



# ULUSLARARASI SOSYAL BİLİMLER SEMPOZYUMU

Editör: Doç. Dr. Özcan BAYRAK

## TAM METİN KİTABI

ASOSCONGRESS CONFERENCE PROCEEDINGS

## SAGLIK VE SPOR BİLİMLERİ

*Health and Sports Sciences*

ISBN: 978-605-2132-13-5

III. ULUSLARARASI SOSYAL BİLİMLER SEMPOZYUMU SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ  
TAM METİN KİTABI

ISBN: 978-605-2132-13-5

Yayın Yönetmeni

Muhammet Özcan

Yayın Editörü

Doç. Dr. Özcan BAYRAK

Kapak Tasarımı

Bülent Polat

Erişime Açıldığı Tarih

28.12.2017

Asos Yayınevi

1. baskı

Adres: Çaydaçıra Mah. Hacı Ömer Bilginoğlu Cad. No: 67/2-4/MERKEZ/ELAZIĞ

Telefon: 0530 473 23 00

Mail Adresi: asos@asosyayinlari.com

Web: www.asosyayinlari.com

Instagram: <https://www.instagram.com/asosyayinevi/>

Facebook: <https://www.facebook.com/asosyayinevi/>

Twitter: <https://twitter.com/Asosyayinevi>

Tam Metin kitabında yayınlanan tüm bildiriler Sobiad tarafından indekslenmiş, İntihal.net tarafından benzerlik denetiminden geçirilmiştir.





## Sempozyum Onursal Başkanı

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Rektörü  
Prof. Dr. Durmuş Deveci

## Sempozyum Düzenleme Kurulu Başkanı

Prof. Dr. İbrahim Örnek

## Sempozyum Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. İsmail Bakan  
Prof. Dr. Mustafa Taşlıyan  
Prof. Dr. Seyhan TAŞ  
Doç. Dr. Hüseyin Ağır  
Doç. Dr. Özcan Bayrak  
Doç. Dr. Ömer Okan Fettahlıoğlu  
Doç. Dr. Ali Haluk Pınar  
Doç. Dr. Serdar Yavuz  
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Günalan  
Yrd. Doç. Dr. Serkan Şahin  
Yrd. Doç. Dr. Gülferah Bozkaya  
Yrd. Doç. Dr. Enver GÜNAY  
Yrd. Doç. Dr. Tahir Çelikbağ  
Dr. Muhammet Zincirli  
Arş. Gör. Gül Aksoğan  
Arş. Gör. Sena Doğan  
Arş. Gör. Fedayi Yağar

## Sergi Küratörler

Prof. Dr. Hüseyin Elmas  
Yrd. Doç. Dr. Tahir Çelikbağ

## Sergi Jüri Kurulu

Prof. Dr. Gülden Araz Ay  
Prof. Dr. Mehmet Özkarcı  
Prof. Dr. Meliha Yılmaz  
Doç. Dr. Elif Şenel  
Doç. Dr. Fatih Başbuğ  
Doç. Dr. Mehmet Emin Kayserili  
Doç. Dr. Mutluhan Taş  
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali Büyükparmaksız  
Yrd. Doç. Dr. Seyhan Mercan Kalaycı

## Bilim Kurulu

Prof.Dr. Abdulkadir Baharçiçek  
Prof.Dr. Abdullah Soysal  
Prof.Dr. Adnan Çelik  
Prof.Dr. Ahmet Aksın  
Prof.Dr. Ahmet Buran  
Prof.Dr. Ahmet Yatkın  
Prof.Dr. Aleksandra Vranes  
Prof.Dr. Ali Özdemir  
Prof.Dr. Ali Yılmaz Gündüz



*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim2017  
KAHRAMANMARAŞ*



Prof.Dr. Anaid Donabedian Inalco  
Prof.Dr. Bahri Ata  
Prof.Dr. Belkacem Boumahdi  
Prof.Dr. Belkıs Özkara  
Prof.Dr. Bünyamin Akdemir  
Prof.Dr. Canan Çetin  
Prof.Dr. Candalene J. McCombs  
Prof.Dr. Cemal Avcı  
Prof.Dr. Cemile Hesenzade  
Prof.Dr. Choi Han - Woo  
Prof.Dr. Cihan Işıkhan  
Prof.Dr. Daoud Djefafla  
Prof.Dr. David Carr  
Prof.Dr. Elena Oganova  
Prof.Dr. Elif Yüksel Oktay  
Prof.Dr. Enver Töre  
Prof.Dr. Ercan Alkaya  
Prof.Dr. Erica H. Gilson  
Prof.Dr. Erol Asiltürk  
Prof.Dr. Eva Agnes Csato  
Prof.Dr. Flera Sayfulina  
Prof.Dr. Füsün Çınar Altıntaş  
Prof.Dr. Gıyasettin Arslan  
Prof.Dr. Gülay Budak  
Prof.Dr. Gwendolyn Alexander  
Prof.Dr. H. Birsen Hekimoglu-Örs  
Prof.Dr. Hacer Tor  
Prof.Dr. Hasan Tahsin Fendoğlu  
Prof.Dr. Hasan Tutar  
Prof.Dr. Himmet Karadal  
Prof.Dr. Hocine Boukara  
Prof.Dr. Işıl Uluçam Wegmann  
Prof.Dr. İ. Gülsel Sev  
Prof.Dr. İbrahim Kavaz  
Prof.Dr. İbrahim Solak  
Prof.Dr. İlhan Genç  
Prof.Dr. İsmail Bakan  
Prof.Dr. İsmail Bekçi  
Prof.Dr. İpek Deveci Karakoç  
Prof.Dr. Joachim Klose



*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim 2017  
KAHRAMANMARAŞ*



Prof.Dr. Kathleen Malu  
Prof.Dr. Kazuyuki Nagai  
Prof.Dr. Khalil Awda  
Prof.Dr. Kim Hyo Joung  
Prof.Dr. Liptai Kalman  
Prof.Dr. Ljiljana Markoviç  
Prof.Dr. Lubov Kopanitsya  
Prof.Dr. Mahmut Tekin  
Prof.Dr. Mehmet Akif Özdoğan  
Prof.Dr. M. Ali Kırman  
Prof.Dr. Mehmet Arslan  
Prof.Dr. Mehmet Dursun Erdem  
Prof.Dr. Mehmet Nuri Gömleksiz  
Prof.Dr. Mehmet Özkarcı  
Prof.Dr. Mehmet Tıraş  
Prof.Dr. Mohammed Hardan Ali  
Prof.Dr. Moheddin Bananeh  
Prof.Dr. Mukadder Boydak Ozan  
Prof.Dr. Mukadder Erkan  
Prof.Dr. Mustafa Arslan  
Prof.Dr. Mustafa Bulat  
Prof.Dr. Mustafa Çevik  
Prof.Dr. Mustafa Safran  
Prof.Dr. Mustafa Taşlıyan  
Prof.Dr. Nabeel Madallah Hamad Al-Obaidi  
Prof.Dr. Nadir İlhan  
Prof.Dr. Nassıra Hedjerassı  
Prof.Dr. Niyazi Can  
Prof.Dr. Orhan Çoban  
Prof.Dr. Orhan Doğan  
Prof.Dr. Olena Ivanovska  
Prof.Dr. Pınar Süral Özer  
Prof.Dr. Recep Dikici  
Prof.Dr. Roberto Veraldi  
Prof.Dr. Sabahat Bayrak Kök  
Prof.Dr. Semra Güney  
Prof.Dr. Sadettin Tombul  
Prof.Dr. Sedat Cereci  
Prof.Dr. Serap Çabuk  
Prof.Dr. Sevil Mehdiyeva



*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim 2017  
KAHRAMANMARAŞ*



Prof.Dr. Süleyman Cem Şaklanlı

Prof.Dr. Sven Tarp

Prof.Dr. Şevki Özgener

Prof.Dr. Tahir Akgemci

Prof.Dr. Tahir Balcı

Prof.Dr. Tarık Özcan

Prof.Dr. Tetsuya Sato

Prof.Dr. Viktoria Serzhanova

Prof.Dr. Woo Chan Duck

Prof.Dr. Zeynep Hatunoğlu

Doç.Dr. Ahmet Akkaya

Doç.Dr. Ahmet Kara

Doç.Dr. Altan Doğan

Doç.Dr. Ayşe Nazlı Ayyıldız Unnu

Doç.Dr. Besir Mustafayev

Doç.Dr. Beyhan Zabun

Doç.Dr. Beyhan Kanter

Doç.Dr. Bülent C. Tanrıtanır

Doç.Dr. Burçin Cevdet Çetinsöz

Doç.Dr. Cemal İyem

Doç.Dr. Cengiz Özmen

Doç.Dr. Duygu Kızıldağ

Doç.Dr. Dünder Alikılıç

Doç.Dr. Elmas Şahin

Doç.Dr. Emel Bahar

Doç.Dr. Emin Çelebi

Doç.Dr. Erdal Arlı

Doç.Dr. Elmira Memmedova Kekeç

Doç.Dr. Fadime Suata Alpaslan

Doç.Dr. Fatih Arslan

Doç.Dr. Fatih Kanter

Doç.Dr. Fatih Mehmet Öcal

Doç.Dr. Fatih Özek

Doç.Dr. Fatma Nur Yorgancılar

Doç.Dr. Ferit İzci

Doç.Dr. Funda Kızıler Emer

Doç.Dr. Gadir Bayramlı

Doç.Dr. Gulnara Kanbarova

Doç.Dr. Gül Kayalidere

Doç.Dr. Güldane Araz Ay



*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim2017  
KAHRAMANMARAŞ*



Doç.Dr. Güler Tozkoparan  
Doç.Dr. Halil Tokcan  
Doç.Dr. Haluk Pınar  
Doç.Dr. Hasan Güner Berkant  
Doç.Dr. Hatice Hicret Özkoç  
Doç.Dr. Hüseyin Köksal  
Doç.Dr. İbrahim Ethem Taş  
Doç.Dr. İbrahim Işıtan  
Doç.Dr. İrina Pokrovskaya  
Doç.Dr. İhsan Erdem Sofracı  
Doç.Dr. Kader Sürmeli  
Doç.Dr. Kemal Erol  
Doç.Dr. Kürşat Çelik  
Doç.Dr. Lübüv Çimpoeş  
Doç.Dr. Mahmut Yardımcıoğlu  
Doç.Dr. Lütfiye Özdemir  
Doç.Dr. Mary Beth Schaefer  
Doç.Dr. Muhittin Kapanşahin  
Doç.Dr. Murat Elmalı  
Doç.Dr. Mustafa Karabulut  
Doç.Dr. Mustafa Kısakürek  
Doç.Dr. Mustafa Şenel  
Doç.Dr. Mutlu Deveci  
Doç.Dr. Nazile Abdullazade  
Doç.Dr. Nazmi Özerol  
Doç.Dr. Nesrin Deliktaşlı  
Doç.Dr. Nevin Özdemir  
Doç.Dr. Nurullah Ulutaş  
Doç.Dr. Nusret Göksu  
Doç.Dr. Olca Sürgevil  
Doç.Dr. Onur Köksal  
Doç.Dr. Özcan Bayrak  
Doç.Dr. Özlem Demirel  
Doç.Dr. Salih Yeşil  
Doç.Dr. Sare Şengül  
Doç.Dr. Saffet Kartopu  
Doç.Dr. Sebahattin Devecioğlu  
Doç.Dr. Seçil Fettahlıoğlu  
Doç.Dr. Selçuk Balı  
Doç.Dr. Selahattin Kaymakçı



*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim2017  
KAHRAMANMARAŞ*



Doç.Dr. Sibel Cengiz  
Doç.Dr. Sibel Kılıç  
Doç.Dr. Sibel Üst Erdem  
Doç.Dr. Şafak Kaypak  
Doç.Dr. Tuba Büyükbeşe  
Doç.Dr. Turan Akkoyun  
Doç.Dr. Tüksel Gögebakan  
Doç.Dr. Türkan Erdoğan  
Doç.Dr. Tudora Arnaut  
Doç.Dr. Ümran Türkyılmaz  
Doç.Dr. Ünal Taşkın  
Doç.Dr. Yegane Çağlayan  
Doç.Dr. Yılmaz Karadeniz  
Doç.Dr. Yusuf Şahin  
Doç.Dr. Yücel Ayriçay  
Doç.Dr. Yücel Öksüz  
Doç.Dr. Zeki Coşkuner

Yrd.Doç.Dr. Adnan Altun  
Yrd.Doç.Dr. Ahmet Çiçekler  
Yrd.Doç.Dr. Ahmet Turan Sinan  
Yrd.Doç.Dr. Arif Selim Eren  
Yrd.Doç.Dr. Bahadır Köksalan  
Yrd.Doç.Dr. Bahar Öcal Apaydın  
Yrd.Doç.Dr. Banu Tanrıöver  
Yrd.Doç.Dr. Bekir Kayabaşı  
Yrd.Doç.Dr. Bengü Hırlak  
Yrd.Doç.Dr. Beyzade Nadir Çetin  
Yrd.Doç.Dr. Burcu Özge Özaslan Çalışkan  
Yrd.Doç.Dr. Dilek Pembece  
Yrd.Doç.Dr. Duygu Koçak  
Yrd.Doç.Dr. Ebru Onurlubaş  
Yrd.Doç.Dr. Evrim Mayatürk Akyol  
Yrd.Doç.Dr. Fadime Tosik Dinç  
Yrd.Doç.Dr. Fahri Kılıç  
Yrd.Doç.Dr. Fikret Birdişli  
Yrd.Doç.Dr. Gökçen Şahmaran Can  
Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Vezir Oğuz  
Yrd.Doç.Dr. Hakan Yalap  
Yrd.Doç.Dr. Hikmet Maraşlı  
Yrd.Doç.Dr. Hüsametdin Karataş



*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim 2017  
KAHRAMANMARAŞ*





Yrd.Doç.Dr. İzzet Taşar  
Yrd.Doç.Dr. Kürşat Yusuf Ayt  
Yrd.Doç.Dr. Lütfi Alıcı  
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Gürlek  
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Yalçın Yılmaz  
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Yılmaz  
Yrd.Doç.Dr. Mustafa Uraş  
Yrd.Doç.Dr. Nurhodja Akbulaev  
Yrd.Doç.Dr. Ömer Tuğrul Kara  
Yrd.Doç.Dr. Özlem Yaşar Uğurlu  
Yrd.Doç.Dr. Sara Onur  
Yrd.Doç.Dr. Selcen Kök  
Yrd.Doç.Dr. Sezgin Demir  
Yrd.Doç.Dr. Suat apuk  
Yrd.Doç.Dr. Tahir elikba  
Yrd.Doç.Dr. Tarık Yazar  
Yrd.Doç.Dr. Türkan Askerova  
Yrd.Doç.Dr. Yeliz Mohan Bursalı

### **Sempozyum Sekreteryası**

Uzman  
Muhammet zcan



*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim2017  
KAHRAMANMARAŞ*



## İÇİNDEKİLER

ALZHEİMER TANILI HASTANIN BAKIM VERİCİSİ OLMAK: FENOMONOLOJİK BİR ÇALIŞMA.....	3
ÜNİVERSİTELİ SPORCU ÖĞRENCİLERİ SPOR BRANŞINA YÖNELTEN UNSURLAR VE BEKLENTİLERİ .....	11
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN DEPRESYON DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ ..	21
SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ: SAĞLIK KAMPANYALARI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME.....	33
ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİ.....	47





*III. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 26-27-28 Ekim 2017  
KAHRAMANMARAŞ*



## ALZHEİMER TANILI HASTANIN BAKIM VERİCİSİ OLMAK: FENOMONOLOJİK BİR ÇALIŞMA

**Prof. Dr. Havva TEL**

**Doç. Dr. Nuran GÜLER**

**Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN**

**Yrd. Doç. Dr. Semra KOCATAŞ**

**Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü**

### Öz

Araştırma; Alzheimer'lı bireye bakım vermenin bakım verici üzerindeki etkisini, bakım verici olmayla ilgili yaşadığı güçlükleri ve bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Niteliksel araştırmanın örneklemini 15 Nisan-15 Haziran 2017 tarihlerinde Sivas merkezdeki üç Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan Alzheimer'lı bireylere bakım veren, araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin 34 bakım verici birey oluşturmuştur. Araştırmanın verileri yarı yapılandırılmış form kullanılarak derinlemesine görüşme yoluyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi; görüşmelerde kaydedilen verilerin yazılı dökümü ve içerik analizi yoluyla gerçekleştirilmiştir.

Bakım vericilerin %88.2'si kadın, %58.8'i ilkökul mezunu, %94.1'i evli, %47.1'i tanıli en az bir kronik hastalığa sahip, %14.7'sinin bakımından sorumlu olduğu bir başka birey bulunmakta, %91.2'si gün boyu bakım vermektedir. Alzheimer hastasına bakım vermenin bakım verici üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan görüşmelerde; bakım vermenin bireylerin sağlığını, özel, sosyal ve günlük yaşamlarını olumsuz olarak etkilediği, bakım sırasında hem hastanın gereksinimlerini karşılamada hem de günlük yaşamlarını sürdürmede önemli güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Alzheimer Hastalığı, Bakım Verici, Bakım Güçlüğü.

## TO BE CAREGIVER OF ALZHEIMER DEFINED PATIENTS: A PHENOMONOLOGICAL STUDY

### Abstract

Research is planned to determine the effect of the caregiver Alzheimer's on the caregiver, the difficulties that the caregiver is having and the opinions on this subject.

The sample of the qualitative study consisted of 34 adult caregivers who gave care to Alzheimer's patients living in the three Family Health Center areas in Sivas center between April 15 and June 15, 2017, and agreed to participate in the survey. The data of the study were collected by in-depth interview using a semi-structured form. Evaluation of the data; by written statements and content analysis of the data recorded in the interviews. 88.2% of the caregivers were female, 58.8% were



primary school graduates, 94.1% were married, 47.1% had at least one chronic illness, 14.7% were in charge of care, 91.2% gives care to the boy. In interviews conducted to determine the effect of care on Alzheimer's patients on caregiver; care has been found to have significant difficulties in maintaining the health of the individual, negatively affecting their private, social and daily lives, meeting both the needs of the patient and maintaining their daily lives during care.

**Keywords:** Alzheimer's disease, caregiver, care difficulty.

\*SBF-046 Nolu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Merkezi tarafından desteklenmiştir

## Giriş

Alzheimer geriye dönüşsüz, ilerleyici ve dejeneratif bir beyin hastalığıdır. Genellikle sinsiz başlayan Alzheimer hastalığı bireyde bellek kaybına, yargılama, konuşma, oryantasyon ve yönetimsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Hastalık ilerledikçe bireyde davranış ve kişilik değişiklikleri ile birlikte fiziksel fonksiyon kaybı ortaya çıkmaktadır (Ballard ve ark., 2011; Öcal ve Kuzugüdenlioğlu, 1999). Dünya Alzheimer Derneği 2011 yılı verilerine göre Alzheimer hastalarının yarısından fazlası ailesi ile birlikte yaşamakta, her on hastadan yedisine evde bakım verilmektedir (Ballard ve ark., 2011). Ülkemizde Alzheimer hastalarının bakımı büyük çoğunlukla evde verilmekte ve aile üyelerinden birisi de kaçınılmaz olarak bakım verici rolünü üstlenmektedir (Yılmaz ve Turan, 2007). Bakım verici aile üyesi bir yandan hastanın bakım sorumluluğunu yürütürken diğer yandan aile içi ve diğer sorumluluklarını yürütmek zorundadır (Varcarolis, 1998; Sullivan ve Miller, 2015).

Alzheimer hastalığının gidişi ve süresi önceden kestirilemediğinden bakım verici rolü yıllarca devam edebilmektedir. Bu durumda bakım vericilerin dayanma ve baş etme güçleri azalmakta, sıklıkla fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (Mohamed ve ark., 2010; Sullivan ve Miller, 2015). Alzheimer tanısı birey ve ailesi için oldukça zorlayıcı bir deneyim olduğundan, bakım verici aile üyesinin bakım sürecinde anlaşılması ve desteklenmesi, bakım yükünün azaltılması ve fiziksel ve ruhsal sağlığının sürdürülmesi önemli bir gerekliliktir. Bu nedenle Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin yaşadıkları güçlüklerin ve gereksinimlerinin ortaya çıkarılması ile bakım vericilerin bakım sürecinde yaşadıklarının daha iyi anlaşılacağı, yakınlarının ve sağlık çalışanlarının bakım vericileri daha fazla desteklemeleri konusunda bir farkındalık geliştirebilecekleri düşünülmektedir.

## Yöntem

Bu araştırma Alzheimer tanılı bireye bakım vermenin bakım verici üzerindeki etkisini ve bakım verici olmayla ilgili yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla niteliksel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 15 Nisan-15 Haziran 2017 tarihlerinde Sivas il merkezindeki üç Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan ve Alzheimer tanılı bireylere bakım veren, araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin 34 bakım verici birey oluşturmuştur. Araştırma için Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden ve Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan uygulama izni, katılımcılardan yazılı ve sözel onam alınmıştır. Araştırmanın verileri "Bakım Verici Kişisel Bilgi Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılarak derinlemesine görüşme yoluyla toplanmıştır. Elde edilen veriler, NVivo 10 nitel veri analizi programında görüşmelerde kaydedilen verilerin yazılı dökümü ve içerik analizi yoluyla değerlendirilmiştir.

## Bulgular

Bakım vericilerin yaşı 29-81 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 48.68±13.53'dir. Bakım vericilerin %88.2'si kadın, %58.8'i ilköğretim mezunu, %94.1'i evli, %67.6'sı geniş aile tipinde bakım verdikleri birey ile birlikte yaşamaktadır. %47.1'inin en az bir kronik hastalığı olup, %14.7'si hastadan başka bir bireye de bakım vermektedir. Alzheimer hastasına bakım verme süresi 1-27 yıl arasında değişmekte olup ortalama bakım süresi 6.21±5.25 yıldır. Bakım vericilerin %91.2'si hastaya gün boyu bakım vermektedir. Bakım vericilerin %47.1'i bakım aylığı almaktadır. Bakım vericilerin %55.9 evin gelini konumundadır.

Bakım verilen Alzheimer tanılı hastaların; yaşı 55-90 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 78.65±8.03'tür. Hastaların %55.9'u kadındır. Hastalık süresi 1-15 yıl ortalama 5.32±3.55 yıl olup hastaların %82.4'ünde Alzheimer hastalığından başka en az bir kronik hastalık bulunmaktadır.

1-“Size göre "Alzheimer hastalığı" nasıl bir hastalık, açıklar mısınız?” sorusuna bakım verenlerin %73.5'i "Alzheimer hastalığının çok zor ve kötü bir hastalık" cevabını vermiştir.

**Tablo 1. Bakım vericilerin Alzheimer hastalığına ilişkin tanımlamalarından ortaya çıkan alt ve ana temalar**

2-“Alzheimer hastası bir kişiye bakım vermek sizin yaşamınızı nasıl etkiliyor?” sorusuna bakım verenlerin %82.4'ü “sosyal yaşamı, özel yaşamı ve günlük yaşamı sınırlıyor” cevabını vermiştir.

**Tablo 2. Bakım vericilerin Alzheimer hastasına bakım vermenin yaşamlarına olan etkisine ilişkin tanımlamalarından ortaya çıkan alt ve ana temalar**

Bakım Vericilerin İfadeleri	Alt Tema	Ana Tema
<i>“Çook zor, zor bir hastalık”</i> <i>“Unutkanlık, her şeyi unutuyor”</i> <i>“Küçük bir bebek gibi ilgilenmek gerekiyor”</i>	Çok kötü, çok zor bir hastalık (25 birey) Unutkanlıkla kendini gösteren bir hastalık (18 birey) Bebek gibi ilgi ve bakım gerektiren bir hastalık (10 birey)	Olumsuz görüş
Bakım Vericilerin İfadeleri	Alt Tema	Ana Tema
<i>“Sosyal hiçbir yaşantım yok, kalmadı”</i> <i>“Bir yere gidince huzursuz oluyorum, fazla duramıyorum. Eve dönmek zorunda kalıyorum”</i> <i>“Özel bir yaşantımız kalmadı”</i> <i>“Özel yaşamımız hemen hemen hiç kalmadı ki”</i>	Sosyal yaşamlarını sınırlaması (26 birey)  Özel yaşamlarını sınırlaması (16 birey)	Yaşamını olumsuz olarak etkileme

<p>“Çocuklarıma zaman ayıramıyorum”</p> <p>“Her şeyi ona göre ayarlamak zorundayız”</p>	Günlük yaşamlarını sınırlaması (6 birey)	
<p>“Hastalığı henüz ilerlemediği için şu an yaşamımızı etkilemiyor”</p> <p>“Bi sıkıntı yok, o yüzden etkilemiyor yani”</p>	Bireyin bağımsız olması-kendine yetebilmesi nedeniyle sorun yaşamama (6 birey)	Yaşamını etkilememe

3-“Alzheimer hastası bir kişiye bakım vermek sizin sağlığını nasıl etkiliyor” sorusuna bakım verenlerin %85.3'ü sağlığı bedensel ve ruhsal olarak olumsuz etkilediği, %14.7'si şimdilik kendine yetebildiği sağlığının etkilenmediği cevabını vermiştir.

**Tablo 3. Bakım vericilerin Alzheimer hastasına bakım vermenin kendi sağlıklarına olan etkisine ilişkin tanımlamalarından ortaya çıkan alt ve ana temalar**

Bakım Vericilerin İfadeleri	Alt Tema	Ana Tema
<p>“Ruhsal olarak bazen çok etkiliyor. İsyana getirme derecesine getiriyor”</p> <p>“Ruh sağlığımı bayağı bi etkiliyor”</p> <p>“Ruhsal sağlığım bitik”</p> <p>“Her şeyi tekrarlaması beni sinirlendiriyor”</p> <p>“Yorgunluğum oluyor”</p> <p>“Bedensel sağlığım etkileniyor. Her tarafım ağrıyor”</p> <p>“Onu indirip kaldırmada, banyo yaptırmada zorlanıyorum”</p>	<p>Ruhsal sağlığını etkilemesi (26 birey)</p> <p>Bedensel sağlığını etkilemesi (16 birey)</p>	Sağlığını olumsuz olarak etkileme
<p>“Sağlığımı etkilemiyor”</p> <p>“Etkilenmedim şimdiye kadar”</p>	Bireyin bağımsız olması-kendine yetebilmesi nedeniyle sorun yaşamama (5 birey)	Sağlığını etkilememe

4-Hastanın bakımında yaşadıkları bu güçlüklerle bakım vericilerin %96.7'si hastayı ikna etme-açıklama yapma, %53.3'ü aile üyelerinden yardım ve destek alma şeklinde baş etmeye çalıştığını

bildirmiştir. Baş etme yöntemlerine ilişkin görüşleri derinlemesine analiz edildiğinde; bakım vericilerin kullandıkları yöntemlerden “etkili baş etme yöntemlerini kullanma” ve “etkisiz baş etme yöntemlerini kullanma” şeklinde iki ana tema ortaya çıkmıştır.

**Tablo 4. Bakım vericilerin Alzheimer hastasına bakım verme nedeniyle yaşadıkları güçlüklerle baş etme yöntemlerine ilişkin tanımlamalarından ortaya çıkan alt ve ana temalar**

Bakım Vericilerin İfadeleri	Alt Tema	Ana Tema
<p>“Kendini iyi hissedene kadar konuşuyorum onunla”</p> <p>“Anlatarak, açıklayarak ikna ediyorum”</p> <p>“İlacını içmek istemeyince ikna etmeye çalışıyoruz”</p> <p>“Kendim dışarı çıkınca yanında mutlaka kızımı, oğlumu ya da eşimi bırakıyorum. Asla tek bırakmıyoruz”</p> <p>“Dışarı gitmeye çalıştığı için kapıyı geceleri alttan-üstten kilitliyoruz. Sürekli kontrol altında tutuyoruz”</p>	<p>Hastayı ikna etme-açıklama yapma</p> <p>Hastayı yalnız bırakmama-kontrol altında tutma</p>	<p>Hastanın bilişsel ve davranışsal semptomlarına yönelik etkili baş etme yöntemleri</p>
<p>“Bazen yüzüne kızıyorum”</p> <p>“Biraz kızıyorum, biraz idare ediyorum. İşte öyle...”</p> <p>“Bir şey yapmıyorum. Kendi haline bırakıyorum”</p>	<p>Hastaya kızma-sinirlenme</p> <p>Hiçbir şey yapmama</p>	<p>Hastanın bilişsel ve davranışsal semptomlarına yönelik etkisiz baş etme yöntemleri</p>
<p>“Ben işte olunca, kız kardeşim hastaneye götürüyor”</p> <p>“Banyoda yıkarken, evdekilerden destek alıyorum”</p> <p>“Eşim çok destek oluyor. Sürekli sözlü desteği var. Sürekli telkinlerde bulunuyor”</p> <p>“Banyo yapmak istemediği, inatlaştığı, saldırgan davranışları olduğu zaman doktorun yazdığı sakinleştirici ilaçlarını veriyoruz”</p>	<p>Aile üyelerinden yardım ve destek alma</p> <p>Sağlık çalışanlarından tıbbi destek alma</p>	<p>Hastanın bakım gereksinimleri ni karşılamaya yönelik etkili baş etme yöntemleri</p>
<p>“Her şeyi ile kendim ilgileniyorum”</p> <p>“Desteğe ihtiyacım var ama destek yok”</p>	<p>Tüm bakım sorumluluğunu tek başına üstlenme</p>	<p>Hastanın bakım gereksinimleri ni karşılamaya yönelik etkisiz</p>



		<i>baş etme yöntemleri</i>
--	--	----------------------------

5-“Sizce yaşadığımız güçlüklerin giderilmesine yönelik olarak neler yapılabilir?” sorusuna bakım vericilerin %70.0’i maddi destek önerisi yapılmıştır. Önerileri derinlemesine analiz edildiğinde “kurumsal destek (hastaların geçici ya da kalıcı olarak bakılacağı)”, “profesyonel destek (evde bakım hizmetleri, eğitim)”, aile üyelerinin desteği” ve “maddi destek” ana temaları belirlenmiştir.

**Tablo 5. Bakım vericilerin Alzheimer hastasına bakım verme nedeniyle yaşadıkları güçlüklerin giderilmesine yönelik önerilerinden ortaya çıkan alt ve ana temalar**

Bakım Vericilerin İfadeleri	Alt Tema	Ana Tema
<p>“Bir yere gidileceği, tatile filan gidileceği zaman bir hafta-on gün bırakılabilecek bir sosyal birim açılması gerekir”</p> <p>“Geçici olarak bırakabileceğimiz yerler olmalı”</p> <p>“Yatılı olarak kalabileceği bir bakım evi olabilir”</p> <p>“Kendi yaşlarındakilerle bir arada olabilecekleri, hava alabilecekleri, konuşabilecekleri bir yer olmalı”</p> <p>“Yaşlılara aktiviteler olmalı. Sürekli evde bunalyorlar onlar da...”</p> <p>“Toplantı gibi evden alıp tekrar eve bırakacakları bir yer olsa iyi olur”</p>	<p>Hastaların geçici ya da kalıcı olarak bakılacağı-bırakılabileceği kurumların açılması-yaygınlaştırılması (4 birey)</p> <p>Hastaların/ yaşlıların gündüz birlikte vakit geçirebilecekleri kreş/ gündüz bakım evlerinin olması (3 birey)</p>	<p>Kurumsal destek</p>
<p>“Sağlık çalışanları bu hastalık hakkında bilgi verebilir. Alzheimerlı kişi ile bizzat hastalığı hakkında konuşulabilir”</p> <p>“Halkımız bilinçsiz. Halkın bu hastalıkla ilgili eğitilmesi gerekir”</p> <p>“Evdeki bakım verenlerin, aile üyelerinin bilinçlenmesi gerekir”</p> <p>“Aile hekimleri eve gelip hastayı evde görmeli, değerlendirmeli ve ilacını yazmalı ”</p> <p>“Evde bakım olmalı. Gelip eve kontrol etmeliler”</p>	<p>Sağlık çalışanları tarafından danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması (3 birey)</p> <p>Evde bakım hizmetlerinin sağlanması ve yaygınlaştırılması (9 birey)</p>	<p>Profesyonel destek</p>

<p>“Eve doktorlar gelmeli. Bu tür hastaları merdivenden indir, doktora götür-getir bizi perişan ediyor”</p>		
<p>“Aile içinde yardımcı olunmalı. Tek başına olacak bir şey değil”</p> <p>“Yardım edilmeli. Çocukları, yakınları ilgilenmeli”</p>	<p>Bakım sorumluluklarının paylaşılması-destek olunması (8 birey)</p>	<p>Aile üyelerinin desteği</p>
<p>“Ambulans hizmeti sadece yatalak olanlar için ama bu hastalar da inip çıkamıyor”</p> <p>“Tekerlekli sandalye verilebilir. Kendi gezemiyor, odadan odaya geçemiyor”</p> <p>“Devlet tarafından destek olursa iyi olur. Devletin sağlayacağı bir bakıcının eve gelmesi.. Maddi yönden destek olursa iyi olur”</p> <p>“Büyük illerin hastane hizmetlerinden yararlanma olsa...”</p> <p>“Devlet daha fazla ödeme yapmalı”</p> <p>“Evde hizmet olsun. Yemek konusunda, başka şeylerle ilgilensinler”</p> <p>“Alış-veriş desteği olsa mesela.. Dışarı çıkmak zor oluyor”</p>	<p>Araç-gereç desteği sağlanması (9 birey)</p> <p>Tedavi ve bakım desteği sağlanması (15 birey)</p> <p>Ev bakım (destek) hizmetleri sağlanması (2 birey)</p>	<p>Maddi destek</p>

## Sonuç ve Öneriler

Bakım vericilerin büyük çoğunluğunun Alzheimer hastalığını çok zor ve kötü bir hastalık olarak tanımadıkları, bakım vermenin yaşamlarını ve kendi sağlıklarını olumsuz olarak etkilediği, bakım verirken hem hastanın bakım gereksinimlerini hem de kendisinin ve aile üyelerinin gereksinimlerini karşılamada güçlük yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Yaşadıkları güçlüklerle hastayı yalnız bırakmayarak ve aile üyelerinden ve sağlık çalışanlarından destek alarak baş etmeye çalıştıkları, bu güçlüklerin giderilmesine yönelik daha fazla yardım ve destek vurgusu yaptıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım verenlerin gereksinim duydukları zaman hastalarını geçici ya da kalıcı olarak bırakabilecekleri kurumların açılması ve yaygınlaştırılması,
- Bakım sorumluluğunu sadece kadınların üstlenmemesi ve diğer aile üleriyle paylaşılması,
- Sağlık çalışanları tarafından bakım vericilere ve ailelere yönelik bakımda yaşanan güçlüklerin giderilmesine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sağlanması,
- Devlet tarafından sağlanan maddi desteklerin yeterli hale getirilmesi önerilmektedir.

## Kaynakça

- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 32-49.
- Ballard, C. vd. (2011). Alzheimer's disease. *Lancet*, 377(97), 1019-1031.
- Mittelman, M.S. vd. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 780-789.
- Mohamed, S. vd. (2010). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Cross sectional and longitudinal patient correlates. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(10), 917-927.
- Öcal, A. ve Kuzugüdenlioğlu, D. (1999). Alzheimer hastalığında tanıdan tedaviye. *Türkiye Klinikleri Dergisi Eki Psikiyatri*, 1(1), 1-14.
- Sullivan, A.B. ve Miller, D. (2015). Who is taking care of the caregiver?. *Journal of Patient Experience*, 1(2), 7-12.
- Teri, L. (1997). Behavior and caregiver burden: behavioral problems in patients with Alzheimer's disease and its association with caregiver distress. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 11 (supp.4), 35-38.
- Varcarolis, E.M. (1998). *Alzheimer disease. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. (6th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. 8. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, A. ve Turan, E. (2007). Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 445-454.



## ÜNİVERSİTELİ SPORCU ÖĞRENCİLERİ SPOR BRANŞINA YÖNELTEN UNSURLAR VE BEKLENTİLERİ

Dr. Yeliz ŞİRİN

Yrd. Doç. Dr. Enver DÖŞYILMAZ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu

### Öz

Bu araştırmanın amacı, Türkiye üniversiteler arası yüzme ve masa tenisi müsabakalarına katılan sporcuların, ilgili spor branşına yönelten unsurlar, bu branşı yapma nedenleri ve geleceğe yönelik beklentilerinin belirlenmesidir. Araştırmaya Üniversiteler spor federasyonu tarafından düzenlenen 2016-2017 dönemi üniversiteler arası yüzme ve masa tenisi yarışmalarına katılan 45 bayan 100 erkek toplam 145 sporcu katılmıştır. Araştırmada kullanılan veriler anket yoluyla toplanmıştır. Elde edilen veriler, frekans ve yüzdelerle açıklanmış ve yorumlanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan sporcuların, cinsiyetlerine, yaptıkları spor branşlarına, milli olma durumlarına, spor yapma yıllarına göre görüşler arasındaki farkın önemli olup olmadığını tespit etmek amacıyla, t-testi ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda Türkiye üniversiteler arası masa tenisi ve yüzme yarışmalarına katılan sporcuların ilgili spor branşına yönelten unsurlar “arkadaş grubu” ve “antrenörler” olduğu; ilgili spor branşına yönelme nedenlerinde ise “yaptıkları spor branşını sevme”; ilgili spor branşından beklentileri ise “sağlıklı bir yaşam sürdürmek” olarak belirlenmiştir. Ayrıca sporcuların araştırmada kullanılan ölçeğe ilişkin görüşlerinin bazı kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılığa rastlanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Yüzme, masa tenisi, spora yönelten unsurlar, spordan beklentiler

## UNIVERSITY SPORTS STUDENTS SPORTS BRANCH'S ORIENTATIONS AND EXPECTATIONS

### Abstract

The aim of this study is identifying the factors those lead sportsmen, who competed in universities swimming and table tennis games , to the sports that they are performing and finding out the reasons why they are doing it and identifying their expectations for future. Totally 145 sportsman (100 male, 45 female), who have competed 2016-2017 universities swimming and table tennis games that has been organized by Universities sports federation, have contributed to the study. Surveys have been used to collect data of the study. Collected data have been analyzed by frequency and percentages. Additionally, answers of the sportsman have been analyzed by t-test and one way variance analysis according to gender, sports they are performing, contributions to national games, years of sport to find out if there is any significant difference or not. As the result of the analysis it is found that, the factors those lead swimmers and table tennis players to the branch they are performing are "friend group" and "trainers"; the reason why they are performing



that branch of sports is "they like performing it; their expectation is "sustaining a healthy life". Additionally it is found that, there is a significant difference between their responses to the survey and their personal attributes ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Swimming, table tennis games, factors directing to branches, expectation from sport.

## Giriş

Büyük bir toplumsal değer olan spor günümüz çağında daha organize hale gelmiş ve birçok insanın ilgi alanındadır (Yıldız 2006). Ülkelerin sosyal ve ekonomik kalkınmasına katkı sağlayan, bireylerin yeteneklerini ve yaratıcı özelliklerini ortaya çıkaran ve iradesini güçlendiren en önemli olgulardan biri spordur (Erkal 1986). Spor; sporculuk, antrenörlük, hakemlik, beslenme uzmanı, spor hekimi, masörlük gibi meslek alanı olarak büyük bir sektör haline gelmiştir (Özbek & Şanlı 2011). Profesyonel olarak spor yapanlar için spor artık bir meslektir. Kişilerin meslek seçiminde önemli etkenler olarak ailenin, örnek bir kişiyi rol model alma mesleki ve kişisel doyum, deneyim ve altyapı, para ve diğer manevi kazançların önemli faktörler olduğu bilinmektedir (Mirzeoğlu 2003).

Genetik miras yapısı kişilerin spor becerisi üzerindeki etkileri yadsınamaz şekilde önemlidir. Çocuklar ve gençler için zamanında yapılacak olan bilinçli bir yetenek seçimi, kişilerin antropometrik ve baskın motorik özelliklerine zihinsel yeteneklerine uygun spor branşlarına yönlendirilmesi üstün yetenekli sporcuların ayırımı gerçekleştirilebilir. Bu ayrışmadaki en önemli etkenlerden biri, söz konusu spor branşına uygun karakter ve kişilik yapısı aynı zamanda o spor branşına uygun fiziğe sahip sporcuyu seçmek, diğer önemli etken ise, bu seçimi mümkün olan en erken zamanda yapmaktır (Göktepe 2008). Ülkelerin sosyal ve ekonomik durumları insanları sportif olaylara teşvik eder ve dolaylı olarak bireysel yönelimlerde önemli bir unsurdur. Toplumun spora bakış açısını, ülke ekonomisinin genel düzeyi, gelir seviyesinin yüksekliği, boş zamanları değerlendirecek ortamın varlığı, bireylerin sosyalleşme durumu, nüfus yaş oranı, spor alt yapısının yeterli olması ve spor için ayrılan ekonomik kaynakların yeterliliği nüfusun sosyal gelişmişlik durumu gibi etkenler toplumun spora bakışını belirlemekte ve bireysel tercihleri etkilemektedir (Erkal 1998). İnsanların spor yapma amaçları kişilerin beklentilerine göre farklılaşmaktadır. Bu amaçlardan önemli olanlar arasında; fiziksel görünüş, kaliteli serbest zaman faaliyetleri örnek olarak verilebilir (Sunay & Bayraktar 2004).

Sporda, üst düzeyde başarıya ulaşabilmek için spora erken yönelme çok önemlidir. Spora yönelmede, antrenörün, ailenin, çevrenin, televizyon programları ve yazılı basının etkisinin yanı sıra bireyi spor yapmaya güdeleyen birçok faktör bulunmaktadır (Kara 2003:31-39). Bu unsurlara eğitim faaliyeti olarak da değerlendirilebilecek olan, beden eğitimi ve spor; yapılan spor branşını çok sevmek; yeni bir çevre; başarılı olmak suretiyle milli duyguları yaşamak para kazanma gibi faktörler sayılabilir.

Masa tenisi branşı tekler ve çiftler olmak üzere iki farklı oyun sisteminde oynanmak da ve bu durum katılım sayısını da etkilemektedir. Ülkemiz de cumhuriyet sonrası dönemde tanınmaya başlayan masa tenisi, ilk kez 1927 yılında Robert Koleji'nde oynanmıştır. İlk Türkiye Şampiyonası 1930 yılında düzenlenmiştir (Morpa, 2005: 64-65). Masa tenisi sporu gelişmiş bir

koordinasyon ve fiziksel uygunluk gereksinimi gösteren spor branşlarından biri olmuş yapılması tercih edilen sporlar arasına girmiştir. Masa tenisi sporu çok tekrar gerektiren bir spor dalı olduğu için bu branş ile uğraşan sporcuların sabırlı, azimli karar verme yeteneklerinin gelişmiş ve güçlü bir refleks yapısı gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir. Yüzme, vücudun tüm kaslarının kullanıldığı fiziksel gelişime önemli bir katkı sağlayan, kulaç ve ayak hareketlerinden başka bir yardım almadan belli bir mesafeyi kat edebilmek için suda yapılan hareketler bütünüdür. Bu branşta sportif performans kazanılması için küçük yaşlarda bu spora başlanması, donanımlı bir antrenör tarafından çalıştırılması, aile ve çevreden destek almak gerekmektedir (Çifçi 2012).

Literatür incelendiğinde Zorba, vd. (2016) plaj hentbolcuları üzerine; Özbek ve Şanlı (2011) karate sporcularına; Ölçücü, vd. (2014) voleybolcular üzerine; Göktepe vd. (2014) bayan futbolcular üzerine yapılmış, bireylerin spora yönelmeleri onları bu branşlara teşvik eden unsurlar ve beklentileri ile ilgili birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Literatüre katkı sağlaması açısından bu araştırmanın amacı masa tenisi ve yüzme sporuyla uğraşan sporcuların bu spor branşına yönelmelerine teşvik eden unsurlar, bu branşı yapma nedenleri ve bu branşlardan geleceğe yönelik beklentilerinin saptanarak, yaş, cinsiyet, spor deneyimi ve millilik durumlarına göre farklılık olup olmadığının yanıtı aranmıştır.

## Yöntem

### Araştırmanın Modeli

Araştırmanın modeli betimsel ve ilişkisel tarama yöntemi olarak belirlenmiştir. Bu araştırmanın amacı, Türkiye üniversiteler arası yüzme ve masa tenisi müsabakalarına katılan sporcuların, ilgili spor branşına yönelten unsurlar, bu branşı yapma nedenleri ve geleceğe yönelik beklentilerinin belirlenmesi ve demografik özelliklerine göre farklılıkların incelenmesidir.

### Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Üniversiteler spor federasyonu tarafından düzenlenen 2016-2017 dönemi üniversiteler arası yüzme ve masa tenisi yarışmalarına katılan 45 bayan 100 erkek toplam 145 sporcu oluşturmaktadır.

### Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu hazırlanmıştır. Kullanılan anket formu önce benzer araştırma örneklerinden (Sunay & Saracaloğlu 2003; Bayraktar & Sunay 2007), yararlanılarak bir taslak form oluşturulmuş, daha sonra uzman görüşleri alınarak anket formuna son şekli verilmiştir. Anket verileri beşli (hiç, az, orta, fazla, çok fazla ) likert tipi ölçekle ölçümlenmiştir.

Birinci bölümde araştırmaya katılan sporcuların kişisel bilgileri yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde, masa tenisi ve yüzme sporuna teşvik eden unsurlar ve bu sporlarla uğraşma nedenleri, bu sporlardan beklentilerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Araştırma ölçeğinin tümü için güvenilirlik katsayısı .85 bulunmuştur. Spor branşına teşvik eden unsurlara ilişkin alpha güvenilirlik .61; spora başlama nedenleri için .70; spor branşından beklentilerine için .85 olarak bulunmuştur (Bayraktar & Sunay 2007).

### Verilerin Analizi

Araştırmanın evrenini oluşturan sporcuları spora yönelmeye teşvik eden unsurların, uğraşma nedenlerinin ve yaptıkları spordan beklentilerine ilişkin görüşlerinin yer aldığı soruların analizinde; yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan sporcuların yaptıkları spor branşlarına, cinsiyet, yaş, milli sporculuk, spor yapma yıllarına göre görüşler arasında önemli fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla t- testi ve tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

## Bulgular

**Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özellikleri**

Değişkenler			Değişkenler		
<b>Yaş</b>	f	%	<b>Cinsiyet</b>	f	%
17-20	53	36.6	Bayan	45	31.0
21-24	81	55.9	Erkek	100	69.0
25-29	11	7.6			
<b>Spor deneyimi</b>	f	%	<b>Milli Sporculuk</b>	f	%
1-5 yıl	60	41.4	Evet	19	13.1
6-10yıl	54	37.2	Hayır	126	86.9
11-15yıl	31	21.4			

Araştırmaya katılan sporcuların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde 45'i (%31) bayan, 100'ü(%69) erkek toplam 145 sporcu olduğu görülmektedir. Sporcuların yaş aralıkları incelendiğinde 17-20 yaş aralığında 53 (%36) sporcu, 21-24 yaş aralığında 81(%55) sporcu, 25-29 yaş aralığında ise 11 (%7) sporcu bulunmaktadır. Sporcuların milli sporcu olma durumu incelendiğinde 19'u (%13) milli sporcu, 126'sı (%86) milli sporcu olmadığını belirtmiştir. Spor yapma yaşları incelendiğinde 60 (%41) kişi 1-5 yıl, 54 (%37) kişi 6-10 yıl, 31 (%21) kişi 11-15 yıl arası spor yaşlarının olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 2. Sporcuları İlgili Spor Branşına Teşvik Eden Unsurlara İlişkin Görüşlerin Sıralaması**

Maddeler		Hiç	Az	Orta	Fazla	Çok Fazla	X	SS
Arkadaş grubunun spora yönelmedeki etkisi	f	11	16	47	41	30	3.43	1.15
	%	7.6	11.0	32.4	28.3	20.7		
Antrenörün spora yönelmenizdeki etkisi	f	20	18	35	36	36	3.34	1.34
	%	13.8	12.4	24.1	24.8	24.8		
Ailenizin spora yönelmedeki etkisi	f	23	21	34	34	33	3.22	1.37
	%	15.9	14.5	23.4	23.4	22.8		
Beden Eğitimi öğretmeninin spora yönelmenizdeki etkisi	f	36	22	25	24	38	3.04	1.54
	%	24.8	15.2	17.2	16.6	26.2		
Okul spor salonu ve tesislerinin spora yönelmedeki etkisi	f	41	34	53	16	1	2.32	1.02
	%	28.3	23.4	36.6	11.0	0.7		
Çevrenin spora yönelmedeki etkisi	f	49	47	28	20	1	2.15	1.06
	%	33.8	32.4	19.3	13.8	0.7		
Televizyon programlarının spora yönelmenizdeki etkisi	f	59	40	24	16	6	2.10	1.17
	%	40.7	27.6	16.6	11.0	11.0		

Yazılı basının spora yönelmenizdeki etkisi	f	72	38	26	5	4	1.83	1.02
	%	49.7	26.2	17.9	3.4	2.8		

Tablo 2’ de araştırmaya katılan sporcuların yüzme ve masa tenisi branşlarına yönelmelerine neden olan unsurların ortalamaları ve önem sırası verilmiştir. Sonuçlara göre sporcuları yaptıkları branşa yönelmelerine neden olan unsurlar arasında “Arkadaş grubunun spora yönelmedeki etkisi” ( $X=3.43$ ) ve “Antrenörün spora yönelmedeki etkisi” ( $X=3.34$ ), sporcuları spora teşvik eden nedenler arasında ortalamaları en yüksek olarak başta gelmektedir. Sporcuları spora teşvik eden nedenler arasında en düşük ortalama ise “Yazılı basının spora yönelmenizdeki etkisi” ( $X=1.83$ ) olarak belirtmişlerdir.

**Tablo 3. Sporcuların masa tenisi ve yüzme sporuna başlama nedenlerine İlişkin Görüşlerin Sıralaması**

Maddeler		Hiç	Az	Orta	Fazla	Çok Fazla	X	SS
Bu spor branşını sevmek	f	7	8	12	30	88	4.26	1.13
	%	4.8	5.5	8.3	20.7	60.7		
Sporcu olarak arkadaşlar arasında tanınıp sevilme ve sayılmak	f	16	19	28	46	35	3.45	1.29
	%	11.0	13.1	19.3	31.7	24.1		
Boş zamanları olumlu değerlendirmek	f	20	16	36	47	24	3.29	1.27
	%	13.8	11.0	24.8	32.4	17.9		
Başarı kazanmaktan zevk almak	f	24	20	35	42	24	3.15	1.31
	%	16.6	13.8	24.1	29.0	16.6		
Sporun faydalarından haberdar olmak	f	30	19	36	43	17	2.98	1.31
	%	20.7	13.1	24.8	29.7	11.7		
Arkadaşlarla birlikte bir takım ruhu içinde hareket etmek	f	20	27	47	45	6	2.93	1.10
	%	13.8	18.6	32.4	31.0	4.1		
İlgili spor branşıyla uğraşarak sağlıklı olmak	f	39	32	37	18	19	2.62	1.34
	%	26.9	22.1	25.5	12.4	13.1		
Maddi geliri arttırmak	f	51	30	32	26	6	2.35	1.24
	%	35.2	20.7	22.1	17.9	4.1		
Kolayca bir arkadaş gurubuna katılmak	f	63	38	29	9	6	2.01	1.12
	%	43.4	26.2	20.0	6.2	4.1		

Tablo 3’e göre sporcuların yüzme ve masa tenisi branşlarına yönelme nedenlerini belirten unsur arasında “Bu spor branşını sevmek” ( $X=4.26$ ) diğer unsurlar arasında ortalaması en yüksek çıkmıştır. Sporcuları spora yönelten nedenler arasında en düşük ortalama ile “Kolayca bir arkadaş gurubuna katılmak” ( $X=2.01$ ) unsuru olarak belirtmişlerdir.

**Tablo 4. Sporcuların masa tenisi ve yüzme sporundan Beklentilerine İlişkin Görüşlerin Sıralaması**



Maddeler		Hiç	Az	Orta	Fazla	Çok Fazla	X	SS
Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek	f	15	23	38	38	31	3.32	1.26
	%	10.3	15.9	26.2	26.2	21.4		
Yaşadığım sosyal çevrede Sporcu kimliğimle tanınmak	f	42	37	31	22	13	2.49	1.29
	%	29.0	25.5	21.4	15.2	9.0		
Antrenör olmak	f	70	16	23	16	20	2.31	1.49
	%	48.3	11.0	15.9	11.0	13.8		
Üniversitelerin Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarında eğitim görmek	f	81	13	14	22	15	2.15	1.47
	%	55.9	9.0	9.7	15.2	10.3		
Beden eğitimi öğretmeni olmak	f	88	11	12	18	16	2.05	1.48
	%	60.7	7.6	8.3	12.4	11.0		
Maddi kazanç sağlamak	f	81	31	16	12	5	1.82	1.13
	%	55.9	21.4	11.0	8.3	3.4		
Hakem olmak	f	97	20	15	5	8	1.66	1.14
	%	66.9	13.8	10.3	3.4	5.5		
İyi bir fiziki görünümüne sahip olmak	f	51	30	32	26	6	2.35	1.24
	%	35.2	20.7	22.1	17.9	4.1		
İyi bir sporcu olmak ve hayatını spordan kazanmak	f	100	20	12	6	7	1.62	1.11
	%	69.0	13.8	8.3	4.1	4.8		
Milli takıma seçilmek ve milli olmak	f	53	16	27	16	33	2.72	1.59
	%	36.6	11.0	18.6	11.0	22.8		

Tablo 4'e göre sporcuların yaptıkları spor branşından beklentilerini belirten unsurlar arasında "Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek" ( X=3.32) diğer unsurlar arasında ortalaması en yüksek çıkmıştır. Sporcuları spora yönelten nedenler arasında en düşük ortalama ile "Kolayca bir arkadaş gurubuna katılmak" (X=1.83) unsuru olarak belirtmişlerdir. Sporcular masa tenisi ve yüzmeden beklentileri olarak "Hakem olmayı" (X=1.83) en düşük beklenti olarak belirtmişlerdir.

**Tablo 5. Sporcuların kişisel özelliklerine göre spor branşına teşvik eden unsurlar, spora başlama nedenleri ve beklentileri boyutlarına göre analiz sonuçları**

Değişken	Spora Teşvik Eden Unsurlar					Spora Başlama Nedenleri				Spordan Beklentiler			
	Gruplar	$\bar{X}$	ss	t	p	$\bar{X}$	ss	t	p	$\bar{X}$	ss	t	p
Cinsiyet	Bayan	2.70	.63	.254	.80	3.05	0.72	.481	.61	2.33	0.78	.773	.46
	Erkek	2.67	.63			2.99	0.65			2.21	0.90		
Branş	Yüzme	2.44	.61	3.39	.01*	3.18	0.59	2.35	.27	2.22	0.68	-.29	.79
	Masa Tenisi	2.80	.61			2.91	0.69			2.26	0.95		
Millilik	Evet	2.90	.56	1.82	.09	2.95	0.80	-.302	.72	2.88	.93	3.20	.01*
	Hayır	2.64	.63			3.01	0.65			2.15	.82		

p<.05

Tablo 5'e göre sporcuların cinsiyetlerine göre yüzme ve masa tenisi branşlarına yönelme nedenleri , spora başlama nedenleri ve bu spordan beklentileri boyutları arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sporcuların branş değişkeni ile boyutlar arasında yapılan analiz sonucunda spora yönelme nedenleri ile branşları arasında anlamlı bulunmuş ( $p<0.05$ ); spora başlama nedenleri ve spordan beklentileri boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sporcuların milli olma değişkeni ve boyutlar arasında yapılan analiz sonucuna göre spora yönelme ve spora başlama nedenleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), fakat spordan beklentileri boyutunda anlamlı farklılığa rastlanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 6. Sporcuların Yaşa dağılımlarına göre spora teşvik eden unsurlar, başlama nedenleri ve beklentilerine ilişkin görüşlerinin Varyans Analizi**

Alt Boyutlar	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss.	F	p	fark
Spor branşına teşvik eden unsurlara	17-20	53	2.48	0.62	5.013	<b>.00*</b>	1-3 2-1
	21-24	80	2.76	0.60			
	25-29	11	3.02	0.66			
Spora başlama nedenleri	17-20	53	2.98	0.64	1.214	.30	
	21-24	80	3.02	0.68			
	25-29	11	3.02	0.72			
Spor branşından beklentileri	17-20	53	2.12	0.77	3.534	<b>.03*</b>	1-3
	21-24	80	2.24	0.85			
	25-29	11	2.88	1.19			

$p<.05$

Tablo 6'ya göre Yaş değişkenine göre spor branşına teşvik eden unsurlar ve spor branşından beklentileri boyutlarına göre anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır ( $p<0.05$ ). Farklılığın kaynağını bulmak için yapılan Befferoni testi sonuçlarına göre 17-20 yaş aralığındaki sporcular ile 21-24 yaş ve 25-29 yaş aralığındaki gruplar arasında çıkmıştır. Spora başlama nedenleri ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7. Sporcuların spor yapma yılı dağılımlarına göre spora teşvik eden unsurlar, başlama nedenleri ve beklentilerine ilişkin görüşlerinin varyans Analizi**

Alt Boyutlar	Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss.	F	p
Spor branşına teşvik eden unsurlar	1-5	60	2.68	0.64	.227	.79
	6-10	53	2.71	0.66		
	11-15	31	2.62	0.58		
Spora başlama nedenleri	1-5	60	2.98	0.64	.050	.95
	6-10	53	3.02	0.68		
	11-15	31	3.02	0.72		
Spor branşından beklentileri	1-5	60	2.08	0.80	2.453	.09
	6-10	53	2.29	0.90		
	11-15	31	2.50	0.89		

$p<.05$

Tablo 7'ye göre spor yapma yılı değişkeni ve sporcuları spora teşvik eden unsurlar, başlama nedenleri ve beklentilerine göre yapılan analiz sonucunda boyutlar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ).

## Tartışma ve Sonuç

Masa Tenisi ve yüzme branşını yapan üniversiteli sporcuların bu branşa yönelmelerinde “Arkadaş grubunun” ve “Antrenörün spora yönelmedeki etkisinin daha etkili olduğunu belirlenmiştir. “Yazılı basının spora yönelmedeki etkisi” çok düşük etki etmektedir. Gökdemir (2006) araştırmasında, atletizm sporcularının bu branşa yönelme nedenleri arasında beden eğitimi öğretmeni ve yakın çevredeki ilgili spor branşı antrenörünün etkisi ilk sırada yer almış; Göktepe vd., (2014) ise Türkiye deki bayan futbolcuların futbol branşına yönelme eğilimlerinin belirlenmesi adlı çalışmalarında “arkadaş grubunun etkisi” yüksek olduğu belirlenmiştir (Göktepe 2014). Öztürk (2004) tenise yeni başlayan çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada; ailelerin tenise yönelmede teşvik edici en önemli unsur olduğu, arkadaş ve akraba çevresinin de tenise yönelmede önemli bir faktör olduğunu tespit etmiştir. Wolfenden ve Holt’un (2005); Alibaz, Gündüz ve Şentuna’nın (2006), Şimşek’in (2006), Sunay ile Saracaloğlu’nun (2003) yaptıkları çalışmalarda sporcuların spora yönelmede ailelerinden önemli ölçüde etkilendikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar yapılan çalışmayla benzer sonuçlar göstermektedir. Sporcular bu branşlara yönelmede en düşük unsur olarak “kolayca bir arkadaş grubuna katılmak” unsuru olduğunu belirtmişlerdir. Sporcular masa tenisi ve yüzme branşlarına başlama nedenleri arasında “bu spor branşını sevmeyi” nedenlerde en önemlisi olarak belirtmişlerdir. Alibaz vd. (2006) yaptıkları çalışma sonucunda; Türkiye’de tekvando, karate ve Kick-Boks sporuyla uğraşma nedeni olarak yaptıkları spor branşını sevmek ve başarı kazanmaktan haz duymanın etkili olduğunu saptamışlardır.

Masa tenisi ve yüzme sporcularının yaptıkları branşa göre spora yönelme nedenlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Masa tenisi sporcularının aile, arkadaş çevresinin ve beden eğitimi öğretmenlerinin bu spora yönelmedeki etkisinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bayraktar ve Sunay’ın (2007) beden eğitimi öğretmenlerinin sporcuların yaptıkları branşa yönelmelerinde etkili bir unsur olduğu sonucunu bulmuştur Sporcuların milli olma değişkeni ile spordan beklentileri boyutunda anlamlı farklılığa rastlanmıştır. Milli olan sporcular ailelerinin spora yönelmedeki etkisine daha yüksek puan vermiştir..

Masa tenisi ve yüzme branşına teşvik eden unsurlarda yaşı daha küçük olan 17-20 aralığındaki sporcular ile yaş aralığı 25-29 yaş arasında olan sporcular arasında farklılık bulunmuştur. Yaşları 25-29 yaş arasında olan sporcular beden eğitimi öğretmenlerinin, antrenörlerin ve yazılı basının spora teşvik de etkisine daha yüksek puan vermişlerdir. Spora başlama nedenleri ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Araştırma sonuçlarından spor yapma yıllarına göre masa tenisi ve yüzme sporcularının spora teşvik eden unsurlar, başlama nedenleri ve beklentilerinde herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır.

Sporcuların masa tenisi ve yüzme sporundan beklentilerine ilişkin görüşlerin sıralaması incelendiğinde “sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek” ifadesi daha yüksek bulunmuştur. Masa tenisi ve yüzme sporu becerilerinin kazanılmasından sonra ileriki yaşlarda da profesyonel olmasa bile sağlık için her ortamda kolay yapılabileceği düşünülürse sporcuların ileriki yıllarda spordan kopmamak ve bu becerilerini çok daha iyi yapabileceklerinden bu ifadeyi yüksek yoğunlukla seçtikleri söylenebilir Ölcü vd. (2012) Sporcuların tenis sporundan beklentileri “adlı çalışmada “sağlıklı olma ve sağlığı koruma” beklentileri yüksek bulunmuştur. Bayraktar ve Sunay (2007) çalışmalarında farklı branş sporcuları için sağlıklı olmanın önemli bir beklenti olduğu sonucunu bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma sonucumuzla paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak masa tenisi ve yüzme sporcularının arkadaş gruplarının ve antrenörlerin bu spor branşına teşvik ettiği; yazılı basının herhangi bir etkisinin olmadığı bu nedenle yazılı basın ve

televizyon programlarının bu branşlara daha fazla önem vermesi, bu branşların daha fazla tanıtılması, eğitici ve öğretici programlara yer verilmesi ve ülkemizde bu branşlarda elde edilen başarılar hakkında daha fazla bilgi verilmesi gerekmektedir. Bu spor branşlarına başlama nedenleri arasında masa tenisi ve yüzme sporunu sevmek; nedenler arasında en düşük olarak da “Kolayca bir arkadaş grubuna katılmak” olduğudur. Bu spor branşından beklentiler olarak da “sağlıklı bir yaşam sürdürmek” ifadesine sporcular yüksek puan vermiştir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında milli sporcu sayısı 19 milli olmayan sporcu sayısı ise 126 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre sporcuların beklentilerinin üniversite yıllarında aktif olarak spor yapma ve sonraki hayatlarında sağlıklı bir şekilde hobi olarak bu sporu yapmayı düşündüklerini söyleyebiliriz.

## Kaynakça

- 1- Alibaz, A. Gündüz, N. ve Şentuna, M. (2006). Türkiyede üst düzey taekwondo, karate ve kick- boks sporcularının bu spor branşına yönelmelerine teşvik eden unsurlar, yapma nedenleri ve geleceğe yönelik beklentileri. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(3), 91-102.
- 2- Bayraktar, B. ve Sunay, H. (2007). Türkiye’de elit bayan ve erkek voleybolcuların spora başlamasına etki eden unsurlar ve spordan beklentileri. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 5(2), 63-72.
- 3- Binboğa, M. Kılıç, İ. ve Gökdemir, K. (2013). Motives of junior volleyball players to start and continue volleyball and their expectations for the future. *Journal of Sports and Performance Researches*. 4 /2, 29-39.
- 4- Çiğçi, Ç. (2012). *8-10 Yaş grubu çocuklarda 12 haftalık yüzme ve tenis eğitiminin yetenek ve beceri geliştirmeleri*. Lisans bitirme tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- 5- Erkal, E. M. Güven, Ö. Ayan, D. (1998). *Sosyolojik açıdan spor*. İstanbul: Der Yayınları, s.139-146.
- 6- Erkal, M. (1986). *Sosyolojik açıdan spor*. Ankara: Mili Eğitim yayınevi, s, 57.
- 7- Göktepe, M. vd. (2014). Türkiyedeki bayan futbolcuların futbol branşına yönelme eğilimlerinin belirlenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport*, 1, 775-783.
- 8- Kara, E. ve Pular, A. (2003). Üniversite öğrencilerinin dağcılık sporuna yönelmelerinde etkili olan faktörler. *Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2/5, 31-39.
- 9- Mirzeoğlu, N. (Ed.) (2003). *Meslek seçimi ve spor bilimlerinde meslek alanları. Spor bilimine giriş*. Ankara: Bağırhan Yayinevi.
- 10- Ölçücü, B. Özen, Ş. ve Altınkök, M. (2014). Spor eğitiminde Tokat ilinde voleybol takımlarında oynayan voleybolcuların voleybola başlama nedenleri ve beklentileri. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. Ekim Sayısı, s:57-70
- 11- Ölçücü, B. vd. (2012) . Üniversiteler arası tenis müsabakalarına katılan Sporcuların tenise başlama nedenleri ve beklentileri. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 3(2), s:5-12.
- 12- Özbek, O. ve Şanlı, E. (2011). Karate branşındaki üniversite elit sporcularının bu branşa yönelme nedenleri ve beklentileri. *Nigde University Journal of Physical Education and Sport Sciences*, 5(3), 203-214.
- 13- Öztürk, T. (2004). *Tenise yeni başlayan 6-12 yaş arası sporcuların tenisi seçme nedenleri ve sosyoekonomik düzeyleri*, Lisans bitirme tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- 14- Sunay, H ve Saracaloğlu, A. S. (2003). Türk sporcusunun spordan beklentileri ile spora yönelten unsurlar. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, Spormetre*, 2(2), 43-48.
- 15- Sunay, H. ve Bayraktar, B. (2004). The factors affecting turkish elite men and women volleyball players starting sports and their expectations. ICHPER-SD The TSSA 8th International Sports Science Congress, November 17-20, (s.40). Antalya-Turkey,
- 16- Şimşek, D. ve Gökdemir, K. (2006). Ortaöğretimde atletizm yapan sporcu öğrencilerin atletizm branşına yönelme nedenleri. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(3), 83-90.



- 17- Wolfenden, L. and Holt, N. (2005). Talent development in elite junior tennis: perceptions of players, parents, and coaches. *Journal of Applied Sport Psychology*, 17, s. 108-126.
- 18- Yıldız G. H. (2006). *Ortaöğretim kurumları spor alanında okuyan öğrencilerin spora başlama ve alanı seçme nedenleri ile beklentileri*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- 19- Zorba, E., & Göksel, A. G. (2016). Türkiye'deki plaj hentbolu sporcularının spora başlamasına etki eden unsurlar ve spordan gelecek beklentileri. *Journal of Human Sciences*, 13(2), s:3092-3101.



## ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN DEPRESYON DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Hakan AVAN\*

Davut NACAR\*

Hamdi ÖZTÜRK\*

\* KSÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma, acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin depresyon düzeyini incelemek amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Kahramanmaraş Merkez Acil Sağlık İstasyonlarında Eylül- Ekim 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 71 personel alınmıştır. Veri toplamak için “Kişisel Özellikleri Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS 21.0 paket programında değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışma kapsamına giren ASİ personelinin BDÖ puan ortalamasının  $12.89 \pm 8.11$  olduğu saptanmıştır. Çalışmada olguların %74.6’ sı (n=53) 16 ve altında bir puan aldığı, %25.4’ ünün (n=18) 17 ve üstünde bir puan aldığı saptanmıştır. Acil sağlık istasyonu personelinin gelir durumu, eğitim durumu, yaş durumu, hizmet yılı ve doğum yerleri ile BDÖ puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. **Sonuç:** Bu çalışmada; Personel gelir durumu arttığında depresyon düzeyinin arttığı, Personelin eğitim düzeyi arttığında depresyon düzeyinin arttığı, Personelin köyde doğması depresyon düzeyinin arttırdığı, Personelin yaşı arttığında depresyon düzeyinin arttığı, Personelin hizmet yılının artması depresyon düzeyini arttırdığı sonuçlarına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Acil, Sağlık, Personel, Depresyon, Çalışan

### OF THE PERSONNEL WORKING IN EMERGENCY HEALTH SERVICES, DETERMINATION OF THE LEVEL OF DEPRESSION

#### Abstract

**Objectives:** This study was conducted to examine the depression level of health personnel working in emergency health services. **Methods:** The research was carried out in Kahramanmaraş Central Emergency Health Stations between September-October 2017. 71 employees have been recruited as meeting the criteria for inclusion in the research. "Personal Information Introducing Information Form" and "Beck Depression Scale" were used to collect data. The data of the study were evaluated in the computer-based SPSS 21.0 package program. **Results:** It was determined that the average BDI score of the Emergency Health Services personnel included in the scope of the study was  $12.89 \pm 8.11$ . In the study, 74.6% (n = 53) had a score of 16 or less and 25.4% (n = 18) had a score of 17 or more. A statistically significant difference was found between the income status, educational status, age status, service year and place of birth and BDI point average of the

emergency health station personnel. **Conclusions:** In this study; Increase of depression level when personnel income increases, Increase of depression level when personnel level increases, Depression level of personnel born in village increases depression level, Increase of depression level when personnel age increases, the increase in personnel years of service increases the level of depression the results that have been reached.

**Keywords:** Emergency, Health, Staff, Depression, Employee

## Giriş

Acil sağlık hizmetlerinde çalışan personel standart çalışma süreleri dışında vardiyalı sistemde, zor şartlar altında ve sorumluluklara sahip, aşırı stres ve yoğun baskı altında çalışmaktadır. Hasta/yaralı, yakınları ve diğer sağlık personelleri ile iletişime dayalı bir meslek olduğundan gerek fiziksel gerekse ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olması gerekmektedir. Bu bağlamda acil sağlık personeli iş ortamında meydana gelen sorunlar personelin başta hasta ve yaralıya verdiği bakım olmak üzere psikososyal yaşantısına olumsuz yönde etki etmektedir. Bunun sonucunda hasta ve yaralıların sağlığı tehdit altında kalmasına, meslek kazalarının çoğalmasına sebep olmaktadır (1, 2, 3, 4). Hemşireler ve doktorlar üzerinde yapılan çalışmalarda vardiya ve nöbet şeklinde çalışmanın personelin bedensel ve ruhsal sağlığını, sosyal hayatını, personelin ve hastaların güvenliğini kötü yönde etkilediğini tespit etmişlerdir (1, 3).

Depresyon dünyada çok sık görülen toplumsal ve küresel bir hastalık potansiyeline neden olan hastalıklar arasında en başlarda gelmektedir. MÖ 4. Yy kadar dayanan depresyon kökünde daha önce severek ve arzularak yaptığı sıradan faaliyetlere, isteksizlik, hayattan zevk almama, hüznü ve içe kapanma gibi kişide bazı değişiklikler ile başlar. Kişi geçmişte yaşadığı olumsuz ve kötü olayların bu güne ve yarına bakışını değiştirecek kendini cezalandırılmış, yorgun ve bitkin hissedecek, yaşamdan zevk almayacak, intihar düşünceleri gelişecek ve kişiler arası iletişimini etkileyerek, iş yaşamındaki verimliliğinin azalmasına, günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirememe ve içe kapanmaya sebep olacaktır (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11),

Yapılan çalışmalarda depresyonun topluma göre sağlık personeline daha çok görüldüğü tespit edilmiştir (5). Vardiyalı olarak çalışmak durumunda olan kişilerde çeşitli fiziksel hastalıklar ve ruhsal sağlık sorunları, sürekli gündüz mesaisinde çalışanlara kıyasla daha sık karşılaşılmaktadır (12, 13).

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin depresyon düzeyini incelemek amacıyla ilişki arayıcı, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırma, Kahramanmaraş Merkez Acil Sağlık İstasyonlarında Eylül- Ekim 2017 tarihleri arasında pazartesi ve Salı günleri yürütülmüştür. Örnekleme Kahramanmaraş Merkez Acil Sağlık İstasyonlarında çalışan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 71 personel alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; Araştırmaya katılmaya gönüllü olması, En az 1 yıldır ASİ' de çalışmış olması, İzin, Rapor vb. durumda bulunmaması. Veri toplamak için "Kişisel Özellikleri Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Beck Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından düzenlenen kişisel özellikleri tanıtıcı bilgi formu personele ait sosyo-demografik özellikleri içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ); Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tegin (1980) ve Hisli (1988, 1989) tarafından yapılan BDÖ her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duyu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31- 40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir (14).

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 21.0 (The Statistical Package for the Social Sciences-PC Version 21.0) paket programı kullanılmıştır. personelin sosyo-demografik özellikler frekans dağılımı ve aritmetik ortalama, BDÖ puanları ile ikili grupların karşılaştırılmasında parametrik veriler t-testi, katagorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, grup sayısının ikiden fazla olduğu parametrik verileri Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi ile değerlendirilmiştir. ANOVA testi ile değerlendirilen verilerde farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için homojen gruplarda post-hoc Tukey testi, homojen olmayan gruplarda Gabriel testi ile ileri analiz yapılmıştır. Araştırma sonuçları 0,95 güven aralığında  $p \leq 0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edilerek yorumlanmıştır.

Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam koşulu bir etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırma kapsamına alınacak olan personelin istekli olmalarına dikkate edilerek çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak onamları alınmıştır. Araştırmanın yapılması için KSÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı alındı. Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma yapabilme izni alındı

## Bulgular

Araştırma Eylül 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında Kahramanmaraş merkez Acil Sağlık İstasyonu (ASİ) 71 personeli ile gerçekleştirilmiştir. Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Depresyon Düzeyinin İncelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

**Tablo 1: Acil Sağlık İstasyonu Personelinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=71)**

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
<b>Ünvanı</b>		
Hemşire	2	2.8
ATT/ Paramedik	65	91.6
Diğer	4	5.6
<b>Medeni Hali</b>		
Evli	46	64.8



Bekar	25	35.2
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	31	43.7
Erkek	40	56.3
<b>Doğum Yeri</b>		
Köy	11	15.5
Kasaba	9	12.7
İlçe	28	39.4
Şehir	23	32.4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	18	25.4
Üniversite	47	66.2
Yüksek lisans ve üstü	6	8.4
<b>Kıdem</b>		
1-3 yıl arası	11	15.5
4-6 yıl arası	27	38.0
7-9 yıl arası	20	28.2
10 yıl ve üzeri	13	18.3
<b>Gelir Durumu</b>		
2000- 3500 tl arası	18	25.4
3501- 3750 tl arası	29	40.8
3751- 4000 tl arası	19	26.8
4001 tl ve üzeri	5	7
<b>Yaş</b>		
20-25 yaş	22	31.0
26-30 yaş	19	26.8

31- 35 yaş	15	21.1
36 yaş ve üzeri	15	21.1

Olguların (n=71) sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımını incelendiğinde; unvan dağılımları açısından %91.6 ile (n=65) en çok ATT/ Paramedik grubunda olduğu, %64.8' inin (n=46) evli olduğu, %56.3' ünün (n=40) erkek, %43.7' sinin (n=31) kız olduğu, doğum yerleri dağılımları incelendiğinde en çok %39.4' ünün (n=28) ilçede doğduğu, %66.2' sinin (n=47) üniversite mezunu olduğu, en çok %38' inin (n=27) 4-6 yıl arası kıdeme sahip olduğu, %40.8' inin (n=29) 3500 ile 3750 tl arası bir gelire sahip olduğu ve %31' inin (n=22) 20-25 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 2: Acil Sağlık İstasyonu Personelinin Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları (BDÖ) (n=71)**

	n	Minimum	Maximum	$\bar{X}$	SD
Toplam Ölçek Puanı Ortalaması	71	1	38	12.89	8.11

Çalışma kapsamına giren ASİ personelinin BDÖ puanlarına bakıldığında en az 1 puan, en çok 38 puan aldığı ve BDÖ puan ortalamasının  $12.89 \pm 8.11$  olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3: Acil Sağlık İstasyonu Personelinin Beck Depresyon Ölçeğinin Klinik Depresyon Durumları (n=71)**

BD Ölçek Klinik Depresyon Durumu	n	%
16 puan ve altı	53	74.6
17 puan ve üstü	18	25.4

BDÖ için 17 puan ve üzeri kesme noktası olarak belirlenmiştir (Hisli 1989). Karakaya ve ark., ceylan ve ark., güleç ve ark. yaptıkları çalışmada BDÖ kesme noktasını 17 puan olarak kullanmışlardır. Yapılan çalışmada olguların %74.6' sı (n=53) 16 ve altında bir puan aldığı, %25.4' ünün (n=18) 17 ve üstünde bir puan aldığı saptanmıştır.

**Tablo 4: Acil Sağlık İstasyonu Personelinin Bağımsız Değişkenleri İle Beck Depresyon Ölçeği Puanının Karşılaştırılması (n=71)**

Değişkenler	Beck Depresyon Ölçek Puanı				
	n	$\bar{X}$	SD	f	p
<b>Gelir Durumu</b>					
2000-3500 tl arası	18	14.22	10.76	<b>4.66</b>	<b>0.005</b>
3501 ile 3750 tl arası	29	9.97	5.38		
3751 ile 4000 arası	19	13.42	6.89		
4001 tl ve üzeri	5	23.00	6.63		
<b>Eğitim Durumları</b>					
Lise	18	9.94	4.64	<b>11.27</b>	<b>0.000</b>
Üniversite	47	12.38	7.93		
Yüksek lisans ve üstü	6	25.67	6.28		
<b>Doğum Yeri</b>					
Köy	11	21.45	9.18	<b>5.99</b>	<b>0.001</b>
Kasaba	9	10.89	3.95		
İlçe	28	10.86	8.84		
Şehir	23	12.04	5.02		
<b>Yaş Durumları</b>					
20-25 yaş	22	9.68	4.75	<b>4.68</b>	<b>0.005</b>
26-30 yaş	19	11.74	6.46		
31-35 yaş	15	18.93	11.94		
36 yaş ve üzeri	15	13.00	6.45		
<b>Hizmet Yılı</b>					
1-3 yıl	11	9.09	8.37	<b>3.04</b>	<b>0.035</b>
4-6 yıl	27	11.41	4.56		
7-9 yıl	20	13.75	8.74		
10 yıl ve üzeri	13	17.85	10.66		

Acil sağlık istasyonu personelinin bağımsız değişkenleri ile beck depresyon leği puanının karşılaştırılması incelendiğinde; 4000 tl ve üzeri gelir grubuna sahip olan personelin BD puan ortalamasının en yüksek olduğu (23.00  $\pm$ 6.63) bulunmuştur. Acil sağlık istasyonu personelinin gelir durumu ile BD puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Post-hoc Gabriel testi ileri analiz sonucuna göre; bu farkın gelir durumu 4000 tl üzeri olan olguların BD puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (p=0.005; p<0.01).

Yüksek lisans ve üstü eğitime sahip olguların en yüksek (25.67 $\pm$ 6.28) BD puan ortalamalarına sahip olduğu ve eğitim düzeyleri ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir. Post-hoc Gabriel testi ileri analiz sonucuna göre; bu farkın eğitim durumu yüksek lisans ve üstü eğitime sahip olan olguların BD puan ortalaması diğer eğitim durumlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı gözlemlenmiştir (p=0.000; p<0.01).

Araştırmaya katılan personelin doğum yerleri ile BDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Köyde doğan personelin BD puan ortalaması kasaba, ile ve şehirde doğanlardan daha yüksek (21.45 $\pm$ 9.18) olduğu ve personelin doğum yerleri ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Post-hoc Gabriel testi ileri analiz sonucuna göre; bu farkın köyde doğan olguların BD puan ortalaması kasaba, ile ve şehirde doğanlardan daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (p=0.001; p<0.01).

Personelin yaş durumlarına bakıldığında; 31-35 yaş grubunda olan personelin BD puan ortalamasının en yüksek olduğu (18.93 $\pm$ 11.94) görülmüştür ve personelinin yaş durumu ile BD puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Post-hoc Tukey testi ileri analiz sonucuna göre; bu farkın gelir durumu 31-35 yaş arasında olan personelin BD puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı fark edilmiştir (p=0.005; p<0.01).

Çalışmamızda personelin hizmet yılı incelendiğinde; 10 yıl ve üzeri hizmet yılına sahip olan personelin en yüksek (17.85 $\pm$ 10.66) BD puan ortalamasına sahip olduğu saptanmış, personelinin hizmet yılı ile BD puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Post-hoc Gabriel testi ileri analiz sonucuna göre; bu farkın 10 yıl ve üzeri hizmet yılına sahip personelin BD puan ortalaması daha az hizmet yılına sahip personellerin BD puan ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (p=0.005; p<0.01).

## Tartışma

Acil sağlık personeli gündüz çalışma saatleri dışında da çalışmak zorunda olan, hayati tehlikeleri bulunan önemli görev ve sorumlulukları bulunan, hayat kurtarmak için zamanla yarışan, ağır stres ve baskı altında çalışan bir meslek grubudur. Acil sağlık personeli ekip çalışması, ileri düzeyde bilgi, beceri ve saha yönetimi gerektiren bu bağlamada gerek iş ortamının gerekse maruz kaldıkları baskı ve stresin neden oldu depresyon, personelin günlük yaşamını ve iş hayatını olumsuz etkileyeceği dşnlmektedir.

Bu çalışmada, acil sağlık personelinin sosyo-demografik özelliklerinin, çalışma ortam ve koşullarının depresyon üzerinde bir etki oluşturup oluşturmadığı çalışıldı. Yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgilerinin desteği ile tartışıldı.

Araştırma sonucunda; araştırmaya dahil edilen personelin (n=71) nvan dağılımları açısından (%91.6) en çok ATT/ Paramedik grubunda olduğu ve bunun BD puanını etkilemediği gözlemlenmiştir. Bizim çalışmamıza paralel olarak Sofianopoulos' un (15) yaptığı çalışmada en çok (%61.7) paramedik grubunda olduğu, Gökçen ve ark. (3) yaptığı çalışmada en çok (%45.2) paramedik olarak görev yaptığı ancak BD puanını etkilemediği gözlenmektedir. Acil sağlık çalışanlarının ekip ruhu ile çalıştıklarından nvanın depresyon üzerine etkisinin olmadığı dşnlmektedir.

Medin'i durumun depresyon üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Taycan ve ark. (5) sağlık personeli üzerine yaptığı bir çalışmada personelin çoğunluğunun evli olduğu (%51.3) ve BDÖ puanları üzerine anlamlı bir etki etmediğini bulmuştur (5). Gökçen ve ark. (16) BD puanları üzerine anlamlı bir etki etmediğini tespit etmiştir (16).

Cinsiyetin BD puanı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Taycan ve ark. (5) cinsiyetin BD puanları üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığını bulmuştur. Saygın ve ark. (10) yaptığı bir çalışmada BD için cinsiyet ile arasında anlamlı fark tespit etmemiştir. Sofianopoulos' un (15) yaptığı çalışmada cinsiyetin BD puanlarını etkilemediğini gözlemlenmiştir. Grieger ve ark. (17) yaptığı bir çalışmada cinsiyetin depresyon düzeyleri üzerine etkisinin olmadığını gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda köyde doğan personellerin BD puanlarının kasaba, ile ve şehirde doğanlara oranla daha yüksek olduğu, bununda BD puanları üzerine anlamlı bir etkisinin olduğu gözlenmektedir. Bu etkinin personelin köyde doğması ve büyümesi çalışmak için büyük şehirde ikamet etmesi, büyük şehrin insanların depresyon seviyelerini anlamlı düzeyde arttırdığından dolayı BD puanlarını etkilediği dşnlmektedir. Erözkan (18) yaptığı çalışmada yaşanılan yerin depresyon düzeyleri üzerine etkisinin olduğunu görmüştür.

Taycan ve ark. (5) yaptığı çalışmada eğitim durumunun BD puanları üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığını saptamıştır. Grieger ve ark. (17) eğitim seviyesinin depresyon düzeyi üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit etmiştir. Bizim alışmamızda eğitim seviyesi yükseldiğinde BD puanları ortalamasının arttığı grlmektedir. Bunun sebebinin sadece eğitim değil diğer faktörlerin (rn: hastalık komplikasyonlarını daha iyi bilme, meslekte hizmet yılının artması, yaş ortalamasının artması vb.) etkilediği dşnlmektedir.

Taycan ve ark. (5) meslekte çalışma süresinin BD puanları üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığını saptamıştır. Sofianopoulos' un (15) personelin hizmet yılı arttığıca BD puanlarının da arttığını gözlemlenmiştir. Gökçen ve ark. (16) hizmet süresi arttığıca BD puanlarının da arttığını tespit etmişlerdir. Mbatia ve ark.(19) sağlık çalışanları üzerine yaptığı bir çalışmada 5 yıl ve üzerinde çalışma yılına sahip olan personelin depresyon düzeyinde artışın olduğunu gözlemlenmiştir. Saygın ve ark. (10) görev süresi arttığında BD puanlarının arttığını ve aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda hizmet yılı yüksek olan personelin BD puanlarının arttığı görülmüştür. Acil sağlık hizmetleri personeli mesleki bilgi ve becerilerini en st düzeyde her ortamda kullanarak, hasta ve/ veya yaralıların can güvenliğini sağlayan, zor ve yıpratıcı bir meslek grubu olduğu için hizmet yılı arttığında personelde yıpranma durumu ortaya

çıkıtığı düşünölmektedir. Bunun meslekte belirli süreden sonra monotonlaşma, heyecanını kaybetme ve biriken stresörlerin depresyon üzerine etkisinden kaynaklanmaktadır.

Acil sağlık personelinin belirli bir gelirin üzerinde BDÖ puanları anlamlı derecede ilişkili olduğu görölmektedir. Bizim çalışmamıza paralel olarak Taycan ve ark. (5) yaptığı çalışmada aylık geliri yeterli olanların BDÖ puanları daha yüksek olmasına karşın BDÖ puanları ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark tespit etmemiştir. Akbaş ve ark. (20) farklı bir grupta yaptığı çalışmada gelir durumu kötü olan olguların BDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu ancak aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığını gözlemlemiştir. Özyurt ve Deveci (21) yaptığı bir çalışmada gelir durumu kötü olan bireylerin depresyona yatkınlığının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Erözkan (18) yaptığı çalışmada düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerde depresyona yatkın olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda 31-35 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre BDÖ puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Saygın ve ark. (10) yaş ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu bildirmiştir. Gökçen ve ark. (16) yaş grupları ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlemiş ve yaş arttıkça BDÖ puanlarının arttığını bildirmiştir. Taycan ve ark. (5) yaptığı çalışmada yaş gruplarının BDÖ puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığını gözlemlemiştir. Sofianopoulos' un (15) yaş grupları ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Demiral ve ark. (22) yaptığı bir çalışmada 30 yaş altı olan personelin 31 ve üstü yaş gurubunda olan personellerden daha yüksek depresyon düzeylerine sahip olduğunu saptamıştır. Grieger ve ark. (17) yaş ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gözlemlememiştir.

Taycan ve ark. (5) hemşireler üzerine yaptığı çalışmada depresyon sıklığı (BDÖ>16) %11,4 olarak saptamış ve bu hemşirelerin klinik açıdan tedavi edilmesi gerektiğini gözlemlemiştir. Demiral ve ark. (22) depresyon sıklığını %27.4 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda acil sağlık personelinin 17 ve üzeri BDÖ puanına (% 25.4) sahip personellerin olduğu tespit edilmiş ve klinik açıdan tedavi edilmesi gerektiği saptanmıştır.

## Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada;

- Personel gelir durumu arttığında depresyon düzeyinin arttığı,
- Personelin eğitim düzeyi arttığında depresyon düzeyinin arttığı,
- Personelin köyde doğması depresyon düzeyinin arttırdığı,
- Personelin yaşı arttığında depresyon düzeyinin arttığı,
- Personelin hizmet yılının artması depresyon düzeyini arttırdığı sonuçlarına varılmıştır

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Personele düzenli eğitimler verilmesi,
- Ekip ve iş motivasyonunu arttıracak ödöl ve etkinlikler düzenlenmesi,
- Vardiya ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi,
- Kurumsal önlemler alınmalı yasa ve yönetmelikler vb.

## Kaynakça

1. Muşlu, C. Baltacı, D. Kutanis, R. Kara, İ. H. (2012). Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi, konuralp tıp dergisi, 4(1): 17:23.
2. Fernandes, C. Moore, C. Christenson, J. Grafstein, E. Ouellet, L. Gillrie, C. Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers, CMAJ • NOV. 16; 161 (10).
3. Güreş, Z. (2010). Çocukları olan hemşirelerin iş yaşantısına ve normal sağlık anksiyetelerine ek olarak sigara içmelerinin ya da içmemelerinin anksiyetelerini ne ölçüde etkilediğinin araştırılması, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
4. Savrun, A. (2013). Acil asistanlarının nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete düzeyinin beck anksiyete skoru ile saptanması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş.
5. Taycan, O. Kutlu, L. Çimen, S. Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, Anatolian Journal of Psychiatry, 7:100-108.
6. Kaya, N. Kaya, H. Ayık, S. E. Uygur, E. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik, Uluslararası insan bilimleri dergisi,7 (1)
7. Ceylan, R. (2004). Entegre eğitime katılan ve katılmayan engelli çocukların annelerinin depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Çocuk Gelişimi ve Eğitimi) Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
8. Güleç, H. Sayar, K. Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(2):90-96.
9. Bostancı, N. Duruhan, Ö. Eyüboğlu, Ö. Sezgin, Ö. Güvenir, Ö. (2007). Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri, İ.Ü.F.N. Hem. Derg Cilt 15 - Sayı 60: 165-172.
10. Saygın, M. Yaşar, S. Çetinkaya, G. Kayan, M. Özgüner, MF. Korucu, C. Ç. (2011). Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri, S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 2. Sayı 3.
11. Koçak, A. O. (2016). Acil tıp stajının tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinde mesleki anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin araştırılması, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum.
12. Selvi, Y. Özdemir, P. Özdemir, O. Aydın, A. Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi;23:238-243.
13. Çetin, T. A. (2016). Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.
14. Aktürk, Z. Dağdeviren, N. Türe, M. Tuğlu, C. (2005). Birinci basamak için beck depresyon tarama ölçeğinin türkçe çeviriminin geçerlik ve güvenilirliği, Türk Aile Hek. Dergisi, 9(3):117-122.
15. Sofianopoulos, S. Willims, B. Archer, F. Thompson, B. (2011). The exploration of physical fatigue, sleep and depression in paramedics: a pilot study, Journal Of Emergency Primary Health Care, Vol. 9, Issue 1, , Article 990435.
16. Gökçen, C. Zengin, S. Oktay, M. M. Alpak, G. Al, B. Yıldırım, C. (2013). Burnout, job satisfaction and depression in the health care personnel who work in the emergency department, Anatolian Journal of Psychiatry. 14:122-8.



17. Grieger, T. A. Tonya, L. T. Kolkow, T. James, L. Morse, J. S. (2007). Post-traumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to iraq and afghanistan, *Military Medicine*, 172, 5:451.
18. Erözkan, A. (2004). Lise öğrencilerinin sosyal karşılaştırma ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi, *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi Güz*, Sayı 13.
19. Mbatia, J. Shah, A. Jenkins, R. (2009). Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in tanzania, *International Journal of Mental Health Systems* 3:5 doi:10.1186/1752-4458-3-5.
20. Akbaş, E. Vırit, O. Kalenderoğlu, A. Savaş, A. H. Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 85-91.
21. Özyurt, B. C. Deveci, A. (2010). Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*;21.
22. Demiral, Y. Akvardar, Y. Ergör, A. Ergör, G. (2006). Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 20, Sayı 3, S: 157 – 164.*







## SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ: SAĞLIK KAMPANYALARI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

Öğr. Gör. Ümran ERKOYUNCU

Bingöl Üniversitesi Solhan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler

Yrd. Doç. Dr. Halit Buluthan ÇETİNTAŞ

Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Bilgi ve Belge Yönetimi

### Öz

İletişim alanında teknolojik gelişmelerle birlikte birçok değişim yaşanmakta ve bu değişim sağlık iletişimi alanını da çok hızlı bir şekilde etkilemektedir. Bu hızlı gelişimin sonucu olarak yanı sıra özellikle sağlık iletişiminde sosyal medya araçlarının kullanımı artış göstermeye başlamıştır. İnternet teknolojilerinin gelişmesi daha aktif, içerik üreten ve paylaşan etkin bir hedef kitle oluşturmuştur. Dolayısıyla iletişimde aktif rol oynayan bu hedef kitleye sağlık mesajlarının ulaştırılabilmesi, sosyal medya araçlarının yardımıyla daha hızlı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Sağlık iletişimi alanında yapılan çalışmaların amacı, bireyleri sağlık davranışları hakkında bilgilendirmek ve doğru davranışa yönlendirmektir. İnternete erişimin kolaylaşması, yaygınlaşması ve ucuzlaması ile birçok insan, internet sayesinde medikal bilgilerden ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Günümüzde bunu gerçekleştirmenin en etkili yollarından birisi, sosyal medya araçlarının verimli şekilde kullanılmasıdır. Bu çalışmada, sosyal medya aracılığıyla ulaştırılmaya çalışılan sağlık iletişimi mesajlarından bahsedilecektir. Bu kapsamda sağlık iletişimi alanında düzenlenen kampanyalar değerlendirilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık iletişimi, sosyal medya, sağlık mesajları, sağlık kampanyaları.

### THE ROLE OF SOCIAL MEDIA IN HEALTH COMMUNICATION: AN EVALUATION ON HEALTH CAMPAIGNS

#### Abstract

There are many changes in the field of communication with technological developments and this change affects the field of health communication very rapidly. As a result of this rapid development, especially the use of social media tools in health communication has begun to increase. The development of internet technologies has created audiences who producing and sharing contents actively. The delivery of health messages to this target group, which plays a dynamic role in communication are performed more quickly with the help of social media. The aim of the studies in the field of health communication is to inform the individuals about the health behaviors and guide them to the correct behaviors. With easy access, widespread use and cheapness, more people can benefit from medical information and health services that can be accessed via the internet. Today one of the most effective ways to achieve this is to use social media tools efficiently. This study will be discussed the health communication messages that delivered through social media. In this context, campaigns in the field of health communication will be evaluated.

**Keywords:** Health communication, social media, health message, health campaigns.

## 1. Giriş

Çağımızda yaygın olarak kullanılan iletişim aracı sosyal kanallardır. Sosyal medya sadece kişilerle iletişim kurmak için değil aynı zamanda bilgiye ulaşmak için de kullanılmaktadır. Sosyal medya araçlarının gelişmesi, sosyal medyanın kullanım amaçları ve alanlarını da artırmaktadır. Bu alanlardan biride sağlık iletişimidir. Sağlık iletişimi, insanın sağlıklı olabilmesi, yaşam niteliğinin artırılması, rahatsızlıkların önemli ölçüde düşürülmesi ve hastalığın görülme sıklığının azalması açısından bağıl olarak önemlidir. (Rimal ve Lapinski, 2009). Aynı zamanda kişilerle sağlıklı iletişim kurarken klasik iletişim araçlarından güncel teknolojiye doğru bir yönelim söz konusudur. Sosyal medyanın son dönemleri incelendiğinde, bu anlayışın, düşüncelerin ve bilgilerin değişiminde kullanıldığını ve sağlık iletişimi alanında da kullanımının genişlediği görülmektedir.

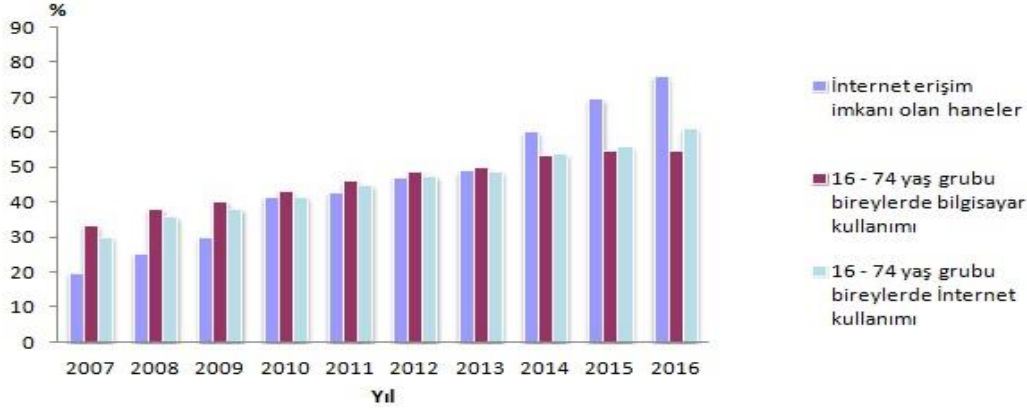
Sağlık iletişimine yönelik olarak yapılan sosyal medya çalışmaları, toplumsal ilişkileri güçlendirmekte, aynı zamanda bireylerin organizasyonlara katılımını, konuşmayı ve belli bir amaca yönelik grup oluşturmayı özendirilmektedir. Bu konu ile ilgili belirtilen özelliklerin tamamı hedef bilginin iletilmesi ve sağlık alanında önemli kararların pekiştirilmesini sağlayabilmektedir. Sosyal medya aynı zamanda, ulaşılması istenen grup veya kişilere sağlık mesajlarını nerede, ne zaman ve nasıl iletilmesi gerektiğine dikkat etmelidir. Bunu başardıklarında, içeriğin uygunluğunu görebilmektedir (Centers of Disease Control and Prevention, 2011). Sağlık iletişiminde aktif rol alan sosyal medyanın, hedef kitleye mesajın ulaştırılması aşamasında uygulanan çeşitli yöntemlerin kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sayede ulaştırılan mesajların hedef kitlede yarattığı etkiler incelenebilecektir.

## 2. Sağlık İletişimi ve Sosyal Medya

Sağlık iletişimi kişisel ve kitlesel iletişim öğelerinden faydalanılan bir alandır. Yani hedef kitlenin sağlık alanındaki konuları nasıl değerlendikleri ve konuya ilişkin tutumları sağlık iletişimi disiplinindeki çalışmaların temelini oluşturmaktadır (Tabak, 2006). Literatürde yeni bir alan olan ‘Sağlık İletişimi, öncelikle Kuzey Amerika’da kullanılmış ve 1970’den bu yana gelişmeye başlayarak çağımızda çok yönlü bir iletişim alanı oluşturmaktadır (Okay, 2012). “Sağlık İletişimi” kavramı üzerine çalışmalarını 1971’deki Ulusal Kanseri Hareketi’nin başlamasına dayandıran Ulusal Kanseri Enstitüsü’ne bağıl Kanseri Enformasyon Servisidir (Çınarlı, 2008). Kuruluş yıllarca kanseri ve türleri konusunda çalışmalar yaparak, kanserin halk içinde öğrenilmesini sağlamış ve bu eş güdümü de sağlık iletişimi çalışmaları ile beraber yürütmüştür.

Sağlık iletişimi toplumda bireylerin sağlığının ve yaşam niteliklerinin rehabilitasyonu, toplumda geçerliliği olan programlarının hazırlanması ve sağlık politikalarına paralel olarak düşünülen çalışmaların yapılmasından oluşmaktadır. Ana fikir olarak sağlık hizmetlerinin bilinmesi, sağlıklı ilgili geçerli bilgilerin aktarılması, sağlık davranışlarının iyileştirilmesi ve sağlık ile ilgili davranışların değiştirilmesini hedefler (Çınarlı, 2008). Healthy People 2010 sağlık iletişimini, “ hastalıklar hakkında, kişilerin ve kuruluşların bilgilendirilmesi, kişi ve kuruluşları etkilemek ve harekete geçirilmesi tekniği şeklinde tanımlamaktadır. Bu doğrultuda sağlık iletişimi, halkın yaşam kalitesinin artırılması, sağlık ile ilgili yöntemlerin ve politikanın belirlenmesi, geliştirilmesi, hastalıkların tedbiri ve kişilerin hastalıklardan korunması hedeflerini içermektedir. Özetle sağlık iletişimi, sağlık alanındaki bilgilerin toplanarak oluşturulması ve yayılması evrelerini kapsamaktadır (Bulduklı, 2010)

Sağlık iletişimi çalışmalarında esas amaç kişinin sağlık tutumunun sağlığını iyileştirecek/geliştirecek yönde değiştirilmesi ile halk sağlığının iyileştirilmesidir. Sağlık alanında iletişim araçlarının kullanımı, kişilerin istenilen yönde motive edilmesi, var olan bilginin ve davranışların yerleştirilmesi, sağlık sektöründeki hizmetlerden faydalanılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesiyle mümkün olabilmektedir. (Koçak, ve Bulduklu, 2010). Sağlığın geliştirilmesi için kişilerin geçerli ve güvenilir kaynaklara ulaşarak, sağlık bilgisini doğru kullanması önemli bir etkidir. Günümüzde bunu sağlamanın en kolay yolu internet kullanımı olarak gösterilebilir. İnternet kullanımı dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış göstermektedir.



**Tablo 1.** Ülkemizdeki internet kullanımının durumu

TÜİK'in Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre ülkemizde internet kullanan hanelerin oranı 2016 yılı Nisan ayında %76,3'tür. İnternetin kullanım amaçlarına bakıldığında, interneti kullanan kişilerin %82,4'ü sosyal medyada profil oluşturma, mesaj iletme veya fotoğraf vb. içerikler paylaşırken, %74,5'i paylaşım sitelerinde video izleme, %69,5'i online haber, gazete ya da dergi okuma, %65,9'u sağlık alanında bilgi arayışı, %65,5'i mal ve hizmetler hakkında bilgi arama ve %63,7' si internet üzerinden müzik dinleme amaçlı kullanıma sahip olmuştur (TÜİK, 2016). Akıllı telefonlar ve tablet bilgisayarların yaygın kullanımı ile birlikte önceki yıllarda sağlık mesajlarının iletilmesi için basılı kaynaklar, radyo ve televizyon vb. gibi araçlar kullanılırken özellikle sosyal medya kullanımının artması ile birlikte ayrıca sosyal medya kullanıcılarının resim, video içerikli sağlık bilgileri üretmesi, paylaşması, yorum yapmaya imkân tanınması gibi nedenlerle hedef kitle ile daha kolay ve uygun maliyetli iletişim için fırsatlar sağlanmıştır.

Sosyal medya toplumun davranışlarını etkilemek ve değiştirmek bakımından birtakım avantajlara sahiptir. Özellikle hedef kitle için iletilmesi istenen bilginin anında yayılması ve geri dönüşün hızlı bir şekilde gerçekleşmesi bu avantajlardan biridir. Sosyal medyanın en önemli parçalarından ikisi hiç şüphesiz facebook ve twitter'dır. Bu iki sosyal paylaşım ağı yeni medyanın adeta bel kemiğini oluşturmaktadır. Son zamanlarda sosyal medyadaki gelişmeler ve sağlık sektöründe kullanılan teknoloji sayesinde, sosyal medyada yer alan güvenilir bilgiler, hastaların tedavi süreçlerinde etkili olmaya başlamıştır. Sağlık kuruluşlarının sosyal medya hesapları hasta ve yakınları tarafından fazlasıyla ilgi görmektedir. Bu hesaplarda doğru içerik ve uzman yorumlarına ulaşılabilmektedir.

Erişim Adresi

Beğeni Sayısı Takipçi Sayısı Sektör

www.facebook.com/boehringerengelheim.tr	1.002.260	1.002.105	İlaç Firması
www.facebook.com/droz	6.025.714	5.690.434	Doktor
www.facebook.com/MedicalParkHG	186.881	183.071	Hastane
www.facebook.com/CentralHospital	125.285	123.147	Hastane
https://www.facebook.com/doctor.health	1.613.299	1.542.456	Doktor
www.facebook.com/saglikbakanligi	891.094	875.131	Kamu-Sağlık

**Tablo 2.** Facebook'ta bazı sağlık sayfaları örnekleri (Erişim tarihi, 18 Mayıs 2017)

Erişim Adresi	Beğeni Sayısı	Takipçi Sayısı	Sektör
https://twitter.com/boehringer	2.031	76,5 B	İlaç Firması
https://twitter.com/DrOz	2	4,1 Mn	Doktor
https://twitter.com/medicalparkhg	147	12,2 B	Hastane
https://twitter.com/centraltr	117	3.627	Hastane
https://twitter.com/mercola?lang=en-gb	93	265.247	Doktor
https://twitter.com/saglikbakanligi?lang=tr	350	269 B	Kamu-Sağlık

**Tablo 3.** Twitter'da bazı sağlık sayfaları örnekleri (Erişim tarihi, 20 Mayıs 2017)

31 Mart 2017 tarihi itibarıyla; Facebook'un aylık aktif kullanıcı sayısı 1,94 milyara, günlük aktif kullanıcı sayısı 1,28 milyara ulaşmıştır. Bunun yaklaşık olarak % 85.8'i Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada dışındaki kullanıcılardır (Facebook, 2017). Dünyada 328 milyon insan da aktif şekilde Twitter kullanmaktadır. Twitter daha çok genç kullanıcıların aktif olarak kullandığı bir sosyal medya platformudur. (Twitter, Nisan 2017). Twitter, her alanda olduğu gibi sağlık iletişimi alanında da kullanıcılar tarafından aktif olarak kullanılmaktadır.

Sosyal medyanın sağlık sektöründe etkili olduğu noktalardan biri de kullanıcıların istekleri, yaşadıkları iyi veya kötü tecrübelerini sosyal medya aracılığı ile iletebiliyor olmalarıdır. Sağlık kurumları için bu yorumların faydaları iki taraflı şeffaf iletişim kurulması, hastalarla empati kurulmasına yardımcı olmaktadır. Sorunları söylemekten, sorunları çözebilecek uygun öneri ve tekniklerin sunulması, günlük hayatımızda kullanabileceğimiz bilgiler, ilaç türleri ve uzman doktor bilgileri ile ilgili ayrıntılı içeriklerin paylaşılması, hastaların ve yakınlarının sağlık sektöründeki firmalara güvenmesine ve deneyime dayalı pratik bilgilerin sunulmasını sağlamaktadır.

Önemli araştırma ve danışmanlık kuruluşlarından biri olan PWC (pricewaterhousecoopers) şirketi sağlık alanının sosyal platformlardaki etkinliklerini ve kişilerin bu konuda vermiş olduğu tepkileri gösteren bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada kişilerin % 42'si sosyal platformları, sağlık alanındaki tüketici yorumlarına ulaşmak için kullanmışlardır. Yaklaşık % 30'u sağlıkla ilgili bir amaca destek vermiş, % 25'i bu alanda yaşanmış bir tecrübesini paylaşmış, % 20'si de bir sağlık sayfasına veya grubuna üye olmuştur. Kişilerin bu konudaki deneyimlerini paylaşmaya

isteği, duyulan güvenle orantılı olarak artış gösterebilmektedir. Araştırmaya dahil olanların % 61'i, sağlık kuruluşlarının sosyal platformlardaki hesaplarını güven duyduğunu, % 41'i sağlık kuruluşlarına deneyimlerini aktarmayı uygun bulduklarını, % 37'si ilaç firmalarının iletteği bilgileri güvenilir bulunduğunu, % 28'i de kişisel bilgilerini ilaç firmalarıyla paylaşmayı doğru bulunduğunu ifade etmiştir (PWC, 2017)

Sosyal medyada ve internette yer alan sağlık mesajlarının olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Kişiler bir kısmı veya tamamı yanlış olan, henüz pozitif yönde etkisi ispatlanmamış tedavi yöntemleriyle karşılaşılabilir. Bazı durumlarda olumsuz örnekler ile karşı karşıya kalan kişiler negatif yönde etkilenebilmektedirler. Yaşanan bu olumsuzluklardan minimum seviyede etkilenmek için hasta ve yakınlarına ticari amaç gütmeyen sitelere ait sağlık sayfaları ziyaret etmeleri önerilmektedir (Sağlıkta sosyal medya, 2017).

Sosyal medyanın hızlı gelişimi bizleri heyecanlandırmaktadır. Sağlık sektörü günümüzün dijital gelişmelerine uygun olarak hazırlanan iletişim stratejileri ve projelerini aktif hale getirerek sosyal medyadaki yerini almaktadır.

### 3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler

Sağlık davranışının gelişiminde, sağlık mesajlarının iletildiği sosyal medya araçlarının ve ulaşıması amaçlanan hedef kitlenin özelliklerinin bilinmesi gerektiği bilimsel pek çok araştırmada yer almıştır. Ulaşılması hedeflenen kişi veya grupların, beklenen doğrultuda tutum değişikliğinin geliştirilmesi için sağlık iletişimi kampanyaları, sosyal psikoloji, iletişim ve pazarlama yöntemlerini kullanarak belirli sonuçlara ulaşmayı amaçlamaktadır (Bulduklu, ve Koçak, 2010). Çalışmanın bu kısmında hedef kitlenin sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik uygulanabilecek bazı yöntemler verilmiştir.

#### 3.1. Sosyal pazarlama

Günümüzde kâr amacı gütmeyen bazı kuruluşlar, pazarlama yöntemini aktif biçimde kullanmaktadır. Kar amacı güden kuruluşlar ise sosyal sorumluluk projelerinde veya katılım sağladıkları sosyal sorumluluk kampanyalarında sosyal pazarlama yönteminden faydalanmaktadır. Pazarlama biliminin sunduğu pratik çözümler sosyal pazarlama alanında kullanılmaya başlanmıştır (İlter ve Bayraktaroğlu, 2007) Sosyal pazarlama, 1970'li yıllarda ürün ve hizmetlerin yanı sıra fikirlerinde pazarlanabileceği görüşünden hareketle ortaya çıkmıştır (Bayın ve Akbulut, Y. 2012). Genel olarak ifade etmek gerekirse sosyal pazarlama, geleneksel pazarlamanın yöntemlerinden yararlanarak, koruyucu sağlık ve sağlığı geliştirme hedefli çalışmalarda olumlu sonuç almak için yararlanmaktadır (Weinreich, 1999)

Sosyal pazarlama, insanların istenilen yararlı davranışları göstermelerini sağlamak amacıyla, hedef kitleye yönelik, motivasyon sağlayıcı ve ikna edici programları tasarlama, uygulama ve kontrol etme süreçleriyle bir fikrin kabul edilebilirliğini arttırmaya yönelik gösterilen tüm çabalar şeklinde tanımlanmıştır (Kotler, 1975). Sosyal pazarlamanın kullanım alanları içerisinde, sigara tüketimini azaltmak, bazı kanser vakalarının erken teşhisi için test yaptırmak, trafik kazalarının önlenmesi veya minimuma indirgenmesi, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi konu başlıkları da yer almaktadır.

Sağlık iletişimi açısından sosyal pazarlama değerlendirildiğinde, halk sağlığına ilişkin konularda tutum değişikliği oluşturarak bireylerin sağlık sorunlarının çözümü veya engellenmesine yardımcı bulunabilmek için gerçekleştirilen çalışmalar olarak ifade edilebilir. Sosyal pazarlama,

iletişimin ve sosyal psikolojinin teorilerini pazarlama teknikleri ile birleştirip sağlık alanında düzenlenen kampanyalar üzerinde kullanır. Bu metod halk sağlığı uzmanları tarafından bireysel sağlık tutumlarını geliştirmek için oldukça kullanılmaktadır. Aşağıda yapılan bazı çalışmalar ile ilgili örnekler gösterilmiştir.

Şekil 1’de aile planlamasına ilişkin hazırlanan bir afiş örneği bulunmaktadır. Aileler, istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olma hakkına sahiptirler. Ancak plansız, kontrolsüz art arda gerçekleşen doğumlar ve düşükler anne-çocuk sağlığını tehlikeye düşürür.



Şekil 1. Aile planlamasına ilişkin örnek

Şekil 2’de patates cipsinin zararını anlatan bir afiş örneği yer verilmiştir. Bütün çocukların sevdiği patates cipsi, sağlık açısından son derece zararlıdır. Dünya Sağlık Örgütü ile Amerikan Gıda ve İlaç Kurumu'nun (FDA) verileri, bir günde 2 paket cips tüketen bir çocuğun, ihtiyaç duyduğu miktardan fazla yağ ve tuz tükettiğini ifade etmektedir.



Şekil 2. Sağlıklı beslenmeye ilişkin örnek

Dünyada ve Ülkemiz de artan obezite sorunu, yaşanan sağlık sorunlarının da temeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşırı ve düzensiz beslenme, yetersiz fiziksel aktiviteler obeziteye neden olmaktadır. Şekil 3’te obezite ile mücadeleye ilişkin afiş örneğine yer verilmiştir.



Şekil 3. Obezite ile mücadeleye ilişkin örnek

### 3.2. Medyada savunuculuk

Medyada savunuculuk medyada yer alan baskın çerçevelendirmeye karşı farklı seçeneklerin, iletilmek istenen konunun sorumlularının ve diğer taraflarının belirlenmesi için ayrıca sağlık, yoksulluk gibi toplumsal sorumluluğu olan konularda bilincin oluşturulmasını amaçlamaktadır. Medyada savunuculukta hedef, halk sağlığına ilişkin haberlerin kişiselleştirilmiş şekilde verilmesinden; devletlerin gerekli hukuki düzenlemeleri yapma, geçerli sağlık politikalarını hedefe alma, sorunlara hak temelli ve sağlık hakkını anayasal bir vatandaşlık hakkı olarak kabul eden ortak bir bakış açısı geliştirilmesi olmalıdır (Çobaner, (2013).

Medya savunuculuğu toplumsal sorunları öne çıkararak sorunları kamu politikasına dönüştürmeyi amaç edinmiştir. Medyada savunuculuk faaliyetlerinde kamu politikası yaratma süreci toplumda kampanyanın içine dahil ederek oluşmaktadır. Toplumla öne çıkma, savundukları konudaki haklılığını anlatma ve inandırıcılık kazandırmak imkanı sunmaktadır. Medyada savunuculuk, halk sağlığı politikalarına olan teşviğin artırılmasına yöneliktir. Bu strateji ile söz konusu problem, sınırları belirlenmiş şekli ile ele alınmaktadır. Burada hedef kişisel risk etkenlerini yani kişisel tutumları değiştirmek olmamalıdır. Aksine kişisellikten ziyade amaç, halkın sağlık sorunlarına dikkat çekmektir. Bu noktada sorunun, halk sağlığı olarak idrak edilmesi amaçlanır. Örneğin on sekiz yaşın altındaki bireylere alkol satan firmaların suçluluklarını medyada yer almasını sağlayacak stratejiler geliştirilebilir (Wallack, 1990).

Medya, sağlık sorunlarını kişisel sorun olarak değerlendirirken; medya savunuculuğu ise sağlık problemlerini toplumsal ve sosyal bir sorun olarak değerlendirmektedir. Amacı sosyal şartları ve durumları değiştirmektir. Bu yüzden de kişisel bir davranış değişikliğinden çok politik ve sosyal bir tutum değişimini hedeflemektedir. Drug Free America isimli kampanyaya göre, bireylerin hapların olumsuz yanlarını öğrenmeleri halinde hapları kullanmaktan vazgeçecekleri düşüncesi ile hareket edilmiş ve bu yönde bir çok reklam kampanyası düzenlenmiştir. Kampanyada hap kullanımı konusunda kişilerin bireysel sorumluluk alması hedeflenmiştir. Uyuşturucu senin problemin; politikacıların değil sloganı ile yola çıkılmıştır. Sonuç olarak izlenen stratejinin sadece hap kullanan bireyleri ele alması kampanyayı başarısızlıkla sonuçlandırmıştır. Örnekten de anlaşıldığı üzere sağlık sorununu oluşturan sosyal ekonomik, kültürel etkenler dikkate alınmadan sonuç almak mümkün değildir.

Dijital dünyadaki gelişmeler, internette yer alan imkanlar sosyal medyayı kamu savunuculuğu alanlarında ön plana çıkarmıştır. İnternet teknolojilerindeki gelişmeler, sosyal medyanın kamu savunuculuğu alanlarında önemli bir yer edinmesini sağlamıştır. Sosyal medya savunuculuğunda bireysel hareketlerin toplumsal konulardaki duyarlılığını hızlı bir şekilde ifade edip, hızlıca sonuç alabilecekleri platformlardan biri Change.org sitesidir. İnternet sitesi medyada savunuculuğun online şekli gibi çalışmaktadır. Sloganı 'Dünyanın değişim platformu olan ağ sayesinde



katılımcılar duyarlı oldukları herhangi bir konuda kampanyanın amacını ve sebeplerini aktararak bir kampanya açmaktadır. Bu kampanya ise topluluğun diğer kullanıcılarına anında iletilmektedir (Kampanya Başarıları, 2015).

### 3.3. Halkla ilişkiler

Literatürde yüzlerce tanımı olan halkla ilişkiler kavramı, yönetim fonksiyonu olarak, iletişim fonksiyonu olarak ve kamuoyunu etkileme fonksiyonu olarak farklı açılardan incelenmektedir (Baskin,1997). Halkla İlişkiler kişilerin, kurum ve kuruluşların hedeflerini gerçekleştirmesinde etkili, önemi kurumun işleyişine göre farklılaşabilen, bireyleri hedef alan iletişim yönetimi şeklinde tanımlanabilir (Peltekoğlu,2001). Halkla ilişkilerin; farkındalık yaratmak, mantalite oluşturmak, yanlış anlaşılmalara düzeltmek, bilgi vermek, bilgileri artırmak, ön yargıları kırmak, bir algılamının doğruluğunu ispatlamak gibi amaçlar sağlık iletişiminin amaçlarındandır (Gregory, 2000).

Sağlık iletişiminde kullanılan halkla ilişkiler yöntemi aracılığıyla hedef kitlenin etkilenmesi, bilgilendirilmesi ve kamu ve özel kurum ve kuruluşlar arasında olumlu ilişkiler kurarak hedef kitlenin güvenini kazanmak sağlanabilir. Kamu sağlığı kuruluşları sosyal pazarlama veya daha sofistike halkla ilişkiler ve medyada savunuculuk çalışmalarıyla sağlık iletişimi faaliyetlerini yürütmektedirler. Bu kuruluşlar, özel işletmelerle çeşitli konularda iş birliğine gitmektedirler. (örn. Eğlence programı yapımcılarıyla veya halkla ilişkiler, reklam ajanslarıyla) (Atkin and Arkin, 1990).

Üniversiteler de sağlık iletişimine yönelik 'sosyal sorumluluk' faaliyetlerinde halkla ilişkilerden yararlanmaktadır. Örneğin Harvard Scholl of Public Health ( Harvard Kamu Sağlığı Okulu) Hollywood prodüktörleri ile işbirliği yaparak film senaryolarında 'gönüllü sürücü' designated driver: özellikle gençlerin partilerinde vs. alkollü sürücünün yerine araba kullanmak üzere gönüllü kuruluşlarda çalışan kişi) konseptine yer verilmesini sağlamıştır (Atkin and Arkin, 1990). Halkla ilişkiler kavramının sağlık iletişim ile iç içe olabilmesi için yazarlar, yönetmenler, haber spikerleri ve program sunucuları ile iletişim halinde olmak ve halkla ilişkileri pazarlama iletişiminin bir bileşeni olarak saymak gerekir.

Öte yandan halkla ilişkilerin işletmelerin çıkarları doğrultusunda ve sağlığa zararlı davranışları destekleyici kullanımına örnek vermek gerekirse; halkla ilişkilerin babası olarak kabul edilen Bernays 50 yıl boyunca tütün endüstrisi için çalışmıştır ve 1940'lı ve 50'li yıllarda American Medical Association'ın (Amerikan Tıp Derneği) dergisinde, ayrıca Life, Time ve Look dergilerinde sigaranın insan sağlığına faydaları ile ilgili yazıların yayınlanmasını sağlamıştır. Bu yazılarda doktorlar özellikle de Bernays'in halkla ilişkilerini yürüttüğü sigara markasını sağlıklı sindirim için önermekteydiler (O'Shea, 2001). Bu boyutta değerlendirilirse halkla ilişkiler, sağlıksız bilginin ve ürünlerin pazarlanmasında da kullanılmaktadır. Günümüzde enerji içecekleri, fast-food yiyecekler, light alkollü içecekler vb. reklamlarda, firmaların sponsorluk faaliyetlerinde, ürün ambalajlarında, afişlerde vs. gösterilmektedir.

Sağlıkla ilgili bilgilerin iletilmesinde, sağlık okuryazarlığının oluşturulmasında ve özellikle halk sağlığına yönelik hizmet veren kuruluşların faaliyetlerinde halkla ilişkiler uygulamaları önem arz etmektedir. Bu amaçla en sık kullanılan halkla ilişkiler uygulamalarının başında ise basınla ilişkiler ve lobicilik gelmektedir. Kamu yararına yönelik tüm sağlık iletişimi uygulamalarında halkla ilişkiler çabalarının proaktif olması gerektiği de önemli bir nokta olarak belirtilmektedir (Çınarlı, 2004).

### 4.Sağlık İletişimi Kampanya Örnekleri

Sağlık iletişimi çerçevesinde sağlık mesajlarını etkili bir şekilde iletmek veya herhangi bir konuda farkındalık oluşturmak istenebilir. Bunu sağlamanın en etkili yollarından biri toplumunda aktif olduğu sosyal medya aracılığı ile sağlık kampanyaları oluşturmaktır. Aşağıda dünya çapında etkili olan birkaç sağlık kampanyası örneğine yer verilmiştir.

#### **4.1. Dövme sanatçıları cilt kanserine karşı (Tattoo artist against skin cancer)**

Güneş ile tetiklenen cilt kanseri prostat ve göğüs kanserinin toplamından daha fazla görülmektedir. Brezilyalılar bronz ten ve dövme yaptırma kültürüyle tanınmaktadırlar. Çok yüksek oranda cilt kanseri vakasıyla karşılaşan Brezilya’da bu konuda farkındalık oluşturmak için bir güneş kremi üreticisi firması olan Sol De Janeiro için Ogilvy&Mather Brasil tarafından kampanya başlatılır. Kampanyanın sloganı olarak “Dövme Sanatçıları Cilt Kanserine Karşı” spot cümlesi seçilmişti. Kampanyanın amacı ülkede güneş kremi kullanmaya teşvik etmek ve cilt kanseri olma sebepleri hakkında farkındalık yaratmaktır.

Reklam şirketi bu kampanyada kullanılmak üzere ülkenin en iyi 200 dövme sanatçısını belirler ve onları kanser riski taşıyan cilt lekelerine konusunda AC Camargo Kanser Merkezi sağlık uzmanları tarafından eğitilmesini sağlar. Çok kısa süre içinde kampanyadan haberdar olan 250 dövme sanatçısı daha gönüllü olarak eğitim almak için başvurur. Ülke genelinde bu eğitimi alan dövme sanatçısı sayısı kısa sürede 450 kişiye ulaşır. Eğitim sonunda dövme sanatçılarına sertifika verilir. Bu dövme sanatçıları dövme yaptırmaya gelen herkesi baştan sona incelerler ve cilt lekeleri hakkında aldıkları eğitimler sayesinde birçok insandaki kanser olabilecek cilt lekeleri tespit eder veya kanser vakasını fark eder ve onları uyararak gerekli sağlık hizmetini almalarını tavsiye ederler. Sonuçta bu dövme sanatçıları haftada ortalama 6 adet kanser olan veya olabilecek vakayı tespit eder.

Kampanyanın Brezilya genelinde yayılmasını sağlayan asıl önemli olay, reklam şirketi tarafından eğitim alan dövme sanatçıları ve kanser vakası tespit edilen bireylerin yer aldığı yaklaşık 2,5 dakikalık reklam filmidir. Bu reklam filminin internet ortamında youtube (7 Mayıs 2014), vimeo (26 Haziran 2014) gibi internet sitelerinde yayınlanması büyük ses getirmiştir. Bu kampanya gönüllü olarak katılmak isteyen dövme sanatçıları web siteleri ve bloglar üzerinden verilen online eğitimi alarak projeye katkıda bulunmak istemişlerdir. Kampanya kısa sürede başarıya ulaşmıştır. Haziran 2014 verilerine göre her hafta ortalama 18900’den fazla cilt kanseri kontrolü dövme sanatçıları tarafından yapılmıştır. 2015 verilerine göre ise her hafta ortalama 441.000 cilt kanseri şüphesi görülen insan, dövme sanatçıları tarafından gözlemlenmiştir. Dövme sanatçıları sayesinde bir dermatoloğu daha önce hiç ziyaret etmemiş birçok insan erken cilt kanseri tanısı almıştır (Dövme Sanatçıları Cilt Kanserine Karşı, 2017).

Bu kampanya sayesinde ülke genelinde güneş kremi kullanımı önemli ölçüde artış göstermiştir. Ama asıl önemli gelişme cilt kanserine karşı özellikle genç nüfus arasında istenen farkındalığın oluşturulmuş olmasıdır.

#### **4.2. Sigara içen çocuk (Smoking kid)**

Sigaranın zararlarını herkes biliyor ama sigara içerken yetişkinler bu gerçeği hatırlamak istemiyorlar. Peki bir çocuk yanınıza gelip sigara içse ne hissedersiniz? Onu ikna etmek için ne söylerseniz söyleyin buna rağmen “O zaman sen neden içiyorsun?” diye karşılık verdiğinde ne düşünürsünüz?

Thai Health Promotion Foundation (THPF), insanları sigara içmeyi bırakmaya teşvik eden, bu konu hakkında sürekli kampanyalar düzenleyen ve kâr amacı gütmeyen bir organizasyondur. Düzenlenen kampanyalara rağmen sigarayı bırakan insan sayısı, istenen oranda gerçekleşmemiştir. THPF, sigara içenlerle doğrudan etkileşime giren ve ülkedeki sigara içenlerin sayısını belirgin bir şekilde azaltmak için sigara içmenin tehlikesini anında gösteren yeni bir anti-

sigara kampanyası düzenlemek istemiştir. Kampanya için Tayland Sağlık Teşvik Kurulu'nun isteği ile Ogilvy&Mather Bangkok tarafından sosyal medyada paylaşılmak üzere bir video hazırlanır.

Bu dahice video için belirlenen strateji, yetişkinlerin sigara içme davranışının yanlış olduğunu göstermek için sigara içen çocukları kullanmaktır. Bunu yapmak için, yaratıcı çözüm, kampanyanın özellikle açık alanlarda sigara içilen yerleri kapsayacak şekilde tasarlanmış olmasıdır. İnsanlar sigara içiyorken, çocuk oyuncular yetişkinlerin yanına gider ve ellerindeki sigarayı göstererek sigarayı yakmak için ateş isterler. Yetişkinler çocukların sigara içmelerini reddederler ve onları sigara içmemeleri gerektiğini söyleyerek sigaranın zararlarını anlatmaya başlarlar. Sonraki adımda çocuk oyuncular yetişkinlere neden sigara içtiklerini sorarak sigara içen bireylere birer broşür verirler. Bu broşürde "benim için endişeleniyorsun fakat kendin için niye endişelenmiyorsun" (You worry about me but why not about yourself) ifadesi yer almaktadır. Ayrıca sigara içen bireyler için bir çağrı merkezi numarası da yer almaktadır. Bu olayda dikkat çekici nokta sigara içen yetişkinlerin nerdeyse tamamının sigarasını söndürdüğü ve hiçbirinin broşürü atmamış olmasıdır.

Videonun Youtube'a yüklenmesinden sonra, video 3 gün içinde 600.000'in üzerinde, 10 gün içinde 5.000.000'in üzerinde görüntüleme sayısına ulaştı. Ayrıca, bu video herhangi bir ücretli medya kanalında gösterilmeden bu sayılara ulaşılmıştır. Bu kampanyanın ardından, Tayland Sağlık Teşvik Kurulu'nun, sigarayı bırakma ile ilgili telefon hattına yapılan çağrı sayısında % 40'lık bir artış olduğu görülmüştür (Sigara içen çocuk, *smoking kid*, 2017).

#### 4.3. Bir kova buzlu su dökme (Ice bucket challenge)

Bir diğer adı Motor nöron hastalığı olan ALS hastaları için sosyal platformlarda etki oluşturmak için kampanya başlatılır. "ALS için başından aşağı bir kova buzlu su dök" sloganıyla ABD'de başlatılan kampanyaya katılanların 24 saat içinde başından aşağı bir kova buzlu su dökmesi gerekiyor. Kampanyaya katılan birey, ayrıca 3 kişiye daha davet gönderebiliyor. Eğer davet gönderilen kişi bu kampanyaya 24 saat içinde geri dönüş yaparak başından aşağı buzlu su dökerse 100 Dolar ödemesi gerekmiyor. Fakat 24 saat içinde başında aşağıya buzlu suyu dökmeyse ise ALS hastaları için 100 Dolar ödeyerek bağış göndermesi gerekiyor. Kampanyanın amacı bir anlığına da olsa ALS hastalarıyla empati kurabilmek. Çünkü buzlu su döküldüğünde bireyler kısmi felç oldukları hissine kapılmaktadırlar.

Sosyal medya üzerinden yapılan bu kampanyaya yurtiçi ve yurtdışından birçok ünlü isim de katılmış ve destek vermiştir. Twitter'da #IceBucketChallenge etiketiyle yapılan paylaşımlar sayesinde bir hafta içinde 720 bin kişiye ulaşılmış ve ALS hastalığı için 9 buçuk milyon dolar bağış toplanmıştır. Kampanyaya dair gelişmeler vakfın Twitter, Facebook ve Youtube hesaplarından takip ediliyor. Facebook ve Twitter gibi büyük sosyal medya platformlarında yoğun katılım sağlandı. Kampanyada Facebook'a yaklaşık 2 milyon 400 bin video yüklenmiştir. Sosyal medya kanallarında yaklaşık 28 milyon kişi de ya video eklemiş, ya kampanyaya yorum yapmış, ya da kampanyayı desteklemiştir. Fotoğraf ve video yüklenebilen Instagram'a da #ALSicebucketchallenge# ve #icebucketchallenge# adlı başlıklarla yaklaşık 3 milyon 700 bin video eklenmiştir (www.hurriyetaile.com, www.bbc.com, 2017). Kampanya uzun süre sosyal medyada aktif olarak yer almıştır. Kampanya amacına ulaşarak toplumda istenen etkiyi oluşturmuş ve sonuçta ALS hastalığı / hastaları için hedeflenen farkındalık ve bilinçlendirme oluşmuştur.

#### 5. Sonuç

Hedef kitlede davranış değişikliğinin sağlanabilmesi için sağlık mesajlarını iletmeyi amaç edinen kurum ve kuruluşların hızla değişen ve gelişen teknolojiyi takip etmeleri günümüzde gereklilik

arz etmektedir. Ulaşılması hedeflenen kitleye sunulan bir sağlık iletisi sosyal medyada istenen etkileşimi sağlayamamaktadır. Bu nedenle sosyal medya kanalları kullanılarak sunulması planlanan bir sağlık mesajı oluştururken mesajı doğrudan yaymak yerine, haber, etkinlik ya da sosyal sorumluluk kapsamında sunulması, hedeflenen sonuçlara ulaşmada olumlu sonuçlar gösterebilir. Sağlık iletişimi kapsamında sosyal medya kullanımını ve sosyal medya aracılığı ile bireylerin olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri için belirlenen sağlık mesajlarının nasıl iletilmesi gerektiğine ilişkin bir metot belirlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda çalışmada kullanılan örneklemeler değerlendirilerek sağlık iletişiminde kullanılacak olan sağlık mesajlarının bireylere iletilmesi sırasında izlenecek yol haritası belirlenmeye çalışılmıştır. Buna göre sağlık mesajları iletilirken aşağıda belirtilen basamakları takip etmek yararlı olacaktır.

- Yakın ve uzak hedefleri belirlemek
- Hedef kitleyi belirlemek
- İletilecek olan sağlık mesajını tanımlamak.
- Amaca göre sosyal medya platformu seçmek.
- Sağlık mesajı için içerik oluşturmak ve içeriği sosyal medyada paylaşmak
- Youtube gibi viral etkiler yaratmayı amaçlayan video paylaşım sitelerini amaca uygun olarak kullanmak.
- Sağlık mesajının amacına ulaşabilmesi sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal alanda desteklenmesini sağlayacak çalışmalar yapmak.

İnternetin gelişiminin günümüzdeki seviyede kalmayacağı realitesinden yola çıkarak internetin sadece web siteleri ve bireylerarası değil, internet erişimi olan bütün faktörler arasında etkileşim sağlayacaktır. Sosyal medya, her alanda olduğu gibi sağlık iletişimi alanında da şu an sınırları tam olarak bilinmeyen yeni bir kategorinin açılmasında etken olmuştur. Bu kategori gelişimini çok hızlı bir şekilde devam ettirmektedir. Günümüzde dikkate alınması gereken ise sağlık iletişimi alanının hem teknolojik açıdan, hem de ayarlamalar açısından değişimlere ve gelişmelere ne kadar hazırlıklı olduğu aynı zamanda sağlık alanı ve iletişimini ilgilendiren bilginin doğruluğunun ve kalıcılığının nasıl sağlanacağıdır.

### Kaynakça

Atkin C. and Arkin, B. (1990). Issues and initiatives in communicating health information to the public. In Atkin C., Wallack, L. (eds.) Mass communication and public health: complexities and conflicts. Newbury Park: Sage.

Baskin, O. vd. (1997). Public relations: The profession and the practice. Boston: Mc Graw Hill.

Bayın, G. ve Akbulut, Y. (2012). Sağlık sektöründe sosyal pazarlamanın kullanımı. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1/1, 53-72.

Bulduklu, Y. (2010) Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24: 75–85.

Bulduklu, Y. ve Koçak, A. (2010). Sağlık İletişimi. İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık.

Centers of Disease Control and Prevention (2011). The health communicator's socialmediatoolkit. 159. [http://www.cdc.gov/socialmedia/tools/guidelines/pdf/socialmediatoolkit\\_bm.pdf](http://www.cdc.gov/socialmedia/tools/guidelines/pdf/socialmediatoolkit_bm.pdf), 20.11.2012.

Çınarlı, İ. (2008). Sağlık iletişimi ve medya. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Çınarlı, İ.(2004) Sağlık geliştirilmesine sağlık iletişimi yöntemleri olarak sosyal pazarlama, medyada savunuculuk ve halkla ilişkilerin etkisi. Yayımlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Çobaner Ardıç, A. (2013). Hak temelli sağlık yaklaşımı bağlamında tütün kontrolü haberlerinin basında çerçevelenmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Dövme Sanatçıları Cilt Kanserine Karşı.(Tattoo Artist Against Skin Cancer). <http://creativity-online.com/work/ogilvy-brazil-best-of-2014-printoutdoordesign-tattoo-skin-cancer-check/35372> adresinden erişildi. (ET: 20.04.2017)

Gregory, A. (2000). Planning and managing public relations campaigns. London: IPR/ Kogan.

[http://www.hurriyetaile.com/sizin-icin/saglik/unluler-als-hastaligiyla-mucadeleye-destek-veriyor\\_16005.html](http://www.hurriyetaile.com/sizin-icin/saglik/unluler-als-hastaligiyla-mucadeleye-destek-veriyor_16005.html) adresinden erişildi. (ET: 17.05.2017)

[http://www.bbc.com/turkce/haberler/2014/09/140902\\_bir\\_kova\\_buz](http://www.bbc.com/turkce/haberler/2014/09/140902_bir_kova_buz) adresinden erişildi. (ET: 17.05.2017)

İlter, B. ve Bayraktaroğlu, G. (2007) Kar amacı gütmeyen sosyal içerikli pazarlama uygulamaları: Sosyal pazarlama. Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 28: 49-64.

Kampanya Başarıları.(2015). <https://www.change.org/tr> adresinden erişildi. (E.T: 22.05.2017)

Koçak, A. & Bulduklu, Y. (2010). Sağlık iletişimi: Yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. Selçuk İletişim, 6 (3), 5-17.

Kotler, P. (1975). Marketing for nonprofit organizations. New Jersey: Prentice-Hall.

Okay, A. (2012). Sağlık iletişimi. İstanbul: Derin Yayınları.

O'Shea, T. (2001). The doors of perception: Why americans will believe almost anything. <http://www.mercola.com/2001/aug/15/perception.htm> adresinden erişildi. (ET: 10.06.2017)

Peltekoğlu, B. F.(2001). Halkla ilişkiler nedir. İstanbul: Beta Yayınları.

Rimal Rajiv N. ve Lapinski, Maria K. (2009). Why health communication is important in public health. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713.pdf>, 27.11.2012.

Sağlıkta sosyal medya. <http://www.ptms.com.tr/ptms/article/89/> adresinden erişildi. (ET: 10.05.2017)

Sigara içen çocuk. (*Smoking Kid*). <http://www.complex.com/style/2013/02/the-25-best-anti-smoking-advertising-cam> adresinden erişildi. ( ET: 15.04.2017)

Sosyal medya ve sağlık sektörü. <http://ozgurkurtulus.com.tr/sosyal-medya-ve-saglik-sektoru/> adresinden erişildi. (ET: 20.05.2017)

Tabak, R. S. (2006). Sağlık iletişimi. İstanbul: Literatür Yayınları.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanımı. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779> adresinden erişildi. (ET:18.05.2017)

Wallack, L. (1990). Improving health promotion: Media advocacy and social marketing. London: Sage Publications.

Weinreich, N. (1999) Hand-on social marketing: A step by step guide. SAGE Publications, 3-4.







## ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİ

Öğr.Gör.Hatice HURÇ APALI

Öğr.Gör.Hilal DEĞİRMENCI

Ataşehir Adıgüzel Meslek Yüksekokulu

### Öz

Sağlık turizmi, yaşadığı yerleşim yerinin dışında konaklamak suretiyle, sağlığını korumak aynı zamanda sağlığına tekrar kazanmak için yapılan planlı seyahatlerdir. Türkiye yeni teknolojilerle donatılmış ve makul fiyat sunan sağlık tesisleri, sağlık sektöründeki nitelikli insan gücü, JCI ile akredite olmuş sağlık kuruluşlarıyla, son yıllarda Dünya Sağlık Turizmi destinasyonlarının başındadır. 2003 yılında uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı", 2006'da sağlık hizmetlerinde "Kamu-Özel Ortaklığı Modeli" ile ilgili yönetmelik devreye girmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 3. faslı olarak nitelendirilen şehir hastaneleri süreci başlamıştır. "Kamu-Özel Ortaklığı Modeli" ile sağlık tesisleri, yüksek teknoloji merkezleri, sosyal yaşam alanlarının birlikte bulunduğu şehir hastaneleri oluşturulmak istenmektedir. Bu çalışmamızda şehir hastanelerinin sağlık turizmindeki yeri ve önemi tartışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Turizmi, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu-Özel Ortaklığı Modeli, Şehir Hastaneleri

47

### Abstract

Health tourism is planned trips to stay healthy or to regain health by staying outside the residence where you live. Turkey, which receives millions of tourists every year and generates a large amount of income, has made important developments in medical tourism. Turkey is at the forefront of World Health Tourism destinations with health facilities equipped with new technologies and offering reasonable prices, qualified human power in health sector, health institutions accredited by JCI. The "Health Transformation Program" in 2003 and the "Public-Private Partnership Model" in July 2006 have been put into effect and the city hospitals, which are described as the 3rd chapter of Health Transformation Program, have started to process. With the "Public-Private Partnership Model", it is aimed to create city hospitals in which health facilities, high technology centers, social life areas are together. In this study, the place and the importance of city hospitals in health tourism are discussed.

**Keywords:** Health Tourism, Health Transformation Program, Public-Private Partnership Model, City Hospitals.

### Giriş

Turizm faaliyetleri, birçok ülkede ve bölgede ekonomik kalkınmanın, gelişmenin ve bölgelerarası gelişmişlik farkının azaltılması için en hızlı gelişen hizmet sektörlerinden biri olmaktadır. Topuz,2012:15).Denize girmek, dinlenmek, eğlenmek vb. gibi amaçlarla şekillenen turizm faaliyetleri, zaman içerisinde turistlerin istek ve ihtiyaçları doğrultusunda çeşitlenmiş ve şekil





değiştirmiştir. Bütün bu çeşitlilik ve değişiklik doğrultusunda ortaya çıkan ve son yıllarda yükselen bir trend olan sağlık turizmi gelmektedir. Göçer ve Aydın,2016:780) Sağlık turizmi bu çeşitliliğin başında gelmektedir.. Dünyada ve ülkemizde sağlık turizmi son yıllarda yükselen bir trend olup, çok önemli bir alternatif turizmdir. Sağlık turizmi denildiği zaman hastanelere gelen hastalar anlaşılmaktadır(Tontuş,2016,www.milliyet.com.tr). Türkiye; Medikal turizm, yaşlı ve engelli turizmi, termal/ spa/ wellness turizm olmak üzere üç alt başlıkta sağlık turizmi hizmeti sunmaktadır.(Sülkü,2017:102; Tontuş,2016,www.anadolujet.com). Türkiye'nin sağlıkta ve turizm alanında öncü ülkeler arasında yer alması sağlık turizminde de lider olma potansiyeline sahip olacağını göstermektedir. Türkiye sunmuş olduğu kaliteli sağlık hizmetleri ile rekabet avantajı sağlamaktadır ve dünyanın farklı yerlerinden tedavi amaçlı sağlık turistleri çekmektedir. (Toprak vd.,2014:48).

Sağlık turizmi ile ilgili hedeflere ulaşmak için, Stratejik Plan 2013-2017, 10. Kalkınma Planı 2014-2018 ve Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi bir çok stratejiler geliştirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programına paralel olarak gelişen KÖO modellerinden “Yap- Kirala- Devret” modeli ile Şehir Hastaneleri süreci başlamış bulunmaktadır. . Sağlıkta dönüşüm programının yeni bir safhası olarak gösterilen Şehir Hastaneleri, sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda doğrudan ve dolaylı yönleri ile önemli değişiklikler oluşturacaktır. (Şehir Hastaneleri Raporu,2017:4).

### **Sağlık Turizmine Giriş**

Dünyada ve ülkemizde sağlık turizmi, sağlık turistlerinin kaliteli ve uygun fiyatta sağlık hizmeti almak aynı zamanda tercih ettikleri ülkenin de turizm olanaklarından yararlanmak istemeleriyle gelişim göstermektedir.(Sülkü,2017:103). Sağlık turizmi denildiği zaman hastanelere gelen hastalar anlaşılmaktadır. Aynı zamanda sağlık turizmi genelde rehabilite edici, özellikle bağımlılık ve yaşlılıkla alakalı konularda kişinin sağlığına kavuşması için de çaba sarf eden bir sektördür. (Tontuş,2016,www.milliyet.com.tr). Özetle, sağlık amacı ile kendi yaşadığı yerden başka destinasyonlara seyahat eden bireylerin oluşturduğu turizmdir. (Şahin ve Tuzlukaya,2013:51). Tıbbi tedavilerin uygulanması, medikal sektörde elbette bir başlık. Ama sağlık turizmini bir bütün olarak düşünmek lazım(Tontuş,2016,www.milliyet.com.tr) Türkiye; Medikal turizm, yaşlı ve engelli turizmi, termal/spa/wellness turizmi olmak üzere üç alt başlıkta sağlık turizmi hizmeti sunmaktadır(Sülkü,2017:102; Tontuş,2016,www.anadolujet.com).

Medikal turizm, belirli bir hastalığı olan turistlere genellikle birinci basamak dışındaki sağlık kuruluşlarında hekimler tarafından planlı olarak yapılan tedavi amaçlı kardiyovasküler cerrahi, estetik cerrahi, radyoterapi, göz, diş, diyaliz tedavileri vb. uygulamaları içermektedir (Özdemir ve Konak, 2015:76)

Spa-wellness ve termal turizm, doğal ve sağlıklı yaşam için kaplıca tedavisi, şifalı çamur ve topraklar, kür tedavileri, dinlenme ve bakım seansları, bitkisel iyileştirme gibi yöntemleri içeren bir sağlık turizmidir. (Sağlık turizmi sektör raporu,2013:8).

İleri yaş ve engelli turizmi, yaşlı ve engelli turistlere hitap eden,bakım ve rehabilite edici hizmetleri içeren, sağlık personellerinin desteğiyle gerçekleştirilen gezi turları, engelli aktiviteleri gibi hizmetlerdir.(Göçer ve Aydın,2016:779).

20 yıl öncesine kadar sağlık turizmi tıbbi teknoloji ve tıbbi insan gücü açısından az gelişmiş ülkelere daha gelişmiş ülkelere doğru özellikle ABD'ye doğru olmakta iken artık çoğu vakada sağlık turizminde hizmet almak için yolculuk yapılan ülke yola çıkılan ülkeden daha az

gelişmiştir (Sağlık Bakanlığı, dosyasb.saglik.gov.tr). Sağlık turizminin gelişiminde etkisini tüm dünyada hissettiren küreselleşme süreci ile birlikte bilgi ve haberleşmedeki hızlı gelişmeler, ülkelerin sağlık uygulamalarında yaşanan olumsuzluklar, insanların bilinçlenmesi, Avrupa Birliği (AB) gibi faktörler etkili olmuştur ve olmaktadır. (Yıldırım ve Altunkaya,2006:1; Kaya vd.,2013:18; Sülkü,2017:104).

Sağlık turizmi dünya genelinde 2014 yılı sonu itibarıyla, 100 Milyar Dolarlık bir büyüklüğe ulaşmıştır(SATURK,Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu: 1). Günümüzde, medikal turizm 50'den fazla ülkede önemli bir gelir kaynağı durumundadır. Özellikle Asya ülkelerinden Singapur, Hindistan gibi ülkeler medikal turizm de tercih edilen önemli destinasyonlar arasında yer almaktadır. (Yiğit,2016:107).

### **Türkiye’de Sağlık Turizmi**

Dünyada sağlık ve turizm alanında belirli bir konuma sahip olan Türkiye, sağlık turizminde de hızla gelişmektedir. Türkiye hem sağlık hem turizm alanında dünyanın sayılı ülkeleri arasında yer almaktadır ve etkinliği olan bu iki sektörün entegrasyonundan oluşan sağlık turizminde lider olma potansiyeline sahip görünmektedir.Bir saatlik uçuş ile 12, dört saatlik uçuş ile 57 ülke ve 1,5 milyar insanın ulaşabildiği Türkiye, sağlık turizminde bölgesinin en önemli gücü. Ülkemizde tedavi ücretleri ABD’ye göre 4 kat, Avrupa’ya oranla ise yarı yarıya ucuz. Birçok turist; cazip fiyatlar sebebiyle zorunlu tedaviler dışında diş tedavisi, saç ekimi ve plastik cerrahi için de ülkemizi tercih ediyor. Bir turist 700 \$, bir sağlık turisti konaklama ve transfer ücretleri hariç 8.000 \$ bırakıyor. Yurt dışından gelen 700 bin hastanın Türkiye’ye bıraktığı para yıllık 6 milyar dolar. 2023'te hedef; 2 milyon sağlık turisti ve 20 milyar dolar gelir(www.yeniakit.com.tr) .

Ülkemizde sağlık turizmi daha geç keşfedilmesine rağmen barındırdığı kaliteli sağlık hizmetleri ile gelişmiş ülkelerle rekabet edebilecek pozisyonda olup, sağlık turistlerinin tercihleri arasında yer almaktadır. (Toprak vd.,2014:48). Turistler tarafından en çok talep gören branşlar ise göz başta olmak üzere kardiyoloji, ortopedi, plastik ve beyin cerrahi, onkoloji, diş olarak gözlemlenmiştir. ([www.dunya.com](http://www.dunya.com), Sağlık Turizminde Gözler Türkiye’de). Avrupa’da Almanyadan sonra sonra çocuk kemik iliği naklini en çok yapan ülkemiz(Çocuk kemik iliği nakli, [www.ih.com.tr](http://www.ih.com.tr)) Ayrıca belirtmek gerekirse Türkiye tedavi ve ameliyat masrafları açısından da batı ülkelerine kıyasla daha uygundur. Örneğin, ABD’de tüp bebek tedavi masrafları 15-16 bin Dolar iken, Türkiye’de 2 bin 600 dolardır. Yine Avrupa ülkelerinde, 4.000 ile 8.000 Euro arasında değişen Lasik operasyonlar (laserle miyop, hipermetrop, astigmat vb. gibi ameliyatlar) da Türkiye’de 600 Euro bedellerle yapılmaktadır. Avrupa da açık kalp ameliyatı 25.000 Euro’ya gerçekleştirilirken, Türkiye’de A sınıfı hastanelerde 10.000 Dolara yapılmaktadır(İçöz,2014:2271). Avrupa’da 10 bin avroya yapılan saç ekimi operasyonları Türkiye’de 5 bin liraya mal oluyor. Sadece Körfez ülkelerinden gelen 76 bin turistin 35 bini saç ektirmiştir. Bu kapsamda sağlık turizmindeki güçlü potansiyel, 2023 hedefleri arasında da girdi([www.medikalteknik.com.tr](http://www.medikalteknik.com.tr)). Türkiye’de Sağlık turizmini tercih edenlerin % 92 oranla özel sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri görülmektedir(İçöz,2009:2271). Türkiye’nin Avrupa ülkelerine göre ucuz olması tercih edilmesinde ki tek sebep olarak değerlendirilmemektedir. Örneğin, Türkiye’de tüp bebek tedavisinde ilk denemede başarı oranının Avrupa ülkelerinden daha yüksek olması da bir tercih sebebidir. (Tengilioğlu ve Kahraman,2013:117).

Türkiye, nitelikli sağlık hizmetleri, uygun fiyat olanakları, kalifiye insan gücü ve sahip olduğu coğrafi konumu ile birlikte, Türk konukseverliğini içinde barındıran kaliteli turizm faaliyetleri

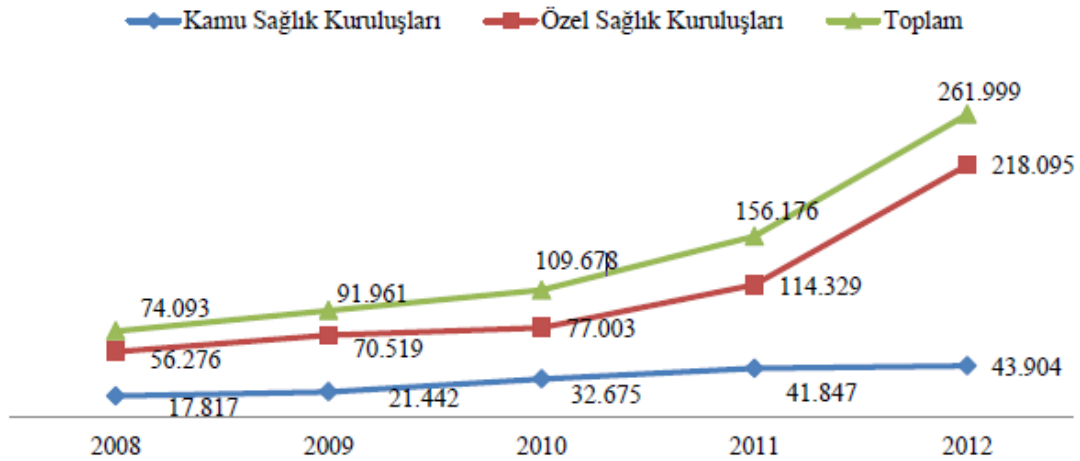
gerçekleştirerek (Yıldırım ve Altunkaya 2006) medical turizmde giderek önemli bir hale gelmektedir. (Türk, ye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013:6)

2011 yılında 156.176 uluslararası hasta Türkiye’de sağlık hizmeti almışken, 2012 yılında bu sayı yaklaşık 262.000’a ulaşmıştır. Bu durum % 68 artış anlamına gelmektedir.(Kaya vd., 2013:6).Sağlık Bakanı Ahmet Demircan’ın Kültür ve Turizm Bakanı Numan Kurtulmuş ile imzaladığı "Sağlık Turizminin Tanıtımı İşbirliği Protokolü" nde yapmış olduğu açıklama da “2016 yılı içinde kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarımızda 359 bin uluslararası hastaya sağlık hizmeti aldığımızı, 2017’nin ilk 6 ayında ise bu rakamlar 183 bin olduğunu belirtmiştir.

Yıllar	Kamu Sağlık Kuruluşları		Özel Sağlık Kuruluşları		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
2008	17.817	24,1	56.276	76,0	74.093	100,0
2009	21.442	23,3	70.519	76,7	91.961	100,0
2010	32.675	29,8	77.003	70,2	109.678	100,0
2011	41.847	26,8	114.329	73,2	156.176	100,0
2012	43.904	16,8	218.095	83,2	261.999	100,0

**Tablo 1: Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hasta Dağılımı, 2012 (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012)**

Tablo 1’de sağlık hizmeti alan uluslararası hastaların yıllara göre dağılımı verilmiştir. Turistin Sağlığı Alanında Hizmet Alan Hastalar, Medikal Turistler, Sağlık Alanında İkili Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hastalar ve Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamında Gelen Hastalar uluslararası hasta sınıfında yer almaktadır. (Kaya vd.,,2013:24). Kamu Sağlık Kuruluşlarına 2011 yılında 41.847 hasta gelmiş, 2012 yılında ise bu sayı 43.904 olarak gerçekleşmiştir. Özel Sağlık Kuruluşlarına baktığımızda ise 2011’de 114.329 olan gelen hasta sayısı, 2012 yılında 2 katı artarak ve 218.095’e ulaşmıştır. Uluslararası hasta sayısı 2012 yılında toplam 261.999 olmuştur.



**Grafik: 1 Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hasta Dağılımı, 2012 (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012)**

Grafik 1’den anlaşılacağı gibi Türkiye’den uluslararası yolculuk yaparak sağlık hizmeti almaya gelenlerin sayısı her geçen yıl artış eğilimindedir. En ciddi artış 2010 yılından sonra görülmüştür. (Kaya vd.2013: 24). 2010’da Türkiye’de uluslararası yolculuk yaparak hizmet almaya gelen

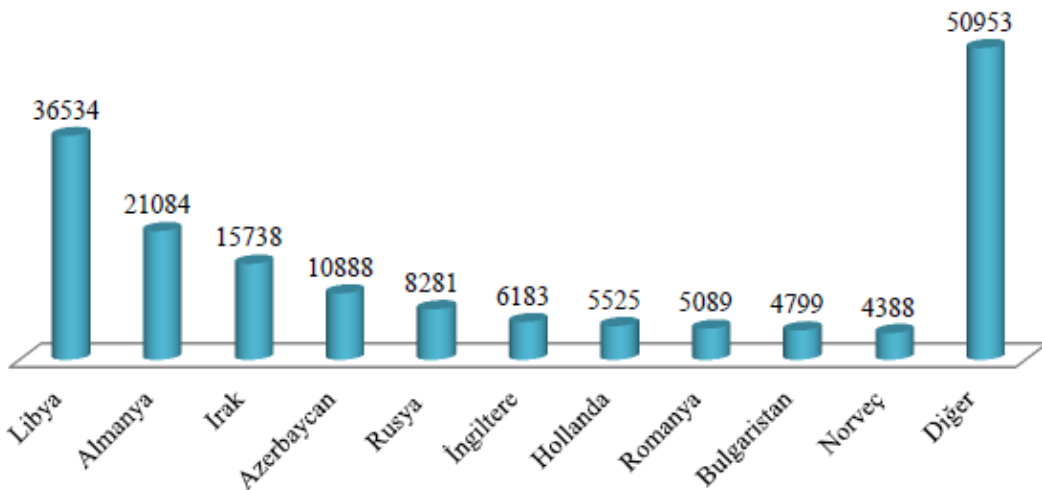
hastaların sayısal verisi 110.000 civarında iken 2014 yılında bu sayı 500.000 seviyelerine ulaşmıştır(SATURK).

Bu eğilim Türkiye'deki medical turizmin boyutunu gözler önüne sermektedir. Grafikten anlaşılması gereken diğer bir konu da özel sektördeki uluslararası hasta sayısındaki yükselmenin, kamu sektöründeki yükselmeden belirgin derecede fazla olduğudur. (Kaya vd.,2013:24). Uluslararası hastaların geldiği ülkelere değinecek olursak;

Ülke	Sayı
Almanya	43259
Libya	38898
Rusya	27604
Irak	16926
Hollanda	14959
Azerbaycan	13023
İngiltere	12456
Romanya	5685
Norveç	5554
Bulgaristan	5511

**Tablo 2: Uluslararası Hastaların Geldiği İlk 10 Ülke, 2012 (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu,2012)**

Uluslararası hastaların geldikleri bu ülkeler sıralamasında en başta Almanya bulunmaktadır. Almanya'dan gelen hasta sayısının fazla olmasında Almanya'da yaşayan gurbetçilerin etkili olduğu söylenebilir. Bununla birlikte gerek devlet kurumlarının gerekse de özel sağlık kuruluşlarının bu ülkelerin sınırları içerisinde tanıtım için oldukça efor sarfetmiş olmaları da önem gösteren bir etkidir.(Kaya vd.,2013:52)



**Grafik 2: Medikal Turizm Kapsamında Hastaların Geldiği İlk 10 Ülke, 2012 (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu,2012)**

Medikal turizm için farklı ülkelerden gelen turistlerin ülkeleri bir sıralamada gösterilmek istendiğinde ilk üçü Libya, Almanya ve Irak'tır. (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu,2012,s.53) Libya'nın sınırları içerisinde yaşadığı huzursuzluk nedeniyle (iç savaş) Türkiye ile kurduğu sıcak temaslar ilk olarak fazla sayıda hasta ve yaralı Libya vatandaşın Türkiye'de hiçbir ödeme yapmadan tedavisi sağlanmıştır. Libya'da yaşanan sıkıntılı sürecin sona ermesiyle Türkiye'ye gelen hastaların giderlerinin Libya Tarafından sağlanacağı belirtilmiştir. Neticede sağlık turizmi açısından 2012 yılı itibariyle Libya'dan birçok turist Türkiye'de hizmet almıştır. (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu,2012,s.54-55)

Sağlık turizmi için Türkiye'yi tercih eden ülkeler ve tercih sebepleri beş ana sınıfta toplanır. Bunlar; ( Şahin ve Tuzlukaya,2013:47; ;Sülkü,2017:107)

- Akrabalık bağları ve coğrafi komşuluk nedeniyle sıkı ilişkilerin olduğu ülkeler (Bulgaristan, Yunanistan, Suriye gibi)
- Türk nüfusunun yoğunluğunun fazla görüldüğü ülkeler (Almanya, Belçika vb.)
- Hekim sayısı yetersiz ve aynı zamanda alt yapı sorunu yaşayan gelişmekte olan ülkeler (Balkan Ülkeleri, Libya, Irak)
- Sağlık hizmetlerinden yararlanılması açısından Türkiye'ye göre, bu hizmetlerden yararlanma süresinin uzun olduğu ülkeler ve bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin daha pahalı sağlanıyor olması (Amerika, Almanya, İngiltere, Kanada, gibi)
- Sağlık sigortacılığı uygulamalarının kapsam dışı olduğu veya bu uygulamalar varsa bile ihtiyacı karşılamayacak sınırlılıkta olan ülkeler (Fransa ve İrlanda'da Kapsam dışı bırakılan diş hastalıkları gibi.)

Burada sıraladığımız başlıklar ve diğer faktörlerinde etkisiyle uluslararası hastaların Türkiye'de sağlık turizmi kapsamında yoğun olarak başvurduğu iller ise şunlardır;

İller	Sayı
Antalya	87167
İstanbul	68842
Ankara	18926
Kocaeli	14101
İzmir	13925
Muğla	13183
Aydın	7128
Karaman	4590
Adana	4031
Sakarya	3493

Tablo 3: Uluslararası Hastaların Geldikleri İlk 10 İl, 2012 (Kaya vd.,2013)

Uluslararası hastaların en fazla geldikleri illerden ilk sırada yer alan ilimiz Antalya'dır. Diğer iller ise şu şekilde sıralanmaktadır. İstanbul, Ankara, Kocaeli, İzmir, Muğla Aydın, Karaman, Adana ve Sakarya'dır. Adana İlinin 9. Sırada yer almasında Acıbadem Hastanesinin, Sakarya ilinin 10. Sırada yer almasında mültecilerin etkisi olduğu söylenebilir.

### Sağlık Turizmi Politikaları (Sağlıkta Dönüşüm Programı- KÖO- Şehir Hastaneleri)

Sağlık politikaları ile koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri ve bu hizmetlerin sunulabilmesi için gerekli olan yatırımlar, tıbbi cihazlar, ilaç sektörü, sağlık turizmi, gıda, çevre, ekonomi gibi birçok konuyu birlikte değerlendirmeyi gerektirmektedir.(ESAM,2017:2) 10. Kalkınma Planı'na (2014- 2018) göre Türkiye, 2018 yılında medikal turizmde dünyada ilk 5 destinasyon içinde yer almayı, 750.000 sağlık turistine ulaşmayı ve medikal turizminden 5.6 milyar dolar gelir elde etmeyi hedeflemektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2013, 182).Bu hedef oldukça iddialı olmakla birlikte medikal turizm trendlerinin gelişmekte olan ülkelere doğru yöneldiği, Türkiye'nin imajı ve medikal turizm potansiyelinin aktif duruma getirilmesi gibi konular göz önünde bulundurulduğunda gerçekçi bir hedef olduğu söylenebilir .(Dinçer vd, 2016:39-40). Türkiye'nin 2023 yılındaki sağlık turizmi beklentisi, Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB) Sağlık Turizmi Raporu'na (2014) göre, 20-25 milyar dolar gelir ile 2 milyon hasta olarak açıklanmıştır. (TÜRSAB, 2014, 1).

Sağlık turizmi ile ilgili hedeflere ulaşmak için, Stratejik Plan 2013-2017, 10. Kalkınma Planı 2014-2018 ve Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi bir çok stratejiler geliştirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programına paralel olarak gelişen Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modellerinden “Yap-Kirala- Devret” modeli ile Şehir Hastaneleri süreci başlamış bulunmaktadır (Şehir Hastaneleri Raporu,2017:4).

### ***Sağlıkta Dönüşüm Programı***

Sosyal güvenlik kurumlarının sunmuş olduğu olanaklar arasındaki farklılıkla beraber yapısından kaynaklanan sorunlar, hızla yaşlanan nüfus, kamu kaynaklarının sağlığın finansmanı için kullanımının artması sonucu sosyal güvenlik reformu oluşturulmuştur ve 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” devreye girmiştir. Bu kapsamda; Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 2003 yılında uygulamaya girmesiyle beraber yapılan değişiklikler kısaca şu şekildedir:

- Nisan 2003'te Performansa Dayalı Ücret Sistemi uygulamaya başladı.
- Eylül 2003'te devlet memurlarının sevk olmaksızın özel hastanelere başvuru imkanı sağlamıştır.
- Ocak 2004'te Sağlık Bakanlığı-SSK sağlık tesisleri ortak kullanıma açıldı.
- Mart 2004'te reçeteli ilaçlarda ki % 18 olan KDV oranı % 8'e indirildi.
- “Referans Fiyat Sistemi”ne (Bir ilacın, belirlenen AB üyesi ülkelerdeki referansının iskonto hariç en düşük resmi depocuya satış fiyatı, "referans fiyat" olarak nitelendiriliyor. Türkiye'nin referans aldığı ülkeler; Yunanistan, Fransa, İtalya, İspanya ve Portekiz) geçildi.
- Şubat 2005'te SSK sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredildi.
- Mayıs 2005'te aile hekimliği pilot uygulaması başladı.
- Mayıs 2006'da SGK kuruldu ve SGK ile BAĞ-KUR, SSK, Emekli Sandığı tek bir çatı altında toplandı.
- Haziran 2007'de “Sağlık Uygulama Tebliği” (Devletin sağlık ile ilgili sosyal politikalarını uygulamasına imkân veren, kılavuzluk eden, fiyatlandırıcı, düzenleyen ve diğer tüm uygulama detaylarını içeren mevzuat tebliğidir. Sağlık merkezlerinde yapılan tüm işlemlerde ödeme esasları bunlara göre düzenlenmektedir) yayımlandı.
- Ekim 2007'de “Genel Sağlık Sigortası” sistemine geçildi.
- Ocak 2009'da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde global bütçe uygulamasına başlandı.
- Ocak 2010'da kamu personeli de Genel Sağlık Sigortası kapsamına alındı.

- Ekim 2012’de “Kamu Hastane Birlikleri Yasası” (Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları bakanlığın ilgili kuruluş statüsüne göre birliğe dönüştürülmesi) çıktı.

Tüm bu gelişmelerin yanında Temmuz 2006’da sağlık hizmetlerinde “Yap-Kirala-Devret” olarak adlandırılabilir “Kamu Özel Ortaklığı Modeli” ile ilgili uygulama yönetmeliği devreye girmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 3. fazı olarak nitelendirilen şehir hastaneleri süreci başlamıştır. (ESAM,2017:2-3).

### **Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖO)**

Bazı hizmetlerin sunumunda özel sektörün katılımının artması gerekli kılınmaktadır. Gerek kamu kaynaklarının kıt olması gerekse bu kaynakların gelir getirmeyen hizmetlere yönltilmesi gibi durumlar bu özel sektöre olan ihtiyacı ortaya koymaktadır. KÖO modeli yatırımlara finansman sağlanması bakımından yaygınlaşmıştır. (T.C Kalkınma Bakanlığı b,2012:6; T.C. Kalkınma Bakanlığı a,2016:V).

KÖO , yönetim ilişkisini kuşatan ve dönüştüren sözleşme temelinde bir örgütlenme modelidir. Sağlık alanının da hızla yaygınlaşan bu model, hizmetlerin işletmecilik esasları temelinde örgütlenmesine dayanmakta olup, hizmetlerin finansmanı ve örgütlenme ilke ve değerleri açısından piyasa dostu bir modeldir. Devletin sadece tıbbi hizmet üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre blok halinde devredilmektedir.

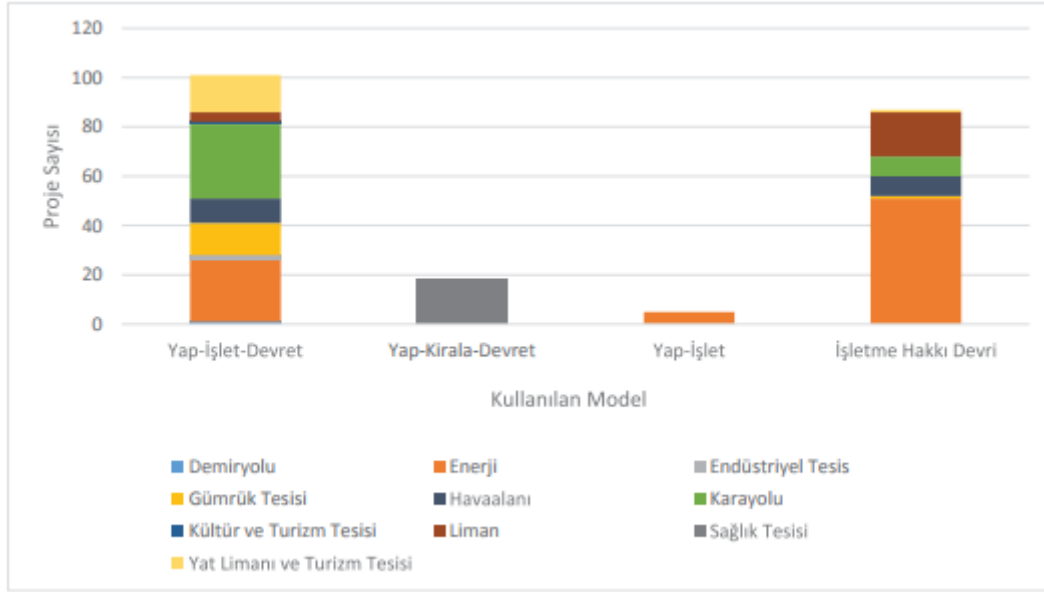
Ülkemizde KÖO altında Yap-İşlet-Devret, Yap-Kirala-Devret, Yap-İşlet ve İşletme Hakkı Devri modelleri uygulanmaktadır(T.C. Kalkınma Bakanlığı a,2016:14).

<b>Türkiye’de KÖİ Modelleri, Mevzuat ve Sektörler</b>			
<b>YAP-İŞLET-DEVRET</b> 3996, 3465 ve 3096 sayılı kanunlar	<b>YAP-İŞLET</b> 4283 sayılı kanun	<b>YAP-KİRALA-DEVRET</b> 5396,652,6428 ve 351 sayılı kanunlar	<b>İŞLETME HAKKI DEVRİ</b> 4046,5335,3465,3096 Sayılı kanunlar
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Otoyol</li><li>➤ Liman</li><li>➤ Havaalanı</li><li>➤ Marina</li><li>➤ Gümrük kapısı</li><li>➤ Elektrik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Termik santral</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hastane</li><li>➤ Okul</li><li>➤ Yurt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Havaalanı</li><li>➤ Liman</li><li>➤ Santral</li><li>➤ Elektrik dağıtım</li></ul>

Tablo 4: Türkiye’de KÖO Modelleri, Mevzuat ve Sektörel (www.tepav.org.tr)

Uygulama sözleşmesi imzalanmış projelerin kullanılan modellere göre sektörel dağılımı incelendiğinde, YİD modelinde en büyük payın 30proje ile karayolu sektöründe olduğu görülmektedir. Karayolu sektörünü 25 proje ile enerji ve 15 proje ile yat limanı ve turizm tesisleri takip etmektedir. YİD modelinde sonra en fazla uygulanan İHD projelerinde en büyük payın 51

proje ile enerji sektöründe olduğu görülmektedir. Enerji sektörünü 18 proje ve liman ve 8'er proje ile karayolu ve hava alanı takip etmektedir. YKD modeli sağlık sektöründe (18 proje), Yİ modeli ise enerji sektöründe (5 proje) kullanılmaktadır(T.C. Kalkınma Bakanlığı a,2017:19).



**Grafik 3: KÖO Uygulama Sözleşmelerinin Kullanılan Modellere Göre Sektörel Dağılımı (Adet) (1986-2016)**

Kamu özel ortaklığı modeli uygulama alanlarının çeşitliliği içerisindeki sağlık tesislerini ele alarak, uygulamada hazine adına tahsisi gerçekleştirilmesi suretiyle, finansmanı tamamen özel ortak tarafından karşılanacak bir sağlık tesisi yapılmasıyla birlikte bu tesisin belli bir yıla kadar Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli imtiyazlarla kiralanması olarak tanımlanmaktadır. KÖO uygulaması ile, özel ortak tarafından sunulması öngörülen birçok hizmet vardır. Bunlar, sağlık tesislerinin bakım ve onarımının yapılmasından tutun, sağlık tesislerindeki tüm tıbbi gereçlerin hazır edilmesine, bunların dışında güvenlik, yemekhane gibi hizmetlerin sunulmasına kadar birçok hizmeti içine almaktadır. (ESAM,2017:3).

Bu yöntem doğrultusunda hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 sağlık kampüsü planlanmıştır. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine eklenmesi ve faaliyete başlamasıyla birlikte kamu özel ortaklığı modeli doğrultusunda 2017 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 31 proje ortaya konulmuştur (ESAM,2017:4; [www.saglikyatirimlari.gov.tr](http://www.saglikyatirimlari.gov.tr). 2017 yılı itibariyle hizmet vermeye başlayan şehir hastaneleri ise; Adana Şehir Hastanesi (1550 Yatak), Mersin Şehir Hastanesi (1250 Yatak), Isparta Şehir Hastanesi (755 Yatak), Yozgat Şehir Hastanesi (475 Yatak)dir( [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr); saglik-turizminin-tanitimi-isbirligi-protokolu-imzalandi).

### **Şehir Hastaneleri**

Devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin hizmet karşılığında belirlenmiş bir süreye kadar özel sektör tarafından uygulanması amacıyla işletmeye açılan bütünlümlü hastane modelidir(Şehir Hastaneleri Raporu,2017:10).Sağlıkta dönüşüm programının yeni bir safhası



olarak gösterilen Şehir Hastaneleri, sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda doğrudan ve dolaylı yönleri ile önemli değişiklikler oluşturacaktır(Şehir Hastaneleri Raporu,2017:4).

Şehir hastaneleri projesi ile gerçekleştirilmek istenen hedefler ;“Düşük maliyetli ve yüksek hizmet kalitesine sahip sağlık hizmeti sunmak. Teşhis ve tedavi sürecinde teknolojiyen yararlanarak, tedavi çeşitliliğini artırmak ve ülke çapında genişletmek. Aynı hastane içinde bütün hizmetleri sunabilmek için gerekli alt yapıyı hazırlamak, hasta güvenliğini sağlamak, hasta sevk sayısını düşürmek ve hasta yatış sürelerini kısaltmak ve bu faaliyetler neticesinde hasta memnuniyetini artırmaktır. Diğer taraftan çalışanların bağlılığını ve performansını artırmak için de sosyal ortamlar oluşturularak ve çalışan güvenliğini sağlayarak sağlıkta hizmet kalitesini artırmaktır.” ([www.memurlar.net](http://www.memurlar.net))

Türkiye 10.Kalkınma Planı'na (2014-2018) göre,dünya medikal turizmde tercih edilen ilk beş destinasyon içinde yer almayı hedeflemektedir.Hedefleri arasında aynı zamanda 750.000 sağlık turistine ulaşmak ve medikal turizmden 5.6 milyar dolar gelir elde etmekte yer almaktadır. (Kalkınma Bakanlığı, 2013, 182). Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB) Sağlık Turizmi Raporun'da (2014), 2023 yılında Türkiye'nin sağlık turizminden beklentisi 20-25 milyar dolar gelir ile 2 milyon hasta olarak açıklanmıştır. (TÜRSAB, 2014, 1) Bu açıdan bakıldığında Türkiye'de turizm ve sağlık sektöründe önemli gelişmelerin yaşandığını söyleyebiliriz. (Göçer ve Aydın, 2016: 781).

Belirlenen hedeflere şehir hastaneleri ile ulaşmak istenmektedir. Açıkçası şehir hastaneleri ile sağlık turizmi taçlandırılmak isteniyor. Şehir hastanelerinin tamamı hizmet vermeye başladığında sağlık turizmi ile belirlenen hedeflere ulaşılacaktır. Sağlık turizminden beklenen hedeflere ulaşmak için yapılması gerekenler şu şekilde sıralanmaktadır. Bunlar;

- Sağlık turizminin gerekli tanıtımlarını gerçekleştirmek için Kültür ve Turizm Bakanlığı ile işbirliği yaparak cazibe merkezi haline getirmek.
- Sağlık turizmi hizmeti verecek sağlık kurum ve kuruluşlarının standartlarını belirlemek ve akredite sayısını artırmak.
- Sağlık turizminin tanıtımı için, uluslararası katılımlı fuarlarda yer almak ve uluslararası havayolu şirketleri ile işbirliği yapmak.
- Sağlık turizmi sunan sağlık kuruluşlarının altyapı, teknoloji ve eğitim kapasitesini artırmak.
- Sağlık turizmi ve diğer turizm hizmetleri sunucuları ile sektörel işbirliği yapmak.
- Sağlık turizmi hizmeti veren kuruluşların ulusal ve uluslararası denetimini yapmak ve yaptırmak.

Bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde şehir hastanelerinin rolünü şu şekilde belirte biliriz. Bunlar;

- Teşhis ve tedavilerde yeni teknolojilerin kullanılması,
- Aynı kampüs içerisinde tümleşik bir şekilde ihtiyaca yönelik tüm hizmetlerin verilmesi ve hasta sevk sayısının düşürülmesi,
- Hizmet kalitesinin artırılması,
- Artan kalite ve yeni teknolojilerin kullanımı ile sağlık turizmine alt yapı sağlamak,
- Tedavi çeşitliliğinin ülke geneline yayılması,

- Çalışanlar için oluşturulacak çalışma ortamında Ergonomiden, konfora; sosyal alanların kalitesinde sağlıklı yaşam merkezinin varlığına kadar önem vermek,
- Sağlık hizmet performansını yükseltmek,
- Yeterli sayıda nitelikli yatak kazanmak, yatış sürelerini kısaltmak,
- Hasta enfeksiyonlarını azaltmak ve güvenliğini arttırmak,
- Hasta memnuniyetini arttırmak.

### **Sonuç ve Öneriler**

Türkiye'nin dünya turizmi açısından yeri oldukça önemlidir. (Aydın, Aypek, Aydın, Şahbaz ve Arslan 2011);sağlık hizmetlerinin kaliteli oluşu,alanında yetişmiş nitelikli işgücü,fiyat konusunda rekabetçi piyasa avantajı,devletin sağladığı destek,coğrafi konumun verdiği avantaj,tarihi ve doğal güzellikleri,iklimsel koşulların uygunluğu, bütün bunları bir arada değerlendiren kaliteli turizm işletmeciliği ile (Yıldırım ve Altunkaya 2006)Türkiye sağlık turizmi alanında giderek büyümektedir.(Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013:6), "Sağlık Turizminin Tanıtımı İşbirliği Protokolü" nde "2016 yılı içinde kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarımızda 359 bin uluslararası hastaya sağlık hizmeti aldığı, 2017'nin ilk 6 ayında ise bu rakamlar 183 bin olduğu belirtmiştir([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)).

Sağlıkta uygulanan mevcut sağlık politikaları ve hedefleri ışığı altında sağlık turizminin gelişimine katkı sağlanmaktadır. Sağlık turizmi ile ilgili hedeflere ulaşmak için, Stratejik Plan 2013-2017, 10. Kalkınma Planı 2014-2018 ve Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi bir çok stratejiler geliştirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programına paralel olarak gelişen KÖO modellerinden "Yap-Kirala- Devret" modeli ile Şehir Hastaneleri süreci başlamış bulunmaktadır. Peki şehir hastaneleri sağlık turizmi ile belirlenen hedeflere ulaşma noktasında dikkat etmesi gereken konuları şu şekilde belirtebilir. Bunlar;

- Mevzuattaki boşlukların giderilmelidir.
- Sağlık Bakanlığının sistem içerisindeki rolü belirginleştirilmelidir.
- Yabancı dil bilen nitelikli eleman sayısı artırılmalıdır.
- Sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkabilecek belirsizlikler giderilmelidir.
- Şehir hastanelerinin uluslararası düzeyde sağlık turizmi kapsamında tanıtımlarını arttırmak.
- Kapsamı geniş,anlaşılabilir sözleşmeler oluşturulmalıdır.Aksi durumların yaşanmaması için denetimler artırılmalıdır.
- Yüksek yatırımlar gerektiren bu cihazların etkili ve verimli şekilde kullanılması yönünde planlama gerekmektedir.
- Son olarak Sağlık Bakanlığı yapacağı köklü değişikliklerde (aile hekimliği sistemi gibi) mutlaka pilot uygulama yaptıktan sonra asıl uygulamaya geçmiştir. Ancak şehir hastaneleri gibi büyük yatırımlar gerektiren bir sistem için ön uygulama yapılmamıştır. Bundan dolayı sistemin her aşamasının titizlikle takip edilmesi gerekmektedir.

### **Kaynakça:**

Aydın, D. vd. (2011). Türkiye’de medikal turizmin geleceği. <http://www.byclub.com/Files/turizm/turkiyede-medikal-turizm-gelecegi.pdf> ET: 12.09.2016

“Çocuk kemik iliği nakli”. (2015). <http://www.ihacom.tr/haber-cocuk-kemik-iligi-nakli-518595/> adresinden erişildi. (ET:11.04.2016)

Diñer, M. Vd. (2016). Gelişmekte olan ÷lkelerde medikal turizm: türkiye’nin tayland, malezya ve hindistan’a göre potansiyelinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 34-60.

Göçer, İ. ve Aydın, N. (2016). Türkiye’de Sağlık Değişkenlerinin Turizm Gelirine Etkisi: Çoklu Yapısal Kırılmalı Bir Analiz. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2016, Cilt 6, Sayı 1 ss.777-800 [http://iibfdergi.karatekin.edu.tr/Makaleler/1449378004\\_JFEAS\\_6\\_1\\_34.pdf](http://iibfdergi.karatekin.edu.tr/Makaleler/1449378004_JFEAS_6_1_34.pdf)

Gülmez, M. (2013). Sağlık Turizmi, D. Tengilimoğlu (Yay. Haz.). *Sağlık turizminde öncü ÷lkeler, turizm politikaları ve pazarlama stratejileri* (s. 145-168). Ankara: Siyasal Kitabevi

İçöz, O. Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve türkiye’nin olanakları, Journal of Yaşar University, 2257-2279. <https://journal.yasar.edu.tr/wp-content/uploads/2012/08/09-icoz1.pdf> ET: 23.06.2017

Sağlık Bakanlığı, Dünyada Sağlık turizmi, [http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10945,03pdf.pdf?0\)SATURK](http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10945,03pdf.pdf?0)SATURK) adresinden erişildi. (ET:23.09.2017)

“sağlık turizmi sektör raporu, 2013”, T.C. BATI AKDENİZ KALKINMA AJANSI. MAYIS. <http://www.baka.org.tr/uploads/48947588121518SAGLIK-KATALOG-TURKCE-16MAYIS-3.pdf> adresinden erişildi. (ET:12.08.2016)

SATURK, Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu, <http://www.satark.gov.tr/images/pdf/tyst/05.pdf> adresinden erişildi. (ET: 07.06.2017)

‘Sağlıkta 2023 Hedefleri’ <http://www.yeniakit.com.tr/haber/saglikta-2023-hedefleri-309826.html>; adresinden erişildi . (ET: 22.04.2017)

SATURK, Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu [http://www.turkey-healthtourism.com/AKREDITE-SAGLIK-KURULUSLARI\\_c\\_d\\_38.htm](http://www.turkey-healthtourism.com/AKREDITE-SAGLIK-KURULUSLARI_c_d_38.htm) adresinden erişildi. (ET: 21.09.2017)

“Sağlık turizminin tanıtımı işbirliği protokolü imzalandı”. <https://www.saglik.gov.tr/TR,25957/saglik-turizminin-tanitimi-isbirligi-protokolu-imzalandi.html> tarihinde erişildi. (ET:19.10.2017)

S÷lkü, S. N. (2017). Sağlık Turizminde Türkiye’nin Dünyadaki Yeri ve Potansiyeli. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1, 99-113.

Şahin, Gonca G. ve Tuzlukaya, Ş. (2013). Sağlık Turizmi. D. Tengilimoğlu (Yay. Haz.). *Turizm türleri ve turizm politikaları, dünyada ve türkiye’de sağlık turizmi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

ESAM. (2017). Şehir Hastaneleri Raporu, <http://saadet.org.tr/dosyalar/1502289420sehir-hastaneleri-raporu-2017.pdf> adresinden erişildi. (ET:24.10.2017)

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2017) [Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı Projeleri](http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/en-us/TabId/347/PID/1034/CategoryID/20/Default.aspx?CategoryName=%C4%B0hale-Haz%C4%B1rl%C4%B1k-S%C3%BCreci-devam-eden-Projeler).  
<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/en-us/TabId/347/PID/1034/CategoryID/20/Default.aspx?CategoryName=%C4%B0hale-Haz%C4%B1rl%C4%B1k-S%C3%BCreci-devam-eden-Projeler> adresinden erişildi. (ET: 08.22.2017)

T.C Kalkınma Bakanlığı a. (2017). “Kamu Özel İşbirliği Raporu 2016” Yatırım Programlama İzleme Ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.

T.C Kalkınma Bakanlığı b. (2012). “Dünyada Ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler” , Yatırım Programlama İzleme Ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.

Tengilimoğlu D. Ve Kahraman Ö. (2013). Sağlık Turizmi, D. Tengilimoğlu (Yay. Haz.). *Dünyada ve Türkiye’de medikal turizm* (s.99-121). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Tontuş, H. Ö. (2016). “Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Dev Adımları” AnadoluJet Magazin - Mart 2016 <http://www.anadolujet.com/aj-tr/anadolujet-magazin/2016/mart/makaleler/turkiyenin-saglik-turizmindeki-dev-adimlari.aspx> adresinden erişildi. (ET: 16.03.2016).

Tontuş, H. Ö., “Türkiye Sağlık Turizminde Dev Hamleye Hazır”<http://www.milliyet.com.tr/turkiye-saglik-turizminde-dev-hamleye-ankara-yerelhaber-1188654/> tarihinden erişildi. (ET: 11.04.2016).

Özdemir C. ve Konak S. (2015). Sağlık Turizmi, S. P. Temizkau (Yay. Haz.).*Medikal Turizm Kavramı ve Türkiye’de Medikal Turizm* . Sağlık Turizmi Kitabı , Ankara: Detay Yayıncılık.

TEPAV. [http://www.tepav.org.tr/upload/files/haber/1458649325-5.Kamu\\_Ozel\\_Isbirligi\\_Modeli\\_Sunumu.pdf](http://www.tepav.org.tr/upload/files/haber/1458649325-5.Kamu_Ozel_Isbirligi_Modeli_Sunumu.pdf) adresinden erişildi. (ET: 1.09.2017)

Toprak, L. vd. (2014) Turizmin yükselen trendi: sağlık turizmi ve güneydoğu anadolu bölgesi örneği. *Electronic Journal of Social Sciences*,, 50, 38-57.

Topuz, N. (2012). *Türkiye sağlık (medikal) turizmi stratejisi 2023* , T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Uzmanlık tezi, Ankara. <http://www.kulturturizm.gov.tr/Eklenti/31238,nuraytopuzsonpdf.pdf?0> adresinden erişildi. (ET: 07.12.2015)

Kaya S. vd. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. ISBN: 978-975-590-440-5. Ankara. <http://dosyab.saglik.gov.tr/Eklenti/535,turkiye-medikal-turizm-degerlendirme-raporu-2013pdf.pdf> adresinden erişildi. (ET:12.08.2017)

Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012. <https://www.yumpu.com/tr/document/view/25951370/turkiye-medikal-turizmi-degerlendirme-raporu-2012-saglk-bakanlgi> adresinden erişildi.

Yıldırım, H. H. ve Altunkaya, Ü. (2006) “Türkiye’nin Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Güçlükler” [www.absaglik.com/](http://www.absaglik.com/) adresinden erişildi. (ET: 09.05.2017)

Yiğit, V. (2016). Kamu hastanelerinde medikal turizminin gelişimini etkileyen faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 15, 107-119.



<http://www.dunya.com/ekonomi/ekonomi-diger/saglik-turizminde-gozler-turkiyede-291083h.htm> adresinden erişildi. (ET:16.03.2016)

<http://www.medikalteknik.com.tr/saglik-turizminde-5-kat-buyuduk/> adresinden erişildi. (ET:13.02.2015).

<https://www.memurlar.net/haber/352378/bakanlik-55-soruda-sehir-hastanelerini-anlatti.html> adresinden erişildi. (ET : 25.10.2017)

