G., Hull, S., Kim, S., Lo, B., Pentz, R., Rodriguez, L., Weil, C., Wilfond, B. S., & Wendler, D. (2015). Broad consent for research with biological samples: Workshop conclusions. *American Journal of Bioethics*, 15(9), 34-42. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1062162>
- Ertin H. ve Temel K. M. (2016). İnsan üzerindeki deneyler ve ilgili etik-yasal metinler. *Anatolian Clinic*, 223.
- Hacettepe Üniversitesi, UNESCO Türkiye Milli Komisyonu. (2015). Biyobanka Yönetişimi. https://hugen.hacettepe.edu.tr/etk/etk_biyobanka120515.pdf
- Henderson, M. K., Kozlakidis, Z., Fachiroh, J., Wiafe Addai, B., Xu, X., Ezzat, S., Wagner, H., Marques, M. M. C., &

- Yadav, B. K. (2020). The responses of biobanks to COVID-19. *Biopreservation and Biobanking*, 18(6), 483-491. <https://doi.org/10.1089/bio.2020.29074.mkh>
- Hirschberg, I., Knüppel, H., & Strech, D. (2013). Practice variation across consent templates for biobank research: A survey of German biobanks. *Frontiers in Genetics*, 4, 240. <https://doi.org/10.3389/fgene.2013.00240>
- ISO 20387:2018. (2018). *Biotechnology — Biobanking — General requirements for biobanking (Edition 1)*.
- Leusmann, P., Veeck, J., Jäkel, J., Dahl, E., Knüchel-Clarke, R., & Spreckelsen, C. (2015). Towards sustainable data management in professional biobanking. *Studies in Health Technology and Informatics*, 212, 94-102.
- Loft, S., & Poulsen, H. E. (1996). Cancer risk and oxidative DNA damage in man. *Journal of Molecular Medicine (Berlin)*, 74(6), 297-312. <https://doi.org/10.1007/BF00207507>
- SPIDIA. (2024). <https://www.spidia.eu/projects/standard-documents>
- Watson, P. H., & Barnes, R. O. (2011). A proposed schema for classifying human research biobanks. *Biopreservation and Biobanking*, 9(4), 327-333. <https://doi.org/10.1089/bio.2011.0020>
- Zheng, L., & Wang, L. (2023). Comprehensive information management system for a medical research cohort biobank based on quality by design. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02318-w>

EMPLOYER BRANDING FOR HOSPITALS: EFFECTS OF TRUST IN PHYSICIAN AND HOSPITAL THROUGH BRAND UNIQUENESS

Çağla Pınar UTKUTUĞ¹

1. INTRODUCTION

Employer branding addresses “the package of functional, economic and psychological benefits provided by employment and identified the employing company” from an HRM perspective through the internal marketing approach (Ambler and Barrow, 1996). As noted by Edwards (2010), employer branding is inherently multidisciplinary. Existing literature can primarily be categorized into two distinct domains. Those focusing on HRM, which examine perceptions of current and prospective employees (e.g., Chun, 2005; Chun and Davies, 2006; Davies, 2008; Davies et al., 2001; Davies et al., 2010; Lievens and Highhouse, 2003; Lievens et al., 2005; Lievens, 2007; Lievens et al., 2016), and those aligned with marketing, which consider the perceptions of current and potential customers (e.g., Chaudhuri and Holbrook, 2001; Fournier, 1998; Louis and Lombart, 2010). According to the foundation of the concept, a company brand distinguishes its employer branding by integrating the economic and social benefits (i.e., compensation, health insurance, daily food, transportation support, etc.) with psychological benefits (adjustment with brand personality traits such as sincerity, excitement, sophistication, ruggedness, and competence) to its actual and potential employees (Lievens, 2007; Lievens and

¹ Doç. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık Yönetimi Bölümü
cagla.bozoklu@hbm.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4147-9519.

Highhouse, 2003). Despite the previous attempts, the existing frameworks often leave critical aspects of the employer branding process inadequately addressed (Gardner et al., 2011; Theurer et al., 2018). To bridge this gap, this research grounded in marketing has incorporated brand equity theory, particularly the instrumental-symbolic and employer knowledge frameworks.

2. EMPLOYER BRANDING CONCEPT

The concept of employer branding within the healthcare services acts as a pivotal communication tool, operating within a triangular framework that encompasses the company, its employees, and its customers (de Chernatony & Harris, 2000). This triadic relationship underscores the necessity for healthcare professionals to comprehend the brand promise and their integral role in its delivery to patients, which is central to effective internal marketing strategies (Mosley, 2007). As branding literature has evolved, there has been a notable shift from internal marketing to internal branding, characterized as an “inside-out” value-based methodology (Mosley, 2007). This paradigm emphasizes the critical need for health professionals to internalize brand values and subsequently communicate these values to patients, thereby bolstering the sustainability of robust employer branding (Berthon et al., 2005; Hatch & Shultz, 2001; Mosley, 2007). Such alignment not only enhances the performance of healthcare professionals but also engenders trust and positive emotions among patients who interact with dedicated employees (Hoffman & Woehr, 2006).

In the context of hospital employer branding, instrumental attributes refer to the objective and factual attributes of the institution (Fréchette et al., 2013; Lievens et al., 2007; Soulez & Guillot-Soulez, 2011; Thai & Latta, 2010; Tumasjan et al., 2011; Van Hoya & Saks 2011; Van Hoya et al., 2013), such as patients’

trust in physicians and the hospital. Consequently, patients often choose a hospital based on their utilitarian need to maximize benefits while minimizing risks and costs (Lievens & Highhouse, 2003, p. 79). On the other hand, symbolic attributes pertain to the intangible characteristics of a hospital, including brand associations that shape patients' perceptions (Lievens et al., 2005) such as the brand uniqueness. Patients may favor a hospital due to social identification needs, which encompass self-identity and the desire to enhance one's self-image (Lievens & Highhouse, 2003, p. 79). Lievens and Highhouse (2003) particularly assert that these symbolic attributes play a crucial role in differentiating a hospital's brand within a competitive landscape. In summary, for regular patients who utilize instrumental attributes to assess a hospital's employer branding, trust in healthcare providers and the institution signifies a secure environment for receiving healthcare services. Moreover, the uniqueness of a hospital brand serves as a significant symbolic attribute, functioning as a key differentiator in the employer branding process.

2.1.The Effects of Trust in Physician and Hospital to Employer Branding

Within the context of transactions with high uncertainty, such as healthcare services, trust is a critical cognitive component because it indicates potential positive outcomes by reducing perceived risks for patients (Cao and Wang, 2018; Gong et al., 2021). Trust in healthcare services is generally considered an “optimistic acceptance of a vulnerable situation in which the trustor believes the trustee will care for the trustor's interests” (Hall et al., 2001; Lewandowski et al., 2021). Inherently, the trustee concept covers two different parties: healthcare professional and the hospital. Interpersonal trust, defined as an individual's belief in another person or group, typically develops through three progressive stages: calculus-based trust, knowledge-based trust, and identification-based trust (Paillé et

al., 2015; Li & Hsu, 2018). Initially, calculus-based trust manifests, wherein rational participants evaluate others based on a cost-benefit analysis. Through continued interactions, the relationship evolves into knowledge-based trust as individuals accrue insights regarding each other's reliability. This process culminates in identification-based trust, wherein the trustor develops the ability to anticipate the trustee's future actions (Paillé et al., 2015; Schoenherr et al., 2015). A patient's trust in the physician is directly correlated with favorable patient attitudes and behaviors (Safran et al., 1998; Thom et al., 2002). This trust influences various aspects, including acceptance of medical treatment (Altice et al., 2001; Ostertag et al., 2006), a reduction in perceived financial risks associated with medication costs (Thom, Hall, & Pawlson, 2004), and an increased willingness to return to the physician for preventive care (Chang et al., 2013; Straten et al., 2002). Furthermore, the establishment and maintenance of trust between patients and physicians, as it relates to customer-contact employees, serves as a catalyst for the development of enduring customer-firm relationships (Claycomb & Martin, 2002; Guenzi & Georges, 2010), ultimately enhancing the corporate brand image. Consequently, physicians who embody the hospital's brand identity are more likely to engage in customer-oriented behaviors (Tavassoli et al., 2014), strengthening the employer branding as perceived by patients. Moreover, trust in hospitals as service provider brands enhances overall evaluations of hospital performance, contributing to a more favorable perception of their services (Davies, 2008; Leissen and Hyman, 2004; Lewandowski et al., 2021; Theurer et al., 2018), increases motivation to recommend healthcare providers to others (Zheng et al., 2002). Therefore, the following hypotheses are assumed:

H1: Trust in physicians positively influences the employer branding of the most preferred hospital.

H2: Trust in hospital positively influences the employer branding of the most preferred hospital.

2.2.The Effects of Trust in Physician and Hospital to Brand Uniqueness

As highlighted by De Chernatony and Harris (2000) and Mosley (2007), such employees cultivate intangible brand characteristics that are inherently difficult for competing brands to replicate, establishing them as essential components of service brand differentiation. Perceived uniqueness serves as a critical identifier of a brand. According to Netemeyer et al. (2004), this concept refers to the extent to which a brand can be distinguished, facilitating its recognition and recall in a crowded marketplace. During service interactions, customers are equipped with the knowledge necessary to anticipate future actions within their interactions (Paillé et al., 2015; Schoenherr et al., 2015). This form of trust enables customers to project their expectations for future engagements, which are underpinned by the service employees' ability to differentiate the brand from competing entities. Given this framework, the following hypotheses are posited:

H3: Trust in physicians positively influences the brand uniqueness of the most preferred hospital.

H4: Trust in hospitals positively influences the brand uniqueness of the most preferred hospital.

2.3.The Effects of Brand Uniqueness on Employer Branding

A robust employer brand, particularly when linked to reputable healthcare professionals, generates a halo effect, positively influencing current patients' perceptions and leading to favorable evaluations of the hospital brand. This is crucial as a hospital's brand identity encompasses various elements that

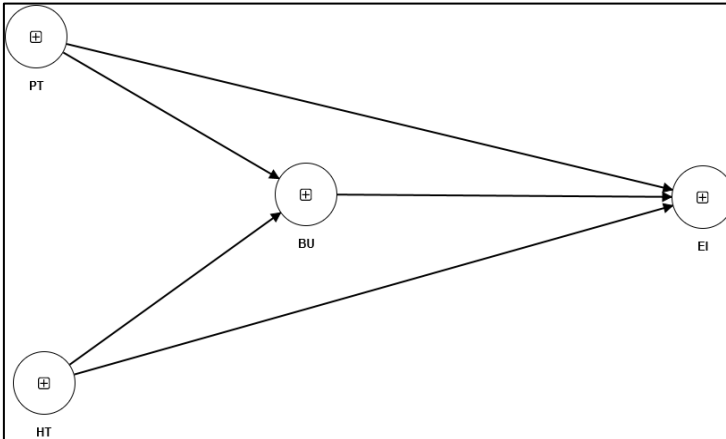
distinguish its services from those of competitors (Theurer et al., 2018). The perceived uniqueness derived from patient experiences fosters favorable assessments of a company's brand (Berger and Heath, 2008; Tian, Bearden, and Hunter, 2001). A gratifying brand experience highlights the key differentiating attributes in patients' perceptions, thereby abstracting the hospital's brand uniqueness in comparison to competing offerings (Hafez, 2022). Hence, it is hypothesized that:

H5: Brand uniqueness positively influences the employer branding of the most preferred hospital.

3. MATERIALS & METHOD

This study investigates the influence of trust in healthcare providers—specifically physicians and hospitals—on the employer branding with the mediating effect of perceived uniqueness of the most favored hospital among patients. The proposed research model, illustrated in Figure 1.

Figure 1. The Research Model



In the preparation of the questionnaire, a rigorous double-blind back-translation method was employed. A group of target

respondents, consisting of 99 undergraduate students enrolled in the "Human Resources Management in Healthcare" course, was solicited to evaluate their understanding of the questionnaire items. The scales measuring patient Trust in Physicians and Hospitals were derived from the recent study by Lewandowski et al. (2021). Additionally, the Human Resource Management (HRM) Image Scale comprised five items originally crafted by Highhouse et al. (2003). Perceived Uniqueness was quantified using a four-item scale proposed by Netemeyer et al. (2004). Each of the scale items utilized a 7-point Likert scale, where responses were anchored from 1 (completely disagree) to 7 (completely agree). Participants were instructed to complete the questionnaire based on their preferred hospital, as familiarity with employers is a crucial element of the concept. Following a training session, students reached out to respondents to invite their participation in the research via electronic survey forms in June 2023. Employing snowball and convenience sampling techniques, a total of 117 valid responses were gathered from diverse consumer demographics in Ankara, Turkey. To analyze the data, the Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) approach utilizing SmartPLS 4.0 was selected because the bootstrap resampling technique facilitated the assessment of the stability of estimates and interaction effects, particularly beneficial given the relatively small sample size (Chin, Marcolin, and Newsted, 2003).

4. RESULTS

4.1. Demographics and Descriptive Statistics

The demographic analysis of the research sample reveals that a significant majority of participants are female, comprising 58.1% of the total respondents. A substantial proportion of the sample falls within the younger demographic (78.6% between 18

and 32 years). Notably, nearly half of the participants (40.1%) possess at least a university diploma, suggesting a higher level of education within the sample. Regarding healthcare preferences, a predominant majority of participants—89.4%—are covered by public health insurance. Furthermore, 59.8% of the sample exhibit a consistent preference for a particular public hospital for their healthcare needs.

On the aspect of trust in healthcare providers, the data demonstrates that trust in physicians (mean=5.32) and trust in hospitals (mean=4.98) is perceived as comparatively stronger than the perceived brand uniqueness of healthcare institutions (mean=4.42). This suggests that while participants exhibit a higher level of confidence in individual healthcare service providers and the institutions themselves, the employer branding of the most favored hospitals (mean=5.10) are regarded as relatively weaker. This discrepancy highlights an important area for further investigation, particularly in understanding the factors that contribute to both trust and brand perception within the healthcare services.

4.2.The Validity and Reliability Analyzes of the Scales

Prior to the evaluation of the research model, it was essential to assess the internal consistency reliability, convergent validity, and discriminant validity of all constructs and their respective indicators through confirmatory factor analysis (CFA). First, factor loadings were examined. The reverse items (HT1 and PT1) belong to the trust in physician, and trust in hospital scales were dropped due to being calculated under the .30. Within the context of the revised model structure, all factor loadings were between .806 and .973. As Cronbach's Alphas (between .693 and .931), similarly Rho-as (between .731 and .933), CR coefficients (.865 and .951), and AVEs (.762 and .829) were also measured above the thresholds, both internal consistency reliability and

composite reliability were achieved (Hair et al., 2017). The related coefficients are presented in Table 1.

Table 1. Findings of Construct Reliability and Validity

Construct	Item	Factor Loading	Rho-a	Cronbach's Alpha	CR	AVE
Physician Trust (PT)	PT2	.894	.933	.931	.951	.829
	PT3	.917				
	PT4	.877				
	PT5	.895				
Hospital Trust (HT)	HT2	.910	.916	.913	.935	.743
	HT3	.834				
Employer Branding (EB)	EB1	.881	.731	.693	.865	.762
	EB2	.877				
	EB3	.873				
	EB4	.806				
	EB5	.870				
Brand Uniqueness (BU)	BU1	.895	.925	.918	.942	.802
	BU2	.913				
	BU3	.932				
	BU4	.902				

For the discriminant validity, Henseler et al. (2016) state two relevant conditions for the threshold level for HTMT. First, the correlations of the variables should occur below the threshold level of .85. Second, if constructs are conceptually similar, the threshold level should be examined as .90. As seen in Table 2, all constructs' correlations are calculated under the basic threshold level. The assessment of discriminant validity demonstrated that the measurements of all constructs within the model are distinct and separable from one another. In addition, the threshold level is accepted as 5.0 for VIF values. Such results suggest that the multicollinearity is at acceptable levels ($VIF_{HT-BU} = 1.719$, $VIF_{PT-BU} = 1.719$, $VIF_{HT-EB} = 2.237$, $VIF_{PT-EB} = 2.000$, $VIF_{BU-EB} = 2.292$) (Hair et al., 2019: 10).

Table 2. The Discriminant Validity

	BU	EB	HT	PT
BU				
EB	.763			
HT	.855	.808		
PT	.706	.649	.791	

4.3.Model Tests

According to R^2 values, 0.75, 0.50, and 0.25 can be considered substantial, moderate, and weak threshold levels (Hair et al. 2019), perceived brand uniqueness ($R^2 = 55.6\%$) and employer branding ($R^2 = 54.9\%$) are explained moderately. Prediction Power coefficients of perceived brand uniqueness and employer branding were calculated more significant than zero ($Q_{BU}^2 = .542$, $Q_{EB}^2 = .457$). According to the f^2 values, $HT \rightarrow BU$, $PT \rightarrow BU$, and $BU \rightarrow EB$ have moderate effects, while $HT \rightarrow EB$ and $PT \rightarrow EB$ have minor effects ($f_{PT \rightarrow BU}^2 = .163$, $f_{PT \rightarrow EB}^2 = .028$, $f_{BU \rightarrow EB}^2 = .181$, $f_{HT \rightarrow BU}^2 = .301$, $f_{HT \rightarrow EB}^2 = .065$). Moreover, trust in physician construct has the strongest performance on the employer branding ($PT_{performance} = 72.026$). However, it has the slightest importance ($PT_{importance} = .307$). Similarly, the importance of trust in hospital construct ($HT_{importance} = .455$) is relatively smaller compared to perceived brand uniqueness ($BU_{importance} = .426$) but it has more effective performance on the employer branding ($HT_{performance} = 66.473$; $BU_{performance} = 57.166$).

According to structural model findings, trust in physicians surprisingly has no significant direct effect on the employer branding ($p > .05$). On the other hand, trust in hospitals strengthens the employer branding in the eyes of patients ($\beta_{HT \rightarrow EI} = .252$, $p = .000$). Both $PT \rightarrow BU$ and $HT \rightarrow BU$ paths are statistically meaningful ($\beta_{PT \rightarrow BU} = .350$, $p = .000$; $\beta_{HT \rightarrow BU} = .475$, $p = .000$). Thus, trust in physician and hospital create brand

uniqueness in healthcare services. In addition, perceived brand uniqueness enhances the employer branding of the most preferred hospital ($\beta_{BU \rightarrow EB} = .426$, $p = .000$).

Moreover, indirect effects are statistically significant, and both $PT \rightarrow BU \rightarrow EB$ and $HT \rightarrow BU \rightarrow EB$ paths are meaningful ($\beta_{PT \rightarrow BU \rightarrow EB} = .149$, $p = .005$, $VAF = .49$; $\beta_{HT \rightarrow BU \rightarrow EB} = .203$, $p = .004$, $VAF = .45$). According to that, perceived brand uniqueness has a partial mediating effect not only in the relationship between trust in physician and employer branding, but also in the relationship between trust in the hospital and employer branding.

5. DISCUSSION & CONCLUSION

This study allows us to state that trust in hospitals directly strengthens the employer branding of the most preferred hospital among regular patients, although the direct effect of trust in physicians has been lost. Employer branding represents the understanding related to how the company brand is unique by its employees. It is a well-known outcome that the trust of employee(s) enhances the employer branding in HRM-based research (i.e., Biswas and Suar, 2016; Rampl and Kenning, 2014). But in the healthcare services, there are only limited arguments that a patient's trust in their physician leads to positive patient attitude and behavior (Altice, 2001; Chang et al., 2013; Hall et al., 2002; Johnell et al., 2006; Straten et al., 2002; Thom et al., 2002; Thom et al., 2004), and that trust in hospitals as a service provider brand strengthens the general evaluations related to hospital brand (Leissen and Hyman, 2004; Lewandowski et al., 2021). Therefore, this result provides leading empirical proof for the employer branding process in healthcare services.

Moreover, the empirical results showed that the perceived brand uniqueness of the hospital, even if it is a public hospital, is one of the significant mediating agents that operates as a symbolic differentiator for both endogenous variables in the employer branding process. As marketing literature abstracted, a customer's perception of a brand's distinctiveness is built on a satisfied brand experience through the acquisition of information about the company and its employees in time. In the context of healthcare services, perceived risk is derived from the patients entrusting their lives to physicians. Thus, the identification-based trust functions as a differentiating brand association for the healthcare provider (Li and Hsu, 2018; Paillé et al., 2015; Schoenherr et al., 2015). Establishing long-term relationships between patient and hospital based on the trust in physician and hospital leads to a strong and sustainable employer brand image in patients' eyes (Davies 2008; Theurer et al., 2018).

Considering above, the present research contributes to the literature in two different aspects. First, it sustains empirical evidence on the applicability of the instrumental-symbolic framework for the employer branding process, especially from a marketing perspective. Second, this study also has a leading role in explaining the employer branding process in healthcare services. Also, the findings of this study can be a first step towards guiding professionals on how a solid, clear, and distinctive employer branding based on trustworthy and talented physicians can encourage hospitals' market expansion strategies by establishing brand awareness and recognition. To achieve this strategic goal, the hospital management should initially identify their instrumental and symbolic attributes congruent with the organization's value system in a manner of the target markets' cultural characteristics. Additional investments in symbolic attributes related to brand image components can also multiply the desired outcome in the current and potential markets.

Therefore, structuring an employer brand through a three-phase stage consisting of identification, development, and implication of functional and symbolic benefits related to their hospital's corporate identity is highly recommended to hospital managers.

This research encounters several methodological and contextual limitations that merit consideration. Contextually, the trust scale utilized in this study, adapted from Lewandowski et al. (2021), may not encapsulate the full spectrum of trust in healthcare provider brands. For instance, the trust framework established by Morgan and Hunt (1994) incorporates dimensions such as "confidence," "integrity," "dependability," and "reliability," which are pertinent to a comprehensive understanding of trust. Conversely, the hospital trust scale employed herein consists of only three items, one of which is reverse-coded and subsequently excluded from the research model due to reliability concerns. The remaining items primarily underscore the quality of healthcare and prioritize patient needs, aligning with service quality and customer orientation paradigms. Furthermore, the distinctive nature of healthcare services introduces a unique set of perceived risks for consumers, highlighting the urgent need to develop a trust scale that reflects the hospital's value system, processes, and actions as perceived by customers. Methodologically, the study is constrained by the inadequacy of its sample size. Building a representative sample without substantial research funding presents a formidable challenge. However, future research endeavors will aim to expand this sample size to enhance the generalizability of the findings and should consider a broader scope by examining the employer branding in the context of consumers who specifically select hospitals or physicians for life-threatening conditions. In conclusion, as the healthcare sector continues to evolve, understanding the intricate dynamics of employer branding and

trust is essential for both public and private hospitals to thrive in an increasingly competitive landscape.

REFERENCES

- Altice, F. L., Mostashari, F., and Friedland, G. H. (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(1), 47-58.
- Ambler, T., and Barrow, S. (1996). The employer brand. *Journal of Brand Management*, 4, 185-206.
- Berger, J., and Heath, C. (2008). Who drives divergence? Identity signaling, outgroup dissimilarity, and the abandonment of cultural tastes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 593.
- Berthon, P., Ewing, M. and Hah, L. (2005). Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding. *International Journal of Advertising* 24(2), 151–172.
- Biswas, M. K. and Suar, D. (2016). Antecedents and consequences of employer branding. *Journal of Business Ethics*, 136, 57-72.
- Cao X., Wang D. (2018). The role of online communities in reducing urban–rural health disparities in China. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 69(7), 890–899.
- Chaudhuri, A., and Holbrook, M. B. (2001). The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: the role of brand loyalty. *Journal of Marketing*, 65(2), 81-93.
- Chang, C. S., Chen, S. Y., and Lan, Y. T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-11.

- de Chernatony, L., and Harris, F. (2000). Developing corporate brands through considering internal and external stakeholders. *Corporate Reputation Review*, 3, 268-274.
- Chin, W. W., Marcolin, B. L., and Newsted, P. R. (2003). A partial least squares latent variable modeling approach for measuring interaction effects: Results from a Monte Carlo simulation study and an electronic-mail emotion/adoption study. *Information Systems Research*, 14(2), 189-217.
- Chun, R. (2005). Ethical character and virtue of organizations: An empirical assessment and strategic implications. *Journal of Business Ethics*, 57, 269-284.
- Chun, R., and Davies, G. (2006). The influence of corporate character on customers and employees: exploring similarities and differences. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 34, 138-146.
- Claycomb, C., and Martin, C. L. (2001). Building customer relationships: an inventory of service providers' objectives and practices. *Marketing Intelligence and Planning*, 19(6), 385-399.
- Davies, G. (2008). Employer branding and its influence on managers. *European Journal of Marketing*, 42(5/6), 667-681.
- Davies, D., Taylor, R., and Savery, L. (2001). The role of appraisal, remuneration and training in improving staff relations in the Western Australian accommodation industry: a comparative study. *Journal of European Industrial Training*, 25(7), 366-373.
- Davies, G., Chun, R., and Kamins, M. A. (2010). Reputation gaps and the performance of service organizations. *Strategic Management Journal*, 31(5), 530-546.

- Dugan, E., Trachtenberg, F., and Hall, M. A. (2005). Development of abbreviated measures to assess patient trust in a physician, a health insurer, and the medical profession. *BMC Health Services Research*, 5(1), 1-7.
- Edwards, M. R. (2010). An integrative review of employer branding and OB theory. *Personnel Review*, 39(1), 5-23.
- Egede, L. E., and Ellis, C. (2008). Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 808-815.
- Fournier, S. (1998). Consumers and their brands: Developing relationship theory in consumer research. *Journal of Consumer Research*, 24(4), 343-373.
- Fréchette, J., Bourhis, A., and Stachura, M. (2013). The organizational attraction of nursing graduates: using research to guide employer branding. *The Healthcare Manager*, 32(4), 303-313.
- Gardner, T. M., Erhardt, N. L., and Martin-Rios, C. (2011). Rebranding employment branding: Establishing a new research agenda to explore the attributes, antecedents, and consequences of workers' employment brand knowledge. In *Research in personnel and human resources management* (pp. 253-304). Emerald Group Publishing Limited.
- Gong, Y., Wang, H., Xia, Q., Zheng, L., and Shi, Y. (2021). Factors that determine a Patient's willingness to physician selection in online healthcare communities: a trust theory perspective. *Technology in Society*, 64, 101510.
- Guenzi, P., and Georges, L. (2010). Interpersonal trust in commercial relationships: Antecedents and consequences of customer trust in the salesperson. *European Journal of Marketing*, 44(1/2), 114-138.

- Hafez, M. (2022). Unpacking the influence of social media marketing activities on brand equity in the banking sector in Bangladesh: A moderated mediation analysis of brand experience and perceived uniqueness. *International Journal of Information Management Data Insights*, 2(2), 100140.
- Hair Jr, J. F., Matthews, L. M., Matthews, R. L., and Sarstedt, M. (2017). PLS-SEM or CB-SEM: updated guidelines on which method to use. *International Journal of Multivariate Data Analysis*, 1(2), 107-123.
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., and Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1), 2-24.
- Hatch, M.J., and Schultz, M. (2001). Are the Strategic Stars Aligned for Your Corporate Brand?, *Harvard Business Review* February, 128–134.
- Henseler, J., Ringle, C. M., and Sarstedt, M. (2016). Testing measurement invariance of composites using partial least squares. *International Marketing Review*, 33(3), 405-431.
- Highhouse, S., Lievens, F., and Sinar, E. F. (2003). Measuring attraction to organizations. *Educational and psychological Measurement*, 63(6), 986-1001.
- Hoffman, B. J., and Woehr, D. J. (2006). A quantitative review of the relationship between person–organization fit and behavioral outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), 389-399.
- Leisen, B., and Hyman, M. R. (2004). Antecedents and consequences of trust in a service provider: The case of primary care physicians. *Journal of Business Research*, 57(9), 990-999.

- Lewandowski, R., Goncharuk, A. G., and Cirella, G. T. (2021). Restoring patient trust in healthcare: medical information impact case study in Poland. *BMC Health Services Research*, 21(1), 865.
- Louis, D., and Lombart, C. (2010). Impact of brand personality on three major relational consequences (trust, attachment, and commitment to the brand). *Journal of Product and Brand Management*, 19(2), 114-130.
- Li, M., and Hsu, C. H. (2018). Customer participation in services and employee innovative behavior: The mediating role of interpersonal trust. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(4), 2112-2131.
- Lievens, F. (2007). Employer branding in the Belgian Army: The importance of instrumental and symbolic beliefs for potential applicants, actual applicants, and military employees. *Human Resource Management*, 46(1), 51-69.
- Lievens, F., and Highhouse, S. (2003). The relation of instrumental and symbolic attributes to a company's attractiveness as an employer. *Personnel Psychology*, 56(1), 75-102.
- Lievens, F., and Slaughter, J. E. (2016). Employer image and employer branding: What we know and what we need to know. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 407-440.
- Lievens, F., Van Hove, G., and Anseel, F. (2007). Organizational identity and employer image: Towards a unifying framework. *British Journal of Management*, 18, S45-S59.
- Lievens, F., Van Hove, G., and Schreurs, B. (2005). Examining the relationship between employer knowledge dimensions and organizational attractiveness: An application in a

- military context. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(4), 553-572.
- Morgan, R. M. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*.
- Mosley, R. W. (2007). Customer experience, organisational culture and the employer brand. *Journal of Brand Management*, 15(2), 123-134.
- Netemeyer, R. G., Krishnan, B., Pullig, C., Wang, G., Yagci, M., Dean, D., ... and Wirth, F. (2004). Developing and validating measures of facets of customer-based brand equity. *Journal of Business Research*, 57(2), 209-224.
- Ostertag, S., Wright, B. R., Broadhead, R. S., and Altice, F. L. (2006). Trust and other characteristics associated with health care utilization by injection drug users. *Journal of Drug Issues*, 36(4), 953-974.
- Paillé, P., Grima, F., and Dufour, M. È. (2015). Contribution to social exchange in public organizations: Examining how support, trust, satisfaction, commitment and work outcomes are related. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(4), 520-546.
- Rampl, L. V., and Kenning, P. (2014). Employer brand trust and affect: linking brand personality to employer brand attractiveness. *European Journal of Marketing*, 48(1/2), 218-236.
- Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., and Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47, 213-220.
- Schoenherr, T., Narayanan, S., and Narasimhan, R. (2015). Trust formation in outsourcing relationships: A social exchange

- theoretic perspective. *International Journal of Production Economics*, 169, 401-412.
- Soulez, S., and Guillot-Soulez, C. (2011). Recruitment marketing and generational segmentation: a critical analysis based on a sub-segment of Generation Y. *Recherche et Applications en Marketing (English Edition)*, 26(1), 39-55.
- Straten, G. F., Friele, R. D., and Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social Science and Medicine*, 55(2), 227-234.
- Tavassoli, N. T., Sorescu, A., and Chandy, R. (2014). Employee-based brand equity: Why firms with strong brands pay their executives less. *Journal of Marketing Research*, 51(6), 676-690.
- Thai, V. V., and Latta, T. (2010). Employment brand strategy for the shortage of seafarers. *International Journal of Shipping and Transport Logistics*, 2(4), 411-428.
- Theurer, C. P., Tumasjan, A., Welp, I. M., and Lievens, F. (2018). Employer branding: a brand equity-based literature review and research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 20(1), 155-179.
- Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E., and Azari, R. (2002). Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483.
- Thom, D. H., Hall, M. A., and Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124-132.
- Tian, K. T., Bearden, W. O., and Hunter, G. L. (2001). Consumers' need for uniqueness: Scale development and validation. *Journal of Consumer Research*, 28(1), 50-66.

- Tumasjan, A., Strobel, M., and Welpe, I. M. (2011). Employer brand building for start-ups: which job attributes do employees value most?. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 81, 111-136.
- Van Hove, G., Bas, T., Cromheecke, S., and Lievens, F. (2013). The instrumental and symbolic dimensions of organisations' image as an employer: A large-scale field study on employer branding in Turkey. *Applied Psychology*, 62(4), 543-557.
- Van Hove, G., and Saks, A. M. (2011). The instrumental-symbolic framework: Organisational image and attractiveness of potential applicants and their companions at a job fair. *Applied Psychology*, 60(2), 311-335.
- Zheng, B., Hall, M. A., Dugan, E., Kidd, K. E., and Levine, D. (2002). Development of a scale to measure patients' trust in health insurers. *Health Services Research*, 37(1), 185.

SAĞLIK YÖNETİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASININ ÖNEMİ

Volkan TEMİZKAN¹

1. GİRİŞ

Teknoloji, yönetim, iletişim, uzmanlaşma, hasta memnuniyeti, kalite gibi kavramları içerisinde barındıran sağlık hizmetlerinin bir birine uyumlu ve ulaşılabilir bir şekilde sunulması önemlidir. Bu sunumu en iyi şekilde gerçekleştirmek için sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde yönetilmesi gerekmektedir. Bunun için sektörün beklentileri doğrultusunda yönetsel ilkelere ve uygulamalara bağlı olarak süreçlerin en iyi şekilde işletilmesi gerekmektedir. Tüm özel işletmeler gibi özel sağlık kuruluşları da kar amacı gütmektedir. Bu amaca ulaşmak için en önemli işletme fonksiyonlarından biri olan pazarlamaya önem verilmelidir. İlk olarak, kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması için çaba harcanmalıdır (Marcos ve Coelho, 2022). Bu çabaların bir sonucu ve çıktısı olarak hasta memnuniyeti de sağlanmış olacaktır. Aksi halde tüm pazarlama çabaları tanıtım ve halkla ilişkiler faaliyetlerinin ötesine geçemeyecektir. Sağlık yöneticilerinin en temel görevlerinden biri hastaların ihtiyaç duyduğu hizmetleri planlamak, organize etmek ve koordinasyonunu sağlamaktır (Schulz ve Johnson, 2003). Aynı zamanda bu hizmeti sağlık hizmetini talep edenlere istenilen yer ve zamanda rekabetçi bir fiyat ve kalite ile arz etmektir.

Günümüz sağlık tüketicileri, gelişen sağlık turizmi ile birlikte neredeyse dünyanın her yerinden istediği sağlık hizmetine

¹ Doç. Dr., Karabük Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, vtemizkan@karabuk.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1162-7912.

bütçesi dahilinde ulaşabilmektedir. Küresel rekabet ortamında marka olmak ve bu şekilde karlılığı arttırmak daha geçerli bir iş modelini de karşımıza çıkarmıştır. Bu alanda elde edilecek bir başarı ancak hizmet kalitesinde devamlılığı ve istikrarı sağlamakla mümkündür (Marcos ve Coelho, 2022). Bu açıdan, rekabette devamlılığı sağlamak için teknolojik alt yapı yatırımlarına ve güçlü bir insan kaynağına ihtiyaç vardır. Daha sonraki safhada ise pazarlama fonksiyonunun bir gereği olarak müşteri ilişkileri yönetimine önem verilmelidir. Tüm bunlara ek olarak, hastalar için de bir değerin oluşturulması ve sunulması gerekmektedir. Sunulacak sağlık hizmetlerinin, hedef pazarın ihtiyaçlarına yönelik olması daha fazla tatmin ve müşteriye ulaşması anlamına gelmektedir. Bu nedenle, hasta yönelimli satış politikaları geliştirilmelidir (Berkowitz, 2017). Örneğin, bir özel hastane öncesinde yapacağı pazarlama araştırmalarına dayalı olarak, nüfus yoğunluğunun fazla olduğu semtlere, talep gören branşlarda poliklinikler açarak daha fazla müşteriye ulaşabilir. Ayrıca semtlerin sosyo-ekonomik statülerine göre dinamik fiyatlandırma politikaları belirleyebilir. Böylece, iyi bir pazar araştırmasının sonucu olarak verimli bir yatırım ve finansman kullanımı da sağlanmış olacaktır.

Hasta memnuniyeti ve hasta kazanımda memnuniyete etki eden birinci faktör başarılı bir tedavi ve iyileşme sürecinin gerçekleşmesidir. Ancak, bu süreçte hekim, hemşire ve diğer personellerin olumlu tavır ve tutumları çok önemlidir. Bedensel ya da ruhsal sağlığına bir an önce kavuşmak isteyen hastalar stresli bir süreçten geçmektedir. Bu stresin azaltılması teşhisi ve tedaviyi olumlu etkileyecektir. Hem hasta hem de sağlık personeli açısından sabır ve özveri gerektiren bu süreçte endişe ve stresin düşürülmesi, sürecin de verimliliğine arttıracaktır. Ayrıca, bu süreçte hastadan daha çok kaygılanması muhtemel hasta yakınlarının da düzenli aralıklar ile bilgilendirmesi ve rahatlatılması gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2000:201).

2. SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI

Sağlık hizmetleri pazarlaması, ilk olarak 1950’li yıllarda ilaç firmaları ve sigorta şirketleri tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Hastaneler ise 1970’li yılların ortasına kadar halkla ilişkiler çalışmaları kapsamında toplumsal ve sosyal fayda odaklı hareket etmiştir. 1980 ve 1990’lı yıllarda sağlık pazarlamasına yönelik çeşitli faaliyetler gerçekleştirilse de sağlığın pazarlanabilir bir meta olmadığı görüşü etik tartışmalara yol açarak başarıya ulaşamamıştır. 2000’li yıllarda internetin yaygınlaşmaya ve ticari amaçlar için kullanılmaya başlanması ile birlikte bugünkü manada sağlık pazarlamasının temelleri atılmıştır (Thomas, 2008). 2010 yılından itibaren ise mobil internetin etkisiyle sosyal medya kullanımının artması sağlık pazarlamasındaki rekabeti uluslararası düzeye taşımıştır. Hizmetler, soyut olduklarından dolayı mallara göre daha fazla kişisel yargılara maruz kalmaktadır. Söz konusu sağlık hizmetleri olduğunda kişilerin bu hassasiyeti daha da artmaktadır. Hasta bir kişi hastalığının türü ve ciddiyetine göre, günlük yaşam aktiviteleri kısıtlandığından dolayı üzüntü, kaygı, korku, suçluluk ve yalnızlık gibi psikolojik zorluklar yaşayabilmektedir. Bu esnada günlük yaşantısını erteleyen hasta yakınları da benzer psikolojik zorluklar yaşayabilmektedir. Bu nedenle, hastane yönetimi memnuniyeti sağlamak için hasta odaklı bir sistem kurgulamalıdır. Aksi halde ilgisiz ve umursamaz sağlık çalışanları bütün pazarlama çabalarını boşa çıkaracaktır. Hastasına yeterli zamanı ayırmayan, onu dinlemeyen, yeterli bilgi vermeyen, empati kuramayan çalışanlar hem sağlık sistemine hem de bağlı olduğu kuruluşa zarar verecektir (Chana vd., 2021:3). Bu noktada, sağlık kurum ve kuruluşlarına büyük görevler düşmektedir. Hastalar ile sağlık çalışanlarını karşı karşıya getirecek işlem, süreç ve düzenlemeleri tespit ederek gerekli önlemleri almalıdırlar. Yine, sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü altında ezilmelerini engelleyerek, hastalarına daha fazla

vakit harcamalarını sağlayacak, planlamaları yapmalıdırlar. Belki de, sağlık hizmetlerinde ki en önemli sorunların başında, uzun bekleme süreleri ve personel azlığı gelmektedir. Hastaların sıra beklemediği, sırası gelen hastalara da daha fazla vakit ayrıldığı bir ortamda, sorunların birçoğunun ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Daha sonra, işleyişteki diğer sistemsel eksiklikler tespit edilerek, bunlara yönelik çözümler üretilmelidir (Berkowitz, 2017).

Bir sağlık kuruluşu, teknolojinin bütün imkanlarına sahip olsa da nitelikli personelleri olmadığı sürece başarıya ulaşamaz. Sağlık hizmetlerinin en önemli unsurlarından biri, alanında nitelikli/kalifiye ve donanımlı personellere sahip olmaktır. Ancak şartlar her ne kadar iyi olursa olsun, işlerin insan faktörüne bağlı olarak yürütüldüğü sistemlerde çeşitli iletişim sorunları yaşanabilmektedir. Örneğin, bazı durumlarda hastaların yüksek ve anlık beklentilerinin karşılanamaması, iletişim sorunlarına yol açabilmektedir. Bu nedenle, sahip olunan personel her ne kadar nitelikli olsa da hasta memnuniyeti ve iletişim teknikleri konusunda kurum içi eğitimler verilmelidir (Akat vd., 1997:404). Böylece, iletişim konusunda daha profesyonel davranabilen bir sağlık kadrosu oluşturulabilir.

Bazı özel hastaneler, hastalar tarafından sevilen ve itibar kazanan doktorlara iş teklifi götürebilmektedir. İyi bir itibara sahip doktor, Word-of-Mouth marketing (ağızdan ağıza pazarlama) yoluyla hastanenin algılanan hizmet kalitesini arttırabilir (Marcos ve Coelho, 2022). Günümüzde, influencer marketing (fenomen pazarlama) yoluyla hizmet hakkında duyulan memnuniyet daha geniş kitlelere ulaştırılmaktadır. Günümüz hastaları, kaliteli tıbbi bakımın ötesinde 5 yıldızlı otel konforunda odalar, yemekler ve son derece ilgili personeller beklemektedir. Özel hastaneler, yüksek ücret ve sınırlı branşlara sahip olmalarına rağmen tercih edilmesinde bekleme süreleri, kişiselleştirilmiş tedavi planları, yeterli bilgi verilmesi, fiziki

şartlar ve ortam, son teknoloji tıbbi cihazlar, özel sağlık sigortası kapsamı gibi unsurlar etkili olmaktadır. Özel hastane sayılarının artması, hasta beklentileri, sosyal medyanın kıyaslama imkanı sunması rekabeti daha da artmıştır. Bu nedenle, rekabet avantajı sağlamak isteyen hastaneler belirli branşlara odaklanma, ayırt edici ve yeni hizmetler sunma, rekabetçi fiyat politikaları uygulama yolunu tercih edebilirler.

2.1.Sağlık Yönetiminde Pazarlamanın Önemi

Tüm organizasyonlar gibi, tıbbi ve tedavi hizmetleri sağlayıcıları olarak hastaneler de başarılı bir performans elde etmek için pazarlama bileşenlerini kullanmalıdır (Sreenivas ve Srinivasa, 2013). Hizmet fiyatlarını optimize etmek, cerrahi operasyonları genişletmek, sağlık bilincini artırmak, hizmet sağlayıcıların tutumlarını değiştirmek, hastanelerin finansal kaynaklarını artırmak, sağlayıcılar ile kullanıcılar arasındaki iletişim boşluğunu azaltmak için pazarlama karması kullanılmaktadır (Sreenivas vd., 2013). Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma, süreç, fiziksel ortam ve insan unsurları belirleyici faktörlerdir (Temizkan ve Temizkan, 2020: 284).

Örneğin, İran'ın İsfahan kentinde yapılan bir çalışma (2001), hastaların özel bir hastane seçmesinde en önemli ve en az önemli faktörlerin sırasıyla personel (yani doktorlar ve sağlık görevlileri) ve fiziksel çevre olduğunu bulmuştur (Yaghoubi vd., 2001) Nasiripour ve arkadaşları da İran'da kamu hastanesi seçiminde en önemli pazarlama bileşenleri olarak "yer" ve "fiyat" üzerinde durmuştur (Nasiripour vd., 2013a). Gelişmiş ülkelerde, hastaların bakış açısına göre en önemli faktörler değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, İngiltere, Londra'da (2005) yapılan bir çalışmada, yüksek ameliyat başarısı oranı, yüksek hijyen standartları, hastaneler ve doktorlar arasındaki etkili iletişim, cerrahların itibarı, ameliyat sonrası evde bakım, hastane itibarı,

kısa bekleme süreleri, ziyaretçi ve refakatçi politikası, hastaneye evden kolay erişim, ücretsiz transfer, konforlu odalar hastaların seçimini etkileyen en önemli faktörler olarak sıralanmıştır (Coulter vd., 2005). De Cruppé ve Geraedts (2017) Almanya’da yapmış olduğu çalışmada; bireylerin hastane seçimi yaparken o hastaneye ilişkin deneyimleri, hastanenin imajı, aile hekiminin tavsiyesi, hastanenin ikamet yerine olan uzaklığı, hekimlerin yeterli zaman ayırıp ayırmaması gibi kriterleri göz önüne aldığını tespit etmiştir. Hoşgör ve Hoşgör (2019)’ün sistematik derleme yöntemiyle yapmış olduğu çalışmanın sonucuna göre, hastaların hastane seçimleri konusunda en fazla önemli görülen tercih nedenleri sırasıyla; hastaneye olan mesafe, yakın çevrenin tavsiyesi, fiyat, alternatiflerin olmaması, bağlı olunan sağlık güvence/sigorta türü, hastanenin tanınırlığı, rakiplerine kıyasla sunduğu hizmet kalitesidir.

2.2.Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Açısından 7P’nin Değerlendirilmesi

Birçok akademisyen tarafından çeşitli şekillerde hizmet pazarlaması karması oluşturulmuş olsa da en çok kabul gören yedi hizmet pazarlaması karması elamanı (7P) bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2000:191). Bu yedi önemli unsur sağlık hizmetleri pazarlaması kapsamında şu şekilde değerlendirilmiştir;

Hizmet (Product/service): Hizmetin doğası gereği satın alınan ürün soyuttur. Eczaneden alınan bir ilaç somut iken bir doktor muayenesi soyuttur. Diğer hizmetler gibi sağlık hizmetleri de depolanamadığından dolayı birey yeni bir muayene için tekrar ödeme yapmak zorundadır. Hizmet pazarlamasında ürün, müşteriye sunulan tüm deneyimi kapsamaktadır. Bu deneyim, çekirdek fayda, temel hizmet ve ek hizmetlerden oluşmaktadır. Örneğin, bir hastaneden beklenen çekirdek fayda sağlık hizmetidir. Acil servis, poliklinik, yatan hasta, teşhis, tedavi,

destek hizmetleri ise çekirdek faydayı sunmak için gerekli olan temel hizmetlerdir. Bir hastanenin hasta yakınları için bekleme alanları oluşturmaları, hasta takip sistemi, özel oda seçenekleri ise ek hizmetlerdir. Tıbbi uzmanlık ve sunulan hizmetler özellikle de ileri teknoloji yatırımı yapan hastanelerin pazarlanmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Bu noktada, alanında uzman doktor kadrosuna sahip olmak, sağlık kuruluşuna olan güveni ve itibarı arttıracaktır. Özellikle, belirli alanlarda uzmanlaşmak, kuruluşu o alanda referans bir merkez haline getirecektir (Tengilimoğlu, 2000:12).

Fiyat (Price): Doğru bir fiyat politikası, değer analizi ve stratejisi işletmelerin karlılığı açısından önemlidir. Hastanın hastane seçme kararında fiyat önemli bir unsur olarak bulunamamıştır. Bazı ülkelerde, sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılanırken, bazı ülkelerde ise bir kısmını veya tamamını hastaların ödemesi istenebilmektedir. Sağlık sigortası kapsamı, sigorta şirketi veya o ülkenin sağlık sistemine göre farklılık gösterebilmektedir. Sağlık sigortası, alınan hizmetlerin bir kısmını veya tamamını karşılayabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde genellikle sağlık hizmetleri daha pahalıdır. ABD’de özel sağlık sigortası yaygın olmakla birlikte sağlık hizmetleri pahalıdır. Ülkelerdeki bireyler açısından ise kişi başına düşen milli gelir düşük ise fiyat önemli bir unsur olabilmektedir. Bu nedenle özel sağlık kuruluşlarının bulundukları ülkenin veya lokasyonun ekonomik koşullarına göre uygun fiyatlandırma stratejileri benimsemesi daha doğru olacaktır. Makul ücret politikası, indirim ve çeşitli ödeme seçenekleri hastane tercihiinde etkili olacaktır (Hoşgör ve Hoşgör, 2019:447). Eğer o ülkede fiyatlar sağlık bakanlığı veya sosyal güvenlik kurumları tarafından belirleniyor ise sağlık kuruluşları fiyat rekabetine girmeden belirlenen kanuni fiyat listesi üzerinden rekabetlerini sürdürebilirler. Ancak günümüzde özel sağlık kuruluşları konaklama, yeme içme, transfer gibi farklı gider kalemleri altında

ilave ücretler talep edebilmektedir. Bu ücretler, yasal bir dayanağı ve hastanın bilgisi olmadan talep edilemez.

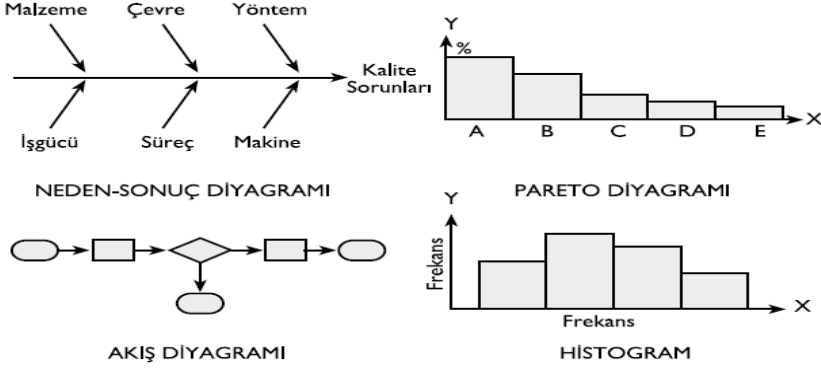
Dağıtım/yer (Place): Hastanenin konumu diğer bir ifade ile bulunduğu yer önemli bir faktördür. İyi bir lokasyonda konumlanmayan bir hastanenin iş yapması mümkün değildir. Hastanenin eve/işyerine/toplu taşımaya olan uzaklığı, hastaların hastaneye kolay erişiminde belirleyicidir (Hoşgör ve Hoşgör, 2019:448). Hastaya yakın sağlık kuruluşları, acil veya sık kontrol gerektiren durumlarda hastaya zaman tasarrufu sağlamaktadır. Ayrıca hasta ve yakınlarının kaygı düzeyini düşürmeye yardımcı olabilmektedir. Böylece hasta ve yakınları diğer günlük işlerini daha az aksatacaktır. Ayrıca insanlar kendi muhitlerine yakın sağlık kuruluşları hakkında daha fazla bilgiye sahip olduklarından dolayı alacakları hizmet kalitesi hakkında daha az endişelenirler. Hastaların eve yakın hastane seçmelerinin diğer bir nedeni de ulaşım maliyetlerini düşürmektedir. Kısmen de olsa diğer bir neden yakınlarının ziyaretlerini kolay gerçekleştirebilmesini sağlamaktır. Özellikle acil durumlarda, kronik hastalıklarda, yaşlılarda ve engellilerde eve yakın hastane tercih edilmeye çalışılır. Günümüzde kırsal bölgelere sağlık hizmeti ulaştırmak amacıyla kurulan mobil sağlık üniteleri, şehirlerde kalabalık semtlere hizmet sunmak için uydu sağlık merkezleri/sağlık merkezi ağı, ya da telemedikal uygulamalar, sağlık ocağı/merkezleri sağlık hizmetlerinde dağıtıma örnek gösterilebilir. Dağıtım fonksiyonu bulunabilirlik açısından düşünüldüğünde ise başvuru hastanede ihtiyaç duyulan branş, uzmanlık ve operasyon birimlerinin olup olmadığıdır (Tengilimoğlu, 2000:194).

Tutundurma (Promotion): Sağlık pazarlamasında tutundurma faaliyetleri, hastaların ilgili sağlık kuruluşunu tercih etmesini sağlamak için bir takım teşvik edici araçlar kullanmaktadır. Dijital pazarlama ve geleneksel pazarlama (TV, radyo, basılı medya reklamları, sponsorluklar, halkla ilişkiler,

doktor tanıtımı, bilimsel seminer ve kongreler) araçları kullanılarak tutundurma faaliyetleri desteklenebilir. Ek olarak, satış promosyonları ve doğrudan pazarlama yoluyla da tutundurma faaliyetleri gerçekleştirilebilir (Odabaşı, 2013:117). Hastaneler, hastane hizmetlerini ve tesislerini tanıtmak ve geliştirmek için uygun tanıtım araçlarından daha fazla yararlanmalıdır (Ravangard vd., 2020). Hastaneler, genellikle tutundurma çabaları konusunda isteksizdirler (Chana vd., 2021:9). Ancak son yıllarda sağlık turizminin ve sosyal medyanın yaygınlaşması ile birlikte daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Politikaları (ziyaretçi, refakatçi, güvenlik, şikayet) oluşturulmuş, hasta odaklı (her hasta için “özelleştirilmiş” ve “kişiselleştirilmiş” tedaviler sağlar), ileri teknolojiye sahip, hasta hakları birimi ve memnuniyet merkezine iletilen şikayetleri değerlendiren, konforlu odalara sahip, deneyimli personel istihdam eden, hijyenik koşullara önem veren hastaneler gelen ziyaretçi ve hastalara en önemli tutundurma faaliyetini gerçekleştirmiş olacaktır (Chana vd., 2021:9).

Süreç (Process): Sağlık kuruluşlarında teşhis, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri gerçekleşmektedir. Memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak, hizmet kalitesini artırmak ve maliyetleri düşürmek için iyi bir planlama ve koordinasyon gereklidir (Tengilimoğlu, 2000:200). Bu sürecin analizi, takibi ve iyileştirilmesi elzemdir. Tüm sağlık çalışanlarının katılımıyla, veriye dayalı olarak, sürekli tekrarlanan iyileştirme döngüleri ile hata oranları düşürülebilir. Örneğin bu sayede, süreçler yeniden tasarlanarak randevu sistemleri iyileştirilebilir. Belirli süreçlerin geliştirilmesi için çeşitli mühendislik yöntemlerini kullanmak, teknolojiye faydalanmak, sorunların ana kaynağına inmek, çalışanlara eğitim vermek, performans ölçümü, kalite yönetim ve (beyin fırtınası, yalın üretim, Altı Sigma, Kaizen, 5S vb.) istatistiksel kalite kontrolü tekniklerini kullanmak (Şekil 1) iyileşmeye yardımcı olacaktır.

Şekil 1. İstatistiksel Kalite Kontrolde Kullanılan Bazı Teknikler



Kaynak: (Taşçı ve Çabuk, 2019:54).

Genel olarak hastanelerde teşhis işlemleri; fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntüleme, endoskopi, biyopsi gibi işlemleri kapsamaktadır. Tedavi işlemleri ise ilaç tedavisi, cerrahi işlemler, fizik tedavi, mesleki terapi, psikolojik danışmanlık gibi işlemlerdir. Ayrıca yatış ve taburcu, acil durum müdahaleleri, doğum işlemleri gibi diğer işlemler de gerçekleştirilmektedir. Dahiliye, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk hastalıkları, nöroloji, psikiyatri, göz hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, acil servis gibi bölümlerde hastanenin uzmanlık alanlarına, kullanılan teknolojiye ve hastanın özel durumuna göre yapılan işlemler farklılık gösterebilir. Tıbbi personelin hızlı hizmet sağlaması, hizmet sağlamada disiplin ve operasyon hızı, sık periyotlar ile hasta odasında hastanın takip edilmesi sürecin olumlu algılanmasını sağlamaktadır (Nasiripour vd., 2013b).

Fiziksel ortam/mekan (Physical Evidence): Hizmetlerin pazarlanmasında önemli bir rol üstenen fiziksel öğeler, hizmetin soyut doğasını somutlaştırmaya ve iyi bir algı oluşturmaya yardımcı olur. Müşterilerin gördüğü, dokunduğu ve hissettiği fiziksel öğeler, bu soyutluğu azaltarak hizmet hakkında fikir verir. Verilen bu fikir algı, imaj ve müşteri deneyimi oluşturur.

Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak üzere hastane odalarında sunulan buzdolabı, televizyon, özel kasa ve refakatçinin dinlenebileceği koltuklar hastanenin imajını desteklemektedir. Aynı şekilde, odalardaki duş ve tuvalet alanları, yemek servisi ve internet hizmetleri müşterilerin hizmet deneyimini doğrudan etkiler. Güncel teknoloji ve en yeni tıbbi tedavilerin gerçekleşmesine uygun yapılandırılan ameliyathaneler bir hastanenin rakiplerinden farklılaşmasına yol açar. Hastaların stresini azaltmaya yardımcı, fiziksel ve duygusal iyilik halini olumlu etkileyen fiziksel ortamların tasarlanması hastaların rahat hissetmelerini sağlayabilir. Rahatlatıcı atmosfer, temizlik, düzen ve modern ekipmanlar hasta memnuniyetini artırır (Chana vd., 2021:9). Ayrıca iyi tasarlanmış bir çalışma ortamı çalışanın motivasyonunu olumlu yönde etkiler. Başarılı bir hastane yerleşim planı, iş süreçlerini (örneğin hasta akışı) kolaylaştırır, hataları önlemeye yardımcı olur (örneğin hastane enfeksiyonlarının yayılmasını önler) ve hasta güvenliğine/hijyenine katkı sağlar.

İnsan (People): Personelin bilgi ve deneyimi, hizmet sunumuna olan duyarlılığı, hastanın tıbbi durumu hakkında yeterli derecede açıklama yapması hasta memnuniyeti ve hastane tercihinde önemli faktörlerdir. Hastane hakkında, fiziki koşullar ile birlikte en önemli intiba oluşturan faktörlerden biri personellerin hastalar ile kurmuş olduğu iletişim ve etkileşimdir. Güler yüz, özveri, nezaket ve saygı ile karşılanan hastaların memnuniyet düzeyleri artar. Ek olarak, bu hastaların çevrelerine yapacağı olumlu WoM ile sağlık kuruluşunun imajı ve tercih edilme oranı artacaktır (Marcos ve Coelho, 2022). Hastalara karşı gösterilen ilgi, yardımseverlik ve profesyonellik hastanenin daha güvenilir, kaliteli olarak algılanmasını sağlayacaktır. Böylece hasta sadakati de artmış olacaktır. Hizmetin kalitesini doğrudan etkileyen bir unsur olarak çalışanlar müşteri deneyimini, marka imajını, müşteri sadakatini arttıracaktır. Ek olarak, bir farklılaşma

unsuru olarak rekabette de öne çıkmayı sağlayacaktır. Ancak, bunu sağlamak için çalışanlar motive edilmeli, çalışanlara eğitimler verilmeli, takım ruhu oluşturulmalı, iletişim kanalları açık bırakılmalı, müşteri odaklı bir yaklaşım benimsetilmelidir. Açık iletişim, başarılı bir hasta-hekim ilişkisinin temel taşıdır. Ayrıca hastane yönetimin benimsemiş olduğu örgüt kültürü hem çalışan hem de hasta ilişkilerini etkiler. Hasta odaklı ve ekip çalışmasını destekleyici bir çalışma ortamı, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının memnuniyetini arttıracaktır (Chana vd., 2021:2).

3. SONUÇ

İyi bir sağlık yönetiminin gerçekleştirilmesi için planlama, uygulama ve kontrole ihtiyaç duyulmaktadır. Bu üçlü mekanizmanın en iyi şekilde işlemesi için pazar araştırmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun için hastaların istek, şikayet ve önerileri araştırılmalı ve analiz edilmelidir. Daha sonra bu verilere dayalı strateji ve politikalar üretilmelidir.

Hedef kitle analizi, farklılaşma, bütünleşik pazarlama, ölçümleme başarılı bir hastane pazarlama stratejisi için vazgeçilmezdir. Sağlık hizmetlerinde pazar araştırması yapmak zor olsa da daha iyinin bulunması ve kötüye gidişin önlenmesinde kilit rol oynar. Hasta memnuniyeti, farmasotik, toplum sağlığı, sağlık personelinin örgütsel bağlılıkları gibi pazar araştırmaları yapılabilir. Bu tür pazar araştırmalarının sonuçları sağlık kuruluşlarına eksikliklerini görme fırsatı sunar. Örneğin bir hastanede yeni bir hizmet biriminin kurulması kararı ya da yeni kurulan bu birimin nasıl reklamının yapılacağı pazar bilgisine dayalı olarak gerçekleştirilir (Taşçı ve Çabuk, 2019:133).

Sağlık kurumlarının, hizmet sunacağı pazarın özelliklerini iyi bilmesi pazar bölümlendirmesi için hayati öneme sahiptir. Yoğun rekabetin bulunduğu sağlık sektöründe benzer ihtiyaç ve

isteklerin karşılanabileceği bir gruplama yapmak arzın talebe daha etkili bir şekilde yönlendirilmesini sağlayacaktır. Böylece çoğunluğun talebine yönelik tek pazarlama karması ile mücadele etmek yerine, ortak paydada birleşen gruplara özel farklı hizmet ve modeller geliştirmek daha isabetli olacaktır. Bu ortak paydalara odaklanmak bu niş pazarda rekabet gücü de sağlayacaktır. Ancak pazarın durumuna göre sağlık kuruluşu, ister kitlesel isterse bölüme, nişe, mikro pazara ya da farklı bölümlere yönelik pazar bölümlendirmesine gidebilir. Sağlık kuruluşları pazarlama karması elemanlarını, bu alt kümelerin ihtiyaçlarına yönelik düzenleyerek bu alt kümelerin ihtiyaçlarını daha verimli bir şekilde karşılayabilir. Başarılı olmak isteyen sağlık kuruluşları kendilerini sektörde öne çıkaracak (hizmet kalitesi, fiyat, ulaşılabilirlik, yenilikçilik, hizmet geliştirme yeteneği vb.) yönlerini sergilemelidir. Bu farklılaşma gelen talebin ve değişen ihtiyaçların analiz edilmesi ve buna yönelik hizmet pazarlaması karması elemanlarını geliştirmek ve uygun hale getirmek ile mümkündür.

KAYNAKÇA

- Akat, İ., Budak G. ve Budak G., (1997). İşletme Yönetimi, Dokuz Eylül Üniv. Yayınları, İzmir.
- Berkowitz E. (2017). Essentials of health care marketing. 4th ed. Burlington: Jones and Bartlett.
- Chana, P., Siripipatthanakul, S., Nurittamont, W., & Phayaphrom, B. (2021). Effect of the service marketing mix (7Ps) on patient satisfaction for clinic services in Thailand. International Journal of Business, Marketing and Communication, 1(2), 1-12.
- Coulter A., Le Maistre N. and Henderson L. (2005). Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment-evaluation of London Patient Choice Scheme. Picker Institute Europe 1-100.
- De Cruppé W. and Geraedts M. (2017). Hospital choice in germany from the patient's perspective: A Cross-sectional Study. BMC health services research 17(720): 1-10.
- Gupta, A., Tyagi, M., & Sharma, D. (2013). Use of social media marketing in healthcare. Journal of health management, 15(2), 293-302.
- Hoşgör, H., Gündüz Hoşgör, D. (2019). Hastaların hastane seçimini etkileyen faktörler: sistematik derleme (1996-2017). Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(2): 437-456.
- Jalili, S., Aghaei, M., & Saeid Mahdavi, A. (2014). Studying the factors for selecting public or private hospitals by non-emergent patients of Ardabil district in 2012. Journal of Ardabil University of Medical Sciences, 14(4), 388-397.
- Marcos, A. M. B. d. F., & Coelho, A. F. d. M. (2022). Service quality, customer satisfaction and customer value: holistic

- determinants of loyalty and word-of-mouth in services. The TQM Journal, 34(5), 957-978.
- Nasiripour AA, Abedi GH, Tavana M. (2013a). Relationship of services utility with patients tending to hospitals. Iranian J of Health Sciences, 1(2):61-7.
- Nasiripour, A. A., Raeissi, P., Maleki, M. R., & Akbarian Bafghi, M. J. (2013b). Mixed model for health services marketing in Iranian public hospitals. Health Information Management, 9(7), 1158-1168.
- Odabaşı Y. (Ed.). (2013). Pazarlama İletişimi, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2850, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1807
- Ravangard, R., Khodadad, A. & Bastani, P. (2020). How marketing mix (7Ps) affect the patients' selection of a hospital: experience of a low-income country. J. Egypt. Public. Health. Assoc. 95, 25 <https://doi.org/10.1186/s42506-020-00052-z>
- Schulz, R., & Johnson, A. C. (2003). Management of hospitals and health services: Strategic issues and performance (3rd ed.). Beard Books
- Sreenivas, T., & Srinivasa, R. U. (2013). A comprehensive study on product mix in corporate hospitals. International Journal of Commerce and Business Management, 2(1), 54-65.
- Sreenivas, T., Srinivasarao, B., & Rao, U. S. (2013). 7Ps in corporate hospitals-Administrators' perspective. African Journal of Business Management, 7(43), 4363.
- Temizkan, S. P. ve Temizkan, R. (2020). Dünyada ve Türkiye'de medikal turizm kapsamında plastik ve estetik cerrahi uygulamaların hizmet pazarlaması karması perspektifinden değerlendirilmesi, 3(2), 284-298

- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve özellikleri. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 55(1).
- Thomas, R. K. (2008). Health services marketing: A practitioner's guide. Springer Science & Business Media.
- Taşçı, D. ve Çabuk, S. N. (Ed.). (2019). Kalite Yönetim Sistemleri, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2810, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1768
- Yaghoubi M, Agharahimi Z, Karimi S, Javadi M. (2001). Factors affecting patients' preferences in choosing a hospital based on the mix marketing components in Isfaha. Hakim Res J. 14(2):106-14 [in Persian].

SAĞLIK YÖNETİMİ

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com