Hastane Halkla İlişkilerinde Dijital Dönüşüm ve Yeni İletişim Teknolojileri

Dr. E. Fazıl ÇÖLLÜ

YAYINLARI

HASTANE HALKLA İLİŞKİLERİNDE DİJİTAL DÖNÜŞÜM VE YENİ İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ

DR. E. FAZIL ÇÖLLÜ

T.C. KÜLTÜR ve TURİZM BAKANLIĞI
YAYINCI SERTİFİKASI NUMARASI
44040

HASTANE HALKLA İLİŞKİLERİNDE DİJİTAL DÖNÜŞÜM VE YENİ İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ

E. FAZIL ÇÖLLÜ

Orcid No: 0000-0001-5871-4928

Kapak İllüstrasyon ve Tasarım
H. Gamze ÇÖLLÜ

Bu kitabın bütün yayın hakları Palet Yayınlarına aittir.
Yayınevinin yazılı izni alınmadan, kaynağın açıkça belirtildiği tanıtmalar ve akademik çalışmalar haricinde, kısmen veya tamamen kitaptan alıntı yapılamaz.
Eser, matbu yahut dijital ortamda kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz.

ISBN: 978-625-6775-04-6

BASKI
ŞELÂLE OFSET
Fevzi Çakmak Mah. Hacı Bayram Cad. No: 22 Karatay / Konya
MATBAA SERTİFİKASI NUMARASI: 46806

Konya, Eylül 2023

PALET YAYINLARI
Mimar Muzaffer Cad. Rampalı Çarşı No: 42 Meram / Konya
Tel. 0332 353 62 27
www.paletyayinlari.com.tr

HASTANE HALKLA İLİŞKİLERİNDE DİJİTAL DÖNÜŞÜM VE YENİ İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİ

DR. E. FAZIL ÇÖLLÜ

YAYINLARI

ÖN SÖZ

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişmeler sağlık hizmeti kullanıcı ve sunucularının rollerinde önemli dönüşümlere yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için fiziki, teknik ve beşerî kaynakların planlanmasında ve yönetilmesinde e-sağlık uygulamaları vazgeçilmez bir yere sahip olmuştur. Küresel düzeyde etkisini gösteren bu dönüşüm sürecinde ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşların sağlık sistemine ulaşmasını kolaylaştırmak, sağlık sistemi ile ilgili verileri tek merkezde toplamak, zaman ve kaynak israfının önüne geçmek amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilmiştir.

Ancak, sağlık sektöründe sadece tıbbi bakım sunulmakla kalınmaz, aynı zamanda hastalarla etkili iletişim kurma, bilgi paylaşma ve toplumu sağlıkla ilgili bilinçlendirme fonksiyonları da yerine getirilir. Bu noktada halkla ilişkiler sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini belirleyen kritik bir rol oynamaktadır.

Dijital dönüşüm sağlık hizmetlerindeki halkla ilişkileri kökten değiştirerek geleneksel halkla ilişkiler yöntemlerine farklı boyutlar getirmiştir. Bu süreçte mobil uygulamalar, sosyal medya platformları, çevrim içi hasta portalları ve tele-sağlık hizmetleri gibi dijital araçlar, sağlık hizmeti sağlayıcılarına daha geniş bir kitleye ulaşma ve hedef kitleleri ile daha etkili, kolay, hızlı ve interaktif bir şekilde iletişim kurma imkânlarına kavuşmuştur. Bu kitap dönüşüm sürecinde ortaya çıkan e-sağlık uygulamalarının hastane halkla ilişkileri üzerindeki etkilerine odaklanmıştır.

Bu kitap Prof. Dr. Ahmet KALENDER danışmanlığında Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla ilişkiler Anabilim Dalında Haziran 2023 tarihinde tamamlanan "Hastane Halkla İlişkilerinde Yeni İletişim Teknolojilerine Hastaların Bakışı Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma" başlıklı doktora tezi temel alınarak hazırlanmıştır. Doktora tezimin tamamlanmasında bana rehberlik eden ve destekleyen danışmanım Prof. Dr. Ahmet KALENDER'e teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca gösterdikleri sabır ve destek için ailemle birlikte tez çalışması ve kitaba dönüştürülme aşamalarında ilgi ve yardımlarını esirgemeyen, değerli arkadaşlarım Doç. Dr. M. Erhan SUMMAK ve Dr. E. Erdal YÖRÜK'e teşekkürlerimi sunarım.

Dr. E. Fazıl ÇÖLLÜ
Eylül, 2023

Extended Abstract

Compared to previous periods in human history, the rapid developments in information and communication technologies offer incredible opportunities to individuals and organisations in many fields. The revolutionary changes in information and communication technologies in recent years affect all sectors. With the increasing use of technology, time and space constraints on service delivery have disappeared in many sectors.

With the development of new communication technologies, access to space, information acquisition and learning methods have also changed and evolved, and the information environment in which people live has begun to change radically. With the emergence of Web 2.0 technology, users have moved from a passive to an active position. With the creation of this platform, which allows users to produce the content they want, there has been a major shift from one-way communication to two-way communication. This situation paved the way for the creation of social networks such as Facebook, Instagram and Twitter. Social media environments, which can provide much more information to the masses than traditional methods, also have advantages such as interactivity, individuality, economy, flexibility, measurability and provision of data.

As a result of these developments, the use of new information technologies in the provision of health services has become inevitable, and it has become important to collect and manage personal health data in a single centre, reduce costs, improve service quality and increase the efficiency of health information systems. The concepts of (Health 2.0) Health 2.0 or (Medicine 2.0) Medicine 2.0 have emerged, encompassing opportunities such as collaboration, sharing, participation, mediation, transparency and expression of a new generation of health communication. Health 2.0 or Medicine 2.0, which refers to health communication that enables participation and interaction, makes it easier for people to access and share accurate information about their conditions. It enables people with similar experiences to communicate, share their experiences and make decisions together. Medicine 2.0 applications, services and tools are web-based services that use Web 2.0 technologies and/or semantic web and virtual reality tools for healthcare consumers, carers, patients, healthcare professionals and biomedical researchers to enable and facilitate social networking, participation, apomediation (disintermediation or unmediated direct relationship), collaboration and openness within and between these user groups. However, there is a broader idea behind the concept of Medicine 2.0 or 'second generation medicine': Healthcare systems need to move away from hospital-based medicine, focus on health promotion, deliver healthcare at home and empower consumers to take responsibility for their own health.

The digitalisation of communication has given rise to terms such as e-public relations, online public relations or digital public relations. Digital communication tools such as websites, blogs, forums, social media platforms, mobile applications, email and e-bulletins are also used in public relations. Social media, in particular, have brought the concept of dialogue to the fore, enabling a two-way symmetrical communication process. PR professionals have started to set up 'online public relations' or 'interactive public relations/promotion/advertising (PR 2.0)' agencies to organise activities on the internet

and provide web services. Separate units called 'web services', 'online services' or 'interactive media' have also been established within organisations.

These developments have enabled hospitals to communicate with their target audiences easily, quickly and even interactively, and have created new opportunities for hospital PR departments. Social media is increasingly being used by individuals to research and learn about diseases and health issues, and to choose hospitals and doctors. Healthcare organisations also use social media for public relations, education and training of healthcare professionals, interprofessional communication and coordination, training simulations, other health-related social networks, health support groups, health advocacy and fundraising, development of plug-ins for popular social media platforms and personal management tools, dissemination of public health messages, and infectious disease surveillance. Social media platforms offer new opportunities for health managers in the areas of reputation management, patient relationship management and public relations. All of these factors have become determinants in the choice of a hospital by its target audience, leading to the realisation of the importance of patient (customer) satisfaction and the understanding of the importance and value of public relations in hospitals.

Another concept that has emerged in this process is the concept of e-health. Developments in information and communication technologies in the health sector have led to the development of e-health applications that can greatly influence the roles of users and providers of health services. This concept covers a large part of health informatics and is related to clinical information, care and services. eHealth broadly refers to the provision of health services in an electronic environment. E-health systems facilitate communication between patients and health professionals, ensure that patient records are kept electronically, support the exchange of medical images and remote medical consultations, diagnosis and treatment of diseases, patient care services, laboratory services, clinical decision support systems, patient and health professional decision-making processes. Today, it can be observed that medical technology applications such as "e-health, digital hospitals, mobile health, telemedicine, robotic surgery" are widely used in health systems in developed countries. These technological tools have changed the way health services are delivered, structured and transmitted. In addition, these applications have provided the opportunity to deliver personalised health services, reduced costs and reduced waiting times for patients. These developments demonstrate the benefits of using technology in the health sector. New information and communication technologies are being heralded as the technological solution to the structural and equity crises in public health, with the aim of providing affordable and quality services for all.

E-health applications have an indispensable place in the planning and management of physical, technical and human resources for the effective and efficient delivery of health services. In our country, the Health Transformation Programme has been implemented to keep pace with new technologies, facilitate citizens' access to the health system, collect health data in a single centre, and avoid wasting time and resources. Within the framework of this programme, the operation of the system has led to the digitalisation of the health system for the purposes of communication within the system and communication with patients. Today, hospitals in our country can reach their target au-

diences, promote their services, deliver their messages, receive feedback and create a positive corporate image in the eyes of their target audiences through e-health applications, corporate websites and social media, without any time or location constraints. Patients, on the other hand, can use the same means to access healthcare facilities, make appointments, view their tests, examinations, reports and prescriptions.

Medical coding and classification systems (USVS and SKRS), electronic patient record systems (EHR-ESK), picture archiving and communication systems (PACS) under health information systems (HIS) and e-health systems to make the healthcare system in Turkey traceable, measurable and easier to manage, Laboratory Information Management Systems (LBYS), Clinical Information Systems (KBS), Nursing Information Systems, Hospital Information Management Systems (HBYS), Telemedicine Applications, Kinetic Decision Support Systems (KKDS), Patient Relationship Management Systems (PRM), Central Doctor Appointment System (MHRS) and E-Nabız.

The study consists of three parts. In the first part, the definition, functions, characteristics and classification of hospitals were made. Then, public relations is conceptually defined and its general functions are explained. Then, public relations in hospitals are analysed by dividing them into two categories as internal and external.

The second part discusses new communication technologies and the new dimensions they bring to public relations. Then, the innovations and concepts of new communication technologies in the field of health and the Health Transformation Programme in our country have been studied. The e-health applications used by the Social Security Institute and the General Directorate of Health Information Systems of the Ministry of Health are also analysed.

At the end of the second part, an attempt is made to provide information on MHRS, e-nabız, hospital websites, mobile applications, hospital navigation applications and SMS, which are applications based on new communication technologies used in hospital public relations in our country.

In the third part of the study, a new scale was created in the light of the theoretical information in the first and second parts and by analysing the scales in other studies. The aim of the survey is to determine the patients' view of new communication technologies in the context of hospital public relations in hospitals affiliated to the Ministry of Health. The population of the research is the people living in Konya Province, which will have a population of 2,277,017 people in 2021, and who apply to public or private health institutions as patients. The survey was conducted between 22 December and 30 December 2022 in Selçuklu, Meram and Karatay districts, which are the three central districts of Konya province. With a sampling error of 0.05%, p=0.5 (probability of occurrence) and q=0.5 (probability of non-occurrence), the sample size should be at least 357. A face-to-face questionnaire was administered to a total of 555 respondents, taking into account that the male/female ratio of respondents could be equal or close. After sorting out the questionnaires, 520 valid questionnaires were found suitable for evaluation and transferred to the computer environment and the results were analysed.

More than half (51.6%) of the users participating in the survey are in the 17-32 age group. There is a good balance between women (56.5%) and men (43.5%). The participants were selected from different professions to contribute to the objectivity of the re-

search results. 40% of the users are high school graduates and there are users at all levels of education. There was also a balanced grouping of participants according to family income level. 30.9% of participants said they used the internet 3-4 hours a day.

When analysing the purposes of using the internet for health-related purposes, 67% of participants said they used the internet to get information about illnesses, 45% to get information about choosing hospitals and doctors, and 45% to get information about personal care. Looking at all the health-related purposes for which the participants used the Internet, it was found that the purposes of 'getting information about food, nutrition and diet' and 'getting information about sports and keeping fit' were used by 33% and 23% of the participants respectively. These data show that participants are active users of the Internet for health, and use it intensively to obtain information about the treatment process.

Age, gender, education, marital status, occupation and income variables were identified as reasons for significant differences in the preferences of the users participating in the research for using the Internet for health purposes. According to the results of the research, it was observed that the rates of using the Internet for health purposes increased as the level of education and income increased. The research found that women's use of Internet resources was significantly higher than men's. In addition, young people are more likely to use the internet for health purposes than older people.

As a result, hospitals, affected positively or negatively by the environment in which they operate as open systems, have turned to the use of information systems in order to maintain their existence in the sector and to gain competitive advantage in this environment. Information systems assist the managers of the organisation in the decision-making and control phases, while at the same time providing the staff of the institution with convenience and speed in carrying out their work. Information systems offer important opportunities for public relations units to develop a positive image, create a variety of services and effectively manage the interactive communication process between the hospital's target audiences in order to improve the quality of the service provided. With the increase of chronic diseases in the world and in Turkey, the Covid19 pandemic process, the increase of the number of people who need more health services with the increase of the elderly population, etc., new models for the provision of health services are on the agenda. Irrespective of how healthcare services are delivered, it is accepted that costs are gradually increasing and that ways should be found to provide better and more cost-effective healthcare services. Health information systems improve the patient experience by facilitating transactions such as patient portals and electronic health records, appointment booking and prescription renewal. Telehealth and telemedicine applications allow patients to communicate with their doctors remotely and receive medical advice. Social media and digital communities are effective tools for hospital outreach to inform patients and build communities. Mobile applications allow patients to access services more quickly and easily. Educational content and materials enable patients to better understand their own health. Patient satisfaction surveys and feedback are an important source of feedback to improve services. New communication technologies for emergency notification and crisis communication enable fast and effective communication. These methods have become an indispensable tool for increasing satisfaction

through effective communication with patients, for making health services more accessible and for public relations. In addition to all these benefits, it should be kept in mind that the security and privacy of patient data is of great importance and necessary security measures should be taken to address the security concerns of users.

In addition, user-friendly applications and alternative access routes should be developed that can be easily used by the elderly, the uneducated and the disabled. Paper-based materials and low-tech solutions can also be used for this purpose. Telephone-based solutions, such as voice response or text messaging, can provide access to digital health services for these populations. For people with hearing or visual impairments and older people, a simple and clear interface, the use of large and legible text, icons and simple menus can play a crucial role in ensuring accessibility, as can compatibility with screen readers or hearing aids. It is important to ensure that users learn how to access the basic features of applications through training programmes and offline digital educational resources, organised by volunteers or experts. Such efforts can help disadvantaged groups to improve their digital literacy, to access and participate more easily in the digital world, and to socialise. The development of such applications should also take into account linguistic and cultural compatibility, and user feedback should be collected and updated on an ongoing basis as the applications are used.

Keywords: Hospitals, health informatics, e-health, social media

Tablolar Listesi

Tablo 1: MHRS Durum Raporu 110
Tablo 2: Cinsiyet ve Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılım 126
Tablo 3: Yaş Gruplarına Göre Dağılım 126
Tablo 4: Katılımcıların Mesleklere Göre Dağılımı 127
Tablo 5: Katılımcıların Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı 127
Tablo 6: Katılımcıların Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Dağılımı 127
Tablo 7: Katılımcıların En Sık Hizmet Aldığı Sağlık Kuruluşu 128
Tablo 8: Katılımcıların İnternet Kullanım Süreleri 129
Tablo 9: Kullanıcıların İnterneti Sağlıkla İlgili Kullanma Amaçları 129
Tablo 10: Katılımcıların SBK Olarak Seçenek Tercihleri (%) 130
Tablo 11: Katılımcıların SBK Olarak Bir Sağlık Profesyoneliyle Yüz Yüze İletişim Tercihleri Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre 131
Tablo 12: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercih Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre 132
Tablo 13: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercih Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre 132
Tablo 14: Katılımcıların SBK Olarak İnternet/Sosyal Medya Tercih Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre 133
Tablo 15: Katılımcıların SBK Olarak Kitaplar/Ansiklopediler Tercih Dağılımı-Cinsiyet Gruplarına Göre 134
Tablo 16: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercih Dağılımı-Cinsiyet Gruplarına Göre 135
Tablo 17: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercih Dağılımı-Cinsiyet Gruplarına Göre 135
Tablo 18: Katılımcıların SBK Olarak Bir Sağlık Profesyoneliyle Yüz Yüze İletişim Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre 136
Tablo 19: Katılımcıların SBK Olarak Aile ve Arkadaşlar Önerileri Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre 137
Tablo 20: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre 137
Tablo 21: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre138
Tablo 22: Katılımcıların SBK Olarak İnternet/Sosyal Medya Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre 138
Tablo 23: Katılımcıların SBK Olarak Sağlık Profesyoneliyle Yüz Yüze İletişim Tercihleri Dağılımı-Meslek Gruplarına Göre 139
Tablo 24: Katılımcıların SBK Olarak Aile ve Arkadaşlar Önerileri Tercihleri Dağılımı-Meslek Gruplarına Göre 140
Tablo 25: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercihleri Dağılımı-Meslek Gruplarına Göre 140
Tablo 26: Katılımcıların SBK Olarak Eczaneler Tercihleri Dağılımı-Gelir Gruplarına Göre. 141
Tablo 27: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercihleri Dağılımı- Gelir Gruplarına Göre 142
Tablo 28: Katılımcıların SBK Olarak İnternet/sosyal medya Tercihleri Dağılımı- Eğitim Gruplarına Göre 143
Tablo 29: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Kullanma Sayıları 144
Tablo 30: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri 144
Tablo 31: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Yaş Gruplarına Göre-Satır Verisine Göre 145
Tablo 32: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Yaş Gruplarına Göre-Sütun Verisine Göre 146
Tablo 33: -Meslek Gruplarına Göre Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Satır Verisine Göre 146
Tablo 34: Meslek Gruplarına Göre Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri- -Sütun Verisine Göre 147
Tablo 35: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Eğitim Gruplarına Göre 148
Tablo 36: Eğitim Gruplarına Göre Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Sütun Verilerine Göre 149

Tablo 37: Kullanıcıların Tercih Ettikleri e-sağlık Başvuru Yolları 150
Tablo 38: Katılımcıların e-sağlık Sistemine Başvuru Yolları-Yaş Gruplarına Göre 150
Tablo 39: Katılımcıların MHRS randevu Sistemine Başvuru Yolları-Cinsiyet Gruplarına Göre151
Tablo 40: Kullanıcıların MHRS Randevu Sistemine Başvuru Yolları -Eğitim Gruplarına Göre151
Tablo 41: Katılımcıların MHRS randevu Sistemine Başvuru Yolları-Medeni Durum Gruplarına Göre..... 152
Tablo 42: Cronbach Alfa (α) Katsayısı Yorumu..... 153
Tablo 43: İBKÖ ve Boyutları Cronbach Alfa (α) Katsayısı 153
Tablo 44: AFA Sonuçlarına Göre Açıklanan Varyansların Dağılımı..... 154
Tablo 45: AFA Sonuçlarına Göre Faktör Yük Değerleri..... 154
Tablo 46: Fayda Boyutu Betimleyici İstatistikleri..... 155
Tablo 47: Fayda Boyutu İçin Eğitim (Mezun) Grupları Arasında Anova Testi 156
Tablo 48: Fayda Boyutu İçin Yaş Grupları Arasında Anova Testi 157
Tablo 49: Fayda Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi..... 158
Tablo 50: Bilgi Kalitesi Boyutu İçin Tanımlayıcı İstatistikler 158
Tablo 51: Güven Boyutu İçin Tanımlayıcı İstatistikler..... 159
Tablo 52: Ölçeğin Cronbach Alpha değerleri..... 160
Tablo 53: Sonuçlarına Göre Açıklanan Varyansların Dağılımı..... 161
Tablo 54: AFA Sonuçlarına Göre Faktör Yük Değerleri..... 161
Tablo 55: e-Nabız Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler 162
Tablo 56: e-Nabız Boyutu İçin Yaş Grupları Arasında Anova Testi 164
Tablo 57: e-Nabız Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi..... 164
Tablo 58: e-Nabız Boyutu İçin Eğitim Grupları Arasında Anova Testi 165
Tablo 59: MHRS Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler..... 165
Tablo 60: MHRS Boyutu İçin Cinsiyet Grupları Arasında Bağımsız Örneklem t-Testi..... 166
Tablo 61: MHRS Boyutu İçin Medeni Durum Grupları Arasında Bağımsız Örneklem t-Testi167
Tablo 62: MHRS Boyutu İçin Yaş Grupları Arasında Anova Testi..... 167
Tablo 63: MHRS Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi 168
Tablo 64: MHRS Boyutu İçin Eğitim Grupları Arasında Anova Testi..... 168
Tablo 65: ALO 182 Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler 169
Tablo 66: ALO 182 Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi 170
Tablo 67: Hastanelerin İnternet Siteleri Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler ... 170

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ **5**
Extended Abstract **6**
Tablolar Listesi **11**

GİRİŞ **17**

BİRİNCİ BÖLÜM HASTANELERDE HALKLA İLİŞKİLER **21**
1.1. Hastaneler **21**
1.1.1. Hastanelerin Tanımı 21
1.1.2. Hastanelerin Özellikleri 22
1.1.2.1. Hastaneler Bir Hizmet Kuruşudur *22*
1.1.2.2. Hastaneler Açık Dinamik Sistemlerdir *23*
1.1.2.3. Hastaneler Matriks Yapıda Organizasyonlardır *23*
1.1.2.4. Hastaneler Karmaşık Yapıdaki Organizasyonlardır *24*
1.1.2.5. Hastaneler 7/24 Hizmet Veren İşletmelerdir *24*
1.1.3. Hastanelerin İşlevleri 25
1.1.3.1. Tıbbi işlevler *25*
1.1.3.2. Eğitim İşlevleri *25*
1.1.3.3. Araştırma ve Geliştirme İşlevleri *26*
1.1.3.4. Koruyucu ve Rehabilite edici Sağlık Hizmeti İşlevleri *26*
1.1.3.5. Teknik İşlevler *27*
1.1.3.6. Mali İşlevler *28*
1.1.3.7. İdari İşlevler *28*
1.1.4. Hastanelerin Sınıflandırılması 29
1.1.4.1. Verilen hizmet türüne göre Hastanelerin sınıflandırılması *29*
1.1.4.2. Mülkiyet tiplerine göre hastanelerin sınıflandırılması *30*
1.1.4.3. Hastaların hastanede kalış sürelerine göre yapılan sınıflandırma *31*
1.1.4.4. Büyüklüklerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması *31*
1.1.4.5. Hizmet basamaklarına göre hastanelerin sınıflandırılması *31*
1.1.4.6. Eğitim Durumuna Göre Hastanelerin sınıflandırılması *32*
1.1.4.7. Akreditasyon durumuna Göre Hastanelerin sınıflandırılması *32*
1.1.4.8. Kurulduğu Yerleşim Birimine Göre Hastanelerin sınıflandırılması *33*
1.2. Halkla İlişkilerin Tanımı ve İşlevleri **34**
1.3. Hastanelerde Halkla İlişkiler **38**
1.3.1. Hastanelerde Halkla İlişkilere İhtiyaç Duyulma Sebepleri 39
1.3.2. Hastanelerde Halkla İlişkiler Araç ve Uygulamaları 41
1.3.3. Hastanelerde İç Halkla İlişkiler Araç ve Uygulamaları 43
1.3.3.1. Personelle İlişkiler *44*
1.3.3.2. Hastanelerde Halkla İlişkiler Birimi *45*
1.3.3.3. Hasta Hakları Birimleri *46*
1.3.3.4. Hastanelerde Danışma Karşılama ve Yönlendirme Hizmetleri *47*
1.3.3.5. Dilek ve Öneri (Şikâyet) Kutuları *49*
1.3.4. Hastanelerde Dış Halkla İlişkiler Araç ve Uygulamaları 50
1.3.4.1. Kamuoyu Araştırmaları *50*
1.3.4.2. Medyayla İlişkiler *52*
1.3.4.3. Basılı Araçlar *54*
1.3.4.4. Sponsorluklar *55*
1.3.4.5. Sosyal Sorumluluk Faaliyetleri *56*
1.3.4.6. Kongre, Panel, Seminerler ve Toplantılar *57*
1.3.4.7. Kriz Yönetimi *58*
1.3.4.8. Kurumsal Web Siteleri *59*

1.3.4.9. Kurumsal Sosyal Medya 60
1.3.4.10. Mobil İletişim Teknolojileri 61
1.3.4.11. E-posta 62
1.3.4.12. Kurumsal Reklamcılık Uygulamaları 63
1.3.4.13. Lobicilik Faaliyetleri 64

İKİNCİ BÖLÜM HASTANE HALKLA İLİŞKİLERİNDE YENİ İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİNİN KULLANIMI 67
2.1. Yeni İletişim Teknolojileri 67
2.2. Yeni İletişim Teknolojileri ve Halkla İlişkiler 71
2.3. Yeni İletişim Teknolojileri ve Sağlık 75
2.3.1. E-Sağlık ve İlgili Kavramlar 78
2.3.1.1. Sağlık Bilişimi 78
2.3.1.2. E-Sağlık 79
2.3.1.3. E-Sağlık Okur-Yazarlığı 81
2.3.1.4. Kişisel Verilerin Korunması 83
2.3.1.5. E-Sağlık ve Hasta İlişkileri Yönetimi 84
2.4. E-Sağlıkla İlgili Ülkemizdeki Uygulamalar 88
2.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı 88
2.4.2. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Kurulması 89
2.4.3. SGK Tarafından Yürütülen E-Sağlık Uygulamaları 91
2.4.3.1. Elektronik MEDULA Sistemi 92
2.4.3.2. E-Rapor 93
2.4.3.3. Elektronik Reçete Sistemi (E-Reçete) 93
2.4.4. SBSGM Tarafından Yürütülen E-Sağlık Uygulamaları 94
2.4.4.1. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi Modülü (ÇKYS) 94
2.4.4.2. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) 95
2.4.4.3. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) 96
2.4.4.4. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) 96
2.4.4.5. Klinik Karar Destek Sistemi (KKDS) 97
2.4.4.6. Dijital Hastane 98
2.4.4.7. Tele-Tıp Uygulamaları 99
2.4.4.8. Hayat Eve Sığar (HES) Uygulaması 102
2.4.4.9. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) 102
2.4.4.10. Evde Bakım Çağrı Merkezi (EBAM) 103
2.4.4.11. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)/ ALO 184 103
2.4.4.12. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) 104
2.4.4.13. E-Nabız 105
2.5. Hastane Halkla İlişkilerinde Kullanılan Yeni İletişim Teknolojisi Uygulamaları 105
2.5.1. Çağrı Merkezleri 106
2.5.2. MHRS 107
2.5.2.1. Merkezi Hekim Randevu Sisteminin Amacı 107
2.5.2.2. Sistem Yönetimi ve Teknik Alt Yapı 108
2.5.2.3. MHRS Yardım Masası 109
2.5.2.4. MHRS'den Randevu Alma 109
2.5.2.5. MHRS'de Karşılaşılan Sorunlar 109
2.5.3. E- Nabız 111
2.5.4. Hastane Web Sayfaları 115
2.5.5. Mobil Uygulamalar 117
2.5.6. Hastane Navigasyon Uygulamaları 119
2.5.7. SMS 120

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM HASTALARIN YENİ İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİNE YÖNELİK ARAŞTIRMA 123
3.1. Araştırmanın Metodolojisi....123
3.2. Araştırmanın Modeli....123
3.3. Çalışma Grubu....123
3.4. Veri Toplama Araçları 124
2.5. Araştırma Soruları....125
2.6. Ölçeklerin Uygulanması....126
2.7. Verilerin Analizi....126
2.7.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri 126
2.7.2. Kullanıcıların Sağlıkla İlgili İnternet Kullanma Alışkanlıkları....128
2.7.3. Kullanıcıların Sağlık Bilgi Kaynakları Tercihlerinin İncelenmesi 130
2.7.4. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Yaş Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler....131
2.7.5. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Cinsiyete Göre Yapılan İncelemeler....134
2.7.6. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Medeni Duruma Göre Yapılan İncelemeler....136
2.7.7. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Meslek Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler....139
2.7.8. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Gelir Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler....141
2.7.9. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Eğitim Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler 143
2.7.10. Kullanıcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri 144
2.7.11. Kullanıcıların İnternet Bilgi Kaynakları Hakkındaki Algılarının İncelenmesi....153
2.7.12. Kullanıcıların e-Sağlık Uygulamaları Hakkındaki Algılarının İncelenmesi....160

TARTIŞMA VE SONUÇ 173

KAYNAKÇA 181

GİRİŞ

Son 30 yıllık süreçte bilişim ve iletişim teknolojilerinde yaşanan devrim niteliğindeki değişimler, bütün sektörleri etkilemektedir. Teknoloji kullanımının artmasıyla birlikte, pek çok sektörde hizmet sunumu zaman ve mekân sınırı olmaksızın yapılmaya başlanmıştır (Kılıç, 2017). Açık bir sistem olan hastaneler içinde bulundukları çevreden olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmektedir. Dünyada ve Türkiye'de kronik hastalıkların artış göstermesi, yaşlı nüfusun artışı ile birlikte sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duyan insan sayısının artması vb. ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik yeni modeller gündeme gelmektedir (Demir ve Arslan, 2017). Sağlık hizmetlerinde sunum yöntemi ne olursa olsun maliyetlerin giderek arttığı ve sağlık hizmetlerinin sunumunda daha iyi ve daha fazla maliyet verimliliği sağlamanın yollarının bulunması gerektiği kabul edilmektedir (Yina, 2010).

Bu nedenle yeni bilişim teknolojilerin sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılması kaçınılmaz hale gelmiş, kişisel sağlık verilerinin tek merkezde toplanıp yönetilmesi maliyetlerin azaltılması, hizmet kalitesinin artması, sağlık bilişim sistemlerinin verimliliğinin artırılması önem kazanmıştır.

Küreselleşmeyle birlikte zamansal, mekânsal, zihinsel sınırlar ortadan kalkmış, yeni iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte mekânın ulaşılabilirliği, bilgi edinme ve öğrenme yöntemleri de değişmiş ve gelişmiştir. Web 2.0 teknolojisinin ortaya çıkışıyla, kullanıcılar pasif konumdan aktif konuma geçmişlerdir. Kullanıcılara istedikleri içerikleri üretebildikleri, tek yönlü iletişimden çift yönlü bir iletişime izin veren bu platformun oluşturulmasıyla büyük bir değişim yaşanmıştır. Bu durum Facebook, Instagram, Twitter gibi sosyal ağların oluşumuna zemin hazırlamıştır (Kapan ve Üncel, 2020). Dikkat etmemiz gereken önemli bir sosyal gerçek, insanların içinde yaşadığı bilgi ortamının köklü değişimler geçirmekte olduğudur (Han ve Xu, 2020). Kitlelere geleneksel yöntemlerden çok daha fazla bilgi sunabilen sosyal medya ortamlarının interaktiflik, bireysellik, ekonomiklik, esneklik, ölçülebilirlik ve veri sağlamak gibi üstünlükleri de vardır (Özen ve Sarı, 2008).

Sosyal medya, bireyler tarafından hastalıklar ve sağlık sorunları hakkında bilgi edinme ve araştırma yapma amacıyla kullanılmaktadır. Sağlık kuruluşları da sağlık uzmanlarının eğitimi ve profesyonel gelişimi, profesyoneller arası iletişim ve koordinasyon, eğitim simülasyonları, sağlık odaklı diğer sosyal ağlar, sağlık destek grupları, sağlık savunuculuğu ve bağış, popüler sosyal medya platformlarına eklentilerin ve kişisel yönetim araçlarının geliştirilmesi, halk sağlığı mesajlarının yayılması, bulaşıcı hastalıkların izlenmesi gibi konularda sosyal medyadan yararlanmaktadır. Bunun yanı sıra, sosyal medya platformları sağlık sektörü yöneticilerine itibar yönetimi, hasta ilişkileri yönetimi ve halkla ilişkiler alanlarında yeni fırsatlar sun-

maktadır (Tamer vd., 2020). Hastaneler bu ortamda sektörde varlığını sürdürmek ve rekabet üstünlüğü kazanabilmek için bilişim sistemlerinden yararlanmaktadır. Bilişim sistemleri, örgüt yöneticilerine karar verme ve kontrol aşamalarında destek sağlarken, kurum personeline işlerini yapmakta kolaylık ve hız sağlamaktadır (İleri, 2018). Olumlu imaj geliştirmek, hizmet çeşitliliği oluşturmak, sunulan hizmetin kalitesini arttırmak için hastane ve hedef kitleleri arasında interaktif iletişim sürecinin etkin bir biçimde yönetilmesi önem kazanmıştır (Yükselen, 2003).

Tüm bu faktörler bir hastanenin hedef kitlesi tarafından tercih edilmesinde belirleyici olmaya başlaması, hasta (müşteri) memnuniyetinin öneminin kavranılmasını sağlamıştır. Bütün kuruluşlarda olduğu gibi hastanelerde de hedef kitlelerle iletişimi sağlamak da halkla ilişkiler birimlerinin görevlerinden biridir. Hastanelerin verimliliğini artırmak, kaliteli hizmet vermek hem kurum hem de vatandaşın menfaati için kurum içine ve kurum dışına yönelik halkla ilişkiler çalışmaları son derece önemlidir (Güllüpunar, 2016).

Sağlık sektöründe bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerini kullananların ve sunanların rollerini büyük ölçüde etkileyebilecek e-Sağlık uygulamalarının geliştirilmesine yol açmıştır. Ülkemizde yeni teknolojilere ayak uydurmak, vatandaşların sağlık sistemine ulaşmasını kolaylaştırmak, sağlık sistemi ile ilgili verileri tek merkezde toplamak, zaman ve kaynak israfının önüne geçmek amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilmiştir (SDP, 2008). Bu program kapsamında sistemin işleyişi, sistem içi iletişim ve hastalarla iletişim amaçlarıyla sağlık sistemi dijitalleştirilmesine yol açmıştır. Türkiye'de sağlık sisteminin izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilir bir yapıya kavuşturulması için Sağlık bilişim sistemleri (SBS) ve e-sağlık sistemleri kapsamında tıbbi kodlama ve sınıflandırma sistemleri (USVS ve SKRS), elektronik hasta kayıt sistemleri (EHR-ESK), tıbbi görüntü arşivleme ve iletişim sistemleri (PACS), laboratuvar bilgi yönetim sistemleri (LBYS), klinik bilgi sistemleri (KBS), hemşirelik bilgi sistemleri, hastane bilgi yönetim sistemleri (HBYS), teletıp uygulamaları, kinik karar destek sistemleri (KKDS), Hasta ilişkileri yönetim sistemleri (PRM), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ve E-Nabız, oluşturulmuştur (SB- BİDB, 2004).

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastanelerin tanımı, işlevleri, özellikleri ve sınıflandırılması yapılmıştır. Ardından halkla ilişkiler kavramsal olarak tanımlanmış ve genel işlevleri açıklanmıştır. Daha sonra, hastanelerde halkla ilişkilerin iç ve dış olmak üzere iki kategoriye ayrılarak incelenmiştir.

İkinci bölümde, yeni iletişim teknolojileri ve bunların halkla ilişkilere getirdiği yeni boyutlar ele alınmıştır. Daha sonra yeni iletişim teknolojilerinin sağlık alanında ortaya çıkardığı yenilikler, kavramlar ve ülkemizdeki Sağlık Dönüşüm Programı araştırılmıştır. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından kullanılan e-sağlık uygulamaları incelenmiştir. İkinci bölümün sonunda, Ülkemizde hastane halkla ilişkilerinde kullanılan yeni iletişim teknolojilerine dayalı uygulamalar olan MHRS, e-nabız, hastane web

sayfaları, mobil uygulamalar, hastane navigasyon uygulamaları ve SMS konuları hakkında bilgi verilmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde birinci ve ikinci bölümdeki teorik bilgilerin ışığında ve yapılan diğer araştırmalardaki ölçekler incelenerek yeni bir ölçek oluşturulmuştur. Ankette Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yürütülen hastane halkla ilişkileri bağlamında yeni iletişim teknolojilerine hastaların bakışını tespit etmek amaçlanmıştır. Araştırmanın evreni, nüfusu 2021 yılı itibariyle 2.277.017 kişi olan, Konya ilinde yaşayan, kamu veya özel sağlık kuruluşlarına hasta olarak müracaat eden kişilerdir. Anket çalışması 22 Aralık – 30 Aralık 2022 tarihleri arasında Konya ilinin üç merkez ilçesi olan Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yapılmıştır. 0,05 örnekleme hatası, p=0,5 (gerçekleşme olasılığı) q=0,5 (gerçekleşmeme olasılığı) ile belirtilen örneklem sayısı en az 357 olmalıdır. Ankete katılanların kadın-erkek oranlarının eşit veya yakın olabilmelerine de dikkat edilerek toplamda 555 katılımcıya yüz yüze anket uygulanmıştır. Anketler ayıklandıktan sonra 520 geçerli anket değerlendirmeye uygun bulunarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve bulgular analiz edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM
HASTANELERDE HALKLA İLİŞKİLER

1.1. Hastaneler

Hastaneler, sağlık sisteminin sağlık sisteminin en önemli alt bileşenlerin biridir ve sağlıklı toplumların sürdürülebilirliği için hayati bir role sahiptir. Sağlık hizmetleri açısından büyük bir öneme sahip olan hastaneler, toplumların sağlığını korumak amacıyla faaliyet gösteren kuruluşlardır. Hastaneler, yönetim ve işleyiş açısından karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, hastanelerin olumlu bir imaja sahip olması, bu imajı sürdürebilmesi ve sunduğu hizmetin kalitesini tamamlayacak nitelikleri taşıması son derece önemlidir. Hastaneler, etkili yönetim, uzman personel, modern tıbbi ekipmanlar ve hastalarla empati kurma becerisi gibi faktörlerle güvenilirliklerini sağlamalıdır. Aynı zamanda sürekli gelişme ve yeniliklere açık olmalı, teknolojik ilerlemeleri takip ederek en iyi sağlık hizmetini sunabilmelidirler.

1.1.1. Hastanelerin Tanımı

Hastaneler, en genel anlamı ile uzmanlaşmış sağlık bilimi, sağlık personeli ve tıbbi ekipmanlar kullanarak hastaların tedavisini sağlayan kurumlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2022 yılında yapılan bir tanıma göre, hastaneler bireylere teşhis, tedavi, gözlem ve iyileştirme amaçlı kısa veya uzun süreli sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2022). Bu tanım, hastanelerin sağlık sistemindeki önemini ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasındaki rolünü vurgulamaktadır. Hastaneler genellikle acil durum hizmetleri, ameliyatlar, yatan hasta bakımı, doğum hizmetleri, teşhis ve tedavi gibi birçok farklı sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 4. maddesine göre, hastaneler hastalıklarından şüphe eden, sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyen veya tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri almak isteyen hastaların ayaktan veya yatarak tedavi edilebildiği kurumlardır. Aynı zamanda hastaneler doğumların gerçekleştirildiği kurumlar olarak da tanımlanmaktadır (YTKİY, 2016). Bu tanımların ortak vurgusu, hastanelerin toplumsal sağlığın korunması ve sürdürülmesine hizmet eden kurumlar olarak kabul edilmesidir. Bu bağlamda hastaneler, toplumun sağlığına yönelik hizmet sunarak, insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için önemli bir rol oynamaktadır.

Dinamik bir çevrede faaliyet gösteren hastaneler, aldıkları girdileri belirli süreçler sonucu çıktı olarak tekrar çevreye sunan sistemlerdir. Sistem yaklaşımı çerçevesinde hastaneler; finansal kaynaklar, malzemeler, insan gücü ve hastalar gibi girdileri kullanarak, araştırma ve geliştirme faaliyetleri, eğitim

faaliyetleri ve hastaların tedavisi gibi çıktıları üretmektedirler (Şentürk vd., 2020).

Hastaneler hastalıkları teşhis, tedavi ve iyileştirme faaliyetlerinin yanında sağlık hizmetleri profesyonellerinin eğitimi ve oryantasyonu için bir merkez işlevi de üstlenmişlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Hem bir eğitim kurumu hem de sağlık hizmetleri veren hastanelerin faaliyet gösterdikleri alanın sınırlarını çizmek oldukça zordur. Diğer hizmet birimlerinden farklı olarak uzmanlaşma ve aşırı iş bölümü gerektiren hastanelerde, işlerin çeşitliliği ve birbiriyle koordine edilme zorunluluğu nedeniyle profesyonel yönetim gerekmektedir (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002). Bunun yanında sağlık personelinin teknik becerilerinin değerlendirilmesi de oldukça zordur. Çünkü hizmeti alan hastaların teknik bilgileri değerlendirme becerileri kısıtlıdır. Örneğin bir hastanın açık kalp ameliyatının kalitesini değerlendirmesi kısa vadede mümkün değildir. Bu sebeple hastalar, teknik özelliklerden ziyade diğer özelliklere göre değerlendirme yapacaklardır (Rahman vd., 2007).

1.1.2. Hastanelerin Özellikleri

Hastaneler, sağlık hizmetini pek çok farklı meslek grubunun bir arada çalışmasıyla gerçekleştiren karmaşık organizasyonlardır. Bu organizasyonların birçok özelliği mevcut olup şu şekilde sıralanabilir:

1.1.2.1. Hastaneler Bir Hizmet Kuruşudur

Hastaneler, kamu veya özel kişiler tarafından kurulan, hastalıkların tanı ve tedavi edilmesi işlevlerini üstlenen, sunduğu hizmetler arasında tıbbi rehabilitasyon hizmetleri de bulunan, birey ve kamu sağlığının korunması ve sürdürülmesi amacı taşıyan sağlık kuruluşlarıdır (Okursoy ve Özdemir, 2013).

İşletmeler, temel olarak hizmet işletmeleri (hastane, okul, vb.) ve üretim işletmeleri (fabrikalar, imalathaneler, vb.) olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır (Kartal ve Yeşilyurt, 2017). Hizmet işletmeleri, hizmet sunarak müşteri ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanırken, üretim işletmeleri ise mal üretimi ve dağıtımıyla ilgilenir. İşletmelerin faaliyet alanları ve iş süreçlerine göre yapılan bu sınıflandırmaya göre hastaneler hizmet kurumlarıdır.

Hastanelerin ortaya koyduğu çıktı, genel olarak, hizmet olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmeti veren hastanelerin işletme statüsünde olup olmadığı konusundaki tartışmalar olsa da kamu malı olan kamu hastaneleri açısından sağlığın sosyal boyutu daha fazla ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin yerine ikame edilebilecek başka bir hizmet alternatifi de yoktur. Sağlık hizmetleri sosyo-ekonomik açıdan pozitif dışsallığa sahip hizmetlerdir (Çakmak vd., 2009). Bununla birlikte, hastaneler ve diğer organizasyonların sürdürülebilirliği, temelde sunduğu hizmetin insanlara faydalı olmaya devam etmesine bağlıdır. Hastanelerin varoluş sebebi, insanlara sağlık hizmeti sunmak ve hastaların tedavi görmelerini sağlamaktır.

Hastane gibi hizmet kurumlarında, çıktıların somut ve sayılabilir bir şekilde ölçülmesi, hizmet girdi ve çıktılarının tanımlanması konusunda zorluklar vardır. Bu zorluğun nedeni, hizmetin soyut bir ürün olması ve somut ölçüler ve belirli standartlarla değerlendirilmesinin zor olmasıdır. Ayrıca, bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik durumunu ifade etmek için kullanılan sağlık kavramı da sübjektif ve somut ölçülerle değerlendirilmesi güç bir kavramdır (Çakmak vd., 2009).

1.1.2.2. Hastaneler Açık Dinamik Sistemlerdir

Hastaneler aynı zamanda açık ve dinamik sistemler olarak çevreleriyle sürekli olarak etkileşim içerisindedirler. Çevrelerinden aldıkları çok sayıda girdiyi sürecin sonunda tekrar çevrelerine vermekte ve çevrelerini etkiledikleri gibi çevrelerinden etkilenen sağlık sisteminin en önemli alt sistemleridirler (Okursoy ve Özdemir, 2013). Hastaneler, çeşitli girdileri alarak çıktıları üreten kompleks sistemlerdir. Hastanenin girdileri, iş gücü, hastalar, malzemeler, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Bu girdiler, hastane içinde çeşitli süreçlerden geçerek çıktılara dönüşür. Hastane çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavi edilmesi, toplum sağlığının yükseltilmesine katkıda bulunmak, eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmek, klinik eğitimler gibi hedeflere yöneliktir (Ağırbaş, 2016).

1.1.2.3. Hastaneler Matriks Yapıda Organizasyonlardır

Hastanelerde, sağlık personeli, tıbbi tedavi süreçlerinin yürütülmesi açısından hekimlere karşı sorumluluğa ek olarak, teknik ve mesleki konularda da fonksiyonel yöneticilere karşı sorumluluk taşımaktadır. Bu süreçte, yardımcı sağlık personeli, hastanın tedavi planı hakkında ilgili hekimden talimat alarak proje yöneticisi olarak hareket ederken, günlük çalışmalar, mesai düzenlemeleri ve benzer konularda ise fonksiyonel yöneticilerine bağlı olarak çalışmaktadır. Bir personelin proje ve fonksiyon açılarından iki farklı yöneticiye hesap vermesi, hastane yönetiminde matriks bir yapıyı ortaya çıkarmaktadır (Pozantı, 2019).

Hastanelerdeki ikili otorite yapıları, koordinasyon, denetim ve çatışma sorunlarına sebep olmaktadır. Sağlık kurumlarında yüksek düzeyde meslekleşme, profesyonellerin önemli bir özerkliğe sahip olmasına yol açmaktadır. Profesyonellerin sahip olduğu mesleki bilgi ve deneyim kaynaklı otoriteleri, genellikle yönetsel otorite hiyerarşisiyle uyumsuzluk potansiyeli taşımaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Hastanelerin yönetimin ikili matriks yapısı, sağlık çalışanları idari ve tıbbi hiyerarşi arasında kalan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli arasında rol çatışması/belirsizliği problemine yol açmakta, proje yöneticileri, fonksiyonel yöneticiler ve bağlı personel arasında çatışmalar çıkmasına sebep olmaktadır (Rizzo vd., 1970).

1.1.2.4. Hastaneler Karmaşık Yapıdaki Organizasyonlardır

20. yüzyılda tıp ve teknoloji alanlarında kaydedilen önemli ilerlemeler, tıbbi uzmanlaşmanın artmasına ve yeni mesleklerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastanelerdeki etkisi hem personel sayısının hem de hizmet birimlerinin sayısının hızla artması şeklinde kendini göstermektedir.

Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen işlerin karmaşıklığı ve değişkenliği, çok sayıda amaç ve bunun sonucunda artan pozisyonlar, departmanlar ve yönetim kademeleriyle ilişkilidir. Bu nedenle, sunulan hizmetlerin çeşitliliği arttıkça, karmaşıklık düzeyi ve karmaşıklığın doğurduğu sorunlar da artmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Hastanelerin karmaşık yapısının temel nedenlerinden biri, varlıklarını sürdürdükleri çevrenin sınırlarını çizmenin zorluğudur. Ayrıca, diğer hizmet işletmelerine kıyasla hastanelerde uzmanlaşma ve ayrıntılı bir iş bölümü bulunmaktadır. Bu durum, yapılacak iş sayısının artmasıyla birlikte koordinasyon sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Okursoy ve Özdemir, 2013). Hastaneler gibi tıp bilimi ve teknolojisine dayalı aşırı uzmanlaşmanın ve iş bölümünün yoğun olduğu alanlarda, farklı bölümlerin birbirlerinin mesleki terimlerini bilmedikleri ve anlayamadıkları durumlar sıklıkla karşılaşılan çatışmalara neden olmaktadır (Akca ve Erigüç, 2006).

Hastanelerdeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de hastanelerde sunulan hizmetler, hastaların tıbbi ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş olmasıdır. Hastaların ihtiyaçları farklılık gösterdiğinden, sağlık kurumları bu farklılıkları dikkate alarak çeşitlilik gösteren hizmetler sunmak zorundadır. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler aşırı uzmanlaşma gerektiren ve birbiriyle işlevsel olarak bağımlı olan hizmetlerdir. Ayrıca bu hizmetler karmaşık ve değişkendir ve hata veya belirsizliklere karşı duyarlıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

1.1.2.5. Hastaneler 7/24 Hizmet Veren İşletmelerdir

Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. Bu kurumlarda 24 saat kesintisiz hizmet sunulmaktadır. Sağlık durumu bozulan veya sağlık durumundan kuşkulanarak sağlık hizmeti almak isteyen kişiler her an başvuruda bulunabilirler. Tedavi amacıyla hastanelere başvuran insanların tedavisinin reddedilmesi, hukuken ve tıbbi etik açısından mümkün değildir. Tıbbi hizmetlerin depolanma imkânı da olmadığından her hasta için yeniden üretilmesi gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Dolayısıyla yoğun bakım üniteleri, acil servisler ve yatan hasta servislerinde hastaların gözetim altında bulunması gerektiği için hastaneler 7/24 verilen hizmetlerin devam edebilmesi için vardiya veya nöbet sistemiyle çalışması gereken kurumlardır. Çalışma saatlerinin düzenlenmesiyle ilgili, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 37. Maddesinde; Yataklı tedavi kurumların-

da hizmetler, günün 24 saati boyunca aralıksız olarak devam eder. Normal çalışma saatleri dışındaki faaliyetler, acil vakaların muayenesi ve tedavisi, acil ameliyat ve müdahalelerin gerçekleştirilmesi ve yatmakta olan hastaların bakımlarının devam etmesini kapsar denilmektedir (YTKİY, 1983).

1.1.3. Hastanelerin İşlevleri

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre, hastane amaçları, modern çağın gelişmelerine uygun, hızlı, disiplinli ve yüksek kaliteli bir hastane işletmeciliği gerçekleştirmektir. Hastanelerin genel işlevleri; hastaların tedavi ve bakım hizmetleri, hastane ihtiyaçlarının karşılanması, hastane finansmanının sağlanması, hastane hizmetlerinin pazarlanması ve hastane yönetiminin yürütülmesi gibi temel fonksiyonları yerine getirmektir (YTKİY, 2016).

Hastanelerin işlevleri, tıbbi işlevler, eğitim işlevleri, araştırma ve geliştirme işlevleri ve koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri olarak dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlara ek olarak hastanelerin idari, mali ve teknik işlevlerinden de söz edilmektedir.

1.1.3.1. Tıbbi işlevler

Sağlık hizmetlerinde önemli bir bölümü tedavi ve bakım sürecini kapsayan çeşitli tıbbi faaliyetlerden oluşmaktadır. Bu faaliyetler arasında tıbbi gözlem, tetkik, teşhis, iç ve cerrahi tedavi, rehabilitasyon ve doğum hizmetleri gibi çeşitli tedavi hizmetlerinin üretimi ve ihtiyaç sahiplerine sunulması yer almaktadır. Bu hizmetler, hastaların sağlığını koruma, iyileştirme veya geri kazanma amacıyla gereken tıbbi müdahaleleri içermektedir. Tıbbi işlevlerin önemi, toplumun sağlık durumunun geliştirilmesi ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması açısından büyük bir öneme sahiptir (Yükcü ve Yüksel, 2015).

Ruh sağlığı veya fiziksel rahatsızlıkları nedeniyle yaşam kalitesi düşen bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için yapılandırıcı ve rehabilite edici tedavilerin uygulandığı rehabilitasyona hizmetlerini kapsamaktadır (Atlı ve Yücel, 2018).

1.1.3.2. Eğitim İşlevleri

Hastaneler, aynı zamanda eğitim hizmetlerinin yürütüldüğü kurumlardır. Tıp fakülteleri hastaneleri ve diğer eğitim ve araştırma hastanelerinde tıpta uzmanlık eğitimi verilerek uzman doktorlar yetiştirilmektedir. Bunun yanında hastanelerde öğrencilerin, hemşirelerin ve diğer yardımcı sağlık personelinin hizmet içinde uygulamalı eğitimleri, yeni göreve başlayan personelin görev başında adaptasyon eğitimleri verilen eğitim hizmetlerinden bazılarıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015). Hastanelerin verdiği eğitim hizmetlerinden biri de hastaların, hasta yakınlarının ve daha geniş anlamda bütün toplumun sağlık konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi, koruyucu sağlık hizmeti sunmasıdır.

Tıp ve diş hekimliği alanlarında uzmanlık eğitimleri, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, 1219 sayılı kanun ve Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (TDHUEY) hükümleri kapsamında gerçekleştirilmektedir. Uzmanlık eğitimleri, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile üniversitelerin tıp fakültelerinde yapılmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimine başvuran adayların seçme işlemleri, Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı (ÖSYM) tarafından düzenlenen Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile yürütülmektedir. Diş hekimliği uzmanlık eğitimine başvuran adayların seçme işlemleri ise Diş Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (DUS) ile yapılmaktadır (TDHUEY, 2022).

Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal sağlık kurumları aynı zamanda öğretim, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü uzmanlık ve yan dal uzmanlıklarının verildiği kurumlar olarak işlev görmektedir. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre üniversite hastaneleri araştırma ve geliştirme merkezi olarak kurulur ve teşkilatlandırılır. Ancak üniversite hastanelerinde, üniversitelerin kendi çalışma yönetmeliği olması sebebiyle tek tip bir organizasyon yapısı yoktur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

1.1.3.3. Araştırma ve Geliştirme İşlevleri

Hastanelerin bir diğer önemli fonksiyonu, sağlık hizmetleriyle ilgili eğitim ve araştırma faaliyetlerini gerçekleştirmek ve bunun için gerekli tüm imkânları ve ortamları sağlamaktır (Özdemir M., 2001). Bu faaliyetler, tıp ve sağlık bilimlerinde yeni bilgi ve bulguların elde edilmesini, mevcut tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını kapsar.

Ülkemizde eğitim ve araştırma hastaneleri ile birlikte üniversite hastaneleri, tıbbi eğitim ve araştırmanın merkezlerdir (Demir ve Arslan, 2017). Üniversite hastaneleri başta olmak üzere hastanelerde, Tıp, sağlık bilimleri, biyomedikal ve klinik araştırmalar gibi alanlarda bilimsel çalışmalar gerçekleştirilir. Bu çalışmalar, hastalıkların nedenlerini, önleme yöntemlerini, tedavi seçeneklerini ve hasta sonuçlarını anlamak için yapılan çalışmalardır.

Hastaneler, hastalıkların bireysel ve toplumsal sonuçlarını takip etmek ve analiz etmek suretiyle elde ettikleri verileri paylaşarak sağlık politikalarının oluşturulmasına ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunurlar. Bu veriler, sağlık trendlerini belirlemek, risk faktörlerini tespit etmek ve hastalıkların yaygınlığını izlemek için önemli bir kaynak sağlar. Ayrıca elde edilen bulgular bilimsel dergilerde yayınlanarak bu bilgilerin yayılmasına katkıda bulunulur. Diğer akademik kurumlar ve araştırma merkezleri ile iş birliği yapan hastaneler bilgi ve deneyim paylaşımı, ortak projeler ve multidisipliner çalışmalar yoluyla sağlık alanında ilerlemeye katkı sağlarlar.

1.1.3.4. Koruyucu ve Rehabilite edici Sağlık Hizmeti İşlevleri

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri olarak da adlandırılır ve hastalıkların oluşmasını engellemeyi amaçlar. Bu hiz-

metler, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, hijyen, rehabilitasyon konularında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, topluma biyo-psiko-sosyal açıdan sağlık bilgisi verilmesi gibi tedaviden önce önleyici tedbirlerin alınması yoluyla gerçekleştirilir. Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri bir bütündür ve biyo-psiko-sosyal sağlık açısından hem önleyici hem de tedavi edici bir yaklaşımı kapsar (Basan ve Bilir, 2016).

Ana kuruluş nedeni tıbbi hizmet sunmak olan hastanelerde, diğer işler destek faaliyetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Hastaneler yaralı ve hasta olanları tedavi etmenin dışında koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Gebe, bebek ve çocuk bakımı ve aşıları, uyuşturucu, alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıkları bıraktırma, beslenme bozukluklarını önleme gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bununla birlikte hastanelerin tüm fonksiyonları birbirini tamamlar nitelikte olduğu için, canlı bir varlığın organları gibi birbirinden ayrılmaz bir bütündür (Kavuncubaşı, 2013).

Hastanelerin genel sağlık tarama hizmetleri, diş hekimlerinin ağız ve diş sağlığı kontrolleri, aşı uygulamaları gibi hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri olarak kabul edilmektedir. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından "Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)" yapılan gereksiz ilaç kullanımını engelleme ve antibiyotik ilaçlarının kullanımı konusunda hastaların bilinçlendirilmesini hedefleyen kampanyalar bu fonksiyon kapsamında yer almaktadır. Yine hastanelerde bulunan sağlıklı çocuk birimlerinin sağladığı kontrol ve aşılama hizmetleri, dengeli beslenme, hamilelik ve bebek bakımı eğitimleri gibi programlar, koruyucu sağlık hizmetlerindendir (TİTCK, 2023). Sağlık Bakanlığı, toplumsal fayda gözeterek bireylerin bilinçlenmesi ve farkındalık kazanması amacıyla "Sigarayı Bırak Hayatı Bırakma", "Hadi Harekete Geç" ve "Akılcı Antibiyotik Kullanımı" gibi kamu spotları yayınlamaktadır (Fidan ve Yetiş, 2018). Kitle iletişim araçları üzerinden yayınlanarak geniş bir kitleye ulaşmayı hedefleyen bu spotlar da koruyucu sağlık faaliyetleri kapsamında değerlendirilebilir.

Bu işlevlere ek olarak hastanelerin iç işleyişi ve hizmetlerin yürütülebilmesi için, teknik, mali ve idari işlevler de söz konusudur.

1.1.3.5. Teknik İşlevler

Hastaneler, birçok fonksiyonu içinde barındırmaktadır. Bu fonksiyonların etkili ve tam anlamıyla yerine getirilebilmesi için, teknik ve destek hizmet birimlerinin mekansal büyüklükleri ve mekân organizasyonları doğru bir şekilde düzenlenmelidir. Örneğin, temizlenmemiş bir çarşafın hastaya enfeksiyon bulaştırabileceği veya uygun koşullar sağlanmamış bir mutfakta hazırlanan yemeğin hastalar için hayati tehdit oluşturabileceği, yanlış tasarlanmış bir iklimlendirmenin hastane içinde hastalık taşıyıcı özellik gösterebileceği, düzensiz aydınlatmanın ameliyat performansını etkileyebileceği, gaz sisteminde meydana gelebilecek bir arızanın hastanın oksijen ihtiyacını karşılayamayacağı veya

otomasyonda meydana gelebilecek bir kesintinin hastanenin tam işleyişini durdurabileceği gerçeği dikkate alındığında, her saniyenin hastaların hayatı için ne kadar önemli olduğu daha iyi anlaşılmaktadır. Bu nedenle, teknik ve destek hizmet birimlerinin hastane içindeki rolü büyük bir öneme sahiptir (Şahin Y. D., 2019).

Sağlık hizmetlerinin eksiksiz sunulması için; hastane bina, bahçe ve demirbaşlarının bakım ve onarımı, hizmet sunumu için kullanılan teknik ekipmanın bakım ve onarımı, yiyecek-içecek hizmetleri, çamaşırhane, berber, terzilik hizmetleri, santral ve arşiv hizmetleri teknik hizmetler kapsamında değerlendirilmektedir (Yükcü ve Yüksel, 2015).

1.1.3.6. Mali İşlevler

Mali işlevler; hastanelerin personel, tıbbi makine ve donanım, ilaç, tıbbi sarf malzemesi, kırtasiye, hijyen, yiyecek ve içecek gibi harcamaların yönetimini içermektedir. Kurumun gelir-gider dengesini sağlamak ve varlığını sürdürebilmesi için finansal politikaların belirlenmesi, mali planların hazırlanması ve bütçenin yönetilmesi gibi çalışmalar hayati öneme sahiptir. Hastanelerin finansal olarak güçlü olmaları, finansal krizlerle karşılaşmamaları için artık zorunlu hale gelmiştir. Yürütülen bazı araştırma sonuçları, hastanelerin acil ihtiyacı olan bilimsel finans yönetimi ve maliyet analizi tekniklerine çok iyi vakıf olan finans yöneticilerinin görevlendirilmesi veya hizmet içi eğitimler düzenleyerek bu görevlilerin desteklenmesi ve donanımlarının artırılması gerektiğini vurgulamaktadır (Özgülbaş ve Koyuncugil, 2008).

1.1.3.7. İdari İşlevler

Hastanelerde hizmet sunumu organizasyon ve yönetim faaliyetlerini içermektedir. Bu işlev aynı zamanda tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinde görevli hemşirelerin, teknik personelin ve diğer hizmet personellerinin hastane hizmetlerinin gerekli şekilde sunulması amacıyla yönlendirilmesi, yönetilmesi ve kontrolünü kapsamaktadır. Hastanelerde eşzamanlı üretim ve tüketim gerçekleştirildiği için personelin uyumlu ve verimli çalışması büyük önem taşımaktadır (Karahan ve Özgür, 2016).

Hastane birimleri arasındaki sınırların kesin hatlarla belirlenmesi oldukça güçtür; çünkü, hastanedeki birimler arasındaki işlevsel bağımlılığın yüksek olduğu göz önüne alınarak farklı meslek gruplarının oryantasyonu sağlayabilmek için yüksek düzeyli eşgüdüm gereklidir (Çakmak vd., 2009).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması için sağlık kuruluşlarının yönetimi, sistem yaklaşımı bakış açısıyla ele alınmalıdır. Bu, sağlık kuruluşundaki tıbbi ve idari kadrodaki tüm çalışanların işbirliği ve uyum içinde çalışmalarını gerektirir. Sağlık kuruluşunda çalışan hekimler, hemşireler ve diğer personel arasında etkili iletişim ve koordinasyon sağlanmalıdır. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinin kalitesi yükseltilebilir ve hastaların memnuniyeti artırılabilir. İşbir-

liği ve uyum, sağlık kuruluşunun başarısı için temel bir prensip olarak kabul edilmelidir (Çınaroğlu ve Avcı, 2013).

Hastanenin planlama, organizasyon, koordinasyon, yürütme ve kontrol gibi yönetim fonksiyonları, girdilerin çıktılara dönüşmesini sağlayan süreçleri yönetir. Bu fonksiyonlar, hastanenin etkin bir şekilde işleyebilmesi için gereklidir. Planlama, hastanenin hedeflerini belirlemek ve kaynaklarını yönetmek amacıyla yapılır. Organizasyon, hastanedeki işlerin düzenlenmesi, rollerin belirlenmesi ve kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını içerir. Koordinasyon, farklı departmanlar arasında iletişimi ve işbirliğini sağlamak için gerçekleştirilir. Yürütme, planların uygulanması ve iş süreçlerinin yürütülmesiyle ilgilidir. Kontrol ise, hedeflere ulaşma ve performansın izlenmesi için yapılan denetim ve düzeltme faaliyetlerini içerir. Bu süreçlerin birlikte çalışması, hastanelerin etkin ve verimli bir şekilde hizmet sunmasını sağlar. Hastane yönetimi, girdilerin uygun şekilde kullanılmasını, süreçlerin etkin bir şekilde yönetilmesini ve çıktıların belirlenen hedeflere uygun olarak gerçekleşmesini sağlamak amacıyla önemlidir.

1.1.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastanelerin sınıflandırılması büyüklüklerine göre (yatak sayısı), ait oldukları kuruma ya da mülkiyet biçimine göre, hastaların hastanede kalış sürelerine göre, hizmet basamaklarına göre, eğitim durumuna göre akreditasyon durumuna göre ve kurulduğu yerleşim yerinin büyüklüğüne göre yapılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

1.1.4.1. Verilen hizmet türüne göre Hastanelerin sınıflandırılması

Hastaneler, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki farklı kategoriye ayrılmaktadır. Genel hastaneler, vaka ve cinsiyet ayrımı yapmaksızın çeşitli uzmanlık dallarına hizmet sunan ve hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Çocuk hastaneleri ve doğum evleri gibi belirli bir alana hizmet veren hastaneler, genel hastane kategorisine dahil edilmemektedir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

T.C. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY, 2016), 5. maddesinde, sağlık kurumları işlevlerine göre beş grupta sınıflandırılmıştır:

İlçe / Belde Hastanesi: Sorumlu doktorlar tarafından hasta kabul edilip tedavi edilen, ileri acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunan sağlık kurumlarıdır. Bu hastaneler, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaları stabilize ederek daha büyük ilgili hastanelere sevk ederler.

Gün Hastanesi: Birden fazla branşta günübirlik olarak ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri sunan hastanelerdir. En az 5 gözlem yatağı bulunan ve 24 saat sağlık hizmeti sunabilen veya bu hizmetleri sunan bir hastane ile bağlantılı olarak faaliyet gösteren sağlık kurumlarıdır.

Genel Hastaneler: Yaş veya cinsiyet farkı gözetmeksizin her tip vaka ile ilgilenen ve ayaktan veya yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı, en az 50 yatağa sahip hastanelerdir.

Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir hastalığa yakalanmış bireylerin, belirli bir organ veya organ grubu hastalığına sahip olanların veya belirli bir yaş ve cinsiyet grubundaki hastaların müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunan hastanelerdir.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yapan uzman, yan dal ve ileri dal uzman olarak öğrenci yetiştirmek üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle yetkilendirilmiş, genel ve özel dal hastaneleridir.

1.1.4.2. Mülkiyet tiplerine göre hastanelerin sınıflandırılması

Bu sınıflamada, hastanenin mülkiyetine sahip kuruluşlar aynı zamanda hastaneyi yönetme yetkisine de sahip olduğu için, hastanenin finansal kaynaklarını hangi kurum ve kuruluşların sağladığı dikkate alınmaktadır. Ülkemizde hastaneler Sağlık Bakanlığına, Sosyal Güvenlik Kurumuna, tıp fakültelerine, belediyelere, özel sektöre yabancılara, azınlıklara ve derneklere ait hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin en büyük sağlayıcısı Sağlık Bakanlığıdır. Önceden, Milli Eğitim, Ulaştırma ve Savunma gibi bakanlıklara ait hastanelerle birlikte, bazı kamu kurumları ve belediyeler tarafından verilen sağlık hizmetleri de Sağlık Bakanlığına devredilmiştir (Tengilimoğlu vd., 2009).

Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre özel hastaneler; devlete, il özel idarelerine, belediyelere, üniversitelere ve diğer kamu tüzel kişiliklerine ait hastaneler hariç olmak üzere, gerçek kişilere ve özel hukuk tüzel kişiliklerine ait hastaneler olarak nitelendirilmektedir (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2019). Özel hastaneler, sağlık harcamalarını kendi ekonomik kaynaklarıyla karşılayan ve şahıslar, azınlıklar veya yabancılar tarafından kâr amacıyla kurulan ve yönetilen sağlık kuruluşlarıdır. Özel hastane işletmelerinde örgütlenme, hastanenin ticari kuruluşu açısından Özel Hastaneler Kanunu, Özel Hastaneler Yönetmeliği ve Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 istatistik yıllığına göre Türkiye'de hâlihazırda 566 özel hastane işletmesi bulunmaktadır (SBSGM, 2020). Özel hastaneler toplam hastane sayısının %36'sını oluşturmaktadır. Bu göstergeler özel hastanelerin çok yüksek bir pazar payına sahip olduğunun kanıtıdır.

Mülkiyetlerine göre hastanelerden bahsederken, Şehir Hastaneleri konusuna da değinmek gerekmektedir. Ülkemizin son yıllarda tanıştığı bir kavram olan şehir hastaneleri kamu ve özel sektörün birlikte yer aldığı bir uygulamadır.

Son yıllarda Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı kapsamında, şehir hastaneleri hızlı bir şekilde inşa edilmeye başlanmıştır ve birçok şehir hastanesi-

nin yapımı ve projesi hala devam etmektedir. Şehir hastaneleri, kamu ve özel sektör iş birliğiyle kurulan kurumsal düzenlemelerdir (Sözer, 2014). Kamu özel işbirliği (KÖİ), kamu hizmetlerinin yürütülmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarını eşitlik ve birlikte yönetim ilkesiyle bir araya getirerek; kamu işletmeciliği anlayışını ortaya koyan, mal ve hizmet üretimlerinde maliyet, risk ve faydanın taraflarca paylaşıldığı yeni bir yönetim anlayışıdır (Kerman ve Altan, 2012). Şehir hastaneleri ya da sağlık kampüsleri bu anlayışın bir ürünüdür. Bu uygulamayla, kamu hizmetlerinin finansmanında ve yürütülmesinde etkinlik ve verimliliği sağlamak için kamu özel ortaklığını sağlamak amaçlanmıştır (Organ ve Tekin, 2017).

Yap-kirala-devret modeli şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinde kullanılmaktadır. Bu modelde sözleşme yapılan özel sektör şirketi tesisi inşa ederek, donanımlarını sağlar, kamu özel sektöre her yıl kira ödemesi yapar, özel sektör sözleşme süresince görev alanına giren birimleri işletir, sözleşme sonunda da tesisi kamuya devreder (S.B.B, 2018).

Finansal açıdan tartışılan bu model ABD, İngiltere, İrlanda, Portekiz ve İspanya gibi ülkelerde bir süreden beri kullanılmaktadır (Cerrahoğlu, 2016) Ülkemizde şu anda 20 Şehir hastanesi bulunmaktadır, 14 Şehir hastanesinin de inşaatı devam etmektedir. (A.A., 2022)

1.1.4.3. Hastaların hastanede kalış sürelerine göre yapılan sınıflandırma

Bu sınıflandırmada esas alınan kriter, hastaların sağlık kuruluşlarında tedavi amacıyla kalış sürelerinin 30 günden az veya çok olmasıdır. Bir sağlık kurumunda kalan hastalarının yarısı, o hastanede 30 günden fazla kalıyor ise bu hastanelere uzun süreli hastaneler denilmektedir. Psikiyatri ve verem hastanelerinin örnek olarak verilebileceği bu hastanelere "kronik bakım hastaneleri" de denilmektedir (Seçim, 1991), (Folland vd., 2016). Kısa süreli hastaneler sınıflamasına, ortalama kalış süresi otuz günden az olan genel veya özel branş hastaneleri girmektedir. Bu sınıflamaya göre ülkemizdeki devlet hastaneleri akut bakım hastaneleridir.

1.1.4.4. Büyüklüklerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Diğer bir sınıflandırma da, hastanelerin büyüklüklerine göre yapılan sınıflandırılmalardır. Kadro ve personel sayısı, finansman türü, malzeme ve tedarik sistemi hastanelerin büyüklüklerine göre sınıflandırılmasında bir ölçü olarak kullanılmaktadır. Yatak sayılarına göre yapılan sınıflandırmalar 50, 100, 200, 400, 800 yataklı hastaneler şeklinde yapılmaktadır. Hastanelerin büyüklüğünün artması ek bina ve hizmet birimi ihtiyacına neden olmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

1.1.4.5. Hizmet basamaklarına göre hastanelerin sınıflandırılması

Hastanelerin sınıflandırılmasında kullanılan bir yaklaşım, dikey entegrasyona dayalıdır. Bu yaklaşıma göre hastaneler, sundukları sağlık hizmetlerinin kapsamına ve karmaşıklığına bağlı olarak birinci, ikinci veya üçüncü basamak

olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma, hizmet basamaklarına göre yapılan bir hastane sınıflandırmasıdır (SHGM, 2023). Basamaklar, vakalara göre bir hiyerarşi oluşturarak belirlenmektedir. Birinci basamak hastaneler, basit hastalıkların kısa süreli olarak tedavi edildiği ve ileri teknolojik donanım gerektirmeyen hastanelerdir. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlama merkezleri, sağlık ocakları ve verem savaş dispanserleri, bu grupta yer alır. İkinci basamak hastaneler, il merkezlerinde bulunan ve birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkların tedavi edildiği, devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri gibi hastanelerdir. Üçüncü kademe hastaneler özel dal veya eğitim hastanelerinin bulunduğu gruptur. Spesifik bir yaş grubuna, cinsiyete veya spesifik bir hastalığa yönelik hizmet veren hastaneler üçüncü basamak hastanelere örnek olarak kabul edilebilir. Eğitim ve araştırma hastaneleri ve Üniversite hastaneleri bu grupta yer almaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

1.1.4.6. Eğitim Durumuna Göre Hastanelerin sınıflandırılması

Hastaneler, eğitim verenler ve vermeyenler şeklinde iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Eğitim hastaneleri ise, uzmanlık ve ileri düzeydeki dallarda öğretim, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü, genel ve özel dal hastaneleri olarak tanımlanmaktadır. Eğitim hastaneleri Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile alınan uzman adaylarına uzmanlık eğitim verme yetki ve yeterliliğine sahip hastanelerdir. Ülkemizdeki eğitim hastaneleri iki gruba ayrılmaktadır. Birincisi Sağlık Bakanlığına bağlı A-I Grubu hastaneler olan şehir hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleridir. İkinci grup ise üniversitelerin tıp fakültesi hastaneleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015). Bu iki grup dışında kalan hastaneler ilgili yasa ve yönetmelikler gereği, yardımcı sağlık personellerinin staj eğitimleri dışında tıpta uzmanlık eğitimi verememektedirler (TDHUEY, 2022).

1.1.4.7. Akreditasyon durumuna Göre Hastanelerin sınıflandırılması

Akreditasyon, bir sağlık işletmesinin belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygun olup olmadığının genel kabul görmüş tüzel bir kişilikçe değerlendirilmesi ve onaylanmasını ifade eden resmi süreçtir. Bu süreçte kurum, belirli kalite kriterlerine uyması gerektiğinden, kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme stratejileri uygulamaktadır. Akreditasyonun amacı, sağlık hizmeti sunan kurumların kalitesini artırmak, hizmet kalitesinde tutarlılığı sağlamak, hasta güvenliğini korumak ve hizmet sunumundaki riskleri azaltmaktır. Bu süreç, sağlık bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik kullanılan ISO (Uluslararası Standardizasyon Örgütü), EFQM (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı) gibi dış değerlendirme yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. (Kavak, 2018)

Ülkemizde "Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı" (TUSEB) 2014 yılında 6569 sayılı kanun ile kurulmuştur. Kamu tüzel kişiliğine, bilimsel ve idari özerkliğe sahip, özel bütçeli bir kuruluş olarak kurulan TUSEB'e bağlı olarak da Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulmuştur.

Ulusal akreditasyon programı, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına ve uluslararası alanda sağlık hizmetlerinin prestij kazanmasına olumlu katkılar sağlayacaktır. Sağlık turizmi konusunda hizmet veren ülkemizdeki sağlık kuruluşlarının pazarlama ve tanıtım çalışmalarında akreditasyon belgesine sahip olması, kendilerine büyük yararlar sağlayacaktır. Akreditasyon belgesi yabancı ülke sağlık sigortası şirketleri ve Türkiye'ye gelerek tedavi olmak isteyen hastalar için güven sağlayıcı bir unsur ve tercih nedeni olacaktır. (Güdük ve Kılıç, 2017)

1.1.4.8. Kurulduğu Yerleşim Birimine Göre Hastanelerin sınıflandırılması

Sağlık kaynaklarının etkin kullanımı, sağlık binaları, ek tesisler, sağlık profesyonelleri ve tıbbi ekipman gereksinimlerinin doğru belirlenmesi, akılcı sağlık planlamalarının oluşturulması ve boş kapasitenin oluşmaması amacıyla, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve planlaması bölgesel merkezli bir yaklaşım çerçevesinde yürütülmektedir. Bu bağlamda, "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tesislerinin Rollerinin Belirlenmesine İlişkin Kriterler" genelgesi ile en son düzenleme yapılmıştır (SHGM, 2023).

Bölgesel sağlık planlaması için kullanılan temel göstergeler arasında, nüfus yoğunluğu, sosyoekonomik yapı, kentleşme ve sanayileşme düzeyi, ulaşım alt yapısı, sağlık hizmeti kalitesi ve kapasitesi yer almaktadır. Bu faktörler, bir ilin bölgesel sağlık merkezi statüsüne sahip olup olamayacağını belirlemede esas alınmaktadır. Bu il, sağlık bölgesinin merkez ili olarak seçilmiştir ve daha ileri düzeyde sağlık hizmeti sunmak üzere alt bölge merkezi iller ve sağlık hizmetleri sunumunda güçlendirilmiş ilçeler gibi alt seviyeleri de içermektedir. Bu kriterler, bölgesel sağlık planlamasında temel göstergeler olarak kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, kurumların rol ve sorumlulukları bölge merkezli sağlık yapılanması prensipleri çerçevesinde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, kamu yataklı sağlık tesisleri ve özel sağlık kuruluşları ile birlikte bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, hastanelerin fonksiyonları belirlenirken, "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tesislerinin Rollerinin Belirlenmesine İlişkin Kriterler" genelgesinde şu şekilde sınıflandırılmıştır (SHGM, 2023).

A-I- Grubu Genel Hastaneler: En az beş farklı branşta eğitim yetkisi verilmiş ve bu yetki doğrultusunda eğitim kadroları tamamlanmış, üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlandığı, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü, ayrıca uzman ve yan dal uzman tabiplerinin yetiştirildiği genel dal yataklı tedavi kurumlarıdır

A-I Gurubu Dal Hastaneleri, eğitim ve araştırma statüsüne sahip, belirli bir uzmanlık alanında hizmet veren, üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin sunulmasını gerektiren yoğun bakım ve/veya yeni doğan yoğun bakım birimlerine sahip, aynı zamanda III. seviye acil servis hizmeti sunabilen sağlık kuruluşlarıdır.

A-II Grubu Genel Hastaneler, bölgesel sağlık merkezi statüsünde yer alan veya bu merkezlere bağlı illerde faaliyet gösteren, eğitim-araştırma statüsüne sahip olmayan, 3. basamak yoğun bakım ve acil servis hizmetleri sunan sağlık kurumlarıdır.

A-II Grubu Dal Hastaneleri: Eğitim ve araştırma hastanesi statüsüne sahip olmayan tüm dal hastanelerini kapsayan bir tanımlamadır."

B-Grubu Genel Hastaneler, A-I ve A-II Grubu hastaneler dışında kalan ve il merkezleri ile güçlendirilmiş ilçelerde faaliyet gösteren genel hastanelerdir. Bu hastaneler, belirli kriterlere uygun olarak sınıflandırılmaktadır ve B-Grubu adı altında anılmaktadır.

C-Gurubu Genel Hastaneler: Sağlık hizmet sunumu bakımından sağlık bölge planlaması kapsamında güçlendirilmiş ilçe merkezleri ile irtibatlandırılan ilçelerde faaliyet gösteren, dört ana branşta uzman tabibin hizmet verdiği ve diğer branşlardan en az ikisinde uzman tabibin görev yaptığı, I. düzey acil servis hizmeti veren ve I. basamak yoğun bakım ünitesine sahip genel hastanelerdir.

D- Grubu Genel Hastaneler: Güçlendirilmiş ilçelerle irtibatlı ilçelerde hizmet veren, en az 25 hasta yatağa sahip, 4 ana branş için; her branş için en az 1 uzman doktorun planlanmasının yapıldığı ve aile hekimi de dahil olmak üzere birden fazla uzman tabibin bulunduğu, I. seviye acil servis hizmeti verebilen genel hastanelerdir.

E- Grubu Genel Hastaneler: Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerini aynı yapı içinde sunabilen, en az 25 hasta yatağına sahip, aile hekimi ve pratisyen tabiplere ilave olarak, 4 ana branşta uzman tabip planlamasının yapılabilen, 1. seviye acil veya acil ünitesi bunan genel hastanelerdir. Nüfus yoğunluğuna göre E1, E2 ve E3 gruplarına ayrılır.

1.2. Halkla İlişkilerin Tanımı ve İşlevleri

Halkla İlişkiler kavramı, halk ve ilişki kelimelerinin bir araya getirilmesiyle oluşmuştur. Türk Dil Kurumu, halkı "aynı ülkede yaşayan, aynı kültürel özelliklere sahip, aynı uyruktaki insan topluluğu veya belirli bir bölge veya çevrede yaşayanların bütünü veya bir ülkedeki yurttaşların bütünü" şeklinde tanımlamaktadır. İlişki ise, "iki şey arasındaki bağ, ilgi, münasebet veya temas" olarak açıklanmaktadır (TDK, 2023). Halkla İlişkiler terimi, bu kelimelerin anlamları göz önünde bulundurulduğunda, "ilgi bekleyen insan topluluğu" ile kurulan ilişkiler olarak yorumlanabilir.

Halkla İlişkiler kavramı, çeşitli tanımlara konu olmuştur. Örneğin, Edward Louis Bernays 20. yüzyılın başlarında yaptığı ilk tanımda, halkla ilişkileri, bir örgütün, hedef kitlesinin tutumlarını belirleyerek politikalarını ve faaliyetlerini yönetmek için kullandığı bir yönetim fonksiyonu olarak kabul etmiştir. Bu tanımda, halkla ilişkilerin temel amacı hedef kitlelerin anlayış ve güvenini kazanmak olarak ifade edilmiştir. Halkla ilişkiler uzmanı, toplumsal bilinci geliş-

tirmek için fikirler ortaya atmakla sorumlu, modern iletişim araçlarını kullanan ve hedef kitle gruplarıyla fikir alışverişinde bulunan bir aracıdır. Ayrıca, halkın desteğini aldığı ideolojiler ve eylem biçimlerinin yanı sıra maddi mallar ve hizmetler, kamu hizmetleri, endüstriyel dernekler ve büyük ticaret grupları da halkla ilişkilerin ilgi alanına girmektedir (Bernays, 1928).

Dünya Halkla İlişkiler Dernekleri Birliği (World Assembly Of PR Associations), 1978 yılında halkla ilişkilerin tanımını aşağıdaki şekilde yapmıştır: "Eğilimleri analiz etme, sonuçlarını tahmin etme, örgüt liderlerine danışmanlık yapma ve hem kuruluşa hem de kamu yararına hizmet edecek planlı eylem programlarını uygulama sanatı ve bilimidir" (Zhao, 1999). Bu tanım, halkla ilişkilerin bir yönetim fonksiyonu olarak kabul edildiğini ve kurumların hedef kitlelerinin tutum ve davranışlarını şekillendirmek amacıyla stratejik eylem planları uygulamasını içeren disiplinler arası bir sanat ve bilim olarak değerlendirildiğini yansıtmaktadır.

Halkla ilişkiler, "bir organizasyon ve bu organizasyonun başarısının veya başarısızlığının bağlı bulunduğu hedef kitlesi arasında karşılıklı yarar ilişkisini kuran ve sürdüren yönetim fonksiyonudur" (Cutlip vd., 1994). Halkla ilişkiler, hedef kitlelerdeki beklentilerin analizleri yaparak ve bu eğilimlerin neden olduğu sonuçları tahmin etmek suretiyle hem kurum hem de hedef topluluk adına hizmetlerin düzenlenmesini amaçlayan bir sanat ve danışmanlık sosyal bilim dalıdır (Wilcox vd., 2006).

Profesyonel bir ticari birlik olan Amerika Halkla İlişkiler Derneği (PRSA) 1982 yılında halkla ilişkileri, bir kuruluşun ve hedef kitlelerin karşılıklı birbirine uyum sağlamasına yardımcı olan bir araç olarak tanımlamıştır. Bu tanımda modern halkla ilişkilerin temel amacı net bir şekilde vurgulanmaktadır (PRSA, 2012). PRSA'nın 2012 yılındaki geniş kapsamlı modernize edilmiş tanımına göre ise halkla ilişkiler; kuruluşlar ve hedef kitleleri arasında karşılıklı yarar sağlayan ilişkiler kuran stratejik bir iletişim süreci olarak ifade edilmiştir (Riggulsford, 2013). Bu tanım, "karşılıklı yarar sağlayan ilişkilere" ve "bir iletişim süreci" temel noktalarına odaklanmıştır. Bu tanımda, halkla ilişkilerin "yönetim işlevi" olması yerine, bir "süreç" olduğu ifade edilmiştir.

Günümüzün modern halkla ilişkiler anlayışını ifade eden tanımlarda kullanılan anahtar kelimeleri şöyle sıralamak mümkündür (Wilcox vd., 2006):

- Amaç: Halkla ilişkiler faaliyeti belirlenmiş bir amaç için yapılmaktadır. Hedef kitleleri etkilemek, anlayış kazanmak, bilgi sağlamak ve onlardan geri bildirim almak amacıyla planlanmıştır.
- Planlılık: Halkla ilişkiler etkinliği planlı olarak düzenlenir. Belirli bir zaman diliminde gerçekleşen faaliyetlerle sorunlara çözümler ortaya koyar. Planları stratejik düşünce ve araştırmaya dayalıdır.
- Performans: Etkili bir halkla ilişkiler faaliyeti, fiiliyata dönüşen politikalara ve etkili bir performansa dayalıdır. Kuruluşun politikaları etki-

sizse ve halkın endişelerine karşılık veremiyorsa, hedef kitlede hiçbir bağ iyi niyet ve destek oluşturmayacaktır.

- Kamu yararı: Halkla ilişkiler faaliyetleri, kuruluşa ve halka karşılıklı olarak yarar sağlamalıdır; kuruluşun yararının halkın kaygı ve yararıyla uyumlu hale getirilmesi gerekir.
- İki yönlü iletişim: Halkla ilişkiler sadece bilgi yaymak, tanıtım yapmak değil, aynı zamanda hedef kitleleri tanıma, dinleme ve onlarla diyalog kurma çalışmalarıdır.
- Yönetim işlevi: Halkla ilişkiler, danışmanlık, problem çözme, rekabet ve çatışma yönetimi süreçlerini içermektedir. Halkla ilişkilerin etkisi, danışmanlık yaptığı üst yönetim tarafından karar vermenin stratejik ve ayrılmaz bir parçası olarak kullanıldığında en üst düzeye çıkmaktadır.

Halkla ilişkilerin geniş uygulama alanı, dinamik yapısı, farklı bilim dalları tarafından desteklenmesi, kavramın zaman içinde dönüşerek kapsamının genişlemesi, halkla ilişkilerin işletmelerdeki fonksiyonlarının değişmesi ve kar amacı gütmeyen kamu kurumlarında veya özel sektörde uygulanması genel kabul gören tek bir tanımın oluşturulmasına engel olmaktadır. Bir kurumun itibarının geliştirilmesi ve organizasyon hakkında olumlu bir imaj oluşturulması amacıyla gerçekleştirilen tüm faaliyetler halkla ilişkiler olarak kabul edilebilir. İki yönlü iletişime vurgu yapan, karşılıklı anlayış ve yararı önemseyen, iyi niyet sosyal sorumluluk, stratejik ilişki veya stratejik iletişime odaklanan tanımlamalar halkla ilişkilerin özünü yansıtılabilecek niteliktedir (Kalender A., 2008).

Halkla ilişkiler, örgütsel amaçlara ulaşılmasını, örgütün misyon ve vizyonunun belirlenmesini sağlayan, örgütsel değişimi kolaylaştıran yönetsel bir işlevdir. Halkla ilişkiler birimi, toplumun beklentileri ile örgütün amaçlarını uyumlu hale getirmek suretiyle olumlu ilişkilerin gelişmesine katkı sağlayarak, dış çevre ile örgüt çalışanları arasındaki bağı güçlendirmektedir (Tengilimoğlu ve Öztürk, 2016).

Halkla ilişkilerin fonksiyonu günümüzde giderek çeşitlenmekte ve birçok uygulama alanı ortaya çıkarmaktadır. Araştırma, üst yönetim danışmanlığı, erken uyarı ve iletişim gibi konular temel görevleri arasında yer almaktadır. Ayrıca, halkla ilişkilerin tanıtım, medya ilişkileri, finansal ilişkiler, kamusal işler, konu/sorun yönetimi, lobicilik, kriz yönetimi, itibar yönetimi, pazarlama iletişimi, sponsorluk, kurumsal sosyal sorumluluk, etkinlik yönetimi, kurumsal kimlik ve imaj, çalışan/üye ilişkileri ve toplumla ilişkiler gibi birçok uygulama alanı bulunmaktadır (Kalender A., 2008).

İnternetin insan hayatının her yönünü köklü bir şekilde değiştirmesi halkla ilişkileri de önemli ölçüde etkilemiştir. İnternet bilginin ve haberlerin günümüzdeki yayılma şeklini önemli ölçüde değiştirmiştir. Günümüze bakarsak, halkla ilişkilerin evrimi son on yılda dramatik bir şekilde değişmiştir. Halkla

ilişkilerin rolü oldukça artmış ve ona ayrılan bütçeler büyük ölçüde yoğunlaşmıştır. Bu gelişmeler sonucunda halkla ilişkiler, pazarlama stratejilerinde de kullanılan önemli bir araç haline gelmiştir. Günümüzde halkla ilişkiler firmaları, Entegre Pazarlama İletişimi (Integrated Marketing Communications) stratejisini yoğun bir şekilde kullanmaktadır. Entegre pazarlama iletişimi; farklı medya kanallarında tutarlı kalan bir marka mesajı örmek için kullanılan halkla ilişkiler, reklamcılık ve sosyal medya arasındaki bir nevi evlilik olarak kabul edilmektedir (Alim, 2018). Özellikle interneti bir şehir olarak düşünürsek, bu dijital ekosistemin alt bileşenlerini, sosyal medya platformlarını, giderek artan kullanım oranları ve etki alanlarıyla birlikte, pazarlama stratejilerinin başarılı bir şekilde uygulanabileceği önemli araçlar olarak tanımlamak mümkündür (Yörük, 2023)

Halkla ilişkilerin bir işlevi olan kriz yönetimi de bu değişimlerden etkilenerek farklı boyutlar kazanmıştır. Bilindiği gibi kriz bir kuruluşun, kuruluşa, paydaşlarına veya genel halka zarar verme tehdidi oluşturan, yıkıcı ve beklenmedik bir olayla başa çıkma sürecidir. Artık bir kriz anında öncelikle sosyal medya, haberler, blog ve kuruluş veya sözcüsünün çevresinde gerçekleşen her türlü iletişimdeki izleyici cevapları ve duyguları incelenerek, ona göre bir strateji belirlenmektedir (Caramela, 2022).

Ayrıca halkla ilişkiler, bir yönetim fonksiyonu olarak aşağıdaki hususları da kapsamaktadır (PRSA, 2022):

- Kuruluşun operasyonlarını ve planlarını iyi veya kötü şekilde etkileyebilecek kamuoyu, tutum ve problemleri öngörmek, analiz etmek ve yorumlamak.
- Kamusal sonuçları ve işletmelerin sosyal veya vatandaşlık sorumluluklarını dikkate alarak, politika kararları, eylem planları ve iletişim ile ilgili olarak kuruluşun her seviyesinde danışmanlık yönetimi
- Bir kuruluşun amaçlarının başarısı için gerekli olan bilgilendirilmiş kamu anlayışına ulaşmak için eylem ve iletişim programlarını sürekli olarak araştırmak, yürütmek ve değerlendirmek
- Kuruluşun kamu politikasını etkileme veya değiştirme çabalarını planlamak ve uygulamak
- Hedeflerin belirlenmesi, planlama, bütçeleme, personel alımı ve eğitimi, tesislerin geliştirilmesini gerçekleştirmek için gereken kaynakların yönetimi.

Bu fonksiyonlar kapsamında halkla ilişkiler; kurumlar ve hedef kitleler arasında karşılıklı anlayış, kabul görme ve işbirliğinin sağlanıp sürdürülmesinde etkili, sorunların veya gündemin yönetilmesini gerçekleştiren, güncel kamuoyu eğilimlerini takip ederek yönetimi bu odak noktalarına karşı duyarlı olması hakkında bilgilendiren, yönetimin toplumsal faydaya yönelik hizmet etme sorumluluğunu vurgulayan, yönetimin çevresel değişimlere ayak uydurması için

bir erken uyarı sistemi oluşturan ve etik ilkelere uygun profesyonel iletişim tekniklerinden faydalanan özgün bir yönetim fonksiyonudur (Jefkins, 1992).

1.3. Hastanelerde Halkla İlişkiler

Sağlık iletişimi, sağlık ve iletişim kavramlarının bir araya getirilmesi sonucu ortaya çıkan ve iletişim biliminin araç, yöntem ve stratejilerini kullanarak bilgilerin elde edilmesi, sağlık mesajlarının verilmesi, iyiliğin muhafaza edilmesi, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin sunumu gayesiyle, uygulamaya dönük geniş bir çerçeveyi kapsayan bilim alanıdır. Bu iletişim çabaları sonucunda kurumlar bireyler ve toplum, konu hakkında bilgilendirilir, yaratılacak etki ile sonuca yönelik motivasyon sağlanır. Mevcut bir soruna çözüm bulma çalışmalarının yanı sıra sorun ortaya çıkmadan alınacak önlemler, hayat standartlarını arttırıcı tavsiyeler de sağlık iletişimi unsurlarına dâhildir. (Karaçor, Dereli, & Yörük, 2019) Sağlık İletişimi hastanelerde halkla ilişkiler birimleri tarafından yürütülür.

Halkla ilişkiler, diğer kurumlarda olduğu gibi hastaneler için de hayati bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunan hastaneler, diğer birçok kuruma göre toplum içinde daha yüksek bir konuma sahiptirler. İyi bir imaj ve itibar oluşturmak, hastaneye gelen hastaların memnuniyetlerini artırmak, hastanede çalışanlar arasında etkili bir iletişim ortamı oluşturmak, çalışanların bilgisini artırmak amacıyla hizmet içi seminerler düzenlemesini sağlamak, moral ve motivasyon artırıcı etkinlikler düzenlemek, sosyal sorumluluk projeleri planlamak ve hayata geçirmek, hastanenin zor anlarında kriz yönetimi gerçekleştirmek için hazırlıklı olmak ve kriz yönetimini yürütmek için hastane halkla ilişkileri vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Bu anlamda hastanelerin halkla ilişkiler biriminin önemini kavrayıp, gerekli şekilde kullanması hayati önem taşıyan bir konudur (Duğan ve Uludağ, 2015).

Hastanelerde farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip değişik meslek gruplarından olan personel, sağlık söz konusu olduğu için hatasız hizmet sunmak adına koordineli ve belli bir iş bölümü çerçevesinde çalışmaktadır. Bu kültürel mozaiğin uyumlu çalışması ve hastaların memnuniyeti için oluşturulacak interaktif bir iletişim ağı halkla ilişkiler biriminin görev kapsamında yer almaktadır (Eray, 2016). Bu nedenle halkla ilişkiler hizmetleri, hastane ile ilişkili tüm grup, kişi ve kurumlara yönelik olarak yürütülmelidir. Hastanelerde halkla ilişkiler departmanının kurulması ve halkla ilişkiler uzmanlarının istihdamı hastaneler için hayati konulardır. Hastanelerdeki hizmetlerin yüksek maliyetleri, kamu hizmeti veren kuruluşlar ile özel sektör arasındaki rekabet, halkın hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi, yoğun olarak halkla ilişkiler hizmetlerine odaklanmayı zorunlu kılmaktadır (Geçikli, 2014).

Hastane tanıtımı ve pazarlama faaliyetleri genellikle, halkla ilişkiler biriminin önemli katkılarıyla yürütülmektedir. Bir hizmet sağlayıcı olarak bir hastaneye yönelik itibar ve imaj, esas olarak doktorlar, yönetim dahil olmak üzere

hastanede çalışan tüm personelin inisiyatiflerine ve tutumlarına bağlıdır. Hastanedeki halkla ilişkiler birimi temel olarak; hastane yönetiminin hizmet politikası ve stratejileri doğrultusunda olumlu imaj gelişimine katkıda bulunulması, toplumda olumlu bir tutum yaratılması, halkın hastaneden beklentilerinin öğrenilmesi ve halkla iş birliği sağlanması amacına yönelik faaliyetleri yürütmektedir. Bununla birlikte halkla ilişkiler birimi; hastanenin hizmet imkânları ile ilgili bilgilendirme yaparak hastaların işlerini kolaylaştırmak ve yönetimi aşırı iş yükünden kurtarmak, hastane strateji ve taktiklerinin yerindelik ve gerekliliğini sağlamak gibi görevleri de yerine getirmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009).

Küreselleşme ve teknolojik gelişmeler sonucunda halkla ilişkilerde yaşanan sektörel değişiklerden biri de hedef kitle anlayışındaki değişmedir. Artık hedef kitle sadece hizmeti alan kesim değil, aynı zamanda, hizmet sunumunu gerçekleştiren çalışanları ve hatta tüm kurumu da içermekte ve bu durum işletmenin tüm performansına yansımaktadır. Sağlık hizmetlerine de yansıyan bu değişim doğrultusunda bir hastane; doktorlar, hemşireler, teknisyenler, sağlık görevlileri, yönetim personeli gibi profesyonellerden ve hasta ile hasta yakınlarından oluşan çeşitli insanlarla ilgilenilen bir yerdir. Hastanelerde de hasta ve hasta yakınlarının yanı sıra iç müşteri olarak kabul edilen ve hizmetin üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumların memnuniyeti önemsenmektedir (Uludağ, 2010).

1.3.1. Hastanelerde Halkla İlişkilere İhtiyaç Duyulma Sebepleri

Hizmet sektörünün en kompleks yapısına sahip olan hastanelerin hedef kitleleri diğer kurum ve kuruluşların hizmet sunduğu kitlelerden psikolojik yapı ve beklenti açısından önemli farklılıklar göstermektedir. Sağlık gibi hayati öneme sahip bir konuya odaklanmış, farklı örgüt yapısına, büyük ve karmaşık binalara sahip hastanelerin hedef kitlesi; daha fazla ilgi bekleyen, sıkıntı, endişe veya korkuyla huzursuzluk içerisinde olan kişilerden oluşmaktadır. Stres içinde olan bu hedef kitleye ulaşacak ve onlarda istenilen değişiklikleri oluşturacak, halkla ilişkiler faaliyetinin niteliğinin de farklı olması gerektiği açıktır. Bu açıdan çok değişik ihtiyaçlara sahip, danışmak ve iletişim kurmak isteyen hasta ve hasta yakınları ile sağlık personeli iletişimi özel dikkat gerektiren bir konudur. Bu hedef kitle ile kurulacak iletişim, sağlık personelin bilgi, yetenek ve tecrübesine bağlı olacaktır (Uludağ, 2010). Hastanelerin hedef kitlelerine ulaşabilmeleri, onlarla bütünleşebilmeleri, sonuçta olumlu bir imaj oluşturabilmeleri ancak planlı iletişim çalışmaları ile mümkündür. Bu anlamda hastanelerdeki halkla ilişkiler birimlerinin yeri vazgeçilmezdir. Halkla ilişkiler birimlerinin hastanelerdeki uygulamaları, sağlık ve hastalıklar hakkında toplumu bilinçlendirmesine ve farkındalık oluşturulmasına, korunma yollarının anlatılmasına, hastaların memnuniyetlerinin sağlanmasına, hasta hakları hakkında bilgilendirme yapılmasına, hastanenin bütün paydaşlarıyla ilişkilerinin yöne-

tilmesine ve kurum hakkındaki olumlu imajın hedef kitlelere yerleştirilmesine yönelik olarak çok stratejik öneme sahiptir (Yurdakul vd., 2007)

Soyut bir özelliğe sahip olan sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini sağlamak farklı güçlükler içermektedir. Hastaların sağlık hizmetlerini satın almadan önce denemeleri mümkün değildir. Bununla birlikte, hastalar aldıkları tedavinin kalitesini değerlendirecek uzmanlığa sahip değillerdir. Dolayısıyla diğer tüketim mal ve hizmetlerindekine benzer alıcı ve satıcı ilişkisinden söz edilemez. Hastalar ihtiyaçları olan tedaviye karar verecek tıbbi yeterliliğe sahip olmadıkları için istismara açık durumdadırlar. Hastaların korunması tıbbi etik açısından hastanenin görevlerin başında gelmektedir. Bunun sağlanması için öncelikle hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurulması ve bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu noktada halkla ilişkiler birimine önemli görevler düşmektedir (Tengilimoğlu D., 2001).

Sağlık sektörü genellikle belirsizlik içeren karmaşık bir yapıya sahiptir. Halkla ilişkilerin genel amacının "uzun vadeli ilişkiler kurmak" ve "itibarı yönetmek" olduğu göz önüne alındığında, bir anlamda sağlık hizmetlerindeki halkla ilişkiler çalışmaları diğer herhangi bir sektördeki halkla ilişkilerden özellikle farklı değildir. Ancak hastanelerin hizmetlerinin yaşam, ölüm, iyileşme gibi insanların varlığını kritik düzeyde etkileyen sonuçları nedeniyle sağlık sistemindeki hasta ve tedarikçi arasındaki iletişimin düzeyini farklılaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri sunan hastanelerde varlığını sürdürme ve gelişme motivasyonu, yalnızca diğer sektörlerde bilinen evrensel bir ilke olan maliyet düşürmeye odaklanmak değildir. Sağlık bakım süreçlerinde ilerleme, hizmet kalitesini mümkün olan en üst düzeye yükseltmeyi amaçlayan tedarikçi tarafından başarılabilecektir. Bu nedenle, hastanelerin genel sisteminin ilerletilmesinden, iyileştirilmesinden ve tersine çevrilmesinden sorumlu olan halkla ilişkiler birimi, insana değer verme motivasyonu ile hareket ederek planlamalarını gerçekleştirmelidir (Tomic vd., 2010).

Hedef kitle, hastanelerin sağlık hizmetleri vermeleri ve bu hizmetlerin onların yaşam kalitelisini etkilemesi veya hayati önem taşıma nedeniyle, daha fazla özen ve ilgi beklemektedir. Bu sebeple hastaneler, hasta ve hasta yakınlarıyla interaktif iletişim kurmak ve onların beklentilerine tam olarak cevap verip memnuniyetlerini sağlamak için daha fazla çaba sarf etmek zorundadırlar. Dolayısıyla sağlık kuruluşları hastalar, aileler, doktorlar, personel ve toplumla ilişkiler kurmak için halkla ilişkileri kullanır. Temel amaç, genel misyonları ve hedefleriyle uyumlu halkla ilişkiler stratejilerini, güven ve güvenilirlik oluşturmak, sağlık sorunları hakkında farkındalığı artırmak ve olumlu davranışları teşvik etmektir. Bu bağlamda, halkla ilişkiler birimi, hastanelerde oldukça önemli ve kritik bir görev üstlenmektedir (Yurdakul vd., 2007).

Halkla ilişkiler, yeni bir sağlık hizmeti girişimi hakkında farkındalığı yükseltmek, bir sağlık kuruluşunun itibarını artırmak veya bir sağlık kampanyasını

desteklemek gibi çeşitli amaçlar için sağlık hizmetlerinde etkili bir araç olarak kullanılabilmektedir. Örneğin, amaç genel halk arasında yeni bir sağlık hizmeti girişimi hakkında farkındalık oluşturmaksa, medyada yer almak için halkla ilişkileri kullanmak en etkili yaklaşım olabilmektedir. Öte yandan, bir sağlık kuruluşunun paydaşları nezdindeki itibarını artırmak amaçlanıyorsa, bu kişilerle doğrudan iletişim kurmak için halkla ilişkileri kullanmak daha etkili olabilir. Sağlık sektöründe halkla ilişkilerden yararlanılıp yararlanılmayacağı seçimi nihai olarak duruma ve istenen hedeflere en etkili şekilde neyin ulaşacağına bağlı olmalıdır (Singh T. , 2020).

Hastaneler, tıbbi klinikler ve sayısız diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları, bireylere gelişmiş sağlık ve esenliğe tanık olma ve sonuçta geniş toplum sağlığını etkileme fırsatları sunan bu tekliflerle halka son derece önemli hizmetler sunmaktadır. Hastaneler insan hayatını iyileştiren, hayat kalitesini artıran müdahalelerle topluma sunulan en önemli hizmetleri gerçekleştirmektedir. Hastanelerin, sağlık alanında faaliyet göstermeleri ve hizmetlerinin sonuçlarının yaşamsal önem taşıması, hasta ve hasta yakınlarıyla ve hatta tüm toplumla iletişim kurmalarının önemli hale getirmektedir. Ayrıca kitle iletişim araçlarında ve sosyal medyada, sağlık sektörünü ilgilendiren konuları işleyen ve toplumun sağlık konusunda bilinçlendirmeye yönelik haberler daha fazla yer bulmaktadır. Bu haberlerin takip edilip, gelişmelerin tatbik edilmesi hastanelerin hizmet kalitesini yükseltecektir. Bu nedenle, hastane hizmetlerinde halkla ilişkiler birimine diğer sektörlerden daha fazla gereksinim hissedilmektedir (Elrod ve Fortenberry, 2020).

Günümüzde hastanelerde, önceki dönemlere kıyasla daha etkili halkla ilişkiler programları ihtiyaç haline gelmiştir. Bu ihtiyacın ortaya çıkmasının sebepleri şu şekilde sıralanabilir (Teke vd., 1999).

- Sağlık hizmetleri talebinde toplumun, daha bilinçli hale gelmesi,
- Toplumsal sağlığı korumayı ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı amaçlayan yasal düzenlemeler,
- Sağlık sigortası imkânlarının gelişmesi,
- Hasta/tüketici hakları konusunda toplumsal beklentiler,
- Meslek etiği konusunda sağlık meslek birliklerinin çabaları,
- Tıpta yeni teşhis, tedavi ve rehabilitasyon teknolojisinin gelişmesi,
- Sağlık hizmeti arz maliyetlerinin artması,
- Hasta/müşteri odaklı sağlık hizmeti kalite anlayışının gelişmesi,
- Sağlıkta daha etkin yönetim anlayışının getirdiği gereklilikler.

1.3.2. Hastanelerde Halkla İlişkiler Araç ve Uygulamaları

Khan ve arkadaşlarına göre (2021), bir hastanenin temelde dört paydaşı bulunmaktadır. Bunlar; hastalar, hükümet, organizatörler, doktor, hemşire, paramedikal, idari vb. gibi personeldir. Bu paydaşlar göz önünde tutularak bir hastanenin imajı da üç bileşenin bir karışımıdır. İlki hastanenin halk tarafından

nasıl algılandığı, ikincisi hastanede görev yapan doktor ve hemşirelerin kalitesi ile çalıştırılan diğer personelin davranışları, sonuncu ise hastane yönetiminin politikaları ve yönetim tarzlarıdır. Yukarıda belirtilen tüm paydaşların temel ihtiyaçları farklıdır. Hastaların genel beklentisi verimli, etkin ve tatmin edici sağlık hizmeti almaktır. Hastane personeli, iş tatmininin yanı sıra meslektaşları ve toplum tarafından takdir edilmeyi ve tanınmayı arzular. Hastane yönetimi hem personelin yetkinliğini, başarısını ve iş tatmini elde etmesini hem de hastaneden sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyetini ister. Bu tabloya göre, işlevleri hayati derecede önem kazanan hastanelerde halkla ilişkilere yönetim tarafından gereken değer verilmezse, hastane hayatına devam edemeyebilir (Khan vd., 2021).

Bir yönetim işlevi olarak halkla ilişkiler, hastanenin hizmetlerinin bilinirliğini artırmak ve tanıtımını yapmak için, hastanenin etki alanına giren tüm bireyler, kurum ve kuruluşlar arasında interaktif bir iletişim sağlayan bir stratejik planlamadır. Halkla ilişkilerin hastanelerde doluluk oranını artırmak, çalışan performansını yükseltmek, hasta-doktor ilişkisini geliştirmek, memnuniyeti artırmak ve toplum desteğini kazanmak gibi değişik amaçları vardır. Bu bağlamda lobicilik ve sponsorluk faaliyetleri halkla ilişkiler birimi tarafından yürütülmektedir (Williams, 1997).

Farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip gruplardan oluşan hastanenin hedef kitlelerinden, kabul görme, karşılıklı anlayış ve iş birliğinin diğer işletmelere göre daha zor elde edileceğinden hareketle, hastanelerde sistemli halkla ilişkiler fonksiyonlarına olan ihtiyaç daha fazladır. Dolayısıyla halkla ilişkiler birimleri hastanelerde iç ve dış hedef kitlelere yönelik görevlerini yürütürken öncelikle iç ve dış hedef kitleleri tanıma sürecinden sonra ve elde ettiği bilgiler ışığında tanıtma faaliyetlerine yönelmelidir (Yurdakul vd., 2007).

Hastanedeki halkla ilişkiler birimlerinin gerek kurumun içinde gerekse kurum dışında birçok görevleri vardır. Bu görevleri şu şekilde sıralamak mümkündür (Işık M., 2011).

- Hastane yönetimiyle iş birliği içinde halkla ilişkiler politika ve planlarını geliştirmek ve uygulamak,
- Hastane personeliyle yönetim arasında formel ve informel iletişim kanallarını kullanarak etkin bir iletişim ortamı oluşturmak,
- Motivasyon ve morallerini yükseltmek için hastane personeline yönelik programlar hazırlamak,
- Personele yönelik eğitim seminerleri yapılmasını sağlamak,
- Kamuoyuna hastaneyi tanıtmak amacıyla, görsel materyaller hazırlanmasını sağlamak,
- Hedef kitlelerin hastaneyle yönelik görüş, öneri, dilek ve şikâyetlerini izleyerek çözülmelerine katkı sağlamak,

- Kurum içi gazete, dergi bülten gibi yayınlar çıkararak iç ve dış hedef kitlelere hastaneyle ilgili ilk elden bilgiler sunmak.
- Altı aylık veya yıllık periyotlarla raporlar hazırlayarak hastane yönetimine sunmak,
- Önemli gün ve olaylarda medyada yer alabilmek için medyayla iletişim ortamı oluşturmak.
- Hastanenin çevresine yönelik tanıma/tanıtım faaliyetlerini planlayarak uygulamak.

Diğer taraftan internet ile güncel sağlık bilgilerine ulaşma veya yeni hizmet tanıtımını gerçekleştirme, online randevu imkânları ile halka kolaylık sağlama ve medya kuruluşları ve diğer paydaşlarla 7/24 iletişim kurma imkânları da elde edilmiştir

Hastanenin faaliyet gösterdiği toplumsal çevreyi tanıması, stratejik yönetim kararlarına taban oluşturacak dış çevre faktörleriyle ilgili güncel verilerinin elde edilmesi, değişen rekabet ve piyasa koşullarının belirlenmesi ve sağlık hizmetleri ile ilgili toplum beklentilerinin belirlenmesi tanıma fonksiyonu kapsamında yer almaktadır (Tengilimioğlu ve Öztürk, 2016). Günümüzde tüm sektörler gibi sağlık sektörü de dinamik ve belirsiz bir piyasada faaliyet göstermektedir. Bu durum, hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri için yenilikçi bir stratejik vizyon ile hareket etmelerini ve dış çevredeki değişimlere hızla uyum sağlamalarını gerektirmektedir. Bu anlamda halkla ilişkiler, tanıma işlevi ile hastanenin çevresinden güncel bilgi akışını gerçekleştirerek, hedef kitlenin memnuniyet düzeyini artıracak konularda yol gösterici tavsiyelerde bulunacak, dolayısıyla kuruluşun başarısına katkı sağlayacaktır (Tengilimoğlu D., 2001).

1.3.3. Hastanelerde İç Halkla İlişkiler Araç ve Uygulamaları

Hastaneler, zihinsel ve fiziksel sağlığı koruma çabaları da dahil olmak üzere hastalıkların tedavisi ve yönetiminde doktorların, hemşirelerin, teknisyenlerin ve diğer ilgili uzmanların hizmetlerinden yararlanır (Yina, 2010).

Bir organizasyonun başarısını değerlendirmek için önemli bir gösterge, çalışanlarıyla kurduğu etkili iletişimdir. Çalışanların verimlerinin artmasında önem taşıyan kurumsal aidiyet duygusunu güçlendirmek konusunda halkla ilişkiler araç ve uygulamalarından yararlanmak çok yararlı sonuçlar ortaya çıkaracaktır. İç halkla ilişkiler sistemi, kurumun hedefleri doğrultusunda işlemelidir. Çalışanların, örgüt hedeflerini, örgütle ilgili gelişmeleri ve sorunları bilmesi, çalışanları örgütün gönüllü elçileri haline getirecektir. Örgüt politikaları oluşturulurken çalışanların önerileri ve görüşlerine başvurulması, çalışanların örgüt çalışmalarına katılımını arttıracaktır (Theaker, 2004).

Bir organizasyonda iç halkla ilişkiler faaliyetlerinin amaçlarından biri, personelin kurumla ilgili gelişmelerden önceden haberdar edilmesi, memnuniyetsizlik yaratan konuların tespit edilmesi ve yöneticilerle çalışanların farklı organizasyonlarda bir araya gelerek iş dışında da ilişkilerini güçlendirmesidir. İç

halkla ilişkiler faaliyetlerinde kullanılabilecek ortam ve araçlar, kurum gazetesi, dergisi, kitap, mektup, broşür, duyuru panosu ve afişler gibi basılı araçların yanı sıra toplantılar ve çalışanların ve ailelerinin katılabileceği sosyal etkinlikleri içermektedir (Gürgen, 2006).

1.3.3.1. Personelle İlişkiler

Halkla ilişkiler uzmanı çalıştığı hastaneye karşı görev ve sorumluluklarını yerine getirirken "halkla ilişkilerin içerden başladığı" gerçeğini göz ardı etmemelidir. Çünkü halkla ilişkiler faaliyetlerindeki temel amaçlardan biri kurumsal amaçlarla bireysel amaçların örtüştürülmesidir. Hastanenin halkla ilişkilerinde "mutlu çalışanlar oluşturmanın, mutlu müşterilere giden yolda ilk adım olduğu" gerçeğinin göz ardı edilmemesi gerekir. Çalışanların mutlu olmasının müşterilerin mutluluğu için ilk adım olmasından dolayı belirli periyotlarda çalışan memnuniyeti araştırmaları yapılmak suretiyle çalışanların ilgi, ihtiyaç, beklenti ve motivasyon düzeylerinin ölçülmesi son derece önemlidir. Bu sayede mevcut ya da muhtemel sorunlar ortaya konabileceği gibi, söz konusu sorunların çözümü için önceden gerekli önlemlerin de alınması mümkün olacaktır. Bu bağlamda halkla ilişkiler birimi, kurum içinde etkin bir iletişim ağı oluşmasını, personelin moral ve motivasyonlarını artırmaya yönelik etkinlikler düzenlemesini sağlamak gibi görev ve sorumluluklara sahiptir (Işık M., 2011).

Bir sağlık kuruluşunda hizmet veren personelin tutumu ve yetkinliği müşteri memnuniyeti için hayati önem taşımaktadır. Hastanın ihtiyaçlarına yönelik ihmal veya yetersiz ilgi, sonuç olarak hastanın hoşnutsuzluğuna yol açabilmekte ve bu da sadakat ve bağlılığını kaybetmesine neden olabilmektedir. Hiçbir teknolojik gelişme ve yenilik, iyileştirme sanatı ve tedavi işinin ayrılmaz bir parçası olan sıcaklığın, ilginin, farkındalığın, sempatinin ve şefkatin yerini tutmamaktadır (Khan vd.).

Hastane çalışanları, aynı zamanda sağlık hizmeti alan hastalarla doğrudan iletişimde bulunan; hastaların ve hasta yakınlarının beklenti ve memnuniyet düzeylerini net bir şekilde gözlemleyebilen bilgi kaynaklarıdır. Halkla ilişkiler birimi, çalışanlardan elde edilen bilgiler ışığında kurumsal eksikliklerin giderilmesi amacıyla sürekli uygulamaları güncellemelidir (Okay ve Okay, 2014).

Sağlık sektörü çalışanları genellikle tanınmaya, desteklenmeye ve takdir edilmeye, motivasyon düzeyleri hizmet kalitesini belirlediği için, en çok ihtiyaç duyan kesimdir. Ancak sağlık çalışanları söz konusu olduğunda, onları yalnızca ödüllendirecek ve motive edecek değil, aynı zamanda yoğun programlarının etrafında çalışacak bir teşvik programı planlamak profesyonellik gerektirmektedir. Sağlık çalışanları için dikkatlice planlanmış teşvikler sunmak, yeni personel üyelerini çekmeye ve şu anda kuruluş için çalışanları elde tutmaya yardımcı olacaktır. Bu programlar aynı zamanda mükemmel hizmet sunabilmelerini veya performanslarını geliştirebilmelerini sağlayacak ve sonuçta mevcut rekabet ortamında çok büyük bir sorun olan hasta memnuniyetini olumlu ola-

rak etkileyecektir. Temel olarak, sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarının anlaşıldığını hissettirecek teşviklere sahip olmaları gerekir. İş ve yaşam dengesi gibi şeylere bakmak ve çalışanların gerçekten ne istediğini dinlemek, başarılı bir teşvik programı oluşturmanın ilk adımıdır (MTI Events, 2019).

Farklı ve aşırı bölünmüş alanlarda eğitim gören ve uzmanlaşmış olan hastane personeli birbirinden farklı ihtiyaçlara, değerlere, eğilimlere sahiptir üstelik emek yoğun bir kurumda çalışmaktadırlar. Dolayısıyla kendi aralarında veya hastalarla sürtüşmeler, yanlış anlamalar ve gerginlikler yaşamaları kaçınılmazdır. Aynı zamanda, hastanelerin imajının ve kurumsal kimliğinin canlı temsilcileri olan çalışanların, işyerinde mutlu olmaları performanslarına ve iletişim kurduğu hastalara yansıyacaktır. Bu sebeplerle personel-personel ve personel-hasta ilişkilerinin geliştirilerek, iletişim ve sempati ortamının oluşturulma gerekliliği, halkla ilişkilerin önemini artıran faktörlerden bir diğeri olmaktadır (Uludağ, 2010).

Halkla ilişkiler uzmanının yürüteceği faaliyetler vasıtasıyla hastane içinde etkin ve verimli bir iletişim ağı oluşturularak, hastane içinde açıklık ve şeffaflık sağlanmakta, ekip ruhunun oluşmasına katkıda bulunulmaktadır. Ayrıca bu faaliyetlerle; birlik ve beraberlik duygusu aşılanmakta, iş tatmini artırılmakta, çalışanların motivasyon ve moralleri yükseltilmekte, bireysel amaçların kurumsal amaçlarla uyumu gerçekleştirilmekte ve bireysel verimlilikler arttırılmak suretiyle kurumsal verimliliğin artması sağlanmaktadır (Işık M., 2011).

Sonuç olarak halkla ilişkiler sadece halkla ilişkiler birimlerine bırakılmamalı, kurumun amaçlarına ulaşması için hastanedeki tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli ve işlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

1.3.3.2. Hastanelerde Halkla İlişkiler Birimi

Hizmet sektöründe faaliyet gösteren, karmaşık yapısı gereği yönetilmesi zor olan hastanelerin kamuoyundaki imajının iyileştirilmesi ve korunması yoğun çaba gerektiren bir konudur. Yüksek kaliteli hizmetler vererek ve hastaların memnuniyet düzeyini yükseltmek amacıyla stratejik ve planlı bir hastane yönetimi oluşturulmak için halkla ilişkiler biriminin hayati öneme sahip fonksiyonları vardır. Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini artırmaya yönelik etkinlikler düzenlenmesini sağlamak, çalışanlar ile yönetim arasında verimli bir iletişim ortamı oluşturmaya çalışmak, hastane çalışanlarına ve ailelerine yönelik sosyal etkinlikler organize etmek, sosyal sorumluluk projeleri tasarlamak, kriz ortaya çıktığında medya mensuplarıyla güçlü ve samimi bir iletişim kurmak ve yönetime yol göstermek, hastanenin medyada olumlu olaylarla yer almasını sağlamak, hastanenin itibar ve imajına olumlu katkılar sağlamak gibi halkla ilişkiler biriminin pek çok görevleri vardır. Hastane yönetimi, hastaneyi daha iyi yönetebilmek için nitelikli uzmanlardan oluşan bir halkla ilişkiler birimi kurarak önerilerine değer vermelidir. Bu nedenle hastane yönetiminin kurumsal iletişim konusunda en önemli enstrümanı olan halkla ilişkiler birim-

lerinin işlevlerinin iyi kavranması ve sağlık çalışanları ve yöneticilerin bu işlevlerden yararlanmaları, hastanenin başarısı açısından kritik öneme sahiptir (Duğan ve Uludağ, 2015).

Halkla ilişkiler birimi, öncelikle, hastanenin potansiyel hedef kitlesini tanıma ve hizmet sunumu gerçekleştirdiği etki alanlarını tanıtma faaliyetlerini yürütmektedir. Toplumun bilgilendirilmesi ve hastanenin faaliyetlerinin duyurulması tanıtma fonksiyonunu; hastaneden beklenen toplumsal ihtiyaçların tespit edilmesi ve genel sağlık şikâyetlerinin belirlenmesi ise tanıma fonksiyonunu oluşturmaktadır (Tengilimioğlu ve Öztürk, 2016).

Hastanelerde halkla ilişkiler biriminin en önemli görevlerinden birisi de, hedef kitlelere hastalıklar ve hastalıklardan korunmak için alınması gereken tedbirler konusunda bilgi verme ve toplumun sağlığını tehdit eden enfeksiyonlardan korunma yollarını halkın anlayabileceği bir şekilde ve tıbbi terimler kullanmadan anlatma çalışmalarıdır. Ayrıca, doktorlar ile hastalar arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde işleyişini sağlamak da hastane halkla ilişkiler biriminin görev alanlarından biridir (Ayhan ve Canöz, 2006).

1.3.3.3. Hasta Hakları Birimleri

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde hasta hakları konusu ilgi çeken konulardan biri olmuştur. Sağlık çalışanları ve toplumun "sağlık hakkı ve hasta hakları" konusunda bilgi ve beklentileri artmıştır. Dolayısıyla sağlık alanında dikkate değer değişiklikler yapılmaya başlanmış, bu konuda birçok yasal ve idari düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan hasta hakları uygulamalarının amacı hasta ve sağlık çalışanları arasında yaşanan veya yaşanması muhtemel sorunların çözümlenmesi ve hak ihlallerinin önlenmesidir (Aydemir ve Özhan, 2011).

Hasta hakları, Türkiye'de "Anayasa", "Tıbbi Deontoloji Tüzüğü", "Hasta Hakları Yönetmeliği" ve "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamaları Yönergesi" gibi kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmektedir. "Hasta Hakları Yönetmeliği"nin 1998 yılında yayınlanmasıyla birlikte hastalara birçok yasal hak tanınmıştır. Bu haklar arasında, hastaların sağlık hizmetlerinden adil ve hakkaniyete uygun bir şekilde faydalanma, sağlık kuruluşunu seçebilme ve değiştirebilme, bilgi talep etme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme isteme, öncelik sırasının tespit edilmesini talep etme, tıbbi prosedüre uygun tanı, tedavi ve bakım talep etme, tıbbi prosedürler dışındaki müdahaleleri reddetme, tıbbi özenin gösterilmesini talep etme, genel olarak bilgi talep etme, kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini talep etme, bilgilendirilmiş onay alınmadan tıbbi işlemlere tabi tutulmama, mahremiyete saygı gösterilmesi ve bilgilerin gizli tutulmasını talep etme, tedaviyi reddetme ve durdurma, organ ve doku alınmasında ve tıbbi araştırmalarda bilgilendirilerek onay alınma, güvenliğin sağlanması, dini ibadetlerini yerine getirme ve din hizmetlerinden faydalanma,

insancıl değerlere saygı gösterilmesini talep etme, ziyaret ve refakatçi bulundurma hakları yer almaktadır (HHY, 2019).

Hasta haklarına ilişkin düzenlemeler doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Hasta Hakları Merkez Şubesi, Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, Hastane Hasta Hakları Kurulu, Hastane Hasta Hakları Birimi ve sağlık grup başkanlıklarında Hasta Hakları Kurulları oluşturulmuştur. Ayrıca, ayakta teşhis ve tedavi veren sağlık kurumlarında da Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur (Aydemir ve Özhan, 2012). Hasta Hakları Birimi, hastalar ve yakınları tarafından yapılan şikâyetleri kabul etmekte ve ihlal olarak değerlendirilebilecek konuları Hasta Hakları Kurulu'na iletmektedir.

Hasta hakları birimlerine başvurmanın alternatif bir yöntemi, Hasta Başvuru Bilgi Sistemi (HBBS) üzerinden sisteme üyelik kaydı yaparak başvuruda bulunmaktır. Hasta Başvuru Bilgi Sistemi (HBBS), https://hastahaklari.saglik.gov.tr adresi üzerinden erişilebilen bir platformdur. Bu platform aracılığıyla, alınan sağlık hizmetleriyle ilgili görüş, öneri, teşekkür, sorun çözme ve şikâyet başvuruları yapılabilmektedir. Başvuru öncelikle ilgili sağlık kuruluşu tarafından görülerek değerlendirmeye alınmaktadır. Başvurunun çözümlenememesi durumunda ya da başvuru sahibinin isteği doğrultusunda il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan "Hasta Hakları Kurulu" tarafından incelenerek hasta hakkı ihlali olup olmadığına karar verilmektedir.

Hastanelerde hasta hakları birimlerinin kurulması, hastane ve hastalar arasındaki ilişkilerin ve iletişimin düzenlenmesi ve yasal bir zemine oturtulması açısından yararlı olmuştur. Hasta hakları birimleri hastaların tıbbi konularda ve yasal hakları açısından bilgilendirilmesi, talep ve şikâyetlerinin alınması görevlerini üstlenmiştir. Böylece hasta hakları birimleri hastanedeki halkla ilişkiler faaliyetlerine destek olan bir birim olarak ortaya çıkmıştır.

1.3.3.4. Hastanelerde Danışma Karşılama ve Yönlendirme Hizmetleri

Hastaneler gerek çok farklı işlevlere sahip birimleri (tanı ve tedavi, personel, yönetim ve teknik birimler vb.) gerekse mimari yapıları açısından büyük ve karmaşık organizasyonlardır. Bu tür karmaşık yapılar, buraya ilk defa gelen ya da arada bir gelen hasta ve ziyaretçiler tarafından karmaşık ve korkutucu bulunabilir. Bundan dolayı hastanelere gelenleri binaya ya da hastane bahçesine girişlerinden itibaren hedeflerine yönlendirmek için gerekli yönlendirmeleri yapmak gerekir. Toplumun her kesiminden kullanıcı kitlesine sahip hastanelere stresli ve endişeli olarak gelen hastalar ve yakınları, içeri girdikten sonra karmaşık koridorlar ve katlar, Türkçe olmayan terminoloji vb. nedenlerle gitmesi gereken birime ulaşmakta ve derdini anlatmakta sıkıntı yaşayabilmektedir. Bundan dolayı kaybolma, geç kalma ve kendini ifade edememe gibi sebeplerle yaşadığı baskı, stres ve gerginlik artmaktadır. Ayrıca hasta ve yakınları işleri bittikten sonra da hastaneden çıkışta yönlendirme ve yardıma ihtiyaç duyabilmektedir (Kavaz ve Zorlu, 2018). Hastaneye başvuran bazı hastaların

özellikle çaresiz, mutsuz, savunmasız veya kırılgan ruh sağlığı, bu alanlardaki halkla ilişkiler faaliyetlerinin de özel bir hassasiyetle ele alınması gerektiği anlamına gelmektedir (Riggulsford, 2013).

Danışma/Banko hastane halkla ilişkilerinin önemli bir aracıdır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmanın bulgularına göre, hastaneye gelen hasta ve hasta yakınlarının özel hastanelerde %63,2'si, kamu hastanelerinde %57,3'ü hastaneye ilk girişte danışma/banko ile iletişim kurmaktadır (Ayten ve Zağlı, 2019). Hastane kurumunun hastalar gözünde somut yüzü olan danışma/banko personeli, hasta memnuniyetinin oluşmasında çok önemli bir role sahiptir. Bu birim personeli hastaneye gelen hastalara ve yakınlarına karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetleri sunarak, işlemlerinin kolaylaştırılmasında ve hızlandırılmasında önemli bir paya sahiptirler.

Işıklı veya ışıksız tabelalar, renkli yönlendirme, rehberlik çizgileri, hastane birimlerinin yerleşimini gösteren plan ve haritalar, "şu an buradasınız haritaları" hastaların gidecekleri birimi bulmalarında yardımcı olacak diğer araçlardandır. Hastaların hastaneye gelişlerinden başlayarak otopark alanlarında yönlerin daha iyi algılanması için yönlendirme tabelalarının yerleştirilmesi, boş park yerlerinin kolayca belirlenmesinin sağlanması ve yaya yollarının araçlara ait yollardan farklı bir şekilde düzenlenmesi ile yaya güvenliğinin sağlanması gerekir. Hastane içindeki mekanlar ve birimler, yön belirleyici ve yer belirleyici işaretler, yön bulmayı kolaylaştıran işaretleme, yönlendirme tabela, plan ve haritaları, yazılı ve görsel bilgilendirme sistemi, dokunarak hissedilebilen yüzeyler, aydınlatma unsurları ile renk kullanımı gibi özelliklerle belirgin hale getirilirse, hastane mekânını anlamak ve kullanmak kolaylaşacaktır (Hojjati ve Sarı, 2022).

Ayrıca mobil telefonlara yüklenen "Navigasyon Destekli Hasta Yönlendirme Sistemi", sağlık hizmetlerinde hasta yönlendirmesi ve yönetimi için ülkemizde kullanılmaya başlanmıştır. Bu sistem, hastaların doğru yerlere yönlendirilmesi ve hizmetlere kolay erişim sağlanması amacıyla mobil cihazlar üzerinden kullanılmaktadır. Bu uygulama, hastaların randevu alırken, muayene veya tetkik birimlerine giderken, hastane içindeki yolculuklarında ve diğer sağlık hizmetlerinde doğru yönlendirmeleri sağlamak için navigasyon özelliklerini kullanır. Hastalar, mobil uygulama üzerinden randevu saatlerini kontrol edebilir, klinik veya tetkik birimlerine nasıl ulaşacaklarını öğrenebilir ve yönlendirme bilgilerini takip edebilirler (A.A., 24.12.2022).

Bu sistem, hastaların doğru yere zamanında ulaşmalarını kolaylaştırarak bekleme sürelerini azaltır ve sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlar. Hastalar, hastane içindeki yönlendirmeleri takip ederek kaybolma veya zaman kaybı gibi sorunlarla karşılaşmadan hizmetlere ulaşabilirler.

Ülkemizde yönlendirme hizmetleriyle ilgili olarak önemli bir gelişme yaşanmıştır. Mesleki Yeterlilik Kurumu, 2019 yılında danışma, karşılama ve yön-

lendirme hizmeti ihtiyacının karşılanması amacıyla "Hasta Yönlendirme Personeli" hakkında Ulusal Meslek Standardını oluşturmuştur (MYK, 2019). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü de hasta danışma, karşılama ve yönlendirme hizmeti ile ilgili "Hizmet Sunum Rehberi" hazırlamış ve hizmetin tanımını yapmıştır. Bu tanıma göre hasta danışma, karşılama ve yönlendirme hizmeti bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalar, hasta yakınları ve burada çalışan personelin güler yüzlü ve doğru iletişim yöntemleriyle karşılanarak, doğru bilgilendirme ve yönlendirmelerle hizmet sunumlarının kolaylaştırıldığı hizmetlerdir. Bu hizmetler, sağlık tesisi yönetimi tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde yürütülmektedir (Hizmet Sunum Rehberi, 2020). Bu gelişmelerle birlikte birçok üniversite Hasta Karşılama ve Yönlendirme Personeli Eğitimi Sertifika Programı açmıştır. 2022 yılında Sağlık Bakanlığına KPSS sınavı ile 604 hasta karşılama ve yönlendirme görevlisi ataması ilanı çıkmıştır (Resmi Gazete, 2022). 22 Mart 2023 tarihli Resmî Gazete'de de KPSS sınavı ile 520 hasta karşılama ve yönlendirme görevlisi ataması ilanı yayınlanmıştır (Resmi Gazete, 2023).

Hastanelerde hasta karşılama ve yönlendirme personelinin istihdam edilmeye başlanmasıyla birlikte, hastanelerdeki hasta karşılama, yönlendirme ve danışma hizmetlerinin uygulanması konusunda halkla ilişkiler biriminin görevlerinden bir kısmı hasta karşılama ve yönlendirme personeli tarafından üstlenilmiş olmaktadır. Bu pozisyona başvuru yapacak ve atanacak adayların, ortaöğretim kurumlarının halkla ilişkiler ve organizasyon hizmetleri alanından, lisans ve ön lisans mezunlarının halkla ilişkiler ve tanıtım programlarından mezun olması gerekmektedir (www.isinolsa.com, 2023).

1.3.3.5. Dilek ve Öneri (Şikâyet) Kutuları

Hastane hizmetleri hakkında olumlu veya olumsuz izlenimlerin bildirilmesinde, ilk başvuru noktaları hastane yönetimi ve halkla ilişkiler bürolarına yapılan şahsi müracaatlar veya dilek ve öneri kutularına yapılan bildirimlerdir. Konunun önem derecesine ve hastanın kişilik yapısına ve zamanına göre iki seçenekten biri tercih edilmektedir. Bu tip bildirimler, hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi açısından bir iç halkla ilişkiler aracıdır (Gürüz, 1993). Özellikle şahsi müracaatlarda bireye, kurumun titizlikle konunun inceleneceği ve gereğinin yapılacağı izlenimi verilmelidir. Aksi takdirde hem kurum hakkında olumsuz bir izlenim oluşmasına hem de müracaat sahibinin dikkate alınmak için üst yönetime başvurup, onları asli görevlerinden alıkoyabilmelerine neden olunacaktır (Ertekin, 2000).

Dilek ve öneri kutuları, hem kurum içi iletişim aracı olarak personelin kurumla ilgili düşüncelerini almaya yönelik bir mekanizma olarak kullanılmakta hem de hasta ve yakınlarının kurumla ile ilgili görüşlerini, şikâyetlerini ve önerilerini iletmelerini sağlayan bir araç olarak değerlendirilmektedir (Işık M., 2011). Dolayısıyla hem iç hem de dış halkla ilişkiler ve tanıma işlevlerinin ye-

rine getirilmesinde önemli bir veri kaynağı ve oldukça etkili bir halkla ilişkiler aracı olma özelliği taşımaktadır. Dilek ve öneri kutuları hasta veya personelin doğrudan yüz yüze dile getirmeye çekindiği veya muhatap bulamadığı için iletmeyi başaramadığı düşüncelerini kuruluşa aktarmalarını sağlayan önemli ve zamanı geçmeyecek bir geri bildirim aracıdır (Demir Ş., 2011).

2014 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Genelgesi doğrultusunda üniversite, kamu ve özel hastaneler, kamu ve özel diş poliklinikleri, tıp merkezleri ve diğer toplum sağlığı kuruluşlarında iletişim birimleri kurulması öngörülmüştür. Bu bağlamda internet tabanlı Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS) oluşturulmuştur. Böylece, dilek ve şikâyet başvurularının internet üzerinden alınması ve takibi, değerlendirme ve sonuçların tebliğ edilmesi işlemlerinin internet üzerinden elektronik ortamda yürütülmesi sağlanmıştır. HBBS ile sorunların ve isteklerin kurul tarafından ele alınması, çözümlerin hızlı ve tarafsız bir şekilde resmi kanaldan gerçekleştirilmesi hasta güveninin ve memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

1.3.4. Hastanelerde Dış Halkla İlişkiler Araç ve Uygulamaları

Kurumlar, hedef kitleleri ve paydaşları ile etkileşime geçerek, karşılıklı anlayış ve iş birliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Halkla ilişkiler, bu yönetim sürecinin önemli bir unsurudur ve kurumun dış çevresine yönelik faaliyetleri kapsayan bir dizi etkinlik, ortam ve araç içermektedir. Ancak her bir etkinlik, kendine özgü dinamiklere sahip olup belirli tekniklerin kullanımını gerektirmektedir (Gürgen, 2006).

1.3.4.1. Kamuoyu Araştırmaları

Hastane halkla ilişkilerinde iç ve dış hedef kitleleri tanımak için gerekli verilerin önemli bir kısmı kamuoyu araştırmalarıyla elde edilmektedir. Bu araştırmaların en çok kullanılanları; kamuoyundaki hastane hakkındaki düşünceleri öğrenmek için tutum araştırmaları, kamuoyu araştırmaları, hedef kitlelerin motivasyonunun ve tatmin düzeyinin nasıl artırılacağını tespit etmek için motivasyon araştırmaları, hastanenin iç ve dış hedef kitlelerinin sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik eğilimlerinin saptanması, kurumun ve rakiplerin pazardaki yerlerini ortaya çıkarmak için pazar araştırmaları, hedef kitlenin hastane seçimlerinde etkili olan unsurları belirlemeyi hedefleyen pazarla ilgili araştırmalar, tanıtım teknikleri kullanılarak hedef kitleye yönelik hazırlanacak mesajları tasarlamak ve stratejiler oluşturmak amacıyla metin araştırmaları, hedef kitleye ulaşan mesajların etkilerini, olumlu tutum ve davranışlar oluşturup oluşturmadığının ölçülmesini amaçlayan okur araştırmaları, gerçekleştirilen halkla ilişkiler faaliyetlerinin planlanan amaçlara ne kadar ulaştığının ölçülmesine yönelik değerlendirme araştırmalarıdır (Bateman, 1998).

Sağlık işletmeleri arasında yaşanan rekabet dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde kalitenin ve hasta memnuniyetinin artırılması, hasta beklentilerinin daha iyi karşılanması konularına dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilgi artmaya başla-

mıştır. Bütün sektörlerde rekabetçi ortam nedeniyle kaliteyi artırmak hem özel sektör kuruluşları hem de kamu kurum ve kuruluşları için de bir zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır. Son yıllarda ülkemizdeki tüm kamu sektöründe, özel olarak da kamuya ait sağlık kuruluşlarında kalite yönetim sistemleri, kalite geliştirme, müşteri/hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik ve hizmet kalitesini ölçme-değerlendirme amaçlı araştırmaların yoğunlaştığı ve bu konular ile ilgili akademik yayınların arttığı gözlemlenmektedir. (Rahman vd., 2007) Örnek olarak (Olazo, 2023), (Sunaryo vd., 2023), (Arslanoğlu ve Varol, 2022) gibi çalışmalardan söz edilebilir.

Halkla ilişkiler uzmanları, bilgi ihtiyaçları basit olgu bulma ve tesadüfi analizden hedef kitle üyelerinin fikirleri, tutumları ve motivasyonlarına ilişkin daha karmaşık bir anlayışa doğru evrildiğinden, daha karmaşık kamuoyu araştırmalarına ihtiyaç duymaktadırlar. Medya mesajının etkililiğini anlamak ve kampanya sonrası etkileri ölçmek için izleyici motivasyonlarını ve davranışlarını anlayarak kıyaslama yapmak amacıyla, kitlelerin kampanya öncesi tutumlarını, görüşlerini ve davranışlarını ölçmek için biçimsel araştırma yöntemleri kullanırlar. Bu tür araştırmaların sonuçları, halkla ilişkiler uygulayıcılarının ve kuruluşlarının hedef kitleleri başarılı bir şekilde anlamalarına ve kampanya sonuçlarını ölçmelerine yardımcı olarak programın başarı olasılığını artırmaktadır (Austin ve Pinkleton, 2008).

Hastanede bir dış anket firması veya kurum içi halkla ilişkiler birimi tarafından hasta memnuniyet anketleri ve çalışan memnuniyet anketleri yapılabilir. Bu ankette hastalara sunulan farklı hizmetlerle ilgili çoktan seçmeli bir anket soru formu hazırlanır. Anketten elde edilen sonuçlara göre gerekli düzenlemelerin yapılması gerekir. Bunun yanında görüş ve öneriler ile problem çıkarma potansiyeli olan aksamaların, daha şikâyetler ortaya çıkmadan önlenmesi açısından öngörüler oluşturulabilir. Anket sonuçlarının; hastanede verilen hizmetler için alınan şikâyet sayısı, (şikâyet sayısının azlığı hastane yönetim ve halkla ilişkilerin olumlu performansının bir göstergesidir) personelden alınan geri bildirimler, tedavi edilen hastaların tekrar gelme oranları, hasta sayısının artışı veya azalışı, yerel medyada ve sosyal medyada hastane ile ilgili çıkan yorumlar, tıbbi tavsiyeye rağmen tedavisi bitmeden hastaneden ayrılan yatan hasta sayıları gibi verilerle de örtüşmesi gereklidir (Khan vd., 2021).

Kamuoyu araştırmaları yöneticilerin her gün karmaşık planlama ve problem çözmelerine yardımcı olmak için nispeten düşük bir maliyetle doğru bilgileri hızlı bir şekilde edinmelerine yardımcı olmaktadır. Hiçbir araştırma veya planlama, bir kuruluşun düşük performansının sonuçlarını kaldıramaz. Fakat araştırmaya dayalı halkla ilişkiler uygulamaları, yöneticilerin karmaşık sorunları çözmelerine, amaç ve hedefleri belirleyip gerçekleştirmelerine veya aşmalarına, hedef kitlelerin görüş ve inançlarını anlamalarına, kampanya sonuçlarını

ölçmelerine yardımcı olarak başarı ihtimalini artırır (Austin ve Pinkleton, 2008).

Kamuoyu araştırmalarının fonksiyonlarına, 2020 yılı Mart ayı başlarında PRC (Pew Araştırma Merkezi) tarafından halkın pandemiye tepkisini ölçmek için gerçekleştirdiği anket uygulaması örnek verilebilir. Bu anketle, sağlık uzmanları ve kamu görevlileri arasında artan endişelerin halktaki yansımaları ölçülmeye çalışılmış (PEW, 2020), insanların salgının oluşturduğu tehdide ilişkin algıları, hükümet ve sağlık camiasının cevap verme konusundaki güven düzeyleri ve haber medyasının pandemiyi nasıl haber yaptığına ilişkin yargıları test edilmiştir. Sonraki anketler, pandeminin ekonomik serpintisi ve akıl sağlığı sonuçlarını takip etmiş ve internetin önemini ve halkın aşı olma isteğini araştırmıştır. Aşılanan halkın payına ilişkin anket verileri, CDC tarafından belgelenen gerçek payla neredeyse tamamen eşleşmektedir. Bu anketler, büyük haber kuruluşları, akademik araştırmacılar ve diğerleri tarafından gerçekleştirilen benzer çalışmalarla birlikte, politikacılara, işverenlere, dini liderlere ve halka, salgının insanları nasıl etkilediğini ve hükümetten bununla başa çıkmak için neler yapmasını istedikleri konusunda yol gösterici olmuştur (Keeter, 2022).

1.3.4.2. Medyayla İlişkiler

İletişim araçları ve internet tabanlı teknolojilerin günümüzde çok hızlı ilerlemesi, insanların bütün dünyadaki olaylardan anında haberdar olmasını, birçok konu üzerinde çok az bir maliyetle bilgi sahibi olma imkânını elde etmelerini sağlamıştır (Kalender A., 2005). Basınla ilişkilerin, "bir kurum ya da kuruluşun gerçekleştirmiş olduğu etkinliklere, kamuoyunun ilgisini çekebilen medya araçları arasında gerçekleştirilen iletişim" olarak tanımlaması mümkündür (Göksel ve Yurdakul, 2007). Basın ya da medya, toplumsal beklentilerin, dilek ve şikâyetlerin tespit edilmesinde halkla ilişkiler biriminin kullandığı ucuz, güncel ve hızlı bilgi kaynaklarından biridir (Tarhan ve Bakan, 2013).

Hedef kitlesine ulaşmayı ve etkilemeyi, onlarda anlayış ve sempati oluşturmayı amaçlayan halkla ilişkiler için medyanın taşıdığı özellikler birçok avantajlar taşımaktadır (Canöz K., 2010). Kitle iletişim araçları bir mesajın eğlenceli bir şekilde sunulmasını sağlayabilmekte, bu da halkla ilişkiler uzmanlarının hedef kitlenin dikkatini çekmesine yardımcı olmaktadır. Kitle iletişim araçlarının bir başka avantajı da, kaynağın alıcıya uzaklığı ve canlandırmalarla durumun daha iyi anlatılmasına imkân sağlamasıdır. Korkutucu veya utanç verici konular (örneğin uyuşturucu kullanımı) gibi bazı şeyler uzaktan daha rahat anlatılabilir. Ayrıca bazı araştırmalar, operasyondan önce cerrahi teknikleri açıklayan videoların hastalara izletilmesinin kaygıyı azaltabileceğini göstermektedir. Bu durum, dolaylı olarak deneyimlenen bir şeyin, gerçek hayatta genellikle daha az endişe verici hale geleceği, dolaylı deneyimin belirsizlik unsurunu ortadan kaldırdığı, korkularımızın çoğunun belirsizlikten ve kontrol eksikliği

hissetmekten kaynaklandığını gösterdiği şeklinde açıklanmaktadır (Austin ve Pinkleton, 2008).

Toplumsal sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin çoğu, halkla ilişkiler birimleri tarafından yürütülen medya ilişkileri sonucunda medya aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Halkla ilişkiler birimleri kişisel ve halk sağlığını desteklemek amacıyla kitle iletişim araçları ile birlikte diğer iletişim yöntemlerini de kullanmaktadır. Bu faaliyetler arasında web siteleri oluşturmak, sağlık programları düzenlemek, medyanın ilgisini çekmek için çeşitli organizasyonlar yapmak gibi etkinlikler yer almaktadır (Ristino, 2007). Halkla ilişkiler bir tanıma ve tanıtma süreci olarak düşünüldüğünde hastane için medya, hedef kitlelerini tanıma ve hastaneyi onlara tanıtma faaliyetlerinde ihtiyaç duyduğu çok önemli bir araçtır. Dolayısıyla medya, varlık sebeplerinden biri toplumu sağlık konusunda bilgilendirmek ve bilinçlendirmek olan hastanelerdeki halkla ilişkiler birimlerinin hedef kitlelere ulaşmak için kullandıkları araçlardan biri durumundadır (Işık M., 2011). Bununla birlikte, kitle iletişim araçlarının zayıf yönleri de söz konusudur. Bir mesaj birçok kişiye ulaştığında, bazıları tarafından yanlış yorumlanma riskiyle karşı karşıya kalınabilir ve kitle iletişim araçları iki yönlü iletişim için daha az fırsat sağlar. Bir kanalda ne kadar az geri bildirim varsa, istenmeyen etkilerin meydana gelme potansiyeli de o kadar fazladır (Austin ve Pinkleton, 2008).

Medyanın ilgisini çekmek ve haber değeri taşıyan olayların medyada yer almasını sağlamak için, haberlerin, kitlelerin ilgisini çekecek ve onlara fayda sağlayacak bilgiler içermesi gerekmektedir. Kabul edilemez hikayeler haber değeri taşıyan olaylar olarak sunulmamalıdır, çünkü bu durum sağlık kurumlarının güvenilirliğini zedeler ve gerçek değeri olan hikayelerin medyada yer alma şansını azaltır. Bununla birlikte, gerçekten haber değeri taşıyan hikayelerin, halkla ilişkiler kanalları aracılığıyla uygun şekilde duyurulması gerekmektedir (Elrod ve Fortenberry, 2020).

Hastanenin halkla ilişkiler biriminin basın organları ile güven esasına dayalı olarak kurulacak ilişkilerden her iki taraf da kazançlı çıkacaktır. Hastanenin halkla ilişkiler birimi kurumsal etkinliklerin basın yayın organlarında haber olarak yayınlanmasını sağlayarak kamuoyunda olumlu bir hava ve imaj oluştururken, basın organları da bu etkinliklere yer vermek suretiyle bir anlamda haber ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar (Aydede, 2002).

Hastanenin halkla ilişkiler uzmanının belirli bir düzeyde gazetecilik bilgisine sahip olması medyayla olan ilişkilerde önemli avantajlar sağlayacaktır (Işık M., 2011). Kuruluşlarla ilgili haberlerin veya bilgilerin medyada yer alması konusunda haberin yenilik, ilgi ve merak uyandırma, uygun iletişim araçlarında yayınlanma, zamanlama gibi noktalara dikkat edilmesi önem taşımaktadır. Halkla ilişkiler birimlerinin basın toplantısı düzenlemesi, basın bildirisi hazır-

laması, medya personeline geziler düzenlemesi gibi çalışmaları, medya ilişkileriyle olan bağlantısının doğal sonuçlarındandır (Kalender A., 2012).

Basın bildirisi hastaneyle ilgili bir etkinliğin veya yeniliğin basın organlarında yer almasını sağlamak amacıyla hazırlanmaktadır. Aynı amaçla hazırlanan basın bültenleri ise basın bildirilerinden farklı olarak periyodik ve düzenli olarak basın organlarına gönderilir (Okay ve Okay; 2002). Kurumsal web siteleri sosyal medya araçları halkla ilişkiler birimlerinin basın bildirilerini kamuoyuna duyurmak için gazete ve dergi gibi geleneksel medya araçlarına bağımlılığını ortadan kaldırmıştır.

Hastaneler basın bildirilerini genellikle; hastanenin veya personelin aldığı ödüller, yeni uygulanmaya başlayan ameliyatlar veya tedavi teknikleri, yeni alınan o yerleşim biriminde bulunmayan veya az bulunan ileri teknoloji ürünü cihazların alınması, hastanede yeni bir birimin yada servisin hizmete girmesi, ünlü bir doktorun hastanede çalışmaya başlaması, kamuoyundaki hastaneyi ilgilendiren tartışmalı konular, kriz yönetimi sırasında kamuoyunu bilgilendirmek veya hastaneyi savunmak, hastanenin yer/adres değişikliğini veya yeni açılan bir şubeyi duyurmak gibi amaçlarla hazırlamaktadır. Günümüzde basın bildirileri medya organlarına gönderilerek, kurumsal web sayfasında ve kurumsal sosyal medya araçlarında yayınlanarak kamuoyunun bilgisine ulaştırılmaktadır.

Basın toplantıları, yukarıda sayılan sebeplerle birlikte medya temsilcileri ile yüz yüze iletişim kurma ihtiyacının ortaya çıktığı durumlarda, kriz dönemleri gibi soru-cevaplı iletişimin gerekli olduğu zamanlarda düzenlenmektedir. Basın toplantısına gelenlere yiyecek-içecek ikramları yapılabilir. İkramların çeşit ve miktarlarına göre etkinlik, basın kahvaltısı, basın aperatifi, basın yemeği gibi isimler alabilmektedir.

Basın gezileri ise basına duyurulması gereken, hastanenin açılışı veya yeni bir binaya taşınması, yeni bir şube açması, yeni teknolojiye sahip çok önemli bir cihaz alınması veya kamuoyunun çok ilgisini çeken bir olay yaşanması gibi durumlarda yerinde medya personeline bilgi vermek ve tanıtım yapmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Basın gezilerinden beklenen sonucun alınabilmesi için, organizasyonun çok iyi hazırlanması gerekmektedir.

1.3.4.3. Basılı Araçlar

Dijitalleşmenin hız kazanmasıyla broşür, kitap, rapor, yıllık, kitapçık, dergi, el kitabı, afiş, pankart, duyuru panoları gibi geleneksel halkla ilişkiler araçlarının kullanım alanları daralmıştır. Kurum içi ve dışı halkla ilişkilerde web siteleri, e-mailler, sosyal medya araçları, SMS'ler bu araçların işlevlerini önemli ölçüde devralmıştır. Kâğıt ve baskı maliyetlerinin artması, dağıtım güçlükleri, saklama/depolama zorlukları, yavaşlıkları geleneksel halkla ilişkiler araçlarının dezavantajı haline gelmiştir. Bunun karşısında internet tabanlı iletişim teknolojileri ve araçları interaktif olmaları, anlık iletim yapma hızları, maliyetlerinin

çok düşük olması, saklama/depolama kolaylıkları, insanların her zaman yanında taşıdığı mobil telefonlarından ulaşılabilme imkânları gibi sebeplerle hayatımızın her noktasında yerini almıştır. Bütün kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşlarıyla birlikte hastaneler de kurum içi ve dışı halkla ilişkiler faaliyetlerini yeni iletişim teknolojileri ve araçlarını kullanarak yapmaya başlanmıştır. Kurum içi veya dışına yönelik halkla ilişkiler ve tanıma-tanıtım faaliyetlerinde kurumsal web sayfaları, kurumsal ve bireysel sosyal medya araçları, SMS'ler, Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS), Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), Elektronik Belge Yönetim Sistemi (E-BYS) gibi sistemler kullanılmaya başlanmıştır. Kurum içi iletişimde WhatsApp grupları en aktif kullanılan iletişim sistemi durumundadır.

Fakat internet tabanlı iletişim teknolojilerinin de bilgisayar, tablet ve mobil telefon gibi teknolojik cihazlarla kullanılabilme zorunluluğu, internet ağına bağlanma gerekliliği, elektrik enerjisine bağımlı olmaları ve sahteciliğin mümkün olması gibi dezavantajları vardır. Dolayısıyla sürekli krizlerle boğuşan dünyamızda internet iletişimine bağımlı olmak insanların zihninde soru işaretleri oluşturmaktadır. Sonuç olarak, internet tabanlı yeni iletişim teknolojilerinin bütün üstünlüklerine rağmen halkla ilişkilerde geleneksel araçlar her zaman yerini korumaya devam edecektir.

1.3.4.4. Sponsorluklar

Hastaneler sponsorluk faaliyetlerinde, insan sağlığına zararlı faaliyetler dışındaki alanlarda faaliyet gösteren topluma yararlı kuruluşlar, dernekler, vakıflar ve spor kulüplerini destek vermektedir. Aynı zamanda bilimsel çalışmalar, seminerler, kongreler, hastane ve kliniklerin desteklenmesi, halkın sağlık ve hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi, çevre sağlığı ile ilgili çalışmalar, aşı kampanyaları, sağlık taramaları ve engellilerin hayatını kolaylaştıracak uygulamalar gibi kültür, sanat, spor ve sağlık gibi alanlarda faaliyet gösteren kişi, kuruluş ve organizasyonları da nakdi ya da ayni olarak desteklemektedirler.

Hastaneler sponsorluk faaliyetleriyle hem topluma katkı sağlamayı hedeflemekte hem de medya ve sosyal medya platformlarında geniş kitlelere kendilerini tanıtma fırsatı bulmaktadırlar. Aynı zamanda, sponsor kurumlar bu hizmetlerinde yalnızca para kazanmayı amaçlamadığını toplum sağlığına da önem verdiğini göstererek olumlu bir imaj oluşturma amacı taşımaktadırlar. Bu nedenle, sponsorluk faaliyetleri kurumların toplumsal sorumlulukları arasında yer almakta ve olumlu bir etki oluşturma potansiyeli taşımaktadır.

Kamu hastanelerinin yasal harcama kısıtlamaları sebebiyle sponsorluk imkânları kısıtlıdır. Fakat özel hastaneler özellikle zincir hastaneler geniş bir alanda sponsorluk faaliyetleri gerçekleştirebilmektedir. Örnek vermek gerekirse, Medicana Sağlık Grubu Süper Lig de dahil olmak üzere birçok ligde, çeşitli dallardan 19 spor kulübüne sağlık sponsorluğu yapmaktadır (medicana.com.tr, 2023). Acıbadem Hastanesi Türkiye Futbol Federasyonu, Türkiye Basketbol

Federasyonu, Türkiye Voleybol Federasyonu, Türkiye Hentbol Federasyonu ile birlikte, çeşitli branşlardan 18 yerli ve yabancı spor kulübüne sponsorluk yapmaktadır (acibadem.com.tr, 2023).

Sponsorluk harcamaları vergi usul kanununa göre teşvik edici belgelerle belgelendirilmek şartıyla kurumlar vergisi matrahının tespitinde gider olarak dikkate alınmakta, beyanname üzerinde kurum kazancından indirim konusu olmaktadır (K.V.K., 2006).

1.3.4.5. Sosyal Sorumluluk Faaliyetleri

Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı, toplumsal sorumluluk anlayışı ile işletmelerin toplumsal kalkınmaya, çevrenin korumasına, temel haklara saygı duymaya kendiliklerinden gönüllü olarak katkıda bulunmasını ifade etmektedir. 2000'li yıllara doğru kurumsal vatandaşlık kavramı, bir şirketin tüm iş süreçlerindeki sorumluluklarını içeren yeni bir iş felsefesi olarak kabul edilmiştir. Bu felsefenin yalnızca gönüllü yapılan sosyal sorumluluk faaliyetlerini ve hayır işlerini değil, aynı zamanda şirketin genel iş faaliyetleri ve süreçlerini de içerdiği kabul edilmeye başlanmıştır. Sosyal sorumluluk projeleri, zorunlu olmayan gönüllü olarak yapılan faaliyetler olarak bilinseler de; günümüzde rekabetin artması ve iletişim teknolojilerinin gelişmesi nedeniyle işletmelerin bütün faaliyetleri sürekli göz önünde olmaya başlamıştır. Tüm toplumsal kesimler işletmelerden sosyal sorumluluk faaliyetleri yapmalarını bekler hale gelmiştir. Sosyal sorumluluk faaliyetleri adeta gönüllü olmaktan daha çok, zorunlu olmaya başlamıştır (Tunçel, 2011).

Halkla ilişkiler kavramının temelinde, kendisinden ayrılmaz bir şekilde sosyal sorumluluk anlayışı bulunmaktadır. Etik bir şekilde ve temel bir sosyal sorumluluk duygusuyla uygulanan bu tür halkla ilişkiler, ister yerel ister küresel olarak uygulansın, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde somutlaşan ve tüm vatandaşlara sağlanan haklarla uyum içindedir. "Mahremiyet hakkı, yazışmaların gizliliği ve vicdan, ifade, toplanma ve örgütlenme özgürlüğü özel mülkiyet hakları, yargı bağımsızlığı ve basın özgürlüğü" gibi. Bu haklar, her insanın bireysel değerinin altını çizmekte ve kuruluşlarına ve topluluklarına en iyi şekilde hizmet etmeyi amaçlayan halkla ilişkiler uzmanları için bir kontrol listesi görevi görebilmektedir (Tilson, 2010).

Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı, son yıllarda tüm sektörlerle birlikte sağlık sektöründe de yaygın bir kullanım alanı bulmaya başlamıştır. Hastaneler, sağlık hizmetlerini yürütürken destek sağlayan bütün paydaşlarının çıkarını korumak, hukuki ve genel etik standartlar gereği doğal çevreye zarar vermemek, toplumla ortak bir vizyonu paylaşmak ve sosyal amaçlarını gerçekleştirmek gibi çeşitli sorumluluklara sahiptir. Hastaneler bu sorumluluklarını yerine getirmekte genel olarak topluma, özel olarak da hedef kitlelerine karşı sorumludur (Brandão vd., 2013).

Hastaneler düzenledikleri toplumda farkındalık oluşturmaya yönelik etkinliklerde hedef kitlelerine hem tanıtım yapma imkânı bulmakta hem de toplum yararına yaptıkları işlerden dolayı prestij kazanmaktadırlar. Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarının sosyal sorumluluk faaliyetlerine aşağıdaki örnekler verilebilir:

Medicana Sağlık Grubu'nun gerçekleştirdiği sosyal sorumluluk etkinliklerinden bazıları şunlardır. Sağlıklı Büyüyen Bebekler eğitim programları, Sağlık ve Spor Buluşmaları, organ bağışı farkındalık eğitimleri, Sporcu Çocuklarda Doğru Beslenme bilgilendirme programları, Medicana Müzik Topluluğu Sağlık İçin Sahnede etkinlikleri, Obezite Okulu Toplantısı, Dünya Diyabet Günü nedeniyle sporcuların şeker ölçümü yapılması, Meme Kanseri Farkındalık Ayı'nda 'Meme Kanseriyle Savaşa Varız' sloganıyla gerçekleştirilen etkinlikler (Medicana Sağlık Grubu, 2023).

Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi, devlet üniversitesi olarak çeşitli sosyal sorumluluk faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu faaliyetler arasında OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi İlköğretim Okulu'na destek sağlanması, Organ Bağışı Haftası etkinliklerinin düzenlenmesi, pandemi döneminde "Pandemide Çocuk Olmak" temasıyla gerçekleştirilen etkinlikler, Lösemili Çocuklar Haftası kapsamında "Sevgi İyileştirir" sloganıyla yapılan faaliyetler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Türk Kızılay'ı Samsun Şube Başkanlığı ile yürütülen "Hoş Geldin Paketi" projesiyle lösemi, kanser ve kronik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatan çocuklara ihtiyaç duyabilecekleri malzemelerden oluşan hediye paketlerinin sunulması ve "Hoş Geldin" ziyaretiyle moral ve motivasyonlarının artırılması, ayrıca "Sevgi Bohçası" projesi kapsamında sosyoekonomik açıdan zorlanan ailelere doğum sonrasında psikososyal destek sağlanması amacıyla Türk Kızılay'ı ile işbirliği yapılarak bebek ve annenin temel ihtiyaçlarının temin edilerek tedavi süreçlerinin kolaylaştırılmaya çalışılması yer almaktadır (OMU Hastane, 2023).

Medipol Sağlık Grubu'nun sosyal sorumluluk faaliyetleri şunlardır: Meme Kanseri Farkındalık Ayı kapsamında "Hayatın Yanındayız" etkinlikleri düzenlenmesi, çeşitli hastalıklarla mücadele eden çocukların hastane korkularını yenmeleri ve hayatın içinde kendilerini mutlu hissetmeleri için gerçekleştirilen Kardeşime Kitap Okuyorum projesi. Bu projede ayrıca çocuklara kitap okuma alışkanlığı kazandırılması amaçlanmaktadır. Projeye destek veren isimlerden biri de milli futbolcu Arda Turan'dır ve proje Medipol Başakşehir takımıyla birlikte hayata geçirilmiştir (Medipol Sağlık Grubu , 2023).

1.3.4.6. Kongre, Panel, Seminerler ve Toplantılar

Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri sağlık alanında gelişmeleri duyurmak, güncel sorunlara çözüm yolları bulmak amacıyla bilimsel kongre, seminer, panel ve toplantılar düzenlerler (SAD-HSYK, 2022). Böylece sağlık alanında ulusal kongrelerde ülkemizde, uluslararası kongrelerde Dünya-

da hastanelerinin adından söz ettirmek ve kongreye katılanlara hastanelerinin tanıtımını yapma fırsatı bulurlar (SBÜ-G-EAH, 2022).

Dünyada ve ülkemizde yılda Dünya Diyabet Haftası, Kalp Sağlığı Haftası, Kanser Haftası gibi 24 hafta, Dünya Tüberküloz Günü, Dünya Astım Günü, Down Sendromlular Günü gibi 87 gün bulunmaktadır (A.Ü., 2023). Bu günler ve haftalar hastanelere gün ve haftalarla ilgili halka açık konferans, seminer, panel ve toplantılar düzenleme fırsatı vermektedir. Böylece hastaneler bu organizasyonlarla topluma kendilerini tanıtma imkânı bulmaktadır.

Hastaneler kendilerini topluma tanıtmak amacıyla kuruluş yıl dönümü, anneler günü, indirimli check-up günleri gibi sağlık günleri düzenlemektedir. Bunun yanında, doğum öncesi-bakım, çocuk hastalıkları ve aşılar, bulaşıcı hastalıklar, ruh sağlığı, alzheimer, alkol, sigara ve kilo sorunlarının tedavisi, şeker, tansiyon ve kalp hastalıkları, meme kanseri, acil yardım, çevre sağlığı ve organ bağışı vb. gibi toplumun birçok kesimini ilgilendiren konularda halka açık toplantılar, paneller ve konferanslar organize etmektedir. Bu faaliyetlerin amacı hem bir hizmet vermek hem de bu faaliyetler nedeniyle hastaneye gelenlere, hastaneyi tanıtmaktır.

Halkla ilişkiler uygulamalarında iç hedef kitlede farkındalık oluşturmanın en etkin yolu yüz yüze iletişimin kurulduğu toplantılardır. Bu nedenle halkla ilişkiler birimleri, hastane personelinin bilgi ve görgüsünü artırmak amacıyla hastane içinde panel, seminer ve toplantılar düzenlemektedir. Bunun dışında hastane personeli hastanenin matriks yönetim yapısı nedeniyle eşgüdüm sağlamak amacıyla da sık sık toplantı yapmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu toplantılar hastane personeline yönelik iç halkla ilişkiler faaliyetlerinin yapılması için de bir fırsattır. Ayrıca hastanenin misyon ve vizyonunu anlatmak, değişiklik ve yenilikleri duyurmak, hizmet içi eğitimler yapmak amacıyla da toplantılar düzenlenmektedir.

Hastanelerin iç halkla ilişkiler bağlamında toplantı düzenlemesinin yanında kamuoyu oluşturmak için sivil toplum örgütlerine ve halka yönelik açık toplantılar da organize edilmektedir. Bu toplantıların temel iki faydası bulunmaktadır. Öncelikle halkın hastane hizmetlerine ilişkin izlenimlerini net olarak öğrenme fırsatı elde edilmektedir. Böylece halktan gelen öneriler değerlendirilerek hem hastane hem de hastalar için maksimum fayda üretecek hizmetler tasarlanabilmektedir (Tengilimoğlu D., 2001). Ayrıca en tarafsız ve ucuz tanıtımın gerçekleştirildiği kulaktan kulağa pazarlama (kullanıcıların çevresinde bulunan tanıdıklarına deneyimledikleri veya güvendikleri hizmet hakkında bilgi vermesi) gerçekleştirilmiş olmaktadır.

1.3.4.7. Kriz Yönetimi

Hastanelerin değişimlerden etkilenmesi ve krizlerle karşılaşması diğer kuruluşlara göre daha ihtimal dahilindedir. Teknolojideki hızlı değişim ve toplumun sağlık hizmetlerinde sürekli daha kaliteli hizmet talebinde bulunması

nedeniyle hastanelerde değişimin etkileri daha fazla yaşanmaktadır. Hastaneler, tıbbi hatalar ve yanlış tedaviler gibi tartışmalı konularla ilgili krizlerle daha sık karşılaşabilmektedir (Ristino, 2007: 72). Halkla ilişkilerin kriz yönetiminde bir çatışmanın seyri üzerindeki etkisi, çatışmayı azaltmayı sağlayabilir. Örneğin kürtaj karşıtlığının sadece kliniklere değil, aynı zamanda müşterilere, doktorlara ve hemşirelere de saldırması gibi, aktivist amaçlarla çatışma tırmandırılabilir (Cameron vd., 2008). Bu tür gerginliklerin yaşandığı anlarda halkla ilişkiler kuruluşun ve çeşitli paydaşlarının veya toplumun karşılıklı yararına rekabet ve çatışmanın stratejik yönetimini gerçekleştirerek çatışmayı sonlandırabilir (Wilcox vd., 2006).

Kriz anında yapılacak en doğru şey kamuoyu ve hedef kitlelerle açık iletişim kurmaktır. Krizlerin yaşandığı dönemlerin kamuoyunun daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğu dönemler olduğu unutulmamalıdır. Krizler kesinlikle halkla ilişkiler birimlerinin görev ve sorumluluğundadır, bu nedenle halkla ilişkiler biriminin neler olup bittiğini bilmesi gerekmektedir (Riggulsford, 2013). Kamuoyunu bilgilendirmek amacıyla hızlı ve sistematik faaliyetler yapılmalıdır. Basın toplantıları medya temsilcilerinin tek taraflı bilgilendirmesi şeklinde olmamalı, gazetecilerin tüm soruları cevaplanmalıdır. Bunun aksine tutum ve davranışların gerçek dışı bilgilerin ve söylentilerin artmasına dolayısıyla krizin derinleşmesine sebep olacağı unutulmamalıdır (Güreşçi, 2020).

Halkla ilişkiler birimleri, faaliyetleri ile toplumsal destek sağlamayı, yapıcı bir atmosfer oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu faaliyetlerde halkla ilişkiler uzmanlarının kişisel iletişim becerileri de önemli rol oynamaktadır. Hastanelerin muhtemel krizleri başarılı bir biçimde atlatabilmesi için önceden kriz yönetim planları yapmış ve sistematik bir iletişim ortamı kurmuş olması kriz sürecinde kurumun yararına olacaktır (Ristino, 2007). Kriz daha ortaya çıkmadan hazırlık yapmak ve önlem almak gereklidir. Değişken bir çevrede ve farklı gündemlerde konuyu iletişimsel hedefler doğrultusunda yönetmek, konu yönetimi ve stratejik halkla ilişkiler bakış açısını gerektirir (Bulduklu ve Yarar, 2018).

1.3.4.8. Kurumsal Web Siteleri

Başarılı bir web sitesi tasarlamak için öncelikle işletmenin kimliğinin tam olarak belirlenmesi gereklidir. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastaneler için internet, hedef kitlelere kolay ve hızlı bir biçimde ulaşmanın özel bir yolu olarak öne çıkmaktadır. Kurumsal web siteleri, hastane yönetimleri tarafından kullanılarak, tüm hedef kitlelere erişim sağlayabilir ve kurumun yapısını, insan kaynaklarını, kültürünü, kimliğini, hedeflerini ve hizmetlerini detaylı bir şekilde aktarabilirler. Web siteleri doğru bir şekilde kullanıldığında, kurumun imajını oluşturma açısından önemli avantajlar sağlayabilirler (Yurdakul ve Öksüz, 2007). Web siteleri, müşteri ve işletme arasında etkileşimli iletişim sağlayan, müşteri bağlılığını pekiştiren ve güven veren özellikte olurlarsa başarılı sayılırlar (Muylle vd., 2004).

Hastane yönetimleri web sitelerinin imaj ve itibar yönetimleri açısından hedef kitleler üzerinde bir algı yarattığını sürekli akıllarında tutmalı, internet üzerinde sundukları hizmetleri ve bilgileri dikkatli bir şekilde hazırlamalıdır. Hastaneler, kurum içi ve kurum dışı hedef kitlelere ulaşmak için web sitelerini kullanmaktadır. Bu nedenle hastane web sitelerinde farklı hedef kitlelere yönelik birçok bilgi bir arada bulunmaktadır (Değirmen ve Küçükcan, 2019). Dijital teknolojiler site içeriklerinin yeni ürün ve özel fırsatlar paketleri ile günlük olarak güncellenmesi, hastanelerin hedef pazardaki yerini geliştirecektir.

Kurumsal tanıtım ve tanınırlığı artırmak için kullanılan yöntemlerden biri olan kurumsal reklamın halkla ilişkilere göre ekonomik açıdan daha maliyetli olduğu bilinmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin yasal olarak reklamının yapılamaması, hastaneleri, düşük maliyetli reklam ve tanıtım mecrası olarak web sitelerine yönlendirmektedir. Bu nedenle hastanelerin kurumsal web sitelerinin etkili ve rasyonel bir şekilde kullanılması, reklam ve tanıtım açısından büyük önem taşımaktadır (Özsarı vd., 2016).

Kurumsal web sayfalarının kurum ve kuruluşlar için yararları şu şekilde özetlenebilir (Okay ve Okay, 2014):

- Medya kuruluşları ile bilgi alışverişinde bulunmak
- Basın bülteni yayınlamak
- Hedef kitle ve çalışanlarla birebir interaktif iletişim kurmak
- Kurum imajını ve kimliğini korumak

1.3.4.9. Kurumsal Sosyal Medya

Sosyal medya ortamlarının ortaya çıkması ve gelişmesiyle sağlık iletişimi de hızlı bir dönüşüm geçirmiştir. Hedef kitlelerdeki bireylerin birbirleriyle etkileşim kurabilmelerine, topluluklar geliştirebilmelerine ve bilgi ve düşünce paylaşımları yapabilmelerine imkân sağlayan sanal topluluklar veya ağlar kurmalarına yol açmıştır (Al-Bahrani ve Patel, 2015). İnsanlar geniş kitlelere mesajlarını iletmek için geleneksel kitle medyası yerine sosyal medya ve diğer dijital araçları tercih etmektedir. Bu araçlar, ölçüm araçlarını kullanarak mesajlarını daha hedefe odaklı bir şekilde iletebilmeyi sağlamaktadır. Profesyonel kullanıcılar, bu araçlar aracılığıyla belirli yaş gruplarına, belirli bir meslek grubuna ya da belirli bir siyasi yönelime sahip olan veya organik beslenmeyi tercih eden daraltılmış gruplara kolayca ulaşabilmektedir. Bu sayede mesajlar daha etkili bir şekilde iletilmekte ve hedeflenen kitleye daha doğru bir şekilde ulaşılmaktadır (Bilgiç ve Akyüz, 2020).

Günümüzde insanlar sosyal medyayı hastalıklarıyla ilgili bilgi edinmek ve tedavi için araştırma yapmak amacıyla kullanmaktadırlar. Sağlık uzmanları ise, hastalarıyla iletişim kurmak, eğitim, meslektaşları ile iletişim ve koordinasyon, eğitim amaçlı simülasyonlar, sağlık ve hastalık destek grupları, sağlık organizasyonları için bağış, sağlık konusundaki diğer sosyal ağlarla bağlantı kurmak, halk sağlığı alanında mesajların hızlı ulaştırılması, bulaşıcı hastalıkların izlen-

mesi, verilerin hızla toplanması gibi farklı amaçlar için sosyal medyadan yararlanmaktadırlar (Gencer vd., 2019).

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurumlar tarafından sağlık, hastalık, bilinçli beslenme gibi alanlarda faydalı bilgilerin sosyal medya platformlarında paylaşılması, doktorların aktif şekilde sosyal medya kullanımı, hastaların moralini yükseltecek faaliyetlerin duyurulması ve sağlıkla ilgili kampanyaların anlatılması gibi hususlarda hedef kitle ile doğrudan iletişim kurulması, sağlıklı bir toplumun oluşumuna katkıda bulunacak ve kurumlara önemli avantajlar sağlayarak stratejik bir yönetim anlayışının ortaya çıkmasını yol açacaktır. Bunun yanı sıra, sosyal medya platformlarının diğer kitle iletişim araçlarına kıyasla hızlı ve düşük maliyetli olma özelliği, hedef kitle düşünceleri hakkında bilgi edinme fırsatı sunması gibi avantajları, halkla ilişkiler uygulamalarına önemli katkılar sağlayacaktır. Bu sebeple, hastaneler de sosyal medya araçlarını kullanmaya yönelmektedirler (Househ M., 2013).

Sosyal medya, sağlık kurumlarının hedef kitleleriyle doğrudan iletişim kurarak sağlık hizmetleri hakkında bilgi vermek, etkinlikler düzenlemek ve kampanyalar yürütmek için kullanabilecekleri stratejik bir araçtır. Sosyal medyanın hızlı ve düşük maliyetli olması ve hedef kitlenin düşünceleri hakkında bilgi edinme imkânı sunması, halkla ilişkiler uygulamalarına önemli katkılar sağlamaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumları sosyal medya araçlarını kullanarak hedef kitlelerine doğrudan ulaşmalı ve bu kanalları halkla ilişkiler stratejilerinin bir parçası olarak kullanmalıdırlar.

1.3.4.10. Mobil İletişim Teknolojileri

Hastalar ve tıbbi bilgi arayan bireylerin interneti daha aktif bir şekilde kullandığı günümüzde, sağlık iletişimcilerinin sosyal medya ve diğer etkileşimli araçları etkin bir biçimde kullanmaları büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde, doğru ve güvenilir sağlık bilgileri daha geniş bir kitleye ulaştırılabilir ve sağlık iletişimi daha etkili bir hale getirilebilir. Artık insanlar daha fazla mobil cihazlardan internete eriştiği için, sağlık iletişiminde içerik statik web sayfalarından mobil ve etkileşimli bilgilere doğru evrilmektedir. Mobil uygulamalar, interaktif içerikler ve canlı yayınlar gibi etkileşimli araçlar, kullanıcılara daha kişiselleştirilmiş ve etkileşimli sağlık bilgileri sunmak için kullanılmaktadır (Robledo, 2012).

Mobil sağlık teknolojilerinin ortaya çıkışı, sağlık uzmanlarına, çalışanlarına ve hastalara her zaman ve her yerde verimli bir şekilde hizmet sunmak ve almak için destek sağlama ihtiyacından kaynaklanmıştır. Mobil sağlık, sağlık hizmetlerinin mobil teknolojiler ve iletişim araçlarıyla sunulmasıdır. Bu, mobil telefonlar, hasta takip araçları ve kişisel dijital asistanlar gibi mobil teknolojilerin kullanımını içerir (Ardahan, 2018). Bu nedenle mobil sağlık, akıllı telefonlar, tabletler ve sensör özellikli el cihazları gibi mobil teknolojilerin sağlıkla ilgili amaçlarla kullanılması olarak adlandırılmaktadır. Yaygın kullanıma sahip

mobil iletişim teknolojileri halkla ilişkiler amaçlı olarak randevu hatırlatma, görüş ve şikâyetleri öğrenme, reklam ve tanıtım yapma, bağış toplama ve kurumla ilgili konu ve hizmetlerden haberdar etme gibi amaçlara hizmet eden mesajları kapsamaktadır (Kalender ve Tarhan, 2009). Sağlık Bakanlığı MHRS sistemi SMS'le randevuları hatırlatmakta, e-nabız sistemi doktor tarafından yazılan reçetenin kodunu anında hastaya bildirmekte, reçete eczane tarafından hastaya verildiği zaman tekrar bildirimde bulunmaktadır.

1.3.4.11. E-posta

Geleneksel olarak, yüz yüze iletişim ve telefon iletişimi, hastaların sağlık çalışanları ile etkileşimde bulunmalarının birincil yolu olmuştur. Bununla birlikte, teknolojideki gelişmelerle birlikte, iletişim için İnternet uygulamaları, özellikle elektronik posta (e-posta), hasta iletişimi için başka bir uygun yol olarak ortaya çıkmaktadır. E-postanın günlük yaşamdaki popülaritesi, eşzamansız iletişim ve hızlı mesaj aktarımı gibi bazı özelliklerine bağlanabilir (Ye vd., 2010).

Geleneksel olarak, yüz yüze iletişim ve telefon iletişimi, hastaların sağlık çalışanları ile etkileşimde bulunmalarının birincil yolu olmuştur Yaygın olarak kullanılan iletişim araçlarının önemli sınırlamaları vardır, klinik iş akışını aksatabilir. Yüz yüze veya telefon görüşmesi yoluyla doğrudan iletişim, hızlı bilgi aktarımı ve özel anlık dikkat (senkronize iletişim) gerektirdiği için, yanlış anlaşılmalara, unutmaya ve hatalara yol açabilir. Bu sorunlar göz önüne alındığında, klinik iletişimi optimize etmek hasta bakımının kalitesini artırabilir. İdeal bir iletişim aracı, zengin içerikli mesajların çift yönlü, hızlı, güvenli ve kesintiye uğramadan iletilmesini sağlar.

Hasta iletişimi için İnternet uygulamalarından elektronik posta (e-posta), hasta iletişimi için başka bir uygun yol olarak ortaya çıkmaktadır. E-postanın günlük yaşamdaki avantajları, eşzamansız iletişim ve hızlı mesaj aktarımı, aynı anda çok sayıda alıcıya gönderilebilmesi, saklanma ve tekrar ulaşılabilme kolaylığı gibi bazı özelliklerine bağlanabilir. Bununla birlikte basitliğine ve etkinliğine rağmen, sağlık sektörü e-postayı hasta iletişimini geliştirmenin bir yolu olarak benimsemekte yavaş kalmıştır. Bunun sebepleri arasında sosyal medya araçlarının hızlı gelişmesi, kullanım kolaylığı ve yaygın kullanımı olduğu düşünülebilir (O'Connor vd., 2009).

Ülkemizde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, hastane hasta iletişiminde e-mail kullanımı açısından önemli bir eksiklik olduğu ortaya çıkmaktadır. Verilere göre, hastane web sitelerinin sadece %14,5'inde çalışanlara e-mail ile ulaşım kolaylığı sağlanmaktadır. Benzer şekilde, hastaların ve hastane personelinin hastane yönetimiyle iletişim kurabilecekleri online alanlar da (örneğin, online iletişim formu veya e-mail adresi gibi) web sitelerinin sadece %12,7'sinde bulunmaktadır (Değirmen ve Küçükcan, 2019).

1.3.4.12. Kurumsal Reklamcılık Uygulamaları

Kurumsal reklam, bir kurumun tanıtımını yapmak, imajını güçlendirmek ve maddi-manevi destek sağlamak amacıyla kitle iletişim araçlarından yer ve zaman satın alarak gerçekleştirilen bir tanıtım faaliyeti olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, kurumsal reklamcılık faaliyetleri kurumun halkla ilişkiler politikası ve prensiplerine uygun bir şekilde yürütülmesi gereklidir (Göksel ve Yurdakul, 2007). Kurumsal reklamcılık, kuruluşla ilişkisi olanların veya ilişki kurması muhtemel olan potansiyel müşterilerin, kuruluşla ilgili bilgi sahibi olmaları ve farkındalık geliştirmeleri açısından, önemli bir fonksiyona sahiptir (Oktay, 1996). Kurumsal reklamcılık, hastanenin kurum kimliğini, kültürünü ve imajını yansıtan halkla ilişkiler uygulama alanlarından birisidir (Canöz K., 2010).

Halkla ilişkiler birimlerinin hazırladığı basın bildirileri ve diğer çalışmalar yayınlanmak üzere medya tarafından kabul edilse bile, editoryal kontrol bültenini yayınlayan kuruluşlarda olduğu için, söz konusu haber medya kuruluşları tarafından seçilen sunum şekli halkla ilişkilerin istenildiği gibi olmayabilir. Bazen basın bültenleri aynen sunulduğu gibi aktarılır, ancak genellikle bir tür değişiklik yapılır, öyle ki bazı durumlarda anlam gerçekten bozulur (Elrod ve Fortenberry, 2020, s. 5). Hastane adına yayınlanacak haberlerin medyada istenilen şekilde, zamanda ve yerde yayınlanabilmesi için, haber kaynak kurumun kontrolü altında olmalıdır. Bu kontrolü sağlamak için uygulanan yöntemlerden biri, kurumsal reklamcılık faaliyetleridir (Tikveş, 2003).

Sağlık kurumlarının kurumsal reklam faaliyetlerine başvurmasının nedenleri, çeşitli unsurlarıyla birlikte geniş bir yelpazeye sahiptir. Bunlar arasında, toplumda güçlü bir kurum imajı oluşturma, hedef kitlelerin ilgisini kuruma çekme, kuruma olan sempati düzeyini artırma ve toplumun davranışını bu yönde etkileme yer almaktadır. Ayrıca, kurumun felsefesini, yapısını, rolünü ve kimliğini hedef kitleye iletmek, kamuoyunu kurum hakkında bilgilendirmek ve toplumun desteğini sağlamak, toplumun kurumun içinde bulunduğu zorluklara veya kurumun gösterdiği başarılara bakış açısını yönlendirmek, kurumsal reklamın önde gelen işlevleri arasındadır. Kurumsal reklam faaliyetleri, sağlık kurumlarının hedef kitleleriyle etkili bir şekilde iletişim kurmalarını ve kurumlarının kimliğini ve hizmetlerini doğru şekilde yansıtmalarını sağlamaktadır.

Kurumsal reklam, kriz durumlarında uzun zamandır tercih edilen bir halkla ilişkiler aracı olmuştur. Kontrollü bir mecra olarak reklam, sponsorun mesaj içeriği, yerleştirme ve zamanlama üzerinde en büyük kontrole sahip olmasını sağlamaktadır. Bu faydaları nedeniyle imaj, konu ve finansal reklamlar, daha önce reklam satın almaya karşı olan kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından daha düzenli bir şekilde kullanılmaktadır. Kurumsal reklamcılık aynı zamanda halkla ilişkiler reklamcılığı olarak da adlandırılmaktadır (Kinnick, 2003).

Kurumsal reklam faaliyetleri, halkla ilişkiler çalışmaları ve sağlık iletişimi stratejileri ile birlikte yürütülmelidir. Bu sayede sağlık kurumları, kurumsal reklamcılık faaliyetleri ile hedef kitlelere mesajlarını iletebilirken, aynı zamanda doğru bilgiyi doğru zamanda ve doğru kişilere ileterek toplum sağlığına katkıda bulunabilirler. Bunun için sağlık kurumları, etik ve yasal kurallara uygun, güvenilir ve kaliteli bilgi sunumunu hedeflemelidirler.

1.3.4.13. Lobicilik Faaliyetleri

Lobicilik faaliyetleri, bir kurumun politika yapıcılar ve karar vericiler nezdinde etkisini arttırmak amacıyla gerçekleştirdiği çeşitli faaliyetleri ifade etmektedir (Peltekoğlu, 2022). Hastaneler de, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve düzenlenmesiyle ilgili kararlar alınırken kaynakları artırmak, çıkarlarını savunmak, düzenlemeleri etkilemek ve sağlık politikalarına etki etmek amacıyla, yasama organı hükümet kurumları, sigorta şirketleri, sağlık örgütleri ve benzeri paydaşlarla ilişkilerini sürdürmek için lobi faaliyetleri yürütmektedirler. Bu faaliyetler, hükümet kurumlarına ve özel sektöre yönelik lobi faaliyetleri olarak gerçekleştirilmekte ve karar vericilerin dikkatini çekmek amaçlanmaktadır.

Lobiciliğin yasal olarak yapılabildiği ABD'de hekimler ve tıp öğrencilerinden oluşan profesyonel bir birlik ve lobicilik grubu Amerikan Tabipler Birliği (AMA), 1847'de kurulmuştur. 2022 yılı üye sayısı 271.660'dir (AMA, 2022). Dernek, 1998 ile 2020 yılları arasında lobi faaliyetlerine yılda ortalama 18 milyon dolar harcamış, 2021'in ilk çeyreğinde 6,36 milyon dolarlık lobicilik harcaması yapmışlardır (opensecrets.org, 2023).

Ülkemizde lobicilik faaliyetlerinin yasal bir çerçeveye kavuşturulmamıştır. Lobicilik kavramı halen yeterince anlaşılamamış ve toplumda olumsuz bir algıya sahip olmaya devam etmektedir. Bu nedenle, lobicilik faaliyetleri açıkça yapılamamakta ve çoğu zaman farklı adlar altında yürütülmektedir.

Özellikle büyük özel hastane zincirlerinin, yasama organı ve hükümet kurumlarına yönelik açıkça olmasa da sağlık politikalarına etki etmek amacıyla lobi faaliyetleri yapmaları mümkün görünmektedir. TBMM'de, 44 tıp doktoru, 5 diş hekimi, 14 eczacı, 3 hemşire olmak üzere toplamda 66 tıp ve sağlık kökenli vekil bulunması yasama organında lobicilik faaliyetlerinin kolaylaştırmaktadır (saglikpersoneli.com.tr, 2023). Ayrıca Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) gibi sivil toplum kuruluşları sağlık sektörünü, hastaneleri ve sağlık personelini ilgilendiren konularda zaman zaman açıklamalar ve ziyaretler yapmaktadır (OHSAD, 2022), (OHSAD, 2022).

Hastaneler, lobicilik faaliyetleri yoluyla halkla ilişkilerini güçlendirebilirler. Bu faaliyetler, kurumun çıkarları doğrultusunda politikacılar, yöneticiler, yerel halk ve medya mensuplarıyla etkili iletişim kurarak, kurumun imajını güçlendirmek ve destek sağlamak amacını taşımaktadır. Örneğin, hastaneler yerel yönetimlere, milletvekillerine ve sağlık politikası oluşturma sürecinde rol alan

kişilere sağlık hizmetleri konusunda bilgi vererek, politikaların ve kararların oluşumunda etkin bir rol oynayabilirler.

Ayrıca, hastaneler çevrelerindeki topluluklarla da yakın ilişki kurarak, sağlık konularında toplumda farkındalık oluşturmaya çalışabilirler. Özellikle, sağlık hizmetlerinin niteliği ve erişimine dair konular, toplumda geniş bir ilgi uyandırabilir ve hastaneler bu konuda aktif bir rol oynayabilirler. Bu amaçla, hastaneler toplumda farkındalık oluşturmak için çeşitli etkinlikler düzenleyebilirler ve bu etkinlikler aracılığıyla toplumun hastaneye olan güvenini artırabilirler.

Ancak, lobicilik faaliyetleri sıklıkla eleştiriye de maruz kalır ve etik açıdan tartışmalıdır. Lobicilik faaliyetleri yasalara uygun olarak ve etik değerlere bağlı kalarak yapılmalıdır. Hastaneler, lobicilik faaliyetlerini yürütürken, taraflı olmamalı, şeffaf ve dürüst bir iletişim kurmalı, bilgi paylaşımında bulunmalı ve çıkarlarını dürüstçe savunmalı, kurumun itibarını riske atmayacak şekilde gerçekleştirilmelidir. Bu şekilde, hastaneler lobicilik faaliyetleri yoluyla halkla ilişkilerini güçlendirerek, toplumda daha güçlü bir itibar ve desteğe sahip olabilirler.

İKİNCİ BÖLÜM
HASTANE HALKLA İLİŞKİLERİNDE YENİ İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİNİN KULLANIMI

Son 20 yıllarda, bilim kurgu filmlerine konu olabilecek birçok yeni cihazın ortaya çıkmasıyla birlikte teknolojik gelişmeler büyük bir ilerleme kaydetmiştir. Bu teknolojik gelişmelerin genel adı "yeni medya" olarak bilinmektedir (Jenkins ve Thorburn, 2003) ve 90'lı yıllarda World Wide Web'in yaygınlaşmasıyla birlikte kullanılmaya başlanmıştır. Bu terim, başlangıçta birbirine bağlı bilgisayar ağını tanımlarken, günümüzde çok daha geniş bir teknoloji alanını kapsayacak şekilde genişlemiştir (Yzer ve Southwell, 2008).

Hastaneler, küreselleşme ve yeni teknolojilerin hızla değişen ve gelişen ortamlarına ayak uydurabilmek, kurumsal performanslarını iyileştirmek ve rekabet ortamında varlıklarını sürdürebilmek için yeni öngörüler ve stratejiler geliştirmek zorundadırlar. Bu değişim ve farklılıklara uyum, hastanelerin organizasyon yapılarını, teknolojilerini, insan kaynaklarını, çalışma yöntemlerini ve sürelerini, hizmet süreçlerini, pazarlama stratejilerini ve iletişim biçimlerini değiştirecek ve daha dinamik bir yapıya kavuşturacaktır. Bu şekilde hastaneler, değişen ve gelişen sağlık sektöründe güçlü bir konum elde edebilecektir (Danayiyen vd., 2017).

2.1. Yeni İletişim Teknolojileri

1989 yılında Tim Berners-Lee, uluslararası bir protokol sisteminin önerisini sunmuştur. Dağıtılmış hipermedya sunucusu olan bu sistem, İnternet kullanıcılarının dünya genelinde dağılmış, potansiyel olarak farklı türlerde birçok farklı dosyayı içeren veya işaret eden elektronik belgeler düzenlemesine izin verir. Tim Berners-Lee bu sisteme Dünya Çapında Ağ (www) adını vermiştir. Tim Berners-Lee, Avrupa Parçacık Fiziği Laboratuvarı (CERN)'nda www'yi ve www'nin omurgasını oluşturan birçok iletişim protokolünü geliştirmiştir (Hiremath ve Kenchakkanavar, 2016).

World Wide Web (www) veya Web 1.0, internet üzerinden erişilebilen, birbiriyle bağlantılı hiper metin belgelerinden oluşan bir sistemdir. Web'in ilk uygulaması, "salt okunur web" olarak adlandırılan ve kullanıcılara bilgi arama ve okuma imkânı sağlayan Web 1.0'dır. Bu dönemde kullanıcı etkileşimi ve içerik katkısı oldukça sınırlıdır. Bir web sitesinin amacı, çevrimiçi bir varlık oluşturmak ve bilgilerini herhangi bir zamanda etkileşimsiz olarak herkesin kullanımına sunmaktır (Singh ve Gulati, 2011).

Temeli web teknolojilerindeki gelişmelere dayalı olan yeni iletişim teknolojilerinin gelişim süreci Web 1.0'dan başlayarak web 4.0'a kadar kodlarla adlan-

dırılmaktadır (Aghaei vd., 2012). Web 1.0 bünyesinde gerçek insan topluluklarını barındırmayan, interaktif olmayan statik bir içeriğe sahipti, insanlara sadece istedikleri bilgileri aktarma imkânı vermekte ve hedef kitleye doğru enformasyonu sağlamaktaydı.

Web 2.0, internet kullanımının evrimini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu terim, teknolojik bir dönüşümü ifade etmekten ziyade, internet kullanımının gelişimini ifade etmek için kullanılmaktadır. Web'in birinci, ikinci sürümü gibi kesin ayrımlar yoktur. 1991'den beri kullandığımız Web, sürekli olarak aynı iletişim ortamını temsil etmektedir (Eldeniz, 2010). Web 2.0 terimi, Darcy Dinucci tarafından ilk kez "Parçalanmış Gelecek" başlıklı makalesinde ortaya atılmıştır. Dinucci, Web 1.0'ı "Web 2.0'ın embriyosu" olarak tanımlayarak, Web'in evrim sürecine vurgu yapmıştır (DiNucci, 1999). Web 2.0, 2004 yılında Tim O'Reilly bu terimi kullanana kadar bilinirlik kazanmamıştır (O'Reilly, 2005) Web 2.0 terimi, ikinci versiyon internet tabanlı web hizmetlerini ifade etmektedir. Bu hizmetler arasında toplumsal ağ siteleri (sosyal ağlar), web tabanlı özgür ansiklopediler, forumlar, podcast'ler ve diğer çevrimiçi paylaşım ve işbirliği ortamları bulunmaktadır. Web 2.0, kullanıcıların etkileşimde bulunma ve içerik paylaşma yeteneklerini artıran bir dönüşümü temsil etmektedir.

Yeni iletişim teknolojileri, kullanıcılara daha fazla kontrol ve etkileşim imkânı sunan mikroçip, mikroelektronik, bilgisayar ve telekomünikasyon uygulamalarıyla birlikte yeni hizmetler sunma veya mevcut hizmetleri geliştirme amacı taşımaktadır. Bu teknolojiler, iletişim süreçlerini dönüştürerek kullanıcıların daha aktif bir rol üstlenmesini sağlamaktadır (Sager vd., 1996).

Web 2.0, a) sosyal ağ teknolojileri aracılığıyla insanlar arasındaki iletişim ve işbirliğinin geliştirilmesi, b) açık Web standartları aracılığıyla veri tanımlama ve erişimini iyileştirerek farklı yazılım uygulamaları arasındaki iletişimin artırılması, ve c) bir tarayıcı penceresi içinde masaüstü uygulamalarının gerçek zamanlı cevap verme özelliğini taklit eden geliştirilmiş web arayüzlerini ifade eden bir terimdir (Eysenbach, 2008)

Web 2.0'daki interaktif iletişime geçmesiyle işletmeler hedef kitleleri ile birebir iletişim şansı yakalamıştır. Dolayısıyla görsellik ve etkileşimli sayfaların çekiciliği, kullanıcıları bu web sayfalarını takip etmeye yöneltmiştir. Kullanıcılar artık içerik ve hizmetlerin basit tüketicileri değil, her türlü içeriği üretip paylaşarak gelişiminin aktif bir parçası haline gelmiştir (Singh ve Gulati, 2011).

Yeni iletişim teknolojileri insanların dünyayı algılayışlarını çok köklü bir şekilde değiştirmiştir. Don Tapscott "Dijital Ekonomi: Çağın Vaatleri ve Tehlikeleri" adlı kitabında yeni iletişim teknolojilerinin insanlık için sonuçlarını matbaanın icadı ile kıyaslamıştır. "Bugün insanlık tarihindeki diğer devrimler kadar önemli bir devrimin ilk ve çalkantılı günlerine tanıklık ediyoruz. Ekonomik ve sosyal hayatımız üzerindeki etkisiyle önceki tüm devrimleri (matbaa,

telefon, televizyon) geride bırakabilecek yeni bir insani iletişim aracı ortaya çıkıyor. Bilgisayar bir bilgi yönetimi aracından bir iletişim aracına dönüşerek insan zekasının ağ oluşturmasına dayalı yeni bir ekonomiyi mümkün kılıyor. 'Ağa Bağlı Zekâ Çağı' umut vaat eden bir çağdır. Bu sadece teknolojinin ağa bağlanmasıyla ilgili değil, teknoloji aracılığıyla insanların ağa bağlanmasıyla ilgilidir. Ancak 'Ağa Bağlı Zekâ Çağı' aynı zamanda potansiyel bir tehlike çağıdır. Geride kalan bireyler, kuruluşlar ve toplumlar için ceza hızlıdır. Bu çağ sadece teknolojinin değil, insanların, kurumların ve toplumların 'ağ' oluşturma çağıdır." (Tapscott, 1996)'dan aktaran (Nazarizade ve Azizi, 2018)

İnternet teknolojisi ile erişilebilen tüm araçlar, yeni iletişim teknolojileri olarak adlandırılmaktadır. Bu teknolojilerin temel özellikleri arasında, zaman kısıtlamasını ortadan kaldırması ve etkileşim kurulabilen sistemler olması yer almaktadır. İnternet, bu teknolojilerin sunduğu imkânlar sayesinde iletişimde yeni bir dönemi başlatmıştır. (Geray, 2003). İnternet, kullanıcıların yalnızca tüketici değil aynı zamanda medya içeriğinin aktif üreticileri olmalarını sağlayan sosyal bir mecra haline gelmiştir. Kişisel iletişim araçları olarak hizmet vermenin yanı sıra, sosyal medya önemli bilgi dağıtım kanalları haline gelmiştir (Dekker ve Engbersen, 2014).

Facebook, Google Plus ve MySpace gibi popüler sosyal paylaşım ağları, kullanıcılara kendi profillerini oluşturma, görsel/işitsel içerik üretme, paylaşma, oyun oynama, çeşitli topluluklara ve ağlara katılma, eski arkadaşlarla iletişim kurma gibi imkânlar sunmaktadır. Aynı şekilde, Wordpress ve Blogspot.com gibi platformlar da, kullanıcıların hiçbir tasarım veya dil kodlama bilgisi gerektirmeden içerik oluşturmasına imkân tanımaktadır. Öte yandan, Wikipedia gibi kaynaklar, kullanıcıların kendi içeriklerini oluşturma ve hatta diğer kullanıcıların içeriklerini düzeltme imkânı sunarak, bilginin paylaşımı ve çoğalmasını hedefleyen açık internet sayfalarıdır (Kara, 2013).

Yeni iletişim teknolojilerinin yönetiminde dört temel süreç bulunmaktadır: Bilgi tanımlama ve yakalama, bilgi paylaşımı, bilgi uygulaması ve bilgi üretme. Önemli bilgiler tipik olarak yakalanır, daha sonra başkalarıyla değiştirilir, çeşitli bağlamlarda uygulanır ve daha sonra yeni bilgi üretmek için kullanılır. Bilgi üretildikten sonra, yakalanma, paylaşılma ve uygulanma döngülerinden geçer. Internet ortamından elde edilen tüm bilgiler, kuruluşun yaşayan hafızasının bir parçası olarak ele geçirilecek kadar önemli olmayabilirler. Bu nedenle, yakalanması gereken çeşitli bilgi türlerini belirlemek için bir inceleme sürecinin yürütülmesi gerekebilir. Bunlar, konu-alan bilgisi, stratejik bilgi, ilişki bilgisi (kim kimi bilir), süreç bilgisi, genel bilgi, tarihsel bilgi ve diğerlerini içerebilir. Ayrıca, bazı bilgiler kuruluşun misyonu ve vizyonu için stratejik olabilirken, diğer bilgi türleri daha taktiksel olabilir ancak işlerin yapılmasının kritik bir parçası olabilir (Sarıhan, 1998).

Everett M. Rogers'e (Rogers, 1986) göre, bu tür teknolojilerin üç ana niteliği vardır:

a) Karşılıklı Etkileşim: Yeni iletişim teknolojileri, geleneksel basılı ve elektronik kitle iletişim araçlarının tek yönlü yapısını değiştirerek, kaynak ve alıcı arasında çift yönlü iletişim sürecine imkân tanımaktadır. Bu sayede, hedef kitle içerisindeki bireyler iletişim sürecine aktif bir şekilde katılım sağlamakta ve karşılıklı etkileşimde bulunmaktadır.

b) Kitlesizleştirme (demassification): Yeni iletişim teknolojileri, hedef kitle içerisindeki her bireyle birebir ve özel iletişim kurulabilmesine imkân sağlamaktadır. Bu özellik, kitle iletişim sisteminin kontrolünün kaynaktan alıcıya doğru kayması ve bireyin kitlesizleşmesine yol açmaktadır.

c) Yeni iletişim teknolojileri, bireylere mesaj gönderme veya alma işlemlerini kendi uygun zamanlarına göre gerçekleştirme imkânı sağlamaktadır. Bu teknolojiler, iletişimin eşzamanlı olma zorunluluğunu ortadan kaldırmaktadır. Bu sayede iletişimde kayıp veya bozulmalar olmadan, mesajlar bireylerin en uygun zamanında iletilmekte ve iletişim süreci daha işlevsel hale gelmektedir.

Rogers, yeni iletişim teknolojilerinin geleneksel iletişim araçlarından farklı özelliklerini üç maddeyle açıklamaktadır. Bu özellikler, karşılıklı etkileşim, kitleselleştirme ve eşzamansız iletişim imkânlarını içermektedir. Karşılıklı etkileşim, iletişim sürecinde kaynak ve alıcı arasında iki yönlü etkileşimi sağlayarak bireylerin aktif katılımını teşvik eder. Kitlesizleştirme, her bireyin özgün mesaj alışverişi yapabilmesini sağlayarak bireylerin kitlesel iletişim sistemine daha özgürce entegre olmalarına imkân tanır. Eşzamansız iletişim ise bireylerin mesajları uygun zamanlarında gönderip alabilme özelliği sunar, böylece iletişim süreci daha işlevsel hale gelir. Bu özellikler sayesinde yeni iletişim teknolojileri, iletişim sürecinde daha etkileşimli ve esnek bir yapı sunar ve iletişim alışkanlıklarında köklü değişikliklere yol açar.

Her internet kullanıcısını içerik üreticisi konumuna getiren Web 2.0 teknolojisi, her bireyin, büyük medya kuruluşlarına bağımlı olmaksızın kendi içeriklerini oluşturma, yayınlama ve paylaşma imkânına sahip olmasını sağlamıştır. Bu durum, sınırlı sayıdaki geleneksel medya araçlarının yanı sıra, hemen hemen sonsuz sayıda bireysel yayıncının sunmuş olduğu içerikler arasından istenileni seçme özgürlüğünü beraberinde getirmiştir. Bu sayede kullanıcılar, çeşitli kaynaklardan bağımsız olarak kendi ilgi ve tercihlerine uygun içerikleri seçebilmektedir (Kara, 2013).

Sosyal medya, Web 2.0 teknolojilerinin kullanıldığı iletişim ortamlarını ifade etmektedir. Bu ortamlar, iletişim, etkileşim ve katılım temelli yapılar üzerine kurulmuş olup insanlar arasındaki sosyal etkileşimi sağlamak amacıyla kullanılan bir medya türüdür. Web 2.0 teknolojisinin yaygınlaşmasıyla birlikte web siteleri, sosyal bir platform halini almış ve çevrimiçi topluluklar oluşmuştur. Bu gelişme sonucunda Facebook, Twitter, Instagram, Pinterest, Skype gibi

sosyal medya platformları ortaya çıkmıştır. Sosyal medya, kullanıcılarına iletişim, paylaşım ve etkileşim imkânı sunarak dijital bir sosyal deneyim sağlamaktadır (Kahraman, 2013).

Web 3.0 terimiyle, semantik yani anlamsal web ifade edilmektedir. Günümüzde, bazı siteler bu uygulamayı kullanmaktadır. Özellikle akıllı telefonlarda, bu uygulamalarla karşılaşmak mümkündür. 2013 yılı itibarıyla, web'de yer alan toplam bilgi miktarı 4 zetabayta ulaşmıştır. Ancak, bu bilgilerin çoğu, insanlar tarafından kullanılırken, bilgisayarlar tarafından kullanıma uygun değildir. HTML sayfalarında sıkışmış olan bu bilgi, bilgisayarların bu bilgiyi işlemesini zorlaştırmaktadır. Web 3.0, bu sorunu çözmek için yapılandırılmıştır. Bu teknoloji, gelişmiş web dillerinin daha gelişmiş kullanımlarına imkân sağlamaktadır. XML etiket dili, ardından OWL ve RDF etiket dilleri, web tarafından sağlanan bilgiyi anlamlandırmakta ve kullanıcıya daha kesin sonuçlar sunmaktadır (Karakulakoğlu, 2015).

Web 4.0 teknolojide etkileşim ve entegrasyonu maksimum seviyeye çıkarılarak, açık platformlarla oldukça çeşitli hizmet, sanal ortamlarla koordineli kullanılmaktadır. Reel ve sanal dünyanın sınırları ortadan kalkarak, bu ortamlarda kullanılan tüm araçlar birbiriyle bağlantılı olarak kullanılacaktır. Nesnelerin interneti olarak da adlandırılan web 4.0 ile nesneler, KVAA veya RFID algılayıcılar ve mobil telefonlar vb. aracılığıyla düşünme, konuşma ve hissetme yetisini kazanarak bilgi üretmektedir. Yani kullandığımız RFID etiketli herhangi bir ürün, SMS veya mail ile bizimle iletişime geçerek durum bilgilerini güncelleme yetisine sahip olmaktadır. Örneğin Libelium firmasının geliştirdiği e-health medikal uygulamasını kullanan IoT platforma RFID eklenmesi ile kan şekeri ölçümü, EKG/EMG sinyallerinin izlenmesi, hastaları solunum durumlarının kontrolü ve vücut sıcaklık verilerinin alınması gibi uygulamaların çoklu olarak gerçekleştirilmesinin yanı sıra, fizyolojik veriler doktor tarafından gerçek zamanlı olarak görülebilmektedir (Aktaş vd., 2014).

Yeni iletişim teknolojilerinin hızlı gelişmesi, toplumun hayatını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bu gelişmeler, özellikle mobil cihazlar, araçlar ve sosyal medya platformları gibi yenilikler sayesinde iletişim kurma şeklimizi ve sosyal ilişkilerimizi değiştirmiştir. Yeni iletişim teknolojilerindeki gelişmelerin etkisi, sadece bireylerle sınırlı kalmamıştır. Aynı zamanda kamu ve özel sektör kurum/kuruluşlarının da kurumsal iletişim stratejilerinde değişiklik yapmalarını zorunlu hale getirmiştir. Sosyal medya platformları bütün kamu ve özel sektör kurum/kuruluşlarının müşterileriler veya vatandaşlarla iletişim kurma kanallarına bir çeşitlilik getirerek daha doğrudan ve kişisel bir şekilde iletişim kurma imkânı sağlamıştır.

2.2. Yeni İletişim Teknolojileri ve Halkla İlişkiler

Sosyal hayatı etkileyen tüm değişimler ve yenilikler halkla ilişkilerin ilgi alanına girdiği için internet ortamına kayıtsız kalmaları mümkün değildir. Mo-

dern halkla ilişkiler uygulamaları, iki yönlü simetrik bir iletişim modelini ideal olarak benimsemektedir. Sosyal medya ortamları ise, kuruluşların hedef kitleleriyle etkileşime girebileceği, iki yönlü bir iletişim akışı sağlayan ve kullanıcıların paylaşım ve katılımına açık iletişim ortamlarıdır.

Daha önceleri "medya" kavramı gazete, radyo, televizyon ve film gibi bir avuç kitle iletişim aracını ifade ederken, son zamanlarda yeni iletişim teknolojilerinin çoğalmasını yansıtan mevcut akademik medya anlayışı daha geniştir. Günümüzde medya, çok sayıda cihazdan (akıllı telefonlar, robotlar) kanallara (internet, kablolu yayın) ve bu kanallardaki mekanlara (sosyal ağ siteleri, ev alışveriş ağı) ve/veya cihazlara (akıllı telefon uygulamaları) kadar uzanmakta ve kullanıcılara yalnızca bu "medya" ile etkileşim kurma (insan-bilgisayar etkileşimi) değil, aynı zamanda bunlar aracılığıyla diğer kullanıcılarla iletişim kurma (bilgisayar aracılı iletişim) imkânı da sağlamaktadır (Sundar ve Limperos, 2013).

Bu yeni ve etkin iletişim kanalları, halkla ilişkiler strateji ve taktikleri doğrultusunda, kurumsal iletişim mesajlarının yaygınlaştırılmasına, kriz yönetimi, kamuoyu oluşturma, paydaş katılımı gibi uygulamaların desteklenmesine imkân sağlamaktadır. Sosyal medya kanalları, ölçülebilir ve kontrol edilebilir bir şekilde, hızlı bilgi paylaşımı yapabilme özellikleri sayesinde, bir örgütün hedef kitlesiyle etkileşim kurabilmesi için vazgeçilmez bir iletişim kanalı olma özelliği taşımaktadır (Onat, 2010).

Yeni iletişim teknolojileri, internet ve sosyal medya gibi sağladığı imkânlarla, kurumların halkla ilişkiler faaliyetlerini daha kolay ve etkin bir şekilde yapmalarını mümkün hale getirmektedir. Hızlı bir şekilde hedef kitleye ulaşmak, görüş ve önerilerini kısa sürede öğrenmek, kurumdaki haber ve gelişmeleri hedef kitleye anında iletmek, hedef kitleyi zamanında ve düşük maliyetli bir şekilde bilgilendirmek internetin sağladığı imkânlardandır (Peltekoğlu, 2022).

Yeni iletişim teknolojilerinin getirdiği değişimler, işletmelerin sadece müşterilerle olan iletişimlerini değil, aynı zamanda çalışanlarıyla olan iletişimlerini de etkileyerek, çalışanlarına daha hızlı ve doğrudan iletişim kurma imkânı sağlanmıştır. Çalışanlar, mobil cihazlar sayesinde daha esnek bir çalışma ortamına kavuşmuş, iletişim kurma yolları genişlemiş ve verimlilikleri artmıştır. Bu durum kamu ve özel sektör kurum/kuruluşlarının daha verimli ve etkili bir şekilde çalışmalarına yol açmıştır. Sosyal medyanın kalıcılık, ulaşılabilirlik, erişim ve kullanım kolaylığı gibi özelliklerinin (Gürbüz, 2019) yanında, maliyet olarak düşük fakat etkinlik ve yaratıcılık açısından çok farklı iletişim faaliyetleri ile halkla ilişkiler uygulamaları daha renkli bir hale gelmiştir.

İletişim alanındaki dijitalleşme sonucunda, e-halkla ilişkiler, online halkla ilişkiler veya dijital halkla ilişkiler gibi kavramlar ortaya çıkmıştır. Web siteleri, bloglar, forumlar, sosyal medya platformları, mobil uygulamalar, e-posta ve e-bültenler gibi dijital iletişim araçları, halkla ilişkilerde de kullanılmaktadır.

Sosyal medya özellikle, diyalog kavramını ön plana çıkarmış ve çift yönlü simetrik bir iletişim sürecini mümkün kılmıştır (Tanyıldızı, 2021). Halkla ilişkiler uzmanları internet ortamında gerçekleştirilen çalışmaları düzenlemek ve web hizmetleri sunmak amacıyla "online halkla ilişkiler" veya "interaktif halkla ilişkiler/tanıtım/reklam (PR 2.0)" ajansları kurmaya başlamışlardır. Kurum içi yapılanmalarda da "web hizmetleri," "online hizmetler" veya "interaktif medya" gibi isimler altında ayrı birimler oluşturulmaya başlanmıştır (Karabulut, 2009).

Geleneksel medyanın halkla ilişkiler bağlamında mesaj yayma etkisi hala devam etmektedir, ancak sosyal medyanın aynı anda milyonlarca kişiyi etkileme gücü görmezden gelinemez. Çevrimiçi topluluklar, çevrimiçi ilişkilerle etkileşim içinde olan kitlesi tarafından oluşturulmaktadır ve yeni etkileyiciler ve paydaşlar olarak konumlandırılmaktadır. Bu bağlamda, geleneksel halkla ilişkiler stratejilerinin ve taktiklerinin gözden geçirilmesi gereklidir, çünkü çevrimiçi etkileyicilerin ortaya çıkması, halkla ilişkilerde yeni bir yaklaşımın gerektiğine işaret etmektedir. Bu yaklaşım, çevrimiçi ilişkiler ve çevrimiçi toplulukların etkileşimiyle ortaya çıkan yeni bir halkla ilişkiler sürecini ifade etmektedir ve bu sürece web 2.0'dan alınan ilhamla "Halkla İlişkiler 2.0" adı verilmektedir (Alikılıç, 2011).

Sosyal medyanın ve blogların incelenmesi, halkla ilişkiler uzmanlarına araştırma, konu yönetimi ve tanıma işlevi açısından yeni fırsatlar sunmaktadır. Bu şekilde örgütün faaliyet, mesaj ve işlemlerine ilişkin kamuoyundan eş zamanlı tepkiler alınabilmektedir. Günümüzde belirli kuruluşların halkla ilişkiler unsurlarının başarısı yeni iletişim araçlarında ve diğer birçok yönteme dayalı olarak ölçülmektedir (Yağmurlu, 2011). Web sitesi ve sosyal medya araçları bir kurumun dünyaya açılan yüzüdür. Kurumların özgünlüğünü, değerlerini, vizyonunu ve kurumun özgün kültürel değerlerini yansıtmaktadır. Günümüzde özellikle kurumlar, sosyal medya platformları aracılığıyla paydaşları ve hedef kitleleriyle etkili iletişim kurarak, sorunlarına çözüm odaklı yaklaşımlar sergilemektedir. Bu durum, sosyal ağların sunduğu imkânlar sayesinde kurumların olumlu bir imaja sahip olmasına katkı sağlamaktadır. Sosyal medya, kurumların paydaşlarıyla doğrudan etkileşim kurmalarını ve onların ihtiyaçlarına yönelik çözümler sunmalarını mümkün kılmaktadır. Bu iletişim kanalı, kurumların itibarını güçlendirerek daha etkin bir marka imajı oluşturmalarına yardımcı olmaktadır (Koçyiğit ve Özüpek, 2014).

İnternetin halkla ilişkiler uygulamalarında kullanılması, hedef kitle ile sürekli ve hızlı, kişisel iletişim açısından büyük bir avantaj sunar. Elektronik ortamda hedef kitleye aynı anda farklı zaman ve mekanlarda uygun maliyetli bir şekilde ulaşmak mümkündür. Yeni iletişim teknolojileri ile aktarılan bilgi, düşük maliyetli bir ortam sağlar. Yeni iletişim teknolojilerinin gelişmesi, geleneksel medyanın tek yönlü ve edilgen bir izleyici kitlesine dayalı iletişim biçi-

mini değiştirmiş, çift yönlü ve etkileşime dayalı bir iletişim biçimi haline gelmiştir. İnternetin halkla ilişkiler uygulamalarında kullanılmasıyla, hedef kitlelerin örgütler hakkında bilgi ihtiyaçlarının karşılanması kolaylaşmıştır.

Yeni iletişim teknolojilerinin halkla ilişkiler alanında kullanımı aynı zamanda ölçülebilir sonuçlar elde etmek açısından da avantaj sağlamaktadır. Örneğin, web siteleri ve sosyal medya kanalları aracılığıyla geri bildirim almak, takip etmek ve etkileri ölçmek daha kolaydır. Ayrıca, dijital pazarlama araçları ile hedef kitlelere özelleştirilmiş mesajlar göndermek mümkündür. Bunun yanı sıra, yeni teknolojiler sayesinde halkla ilişkiler faaliyetleri daha az maliyetle, daha hızlı ve etkili bir şekilde yürütülebilmekte, kriz yönetimi süreçleri daha iyi yönetilebilmektedir.

Yeni iletişim teknolojileri halkla ilişkiler açısından faydalı olmasına rağmen bazı sorunlar da ortaya çıkması mümkündür. Kuruluşların web siteleri hızlı bir şekilde yüklenmesi, güncel tutulması ve kullanımının kolaylaştırılması gerekmektedir. Ayrıca internet dünyası kişisel bilgi güvenliği açısından riskli olabilir ve internet üzerinden yayılan asılsız iddialar zamanında cevap verilmediğinde kuruluşlar için krizlere yol açabilir. Bu nedenle, halkla ilişkiler birimlerinde, yeni iletişim teknolojileri konusunda uzman kişilerin istihdam edilmesi gerekmektedir (Tarhan, 2014).

Yeni iletişim teknolojilerinin halkla ilişkiler açısından getirdiği bir diğer önemli sorun, herhangi bir kişi veya grup tarafından yapılan olumsuz yorumların yaygın bir şekilde paylaşılmasıdır. Bu tür yorumların hızla yayılması ve örgütlerin itibarına zarar vermesi söz konusu olabilir. Bu nedenle, halkla ilişkiler birimleri, sosyal medya ve diğer dijital platformlarda itibar yönetimi stratejileri geliştirmeli ve bu tür olumsuz yorumlara hızla cevap vererek itibarlarını korumalıdır. Bununla birlikte, sosyal medya gibi dijital kanalların doğru bir şekilde kullanılması da önemlidir. Yanlış kullanım, yanlış bilgilerin yayılmasına ve itibar kaybına yol açabilir. Dijital iletişim araçlarının doğru kullanımı için halkla ilişkiler uzmanlarına ek olarak, dijital iletişim ve teknoloji konusunda uzman kişilerin de dahil edilmesi gerekmektedir.

Dikkat edilmesi gereken başka bir konu da, yeni iletişim teknolojileri halkla ilişkilerde kullanıldığında kuruluşların veri gizliliğine de dikkat etmeleri gerekliliğidir. Kuruluşların hedef kitlelerine ait kişisel verileri koruması, gizlilik politikalarını açık bir şekilde belirlemesi ve kullanıcıların verilerini istedikleri zaman silmelerine imkân tanıması önemlidir. Böylece kuruluşlar, hedef kitleleriyle aralarında güvenli bir iletişim ortamı oluşturabilirler.

Yeni iletişim teknolojilerinin kullanımı ile ilgili diğer bir problem de hedef kitlelerde internete erişim imkânına, gerekli cihazlara sahip olmayan veya kullanmayı bilmeyen insanlar olabileceği gerçeğidir. Bu durumdaki insanlarla geleneksel halkla ilişkiler yöntemlerini akılda bulundurmak gerekmektedir. Telefonla iletişim kurmak bir çıkış yolu sağlayabilir.

Ayrıca, yaşlıların dijital teknolojilere adaptasyon konusunda zorluklar yaşayabilecekleri düşünülebilir. Bu nedenle, halkla ilişkiler faaliyetlerinde yaşlıların ihtiyaçları göz önünde bulundurularak daha geleneksel yöntemler kullanılabilir. Yaşlıların takip edebileceği ve anlayabileceği bir dil kullanmak, basit ve net mesajlar vermek, yüz yüze veya telefon aracılığıyla bireysel görüşmeler yapmak gibi yöntemler yaşlıların iletişimde daha aktif olmasını sağlayabilir.

2.3. Yeni İletişim Teknolojileri ve Sağlık

İnternet ve sosyal ağların sağlık iletişiminde yaygınlaşması nedeniyle, yeni nesil sağlık iletişiminin iş birliği, paylaşım, katılım, aracılık, şeffaflık ve ifade gibi imkânları içeren (Health 2.0) sağlık 2.0 veya (Medicine 2.0) Tıp 2.0 kavramları ortaya çıkmıştır. Katılım ve etkileşime imkân veren sağlık iletişimini ifade eden Sağlık 2.0 veya Tıp 2.0, insanların hastalıklarıyla ilgili doğru bilgilere ulaşmasını ve paylaşımını kolaylaştırmaktadır. Birbirine yakın deneyimlere sahip kişilerin iletişime geçmesini, deneyimlerini paylaşmalarını, birlikte kararlar almalarını sağlamaktadır.

Tıp 2.0 uygulamaları, hizmetleri ve araçları, sağlık hizmeti tüketicileri, bakıcılar, hastalar, sağlık profesyonelleri ve biyomedikal araştırmacılar için Web 2.0 teknolojilerini ve/veya semantik web ve sanal gerçeklik araçlarını kullanan, bu kullanıcı grupları içinde ve arasında özellikle sosyal ağ oluşturma, katılım, apomediasyon (aracısızlaştırma veya aracısız doğrudan ilişki) işbirliği ve açıklığı etkinleştirmek ve kolaylaştırmak için kullanılan web tabanlı hizmetlerdir Bununla birlikte, Tıp 2.0 ya da "ikinci nesil tıp" kavramının ardında daha geniş bir fikir yatmaktadır: Sağlık sistemlerinin hastane temelli tıptan uzaklaşması, sağlığı geliştirmeye odaklanması, insanların kendi evlerinde sağlık hizmeti sunması ve tüketicileri kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenmeleri için güçlendirmesi gerektiği fikri tartışılmaya başlanmıştır (Eysenbach, 2008).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinde, "e-Sağlık, dijital hastaneler, mobil sağlık, tele-tıp, robotik cerrahi" gibi teknolojik tıbbi uygulamaların yaygın olarak kullanıldığı gözlemlenmektedir. Bu teknolojik araçlar, sağlık sektöründe hizmet sunumunu, yapılanması ve iletim biçimini değiştirmiştir. Ayrıca, bu uygulamalar bireye özgü sağlık hizmetleri sunma imkânı sağlamış, maliyetleri düşürmüş ve hasta bekleme sürelerinde azalmaya yol açmıştır. Bu gelişmeler, sağlık alanında teknolojinin kullanımının faydalarını ortaya koymaktadır. (Kılıç, 2017) Yeni bilgi ve iletişim teknolojileri, toplum sağlığında yapısal finansman ve eşitlik krizlerine teknolojik bir çözüm olarak müjdelenmekte ve herkes için uygun maliyetli ve yüksek kaliteli hizmetler sunmayı amaçlamaktadır (Halford vd., 2010).

Dijital sağlık çözümlerine yapılan harcamaların 2025 yılına kadar 232 milyar Euro'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dijital sağlık hizmetleri platformları, geleneksel sağlık hizmetleri süreçlerinde dönüştürücü değişiklikler yapmakta ve bu da hem vatandaşlar hem de devlet tarafından topluma sunulan hiz-

metler için birçok faydalı iyileştirme sağlayabilmektedir. Bu faydalar, sağlık hizmetlerinin çoğunun dijital yollarla sunulduğu Covid-19 gibi pandemiler sırasında açıkça görülmüştür (Alharbi, 2021).

İnternet pek çok iletişim türünü bünyesinde barındırdığı için özellikle halkla ilişkiler alanında yeni iletişim imkânları sunmaktadır. E-posta, kısa mesaj ve sosyal medya gibi elektronik hasta eğitimi ve iletişimi, günümüzde sağlık hizmetlerinde artış göstermektedir. İster hastaları eğitmek, hatırlatmak ve katılımlarını sağlamak ister davranışlarını izlemek ve geri bildirim sağlamak için kullanılsın, yeni iletişim teknolojileri zamandan, emekten ve maliyetten tasarruf sağlamanın yanı sıra hastaların daha iletişime açık ortaklar olmalarını sağlamaktadır.

Yeni iletişim teknolojileri, sağlık personeli, hastalar ve sağlık kurumları arasındaki en önemli iletişim kanalı haline gelmiştir. Hastalarla e-posta ve Facebook grupları, kısa mesajlar, web siteleri ve diğer mecralar aracılığıyla iletişim kurularak, bu kanalların her birinin hasta bağlantısını ve desteğini geliştirecek iletişim teknolojisinin yetenek ve avantajlarına daha kapsamlı bir şekilde odaklanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kronik rahatsızlıklarla ilgili davranışların değiştirilmesi, verimliliğin artırılması ve maliyetlerin azaltılması gibi zorluklara çözüm aramak için yüksek potansiyelli teknolojik araçlar geliştirilmektedir (Lindsay ve Gitelman, 2012).

Yeni iletişim teknolojileri ile hastanelerin performansı web sayfası ve sosyal ağların, mobil uygulamaların kullanarak sürekli olarak izlenebilmekte ve güncellenebilmektedir. Araştırmalar kendi kendine diyet takibi için ve kilo verme ve koruma müdahalelerinde mobil teknoloji kullanılmasının faydalarını ortaya koymuştur (Burke vd., 2012), (Patrick vd., 2009)

İnternet ve sosyal medya üzerinden gerçekleşen bilgi edinme süreci ve dijital arkadaşların da etkisiyle kişilerin hastaneler hakkında fikir sahibi olmalarını sağlamakta ve kararlarını etkilemektedir. Bu nedenle sosyal medyada görünür ve hastalarla iletişim içinde olmak sektör temsilcileri için oldukça önemlidir. İnternet araçları ve sosyal ağlar; geribildirim, gerçek zamanlı izleme ve ölçüm kolaylığı gibi özellikleri ile kurumsal itibar oluşturmak ve ölçmek için en uygun araçtır (Tosyalı ve Sütçü, 2016).

Sağlık sektörü, hastaneler, klinikler, eczaneler ve müşteriler arasında bilgi paylaşımı, idari maliyetlerin azaltılması ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla bilgi tabanlı bir topluluk haline gelmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin başarısı, klinik, faturalama ve kullanım bilgilerinin toplanmasına, analiz edilmesine ve sorunsuz bir şekilde paylaşılmasına bağlıdır (Bose, 2003).

Sosyal medya hastalar/bakım verenler ve sağlık çalışanları ile sosyal etkileşim için yeni fırsatlar sunabilen ve hasta-bakım veren bağlantısını ve bakımın koordinasyonunu kolaylaştırabilen özelliklere (örneğin bloglar, sosyal imleme, genel/özel mesajlaşma ve fotoğraf/video içerik paylaşım uygulamaları) sahip-

tir. Ayrıca kanser önleme ve kontrol müdahalelerine katılımı da artırabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, çevrimiçi bir sağlığı geliştirme programındaki diğer katılımcılarla sosyal bağları olan katılımcıların, daha fazla e-posta açarak, web sitesini daha sık ziyaret ederek ve gerçekleştirmeleri istenen daha fazla eylemi gerçekleştirerek gösterildiği gibi programa katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, sosyal etkinin davranışsal müdahalelere bağlılığı etkileyebileceği ve hastalarla bakıcıların birlikte ağ oluşturmasının sosyal etkiyi ve bağlılığı artırabileceği fikriyle tutarlıdır (Poirier ve Cobb, 2012).

Kanser hastaları gibi bakıma muhtaç hastalar, bakım verenler ve aile üyelerinin birbirleriyle iletişim kurmak için yeni iletişim teknolojilerini kullanmaları yararlı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Yeni iletişim teknolojileri coğrafi olarak dağınık aile üyelerini birbirine bağlayarak karar vermeyi kolaylaştırmak için kullanılmakta, ayrıca hastaların destek için diğer insanlara ulaşmalarını ve endişelerini ifade etmelerini de kolaylaştırmaktadır Yeni iletişim teknolojileri hastaların ailelerine etkili bir şekilde bilgi aktarmalarına, düşünce ve duyguları hakkında daha açık ve samimi olmalarına fırsat sağlamaktadır. Bakım verenler yeni iletişim teknolojilerinin, hastanın konuşma yeteneğini kaybettiği durumlarda da kullanılabilecek bir iletişim aracı olduğunu, çatışmalardan kaçınmalarını ve hasta bakımını koordine etmelerini sağladığını ifade etmektedirler (Badr vd., 2015).

Sosyal medya, bilgi aktarımının hızını artırarak sağlayıcıların literatürü gerçek zamanlı olarak analiz etmesine, bulguları değerlendirmesine, iç ve dış geçerliliklerini ele almasına imkân sağlamaktadır. Sosyal medyanın bu nitelikleri özellikle kiriz dönemlerinde daha da ön plana çıkmaktadır. Ulusal kriz dönemlerinde sosyal medyanın çeşitli faydaları bulunmaktadır. İlk olarak, sosyal medya yeni bilgilerin hızla yayılmasını sağlayarak sağlayıcılara kolay erişim imkânı sunmaktadır. Sosyal medya, bilginin yayılmasından uygulanmasına kadar olan süreci kısaltarak etkili bir iletişim aracı olduğunu kanıtlanmıştır. COVID-19 pandemisi sırasında sosyal medya önemli bir rol oynamıştır. Ancak, sosyal medyanın faydalarını ve sınırlamalarını dikkate almak önemlidir. Sosyal medya sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve sağlık sistemlerinin eğilimleri belirlemelerine ve kriz dönemlerindeki dalgalanmalar için hazırlanmalarına imkân sağlayabilir. Bu, sağlık hizmeti sunucularını ve hastaları korumak için gerekli malzemelerin öngörülü bir şekilde tedarik edilmesi için yol gösterici olabilir. Ayrıca muhtemel zorluklara daha iyi hazırlanmak için hastane işlevlerinin uyarlanmasına imkân tanıyabilir (Gottlieb ve Dyer, 2020).

Sosyal medya, kamu sektöründe şeffaflık, hesap verebilirlik, açıklık ve katılımı sağlamak için yeni imkânlar sağlamaktadır. Hastanelerin sosyal medya platformlarının hareketliliği, doğru iletişim akışı ve ilişki geliştirme açısından önemlidir. Sosyal medya, geleneksel iletişim yöntemleri ile birlikte kamu yöne-

timinin önemli bir aşaması olarak değerlendirilebilir. Sosyal medya kullanımındaki olağanüstü artış neticesinde, gelecekte internet kullanımının büyük bir kısmının sosyal medya aracılığıyla gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (Balcı vd., 2020).

2.3.1. E-Sağlık ve İlgili Kavramlar

E-sağlık kavramı 2000'li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavram sağlık bilişiminin büyük bir bölümünü kapsamakta ve klinik bilgi, bakım ve hizmetlerle ilişkilendirilmektedir. e-sağlık geniş anlamda sağlık hizmetlerinin elektronik ortamda sunulmasını ifade etmektedir. e-sağlık sistemleri, hasta ve sağlık profesyonelleri arasında iletişimi kolaylaştırmakta, hasta kayıtlarının elektronik olarak tutulmasını sağlamakta, tıbbi görüntülerin paylaşımını ve uzaktan tıbbi danışmanlık hizmetlerini, hastalık teşhis ve tedavisini, hasta bakım hizmetlerini, laboratuvar hizmetlerini, klinik karar destek sistemlerini, hasta ve sağlık profesyonellerinin karar alma süreçlerini desteklemektedir (Eke vd., 2019).

E-sağlık, çeşitli alanları içeren geniş kapsamlı bir terimdir ve elektronik sağlık kayıtları, biyoinformatik, bilgi sistemleri, sağlık standartları, yapay zeka ve karar destek sistemleri gibi çeşitli konuları kapsamaktadır. Bu alanlar, sağlık hizmetlerinin elektronik ortamda yönetilmesi, bilgilerin depolanması ve paylaşılması, sağlık standartlarının uygulanması ve teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerine entegrasyonunu içermektedir (Şenol, 2021).

2.3.1.1. Sağlık Bilişimi

Sağlık bilişimi, sağlık sektöründeki bilgi üretimi, toplama, değerlendirme, analiz, saklama, işleme, sunma ve arşivleme süreçlerini kapsayan bir alandır. Sağlık bilişimi, sağlıkla ilgili bilgilerin etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını, bu bilgilerin yaygınlaştırılmasını, analiz edilmesini ve yeni yapılanmalara imkân sağlayacak şekilde yönetilmesini hedeflemektedir. Bunu gerçekleştirmek için farklı bilim alanlarıyla bilgisayar ve iletişim teknolojisinin en ileri düzeyde birleştirilmesini amaçlamaktadır (Sur, 2023).

Sağlık sektöründe, kurumlar bilgi teknolojileri ve sağlık bilişim sistemlerinden yararlanarak karar verme süreçlerini desteklemektedir. Sağlık bilişimi, sağlık bilimlerinin uygulanmasında ileri düzeyde bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılarak bilgi yönetiminin sağlanması anlamına gelmektedir. Dijital hastane ise hastalar ve sağlık çalışanları için fayda sağlayan bilgi iletişim sistemlerinin kullanıldığı hastaneleri ifade etmektedir. Bu sistemler, sağlık kurumlarının etkinliğini artırma, bilgi paylaşımını geliştirme ve hastalara daha iyi hizmet sunma amacını taşımaktadır (Peker vd., 2018).

Sağlık bilişim sistemleri, farklı disiplinleri bir araya getirerek sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumuyla ilgili bilgilerin üretilmesi, iletilmesi ve etkili bir şekilde kullanılması amacıyla oluşturulan sistemlerdir. Bu sistemler, sağlık

alanında kullanılan her türlü bilginin yönetimini kolaylaştırmakta ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamaktadır.

2.3.1.2. E-Sağlık

Sağlık alanında e-sağlık konusunda çeşitli tanımlar bulunmaktadır. En yaygın kullanılan tanıma göre, e-sağlık, tıp, halk sağlığı ve internetin bir araya geldiği bir alandır ve sağlık hizmetlerinin internet ve ilgili teknolojiler aracılığıyla sunulması veya geliştirilmesini ifade etmektedir. Bu terim, sadece bir teknolojik ilerlemeyi değil aynı zamanda bir düşünce tarzını, bir zihinsel durumu ve sağlık hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak geliştirilmesi için küresel bir düşünce biçimini de kapsamaktadır. Bu bağlamda, e-sağlık, yerel, bölgesel ve küresel düzeyde sağlık hizmetlerinin internete dayalı olarak geliştirilmesini ve sunulmasını hedeflemektedir. (Eysenbach, 2001). Bu tanımda gelişen teknolojiler değil, genel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır.

E-sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "sağlık ve sağlıkla ilgili alanları desteklemek için uygun maliyetli ve güvenli bir şekilde bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2005). DSÖ'nün bu tanımı, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, verimli ve güvenli bir şekilde sunulmasını desteklemektedir. E-sağlık, sağlık sektöründe bilgi paylaşımını artırırken aynı zamanda hasta bakımı, tıbbi kayıtların yönetimi, teşhis ve tedavi süreçleri gibi birçok alanda iyileştirmeler sağlamaktadır. Bu nedenle, e-sağlık teknolojileri sağlık sektöründe önemli bir dönüşüm sağlamaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan tanımlara göre, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için internet ve bilişim teknolojilerinin kullanılması gerekmektedir. Bu, vatandaşların hızlı erişim sağlaması, personelin motivasyonu ve ilgili paydaşlarla veri paylaşımının sürdürülebilir olması açısından önemlidir. Sağlık sektöründe internet ve bilişim teknolojilerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken aynı zamanda erişilebilirliği ve etkinliği de sağlamaktadır. Bu nedenle, sağlık alanında teknoloji kullanımı, modern bir sağlık sisteminin temel bir unsuru olarak kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

E-Sağlık, sağlık ve bakım hizmetlerinin çeşitli bileşenlerini içeren bir kavramdır ve geniş bir yelpazede sağlık ve bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Elektronik sağlık kayıtları, sağlık bilgi sistemleri, uzaktan izleme ve danışma hizmetleri (örneğin, tele sağlık, teletıp, tele bakım), bireylerin kendi sağlıklarını yönetmelerini sağlayan araçlar ve sağlık veri analizi gibi bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sunulmaktadır (Barbabella vd., 2017).

E-sağlık, hızlı bilgi erişimini ve teknolojik altyapının kullanımını, sağlık hizmetlerinin elektronik ve internet tabanlı bir platformda daha etkili bir şekilde sunulmasını ifade etmektedir. E-sağlık, sağlık hizmetlerinin dijital ortamda sunulmasını ve paylaşılmasını sağlayarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaş-

tırmakta ve bilgi akışını hızlandırmaktadır. Bu nedenle, e-sağlık, sağlık sektöründe teknoloji odaklı bir dönüşümü ifade etmektedir. (Kılıç, 2017). Eysenbach'a göre "e-sağlık" kavramı, 10 temel özelliği içermektedir. Bu özellikler, verimlilik, kalite iyileştirmesi, kanıta dayalı yaklaşım, güçlendirme, teşvik, eğitim, bilgi paylaşımı, sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, etik değerlere uygunluk ve eşitlik olarak sıralanabilir. Bu özellikler, e-sağlık uygulamalarının sağladığı faydaları ve etkileri ifade etmektedir. E-sağlık, sağlık hizmetlerinde verimlilik sağlarken, kaliteyi artırma, kanıta dayalı uygulamaları teşvik etme, bireyleri güçlendirme ve eğitim imkânı sunma gibi önemli avantajlar sunmaktadır. Ayrıca, bilgi paylaşımını kolaylaştırma, sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletme, etik değerlere uygun hareket etme ve eşitlik ilkesini gözetme gibi temel prensipleri de içermektedir. Bu nedenle, e-sağlık, sağlık sektöründe dönüşümü teşvik eden ve birçok alanda olumlu etkileri olan bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır (Eysenbach, 2001).

E-sağlık, kurumlar arasında sağlık verilerinin veya bilgilerinin alışverişini sağlamaktadır (Toygar, 2018). E-sağlık, insanlara daha kaliteli sağlık hizmetleri sunma amacıyla sürekli olarak genişleyen bir alandır. Popüler sosyal ağlar (Facebook, Twitter, YouTube), bloglar ve forumlar, hastaların bilgi edinme süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. E-sağlık uygulamaları, hastaların sağlık konularında daha bilinçli olmalarını sağlamakta ve tedavi süreçlerine daha fazla dahil olmalarını teşvik etmektedir. Bu sayede, hastaların sağlık hizmetlerine yönelik etkileşimi artmaktadır. E-sağlık, sağlık sektöründe hastaların aktif katılımını ve bilgi paylaşımını destekleyerek sağlık hizmetlerinin gelişimine katkıda bulunmaktadır (Maeen ve Zykov, 2015).

E-sağlık sistemlerine geçmeye çalışan bazı ülkeler, daha büyük hastaneler inşa etmek yerine sağlık teknolojilerini geliştirmeye yönelmişlerdir. Böylece sağlık hizmetleri sadece hastane ortamında verilen bir hizmet değil, geniş halk kitlelerine ulaştırılmaya çalışılmaktadır. Bu şekilde insanlar hastanelere bağımlı olmaktan kurtarılıp, 7/24 hizmet veren, erişimi kolay ve mobil uygulamaları ve sağlık teknolojilerini kullanmaya teşvik edilmektedir (Kılıç, 2017).

Sağlık sisteminde e-sağlık uygulamalarının sağladığı yararlar şöyle ifade edilebilir. E-Sağlık; evrensel sağlık kapsamının çeşitli şekillerde desteklenmesinde hayati bir rol oynamaktadır. Örneğin, tele-sağlık veya mSağlık yoluyla uzak bölgelerde yaşayan ve yetersiz hizmet alan topluluklara hizmet sağlanmasına yardımcı olmaktadır. E-Öğrenim kullanımı yoluyla sağlık işgücünün eğitimini kolaylaştırmakta ve özellikle izole olanlar için eğitimi daha yaygın bir şekilde erişilebilir hale getirmektedir. Elektronik sağlık kayıtları aracılığıyla doğru ve zamanında hasta bilgisi sağlayarak teşhis ve tedaviyi geliştirmektedir. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin stratejik kullanımı yoluyla sağlık sistemlerinin operasyonlarını ve finansal verimliliğini artırmaktadır (WHO, 2016).

E-sağlık sistemlerinin kullanımıyla birlikte sağlık hizmetlerinde önemli iyileştirmeler sağlanmıştır. Sistemlerin doğruluğu ve hızı artmış, kalite standartları yükselmiştir. Kurumların yönetimi daha kolay ve etkin hale gelmiş, malzeme ve ekipman kullanımı daha verimli bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Gereksiz ilaç kullanımı ve aşırı tetkik, tahlil, görüntüleme işlemleri engellenmiştir. Bu durum daha kontrollü bir mali yapı oluşturmuş ve sağlık çalışanlarının performansı ölçülebilir hale gelmiştir. Randevu sistemleri sayesinde tıbbi cihazların daha verimli kullanımı sağlanırken, hekimlerin doğru bilgiye hızla erişmesi ve önerilerde bulunabilmesi desteklenmiştir. Sağlık hizmeti alanların hızlı erişimi sağlanmış, vatandaşların sağlık verilerine kolaylıkla ulaşması mümkün olmuştur. Ayrıca, giyilebilir teknolojilerle kişilerin takip edilmesi gereken bilgiler izlenebilir hale gelmiş ve daha az kâğıt tüketimiyle çevre dostu bir yaklaşım benimsenmiştir (Şengül, 2019).

E-sağlık uygulamalarıyla ilgili bazı eleştiriler bulunmaktadır. İlk olarak, yüz yüze iletişim eksikliği nedeniyle kişisel etkileşim sağlanamamaktadır. Ayrıca, e-sağlık alanında sağlık hizmetlerine erişim konusu olumsuz etkilere yol açabilmektedir, çünkü teknoloji ve internet kullanmayı bilmeyen kişiler bu hizmetlere ulaşmakta zorlanmaktadır. Öte yandan, internet aracılığıyla sağlık hizmetlerine 7/24 erişim sağlanması avantajlı olsa da, acil durumlarda anında cevap verilmemesi hastalar için tehlikeli sonuçlar doğurabilir. İnternet üzerindeki sağlık bilgilerinin eksik, güncelliğini yitirmiş veya yanlış olma olasılığı vardır ve bu durum hastalar için potansiyel riskler oluşturabilir. Son olarak, e-sağlıkla ilgili yöneltilen eleştirilerden biri de kullanıcıların kaydedilen sağlık verilerinin, istemedikleri kişilerin eline geçmesi sonucu mahremiyet ve güvenlik açığı sorununun ortaya çıkmasıdır.

E-sağlık uygulamalarının eleştirilen yönlerinin yanı sıra, bu teknolojilerin sağladığı potansiyel faydalar da dikkate alınmalıdır. E-sağlık, sağlık hizmetlerine daha kolay ve hızlı erişim sağlamak, hastaların bilinçlenmesini sağlamak, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini artırmak gibi avantajlar sunmaktadır. Ayrıca, bilgi paylaşımını kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte, e-sağlık sistemlerinin geliştirilmesi ve kullanımı sırasında hastaların mahremiyetini ve güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli önlemlerin alınması önemlidir. E-sağlık uygulamalarının potansiyel risklerinin azaltılması ve avantajlarının en iyi şekilde değerlendirilmesi için sürekli olarak iyileştirme çalışmaları ve güncellemeler yapılmalıdır.

2.3.1.3. E-Sağlık Okur-Yazarlığı

Yaşlı nüfusun giderek artması ve yaşam tarzıyla ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıkların giderek yaygınlaşması, insanların sağlıklarına daha iyi bakabilmeleri için onları sürece dahil etmeye ve güçlendirmeye yönelik yeni çabalar gerektirmektedir. Amaç, eğitim sağlayarak ve hastaları paydaş olarak karar verme sürecine dahil ederek hastanın mutluluğunu ve kendi kendini yönetmesini

desteklemektir. Bu hem hastalar hem de kronik rahatsızlıkları olan kişilere hizmet verenler için yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı gerektirir (Holt vd., 2020).

Özellikle kronik hastalıkların artışı ve sağlığın çevresel ve sosyal faktörlerden etkilenmesine dair farkındalığın artmasıyla birlikte, sağlığın geliştirilmesi kavramı önem kazanmış ve bu doğrultuda stratejiler geliştirilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri, bireylerin doğru ve güvenilir kaynaklara erişim sağlayarak sağlık bilgilerini doğru bir şekilde kullanmalarını içermektedir. Bu, bireylerin sağlık konusunda bilinçlenmesi ve doğru kararlar alabilmesi açısından önemli bir faktördür (Mendi B., 2015).

Bu sebeple, sağlık gibi özelleşmiş ve uzmanlık gerektiren bir alanda güvenilir bilgilere erişmek için sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin önemli olduğunu belirtmek mümkündür. e-sağlık okuryazarlığı, aslında sağlık okuryazarlığının bir alt dalı olarak kabul edilmekte ve elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini araştırma, bulma, anlama ve değerlendirme yeteneğiyle, edinilen bilgileri sağlık sorunlarına yönelik etkili bir şekilde kullanabilme becerisini ifade etmektedir (Norman D. ve Skinner H., 2006).

E-sağlık okuryazarlığının temel amacı, sağlık bilgisini içeren ve sağlıkla ilgili karar verme araçlarını daha erişilebilir hale getirerek sağlık sonuçlarını geliştirmektir. Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesine yönelik çabaların, çevrimdışı ortamlardan çevrimiçi ortamlara ve mobil cihazlara taşınması, elektronik ortamda sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi ve geliştirme stratejilerinin belirlenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Werts ve Rogers, 2013). E-sağlık okuryazarlığı, iletişim teknolojilerini kültürel ve sosyal çerçevede uygulayarak, bir sağlık sorununu tanımlama, araştırma, anlama ve değerlendirme süreçlerinde bilgiyi eleştirel bir şekilde kullanabilme becerisidir. Bu beceri, sağlık sorunlarının çözümü için bilgiyi etkili bir şekilde kullanmayı hedefler.

Sağlık okuryazarlığı, altı temel beceriden veya okuryazarlık türünden oluşmaktadır: Bunlar; (1) geleneksel okuryazarlık, (2) sağlık okuryazarlığı, (3) bilgi okuryazarlığı, (4) bilimsel okuryazarlık, (5) medya okuryazarlığı ve (6) bilgisayar okuryazarlığıdır (Norman D. ve Skinner H., 2006).

Yaş, etnik köken, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi ve motivasyon derecesi halkın sağlık hizmetlerine katılımını etkilemektedir. Motivasyon eksikliği, sağlık ve sağlık hizmetlerine ilgi/katılım, algılanan yararlılık ve alaka eksikliği, hizmetlerin alınmasında potansiyel engeller olarak rol oynamaktadır. Daha yüksek eğitim ve okuryazarlık düzeylerinin, sağlık hizmetlerinin farkındalığının ve kullanımının artmasıyla ilişkili olduğu görünmektedir ve kendilerini daha yüksek sosyo-ekonomik geçmişe sahip olarak tanımlayanlar arasında kullanım düzeyi daha yüksektir (Hardiker ve Grant, 2011).

Yapılan bir araştırmada e-sağlık uygulamalarının sunduğu imkânlar konusunda hevesli olan kullanıcılar üzerinde yapılan bir araştırmada, neredeyse tüm katılımcıların zorluklar yaşadığı gözlenmiş ve katılımcıların önemli bir kısmı tüm görevleri tamamlayamamıştır. Karşılaşılan sorunları altı grupta toplamak mümkündür: (1) bilgisayarı ve internet tarayıcısını kullanmak, (2) Web'de gezinme ve yön bulmak, (3) arama stratejilerini kullanmak, (4) uygunluk ve güvenilirliği değerlendirebilmek, (5) Web'e içerik ekleyebilmek ve (6) mahremiyeti koruyabilmek. En çok problem 3. Arama sorgusu oluşturma, 4. bilgi kaynağını değerlendirme konularında yaşanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, birçok hasta e-sağlık araçlarını doğru şekilde kullanma konusunda yetersiz becerilere sahiptir ve bu uygulamaların kullanımı ve farkındalığı düşüktür ve hastalara bunların kullanımı konusunda rehberlik edilmelidir. Bu sorunları azaltmak için, web siteleri ve çevrimiçi uygulamaları kullanıcı dostu olarak tasarlanmalı ve e-sağlık okuryazarlığında farkındalık ve eğitim de artırılmalıdır (Van der Vaart vd., 2013).

Sağlık okur-yazarlığı araştırmalarda eHEALS ölçeği ile ölçülmektedir. Bu ölçek bir sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilen ve ölçülen her bir alanda bireyin kendi beceri ve bilgilerine ilişkin algısına dayanan bir kişisel bildirim ölçeğidir. Ölçek, bireyler veya belirli popülasyonların e-sağlık ile ilgili becerilerinin genel bir tahminini sağlamak ve klinik karar verme sürecinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin planlamasına bilgi sağlamak için kullanılabilmek amaçlarıyla tasarlanmıştır. e-sağlık okuryazarlık ölçeği ile yapılan bir araştırmada; ergenlerde sağlık okuryazarlığı ve teknolojisi konusunda birçok gencin, bilgi teknolojilerini sıklıkla kullanmasına rağmen, e-sağlık ile ilişki kurmakta ve çevrimiçi sağlık bilgilerini anlamakta veya kullanmakta zorluk yaşadığı belirlenmiştir (Gray vd., 2005).

2.3.1.4. Kişisel Verilerin Korunması

Kişisel Verilerin Korunması Kanununa göre, kişisel veri kavramı, belirli veya belirlenmesi mümkün gerçek bir kişiye ait olan her türlü bilgiyi içermektedir. Benzer şekilde, bu tanım ulusal ve uluslararası birçok hukuki düzenlemede benimsenmiştir. "Kimliği belirli" ifadesi ise, bahsi geçen bilginin ilgili kişinin kimliğini doğrudan ve kesin bir şekilde tespit edebilme yeteneğine sahip olmasını ifade etmektedir (Çetin ve Alpay, 2020).

Bilişim ve iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve internetin yaygınlaşmasıyla birlikte kişisel verilerin önemi daha da artmıştır. Özellikle hassas sağlık verileri olarak adlandırılan bilgilerin hukuka aykırı şekilde işlenmesi, ilgili kişiye ciddi zararlar verme potansiyeli taşımaktadır. Bu tür verilerin paylaşılması, kişinin özel hayatının gizliliğini, hastanın mahremiyet hakkını ve doktorun sır saklama yükümlülüğünü ihlal edebilir. Kişisel sağlık verilerinin yeterince korunamaması endişesi, hastaların sağlık kuruluşlarına başvuruda tereddüt etmelerine neden olabilir. Bu durum, sağlık hakkının yanı sıra yaşam hakkının da ihlal edil-

mesi anlamına gelir. Sağlık verileri, Avrupa Konseyi Sözleşmesi ve Veri Koruma Yönergesi'nde tanımlanan tıbbi veriler arasında DNA, genetik ve biyometrik verileri içermektedir. Bu nedenle, kişisel verilerin korunması konusuna özel bir önem verilmelidir (Yüksel, 2019). Kişisel verilerin korunması konusunda Türkiye'de çeşitli düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemeler, Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası ve 24 Mart 2016 tarihli 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) gibi yasalarla yapılmıştır. Ayrıca, ilgili yönetmelikler ve genelgeler de bu alanda önemli bir rol oynamaktadır. Bu düzenlemelerin amacı, kişisel verilerin gizliliğini ve korunmasını sağlamaktır. Bu çerçevede, kişisel verilerin toplanması, işlenmesi, kullanılması ve paylaşılması konularında belirli kurallar ve standartlar belirlenmiştir. Türkiye'deki kişisel veri koruma mevzuatı, uluslararası standartlar ve iyi uygulamalar doğrultusunda şekillenmiştir ve kişilerin veri güvenliği ve mahremiyeti açısından önemli bir koruma sağlamaktadır.

e sağlık sistemlerinin kullanımında da kişisel verilerin korunması için teknolojik olarak önlemler alınmaya çalışılmaktadır. E-sağlık uygulamaları sayfalarına 'aydınlatma metni' konularak kullanıcılar bilgilendirilmeye ve güvence verilmeye çalışılmaktadır (e-Nabız, 2023).

Aydınlatma Metninin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVK Kanunu") "Veri Sorumlusunun Aydınlatma Yükümlülüğü" kenar başlıklı 10 uncu maddesi gereği hazırlandığı, kişisel veriler bakımından veri sorumlusunun T.C. Sağlık Bakanlığı olduğu belirtilmektedir.

İlgili uygulamada, kimlik verisi, iletişim verisi, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleri verisi, işlem güvenliği verisi, özlük verisi, finans verisi lokasyon verisi, sağlık verisi, mesleki deneyim verisi ve görsel ve işitsel veri gibi verilerin hangi amaçlarla işlendiği açıklanmaktadır.

Özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alındığında, kullanıcının kişisel verileri, KVK Kanunu'nun 6. maddesinin üçüncü fıkrası uyarınca (KVKK, 2016) güvenlik tercihleri doğrultusunda ilgili hekim(ler)in erişimine açılabilir. Acil durumlar veya yoğun bakım gerektiren durumlarda, kullanıcının hayati tehlike altında olması nedeniyle e-Nabız hesabındaki veriler, ilgili hekimin erişimine sunulabilir. Ayrıca, alınan sağlık hizmetinin maliyetinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanması durumunda, sağlık hizmeti süreçlerinin yönetimi için kişisel veriler T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından erişilebilir hale getirilebilir. Hasta takip ve poliklinik çağrı ekranlarında, kullanıcının adı ve soyadı e-Nabız profilindeki Profil Düzenleme alanında düzenlenebilir şekilde maskelenmiş olarak (Ör: Ay*** Ün***) görüntülenebilir (e-Nabız, 2023).

2.3.1.5. E-Sağlık ve Hasta İlişkileri Yönetimi

Hastaların kendi hastanelerine yönelmesini sağlamak, hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak ve hastaneye sadık hastalar kazanmak gibi konular

Hasta İlişkileri Yönetimi (PRM) çerçevesi kapsamındadır. Geçmişte özel hastanelerin az sayıda olması ve maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle günümüzde birçok özel sağlık kuruluşu devlet hastanelerine başvuran hastalara düşük maliyetli alternatifler sunmakta, devlet hastanelerinde hastalar istedikleri doktoru seçme imkânına sahip bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan kurumlar için müşteri ilişkileri yönetimi (Customer Relationship Management – CRM) önemli bir kavram haline gelmiştir. CRM, sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından "Hasta İlişkileri Yönetimi" (Patient Relationship Management-PRM) olarak adlandırılmaktadır. Hasta İlişkileri kapsamında, "Müşteri" kavramı "Hasta" veya "Misafir" olarak ele alınmaktadır. Hasta ilişkileri yönetimi yazılımları, CRM mantığıyla benzerlik göstermekle birlikte bazı dönüşümler yapmaktadır. Sağlık sektöründeki özelleşme ve rekabet koşulları nedeniyle sağlık kurumları müşteri ilişkileri yönetimine ihtiyaç duymaktadır. Nitelikli hizmet sunumu açısından, sağlık kurumlarının en önemli paydaş grubu hastalardır ve müşteri ilişkileri yönetimi bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Hastaneler, daha fazla hastanın başvurduğu bir yapıya sahip olmak için müşteri ilişkileri yönetimi uygulamalarını benimsemeli ve hastaların algılarını değerlendirmelidir. Birçok ülkede, CRM/PRM uygulamaları, hastane ve müşteri arasında güven oluşturma amacıyla sağlık hizmetlerinin sunumunda tercih edilmektedir (Şahin ve Yıldız, 2021).

Sağlık işletmelerinin teknolojik gelişmelere yetişebilmek için gösterdikleri çabalar ve buna bağlı olarak artan maliyetler, artan hasta şikâyetleri ve yaygınlaşan daha iyi bakım talepleri, tıbbi hizmetleri zorlaştırmaktadır. Nüfus artışına oranla sağlık hizmeti veren işletme sayısı yetersizdir. Toplumda artan gelir düzeyi hastaların daha iyi hizmet beklentisini artırmaktadır. Sağlık kurumlarının yetersizliği, bu kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının eksikliği, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir (Papatya vd., 2012)

Sağlık hizmetlerinin hata kabul etmemesi için hayati öneme sahip olması, kaliteli hizmet sunulmasını da zorunlu kılmaktadır. Hasta memnuniyeti genel olarak hastanın verilen hizmetin beklentilerinin karşılanması veya verilen hizmeti nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Hasta bakımındaki başarının temel kriterlerinden biri olan hasta memnuniyeti, hastanın hizmet aldığı hizmetin önceki beklentilerini karşılamasıdır (Yılmaz M., 2001). Sağlık hizmeti sunan kurumların hasta memnuniyeti elde etmekteki başarısı; maliyetleri düşürmekte, karlılığı artırmakta, olumlu öneriler sonucunda hasta sayısının ve hasta sadakatinin artmasını sağlamaktadır (Pişgin ve Ateşoğlu, 2015).

Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki etkileşimin, aktarılan bilginin, güvene dayalı ilişkinin, hastanın ihtiyaçlarını dinleme, gereken zamanı ayırma, ilgi, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışların hastaların

tedaviye bağlılığı üzerinde kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (Buğdaycı vd., 2009).

Sağlık kuruluşları, hastaların kendi tesislerine yönelmelerini teşvik etmek ve mevcut hastaların sadakatini artırmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarının taleplerini her kanaldan dinlemeli ve hızlı cevaplar sunmalıdır. Sosyal medya platformlarına olan ilginin artması, sektör yöneticileri için önemli bir veri kaynağı haline gelmiştir. Bu nedenle, hasta ilişkileri yönetiminde sosyal medya geri bildirimleri dikkate alınmalı ve yeni stratejiler oluşturulmalıdır. Sektör yöneticilerinin bu konuya odaklanması gerekmektedir.

Sosyal medya platformları, sağlık sektörü temsilcileri için tutundurma, itibar yönetimi ve hasta ilişkileri yönetimi faaliyetlerinde yeni fırsatlar sunmaktadır. Kullanıcılar, hastane ve hekimlere ilişkin yorumları okuyarak, semptomlar ve ilaçların yan etkileri hakkında araştırma yaparak, benzer hastalığı olan kişilerin paylaşımlarını ve başarı hikayelerini takip ederek ve uzman doktorlarla iletişime geçerek sosyal medya platformlarına başvurmaktadır. Bu platformlar, grip gibi yaygın hastalıklardan kansere kadar birçok hastalıkla ilgili araştırma yapma imkânı sunmaktadır. Bu bilgi edinme süreci ve dijital arkadaş etkisi, bireylerin sektör temsilcileri hakkında fikir sahibi olmalarını sağlamakta ve kararlarını etkilemektedir (Göksu, 2018).

Elde edilen verilerin gerçekçi olarak analiz edilmesi ve yorumlanması son derece önemlidir. Bu sayede sağlık kuruluşları, hastaların tutum ve davranışlarını daha iyi anlayarak tedavi sürecini daha etkili bir şekilde yönetebilirler. Ayrıca, sosyal medya platformları aracılığıyla sağlanan veriler, hastaların memnuniyeti ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesi gibi önemli konularda geri bildirim sağlar. Bu geri bildirimler sayesinde sağlık kuruluşları, hizmetlerini sürekli olarak iyileştirerek hastaların ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilirler. Sonuç olarak, sosyal medya ve diğer internet tabanlı iletişim sistemleri, sağlık kuruluşları için önemli birer araç haline gelmiştir ve sağlık sektöründe hizmet kalitesini artırmak için kullanılmaktadır.

ABD'de faaliyet gösteren toplam 3.371 hastanenin büyük bir çoğunluğu, yani 3.351'i (%99,41) Facebook ve Foursquare hesaplarına sahiptir. Ayrıca, bu hastanelerin 3.342'si (%99,14) Yelp hesabına, 1.713'ü (%50,82) Twitter hesabına ve 1.699'u (%50,40) ise dört platformun tamamına sahiptir. Büyük ölçekli, şehir merkezlerinde bulunan, kâr amacı gütmeyen ve eğitim ve araştırma hastaneleri gibi kuruluşlar, sosyal medya araçlarını daha etkin bir şekilde kullanmaktadır (Griffis, ve diğerleri, 2014), (AHA, 2023).

Türkiye'deki 260 hastanenin sosyal medya kullanımını ve etkinlik düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir: Çalışmaya dahil edilen hastanelerin %92,9'u Facebook, %85,8'i Twitter, %48,7'si YouTube, %46'sı Instagram ve sadece %17,7'si Google+ hesabı kullanmaktadır. Kamu hastanelerinde en yaygın kullanılan sosyal medya aracı sırasıyla

%94'le Facebook, %86 ile Twitter, %37 ile YouTube, %19 ile Instagram ve %4 ile Google+'dır. Özel hastanelerde ise en yaygın kullanılan sosyal medya aracı sırasıyla %89'la Facebook, %85'le Twitter, %52 ile YouTube, %55 ile Instagram ve %22 ile Google+'dır. Tüm hastaneler dikkate alındığında, Facebook'un ortalama sayfa beğenme sayısı 41.449 ve toplam sayfa takipçisi 40.936'dır. En düşük beğenme sayısı 98, en az sayfa takipçi sayısı ise 99 olarak belirlenmiştir. Instagram hesabı olan hastaneler için ortalama gönderi sayısı 368 ve takipçi sayısı 3.082'dir. Twitter hesapları incelendiğinde, ilgili sosyal medya hesabına sahip hastanelerin ortalama beğeni sayısı 105,92, takipçi sayısı 3.174 ve ortalama tweet sayısı ise 1.714 olarak tespit edilmiştir (Lorcu ve Demir, 2017).

Hastaneler, sosyal medya aracılığıyla hastalarına sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi verirken, hastalıklar hakkında farkındalık oluşturmak ve sağlık tavsiyeleri sunmak için de bu araçları kullanmaktadır. Ayrıca, sosyal medya platformlarında hastalarla etkileşim kurarak geri bildirim almakta ve hastaların memnuniyetini artırmak için çaba sarf etmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde, sosyal medya hastaneler ve hastalar tarafından yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bir araştırmaya göre 89 hastane ve 1113 hasta üzerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre, hastaların %42'si sosyal medyada hizmet aldığı hastaneden haberdar olduğunu ve %60'ının sosyal medyayı aktif bir şekilde kullandığını göstermektedir. Ayrıca hastaların %27'si hizmet aldığı hastane ile ilgili gelişmeleri sosyal medya üzerinden takip etmektedir. Hastaların %34'ü hastane web sitesi üzerinden bilgi edinirken, %42'si doktorlar hakkında bilgi almak için hastane web sitesini kullanmaktadır. %26'sı sosyal medya veya yardım yoluyla hastane ile iletişime geçerken, %19'u hastalıkları hakkında internetten aldıkları bilgilere güvenmektedir. Özellikle gençlerin sosyal medyayı daha yoğun kullandığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, sosyal medya ve web sitelerinin hastane ve hasta arasında sağlıklı bir iletişimin sürdürülmesinde önemli bir bilgi kaynağı olarak kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu iletişim kanalları, hastanelerin kalite algısını ve itibarını yükseltmektedir. Bu nedenle, hastaneler yüz yüze iletişimle birlikte, hastalarla sürekli açık olan iletişim kanalları oluşturmak için yeni iletişim teknolojilerini ve sosyal medyayı da etkin bir şekilde kullanmalıdır. İyi tasarlanmış ve zengin içerikli web siteleri, hastanelerin hasta iletişiminde etkili bir araçtır (Sütcü ve Erdal, 2016).

Bu istatistikler, hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının, toplumda daha etkin bir şekilde var olabilmek ve daha geniş bir kitleye ulaşabilmek için sosyal medya platformlarını kullanmalarının önemini vurgulamaktadır. Bu göstergeler; rekabetin üst düzeyde olduğu sağlık sektöründe hastanelerin hasta iletişiminde sosyal medyayı niçin etkin bir şekilde kullanması gerektiği sorusunun cevabını vermekte ve hasta ilişkileri yönetim sistemlerinin sosyal medya ve diğer iletişim kanalları ile birlikte ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

2.4. E-Sağlıkla İlgili Ülkemizdeki Uygulamalar

Son yıllarda dünyanın gelişmiş ülkelerinde yaygın bir şekilde kullanılan ve büyük altyapı yatırımları gerektiren e-sağlık sistemleri, ülkemizde de Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kullanılmaktadır. Bu alanda önemli çalışmalar yapılmakta ve uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde e-sağlık sistemlerine verilen önem, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını hedeflemektedir. Bu sistemler, sağlık kayıtlarının elektronik ortamda tutulmasını, hasta takibini ve randevu işlemlerini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, tıbbi bilgilerin güvenli bir şekilde paylaşılmasını ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesini sağlamaktadır. Bu sayede hastaların tedavi süreçleri daha etkin bir şekilde yönetilebilmekte ve sağlık sistemi daha sağlıklı bir yapıya kavuşmaktadır.

E-sağlık sistemi 2016 yılından itibaren 20 Avrupa Birliği üyesi ülkede kullanılmaya başlanmıştır (Kılıç, 2017). E-sağlıkla ilgili çalışmalara 2003 yılında Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından başlanılmış ve e-sağlığın tanıtımı Ocak 2004'te yapılmıştır (Akca N., 2013).

2.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye'nin sağlık sektöründe dönüm noktası olarak kabul edilebilecek "Sağlıkta Dönüşüm Programı" 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Program, 8 ana bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolü, Genel Sağlık Sigortası ile herkesin tek çatı altında toplanması, yaygın, erişilebilir ve dostane bir sağlık hizmet sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve kademeli bir sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, nitelikli ve motivasyonu yüksek sağlık çalışanları, sistem destekleyici eğitim ve bilim kurumları, kalite ve akreditasyon için nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri, akılcı ilaç ve malzeme yönetimi, kurumsal yapılanma ile karar sürecinde etkili bilgiye erişim sağlayan Sağlık Bilgi Sistemi olarak sıralanmaktadır (Akdağ vd., 2008). Bu program, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, erişimi genişletmeyi ve etkinliği geliştirmeyi hedefleyen kapsamlı bir strateji olarak önemli bir rol oynamaktadır

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde bir dönüm noktası olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), etkin, verimli ve adil sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve amaçlarına yönelik bir strateji olarak ortaya çıkmıştır. SDP'nin temel değerleri ve ilkeleri, insan odaklılık, sürdürülebilirlik, sürekli kalite, ortaklık, uzlaşma, gönüllülük, güçlerin ayrılığı, özerk yönetim ve rekabet şeklinde belirlenmiştir. Bu değerler ve ilkeler, SDP'nin temel kılavuzunu oluşturarak sağlık hizmetlerinde önemli bir yol haritası sunmaktadır. Bu program, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, sürdürülebilirliği sağlamayı ve paydaşlar arasında işbirliğini teşvik etmeyi amaçlayan stratejik bir yaklaşımdır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Hazırlanan bu programla bölünmüş olan sağlık hizmetleri sunum sis-

temi problemine yönelik çok ciddi reform girişimleri başlatılmıştır. Bu reformlar Sağlık Bilgi Sisteminin, daha sonra e-sağlık sistemlerinin temelini oluşturmuştur. Bu reformlardan en dikkat çeken ise Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi olmuştur.

2.4.2. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Kurulması

Sağlık Bilgi Sistemleri (SBS), genel olarak sağlık hizmetlerinin yönetimini ve sağlık kuruluşlarının işleyişini desteklemek amacıyla tasarlanmış bilişim sistemlerini ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde kullanılan sistemlerin bir parçası olup sağlık kuruluşları arasında veri paylaşımını ve entegrasyonu sağlamak için kullanılmaktadır. SBS, hastane yönetim sistemleri, hasta takip sistemleri, laboratuvar bilgi sistemleri gibi alt sistemleri içermektedir. Sağlık kuruluşlarının idari ve klinik işlemlerini desteklemekte ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı"ndaki 8 bileşeninden birisi "Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi"dir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) çalışmaları başlatılmıştır. 2004-2009 yılları arasında Sağlık-NET portalı ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS)'nin test çalışmalarına başlanmıştır. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), e-Reçete, e-Sevk, e-Kimlik-Akıllı Kart (Elektronik Vatandaşlık), Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS), Mobil İmza uygulamalarına yönelik pilot projelere başlanmıştır. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) Sürüm 1.1. çalışmaları başlamıştır (Akca N., 2013). Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), Türkiye'deki sağlık kurumlarında kullanılan bilgi sistemleri için bir referans kaynağı olarak hizmet veren ve terminoloji birliğine büyük katkı sağlayan bir sözlük çalışmasıdır. Bu sözlük, Sağlık Bakanlığı'nın diğer çalışmalarının anlam kazanmasında önemli bir rol oynamaktadır, çünkü burada kullanılan tüm verilerin tanımlanması ve standardizasyonu sağlanmaktadır. USVS, e-sağlık vizyonunun ve geleceğinin belirleyici bir unsuru olarak sağlık bilişimi çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Bu sözlük, sağlık sektöründe veri yönetiminin etkinliğini artırmayı ve bilgi paylaşımını kolaylaştırmayı hedefleyen önemli bir araçtır (Özata, 2009). Bilişim alanında standardizasyon, temel bir yapı oluşturmaktadır. Bu standartlar, verinin tanımlanması, aktarılması, saklanması, mahremiyetinin korunması ve analiz edilmesi gibi aşamalarda uygulanacak yöntemlere ilişkin kurallar getirmektedir. Bu kurallar, bilişim sistemlerinde verilerin tutarlılık, uyumluluk ve güvenilirlik açısından standart bir şekilde işlenmesini sağlamaktadır. Standartlar, sağlık sektöründe bilgi paylaşımını kolaylaştırmak, veri analizini iyileştirmek ve mahremiyetin korunması gibi önemli konuları ele almaktadır. Bu sayede sağlık bilgi sistemlerinde veri yönetimi daha etkili bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Standartlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve sağlık bilgi teknolojilerinin uyumlu

ve entegre bir şekilde çalışmasını sağlamak için büyük önem taşımaktadır (Mandel vd., 2016). Günümüzde USVS'nin 2.2.versiyonu yayınlanmıştır.

Bilişim alanında bazı bilgiler için ortak bir kodlama ve/veya sınıflandırma sistemlerinin kullanılması bir zorunluluktur. Bundan dolayı toplanan bilgiler için kodları bir araya toplayan bir SKRS oluşturulmuştur. Sunucu şu aşamaya kadar oluşturulan 367 kodlama/sınıflandırma maddesi ile kullanılmaya devam etmektedir (Şengül, 2019). Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS), Türkiye'deki sağlık sisteminin daha izlenebilir, ölçülebilir ve yönetilebilir bir yapıya dönüştürülmesi için tasarlanmış bir sistemdir. Bu sistem, sağlık hizmetlerinde gereksinim duyulan Standart Belge Seti (SBS) kriterlerini bir araya getirerek sağlanmaktadır. SKRS, sağlık sektöründeki verilerin daha uyumlu ve tutarlı bir şekilde kodlanmasını sağlayarak sağlık sisteminin etkinliğini artırmayı hedeflemektedir. Bu sayede sağlık hizmetlerinin izlenmesi, analizi ve değerlendirilmesi daha kolay hale gelmektedir. SKRS, sağlık alanında yapılan çalışmaların ve politikaların daha iyi bir şekilde yönetilmesine katkı sağlamaktadır.

Sağlık sektöründe hizmet veren kamu ve özel sağlık kurumlarının ortak bir kodlama standardı oluşturması, veri uyumsuzluğunu gidermeyi ve işbirliği ortamını sağlamayı amaçlayan SKRS (Sağlık Kodlama Referans Sunucusu) hizmete sunulmuştur. SKRS, sağlık hizmeti sunan tüm kamu ve özel sağlık kurumları, yazılım firmaları ve ödeyici kurum (SGK) tarafından kullanılabilmektedir. Bu sistem, Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri'nde kullanılan verileri kodlanabilir bir yapıda sunarak, veri iletiminde ortak bir dilin kullanılmasını sağlamaktadır. SKRS, tüm sisteme tanımlanan kodları görüntülemekte, mevcut kodları düzenlemekte ve yeni kod ekleme işlemlerini gerçekleştirmektedir. Bu sayede, sağlık sektöründe veri uyumunu sağlamak ve veri paylaşımını kolaylaştırmak amaçlanmaktadır. SKRS, sağlık kurumları arasında veri alışverişini standartlaştırarak, sağlık bilgi yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır.

Sağlık Bilgi sisteminin temel sistemlerinden biri de Sağlık.NET'dir. Sağlık.NET, MHRS, Tele-Tıp, USVS, SKRS ve diğer internet tabanlı hizmetler, Türkiye'deki e-sağlık uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Sağlık.NET, sağlık kurumlarında elektronik verilerin standartlara uygun şekilde toplanmasını ve tüm paydaşlar için uygun bilgilerin üretilmesini hedefleyen bir bilgi ve iletişim platformudur. Sağlık.NET, sağlık sektöründe sorunların belirlenmesi, önlemlerin alınması, kaynakların planlanması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi gibi konularda önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, bilimsel araştırmalar için yeterli düzeyde veri toplama ve işleme işlevini de yerine getirmektedir. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren tüm yetkili sağlık personeli tarafından kullanılmaktadır.

Sağlık.NET'in temel özellikleri şunlardır:

- Web tabanlı altyapı, 1, 2 ve 3. basamaktaki yazılımlar arasında standart veri transferi sağlar.

- Karar destek sistemi, hastalık yükü, sağlık harcamaları ve demografik analizlere ilişkin gerekli bilgilere merkezden erişim imkânı sunar.
- Uluslararası kuruluşlar tarafından istenen göstergelerin takip edilmesini sağlayacak raporlama sistemine sahiptir.
- Hukuka uygun uluslararası veri değişimi imkânı sunar.
- Vatandaşlara kendi sağlık kayıtlarına erişme ve yönetme imkânı verir.
- Sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemleri ve ulusal sürveyans sistemini destekleyen uygulamalarla bilgiye erişimi sağlar (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Türkiye'deki sağlık sektöründe kullanılan bilgi sistemleri arasında Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS), Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi (e-TYS), Türkiye Kemik İliği Bilgi Sistemi (KİBS), Türkiye Diyaliz Bilgi Yönetim Sistemi (TÜRKDİVES), Türkiye Yoğun Bakım İzleme Sistemi (YOBİS), Türkiye Organ ve Doku Bağışı Bilgi Sistemi (TODBS), Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi (TODS), Türkiye Ulusal İşitme Tarama Programı (İTP), Yardımcı Sağlık Personeli Bilgi Bankası (YSP), Özürlüler Veri Bankası, Hastane Enfeksiyonları ve Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS) gibi sistemler bulunmaktadır. Bu sistemler, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve veri paylaşımı süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu bilgi sistemleri, sağlık kuruluşları arasındaki iletişimi güçlendirmekte ve sağlık verilerinin düzenli bir şekilde takip edilmesini sağlamaktadır. Sağlık sektöründeki çeşitli alanlara odaklanan bu bilgi sistemleri, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayı ve hastaların daha iyi bir hizmet almasını amaçlamaktadır (Özdemirci, 2018).

Türkiye'deki "e-Sağlık" projesi, Sağlık Bilgi Sistemi üzerine inşa edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarıyla uygulanabilmesi için tüm bileşenler arasında entegrasyonu sağlayacak bir Sağlık Bilgi Sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde, Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi/e-sağlık için gerekli olan bilişim altyapısı tamamlanmıştır. Bu sayede, Avrupa Birliği ve diğer kıta ülkeleri ile entegre olabilme kabiliyetine sahip bir sistem kurulmuştur. Bu gelişme, sağlık hizmetlerinde veri paylaşımı ve işbirliği konularında önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir (Akca N., 2013).

2.4.3. SGK Tarafından Yürütülen E-Sağlık Uygulamaları

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu), Türkiye'de sağlık sigortası kapsamında olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamakla görevli olan bir kurumdur. SGK, e-sağlık uygulamalarını da kullanarak sağlık hizmetlerini daha etkili ve verimli bir şekilde sunmayı hedeflemektedir. SGK tarafından yürütülen e-sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmayı, sağlık kayıtlarının elektronik ortamda güvenli bir şekilde saklanmasını ve sağlık süreçlerinin takibini geliştirmeyi amaçlamaktadır.

2.4.3.1. Elektronik MEDULA Sistemi

MEDULA, "medikal" ve "ulak" kelimelerinin birleşiminden oluşan bir terimdir. Sağlık tesisleri tarafından kullanılan ve 1 Ağustos 2006 tarihinden itibaren faaliyet gösteren MEDULA Sistemi, sağlık hizmetlerine ait fatura bilgilerinin Genel Sağlık Sigorta Sistemi'ne aktarılmasını ve fatura bedellerinin tesislere ödenmesini sağlayan bir otomasyon sistemidir. Bu sistem, sağlık kuruluşlarının iç süreçlerine müdahale etmeden bu işlemlerin gerçekleşmesini sağlamaktadır. MEDULA, eczaneler, sağlık merkezleri, teşhis ve tedavi merkezleri ile özel ve kamu hastaneleri gibi otomasyon sistemi olan sağlık tesisleri tarafından kullanılmaktadır. Sistem, Genel Sağlık Sigortası (GSS), Merkezi Nüfus İşleri Sistemi (Mernis) ve Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yaparak, sağlık hizmeti sunucuları ile SGK arasında doğru ve etkili iletişimi sağlamaktadır. Bu sayede, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanı konularında önemli bir katkı sağlamaktadır (Özata, 2009).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen MEDULA Sistemi eczaneler ve optisyenler tarafından girilen ilaçları, reçete ve muayene ödemelerini takip etmek amacıyla yoğun olarak kullanılmaktadır. Elektronik MEDULA sistemi, hastaneler doktorlar, eczaneler ve optisyenlerin sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde teşhis, tanı, tedavi amaçlı işlemleri elektronik ortamda gerçekleştirmelerini sağlayan bir merkezi sistem programıdır. MEDULA sistemi 4 bölümden oluşmaktadır (SGK, 2015).

MEDULA Eczacı Sistemi: Eczaneler için hazırlanan merkezi sisteme dahil bir elektronik programdır. Hekimlerin sisteme girdikleri e-reçetelerin takibi, ödemesi yaklaşan ilaç listelerinin kontrolü bu sistem aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

MEDULA Doktor Sistemi: MEDULA programının doktorlar için hazırlanan bu bölümünde hastalara yazılan e-reçetelerin kontrolü sağlanarak, ilaç israfının önlenmesi amaçlanmaktadır.

MEDULA Optik Sistemi: Optisyenlerin hastalara verilen gözlük reçetelerini kontrol etmelerine yarayan bu bölüm olası hataların önlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

MEDULA Hastane Sistemi: Hastanelerde hastaların yaptıkları ödemeleri, sevk ve raporları görüntüleyen bu bölümün, hizmet kalitesine ve verimliliğe katkıda bulunması amaçlanmıştır. Bu programla, hastanede yapılan tüm işlemlerin yönetimi ve takibi eksizsiz, tam zamanlı ve hızlı bir şekilde tamamlanabilmektedir.

MEDULA sistemi, hekimlere zaman tasarrufu sağlayarak eğitim ve mesleki tatmin düzeylerini artırmaktadır. Ayrıca, hasta memnuniyetini ve tedavi uyumunu artırarak ilaçların yan etkilerini ve beklenmeyen ilaç etkileşimlerini azaltmaktadır. MEDULA, istatistiki verilerden yararlanarak ilaç teminiyle ilgili planlamalarda tasarruf sağlayarak sağlık harcamalarını azaltmaktadır. Bu saye-

de, hem sağlık çalışanlarına hem de hastalara önemli faydalar sağlamaktadır (Gül vd., 2005).

2.4.3.2. E-Rapor

Tüm sağlık hizmeti sunucuları tarafından kullanılan MEDULA sistemi aracılığıyla elektronik ortamda düzenlenen ilaç kullanım ve muafiyet raporları, E-Rapor olarak adlandırılmaktadır. SGK tarafından yayınlanan rapor teşhis kodları ve etken madde listelerine dayanarak, hastaneler kendi yazılım sistemlerini kullanarak bilgileri kaydederek rapor oluşturmaktadır. Bu raporlar, başhekimlik tarafından onaylandıktan sonra SGK Medula Sistemi üzerinde görüntülenebilir hale gelmektedir. E-Rapor, sağlık raporlarının elektronik ortamda düzenlenmesini ve paylaşılmasını sağlamaktadır. Bu nedenle, raporlar için ayrıca basılı bir rapor talep edilmez. Bu yöntem sayesinde raporların kaybolma veya yanlışlık gibi sorunlarla karşılaşma olasılığı azaltılırken, raporlara hızlı erişim sağlanmakta ve işlemler daha kolay hale gelmektedir. Raporların düzenlendiği sağlık kurumunda kaydedilmesi, sahte raporların olası önüne geçilmesini sağlamaktadır (SGK, 2023).

2.4.3.3. Elektronik Reçete Sistemi (E-Reçete)

Sağlık hizmetlerinde bilgi sistemi, elektronik reçete (E-reçete) uygulaması gibi önemli unsurları içermektedir. E-reçete, el ile yazılan reçetenin elektronik ortamda oluşturulmuş halidir. Hastanın sağlık kurumuna başvurduğu sırada MEDULA takip numarası oluşturulmakta ve bu bilgiler, otomasyon sistemi aracılığıyla E-reçeteye eklenmektedir. E-reçete uygulamasının temel amacı, işgücünü ve maliyeti azaltmak, kayıp, kaçak, suistimal ve sahte reçeteciliği önlemektir. Elektronik reçete uygulaması, hekimler, hastalar, eczaneler ve Sosyal Güvenlik Kurumu gibi en az dört paydaşa fayda ve avantaj sağlamaktadır. Bu sayede, sağlık hizmet sunumu daha verimli hale getirilmektedir (Gider vd., 2015).

E-Reçete, sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat eden hastaların tedavi süreçlerinde kullanması gereken ilaçların bireylere veya eczanelere aktarılması için kullanılan, ulaşımı bir numara ile gerçekleştirilen elektronik bilgi sistemidir. E-reçete sisteminin amacı, matbu olarak basılan tüm kırımızı, yeşil, turuncu ve mor şeklinde sınıflandırılan bütün e-reçetelerde ve normal reçetelerde belirtilen izlemeye tabi içerik ihtiva eden ilaçların takibinin kolaylaştırılmasını sağlamaktır. Ayrıca sarf malzemesi tasarrufunun yanı sıra evrak takip kolaylığı sağlanmaktadır. Eczanelerin ve tıbbi malzeme satışını gerçekleştiren işletmelerin e-reçete sistemine dahil olması için öncelikle Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna başvurmaları ve kaydolarak akreditasyonu gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Hekimlerin reçetelerini ilaç türü fark etmeksizin oluşturup kaydet tuşuna basmalarıyla, reçete sistemin veri tabanına yönlendirilmektedir. Sisteme hekim, hasta, kurum, tanı ve ilaç bilgileri otomatik olarak kaydedilmektedir. E-reçete pilot uygulamaları 2012 yılı içerisinde Eskişehir ve Kon-

ya'da başarı ile gerçekleştirilince, sistem Türkiye geneline yayılmıştır (SGK, 2023).

Ayrıca, sağlık hizmeti sunan işletmeler ilgili ilacın verilip verilemeyeceğini ve raporlu ilaçların ne zaman tekrar reçete edilebileceğini görüntüleyebilmektedir. Hekimlerin e-reçete düzenlemeye geçmeden önce hastanın henüz kullanım süresi dolmamış ilaçlarını görebilmeleri için e-reçete web servisine gerekli menüler eklenmiştir (SGK, 2023).

Yapılan araştırmalar, e-reçete uygulamasının reçete yazımındaki hataları azalttığını, maliyetleri düşürdüğünü ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesini artırdığını göstermektedir. Bu uygulama aynı zamanda hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında memnuniyet oluşturmaktadır. Bu nedenle, gelişmiş ülkeler arasında Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya, Avrupa Birliği ülkeleri, gibi birçok ülkede e-reçete uygulaması kullanılmaktadır (Yiğit vd., 2019).

Türkiye genelinde sistem sonuçları değerlendirildiğinde reçete süreçlerinin online platformlara taşınması önemli ölçüde kâğıt tasarrufu sağlamıştır. Hâlihazırda Türkiye'de reçete işlemlerinin kullanım oranı %83'tür. 2019 yılından 2022 yılına kadar yaklaşık 460 milyon e-reçete kullanımı ortaya çıkmıştır. Ayrıca e-Nabız, antibiyotik reçeteleri için doktorlara bildirim göndermektedir. 2020 yılında antibiyotikler de dahil olmak üzere reçete yazma oranı %31,1'den (2015) %24,3'e düşürülmüştür.

2.4.4. SBSGM Tarafından Yürütülen E-Sağlık Uygulamaları

2011 yılında, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM) kurulmuş ve daha önce İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Bilişim Teknolojileri Koordinatörlüğü'nün görevlerini devralmıştır. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, belirli görev ve yetkilere sahiptir: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri için politika, strateji ve standartlar belirleme görevine sahiptir. Ayrıca kişisel sağlık verileriyle ilgili bilgi sistemlerinin oluşturulması ve yönlendirilmesi, uluslararası sağlık bilgi sistemleri ve teknolojilerinin takip edilmesi, ülke deneyimlerinin paylaşılması ve uluslararası iş birliklerinin yapılması da müdürlüğün sorumlulukları arasındadır. Sağlık bilişimi ve teknolojisiyle ilgili kuralların belirlenmesi, uygulanması ve uygunluğunun değerlendirilmesi de genel müdürlüğün görevleri arasındadır (SBSGM, 2020).

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü bünyesinde verilen e-sağlık uygulamaları hizmetlerinden aktif olarak kullanılan e-sağlık uygulamaları şunlardır:

2.4.4.1. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi Modülü (ÇKYS)

Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan bir sistemdir ve özel sağlık kuruluşlarıyla bakanlığa bağlı tüm kurumlar, binalar ve malzemelerin bilgilerinin takip edildiği bir yapı sunmak-

tadır. Ayrıca, bakanlığa bağlı tüm personelin izlendiği bu sistem, Çalışan Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) olarak adlandırılmaktadır. ÇKYS, insan, malzeme ve finans gibi kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesini ve her düzeydeki karar süreçlerinde doğru ve tutarlı bilgi üretimini hedeflemektedir. Bu sayede sağlık sektöründe mevcut mevzuat çerçevesinde kaynakların verimli bir şekilde kullanılması ve karar alma süreçlerinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Böylece, kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesi ve doğru bilgiye dayalı kararlar alınması hedeflenmektedir. Bu sistemde; özel sağlık kuruluşlarının tüm işlemleri Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS), tüm bina veya taşınmazlar Yatırım Takip Sistemi (YTS), Sağlık Bakanlığına ait tüm malzeme depolarındaki taşınır malzemelerin takibi Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS), tüm bakanlık personelinin hareketleri İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS), ülke geneline ait sağlık istatistiklerinin toplandığı Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), (bu modülün adı Hastane Bilgi Formları (HBF) olarak değiştirilmiştir), Doktor Bilgi Sistemi (DBS), Kişisel Veri Bankası (KVS), Yazılım Destek Sistemi (YDS) adlı modüller tarafından kontrol edilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Web tabanlı bir uygulama olması nedeniyle yetkililer bulundukları her yerden sisteme girerek gerekli kontrolleri yapabilmektedirler (ÇKYS, 2023).

2.4.4.2. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS)

Türkiye'de pek çok farklı sağlık bilgi yönetim sistemi yazılımı mevcuttur. Ancak, bu yazılım firmalarının faaliyetlerinde, bilişim standartlarına uyma zorunluluğu vardır ve SGK ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen düzenlemelere uygun olarak çalışmaları gerekmektedir (Göktaş, ve diğerleri, 2017). Sağlık Bakanlığı, 2016 yılında, sağlık bilgi yönetim sistemi kılavuzu aracılığıyla, hastaların tıbbi işlemlerinin gerçekleştirildiği modüllerin bir bütün olarak benimsenmesine karar vermiştir. Bununla birlikte, bu uygulama, idari uygulamaları, personel yönetimini, muhasebeyi ve satın almaları içermemektedir.

Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS), hastanelerin işlemlerini gerçekleştiren bir yazılım grubunu ifade etmektedir. HBYS, laboratuvar, radyoloji ve diğer tetkik birimlerinden ameliyathane, hastane eczanesi, sicil ve insan kaynakları gibi farklı uzmanlık alanlarında kullanılan yazılımların bir araya getirilmesiyle oluşmaktadır. Bu yazılım grubu, hastane bilgi yönetim sistemleri içinde kullanılan tıbbi cihazlarla entegre olarak çalışmakta ve tıbbi standart dil formatında (USVS) iletişim kurarak bilgi alışverişini sağlamaktadır. HBYS, tetkik, cerrahi ve izlem operasyonlarında kullanılan tıbbi cihazlarla uyumlu bir şekilde faaliyet göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

HBYS'nin alt yapısı, programlama dillerine ve uygun protokollere dayanarak tasarlanmış ve diğer sistemler ve uygulamalarla entegrasyonu sağlanmıştır. Bu bileşenler arasında Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS), Görüntü

Arşivleme ve İletişim Sistemi (PACS) ve diğer sağlık bilişimi uygulama yazılımları yer almaktadır. HBYS, hastalarla klinik, yardımcı alanlar ve finans yönetimi dahil olmak üzere hastane içindeki tüm bilgi yönetimini desteklemeyi hedeflemektedir (Özdemirci, 2018). Bu entegrasyonun sağlanması sonucunda doktorların teşhis ve tedavi süreçleri daha etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmekte, sağlık hizmetleri daha etkin bir şekilde sunulabilmekte ve maliyet açısından da önemli katkılar sağlanmaktadır.

2.4.4.3. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)

Elektronik Belge Yönetim Sistemi kurum içi ve kurum dışı bilgi alışverişi amacıyla kullanılan belgelerin elektronik ortamda hızlı bir şekilde iletilmesini ve işlem yapılmasını sağlayan bir sistemdir. Bu sistemle, kurumsal ve kurumlar arası iletişim için ihtiyaç duyulan sarf malzemelerinde ve iş gücünde tasarrufa gidilerek, kurumsal yazışmalarla ilgili süreçler standartlaştırılmış olmaktadır. Ayrıca belgelerin arşivleme ve kaybolma sorunları da ortadan kalkacaktır. Sistem, sağlık kuruluşlarında hizmet üretimi için gerekli tüm süreçlerde standart kurallar uygulanarak, belge yönetiminde kontrol ve arşivleme kolaylığı sağlayan bir disiplindir. Sistemin genel faydaları şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014):

- Kurum içi veya dışı tam zamanlı, kesin bilgiyi minimum maliyetle ilgili birimlere iletmek ve kurumsal performansın yükselmesine katkıda bulunmak,
- Belgelerin hazırlık, kayıt, erişim ve arşivleme aşamalarının belirli bir düzen içinde sürdürülmesi
- Belgelerin hazırlık, kayıt, erişim ve arşivleme aşamalarının maliyetlerinin düşürülmesi
- Kamu kuruluşları ve özel kurumlarda bilgi ve belge kayıt süreçlerinin etkinliğinin artırılarak sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek
- Arşivlemede oluşabilecek hata ve ihmallerin en düşük düzeye indirilmesiyle işgücü performansını ve kurum verimliliğini yükseltmek
- Fiziksel arşivlemede karşılaşılabilecek yangın, nem, hırsızlık ve yetkisiz müdahale gibi risklere karşı önlem alarak güvenlik koşullarını iyileştirmek

2.4.4.4. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmayı amaçlamaktadır. Bu uygulama kapsamında, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon gibi sağlık hizmetleri bireylere sunulurken, sağlık kayıtları Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) yazılımlarıyla tutulmaktadır. AHBS, sağlık kayıtlarının etkin bir şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (SBSGM, 2019).

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Minimum Veri Modeli (AHBS-VEM), Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından hizmet kalite ve verimliliğin yükseltilmesi amacıyla geliştirilmiş standartlaştırmaya uygun bir modeldir. Kullanım amacı, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi firmalarının veri aktarım proseslerindeki muhtemel veri kayıplarına karşı önlem alarak, standart kurallar çerçevesinde veri teslimini ve aktarımını gerçekleştirmektir. Böylece ikinci basamak sağlık kuruluşlarının iş yükü azaltılarak, verimlilikleri artırılmış olacaktır. Dolayısıyla hizmet kalitesi yükseltilerek, vatandaşların koruyucu sağlık hizmetlerinden en yüksek faydayı elde etmesi sağlanacaktır. Aile hekimlerinin, AHBS sistemine kaydettikleri veriler hızlı bir şekilde Sağlık Bakanlığına iletilerek, ülkenin genel sağlık göstergelerinin hazırlanması ve gerekli sağlık önlemlerinin tam zamanında alınması da sağlanacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020)

2.4.4.5. Klinik Karar Destek Sistemi (KKDS)

Klinik Karar Destek Sistemi (KKDS), Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinde çalışan bir yazılım olarak tanımlanabilir. Bu sistem, hekimlere, hemşirelere, eczacılara ve diğer sağlık personellerine hastaların tıbbi bilgilerini değerlendirme ve klinik uygulama sistemlerine göre öneriler, uyarılar ve yönlendirmeler sunmaktadır. KKDS'nin amacı, sağlık hizmeti sunulan kurumlarda kaliteyi artırmak, hataları önlemek ve sağlık ekibinin verimliliğini artırmaktır. Bu sistem, hastaların tedavi sürecinde doğru kararlar alınabilmesi için verileri analiz etmekte ve uygun tedavi önerileri sunmaktadır (Çiriş vd., 2020).

Klinik karar destek sistemleri, teşhis, tedavi ve bakımları iyileştirirken, hastanelerin maliyet ve tanılama hatalarını azaltmak için kullanılan bir sistemdir. KKDS hastaya özgü klinik verilerin analiz edilerek elde edilen bilgilerin hasta bakımına uygulanmasını, erken teşhis yapılabilmesini, müdahale sonuçlarını iyileşmesini, sağlık hizmetlerinin etkinlik ve verimliliğinin artırmasını sağlamaktadır. Ayrıca uygulamaların sonuçlarının ölçülebilmesini ve raporlanmasını kolaylaştırmaktadır (Madden vd., 2018).

KKDS, hastanın demografik bilgileri, vital bulgular, fiziksel muayene sonuçları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları, tedavi süreci bilgileri gibi birçok veriyi değerlendirmektedir. Bu sistem, kanıtların sistematik bir şekilde incelenmesi ve alternatif bakım seçeneklerinin değerlendirilmesiyle geliştirilmiş rehberleri içermektedir. KKDS, HBYS ile entegre çalışarak hasta verilerini değerlendirmekte ve sağlık personellerine uyarılar, hatırlatmalar, order setleri, hasta verileri, dokümantasyon şablonları ve referans bilgileri gibi farklı karar alma işlevlerinde yardımcı olmaktadır. Bu sistem, sağlık hizmetlerinin kalitesi, güvenliği, verimliliği ve etkinliği üzerinde olumlu etkiler sağlayabilir. Ancak, KKDS'nin etkin bir şekilde çalışabilmesi için sağlık sistemlerinin elektronik veri paylaşımına izin vermesi ve gerekli teknik altyapının oluşturulması gerekmektedir. Eksiksiz kayıtların tutulması, KKDS sistemlerinin hastaların sağlık durumunu daha iyi takip edebilmesini sağlamaya ve teşhislerin doğruluğu-

nu artırırken olumsuz ilaç etkileşimlerini de önlemeye önemli katkılar getirecektir (Altunbudak, 2019).

2.4.4.6. Dijital Hastane

Dijital hastaneler, sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan çeşitli teknolojik unsurların entegrasyonuyla oluşturulan sağlık kuruluşlarıdır. Dijital hastane, sağlık kurumları veya hastanelerdeki tüm bilgi sistemlerinin entegre olduğu ve güvenilir veri akışı standartlarının belirlendiği bir sistemdir. Bu sistem, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personellerinin yetkileri çerçevesinde kolayca hastane ve hasta verilerine erişim sağlar. Mobil olarak her yerden erişilebilir ve kağıt/film kullanmayan bir yapıya sahiptir. Sağlık görevlilerinin iş süreçlerini etkinleştirir ve doğru ilaç ve tedavi uygulamalarını kontrol eder. Tam otomasyon sistemiyle işlemler gerçekleştirilir, yönetilir ve kontrol edilir. Dijital hastaneler, çalışanlara, hastalara ve yakınlarına etkili, verimli, ekonomik, erişilebilir ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmayı hedefler. Ayrıca, üçüncü taraflar, e-sağlık ve e-devlet sistemleriyle tam entegre bir şekilde çalışır (Ak, 2013).

Dijital bir hastane ve kağıt tabanlı bir hastane üzerinde yapılan karşılaştırmalı çalışmada, hastane içi kapalı devre elektronik ilaç yönetim sistemlerinin (EMMS) kullanıldığı hastanelerde ilacın doktor tarafından yazılmasıyla ilk dozun hastaya verilmesi arasında geçen (geri dönüş süresi) sürelerinin kağıt tabanlı sistemlere kıyasla daha kısa olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sürenin kısalması hastaların iyileşme süresini de kısaltmıştır. Ayrıca yanlış ilaç yazılması ve verilmesi oranlarının da dijital hastanede kağıt tabanlı hastaneye göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Austın ve Smith, 2018).

Dijital hastaneler, hasta güvenliği ve bakım kalitesini artırmak amacıyla teknolojiyi kullanmaktadır. Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, elektronik sağlık kaydı, PACS, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS), Radyoloji Bilgi Sistemi (RBS), Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS), elektronik reçete, elektronik istem ve randevu sistemleri gibi hastane bilgi sistemlerine entegre edilen gelişmiş teknolojiler sayesinde hastanın bilgilerine kolayca erişebilmektedir. Bu sayede, hekimler ve hemşireler hastaların tedavi süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetebilmekte ve tedavi sürecindeki hataları en aza indirerek zaman kaybını önleyebilmektedir. Kağıt üzerinde yapılan işlemlerden kurtulmak, idari ve mali kazanımlar sağlamaktadır. Bir hastanenin dijital hastane olarak kabul edilebilmesi için bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler arasında; elektronik istem sistemlerinin kullanımı, klinik karar destek sistemlerinin sağlanması, kapalı döngü ilaç yönetimi, ilaç karar destek sistemlerinin bulunması, klinik veri havuzunun oluşturulması, veri ambarı ve iş zekası kullanımı, sağlık kurumları arasında veri paylaşımı, klinik bakım sürecinde veri alışverişi ve hizmet sunumunda kâğıt doküman kullanımının ol-

maması gibi faktörler yer almaktadır. Bu gereklilikler, dijital hastanelerin etkin bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için önem arz etmektedir (SBGSM, 2018).

Dijital hastanelerde, sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulabilmesi için çeşitli önlemler alınmalıdır. Bu önlemler arasında; elektronik istem sistemlerinin kullanılması, hekimler ve hemşireler için klinik karar destek sistemlerinin bulunması, kapalı döngü ilaç yönetim sisteminin uygulanması, klinik veri havuzunun oluşturulması, veri havuzu ve iş zekası çözümlerinin kullanılması, sağlık kurumları arasında veri paylaşımının sağlanması ve kâğıt dokümanların kullanılmaması gibi unsurlar yer almaktadır. Hastanelerin dijitalleşme seviyeleri ise (Health Information Management Systems Society) (HIMSS) tarafından uluslararası düzeyde bağımsız bir akreditasyon kuruluşu olarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme, sağlık hizmetlerinde dijital dönüşümün ne ölçüde gerçekleştiğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır (Sütsünbüloğlu ve Sayar, 2021).

Avrupa, hastanelerde süreçleri iyileştirmek ve hastaların daha iyi hizmet almasını sağlamak için yöntemler ve akış modelleri geliştirmiştir. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme EMRAM adı verilen bir standartizasyon mekanizması oluşturulmuştur. EMRAM, hastanelerin elektronik tıbbi kayıt yeteneklerini kapsayan bir ölçüt sistemi sunmaktadır ve değerlendirme sonucunda hastaneler 0 ile 7 arasında bir seviye alır. HIMSS Avrupa, bu modeli kullanarak hastanelerin dijital süreçlerini değerlendirir ve 6. ve 7. seviyeye ulaşan hastanelere uluslararası düzeyde kabul gören bir akreditasyon belgesi verir (HIMSS+Euroasia, 2023).

Ülkemizde şu anda EMRAM 6. Seviyede 10, 7. Seviyede 7 devlet hastanesi bulunmaktadır. O-EMRAM'da ise 6. Seviyede 10, 7. Seviyede 3 ağız ve diş sağlığı merkezi bulunmaktadır (Dijital Hastane, 2023).

2.4.4.7. Tele-Tıp Uygulamaları

Teletıp, sağlık hizmetlerinin uzaktan sağlanması ve desteklenmesi için elektronik bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanıldığı bir yöntem olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntem, sağlık hizmeti sunumunda fiziksel mesafe engellerini aşmayı amaçlamaktadır. Böylece hastaneye gereksiz transferlerin ve uzmanlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının azaltılması sağlanmış olmaktadır (Gunter, vd. 2017) Teletıp, telesağlığın bir alt kümesidir. Teletıp, sağlık hizmetlerinin tedavi edici yönüne odaklanırken, telesağlık daha çok sağlık hizmetlerinin koruyucu ve destekleyici yönüne odaklanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, sağlık hizmetlerinin eşit ve adil bir şekilde sunulması ve tüm bireylere ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda, uzak bölgelerde yaşayan hastaların teşhis, tedavi ve kronik hastalık takibi gibi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak amacıyla tele-tıp uygulamaları kullanılmaktadır. Tele-tıp, tıbbi veri iletimi ve paylaşımında etkinliği sağlamak, sağlık çalışanlarının eğitimini desteklemek ve toplum sağlığı çalış-

malarını geliştirmek için bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu sayede sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir hale getirilmesi ve sağlık hizmet sunumunun kalitesinin artırılması hedeflenmektedir (Korkmaz ve Hoşman, 2018).

Türkiye'de yoğunluğun yüksek olduğu merkezi hastanelerde hekimler günlük olarak ortalama 100 hastaya muayene, tanı, teşhis ve tedavi uygulamak zorunda kalmaktadırlar. Bu koşullar altında hekimler hastalarına yeterince vakit ayıramamakta bir nevi yaptıkları işlemler otomatikleşmektedir. Bu durumda, hastalığın seyri, ilaçları ve tedavi süreci hakkında aydınlatıcı bilgiyi alamayan hasta, teşhis ve uygulama doğru olsa da ikinci bir hekimden görüş alma ihtiyacı hissetmektedir. Bu konsültasyon tedavi sürecini sekteye uğratmakta ve kaynak israfına neden olmaktadır. Bu tip durumlarda ikinci uzman görüşü niteliğinde olan tele-tıp siteleri, hastaların sorunlarını kısa sürede etkin bir şekilde çözmeyi amaçlamaktadırlar. Tele-Tıp, doktor ve danışanının elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojileri aracılığıyla iletişim kurduğu, teşhis, tedavi, izlem, müdahale, bakım, tavsiye ve hatırlatmalar ile bireysel ve toplumsal sağlığa katkı sağlayan web sitesi uygulamalarıdır (Hastanem Yanımda, 2020).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın uzaktan sağlık hizmetleri ile ilgili yönetmeliği 10 Şubat 2022'de yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğe ilişkin kılavuz ise 13 Mayıs 2022 tarihinde yayınlanmıştır. Yönetmeliğin 1 ila 7. maddelerine göre (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022);

- Uzaktan sağlık bilgi sistemi, Bakanlık harici yetkilendirilmiş girişimciler aracılığıyla Bakanlığın belirlediği asgari standartlar uyarınca geliştirilmelidir,
- Geliştirilen sistem Bakanlık tarafından tescil edilerek resmi internet sitesinden ilan edilir,
- Uzaktan sağlık bilgi sistemi, Bakanlıkça belirlenen işlemleri sağlık tesisinin bilgi yönetim sistemine aktarmasını sağlayacak şekilde hazırlanır,
- Uzaktan sağlık bilgi sistemi; muayene, tıbbi gözlem, hastalık takibi, kontrol, tıbbi danışmanlık, konsültasyon ve ikinci görüş hizmetlerini verebilir,
- Sağlığın korunması, sağlıklı yaşamın desteklenmesi, psikososyal desteğe yönelik hizmetleri verebilir,
- Hastalıkların uzaktan yönetimi ile alakalı kan şekeri, kan basıncı gibi klinik parametreler ışığında ilaç tedavisi uygulayabilir,
- İleri yaşlı veya sağlık durumu riskli olan kişilerde çok yönlü değerlendirme ve takip yapabilir,
- Bakanlıktan gerekli izinleri alarak girişimsel ve cerrahi operasyonları gerçekleştirebilir,
- Endemik ve epidemik salgınlarda ulusal sağlık kılavuzlarına uygun toplumsal sağlığın korunmasına yönelik tıbbi işlemleri yürütebilir,

- Hekimlerin bilgisi doğrultusunda, e-reçete ve e-rapor tanzim edebilir,
- Kişilerin talepleri doğrultusunda, giyilebilir teknolojiler ve diğer tıbbi cihazlar ile sağlık verilerini ölçüp, takip edebilir.

Uzaktan sağlık hizmeti sağlayan Tele-Tıp uygulamaları, fiziki muayenenin ön planda olmadığı psikiyatri, psikoloji ve diyetisyenlik dışında tüm tıbbi branşlarda fayda sağlayacaktır. Örneğin, diyabet hastalığında, kan şekeri ölçümleri doktora uzaktan bildirilebilmektedir. Tele-Tıp uygulamaları ile şeker hastaları sıkı bir takibe alınarak, glisemik kontrolü iyileşmek için hızlı ve kolay pozisyon alınabilmektedir. Ayrıca sık hipoglisemi veya hiperglisemi ataklar geçiren acil müdahale ihtiyacındaki şeker hastaları yakın takibe alınabilmektedir (Hastanem Yanımda, 2020).

Tele-tıp, sağlık hizmeti sunucularından uzakta olan bireylere sağlık hizmetlerinde bilgi kullanımının ve iletişim teknolojisinin sağlanmasıdır. Böylece sağlık çalışanları birbirleriyle görüş alışverişinde bulunur, veri paylaşabilirler. Sağlıkla ilgili araştırmalar yapmak için bilgi sistemlerini ve iletişim teknolojilerini kullanırlar

Tele-tıp uygulamaları, ülkemizde özellikle radyoloji ve patoloji gibi sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Bu proje, Türkiye genelindeki devlet, eğitim ve araştırma hastanelerini kapsamaktadır (Işık ve Güler, 2010).

Uzaktan Sağlık Hizmeti (USH), sağlık profesyonelleriyle hastalar arasında sesli ve görüntülü iletişim yoluyla sağlık hizmeti sunulan bir tele-sağlık uygulamasıdır. Bu uygulama, hastaların fiziksel olarak sağlık profesyonellerinin bulunduğu ortama gitmeden sağlık hizmeti almasını sağlamaktadır. Uzaktan sağlık hizmeti, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmayı ve hastalıklarının yönetimini desteklemeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğu azaltmayı hedeflemektedir. Uzaktan Sağlık Hizmeti için Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) veya Alo 182 Çağrı Merkezi aracılığıyla randevu alınabilir. Bu hizmet, kronik hastalığı olan ve/veya yaşlı bireylere yönelik rutin kontrollerin yapılması, yeni şikâyetlerin değerlendirilmesi, ilaç tedavisinin gözden geçirilmesi, tedaviye uyumun izlenmesi, çoklu ilaç kullanımının değerlendirilmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve risk faktörleri konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gibi amaçlarla kullanılmaktadır (HSGM, 2023).

Dr. e-Nabız, Sağlık Bakanlığı'na ait bir tele-sağlık sistemi olan görüntülü görüşme platformudur. Bu platform üzerinde hastalar ve hekimler arasında çevrimiçi görüşmeler gerçekleştirilmektedir. Bu uygulama, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmayı ve pandemi dönemindeki sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamayı hedeflemektedir. COVID-19 salgını sırasında, COVID-19 pozitif veya temaslı kişilerin çevrimiçi sağlık hizmetlerine erişebilmelerini sağlamak amacıyla Dr. e-Nabız uygulaması kullanılmıştır (SBSGM, 2021).

Diğer bir Tele Tıp uygulaması Sağlık Bakanlığı Teleradyoloji Sistemidir. Sağlık Bakanlığı Teleradyoloji Sistemi, radyolojik tetkiklere ait görüntülere 7 gün 24 saat web ortamında erişim sağlayan, bu görüntülerin raporlanmasını, radyologlar arası telekonsültasyon yapılmasını, tıbbi görüntü ve raporların kalite açısından değerlendirilmesini ve e-Nabız uygulaması üzerinden vatandaşlarla paylaşılmasını mümkün kılan bir tele tıp uygulamasıdır. Sağlık hizmetlerinde hızlı ve etkili iletişim sağlayarak tanı ve tedavi süreçlerini kolaylaştıran bu sistem, sağlık sektöründe önemli bir yenilik olarak kabul edilmektedir (teleradyoloji.saglik.gov.tr, 2023).

2.4.4.8. Hayat Eve Sığar (HES) Uygulaması

COVID-19 pandemisi döneminde Sağlık Bakanlığı, bilişim ve teknoloji imkânlarını kullanarak sağlık bilişim sistemleri üzerinden tüm süreci kontrol ve takip etmiştir. Bu kapsamda, iOS ve Android platformları için geliştirilen Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması vatandaşlara bu kontrol ve takibi sunmuştur. HES uygulaması sayesinde vatandaşlar, yaşadıkları bölgede veya gitmek istedikleri lokasyonda risk durumunu ve hastalık yoğunluğunu harita üzerinde görebiliyor, ayrıca acil ihtiyaç duyulan yerler (hastane, eczane, market, duraklar vb.) gibi bilgilere erişebiliyorlardı. Geliştirilen akıllı algoritmalar sayesinde vatandaşlar, uygulamada yakınlarının onayları doğrultusunda ailelerini veya yakınlarını listelerine ekleyebiliyorlar ve onların da riskli bölgelerden uzak durmalarını sağlayabiliyorlardı. Sağlık Bakanlığı, bu uygulama aracılığıyla teknolojinin sunduğu imkânlardan yararlanarak pandemi sürecini etkin bir şekilde yönetme ve vatandaşların bilinçli kararlar almasına yardımcı olma amacını taşımıştır (HES, 2020).

2.4.4.9. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)

Sağlık Bakanlığı, 2018 yılında işitme engelli bireylerin sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişebilmesini sağlamak ve sağlık hizmeti sunumu sırasındaki iletişim zorluklarının üstesinden gelmek amacıyla Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) adlı bir proje başlatmıştır. ESİM, işitme engelli bireylerin iletişim ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilmiş bir merkezdir. Bu proje, işitme engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak iletişim engellerini ortadan kaldırmayı hedeflemektedir.

ESİM, işaret dili kullanarak 7/24 görüntülü destek sağlayan bir mobil uygulamadır. İşitme engelli vatandaşlar, bu uygulama aracılığıyla kişisel akıllı telefonlarından ücretsiz olarak 112 Acil Servise anlık bildirimde bulunabilir, işaret diliyle görüntülü konuşma yapabilir ve GPS kullanarak konum bilgisi ve olay yeri fotoğrafı gönderebilirler. Bu sayede iletişim sorunu ortadan kalkar ve işitme engelli kişinin bulunduğu yerde acil müdahale ekibi ve ambulans hızlı bir şekilde yönlendirilir. Uygulama, internet bağlantısı olmadığında bile SMS üzerinden koordinat göndererek ESİM ile iletişim kurulmasını sağlar. SMS ücretleri Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. ESİM aracılığıyla işitme

engelli vatandaşlara, 112 Acil Ambulans hizmeti yanı sıra Merkezi Hekim Randevu Sistemi'nden (MHRS) tercüme hizmetiyle işitme engellilere uygulama üzerinden işaret dilinde iletişim kurularak randevu verilmektedir. Bu proje, işaret dili bilen personellerden oluşan bir iletişim merkezi ve son teknoloji mobil uygulamalar sayesinde işitme engelli bireylerin her an her yerden görüntülü görüşme yaparak sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamayı ve hayatlarını kolaylaştırmayı amaçlamaktadır (ESİM, 2018).

2.4.4.10. Evde Bakım Çağrı Merkezi (EBAM)

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Çağrı Hizmetleri ve İletişim Dairesi Başkanlığı bünyesinde Evde Bakım Çağrı Merkezi (EBAM) de hastalığından veya yaşlılığından dolayı evinden çıkamayan kişilere evinde sağlık hizmeti verilmesini sağlamak üzere çağrı hizmetlerini yürütmektedir. Evde sağlık hizmeti, kişinin yaşadığı ortamda, ailesinden ve sosyal çevresinden ayrılmadan ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine ulaşması temeline dayanmaktadır. Evde sağlık hizmeti; aile hekimleri, hastanelerde oluşturulan evde sağlık birimleri ve Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki mobil ekipler tarafından, hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini, reçete ve raporlarının düzenlenmesini kapsamaktadır (konyaesh.saglik.gov.tr, 2018). Evde sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı' nın 444 38 33 numaralı hattı aranarak hizmet alınabilmektedir.

Evde Sağlık Hizmetlerimizden halen 641.751 kayıtlı hasta hizmet almakta, bir ayda ortalama 315.000 hasta ziyareti gerçekleştirilmektedir. Haziran 2023 tarihinde Ülkemizde 81 ilde 86 koordinasyon merkezi, 865 hizmet birimi, 1.252 hastane ekibi ve toplamda 6.000'e yakın personelle sürdürülen Evde Sağlık Hizmetleri İçin yeni yönetmelik Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre Evde sağlık hizmetlerinin sunumu genişletilmiş ve standartları belirlenmiştir. Bu kapsamda, personel, araç ve donanımda ihtiyaca uygun kapasite artışı yapılmıştır. Süreli ve süresiz evde sağlık hizmetlerinin standartları belirlenmiştir. 80 yaş üstü büyüklerimize, istemeleri halinde, evde sağlık hizmetinden doğrudan yararlanabilme imkânı sağlanmıştır. Sağlıklı Yaş Alma Genelgesi ile bağlantılı olarak hizmet sunumunda evde sağlık ekiplerine de rol verilmiştir. Uzaktan sağlık hizmetinin evde sağlık hizmetlerinde kullanımı tanımlanmıştır. İşlemlerin ESYS (Evde Sağlık Yönetim Sistemi) yazılım sistemi üzerinden yürütülmesi planlanmış ve bu yazılım ile diğer paydaşlarla gerekli iletişim ağı kurulmuştur; yazılım güncellemeleri de devam etmektedir (Koca, 2023).

2.4.4.11. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)/ ALO 184

2004 yılında Basın ve Halkla İlişkiler Koordinatörlüğü altında kurulan SABİM, günümüzde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğüne (SGGM) bağlı Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı çatısı altında faaliyetlerine devam etmektedir.

SABİM'in amacı, sağlık sistemine ilişkin yaşanan sorunları yerinde ve anlık olarak tespit etmek ve bu sorunlara hızlı bir şekilde çözüm üretmektir (Akca N., 2013).

Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerde sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların zamanında tespit edilmesi ve etkili çözümlerin hızlı bir şekilde sağlanması, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli, adil ve şeffaf hale getirilmesi amacıyla SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) kurulmuştur. SABİM, Bakanlık ve vatandaşlar arasında bir köprü işlevi görerek sağlık sistemi hakkında bilgi sağlamaktadır. Sağlık sistemiyle ilgili talepler, teşekkürler, eleştiriler ve öneriler, sağlık hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir aşamada karşılaşılan sorunlar SABİM'e iletilmektedir. SABİM'e telefon, e-posta, Twitter, Instagram, Facebook ve faks yoluyla ulaşmak mümkündür. Ayrıca, "Canlı Destek" adı verilen bir hizmet de SABİM bünyesinde çevrimiçi olarak sunulmaktadır. sabim.gov.tr web sitesindeki ana sayfada yer alan "Canlı Destek" bölümünde destek ekibiyle anlık yazışma yapılarak sağlık sistemi hakkında hızlı bir şekilde bilgi alınabilmekte ve talepler iletilebilmektedir (SABİM, 2023).

CİMER'e yapılan ve Sağlık Bakanlığını ilgilendiren başvuruların iletişim süreci, Cumhurbaşkanlığı Başvuruları Koordinatörlüğü tarafından 2015 yılı Ağustos ayında aktif hale gelen SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) bünyesinde yürütülmektedir. Bu başvurular, CİMER birimi tarafından cevaplandırılmakta veya ilgili birimlere yönlendirilmektedir. Başvurular, Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'na göre en fazla 15 gün içinde veya Dilekçe Hakkı Kanunu'na göre ise en geç 30 gün içinde cevaplanmaktadır (SABİM, 2023).

SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hizmeti, sağlık mevzuatına hakim olan sağlık personeli operatörler tarafından sunulan bir hizmettir. Bu hizmet, haftanın her günü ve günün her saati kesintisiz olarak sağlanmaktadır. Operatörler, sağlık sisteminin işleyişiyle ilgili her türlü soru, sorun, eleştiri, öneri ve talepleri cevaplamak için görevlendirilmiştir. SABİM'e erişmek için Türkiye genelinde 184 numarasını aramak yeterlidir. Operatörler, yapılan başvuruları kaydetmekte ve bu başvuruları SABİM çözümleyicilerine ileterek ilgili kişilere iletilmesini sağlamaktadır. İllerdeki SABİM çözümleyicileri tarafından iletilen sorunlar, hızlı bir şekilde çözüme ulaştırılmaya çalışılmaktadır (Özata, 2009).

2.4.4.12. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)

SDP'nin uygulanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerindeki kaynakların daha etkin kullanımını sağlamak amacıyla, farklı hastanelerin ayrı ayrı web siteleri ve telefon numaraları ile randevu almalarından kaynaklanan karmaşa ortadan kaldırılmak istenerek Sağlık Bakanlığı merkezi randevu sistemi kurulması yönünde çalışmalar yürütülmüştür. MHRS ile Türkiye'deki Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kuruluşları için mobil uygulama, web ve Alo182 Randevu hattından istenilen hekimden randevu alınması imkânı sağlanmıştır (Özdemir

S., 2019). Üniversite hastaneleri ve özel hastaneler MHRS sistemine dahil değildir. Bu hastaneler kendi çağrı merkezleri ve web sayfaları üzerinden randevu ve benzeri hizmetleri vermektedirler.

MHRS sayfasına e-nabız sistemi linki eklenmiştir. Sayfada en yakın sağlık kuruluşunun bulunması için harita hizmeti de sunulmaktadır. Ayrıca, sayfada, hastanın girdiği şikâyetleri yapay zeka ile değerlendirerek şikâyetle ilgili tanı tahminlerinde bulunan ve hastayı doğru polikliniğe yönlendirilmesini sağlayan "Neyim Var" uygulamasının linki de bulunmaktadır.

MHRS ile ilgili uygulamaların ayrıntıları sonraki sayfalarda incelenmeye devam edilecektir.

2.4.4.13. E-Nabız

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişimi tüm vatandaşlar için sağlamak amacıyla, e-Nabız adı verilen bir uygulama 3 Nisan 2015'ten itibaren kullanılmaya başlanmıştır. e-Nabız uygulaması, kişisel bir sağlık sistemi olarak tasarlanmıştır ve Sağlık Bakanlığı'nın tüm birimleriyle entegredir. Bu uygulama, sağlık verilerini web servis sağlayıcısı aracılığıyla birleştirerek sistematik olarak güncel verileri kaydetmektedir. Bu sayede kullanıcılar, sağlık verilerine eş zamanlı olarak erişebilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

e-Nabız, bireylerin kendi sağlık verilerine erişimlerini veya bu verilere erişmelerine izin verdiği üçüncü kişilerin erişimini mümkün kılmaktadır. Bu sayede, bireylerin kendi sağlık durumları hakkında bilgi edinmelerini, teşhis ve tedavi sürelerini kısaltarak tekrar muayeneleri azaltmayı ve entegre bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır.

2.5. Hastane Halkla İlişkilerinde Kullanılan Yeni İletişim Teknolojisi Uygulamaları

2023 yılında dünya nüfusu 8.1 milyar kişiye ulaşmışken, Türkiye'nin nüfusu 85.59 milyon kişiyi geçmiştir. Dünya çapındaki internet kullanıcılarının sayısı 5.16 milyar kişiyi aşmış ve nüfusa göre kullanım oranı %64.4 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de ise internet kullanıcılarının sayısı 71.38 milyon olup, bu da ülke nüfusunun %83.4'üne denk gelmektedir. Bu oran, dünya ortalamasının oldukça üzerindedir. Sosyal medya kullanıcılarının sayısı ise dünya genelinde 4.76 milyar kişidir ve bu sayının nüfusa oranı %59.4'tür. Türkiye'de ise aktif sosyal medya kullanıcılarının sayısı 62.55 milyon kişiye ulaşmıştır. Türkiye'nin nüfusuna göre aktif sosyal medya kullanıcılarının oranı %73.1'dir ve internet kullanıcılarının büyük bir çoğunluğu sosyal medya kullanımına yönelmektedir. Türkiye'de e-sağlık cihazları ve hizmetlerini kullanan kişi sayısı ise 20.98 milyon olarak belirlenmiştir. (Dijital 2023-Türkiye, 2023) Bu rakamlar ülkemizde internet ve e-sağlık uygulamalarını kullanım oranlarının dünya ortalamalarının üzerinde olduğunu göstermektedir. 2023 yılında Türkiye'de e-sağlık cihaz ve hizmetlerini kullanan kişi sayısının 20.98 milyon olduğu belirtilmektedir. Bu rakam, e-sağlık alanında önemli bir kullanıcı kitlesine işaret

etmektedir. Ayrıca, Türkiye'deki internet kullanıcılarının büyük bir çoğunluğunun (%83.4) sosyal medya kullanımına yönelmesi, e-sağlık hizmetlerinin sosyal medya platformlarında etkili bir şekilde sunulabileceği anlamına gelmektedir. Sosyal medya, sağlık bilgilerinin paylaşılması, sağlık farkındalığının artırılması ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin iyileştirilmesi gibi konularda önemli bir araç olabilir. E-sağlık cihazları ve hizmetlerinin kullanımının artması, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlayabilir, sağlık takibi ve tedavi süreçlerini iyileştirebilir.

Bu bölümde ülkemizde hastane halkla ilişkilerinde kullanılan yeni iletişim teknoloji uygulamaları incelenecektir.

2.5.1. Çağrı Merkezleri

Tele-pazarlama modelinin sağlık sektörüne uyarlanması ile meydana gelen çağrı merkezleri; telefon aracılığıyla acil sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi veya randevu işlemlerinin gerçekleştirilmesi için ilgili sağlık kuruluşları adına hizmet veren uzman temsilciler tarafından süreçlerin başlatılması temeline dayanan bir sistemdir. Sağlık hizmeti sunum sürecinin başlangıç noktası sayılan ve hastanelerin vitrini olarak kabul edilen çağrı merkezleri, hizmet kalitesine olan katkısının yanı sıra, sağlık hizmetlerinde işlem süreçlerinin geliştirilmesine de imkân sağlamıştır. Çağrı Merkezlerinin diğer faydaları şöyle ifade edilebilir (Korkmaz S., 2014): Çağrı merkezi teknolojileri, daha fazla müşteriye ulaşma ve daha iyi hizmet sağlama konularında önemli avantajlar sunmaktadır. Çağrı merkezleri, hizmetin sunulduğu yere gitme zorunluluğunu ortadan kaldırarak hizmetin dağıtım sürecini etkilemiştir. Bu sayede hizmet dağıtım maliyetleri azalmıştır. Donanımlı çağrı merkezi çalışanlarıyla hızlı ve etkin hizmet sunulması, müşteri memnuniyetini artırmaktadır. İyi planlanmış ve doğru yönetilen bir çağrı merkezi, hizmet kalitesini geliştirme, iş süreçlerini iyileştirme ve özellikle sağlık sektöründe hasta taleplerini ölçme ve yönetme imkânı sağlamaktadır. Çağrı merkezi teknolojileri sayesinde daha fazla insana daha kaliteli hizmet sunulurken, hizmet dağıtım süreci kısaltılmış ve maliyetler düşürülmüştür. Profesyonel ve donanımlı çağrı merkezi çalışanlarıyla hızlı ve etkin hizmet sunularak randevu alma süresi kısaltılmış, hasta memnuniyeti artırılmıştır. Ayrıca sağlık sektöründe hasta talepleri ölçülüp yönetilebilir hale gelmiştir.

Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, "112" telefon numarasıyla ulaşılan Komuta Kontrol Merkezleri tarafından gönderilen ambulanslar aracılığıyla sunulmaktadır. Kara, hava ve deniz ambulansları acil vakalara ulaşmak için kullanılmaktadır. Ambulanslarda, ambulansın özelliklerine bağlı olarak acil tıp teknikerleri, hekimler, paramedikler ve hemşireler hizmet vermektedir (Şimşek vd., 2019).

ALO 184 SABİM de çağrı merkezleri uygulamalarından biridir. Sağlık sistemiyle ilgili her türlü öneri, talep, soru, sorun ve eleştiriler ALO 184'e iletilebilmektedir. Ayrıca sağlık bakanlığının, başka çağrı merkezleri de vardır.

- 112 Acil Çağrı Merkezi,
- Alo 113-Beyaz Kod,
- E-Nabız 0850240 03 03
- Alo 171 (Sigara Bırakma Hattı)
- Evde Bakım Çağrı Merkezi (EBAM) 444 38 33
- Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde yer alan Ulusal Zehir Merkezi (UZEM): 114
- Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK): 44 44 680

2.5.2. MHRS

Sağlıkta Dönüşüm Programı, kapsamında gerçekleştirilen önemli projelerden biri, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)'dir. MHRS, bireylerin internet veya mobil cihazlarını kullanarak 2. ve 3. Basamak, Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, kullanıcının bağlı bulunduğu aile hekimi, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile ağız ve diş sağlığı hastanelerinden randevu almalarını sağlayan bir uygulamadır. Ayrıca, Alo 182 MHRS çağrı merkezi aranılarak da randevu talep edilebilir. Bu sistem sayesinde randevu alma süreci kolaylaştırılarak basitleştirilmiş ve dolu olan randevular için diğer doktorların veya hastanelerin randevularına erişim imkânı sunulmuştur. MHRS, internet ve mobil cihazlar üzerinden alınan randevular için geçerli olup, resmi internet sayfası ve mobil uygulamalar aracılığıyla Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kuruluşlarından randevu alınabilmektedir (Demirci ve Uğurluoğlu, 2022).

MHRS sistemi, hastanelerin HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) ve AHBS (Aile Hekimi Bilgi Sistemi) yazılımlarıyla entegre bir şekilde çalışır. Hekim çalışma programları ve randevular, AHBS ve HBYS ile online iletişim sağlayan web servisleri üzerinden yönetilir. MHRS sistemi, AHBS ve HBYS dışında birçok kurum ve uygulama ile entegre olarak çalışır. Bazı entegre olduğu sistemler arasında şunlar bulunur: MERNİS (Vatandaş kimlik bilgileri kontrolü), E-nabız (Hastane, klinik, hekim bilgileri ve randevu entegrasyonu), Hayat Eve Sığar (Covid-19 aşılama programı), E-Devlet (Randevu entegrasyonu), Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (Yardıma muhtaç çocuklar vb.), Adalet Bakanlığı (Tutuklulara randevu hizmeti), SİNA (Sağlık Bakanlığı Merkezi Veri Analizi, Raporlama ve İş Zekâsı Sistemi).

2.5.2.1. Merkezi Hekim Randevu Sisteminin Amacı

Sağlık Bakanlığı tarafından hayata geçirilen MHRS, vatandaşların etkin ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini sağlamayı amaçlayan, başarısı kanıtlanmış bir organizasyon yapısıdır. MHRS'nin başlıca amacı; daha iyi kaynak planlaması ile hastanelerde bekleme sürelerinin azaltılması, kaynak dağılımı ve kullanımı seviyelerinin ölçülmesi yoluyla vatandaş/hasta memnuniyetinin artırılması, sağlık hizmetlerinin sunumunun, etkinliğinin ve kalitesinin iyileştirilmesi,

MHRS verileri ile sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlanmasıdır (KHGM, 2017).

MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) organizasyon yapısı, üç temel üzerine inşa edilmiştir: teknik altyapı ve sistem yönetimi, çağrı merkezleri ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlar. Ayrıca, MHRS'de oluşabilecek sorunlarla ilgilenmek üzere "MHRS Yardım Masası" adında bir organizasyon da mevcuttur. Bu yapılar birbirleriyle uyumlu bir şekilde çalışmaktadır ve her bir yapı, belirlenmiş işlemler ve süreçleri takip etmektedir.

2.5.2.2. Sistem Yönetimi ve Teknik Alt Yapı

MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi), teknik altyapı ve sistem yönetimi, çağrı merkezleri ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olmak üzere üç temel yapı üzerine kurulmuş bir organizasyon sistemidir. MHRS içerisinde oluşabilecek potansiyel sorunların ele alınması amacıyla "MHRS Yardım Masası" adıyla bilinen bir organizasyon da mevcuttur. Bu yapılar birbirleriyle uyum içerisinde çalışır ve her bir yapı, belirlenmiş süreç ve işlemleri takip etmektedir.

MHRS sistemi, Sağlık Bakanlığı ve bağlı birimleri tarafından yönetilmektedir. Bu kurumlar, iş süreçlerinin yönetimi ve denetimi için gerekli olan kodlama ve parametre yönetim araçlarını hazırlamaktadır. MHRS sistemi, Hastane Yönetim Bilgi Sistemi, Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS, MERNİS) ve Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) ile entegre bir şekilde çalışmaktadır. MHRS; kamu hastanelerinde ve bağlı sağlık kurumlarında dağınık halde uygulanan randevu sistemlerini merkezileştirmiştir. AB'nin kabul ettiği 20 temel kamu hizmetinden biri olarak Türkiye'de uygulanan MHRS aynı zamanda kamu hastanelerinin randevu sistemlerini bir merkezden yöneten dünyadaki ilk ve tek sistem olma iddiasını taşımaktadır. MHRS; Alo 182 Çağrı merkezi üzerinden, internetten, mobil uygulamalardan hastanelerden ve aile hekimlerinden vatandaşlara %99,6 erişilebilirlik seviyesinde hizmet verebilmektedir (Evirgen ve Yorulmaz, 2019), (MHRS, 2023).

Merkezi Hekim Randevu Sistemi'nin (MHRS) etkin ve verimli bir şekilde işleyebilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının aktif katılımını gerektirmektedir. Kamu hastaneleri, MHRS sürecinin başarılı bir şekilde ilerlemesi için önemli bir rol oynamaktadır. Bu kapsamda, hastaneler çeşitli görevleri yerine getirerek sistemin düzgün işleyişine katkıda bulunmaktadır. Bu görevler arasında hekimlerin aylık çalışma çizelgelerinin hazırlanması, MHRS-HBYS entegrasyonunun sağlanması, randevu istatistiklerinin raporlanması ve randevu süreçlerinin yönetimi yer almaktadır. Hastane yöneticileri, randevu saatlerinde hastaların hizmet alabilmesi için gereken organizasyonun sorunsuz bir şekilde gerçekleştirilmesi ve yönetilmesinden sorumludur. Kamu hastanelerinin MHRS ile ilgili görevleri, ilgili yönerge tarafından detaylı olarak açıklanmaktadır. Bu şekilde, MHRS'nin sağlıklı bir şekilde işlemesi ve hastaların randevu alma sürecinin yönetimi sağlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Sağlık Bakanlığı, MHRS çıktı oranı ve inceleme oranını yönetici performans kriterlerinden biri olarak benimsediğinden, MHRS'nin etkin bir şekilde uygulanması hastane yöneticileri için büyük önem taşımaktadır. Bu oran aynı zamanda hastanenin o ay personeline dağıtacağı işletme sermayesi miktarını ve hastanenin değerlemesini de etkileyecektir.

2.5.2.3. MHRS Yardım Masası

Mobil Sağlık Randevu Sistemi'nin (MHRS) kullanıcılarına teknik destek sağlamak ve sistemle ilgili sorunların çözülmesini sağlamak amacıyla "Yardım Masası" oluşturulmuştur. MHRS Yardım Masası, il sağlık müdürlükleri, hastaneler, çağrı merkezleri ve HBYS firmalarına teknik destek sunarak sistemin sorunsuz işlemesine katkıda bulunmaktadır (SBSGM, 2022). Aynı zamanda, vatandaşların randevu sistemiyle ilgili şikâyetlerinin çözümüne yönelik çalışmalar yürütmektedir. Bu şekilde, MHRS Yardım Masası kullanıcıların sorunlarını çözerek ve destek sağlayarak sistemin etkin kullanımını ve vatandaş memnuniyetini artırmaktadır. Yardım Masası bünyesinde ayrı bir ekip, MHRS raporlarının hazırlanmasıyla ilgilidir ve Bilgisayar Mühendisleri, MHRS yazılımının analiz ve test edilmesi süreçlerinde son kullanıcılarla aktif olarak çalışmaktadır. MHRS Yardım Masası, MHRS projesinin alt yapısının şekillenmesinde etkin bir rol oynamaktadır çünki projenin tüm birimleriyle doğrudan iş birliği içerisinde çalışmaktadır.

2.5.2.4. MHRS'den Randevu Alma

2017 yılı verilerine göre MHRS kanallarını kullanarak randevu alma oranlarının dağılımına göre Alo 182 %64'lük bir oranla en yüksek tercih edilen randevu kanalı olarak kullanılırken, MHRS Mobil %21 ile ikinci sırada, MHRS web sitesi ise %10 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Diğer kanalların kullanım oran %5'tir. Bu durum, sistemi kullananların bir kişi ile konuşarak randevu almayı internet üzerinden randevu almaya göre daha fazla tercih ettiklerini göstermektedir (KHGM, 2017).

182 numarası telefonla aranarak, "Online Randevu Sistemi" sisteminden, Android ve IOS işletim sistemli akıllı telefonlar için geliştirilen MHRS mobil uygulaması, üzerinden MHRS randevu alınabilmekte ve iptal edilebilmektedir.

Ayrıca randevudan bir gün önce 182 Çağrı merkezinden hastalar aranarak, randevu tarihi, saati ve doktorun adı hatırlatılmakta, randevuya geleceği konusunda teyit alınmakta, gelemeyecekse iptal imkânı tanınmakta ve eğer randevusuna gelmezse 15 gün aynı branştan randevu alamayacağı tekrar ifade edilmektedir.

2.5.2.5. MHRS'de Karşılaşılan Sorunlar

MHRS (Mobil Sağlık Randevu Sistemi), günümüzde Türkiye genelindeki herhangi bir kamu sağlık kuruluşundan istenilen hekimler için randevu almayı tek bir telefon numarası ve web sitesi üzerinden kolaylıkla sağlamaktadır. Bu özellik, hastalar için büyük bir avantaj sunarken, merkezi bir randevu sistemi-

nin kullanılması bazı zorlukları da beraberinde getirmektedir. MHRS, hastaların istedikleri hekimlerle randevu alabilmelerini sağlamak için tek bir iletişim kanalı olarak faaliyet göstermektedir. Ancak, bu merkezi randevu sistemi, bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Özellikle hastanelerin kendi randevu sistemlerine sahip olması ve bazı polikliniklerin halen kendi randevu yöntemlerini kullanması, sistemde zayıflıklara ve kafa karışıklığına neden olmaktadır. Örneğin, diş sağlığı merkezlerinde çalışan uzman diş hekimleri için randevu almak için hastane randevu telefonu kullanılabilmektedir. Benzer uygulamalar kamu hastanelerinde de sıklıkla görülmektedir. Hastaneler, ayakta hasta muayene kapasitelerinin tamamını MHRS'ye dahil etmeyip kendi randevu sistemlerini kullanmaya devam etmektedirler. Bu durum, sistemin etkinliğini azaltmakta ve karmaşaya yol açmaktadır.

MHRS sisteminde randevuların çok ileri tarihlerde verilmesi, hastaların başka çözüm yollarına yönelmelerine ve randevularına gelmemelerine sebep olabilmektedir. Bu nedenle, bazı hastalar özellikle randevularını alamadıkları gün veya bir gün öncesinde MHRS'den randevu alamadıkları için, hastanelere bizzat başvurarak randevu talep etmektedirler.

Yapılan araştırmalarda Merkezi hastane randevu sisteminin kullanıcılarının %44,5'i Alo 182 çağrı merkezini, %35'i MHRS internet sitesini, %14'ü MHRS mobil uygulamasını ve %6,5'i diğer yöntemleri tercih ettiklerini belirlenmiştir. Özellikle MHRS sistemi, Alo 182 çağrı merkezi aracılığıyla sıklıkla tercih edilmektedir. Bu tercihin nedeni, internetin yaygın olmadığı bölgelerde ve belirli yaş gruplarındaki kişilerin düşük dijital okuryazarlık düzeyinden kaynaklanmakta olduğu düşünülebilir. Ayrıca telefonla iletişim kurmanın daha kolay olduğunu düşünmelerinin de bu sonuca etki etmiş olması mümkündür (Kıraç, 2019).

Tablo 1'de görüldüğü gibi MHRS kullanım oranı, karşılaşılan bütün sorunlara rağmen yıllara göre düzenli olarak artmaktadır. Bu durum sağlık kuruluşlarının randevu sisteminin standartlaşmasından, özellikle kamusal sağlık kuruluşlarında randevusuz hasta bakılmasının neredeyse imkânsız olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 1: MHRS Durum Raporu

%	2017	2018	2019	2020	2021	2022
MHRS üzerinden yapılan randevulu hasta oranı	28	35	40	45	50	60
Şehir hastanelerinde MHRS'li hasta muayenesi oranı	28	35	42	40	55	65
Hekimlerin MHRS'ye açtığı poliklinik kapasitesinin oranı	60	70	75	80	82	85
Vatandaşların hekimler tarafından açılan MHRS kapasitesini doldurma oranı	60	68	72	75	77	80

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Tablodan görüldüğü üzere son yıllarda MHRS sistemine açılan poliklinik kapasitesi oranı artarak 2022 yılında %85 olmuştur. Vatandaşların bu kapasiteyi doldurma oranları da buna bağlı olarak artış göstermiş ve 2022 yılında %80 e ulaşmıştır. Ancak açılan randevuların yüzde oranlarının artması ile vatandaşların randevuları doldurma oranları arasındaki fark 2017 yılından itibaren artarak 2020 yılından itibaren %5 lere ulaşmıştır. Kamu hastanelerindeki toplam randevu kapasitesi düşünüldüğünde hastaların günlük ortalama %5 'inin randevulara gelmemesi oldukça büyük bir sayıda muayene randevusunun boş geçmesine, diğer hastaların muayene bulamamasına sebep olmaktadır. Örneğin, 2017 yıl sonu itibariyle MHRS'de iptaller dahil toplam randevu sayısı 610.697 olmuş ve vatandaşların hekimlerin açtığı MHRS kapasitesini doldurma oranı %60 olarak gerçekleşmiştir. Bu veri yaklaşık 350.000 randevunun boş geçtiğini göstermektedir ve bu durum, vatandaşların randevularını iptal etmelerinin sistematik hale getirilmesiyle önlenebilir. Sağlık Bakanı Koca, 2022'de 33 milyon 203 bin 299 randevuya gidilmediğini açıklamıştır (Koca, F., 2022). Bu nedenle, sistemde iyileştirmeler yapılması ve randevuların boş geçmesini engellemek için tedbirler alınması önemlidir. Bu şekilde, diğer hastaların hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak mümkün olabilir.

2022 yılında Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın MHRS randevu sorunlarının çözümüne ilişkin yaptığı açıklamada, sistemin verimliliğini artırmak ve zaman kaybını önlemek amacıyla bazı iyileştirme kararları alındığı belirtilmiştir. Buna göre, MHRS üzerinden randevu alıp gitmeyen veya randevuyu iptal etmeyen kişiler, aynı branştan 15 gün süreyle tekrar randevu alamayacaklardır. Ayrıca, randevusu öncesinde aynı branşta muayene olan ve bu nedenle randevusu boş kalan kişiler için de benzer bir durum geçerli olacaktır. Yeni uygulama kapsamında MHRS üzerinden randevu alındığında, vatandaşlara "Sayın vatandaşımız, randevunuza gitmeme veya randevunuzu iptal etmeme durumunda aynı branştan tekrar randevu almanız ancak 15 gün sonra mümkün olacaktır." şeklinde bir uyarı yapılmaktadır. Bu önlemlerle birlikte, MHRS randevu sisteminin etkinliği ve randevu kullanımının düzenlenmesi hedeflenmektedir (saglik.gov.tr, 2022).

2.5.3. E- Nabız

2014 yılında daha önce uygulamaya konulan mobil uygulamaların kontrolü ve tek merkezden yönetilebilmesi için, yasal çerçeve, teknolojik altyapı ve eğitimli personeli hazırlama çalışmaları ile birlikte, "vatandaş odaklı" internet tabanlı sağlık uygulamaları üretilmeye başlamıştır. Ortaya çıkan uygulamalardan biri de, aile hekiminin kim olduğunu gösteren, kişisel elektronik sağlık kaydı uygulamalarına erişimi sağlayan, kullandığı ilaçlarını, ilaç endikasyonlarını vurgulayan, hastalık belirtileri hakkında genel bilgiler veren e-sağlık uygulaması olan e-nabızdır (Tezcan, 2016).

E-nabız tüm vatandaşların, laboratuvar sonuçları, radyoloji görüntüleri, hastane ziyaretleri ve randevu geçmişleri reçeteler, raporlar, ilaç alerjileri, aşı kayıtları ve acil durum adres ve telefon bilgileri dahil tüm sağlık kayıtlarına erişebilmelerini ve bu kayıtları kendi istekleri doğrultusunda paylaşabilmelerini sağlayan uygulamadır. E-Nabız uygulaması vasıtasıyla sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleştirilen tüm muayene, tetkik ve operasyonlar tek bir veri tabanına kaydedilmekte ve kişisel sağlık kayıtlarına kullanıcılar, yetkileri doğrultusunda ilgili sağlık personeli ve sağlık kuruluşları erişebilmektedir. Uygulamanın organ bağışı ve 112 acil butonu gibi özellikleri de vardır (Kopmaz ve Arslanoğlu, 2018).

Bu uygulama, sağlık kuruluşlarından toplanan sağlık verilerine kolaylıkla erişim sağlayarak, hastanın tıbbi geçmişini tek bir yerde yönetmesini mümkün kılmaktadır. Bu sistem sayesinde hastaların; muayene, tetkik ve tedavilerinin yapıldığı yerden bağımsız olarak, tüm sağlık bilgileri güvenli bir şekilde saklanmakta ve yönetilmektedir. Kişisel sağlık kaydı sistemi olarak hizmet veren e-Nabız, hasta tarafından verilen yetkiler çerçevesinde sağlık kayıtlarının hekimler tarafından değerlendirilmesine imkân tanımaktadır. Bu sayede, teşhis ve tedavi sürecinin kalitesi ve hızı artmakta, hasta ile hekimi arasında güçlü bir iletişim ağı oluşturulmaktadır.

E-Nabız işlemlerine hekimlerin ulaşımı, kişinin verdiği yetkilendirme doğrultusunda sınırsız veya sınırlandırılmış şekilde yürütülmektedir. E-Nabız mobil uygulaması ile şeker, tansiyon, kalp ritmi vb. değerlerinin ölçülmesinde kullanılan aletlerin dijital ortamda bağlantısı sağlanarak gerekli olduğunda tüm sağlık bilgilerine tek bir kaynak erişim imkânı elde edilmektedir. Ayrıca hastalıkların tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar hakkındaki prospektüs bilgilerinin sağlanması, tahlil ve raporların depolanması ve gerektiğinde paylaşılması, kamu hastanelerinden randevu alınması, hatırlatma hizmetlerinin sunulması ve acil servis ve ambulans ihtiyaçlarının bildirilmesi gibi mobil uygulama hizmetleri de bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

e-Nabız, kullanıcıların T.C. kimlik numaraları ve kendi belirledikleri şifreleri kullanarak sisteme giriş yapabildikleri bir platformdur. Şifre, aile hekimlerinden veya e-Devlet uygulaması aracılığıyla elde edilebilir.

Sağlık verilerine erişim, ilgili sağlık personeli, sağlık kuruluşları ve aile bireylerinin talepleri ve yetkileri doğrultusunda gerçekleştirilebilmektedir. e-Nabız'a giriş yaparak, bireyler kan bağışı geçmişi, alerjiler, acil durum notları, organ bağışı bildirimleri, aşı takip bilgileri, gebelik takibi, kronik hastalık takibi gibi bilgilere ve temel sağlık göstergelerine ulaşabilmektedir. Bu sayede, sağlık verilerine kolaylıkla erişim sağlanarak bireylerin sağlık durumları hakkında bilgi edinmeleri mümkün olmaktadır. Ayrıca, e-Nabız sistemine 0850240 03 03 numaralı telefondan da ulaşılabilmektedir (SBSGM, 2019). E-Nabız uygu-

laması ana sayfasında verilen MHRS linkine tıklanarak, devlet hastaneleri veya aile hekimlerinden randevu alınabilmektedir.

Türkiye'de e-Nabız kullanıcılarının sayısı yıllar içinde artış göstermiştir. 2018 yılında toplam 11 milyon vatandaş e-Nabız kullanmıştır; bu sayı yıllar içinde artarak 2022 yılında 68 milyon aktif kullanıcıya, yani nüfusun %80'ine ulaşmıştır. En yüksek kullanım oranı 25-29 yaş aralığında (%87) gözlemlenmiştir. Ayrıca kronik hastalık yükünün toplumla paylaşılmasını sağlayan kullanıcıların %54'ü 65-85 yaş aralığında olup, teknolojiye erişimi çok kısıtlı olan 90+ yaş nüfusun kullanım oranı ise %33'tür. Öte yandan, tüm kullanıcıların %52,2'si erkek, %47,8'i ise kadındır. Sisteme entegre 28.608 sağlık tesisi ve e-Nabız'a entegre diğer 39 kamu kurumundan (bakanlıklar vb.) veri akışı sağlanmaktadır. e-Nabız, 2015 yılından bu yana vatandaşların kullanımına sunulmuş ve toplam 4,5 milyar işlem geçmişine ulaşmıştır. Ayrıca 220 milyon kullanıcı, hastaların laboratuvar ve radyoloji sonuçlarına ulaşmak için hekimler tarafından sorgulanmaktadır. 2019 yılından itibaren e-Nabız sistemi üzerinden hekimlerden mükerrer radyolojik görüntü talebinde bulunan kişi sayısı (4,2 milyon) azalmıştır. Radyolojik görüntülerin sisteme kaydedilmesi ile hastaların radyolojik görüntülerini tekrar talep etmelerinin önüne geçilmiştir. Sonuç olarak radyolojik görüntülerde toplamda %27,5 (750 Milyon TL) tasarruf sağlanmıştır. Ayrıca vatandaşlar Türkiye'nin neresinde olurlarsa olsunlar görüntülerine erişebilmekte ve uzaktan sağlık hizmeti alabilmektedir. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi, kullanıcıların tedavi, önleme, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili ve birbiriyle ilişkili alanlarda 30 farklı hizmeti kullanmasına imkân tanımaktadır. e-Nabız sisteminde sisteme entegre 28.608 sağlık tesisi ve 39 e-Nabız entegre kamu kurumundan veri akışı sağlanmaktadır. Ayrıca 2023 yılına kadar kişiler tarafından 4,5 milyar işlem yapılmış ve 220 milyon kullanıcı hekimler tarafından sorgulanarak hastaların tahlil ve sonuçlarına ulaşılmıştır. e-Nabız Türkiye nüfusunun %82'si tarafından benimsenmiştir (Birinci, 2023).

Ketenci ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre (Ketenci, ve diğerleri, 2021), e-Nabız uygulamasını katılımcıların %78,3'ü faydalı bulduklarını belirtmiştir. Aynı şekilde, katılımcıların %77,9'u uygulamanın doğru bir uygulama olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %73,1'i 112 acil butonunun yararlı olduğunu belirtmiş ve %62,8'i uygulamanın anlaşılabilir olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %70,5'i e-Nabız uygulamasının geçmiş tetkik ve raporları sunması açısından yararlı olduğunu düşünmekte olup, %60,7'si kendi sağlık arşivlerini oluşturma imkânı sağlayan uygulamayı olumlu bulduklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %68,9'u e-Nabız uygulamasının varlığından haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Bu katılımcılar, uygulamanın varlığını genellikle internet (%42,5), kamu spotları (%24,8), televizyon ve internet (%15,7) gibi kaynaklardan öğrendiklerini ifade etmiştir.

Yine aynı araştırma sonuçlarına göre e-Nabız uygulamasını bilen katılımcıların %49,8'i uygulamayı kullanmaktadır. Uygulamayı kullanmayan katılımcılar ise kullanmama nedenleri olarak; şifrelerinin bulunmaması (%28,4), şifre alma işlemi için yeterli zamanlarının olmaması (%26,8) ve uygulama hakkında herhangi bir eğitim veya bilgilendirme almadıklarını (%24,6) belirtmiştir. Katılımcıların %59,2'si e-Nabız uygulamasını cep telefonlarına indirdiklerini, %39,5'i ise uygulamaya internet üzerinden erişim sağladıklarını ifade etmiştir. Bu bulgular, e-Nabız uygulamasının kullanıcılara sağladığı faydalı özelliklerin ve erişim imkânlarının kabul gördüğünü göstermektedir (Ketenci vd., 2021).

E- Nabız uygulamasında sunulan diğer bir sağlık hizmeti de, vatandaşların hastalıklarının tedavisi için doğru branşa yönlendirilmelerini amaçlayan **"Neyim var"** uygulamasıdır. Bu uygulamada kullanıcıya şikâyetleri sorulmakta varsa tetkik ve tahlil sonuçların yüklenmesi istenmekte ve sonuçta yapay zeka tarafından hastanın hangi branşta tedavi alması gerekiyorsa o branşa ve hastaneye yönlendirilmektedir.

Uygulamanın girişinde şu cümleler yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,, 2022):

- Türkiye'de her 100 kişiden 6'sı yanlış branşa başvurmaktadır.
- Neyim Var uygulaması üzerinden şikâyetlerinizi belirtebilirsiniz.
- Girdiğiniz şikâyetlerle ilişkili, sistemin size sorduğu soruları cevaplayınız. Neyim Var'ın şikâyetlerinizi ve verdiğiniz cevapları değerlendirerek size sunduğu muhtemel teşhisleri ve branş önerilerini inceleyiniz.
- "Randevu Al" butonuna basarak "Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)" üzerinden randevu alabilirsiniz.

Toplumda, e-nabız bünyesinde bulunan kullanıcılara sağlık verilerinin, parmak ve damar izi gibi kayıtlarının tutulması; bu kayıtların kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından edinilebilmesi ve bu kurumların bağlantıda oldukları diğer kuruluşlarla bu verileri paylaşma ihtimali kişisel verilerin gizliliği açısından tedirginliğe sebep olabilmektedir. Bu tedirginliği gidermek maksadıyla, T.C. Sağlık Bakanlığı Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanan (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act (U.S. HHS, 2017) yasasını ülkemize Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi adı altında uyarlamaktadır.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu olan 29677 sayılı Kanun, e-Nabız uygulamasında paylaşılan kişisel bilgilerin, kişilerin onayı dışında veya yargı kararı veya yasal bir yükümlülük altında olmadıkça, herhangi bir üçüncü taraf, kurum veya kuruluşla paylaşılamayacağını veya verilemeyeceğini açıkça belirtmektedir. Bu kanun, kişisel verilerin korunmasını sağlamak amacıyla yapılan yasal bir düzenlemedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Bu düzenlemeye göre, e-Nabız uygulamasında yer alan kişisel bilgilerin gizliliği ve güvenliği önemsenmektedir. Bu bilgiler, kişilerin açık onayı olmadan

veya yasal bir zorunluluk bulunmadıkça herhangi bir üçüncü taraf, kurum veya kuruluşla paylaşılamaz veya verilemez. Kişisel verilerin korunması, kullanıcıların gizlilik haklarını ve bilgilerinin güvende tutulmasını sağlamak için yasal bir düzenlemeyle sağlanmaktadır. Bu düzenleme, kişisel verilerin gizliliği ve güvenliği konusunda hassasiyet gösterildiğini ve kişisel verilerin açıklanması gerektiren bir yasal düzenleme olmadığı sürece hiçbir istisna ile bu bilgilerin açıklanamayacağını vurgulamaktadır. Böylece, e-Nabız uygulaması aracılığıyla paylaşılan kişisel bilgilerin gizliliği ve güvenliği sağlanmakta ve kişilerin kontrolü altında tutulmaktadır.

2.5.4. Hastane Web Sayfaları

Kurumların web siteleri, günümüzde dış dünyaya açılan bir vitrin niteliği taşımaktadır. Kullanıcılar, kurumlar ve sundukları ürün ve hizmetler hakkında ilk izlenimlerini, web sitelerinin kalitesi üzerinden oluşturmaktadırlar. Sağlık sektöründe hizmet talep edenler için ise, internetin yaygınlaşmasıyla birlikte bilgi kirliliği büyük bir sorun haline gelmiştir. Bu noktada, hastane web siteleri sağlık kurumları için büyük bir öneme sahiptir; çünkü hastaların doğru, güvenilir ve güncel bilgilere erişebilecekleri en önemli kaynak olarak öne çıkmaktadır. Hastane web sitelerinin kullanıcı dostu bir tasarıma sahip olması, erişilebilir ve anlaşılır olması, aynı zamanda hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri güncel bir şekilde sunabilmesi son derece kritik bir öneme sahiptir. Bu sayede etkileşimli bir yapı oluşturularak hastaların beklentileri karşılanabilir ve sağlık kurumlarıyla güçlü bir iletişim ağı oluşturulabilir (Boydak ve İleri, 2021). Hastaneler ayrıca web sitelerinde, hastalara güvenilir ve erişilebilir bir sağlık iletişimi fırsatı sunmak amacıyla Facebook, Twitter, YouTube ve Instagram gibi sosyal medya platformlarına bağlantı linkleri ekleyebilirler. Bu şekilde, hastalar sosyal medya aracılığıyla hastaneyle etkileşim kurma ve sağlık konularında bilgi edinme imkânına sahip olurlar. Sosyal medya platformları, hastanelerin daha geniş bir kitleye ulaşmasını sağlar ve hastalara sağlıkla ilgili içerikleri paylaşma, sorular sorma ve iletişim kurma imkânı sunar. Bu da hastaların daha bilinçli ve güncel sağlık bilgilerine erişebilmelerini destekler.

İnternet, sağlık hizmetleri alanında kullanılan bir araç olarak, kullanıcıların sağlık web siteleri aracılığıyla erişebildikleri çeşitli hizmetler ve etkinliklerin tamamını kapsamaktadır. Sağlık bilgilerinin yer aldığı web sitelerine erişim, resmi sağlık kuruluşlarının web sitelerine ulaşma, sağlık ürünlerine erişme, sağlık profesyonelleri ve çevrimiçi destek gruplarıyla etkileşim gibi farklı kullanım alanları bulunmaktadır. İnternetin bu alanları sürekli olarak erişilebilir olması ve birçok uygulamanın ücretsiz olması, sağlık kuruluşlarının sunmuş olduğu hizmetlerden ayrışarak, hastalar tarafından sıklıkla tercih edilen bilgi kaynaklarına dönüşmektedir (Yılmaz E., 2013). Bu sebeplerle özel ve kamu hastanelerinin kendilerini ve hizmetlerini hedef kitlelerine tanıtım faaliyetleri ile anlatabilmeleri ve hedef kitleler üzerinde güvenilir bir hastane imajı oluştu-

rabilmeleri için web sitelerini kullanmaları zorunlu hale gelmiştir. Ayrıca özel sektöre ait hastaneler ve üniversite hastaneleri MHRS sistemine dahil olmadığı için, bu hastaneler randevuyu hastalarına web siteleri ve çağrı merkezleri üzerinden vermektedirler.

Ülkemizdeki sağlık kurumları için reklam kısıtlamaları mevcut olduğundan (Karaca, 2015), web sitelerinin hastaneler için önemi daha da artmaktadır. Bu nedenle, hastaneler web sitelerini kullanarak kendilerini tanıtabilir, hedef kitlelerine ulaşabilir ve kurumsal iletişimlerini artırabilirler. Bu durumda, Türkiye'nin bilgi iletişim teknolojileri ve toplam internet kullanıcısı sayısı açısından İrlanda ve sağlık turizminde etkili olan Hindistan'dan daha üstün bir performans sergilemesi, Türkiye'deki hastanelerin kurumsal halkla ilişkiler ve pazarlama faaliyetleri için web sitelerini daha fazla kullandığını gösteren önemli bir bulgudur. Hastane bilgileri ve hizmetlerine ilişkin olarak, en yüksek performans oranına sahip ülkeler sırasıyla İrlanda (%65,3), Türkiye (%54) ve Hindistan (%51) olarak tespit edilmiştir (Özsarı vd., 2016).

Mendi ve Akyazı (2016) tarafından yapılan araştırmanın sonuçları, kurumsal web sitelerinin kullanılabilirliği ile doğrudan ilişkili olan kullanışlılık, kontrol, öğrenilebilirlik, etkililik ve etkileyicilik faktörlerinin ve kullanıcı memnuniyetinin önemli olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, kullanıcıların internet teknolojilerini kabullenme düzeyleri düşük olsa bile, web kullanılabilirliği algılarını etkilemektedir. Kurumsal web sitelerinin değerlendirilmesi sırasında, sadece web sitelerinin özelliklerine değil, aynı zamanda hedef kitle olan kullanıcıların özelliklerine de dikkat edilmesi gerekmektedir. Kullanıcıların internetle ilgili tutumları ve kullanım becerileri de değerlendirme sürecinde göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle hastane web siteleri gibi kurumsal iletişim araçları, insanların hastane hizmetleriyle ilgili bilgi edinmek amacıyla etkili bir şekilde kullandıkları araçlar olarak ön plana çıkmaktadır. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, sağlık çalışanları ve mühendisler, diğer gruplara kıyasla hastane web sitelerini daha olumlu bir şekilde değerlendirmişlerdir. Bu nedenle, hastane web sitelerinin, eğitim düzeyi daha düşük olan kişiler için erişilebilirlik açısından daha zor olabileceği düşünülebilir. Bu bulgular, kurumsal web sitelerindeki kullanılabilirlik faktörlerinin, kullanıcıların internet teknolojilerine olan kabullerinden etkilendiğini ve bu nedenle kullanıcıların özellikleri ve tutumları gibi faktörlerin göz önünde bulundurulmasının önemli olduğunu göstermektedir (Mendi ve Akyazı, 2016).

Boydak ve İleri (2020) tarafından gerçekleştirilen araştırma, Türkiye'deki üniversite, devlet ve özel hastane web sitelerinin incelendiğini ve analiz edildiğini ortaya koymaktadır. Araştırmanın sonuçlarına göre, Türkiye'deki hastane web sitelerinin çoğunluğu arama motorlarında iyi bir görünüm sergilemek ve ziyaretçi davranışlarını izlemek için analiz yazılımlarını kullanmaktadır. Teknolojik açıdan incelendiğinde, hastane web sitelerinin genel olarak iyi tasarlandığı

ve yapılandırıldığı görülmektedir. Ancak, web sitelerinin güncel tutulması konusunda yetersiz olduğu belirlenmiştir, bu da kurum imajını olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca, hastane web sitelerinin kalite, verimlilik ve erişim hızı konularında düşük performans gösterdiği ve içerik açısından tatmin edici olmadığı tespit edilmiştir. Hastane web sitelerindeki tanımlanmış ana başlıkların aktif kullanımı düşük düzeydedir, bu da erişilebilirlik açısından önemlidir. Hastane web sitelerinin e-pazarlama teknikleri ve sosyal medya entegrasyonu düşük puan almıştır. Ayrıca, Türkiye'deki hastane web sitelerinin dünya oranlara göre popülerlik düzeyinin düşük olduğu ve özel hastanelerin işleyiş kalitesi, güncellik ve tasarım altyapısı açısından kamu hastanelerine göre daha başarılı olduğu belirlenmiştir. Nüfus yoğunluğu ve hastane yatak sayısı ile web sitelerinin performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Boydak ve İleri, 2021).

2.5.5. Mobil Uygulamalar

Mobil sağlık veya kısaca mSağlık olarak adlandırılan bu kavram, mevcut sağlık sisteminin etkinliğini ve işlevselliğini artırmayı hedefleyen bir mobil iletişim teknolojisi ve altyapısı temelinde gelişen bir yaklaşımdır. mSağlık, sağlık hizmetlerinin geniş kitlelere yayılması, uzaktan hastalık yönetimi, sağlık verilerinin toplanması ve erken uyarı sistemleri gibi önemli fonksiyonlarda sunduğu değerli katkılarla dikkat çeken tamamlayıcı ve yenilikçi sağlık uygulamalarını içermektedir (WHO, 2016).

2000'li yıllardan itibaren yaşanan akıllı telefonlar ve sosyal medya platformları gibi teknolojik gelişmeler dünyayı farklılaştırmış, işletmeler ve potansiyel hedef kitle arasındaki iletişim kurma yöntemlerini ve kullanılan kanallarını çeşitlendirmiştir (Schallmo vd., 2017). Proaktif ve reaktif uygulamaları içerebilme özelliğine sahip olan sosyal medya, kriz süreçlerinin yönetilmesinde kurumsal iletişimin bir parçası olarak aktif olarak rol almaktadır (Yörük & Summak, 2016).

Sağlık sektöründe, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği konusunda endişeler bulunmakta ve çözüm yolları aranmaktadır. Bu bağlamda, paydaşlar sağlık sektöründe kullanılan teknolojilerin potansiyelini değerlendirerek kullanım alanlarını genişletmeye çalışmaktadır. Son dönemde sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler, mobil teknolojiye odaklanmayı gerektirmiştir. Bu teknolojiler hem hizmet sunuculara hem de kullanıcılara büyük avantajlar sağlamaktadır. Mobil teknoloji, hastaların sağlık kayıtlarını görüntüleyebilmelerini ve istedikleri zaman tıbbi bilgilere erişebilmelerini sağlamaktadır. Bu özellikler, sağlık hizmetlerinin dağıtımında önemli bir potansiyel sunmaktadır. Sağlık sektöründe maliyet artışlarına çözüm bulunması ve kapsayıcı sağlık hizmetlerinin dağıtılması için çalışmalar yapılmaktadır. Bu nedenle, sektördeki paydaşlar mobil teknolojilerin sağladığı imkânlara odaklanmaktadır çünkü bu teknolojiler sağ-

lık sisteminin sürdürülebilirliği için potansiyel bir araç olarak görülmektedir (Arslan ve Demir, 2017).

Akıllı telefonlar, tabletler ve benzeri cihazlar gibi mobil iletişim teknolojileri, yalnızca iletişim ve sosyal etkileşim araçları olarak değil, aynı zamanda çeşitli işlevlerin yerine getirilebileceği cihazlar olarak tasarlanmış ve geliştirilmiştir. Akıllı telefonların daha uygun fiyatlı hale gelmesiyle birlikte, hasta merkezli düşünme ve sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırma potansiyeli elimize geçmiş olabilir. Geliştirilen bu çok fonksiyonlu mobil cihazlar, akıllı telefonlar gibi, e-posta gönderme, alma, mesajlaşma, internet üzerinde arama yapma ve belirli bir alana yönelik uygulama indirme ve çalıştırma gibi özelliklere sahiptir. Taşınabilir bir telefon ve bilgisayar olarak işlev gören akıllı telefon, insanlara istedikleri her yerde ve her zaman işlem yapma imkânı sunmaktadır. Sağlıkla ilgili çekingenlikleri göz önüne alındığında, özellikle ergenler olmak üzere her yaş için sağlık bilgilerinin aktarımını modellemek için uygun bir yöntem olabilir (Singh vd., 2014).

Mobil sağlık uygulamaları, hekimlerin hastalarının bilgilerine anlık erişim sağlayarak zamandan ve mekândan bağımsız olarak hastalarıyla ilgilenmelerini sağlamaktadır. Bu uygulamalar hem sağlık profesyonelleri hem de hastalar için sağlık takibini geliştirme imkânı sunmaktadır. Örneğin, kalp atışı ve tansiyon kontrolü, kalori hesaplama, ilaç takibi, gebelik süreci gibi birçok durum için mobil uygulamalar yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Ayrıca, mobil sağlık uygulamaları bireylerin sağlık durumlarını sürekli olarak izleyerek sağlık sorunlarını önlemek veya azaltmak için sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etmektedir. Hastane mobil uygulamaları ise, hastanelerin hastalarına randevu alma, teşhis ve tahlil sonuçlarını görüntüleme gibi konularda kolaylık sağlamaktadır. Bu uygulamalar günümüzde App Store ve Google Play Store gibi platformlarda ve hastanelerin web sitelerinde erişilebilir durumdadır. Bireyler, akıllı telefonlarına bu uygulamaları indirerek hastanelerin sunmuş olduğu içeriklere kolayca erişim sağlayabilmektedir (Akbolat vd., 2019).

Teknolojik cihazların kullanımının artmasıyla birlikte, Sağlık Bakanlığı mobil uygulamaların geliştirme sürecini Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Proje Geliştirme Dairesi Başkanlığı ve Mobil Uygulamalar Birimi tarafından takip etmektedir. Bu süreç, Giyilebilir Teknolojik Sağlık Ürünleri Birimi ile koordinasyon içinde yürütülmektedir. Halka yönelik olarak geliştirilen uygulamalar, App Store ve Google Play Store gibi mobil mağazalardan kolaylıkla erişilebilirken, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kullanıcılar, T.C. Sağlık Bakanlığı Mobil Market üzerinden sağlık kullanıcı adresleriyle giriş yaparak bu uygulamalardan faydalanabilmektedir (PGDB, 2022).

Ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalar, katılımcıların mobil sağlık uygulamalarının randevu alma ve laboratuvar ile muayene sonuçlarını öğrenme gibi konularda büyük ölçüde kolaylık sağladığını ve kullanılabileceğini ifade ettiğini

ortaya koymaktadır. Sonuçlar, mobil uygulamaların tedavi süreci ve sonrasında bireylerin vital bulgularının takibinde etkili bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Genel olarak, kullanıcılar hastaneler tarafından geliştirilen mobil sağlık uygulamalarının kendilerine fayda sağladığına inanmaktadır (Akbolat vd.), (Demir ve Arslan, 2017). Sağlık Bakanlığı'nın m-Sağlık uygulamalarının bilinirlik düzeyi, kullanım amacı ve sıklığına ilişkin yapılan araştırmada, katılımcıların %93'ünün bu uygulamaları cep telefonuyla kullandığı ortaya çıkmıştır (Yayla ve Çizmeci, 2022)

Türkiye'de COVID-19 salgını döneminde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, Twitter hesabı aracılığıyla milyonlarca kişiye ulaşarak gündemi belirlemiştir. Paylaşımlarında Media Studios uygulamasını 2 kez kullanmış ve 159 kez mobil cihazından paylaşımlar yapmıştır. 11.03.2020 ile 10.04.2020 tarihleri arasında Fahrettin Koca'nın takipçi sayısı yaklaşık 12 kat artmış ve Türkiye'deki her iki Twitter kullanıcısından biri Bakanı takip etmiştir. Yüksek etkileşimler sayesinde, hesabı takip etmeyen birçok kullanıcıya da mesajlar ulaştırılmıştır (Bilgiç ve Akyüz, 2020).

2.5.6. Hastane Navigasyon Uygulamaları

Hayatımızın her noktasında yer alan mobil telefonların artık hastane içinde yönlendirme hizmetlerinde de kullanılmaya başladığı görülmektedir. "Navigasyon Destekli Hasta Yönlendirme Sistemi" uygulaması ile sağlık hizmeti almak için hastaneye gelen yerli ve yabancı hastaların, hastane içinde ve çevresinde gitmek istedikleri yerleri bulmalarında kolaylık sağlanmaktadır. Sistem hastaneye yerleştirilen kiosklarla bağlantıya geçerek internete bağlanmadan da çalışabilmektedir. Sağlık turizminde de kullanılabilmesi amaçlanan uygulama birkaç dilde hizmet verebilmektedir (A.A., 2017). Büyüklük ve karmaşıklığından şikâyet edilen Şehir Hastaneleri ve üniversite hastanelerinde, söz konusu uygulama şikâyetlere bir çözüm getirme potansiyeli taşımaktadır. Şehir hastaneleri ve üniversite hastaneleri, hızla bu uygulamayı yürürlüğe koymaya başlamışlardır. Apple Store'dan ve Google Play'den ücretsiz bir şekilde indirilebilen uygulama, en hızlı, normal ve engelli olarak üç şekilde hizmet verebilmektedir. MHRS üzerinden randevu alan hastalara hastaneye girdiklerinde poliklinik kayıtlarını otomatik olarak yapma seçeneği sunmaktadır (A.A., 24.12.2022), (konyasehir.saglik.gov.tr, 2022).

Mobil telefonlara yüklenen "Navigasyon Destekli Hasta Yönlendirme Sistemi", hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlamasını ve yönlendirme sürecinin daha etkin ve verimli olmasını hedefleyen bir uygulamadır. Hastalar, mobil uygulama aracılığıyla doğru yönlendirmeler alarak daha iyi bir hasta deneyimi yaşamaktadırlar. Aynı zamanda, hastane yönetimine de işleyişin optimize edilmesi ve kaynakların daha etkin kullanılması konusunda yardımcı olmaktadır.

2.5.7. SMS

Bilgilendirme amacıyla kullanılabilme özelliği sayesinde SMS, halkla ilişkiler görevlilerine geniş bir hedef kitleye bilgi aktarma imkânı sunmaktadır. Cep telefonları, çeşitli kullanım alanlarına sahip olsa da SMS, mobil cihazlar tarafından desteklenmesi ve düşük maliyeti nedeniyle tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. SMS, iletişim kurma ve bilgi paylaşma amacıyla etkili bir araç olarak değerlendirilmektedir. Mobil iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte, SMS'in önemi ve etkinliği artmıştır. Halkla ilişkiler alanında, SMS kullanımı hedef kitleye ulaşma ve anlık bilgi iletmek için etkili bir araç olarak değerlendirilmektedir. Bu iletişim kanalı, yaygın erişilebilirliği ve düşük maliyeti sayesinde tercih edilmektedir (Kalender ve Tarhan, 2009).

Eski cep telefonları dahil olmak üzere her marka ve operatör ve ülkedeki bütün cep telefonlarının her yerden SMS alabilmesi ve gönderebilmesi, internete bağlanmayı gerektirmemesi, SMS kullanıcının dikkatini çekmesi (okumadan silinmezler), düşük maliyeti, hızlı yayılması, basitliği, sonuçların ölçülebilmesi ve kişiye özel iletişim sağlaması gibi sebeplerle SMS kullanılmaktadır (Durucasu ve Ersoy, 2016).

Teknolojinin gelişimiyle birlikte, sağlık hizmetlerinde daha karmaşık tanı ve tedavi cihazları ve uygulamaları kullanılmakta ve aynı zamanda hastaların daha hızlı ve etkili hizmet almasını sağlayan e-posta, SMS veya internet sistemleri gibi iletişim araçları da kullanılabilmektedir. Bu yeni teknolojiler, sağlık sektöründe hizmet kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Hastaların sağlık durumuyla ilgili bilgilendirme, randevu yönetimi ve iletişim süreçlerinin daha verimli ve etkili bir şekilde yürütülmesi, bu iletişim araçları sayesinde mümkün olmaktadır. Bu uygulamalar, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakta ve sağlık kurumlarıyla hastalar arasındaki iletişimi geliştirmektedir. Araştırma sonuçları, randevusunu kaçıran hastaların %22,7'sinin randevu tarih ve saati önceden kısa mesajla hatırlatıldığında randevularını kaçırmalarının engellenebileceğini göstermektedir. Bu bulgu, iletişim araçlarının randevu yönetiminde etkin bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır (Yücel vd., 2006). Hastaların randevu hatırlatmalarıyla zamanında gelmelerinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmakta ve bekleme sürelerini azaltmaktadır. Bu nedenle, randevu sistemlerinde iletişim teknolojilerinin kullanımı önemli bir strateji olarak değerlendirilebilir. 2017 yılı Mart ayından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, işlem/girişim öncesi ve sonrasında hastalara cep telefonlarına SMS gönderilmesi uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama ile randevusu olan hastalara saat başı SMS gönderilmekte ve hastalar randevu verilen saatlerde gelmektedir. Bu uygulama öncesinde hastalar sabah saatlerinden itibaren gelip beklerken, uygulama sonrasında bekleyen hastaların sayısında düşüş olmuş ve beklemelerin neden olduğu kalabalık ve gürültülü ortam azalmıştır.

Ayrıca, uygulama ile endoskopi işlemlerinde iptal oranı %17'den %6'ya, kolonoskopi işlemlerinde ise %22'den %5'e düşmüştür. Bu çalışma, hastaların bilgilendirilmesi ve randevu saatlerine sadık kalmaları konusunda SMS uygulamasının etkili olduğunu göstermektedir (Alper vd, 2017). Yine aynı hastanede poliklinik hizmetlerinde mesai başlangıcındaki gecikmeleri en aza indirme amacıyla kısa mesaj (SMS) uygulaması kullanılarak hasta bekleme süresi azaltılmış, poliklinik mesai başlangıç süre takibi kolaylaştırılmış ve hasta memnuniyeti artırılmıştır. Sabah ilk hasta muayenesinde yaşanan gecikmelerde, uzman doktorlara, klinik idari sorumlulara ve poliklinik başhekim yardımcılarına kademeli olarak 10 dakika aralıklarla SMS hatırlatma mesajları gönderilmektedir. Yapılan çalışma sonucunda, cep telefonu aracılığıyla gönderilen SMS'ler sayesinde 08:30 olarak belirlenen muayene başlama saatleri 08:55'ten 08:26'ya düşmüştür. Ayrıca, hasta memnuniyetinde %3,5'lik bir artış tespit edilmiştir. Bu çalışma, düşük maliyetli ve basit bir teknoloji olan SMS kullanımıyla poliklinik hizmetlerinde gecikmelerin azaltılabileceğini ve hasta memnuniyetinin artırılabileceğini göstermektedir (Alper vd., 2018).

Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan başka bir uygulamada, patoloji laboratuvarında, iletişim teknolojileri kullanılarak hizmet kalitesi ve verimliliğin artırılması amacıyla kademeli SMS uygulaması yapılmıştır. Bu uygulama, patoloji sonuçlarının zamanında çıkması için teknisyen ve doktorlara bilgilendirme sağlamış ve sonuçlar açıklandığında hastalara da SMS bildirimi gönderilmiştir. Yapılan araştırmaya göre, kademeli SMS uygulaması, konsültasyon taleplerinin zamanında karşılanmasını sağlamış ve patoloji sonuçlarının süre aşımını %10,1 azaltmıştır. Bu çalışma, iletişim teknolojilerinin patoloji laboratuvarındaki süreçlerde etkili bir şekilde kullanılmasının önemini vurgulamaktadır (Özyurt vd., 2019).

Ülkemizde SMS hasta iletişiminde şu şekilde kullanılmaktadır. MHRS sisteminden telefonla, web üzerinden veya uygulama randevu alındığında muayeneden bir gün önce MHRS tarafından kullanıcının telefonuna hatırlatıcı bir SMS gönderilmektedir. Mesajda randevu tarihi, saati, hastane adı ve doktor adı yer almaktadır. Muayeneden hemen sonra SGK'dan muayene tarihi, e-reçete kodu ve doktor tarafından yazılan ilaçların adı ve adedini içeren bir SMS gönderilmektedir. İlaçlar eczaneden alındıktan hemen sonra ise yine çalışanlara SGK'dan, emeklilere Sağlık Bakanlığından, reçete tarihi ve kodu, reçetenin hangi eczane tarafından karşılandığı, alınan ilaç kutu sayısı ve katılım payı miktarını içeren başka bir mesaj gelmektedir. E-nabız ise zaman zaman kullanıcılara muayene ve tahlil bilgileri ve sonuçlarının enabiz.gov.tr üzerinden anlık olarak izlenebileceğini hatırlatan ve sağlıklı günler dileyen SMS'ler göndermektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
HASTALARIN YENİ İLETİŞİM TEKNOLOJİLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİNE YÖNELİK ARAŞTIRMA

Bu bölümde hastaların yeni iletişim teknolojilerini değerlendirmelerine yönelik araştırma gerçekleştirilmiş olup, araştırmanın modeli, evren ve örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenirliğine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Metodolojisi

Hastaların yeni iletişim teknolojilerini değerlendirmeleriyle ilgili yerli ve yabancı literatür araştırılarak kuramsal altyapı oluşturularak çalışmanın bu bölümünde, hastaların yeni iletişim teknolojilerine bakışlarını değerlendirmeyi amaçlayan alan araştırması yer almaktadır. Yapılan alan araştırmasına ilişkin bilgiler verildikten sonra araştırmanın yöntem ve bulgularına aşağıda yer verilmiştir.

3.2. Araştırmanın Modeli

Çalışmada, belirlenen anket formu yardımıyla birden çok değişkenin birbiriyle olan olası ilişkilerinin tespiti için betimsel bir tarama modeli kullanılmıştır (Doğanay, 2018). İlgili modeli oluşturmak amacıyla hazırlanan anket formu Demografik Bilgiler, Fayda, Bilgi Kalitesi, Güven, E-Nabız Kullanım Düzeyi, MHRS Sistemi Kullanım Düzeyi, ALO 182 Kullanım Düzeyi, Hastanelerin İnternet Sitelerini Kullanım Düzeyi alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

3.3. Çalışma Grubu

Araştırmanın evreni Konya ilinde yaşayan, kamu veya özel sağlık kuruluşlarına hasta olarak müracaat eden kişilerdir. Konya ili nüfusu 2021 yılı itibariyle 2 277 017 kişidir. (tuik.gov.tr, 2022). Büyük ölçekteki bir veriye kolay ve hızlı bir ulaşım için anketin katılımcıları "kolayda örnekleme" metodu ile seçilmiştir. Örneklem grubunun sayısı belirlenirken Erdoğan ve Yazıcıoğlu'nun (2004) tablosundan yararlanılmıştır. Bu tablodan 0,05 örnekleme hatası, p=0,5 (gerçekleşme olasılığı) q=0,5 (gerçekleşmeme olasılığı) ile belirtilen örneklem sayısı en az 357 olmalıdır. Ankete katılanların kadın-erkek oranlarının eşit veya yakın olabilmelerine de dikkat edilerek toplamda 555 katılımcıya yüz yüze anket uygulanmıştır. Anketler 22 Aralık – 30 Aralık 2022 tarihleri arasında Konya ilinin üç merkez ilçesi olan Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yapılmıştır. Anketler ayıklandıktan sonra 520 geçerli anket değerlendirmeye uygun bulunarak örneklem sayısı 520 olarak ortaya çıkmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama amacıyla kullanılan anket formunda 62 soru yer almaktadır. Anket formunun ilk bölümde katılımcıların Demografik bilgileri ve internet kullanma alışkanlıkları hakkında 8 soru bulunmaktadır.

9-16 sorular katılımcıların kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynaklarını belirlemeye yönelik hazırlanmış ve "Her zaman, Çoğu zaman, Ara sıra, Nadiren, Hiç" şeklinde değerlendirecekleri çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular "Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Uygulamaları ve İnternet Bilgi Kaynaklarının Hastalar Tarafından Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi-Ankara İli Örneği" adlı yüksek lisans tezinde kullanılan ölçeklerden alınmıştır (Ülke, 2020).

17. soruda katılımcıların en sık hizmet aldığı sağlık kuruluşları sorulmuştur. 18. soruda katılımcılara interneti sağlıkla ilgili olarak hangi amaçlarla kullandıkları sorulmuştur. 19 ve 20. sorularda e-sağlık uygulamaları tercihleri öğrenilmeye çalışılmıştır.

21-35 sorular fayda, bilgi kalitesi ve güven boyutlarını ölçen sorulardan oluşmaktadır. Sorular, Onur Mendi tarafından hazırlanan "E-Dönüşüm Sürecinde Sağlık Bilişimi Uygulamalarının Yeri ve Hastaların E-Sağlık Uygulamaları Kapsamındaki Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma" adlı yüksek lisans tezinde kullanılan ölçeklerden alınmıştır. Bu sorular hazırlanırken, güven faktörü dışındaki diğer tüm faktörlerin sorularının cevaplarının anlam olarak olumlu yapıda olması planlanmıştır. Güven faktörünü ölçmeyi hedefleyen 5 soru ise negatif olarak hazırlanmıştır. (Mendi O., 2012) Bu bölümdeki sorular, Likert ölçeğinde "Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde değerlendirecekleri çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır.

36-45 sorular kullanıcıların E-nabız sistemi kullanım düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmış, Likert ölçeğinde "Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde değerlendirecekleri çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Bu bölümdeki sorular Emre Akğün tarafından hazırlanmış "Sağlık Hizmetlerinde Sayısal Uçurumun E-Nabız Sistemi ve E-Sağlık Okuryazarlığı ile Birlikte İncelenmesi" adlı yüksek lisans çalışmasında kullanılan anketten alınmıştır (Akğün, 2020).

46-51 sorular kullanıcıların MHRS sistemini kullanım düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmış, Likert ölçeğinde "Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde değerlendirecekleri çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular Arzu Kurşun ve Esra G. Kaygısız tarafından yapılan "Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulamalarına Yönelik Memnuniyet ve Erişilebilirlik Düzeyinin Belirlenmesi" adlı çalışmadan alınmıştır (Kurşun ve Kaygısız, 2018).

52-57 sorular kullanıcıların ALO 182 sistemini kullanım düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmış, Likert ölçeğinde "Kesinlikle katılıyorum, Katılıyo-

rum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde değerlendirecekleri çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır.

58-62 sorular kullanıcıların, hastanelerin internet sitelerini kullanım düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmış, Likert ölçeğinde "Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde değerlendirecekleri çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular Özlem Özer ve Tahir Albayrak'ın "Web Sitesi Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi" isimli makalelerindeki sorular temel alınarak hazırlanmıştır (Kocabulut ve Albayrak, 2017).

2.5. Araştırma Soruları

A1. Kullanıcılar hangi amaçlarla internette sağlık bilgi kaynaklarını araştırıyorlar?

A2. Kullanıcıların farklı sağlık bilgi kaynaklarını tercih etmesini etkileyen nedenler nelerdir?

A3. Kullanıcıların tercih ettiği e-sağlık uygulamaları hangileridir?

A4. Kullanıcıların tercih ettiği e-sağlık uygulamaları hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

A5. MHRS randevusu alırken kullanıcılar hangi yöntemleri tercih ediyorlar?

A6. MHRS randevusu alırken kullanıcıların tercih ettiği yöntemler hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

A7. Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar nelerdir?

A8. Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

A9. Kullanıcılar sağlıkla ilgili internet bilgi kaynakları hakkında hangi endişelere sahiptir?

A10. Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynakları hakkındaki endişeleri hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

A11. Kullanıcılar e-Nabız sisteminden hangi faydaları sağlıyorlar?

A12. Kullanıcıların e-Nabız sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

A13. Kullanıcılar MHRS sisteminden hangi faydaları sağlıyorlar?

A14. Kullanıcıların MHRS sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

A15. Kullanıcılar ALO 182 sisteminden hangi faydaları sağlıyorlar?

A16. Kullanıcıların ALO 182 sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

A17. Kullanıcılar hastanelerin internet sitelerinden hangi faydaları sağlıyorlar?

A18. Kullanıcıların hastanelerin internet sitelerinden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?

2.6. Ölçeklerin Uygulanması

Araştırmada kullanılan anket formunda yer alan ifadeler katılımcılara yönlendirilmeden önce beş uzman görüşüne sunulmuştur (kapsam geçerliliği). Uzmanlardan gelen dönütler dikkate alınarak ifadeler yeniden gözden geçirilmiştir.

2.7. Verilerin Analizi

Araştırmada veri toplama araçları olarak kullanılan anket formunun iç tutarlılık testleri alt boyutlar dahil Cronbach Alpha değerleri ile test edilmiştir. Ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmış, frekans tabloları ve normallik testleri uygulanarak veri setinin niteliği araştırılmış, katılımcıların algılarının genel durumu betimlenmiştir. Katılımcıların oluşturulan demografik gruplara göre ikili gruplar için Bağımsız Örneklem t-Testi, üç veya daha fazla gruplarda Tek Yönlü Anova Testi ile analizler yapılmıştır. Boyutlar arasındaki korelasyon ilişkilerini tespit etmek için Pearson Correlation Analizi kullanılmıştır. Analizler SPSS 22 istatistik programı ile gerçekleştirilmiştir.

2.7.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

520 katılımcıya ait Demografik değişkenlerle ilgili bilgiler aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir.

Tablo 2: Cinsiyet ve Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılım

Cinsiyet	*Sayı*	*Yüzde*	*Medeni Durum*	*Sayı*	*Yüzde*
Kadın	294	56,5%	Evli	275	52,8%
Erkek	226	43,5%	Bekâr	244	46,9%
Toplam	520	100%	Toplam	519	99,8%

1 katılımcı medeni durum bildirmemiştir.

Tablodan görüldüğü üzere kadın ve erkek katılımcıların ve evli-bekâr katılımcıların oranları dengelidir.

Tablo 3: Yaş Gruplarına Göre Dağılım

Yaş Grubu	*Sayı*	*Yüzde*
17-24 yaş	188	36,2%
25-32 yaş	80	15,4%
33-40 yaş	46	8,9%
41-48 yaş	44	8,5%
49-56 yaş	81	15,6%
57-64 yaş	49	9,4%
65-72 yaş	22	4,2%
73 ve üzeri yaş	9	1,7%
Toplam	519	100%

Not: 1 katılımcı yaş belirtmemiştir.

Tablodan görüldüğü üzere 17-24 yaş grubu katılımcıların oranı en yüksektir. 65 yaş ve üstü gruplarda 30'dan az katılımcı vardır. Örneklemler daha alt örneklemlere bölünebildiğinde her kategoriden en az 30 eleman genişliğinde örneklem büyüklüğünü seçmek gereklidir (Büyüköztürk Ş., 2012). Bu bağlamda yaş gruplarında anket formunda belirtilen 65 yaş ve üstündeki gruplar katılımcı sayısının azlığı nedeniyle birleştirilerek "65 yaş ve üzeri" yaş grubu oluşturulup analizlerde bu grup kullanılacaktır. Diğer yaş grupları objektif analiz sonuçları oluşturabilecek kadar yeterli sayıdadır.

Tablo 4: Katılımcıların Mesleklere Göre Dağılımı

Meslek	*Sayı*	*Yüzde*
Memur	60	11,5%
İşçi	107	20,6%
Ev hanımı	82	15,8%
Emekli	31	6,0%
İşsiz	13	2,5%
Öğrenci	190	36,5%
Diğer	37	7,1%
Toplam	520	100,0%

Tablodan görüldüğü üzere mesleklere göre oluşan alt gruplarda "İşsiz" grubu hariç analizler için yeterli sayıda katılımcı mevcuttur. İşsiz grup "İşsiz -Diğer" meslek grubu olarak birleştirilerek analizler yapılacaktır. Diğer yandan katılımcıların farklı mesleklerden seçilmiş olması, araştırmanın sonuçlarının objektifliğine katkı yapacağı şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 5: Katılımcıların Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı

Eğitim	Sayı	Yüzde
İlkokul ve öncesi	9	1,7%
İlkokul	68	13,1%
Ortaokul	61	11,7%
Lise	208	40,0%
Önlisans	63	12,1%
Üniversite	94	18,1%
Lisansüstü	17	3,3%
Toplam	520	100,0%

Katılımcıların %40'ı lise mezunlarından oluşmaktadır. Okur-yazar olmayan (9) ve lisansüstü öğrenim mezunu (17) katılımcıların sayısı analizler için istenen düzeyde değildir. Bu nedenle okuryazar olmayan grup ilkokul mezunlarıyla "Okuryazar değil ya da İlkokul mezunu" adıyla birleştirilerek analiz edilecektir. Lisansüstü olan grupta 17 katılımcı vardır. Lisansüstü grup ile üniversite grubu arasında eğitim farkı çok fazla olabileceği için bu gruplar birleştirilmeyecek ancak analizlerde katılımcı sayısı dikkate alınarak yorum yapılacaktır.

Tablo 6: Katılımcıların Aylık Ortalama Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Gelir Grubu	*Sayı*	*Yüzde*
Asgari Ücret altı	69	13,3%
5.500 – 10.000 TL	183	35,2%
10.001-15.000TL	99	19,0%
15.001 -20.000TL	71	13,7%
20.001-25.000TL	38	7,3%
25.001-30.000TL	24	4,6%
30.001-35.000TL	12	2,3%
35.001TL ve üzeri	24	4,6%
Toplam	520	100%

Aile gelir gruplarına göre dağılımda en büyük yüzde oranı geliri 5.500 – 10.000 TL olan gruptur. Örneklemler daha alt örneklemlere bölünebildiğinde her kategoriden en az 30 eleman genişliğinde örneklem büyüklüğünü seçmek gereklidir (Büyüköztürk Ş., 2012). Bu bağlamda ankette bazı gelir gruplarında katılımcı sayıları 30'un altında kalmıştır ancak gelir değişkeninin fark oluşturma etkisi göz önüne alınarak birleştirme yapılmaması, analizlerde katılımcı sayısı dikkate alınarak yorum yapılması daha uygun bulunmuştur.

Ankette katılımcılara "En sık hizmet aldığınız sağlık kuruluşu hangisidir?" sorusu yöneltilerek "Aile hekimi, Devlet Hastanesi (Şehir hastanesi), Üniversite Hastanesi, Özel hastaneler, Diğer" seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Elde edilen verilen aşağıdaki tablodadır.

Tablo 7: Katılımcıların En Sık Hizmet Aldığı Sağlık Kuruluşu soru 17

Sağlık Kuruluşu	*Sayı*	*Yüzde*
Aile Hekimi	157	%30,2
Devlet Hastanesi	72	%13,8
Üniversite Hastanesi	211	%40,6
Özel Hastane	80	%15,4
Toplam	520	%100

Katılımcıların en sık hizmet aldığı sağlık kuruluşu tercihleri incelendiğinde %40,6'sının en sık hizmet alınan sağlık kuruluşu olarak üniversite hastanesini, ikinci olarak da %30,2 ile aile hekimini belirttiği saptanmıştır. Özel hastaneler %15,4 ve devlet hastaneleri %13,8'lik oranla en sık hizmet alınan sağlık kuruluşu listesinde son iki sırayı almıştır.

2.7.2. Kullanıcıların Sağlıkla İlgili İnternet Kullanma Alışkanlıkları

Bu bölümde katılımcıların internet kullanma alışkanlıkları ve sağlıkla ilgili internet kullanma şekilleri, ilgili anket maddelerine verdikleri cevaplar üzerinden incelenecektir. Katılımcıların internet kullanma alışkanlıklarını ortaya çıkarmak için tasarlanan anket maddelerinden ilkinde "internet kullanıyor musunuz?" sorusuna 31 katılımcı (%6) "hayır" cevabı vermiştir. Katılımcıların %94'ü (487 katılımcı) ise "evet" cevabını vermiştir. İkinci soru olarak "İnternette ne kadar zaman harcıyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların incelemesi de aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların İnternet Kullanım Süreleri

İnternette ne kadar zaman harcıyorsunuz?	*Sayı*	*Yüzde*
1 saatten az	75	14,5%
1-2 saat kadar	159	30,7%
3-4 saat kadar	160	30,9%
4-5 saat kadar	123	23,7%
5 saatten fazla	1	0,2%
Toplam	518	100,0%

Not: 2 katılımcı süre bildirmemiştir.

31 katılımcı internet kullanmadığını belirtmesine rağmen internet kullanım süresi belirtmeyen 2 katılımcı olmuştur. Bu durumun internet kullanımı az olanların "internet kullanıyor musunuz?" sorusuna "hayır" cevabı vermelerinden kaynaklandığı yorumlanmıştır.

Katılımcıların internet alışkanlıkları ile sağlık amaçlı kullanımları arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmak için araştırmada belirlenen "A1. Kullanıcılar hangi amaçlarla internette sağlık bilgi kaynaklarını araştırıyorlar?" sorusunun analizi, ilgili anket maddelerine kullanıcıların verdikleri cevaplar çerçevesinde incelenmiştir.

Tablo 9: Kullanıcıların İnterneti Sağlıkla İlgili Kullanma Amaçları 18. soru

Amaçlar	Tüm	
	Sayı	Yüzde
Hastalıklarla ilgili bilgi almak	347	67%
Hastane ve doktor seçimi ile ilgili bilgi almak	236	45%
Kişisel bakım ile ilgili bilgi almak	234	45%
Tedavi yöntemleri ve seçenekleri ile ilgili bilgi almak	218	42%
Gıdalar-beslenme ve diyet ile ilgili bilgi almak	172	33%
Muayeneye gitmeden önce var olan hastalık belirtilerine yönelik ön bilgi edinmek	170	33%
Alternatif tıp (akupunktur, kaplıca, şifalı bitkiler vb.) ile ilgili bilgi almak	127	24%
Spor ve formda kalma ile ilgili bilgi almak	120	23%

Not: Katılımcılara birden fazla cevap verme imkânı verilmiştir.

Tablodan görüldüğü üzere katılımcılar en sık hastalıklarla ilgili bilgi almak için interneti kullanmaktadır. Hastane ve doktor seçimi, kişisel bakım, tedavi yöntem ve seçenekleri diğer önde gelen sağlıkla ilgili internet kullanma amaçları olarak belirlenmiştir. Kullanıcıların yaklaşık üçte biri; internette gıda-beslenme ve diyet konusunda, muayene öncesi bilgilenmek için araştırma yaptığını belirtirken, dörtte bire yakını alternatif tıp, spor ve formda kalma konularında internetten yararlandıklarını belirtmişlerdir. Bu veriler incelendiğinde, kullanıcıların önleyici tıp konularındaki araştırmalarının tedavi edici tıp konularına göre oldukça düşük oranda gerçekleştiği sonucuna ulaşılmaktadır.

2.7.3. Kullanıcıların Sağlık Bilgi Kaynakları Tercihlerinin İncelenmesi

Araştırmada düzenlenen anket formunda katılımcıların aşağıdaki Sağlık Bilgi Kaynaklarından (SBK) hangilerini tercih ettikleri sorgulanmıştır. Katılımcıların sağlık bilgi kaynaklarını tercihleriyle ilgili değerlendirmeler aşağıda yapılmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların SBK Olarak Seçenek Tercihleri (%) Soru 9-16

		Katılımcıların Tercih Dereceleri					
Sağlık Bilgi Kaynakları		Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadi-ren	Hiç	Top-lam
Bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim	%	27,1%	26,3%	22,3%	15,6%	8,7%	%100
	Sayı	141	137	116	81	45	520
Aile ve arkadaşlar önerileri	%	9,4%	22,5%	36,9%	21,7%	9,4%	%100
	Sayı	49	117	192	113	49	520
Kitaplar/ ansiklopediler	%	3,5%	8,1%	19,8%	25,6%	43,1%	%100
	Sayı	18	42	103	133	224	520
TV	%	7,3%	10,8%	20,4%	26,9%	34,6%	%100
	Sayı	38	56	106	140	180	520
Radyo	%	2,7%	4,2%	10,0%	18,3%	64,8%	%100
	Sayı	14	22	52	95	337	520
Eczaneler	%	10,6%	17,7%	35,4%	21,3%	15,0%	%100
	Sayı	55	92	184	111	78	520
Gazete	%	3,1%	2,9%	11,3%	20,0%	62,7%	%100
	Sayı	16	15	59	104	326	520
İnternet/sosyal medya	%	21,7%	26,3%	22,7%	15,6%	13,7%	%100
	Sayı	113	137	118	81	71	520

Tablodaki verilerin birinci satırı okunduğunda katılımcıların %27,1' inin "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişimi" "her zaman", %26,3'ünün "çoğu zaman", %22,3'ünün "ara sıra", %15,6' sının "nadiren" tercih ettiği ve %8,7' sinin ise "hiç" tercih etmediği görülmektedir. Bu satırdaki veriler yorumlandığında, katılımcıların bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim kurmayı yarıdan fazlasının "her zaman" ve "çoğu zaman" diyerek önemsedikleri, çeyreğe yakın katılımcının "nadiren" ve "hiç" diyerek tercih etmediği ortaya çıkmaktadır. Tablonun son satırındaki internet/sosyal medya kaynakları için katılımcıların "her zaman" ve "çoğu zaman" tercihlerini gösteren yüzdelerinin toplamı %48' e ulaşmaktadır. Bu veri, katılımcıların bir profesyonel ile yüz yüze iletişimden sonra internet/ sosyal medya kaynaklarını SBK kaynağı olarak ikinci sırada gördükleri şeklinde yorumlanabilir. Benzer düşünce ile aile ve arkadaş önerilerinin üçüncü önemsenen SBK kaynağı olarak ortaya çıktığı, eczanelerin önemsenen SBK kaynağı olarak dördüncü görüldüğü yorumlanabilir. Katılımcıların %64,8 'i radyoyu ve %62,7'si ise gazeteyi hiçbir zaman SBK olarak düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Bu verilerden katılımcıların SBK tercih sırasının "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim- internet/sosyal medya-"aile ve arkadaşlar önerileri-eczaneler" şeklinde olduğu yorumlanabilir.

Kullanıcıların farklı SBK tercihlerinin nedenlerini ortaya çıkarmak için belirlenen "A2. Kullanıcıların farklı sağlık bilgi kaynaklarını tercih etmesini etkileyen

nedenler nelerdir?" araştırma sorusunun incelenmesi için SBK tercihleri "yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek ve aile gelir gruplarına" göre Pearson Ki kare analizine tabi tutulmuştur.

2.7.4. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Yaş Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler

Araştırmada katılımcılara yöneltilen "aşağıda verilen sağlık bilgi kaynakları(SBK)'ndan hangisini/hangilerini tercih ediyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre Pearson Ki Kare testi ile yapılan analizde yaş grupları arasında SBK olarak "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim", "TV", "gazete" ve "internet/sosyal medya" kaynaklarında anlamlı farklılıklar olduğu, diğer SBK kaynaklarında katılımcılar arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. İlgili analizler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların SBK Olarak Bir Sağlık Profesyoneliyle Yüz Yüze İletişim Tercihleri Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre

Yaş grupları	*Bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadir	Hiç	Toplam
17-24 yaş	Sayı	35	49	51	34	19	188
	%	18,6%	26,1%	27,1%	18,1%	10,1%	100,0%
25-32 yaş	Sayı	20	20	16	13	11	80
	%	25,0%	25,0%	20,0%	16,3%	13,8%	100,0%
33-40 yaş	Sayı	12	16	9	6	3	46
	%	26,1%	34,8%	19,6%	13,0%	6,5%	100,0%
41-48 yaş	Sayı	18	8	4	8	6	44
	%	40,9%	18,2%	9,1%	18,2%	13,6%	100,0%
49-56 yaş	Sayı	23	23	20	10	5	81
	%	28,4%	28,4%	24,7%	12,3%	6,2%	100,0%
57-64 yaş	Sayı	18	14	12	5	0	49
	%	36,7%	28,6%	24,5%	10,2%	0,0%	100,0%
65 yaş ve üzeri	Sayı	14	7	4	5	1	31
	%	45,2%	22,6%	12,9%	16,1%	3,2%	100,0%
Toplam	Sayı	140	137	116	81	45	519
	%	27,0%	26,4%	22,4%	15,6%	8,7%	100,0%

Not: 1 katılımcı soruya cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 36,661; Serbestlik derecesi 24 ve p değeri p=0,047 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde anlamlılık değeri p = 0,047 <0,05 bulunduğundan yaş guruplarına göre yüz yüze iletişim yöntemini bir SBK olarak görme tercihinin anlamlı farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın hangi yaş guruplarında ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır (MacDonald ve Gardner, 2000). 17-24 yaş grubunda SBK olarak bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim tercihinde "ara sıra" tercihinin diğer yaş gruplarındaki "ara sıra" tercihlerinden anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir. Tablodaki yüzdelerden katılımcıların SBK için yüz yüze sağlık profesyoneli tercihinde çoğu zaman ve her zaman tercih oranlarının yaşları arttıkça artmakta olduğu da yorumlanmıştır.

Tablo 12: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercih Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre

Yaş grupları	*SBK Olarak TV Tercihleri*						
	Veri	Her Zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadir	Hiç	Toplam
17-24 yaş	Sayı	7	16	35	61	69	188
	%	3,7%	8,5%	18,6%	32,4%	36,7%	100,0%
25-32 yaş	Sayı	3	5	10	26	36	80
	%	3,8%	6,3%	12,5%	32,5%	45,0%	100,0%
33-40 yaş	Sayı	3	6	9	14	14	46
	%	6,5%	13,0%	19,6%	30,4%	30,4%	100,0%
41-48 yaş	Sayı	8	4	7	8	17	44
	%	18,2%	9,1%	15,9%	18,2%	38,6%	100,0%
49-56 yaş	Sayı	5	11	27	18	20	81
	%	6,2%	13,6%	33,3%	22,2%	24,7%	100,0%
57-64 yaş	Sayı	8	10	9	8	14	49
	%	16,3%	20,4%	18,4%	16,3%	28,6%	100,0%
65 yaş ve üzeri	Sayı	4	4	9	5	9	31
	%	12,9%	12,9%	29,0%	16,1%	29,0%	100,0%
Toplam	Sayı	38	56	106	140	179	519
	%	7,3%	10,8%	20,4%	27,0%	34,5%	100,0%

Not: 1 katılımcı soruya cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 52,306; Serbestlik derecesi 24 ve p değeri p=0,001 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde anlamlılık değeri p = 0,001 <0,05 bulunduğundan yaş guruplarına göre TV kullanımını bir SBK olarak görme tercihinin anlamlı farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın hangi yaş guruplarında ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. 49-56 yaş grubunda SBK olarak televizyonun "ara sıra" tercihinin diğer yaş gruplarındaki "ara sıra" tercihlerinden anlamlı farklılaştığı, 41-48 ve 57 yaş ve üstü yaş guruplarında "nadiren" oranlarının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir. Tabloda televizyon için "her zaman + çoğu zaman" diyenlerin oranının 49 yaş üstü gruplarda yaşa göre arttığı da gözlendiğinden SBK olarak TV tercihinin 49 yaş ve üstü katılımcılarda 49 yaş altı katılımcılara göre anlamlı olarak farklılaştığı yorumlanmıştır.

Tablo 13: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercih Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre

Yaş grupları	*SBK Olarak Gazete Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
17-24 yaş	Sayı	3	4	13	39	129	188
	%	1,6%	2,1%	6,9%	20,7%	68,6%	100,0%
25-32 yaş	Sayı	4	2	7	10	57	80
	%	5,0%	2,5%	8,8%	12,5%	71,3%	100,0%
33-40 yaş	Sayı	0	1	12	9	24	46
	%	0,0%	2,2%	26,1%	19,6%	52,2%	100,0%
41-48 yaş	Sayı	3	3	8	8	22	44

	%	6,8%	6,8%	18,2%	18,2%	50,0%	100,0%
49-56 yaş	Sayı	4	2	9	24	42	81
	%	4,9%	2,5%	11,1%	29,6%	51,9%	100,0%
57-64 yaş	Sayı	2	3	4	10	30	49
	%	4,1%	6,1%	8,2%	20,4%	61,2%	100,0%
65 yaş ve üzeri	Sayı	0	0	6	4	21	31
	%	0,0%	0,0%	19,4%	12,9%	67,7%	100,0%
Toplam	Sayı	16	15	59	104	325	519
	%	3,1%	2,9%	11,4%	20,0%	62,6%	100,0%

Not: 1 katılımcı soruya cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 42,313; Serbestlik derecesi 24 ve p değeri p=0,012 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde anlamlılık değeri p = 0,012 <0,05 bulunduğundan yaş guruplarına göre gazete kullanımını bir SBK olarak görme tercihinin anlamlı farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın hangi yaş guruplarında ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. 33-40 yaş grubunda SBK olarak gazete tercihinde "Ara sıra" tercihinin diğer yaş gruplarındaki "Ara sıra" tercihlerinden anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir. Tablodaki yüzdeler incelendiğinde SBK olarak gazete tercihinde "hiç" seçeneği tüm yaş gruplarında %50'den fazla tercih almıştır. Nadir ve hiç seçeneğinin tercih oranlarının toplamı en genç yaş grubunda %90'lara yaklaşırken 41-48 yaş grubunda bu toplam %68 civarındadır. 41-48 yaş grubundaki katılımcıların SBK olarak gazete seçeneğini her zaman ve çoğu zaman tercih oranları toplamının da diğer gruplara göre yüksek olması bu yaş grubunda bir farlılık oluşturduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 14: Katılımcıların SBK Olarak İnternet/Sosyal Medya Tercih Dağılımı-Yaş Gruplarına Göre

Yaş grupları	*SBK Olarak İnternet/Sosyal Medya Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
17-24 yaş	Sayı	53	61	32	22	20	188
	%	28,2%	32,4%	17,0%	11,7%	10,6%	100,0%
25-32 yaş	Sayı	22	18	20	13	7	80
	%	27,5%	22,5%	25,0%	16,3%	8,8%	100,0%
33-40 yaş	Sayı	12	14	9	6	5	46
	%	26,1%	30,4%	19,6%	13,0%	10,9%	100,0%
41-48 yaş	Sayı	10	8	11	7	8	44
	%	22,7%	18,2%	25,0%	15,9%	18,2%	100,0%
49-56 yaş	Sayı	10	20	27	11	13	81
	%	12,3%	24,7%	33,3%	13,6%	16,0%	100,0%
57-64 yaş	Sayı	5	13	13	13	5	49
	%	10,2%	26,5%	26,5%	26,5%	10,2%	100,0%
65 yaş ve üzeri	Sayı	1	3	5	9	13	31
	%	3,2%	9,7%	16,1%	29,0%	41,9%	100,0%
Toplam	Sayı	113	137	117	81	71	519
	%	21,8%	26,4%	22,5%	15,6%	13,7%	100,0%

Not: 1 katılımcı soruya cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 64,450; Serbestlik derecesi 24 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde anlamlılık değeri p = 0,000 <0,05 bulunduğundan yaş guruplarına göre kullanıcıların SBK olarak internet/sosyal medya tercihlerinin anlamlı farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın hangi yaş guruplarında ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. 65 yaş ve üzeri gurupta "nadiren" ve "hiç" tercihlerinin diğer gruplardan anlamlı farklılaştığı, 17-24 yaş gurubunda ise "ara sıra" tercihinin diğer guruplardan anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir. Tablodaki yüzdeler incelendiğinde SBK olarak internet/sosyal medya tercihinde "her zaman" ve "çoğu zaman" oranlarının toplamı en genç yaş grubunda %60,6 olmuştur. Yaşlar yükseldikçe bu toplam azalarak en yaşlı katılımcıların olduğu 65 yaş üzeri grupta %12,9'a düştüğü gözlemlendiğinden SBK olarak internet/sosyal medya seçeneği tercihinin yaş ile ters orantılı olarak azaldığı şeklinde yorumlanmıştır.

2.7.5. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Cinsiyete Göre Yapılan İncelemeler

Araştırmada katılımcılara "aşağıda verilen sağlık bilgi kaynakları(SBK)'ndan hangisini/hangilerini tercih ediyorsunuz?" sorusu yönetilmiştir. Verilen cevapların cinsiyet gruplarına göre Pearson Ki Kare testi ile yapılan analizde cinsiyet grupları arasında SBK olarak "kitaplar/ ansiklopediler", "Tv" ve "gazete" kaynaklarında anlamlı farklılıklar olduğu, diğer SBK kaynaklarında katılımcılar arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. İlgili analizler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların SBK Olarak Kitaplar/Ansiklopediler Tercih Dağılımı-Cinsiyet Gruplarına Göre

Cinsiyet	*SBK Olarak Kitaplar/ Ansiklopediler Tercihleri*						
		Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Kadın	Sayı	8	23	71	78	114	294
	%	2,7%	7,8%	24,1%	26,5%	38,8%	100,0%
Erkek	Sayı	10	19	32	55	110	226
	%	4,4%	8,4%	14,2%	24,3%	48,7%	100,0%
Toplam	Sayı	18	42	103	133	224	520
	%	3,5%	8,1%	19,8%	25,6%	43,1%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 10,710; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,030 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde cinsiyet grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,030<0,05 bulunduğundan kadın ve erkek grupları arasında SBK olarak kitaplar/ ansiklopediler seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Kadınların erkeklere göre SBK

olarak kitaplar/ ansiklopedilere "ara sıra" ve "hiç" başvurma oranlarının erkeklerden anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu veri ve tablodaki diğer yüzdeler dikkate alındığında kadınların erkeklere göre SBK olarak kitaplar ve ansiklopedilere daha olumlu baktıkları yorumlanmıştır.

Tablo 16: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercih Dağılımı-Cinsiyet Gruplarına Göre

Cinsiyet	*SBK Olarak TV Tercihi*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Kadın	Sayı	17	21	58	78	120	294
	%	5,8%	7,1%	19,7%	26,5%	40,8%	100,0%
Erkek	Sayı	21	35	48	62	60	226
	%	9,3%	15,5%	21,2%	27,4%	26,5%	100,0%
Toplam	Sayı	38	56	106	140	180	520
	%	7,3%	10,8%	20,4%	26,9%	34,6%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 18,110; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,001 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde Cinsiyet grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,001<0,05 bulunduğundan kadın ve erkek grupları arasında SBK olarak televizyon seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Kadınlarla erkeklerin SBK olarak televizyonu "çoğu zaman" tercih etmeleri ve "hiç" başvurmama oranlarının anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu veri ve tablodaki diğer yüzdeler dikkate alındığında erkeklerin kadınların göre SBK olarak televizyona daha olumlu baktıkları yorumlanmıştır.

Tablo 17: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercih Dağılımı-Cinsiyet Gruplarına Göre

Cinsiyet	*SBK Olarak Gazete Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Kadın	Sayı	8	6	29	46	205	294
	%	2,7%	2,0%	9,9%	15,6%	69,7%	100,0%
Erkek	Sayı	8	9	30	58	121	226
	%	3,5%	4,0%	13,3%	25,7%	53,5%	100,0%
Toplam	Sayı	16	15	59	104	326	520
	%	3,1%	2,9%	11,3%	20,0%	62,7%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 15,010; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,005 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde cinsiyet grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,005< 0,05 bulunduğundan kadın ve erkek grupları arasında SBK olarak gazete seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Fark-

lılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Kadınlarla erkeklerin SBK olarak gazete için "ara sıra" başvurma ve "hiç" tercih etmeme oranlarının anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu veri ve tablodaki diğer yüzdeler dikkate alındığında erkeklerin kadınların göre SBK olarak gazetelere daha olumlu baktıkları yorumlanmıştır.

2.7.6. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Medeni Duruma Göre Yapılan İncelemeler

Araştırmada katılımcılara yöneltilen "aşağıda verilen sağlık bilgi kaynakları(SBK)'ndan hangisini/hangilerini tercih ediyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların medeni durum guruplarına göre analizinde bekâr ve evli gurupları arasında "kitaplar/ ansiklopediler, radyo ve eczaneler" seçeneklerini tercih etme sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı Pearson Ki-Kare analiziyle belirlenmiştir. Bekar ve erkek gurupları arasında SBK olarak "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim", "aile ve arkadaşlar önerileri, TV, gazete, internet/sosyal medya" tercihlerinin anlamlılık gösterdiği yapılan Pearson Ki-Kare analizinde ortaya çıkmıştır. İlgili veriler ve yorumlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 18: Katılımcıların SBK Olarak Bir Sağlık Profesyoneliyle Yüz Yüze İletişim Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre

Medeni Durum		*Bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim*					
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Bekar	Sayı	58	72	70	46	29	275
	%	21,1%	26,2%	25,5%	16,7%	10,5%	100,0%
Evli	Sayı	83	64	46	35	16	244
	%	34,0%	26,2%	18,9%	14,3%	6,6%	100,0%
Toplam	Sayı	141	136	116	81	45	519
	%	27,2%	26,2%	22,4%	15,6%	8,7%	100,0%

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 13,314; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,010 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde Medeni Durum grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,010< 0,05 bulunduğundan bekar ve evli grupları arasında SBK olarak bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Evli ve bekarların SBK olarak bir sağlık profesyoneli ile yüz yüze iletişim tercihlerinin "her zaman" ve "hiç" başvurma oranlarının anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu veri ve tablodaki her zaman ve çoğu zaman seçeneklerinin yüzdeleri toplamı, evlilerde %60,2, bekârlarda ise %47,3 oranında gözlendiğinden, SBK olarak bir sağlık profesyoneli ile yüz yüze iletişim tercihinin evlilerde bekarlara göre daha fazla olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 19: Katılımcıların SBK Olarak Aile ve Arkadaşlar Önerileri Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre

Cinsiyet	Aile ve arkadaşlar önerileri						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Bekar	Sayı	32	58	105	62	18	275
	%	11,6%	21,1%	38,2%	22,5%	6,5%	100,0%
Evli	Sayı	16	59	87	51	31	244
	%	6,6%	24,2%	35,7%	20,9%	12,7%	100,0%
Toplam	Sayı	48	117	192	113	49	519
	%	9,2%	22,5%	37,0%	21,8%	9,4%	100,0%

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 9,732; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,045 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde medeni durum grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,045< 0,05 bulunduğundan evli ve bekâr grupları arasında SBK olarak aile ve arkadaşlar önerileri seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde, bekârlar ile evliler arasındaki aile ve arkadaş önerilerinin "her zaman" kullanma ve "hiç" kullanmama yüzdelerinin anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir.

Tablo 20: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre

Cinsiyet	SBK Olarak TV Tercihleri						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Bekar	Sayı	12	26	47	87	103	275
	%	4,4%	9,5%	17,1%	31,6%	37,5%	100,0%
Evli	Sayı	26	30	58	53	77	244
	%	10,7%	12,3%	23,8%	21,7%	31,6%	100,0%
Toplam	Sayı	38	56	105	140	180	519
	%	7,3%	10,8%	20,2%	27,0%	34,7%	100,0%

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 16,817; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,002 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde medeni durum grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,002< 0,05 bulunduğundan bekâr ve evli grupları arasında, SBK olarak televizyon seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Evli ve bekârlar arasında SBK olarak televizyon için "her zaman" ve "nadiren" seçeneklerinde anlamlılık belirlenmiştir. Bu bağlamda daha yüksek oranda evlinin televizyonu SBK kaynağı olarak kullandıkları ortaya çıkmaktadır.

Tablo 21: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre

Cinsiyet	*SBK Olarak Gazete Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Bekâr	Sayı	8	8	19	52	188	275
	%	2,9%	2,9%	6,9%	18,9%	68,4%	100,0%
Evli	Sayı	7	7	40	52	138	244
	%	2,9%	2,9%	16,4%	21,3%	56,6%	100,0%
Toplam	Sayı	15	15	59	104	326	519
	%	2,9%	2,9%	11,4%	20,0%	62,8%	100,0%

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 13,473; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,009 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde medeni durum grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,009< 0,05 bulunduğundan bekâr ve evli grupları arasında SBK olarak gazete seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Evlilerin bekârlara göre SBK olarak gazete için "ara sıra" seçeneğindeki tercihlerinde anlamlılık belirlenmiştir. Bu bağlamda genel olarak ara sıra da olsa evlilerin bekârlardan daha fazla olarak gazeteyi SBK kaynağı olarak kullandıkları yorumlanmıştır.

Tablo 22: Katılımcıların SBK Olarak İnternet/Sosyal Medya Tercih Dağılımı-Medeni Durum Gruplarına Göre

Medeni Durum	*İnternet/Sosyal Medya Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Bekâr	Sayı	79	79	52	35	30	275
	%	28,7%	28,7%	18,9%	12,7%	10,9%	100,0%
Evli	Sayı	34	58	65	46	41	244
	%	13,9%	23,8%	26,6%	18,9%	16,8%	100,0%
Toplam	Sayı	113	137	117	81	71	519
	%	21,8%	26,4%	22,5%	15,6%	13,7%	100,0%

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 24,016; Serbestlik derecesi 4 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde medeni durum grupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,009< 0,05 bulunduğundan bekâr ve evli grupları arasında SBK olarak internet/sosyal medya seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analize göre bekârlar ile evliler arasında SBK olarak internet/sosyal medya için "her zaman" ve "ara sıra" seçeneklerinde anlamlılık olduğu belirlenmiştir. Tablodaki diğer yüzdelerle beraber bu veri genel olarak, evlilerden daha yüksek oranda bekârların internet ve sosyal medyayı SBK kaynağı olarak kullandıkları şeklinde yorumlanmıştır.

2.7.7. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Meslek Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler

Araştırmada katılımcılara yöneltilen "Aşağıda verilen sağlık bilgi kaynakları (SBK)'ndan hangisini/hangilerini tercih ediyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların meslek guruplarına göre analizi aşağıda verilmiştir.

Meslek gurupları arasında "kitaplar/ ansiklopediler, radyo, eczaneler, gazete, internet/sosyal medya" seçeneklerini tercih etme sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı Pearson Ki-Kare analiziyle belirlenmiştir. Meslek gurupları arasında SBK olarak "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim", "aile ve arkadaşlar önerileri, TV" tercihlerinin anlamlılık gösterdiği yapılan Pearson Ki-Kare analizinde ortaya çıkmıştır. İlgili veriler ve yorumlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 23: Katılımcıların SBK Olarak Sağlık Profesyoneliyle Yüz Yüze İletişim Tercihleri Dağılımı-Meslek Gruplarına Göre

Meslek Gurupları	*Bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Memur	Sayı	22	16	10	5	7	60
	%	36,7%	26,7%	16,7%	8,3%	11,7%	100,0%
İşçi	Sayı	26	31	20	17	13	107
	%	24,3%	29,0%	18,7%	15,9%	12,1%	100,0%
Ev Hanımı	Sayı	26	18	18	13	7	82
	%	31,7%	22,0%	22,0%	15,9%	8,5%	100,0%
Emekli	Sayı	14	7	8	2	0	31
	%	45,2%	22,6%	25,8%	6,5%	0,0%	100,0%
Öğrenci	Sayı	37	50	55	34	14	190
	%	19,5%	26,3%	28,9%	17,9%	7,4%	100,0%
İşsiz-Diğer	Sayı	16	15	5	10	4	50
	%	32,0%	30,0%	10,0%	20,0%	8,0%	100,0%
Toplam	Sayı	141	137	116	81	45	520
	%	27,1%	26,3%	22,3%	15,6%	8,7%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 31,520; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,049 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde meslek gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,049< 0,05 bulunduğundan meslek gurupları arasında SBK olarak bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde meslek gurupları arasında bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim tercihinde "her zaman" ve "hiç" tercihlerinin anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu bağlamda bir sağlık personeliyle yüz yüze iletişimi "çoğu zaman + her zaman" yüzdeleri toplamı da dikkate alınmıştır. Memur, emekli, işsiz-diğer meslek gruplarında bu toplam diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğundan söz konusu mesleklerdeki katılımcıların daha yüksek oranda bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim kurmayı SBK olarak tercih ettikleri yorumlanmıştır.

Tablo 24: Katılımcıların SBK Olarak Aile ve Arkadaşlar Önerileri Tercihleri Dağılımı-Meslek Gruplarına Göre

Meslek Gurupları	*Aile ve arkadaşlar önerileri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Memur	Sayı	14	15	17	6	8	60
	%	23,3%	25,0%	28,3%	10,0%	13,3%	100,0%
İşçi	Sayı	8	24	38	31	6	107
	%	7,5%	22,4%	35,5%	29,0%	5,6%	100,0%
Ev Hanımı	Sayı	4	18	34	15	11	82
	%	4,9%	22,0%	41,5%	18,3%	13,4%	100,0%
Emekli	Sayı	2	8	9	6	6	31
	%	6,5%	25,8%	29,0%	19,4%	19,4%	100,0%
Öğrenci	Sayı	19	38	75	46	12	190
	%	10,0%	20,0%	39,5%	24,2%	6,3%	100,0%
İşsiz-Diğer	Sayı	2	14	19	9	6	50
	%	4,0%	28,0%	38,0%	18,0%	12,0%	100,0%
Toplam	Sayı	49	117	192	113	49	520
	%	9,4%	22,5%	36,9%	21,7%	9,4%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 37,906; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,009 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde meslek gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,009< 0,05 bulunduğundan meslek gurupları arasında SBK olarak aile ve arkadaş önerileri seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır.

Analizde meslek gurupları arasında "her zaman", "ara sıra" ve "hiç" tercihlerinin anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu bağlamda memurların diğer meslek gruplarına göre daha yüksek oranda aile ve arkadaş önerilerini SBK olarak tercih ettikleri yorumlanmıştır.

Tablo 25: Katılımcıların SBK Olarak TV Tercihleri Dağılımı-Meslek Gruplarına Göre

Meslek Gurupları	*SBK Olarak TV Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Memur	Sayı	7	9	10	15	19	60
	%	11,7%	15,0%	16,7%	25,0%	31,7%	100,0%
İşçi	Sayı	8	14	24	30	31	107
	%	7,5%	13,1%	22,4%	28,0%	29,0%	100,0%
Ev Hanımı	Sayı	6	8	18	20	30	82
	%	7,3%	9,8%	22,0%	24,4%	36,6%	100,0%
Emekli	Sayı	5	5	7	7	7	31
	%	16,1%	16,1%	22,6%	22,6%	22,6%	100,0%
Öğrenci	Sayı	8	14	30	63	75	190

	%	4,2%	7,4%	15,8%	33,2%	39,5%	100,0%
İşsiz-Diğer	Sayı	4	6	17	5	18	50
	%	8,0%	12,0%	34,0%	10,0%	36,0%	100,0%
Toplam	Sayı	38	56	106	140	180	520
	%	7,3%	10,8%	20,4%	26,9%	34,6%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 31,705; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,047 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde meslek gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,009< 0,05 bulunduğundan meslek gurupları arasında SBK olarak TV seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde meslek guruplarında SBK olarak TV tercihinde "her zaman" tercihinin anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bu bağlamda TV için "çoğu zaman + her zaman" yüzdeleri toplamı dikkate alınmış, emekli meslek grubunda diğer meslek gruplarına göre TV tercihinin yüksekliği bu gurubun televizyonu daha fazla SBK olarak tercih ettiği şeklinde yorumlanmıştır.

2.7.8. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Gelir Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler

Araştırmada katılımcılara yöneltilen "Aşağıda verilen sağlık bilgi kaynakları (SBK)'ndan hangisini/hangilerini tercih ediyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların gelir guruplarına göre analizi aşağıda verilmiştir.

Gelir gurupları arasında "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim, aile ve arkadaşlar önerileri, TV ", kitaplar/ ansiklopediler, radyo, internet/sosyal medya" seçeneklerini tercih etme sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı Pearson Ki-Kare analiziyle belirlenmiştir. Gelir gurupları arasında SBK olarak "gazete, eczaneler" tercihlerinin anlamlılık gösterdiği yapılan Pearson Ki-Kare analizinde ortaya çıkmıştır. İlgili veriler ve yorumlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 26: Katılımcıların SBK Olarak Eczaneler Tercihleri Dağılımı-Gelir Gruplarına Göre

Gelir Gurupları	*SBK Olarak Eczaneler Tercihi*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Asgari Ücret altı	Sayı	0	11	26	15	17	69
	%	0,0%	15,9%	37,7%	21,7%	24,6%	100,0%
5.500 – 10.000 TL	Sayı	18	40	66	42	17	183
	%	9,8%	21,9%	36,1%	23,0%	9,3%	100,0%
10.001-15.000TL	Sayı	11	14	35	24	15	99
	%	11,1%	14,1%	35,4%	24,2%	15,2%	100,0%
15.001 -20.000TL	Sayı	16	11	23	12	9	71
	%	22,5%	15,5%	32,4%	16,9%	12,7%	100,0%
20.001-25.000TL	Sayı	1	5	10	8	14	38
	%	2,6%	13,2%	26,3%	21,1%	36,8%	100,0%
25.001-30.000TL	Sayı	4	4	9	4	3	24
	%	16,7%	16,7%	37,5%	16,7%	12,5%	100,0%

30.001-35.000TL	Sayı	4	3	3	1	1	12
	%	33,3%	25,0%	25,0%	8,3%	8,3%	100,0%
35.001TL ve üzeri	Sayı	1	4	12	5	2	24
	%	4,2%	16,7%	50,0%	20,8%	8,3%	100,0%
Toplam	Sayı	55	92	184	111	78	520
	%	10,6%	17,7%	35,4%	21,3%	15,0%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 57,852; Serbestlik derecesi 28 ve p değeri p=0,001 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde gelir gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,001< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında SBK olarak eczaneler seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde SBK olarak eczaneler için "her zaman "tercihinin gelir gruplarında anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir. Bu bağlamda eczaneler için "çoğu zaman + her zaman" yüzdeleri toplamı dikkate alınmış, asgari ücret ve 20.001-25.000 TL gelir gruplarında diğer gelir gruplarına göre bu toplamın oldukça düşük olması, bu gelir guruplarında SBK olarak eczaneler seçeneğinin diğer guruplar kadar rağbet görmediği şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 27: Katılımcıların SBK Olarak Gazete Tercihleri Dağılımı- Gelir Gruplarına Göre

Gelir Gurupları	*SBK Olarak Gazete Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
Asgari Ücret altı	Sayı	3	3	6	7	50	69
	%	4,3%	4,3%	8,7%	10,1%	72,5%	100,0%
5.500 – 10.000 TL	Sayı	2	6	27	36	112	183
	%	1,1%	3,3%	14,8%	19,7%	61,2%	100,0%
10.001-15.000TL	Sayı	1	0	7	24	67	99
	%	1,0%	0,0%	7,1%	24,2%	67,7%	100,0%
15.001 -20.000TL	Sayı	5	3	6	14	43	71
	%	7,0%	4,2%	8,5%	19,7%	60,6%	100,0%
20.001-25.000TL	Sayı	0	0	3	8	27	38
	%	0,0%	0,0%	7,9%	21,1%	71,1%	100,0%
25.001-30.000TL	Sayı	2	1	6	4	11	24
	%	8,3%	4,2%	25,0%	16,7%	45,8%	100,0%
30.001-35.000TL	Sayı	2	2	0	6	2	12
	%	16,7%	16,7%	0,0%	50,0%	16,7%	100,0%
35.001TL ve üzeri	Sayı	1	0	4	5	14	24
	%	4,2%	0,0%	16,7%	20,8%	58,3%	100,0%
Toplam	Sayı	16	15	59	104	326	520
	%	3,1%	2,9%	11,3%	20,0%	62,7%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 59,800; Serbestlik derecesi 28 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde Gelir gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında SBK olarak gazete seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde SBK olarak gazeteler için "her zaman" tercihinin gelir gruplarında anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir. Bu bağlamda gazeteler için "çoğu zaman + her zaman" yüzdeleri toplamı dikkate alınırsa 30.001-35.000 TL gelir gruplarında diğer gelir gruplarına göre bu toplam oldukça yüksek bulunmuştur. Bu veri bu gelir gurubunda gazetelerin daha yüksek oranda SBK olarak görüldüğü yönünde yorumlanmıştır.

2.7.9. Sağlık Bilgi Kaynakları Üzerinde Eğitim Gruplarına Göre Yapılan İncelemeler

Araştırmada katılımcılara yöneltilen "Aşağıda verilen sağlık bilgi kaynakları (SBK)'ndan hangisini/hangilerini tercih ediyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların eğitim Guruplarına göre analizi yapılmıştır. Eğitim gurupları arasında "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim, aile ve arkadaşlar önerileri, TV ", kitaplar/ ansiklopediler, radyo, gazete, eczaneler" seçeneklerini tercih etme sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı Pearson Ki-Kare analiziyle belirlenmiştir. Eğitim gurupları arasında SBK olarak "internet/sosyal medya" tercihlerinin anlamlılık gösterdiği yapılan Pearson Ki-Kare analizinde ortaya çıkmıştır. İlgili veriler ve yorumlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 28: Katılımcıların SBK Olarak İnternet/sosyal medya Tercihleri Dağılımı-Eğitim Gruplarına Göre

Eğitim Grupları	*İnternet/sosyal medya Tercihleri*						
	Veri	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiç	Toplam
İlkokul ve öncesi	Sayı	5	12	22	20	18	77
	%	6,5%	15,6%	28,6%	26,0%	23,4%	100,0%
Ortaokul	Sayı	10	16	16	10	9	61
	%	16,4%	26,2%	26,2%	16,4%	14,8%	100,0%
Lise	Sayı	50	68	37	27	26	208
	%	24,0%	32,7%	17,8%	13,0%	12,5%	100,0%
Önlisans	Sayı	21	17	11	5	9	63
	%	33,3%	27,0%	17,5%	7,9%	14,3%	100,0%
Üniversite	Sayı	22	20	25	18	9	94
	%	23,4%	21,3%	26,6%	19,1%	9,6%	100,0%
Lisansüstü	Sayı	5	4	7	1	0	17
	%	29,4%	23,5%	41,2%	5,9%	0,0%	100,0%
Toplam	Sayı	113	137	118	81	71	520
	%	21,7%	26,3%	22,7%	15,6%	13,7%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 48,728; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde eğitim gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında SBK olarak inter-

net/sosyal medya seçeneği tercihi açısından anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde SBK olarak internet/sosyal medya için "her zaman" tercihinin eğitim gruplarında anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu bağlamda internet/sosyal medya için "hiç" yüzdeleri dikkate alınmış, eğitim düzeyi yükseldikçe oranların düşerek ilkokul ve öncesi grupta %23,4'ten lisansüstü grupta %0'a indiği göz önüne alınarak eğitim düzeyi yükseldikçe SBK olarak internet/sosyal medya tercihinin yükseldiği yorumlanmıştır.

Sonuç olarak "A2. Kullanıcıların farklı sağlık bilgi kaynaklarını tercih etmesini etkileyen nedenler nelerdir?" araştırma sorusu analiz edilmiş, kullanıcıların farklı sağlık bilgi kaynakları tercih etmesinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve gelir değişkenleri anlamlı farklılık oluşturan nedenler olarak belirlenmiştir.

2.7.10. Kullanıcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri

Katılımcıların e-Sağlık uygulamalarını kullanıp kullanmadıklarını, ya da kaç uygulamayı aynı anda kullandıklarını belirlemek için düzenlenen anket maddesine verilen cevapların analizi aşağıdaki tablodadır.

Tablo 29: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Kullanma Sayıları

Kullandığı uygulama sayısı	*Katılımcı Sayısı*	*Yüzde*
1 tane	170	%33
2 tane	213	%41
3 tane	107	%21
4 tane	30	%6
5 tane	0	%0
Toplam	520	%100

Tablodan görüldüğü üzere sadece 1 uygulama kullanan 170 katılımcı vardır ve tüm katılımcılar en az 1 uygulama kullanmaktadır. Katılımcıların %41' i (213 katılımcı) 2 uygulama, 107 katılımcı 3 uygulama kullandığını bildirmiştir.

Araştırmada belirlenen "A3. Kullanıcıların tercih ettiği e-sağlık uygulamaları hangileridir?" sorusunun analizini için katılımcıların e-Sağlık uygulamalarını tercihleri incelenmiştir. Aşağıdaki tabloda bulunan verilere bakıldığında, katılımcıların en çok tercih ettikleri uygulamanın MHRS sistemi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 30: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri 19. Soru A-3

e-Sağlık Uygulamaları	Sayı	Yüzde
MHRS	321	62%
e-Nabız	313	60%
ALO 182	243	47%
Hastanelerin internet siteleri	117	23%
Hastanelerin mobil uygulamaları	39	8%

Katılımcıların birden fazla cevap verebildiği bu anket maddesinde alınan cevaplara göre MHRS sisteminin katılımcıların %62'si tarafından, e-Nabız sisteminin katılımcıların %60'ı tarafından kullanıldığı belirlenmiştir. ALO 182 sistemi katılımcıların yarıya yakını tarafından tercih edilirken; hastanelerin internet siteleri %23, hastanelerin mobil uygulamaları ise %8 ile en az kullanılan uygulama olmuştur.

Araştırmada belirlenen "A4. Kullanıcıların tercih ettiği e-sağlık uygulamaları hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun analizi için katılımcıların ilgili anket maddesine verdikleri cevaplar sosyo-demografik özellik gruplarına göre analiz edilmiştir. Ki kare anlamlılık testi ile yapılan analizde cinsiyet, medeni durum ve gelir gurupları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı (p değerleri p>0,05 olarak hesaplandığından) belirlenmiştir. Diğer yandan sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılan incelemede yaş, meslek ve eğitim değişkenlerinin katılımcıların e-Sağlık uygulamalarını seçmelerinde anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. İlgili veriler tablolardadır.

Tablo 31: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Yaş Gruplarına Göre-Satır Verisine Göre

Yaş Gurubu	*e-Sağlık Uygulamaları*	e-Nabız	MHRS	ALO 182	Hast. İnternet sitesi	Hast. Mobil uygulama	Toplam
17-24 yaş	Sayı	125	48	9	5	1	188
	%	66,5%	25,5%	4,8%	2,7%	,5%	100,0%
25-32 yaş	Sayı	53	14	10	3	0	80
	%	66,3%	17,5%	12,5%	3,8%	0,0%	100,0%
33-40 yaş	Sayı	23	19	3	1	0	46
	%	50,0%	41,3%	6,5%	2,2%	0,0%	100,0%
41-48 yaş	Sayı	30	7	7	0	0	44
	%	68,2%	15,9%	15,9%	0,0%	0,0%	100,0%
49-56 yaş	Sayı	46	20	13	1	1	81
	%	56,8%	24,7%	16,0%	1,2%	1,2%	100,0%
57-64 yaş	Sayı	26	14	8	1	0	49
	%	53,1%	28,6%	16,3%	2,0%	0,0%	100,0%
65 yaş ve üzeri	Sayı	10	8	13	0	0	31
	%	32,3%	25,8%	41,9%	0,0%	0,0%	100,0%
Toplam	Sayı	313	130	63	11	2	519
	%	60,3%	25,0%	12,1%	2,1%	,4%	100,0%

1 katılımcı yaş belirtmemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 56,200; Serbestlik derecesi 24 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde yaş gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde e-Nabız uygulaması kullanım oranı 65 yaş ve üstü grupta, MHRS

uygulaması 33-40 yaş grubunda, ALO 182 uygulaması 65 yaş ve üzeri grupta anlamlılık belirtmiştir. Bu veri bu yaş guruplarında söz konusu uygulamaların anlamlı olarak farklılık gösterecek şekilde tercih edildiği şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 32: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Yaş Gruplarına Göre-Sütun Verisine Göre

Yaş Gurubu	*e-Sağlık Uygulamaları*	e-Nabız	MHRS	ALO 182	Hast. İnternet sitesi	Hast. Mobil uygulama	Toplam
17-24 yaş	Sayı	125	48	9	5	1	188
	%	39,9%	36,9%	14,3%	45,5%	50,0%	36,2%
25-32 yaş	Sayı	53	14	10	3	0	80
	%	16,9%	10,8%	15,9%	27,3%	0,0%	15,4%
33-40 yaş	Sayı	23	19	3	1	0	46
	%	7,3%	14,6%	4,8%	9,1%	0,0%	8,9%
41-48 yaş	Sayı	30	7	7	0	0	44
	%	9,6%	5,4%	11,1%	0,0%	0,0%	8,5%
49-56 yaş	Sayı	46	20	13	1	1	81
	%	14,7%	15,4%	20,6%	9,1%	50,0%	15,6%
57-64 yaş	Sayı	26	14	8	1	0	49
	%	8,3%	10,8%	12,7%	9,1%	0,0%	9,4%
65 yaş ve üzeri	Sayı	10	8	13	0	0	31
	%	3,2%	6,2%	20,6%	0,0%	0,0%	6,0%
Toplam	Sayı	313	130	63	11	2	519
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1 katılımcı yaş belirtmemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 56,200; Serbestlik derecesi 24 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Sütun verilerine göre yapılan incelemede anlamlılık katsayısı p=0,000<0,05 bulunmuştur. Post-Hoc testi ile yapılan gruplar arası anlamlılık incelemesinde e-Nabız kullanan katılımcıların %39,9'u 17-24 yaş grubundadır. Bu veri diğer yaş guruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. MHRS kullanımına göre yapılan incelemede tablodan görüldüğü üzere MHRS kullanıcılarının %36,9'u 17-24 yaş grubundadır ve bu veri anlamlı yüksek bulunmuştur. Alo 182 kullanımına göre yapılan incelemede 49-56 yaş gurubu ve 65 yaş ve üzeri guruplarda kullanım oranı %20,6 dır ve bu guruplarının kullanım yüzdeleri diğer guruplardan anlamlı yüksek bulunmuştur.

Tablo 33: -Meslek Gruplarına Göre Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Satır Verisine Göre

Meslek Gurupları	*e-Sağlık Uygulamaları*	e-Nabız	MHRS	ALO 182	Hast. İnternet sitesi	Hast. Mobil uygulama	Toplam
Memur	Sayı	47	9	2	2	0	60
	%	78,3%	15,0%	3,3%	3,3%	0,0%	100,0%

İşçi	Sayı	62	27	16	2	0	107
	%	57,9 %	25,2 %	15,0%	1,9%	0,0%	100,0 %
Ev Hanımı	Sayı	38	25	17	1	1	82
	%	46,3 %	30,5 %	20,7%	1,2%	1,2%	100,0 %
Emekli	Sayı	11	7	13	0	0	31
	%	35,5 %	22,6 %	41,9%	0,0%	0,0%	100,0 %
Öğrenci	Sayı	130	46	8	5	1	190
	%	68,4 %	24,2 %	4,2%	2,6%	,5%	100,0 %
İşsiz-Diğer	Sayı	26	16	7	1	0	50
	%	52,0 %	32,0 %	14,0%	2,0%	0,0%	100,0 %
Toplam	Sayı	314	130	63	11	2	520
	%	60,4 %	25,0 %	12,1%	2,1%	,4%	100,0 %

Hesaplanan Ki kare değeri 62,727; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde Meslek gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri (satır verilerine göre) p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Meslek guruplarına göre yapılan incelemede memur ve öğrenci gruplarının e-Nabız uygulama tercih yüzdelerinin diğer guruplardan anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir. Emekli gurubun Alo 182 tercih yüzdesinin de diğer guruplardan anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 34: Meslek Gruplarına Göre Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Sütun Verisine Göre

Meslek Gurupları		*e-Sağlık Uygulamaları*					
		e-Nabız	MHRS	ALO 182	Hast. İnternet sitesi	Hast. Mobil uygulama	Toplam
Memur	Sayı	47	9	2	2	0	60
	%	15,0%	6,9%	3,2%	18,2%	0,0%	11,5%
İşçi	Sayı	62	27	16	2	0	107
	%	19,7%	20,8%	25,4%	18,2%	0,0%	20,6%
Ev Hanımı	Sayı	38	25	17	1	1	82

	%	12,1%	19,2%	27,0%	9,1%	50,0%	15,8%
Emekli	Sa-yı	11	7	13	0	0	31
	%	3,5%	5,4%	20,6%	0,0%	0,0%	6,0%
Öğrenci	Sa-yı	130	46	8	5	1	190
	%	41,4%	35,4%	12,7%	45,5%	50,0%	36,5%
İşsiz-Diğer	Sa-yı	26	16	7	1	0	50
	%	8,3%	12,3%	11,1%	9,1%	0,0%	9,6%
Toplam	Sa-yı	314	130	63	11	2	520
	%	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

Hesaplanan Ki kare değeri 62,727; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Sütun verilerine göre yapılan incelemede anlamlılık katsayısı p=0,000<0,05 bulunmuştur. Post-Hoc testi ile yapılan gruplar arası anlamlılık incelemesinde e-Nabız kullanan katılımcıların %41,4'ü öğrenci grubundadır. Bu veri diğer meslek guruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. MHRS kullanımına göre yapılan incelemede tablodan görüldüğü üzere MHRS kullanıcılarının %35,4'ü öğrencidir ve bu veri anlamlı yüksek bulunmuştur. Alo 182 kullanımına göre yapılan incelemede işçi, ev hanımı ve emekli guruplarının kullanım yüzdeleri diğer guruplardan anlamlı yüksek bulunmuştur.

Tablo 35: Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Eğitim Gruplarına Göre

Mezuniyet Gurubu		*e-Sağlık Uygulamaları*					
		e-Nabız	MHRS	ALO 182	Hast. İnternet sitesi	Hast. Mobil uygulama	Toplam
İlkokul ve öncesi	Sayı	29	25	22	1	0	77
	%	37,7%	32,5%	28,6%	1,3%	0,0%	100,0%
Ortaokul	Sayı	29	14	16	1	1	61
	%	47,5%	23,0%	26,2%	1,6%	1,6%	100,0%
Lise	Sayı	128	54	19	6	1	208
	%	61,5%	26,0%	9,1%	2,9%	,5%	100,0%
Önlisans	Sayı	47	15	1	0	0	63
	%	74,6%	23,8%	1,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Üniversite	Sayı	65	21	5	3	0	94
	%	69,1%	22,3%	5,3%	3,2%	0,0%	100,0%
Lisansüstü	Sayı	16	1	0	0	0	17
	%	94,1%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Toplam	Sayı	314	130	63	11	2	520
	%	60,4%	25,0%	12,1%	2,1%	,4%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 66,271; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde eğitim gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde lisansüstü gurupta e Nabız ve MHRS kullanma yüzdelerinin anlamlılık belirttiği belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde eğitim gruplarında en çok tercih edilen e-Sağlık uygulamasının e-Nabız olduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe e-Nabız uygulaması kullanım oranlarının yükseldiği görülmektedir. Lisansüstü gurupta %94,1 'e ulaştığı, MHRS ve ALO 182 uygulamalarının %32,5 ve %28,6 ile en yüksek olarak ilkokul ve öncesi guruptakilerce tercih edildiği, hastane internet siteleri ve mobil uygulamalarının en az tercih edildiği şeklinde bir yargıya ulaşılabilir.

Tablo 36: Eğitim Gruplarına Göre Katılımcıların e-Sağlık Uygulamaları Tercihleri-Sütun Verilerine Göre

Mezuniyet Gurubu	*e-Sağlık Uygulamaları*	e-Nabız	MHRS	ALO 182	Hast. İnternet sitesi	Hast. Mobil uygulama	Toplam
İlkokul ve öncesi	Sayı	29	25	22	1	0	77
	%	9,20%	19,20%	34,90%	9,10%	0,00%	14,80%
Ortaokul	Sayı	29	14	16	1	1	61
	%	9,20%	10,80%	25,40%	9,10%	50,00%	11,70%
Lise	Sayı	128	54	19	6	1	208
	%	40,80%	41,50%	30,20%	54,50%	50,00%	40,00%
Önlisans	Sayı	47	15	1	0	0	63
	%	15,00%	11,50%	1,60%	0,00%	0,00%	12,10%
Üniversite	Sayı	65	21	5	3	0	94
	%	20,70%	16,20%	7,90%	27,30%	0,00%	18,10%
Lisansüstü	Sayı	16	1	0	0	0	17
	%	5,10%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%	3,30%
Toplam	Sayı	314	130	63	11	2	520
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 66,271; Serbestlik derecesi 20 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Sütun verilerine göre yapılan incelemede anlamlılık katsayısı p=0,000<0,05 bulunmuştur. Post-Hoc testi ile yapılan gruplar arası anlamlılık incelemesinde e-Nabız kullanan katılımcıların %40,8'i lise mezun grubundadır. Bu veri diğer mezun guruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. MHRS kullanımına göre yapılan incelemede tablodan görüldüğü üzere MHRS kullanıcılarının %41,5'i lise mezun gurubundadır ve bu veri anlamlı yüksek bulunmuştur. Alo 182 kullanımına göre yapılan incelemede ilkokul ve öncesi, ortaokul ve lise guruplarının kullanım yüzdeleri diğer guruplardan anlamlı yüksek bulunmuştur.

Yukarıda yapılan incelemelerin sonucu olarak "A4. Kullanıcıların tercih ettiği e-sağlık uygulamaları hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" araştırma sorusunun cevabı olarak kullanıcıların tercih ettiği e-Sağlık uygulamaları yaş, meslek ve eğitim düzey değişkenlerine göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir denilmiştir.

Araştırmada belirlenen "A5. MHRS randevusu alırken kullanıcılar hangi yöntemleri tercih ediyorlar?" sorusunun analizi için katılımcıların ilgili anket maddesine verdikleri cevaplar analiz edilmiştir.

Tablo 37: Kullanıcıların Tercih Ettikleri MHRS Başvuru Yolları Soru 20

		MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir?				
		ALO 182	MHRS Web	MHRS Mobil	e-Nabız	Toplam
Toplam	Sayı	187	121	118	90	516
	%	36,2%	23,4%	22,9%	17,4%	100,0%

Not: 4 katılımcı cevap vermemiştir.

Tablonun toplam satırında verilen kullanıcıların genel eğilimlerine göre en çok tercih edilen yöntem ALO 182'dir (%36,2). MHRS Web ve MHRS Mobil uygulamalarının toplamı düşünüldüğünde ise en çok tercih edilen yöntem MHRS uygulamaları olacaktır (%46,3). Telefon uygulaması olan ALO 182 tercihleri %36,2 ile katılımcıların 3'te 1'inden fazlasının tercih ettiği bir yol olmuştur. E-Nabız uygulaması üzerinden hekim randevusuna ulaşma oramı ise %17,4 ile en düşük tercih edilen başvuru yolu olmuştur. Bu veriler katılımcıların MHRS uygulamalarını diğer uygulamalara göre daha sık tercih ettikleri şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmada belirlenen "A6. MHRS randevusu alırken kullanıcıların tercih ettiği yöntemler hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun analizi için katılımcıların ilgili anket maddesine verdikleri cevaplar sosyo-demografik özellik guruplarına göre analiz edilmiştir. Ki kare anlamlılık testi ile yapılan analizde gelir guruplarında anlamlı farklılık bulunmadığı (p değeri p=0,175 >0,05 olarak hesaplandığından) belirlenmiştir. Diğer yandan sosyo-demografik özellik gruplarına göre Ki kare anlamlılık testi ile yapılan incelemede yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve meslek değişkenlerinin MHRS randevusu alırken kullanıcıların tercih ettiği yöntemlerin farklılaşmasında anlamlı değişkenler olduğu belirlenmiştir. İlgili veriler tablolardadır.

Tablo 38: Katılımcıların e-sağlık Sistemine Başvuru Yolları-Yaş Gruplarına Göre

Guruplar		*MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir?*				
		ALO 182	MHRS Web	MHRS Mobil	e-Nabız	Toplam
17-24 yaş	Sayı	50	57	53	28	188
	%	26,6%	30,3%	28,2%	14,9%	100,0%
25-32 yaş	Sayı	30	18	15	17	80
	%	37,5%	22,5%	18,8%	21,3%	100,0%
33-40 yaş	Sayı	15	16	9	5	45
	%	33,3%	35,6%	20,0%	11,1%	100,0%

41-48 yaş	Sayı	15	8	12	8	43
	%	34,9%	18,6%	27,9%	18,6%	100,0%
49-56 yaş	Sayı	39	13	12	17	81
	%	48,1%	16,0%	14,8%	21,0%	100,0%
57-64 yaş	Sayı	18	3	15	13	49
	%	36,7%	6,1%	30,6%	26,5%	100,0%
65 yaş ve üzeri	Sayı	20	6	2	2	30
	%	66,7%	20,0%	6,7%	6,7%	100,0%
Toplam	Sayı	187	121	118	90	516
	%	36,2%	23,4%	22,9%	17,4%	100,0%

Not: 4 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 49,120; Serbestlik derecesi 18 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde yaş gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde 65 yaş ve üstü gurupta ALO 182 yüzdesinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Veriler incelendiğinde 17-24 yaş ve 33-40 yaş guruplarındaki kullanıcıların en çok tercih ettiği yöntemin MHRS Web sitesi; diğer yaş guruplarında olan kullanıcıların en çok tercih ettiği yöntemin ise ALO 182 olduğu, yaş grupları yükseldikçe ALO 182 tercih etme oranlarında artış görüldüğü yorumlanmıştır.

Tablo 39: Katılımcıların MHRS randevu Sistemine Başvuru Yolları-Cinsiyet Gruplarına Göre

Guruplar	*MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir?*					
		ALO 182	MHRS Web	MHRS Mobil	e-Nabız	Toplam
Kadın	Sayı	97	81	68	45	291
	%	33,2%	27,7%	23,6%	15,4%	100,0%
Erkek	Sayı	90	40	50	45	225
	%	40,0%	17,8%	22,2%	20,0%	100,0%
Toplam	Sayı	187	121	118	90	516
	%	36,2%	23,4%	23,0%	17,4%	100,0%

Not: 4 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 8,651; Serbestlik derecesi 3 ve p değeri p=0,034 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde cinsiyet gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,034< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde kadın kullanıcıların MHRS web yüzdesinin anlamlılık belirttiği saptanmıştır.

Tablo 40: Kullanıcıların MHRS Randevu Sistemine Başvuru Yolları -Eğitim Gruplarına Göre

Mezuniyet Gurubu		*MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir?*				
		ALO 182	MHRS Web	MHRS Mobil	e-Nabız	Toplam
İlkokul ve öncesi	Sayı	41	13	15	8	77
	%	53,2%	16,9%	19,5%	10,4%	100,0%
Ortaokul	Sayı	33	8	10	9	60
	%	55,0%	13,3%	16,7%	15,0%	100,0%
Lise	Sayı	72	51	40	43	206
	%	35,0%	24,8%	19,4%	20,9%	100,0%
Önlisans	Sayı	10	20	21	12	63
	%	15,9%	31,7%	33,3%	19,0%	100,0%
Üniversite	Sayı	30	22	27	15	94
	%	31,9%	23,4%	28,7%	16,0%	100,0%
Lisansüstü	Sayı	1	7	6	3	17
	%	5,9%	41,2%	35,3%	17,6%	100,0%
Toplam	Sayı	187	121	119	90	517
	%	36,2%	23,4%	23,0%	17,4%	100,0%

Hesaplanan Ki kare değeri 44,456; Serbestlik derecesi 15 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur. 3 katılımcı cevap vermemiştir.

Pearson Ki kare analizinde eğitim düzeyi gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi uygulanmıştır. Analizde önlisans ve lisansüstü guruplarda ALO 182 yüzdelerinin, lisansüstü gurupta MHRS web yüzdesinin anlamlılık belirttiği tespit edilmiştir. Buna göre; ilkokul ve öncesi, ortaokul, lise ve üniversite mezunları gruplarında en çok tercih edilen yöntem ALO 182 iken, lisansüstü kullanıcılar en çok MHRS web uygulamasını tercih etmektedir.

Tablo 41: Katılımcıların MHRS randevu Sistemine Başvuru Yolları-Medeni Durum

Gruplarına Göre

Guruplar		*MHRS randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntem hangisidir?*				
		ALO 182	MHRS Web	MHRS Mobil	e-Nabız	Toplam
Bekar	Sayı	80	79	72	44	275
	%	29,1%	28,7%	26,2%	16,0%	100,0%
Evli	Sayı	106	42	47	46	241
	%	44,0%	17,4%	19,5%	19,1%	100,0%
Toplam	Sayı	186	121	119	90	516
	%	36,0%	23,4%	23,1%	17,4%	100,0%

Not: 4 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan Ki kare değeri 18,083; Serbestlik derecesi 3 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Pearson Ki kare analizinde Medeni durum gurupları arasında hesaplanan anlamlılık değeri p = 0,000< 0,05 bulunduğundan guruplar arasında anlamlı farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Farklılaşmanın ne şekilde gerçekleştiğinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak Bonferroni Chi-Square Residual Post-Hoc testi

uygulanmıştır. Analizde evli gurupta ALO 182 yüzdesinin anlamlılık belirttiği saptanmıştır. Tabloda evlilerin ALO 182 randevu yöntemini tercih oranı %44 iken bekar kullanıcılarda bu oranın %29,1 olması dikkate alınarak evlilerde ALO 182 kullanım oranının bekarlardan anlamlı yüksek olduğu yorumlanmıştır.

Sonuç olarak araştırmada belirlenen "A6. MHRS randevusu alırken kullanıcıların tercih ettiği yöntemler hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun analizinde MHRS randevusu alırken kullanıcıların farklılık göstermesine neden olan değişkenlerin; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve meslek olduğu belirlenmiştir.

2.7.11. Kullanıcıların İnternet Bilgi Kaynakları Hakkındaki Algılarının İncelenmesi

Kullanıcıların internet bilgi kaynakları hakkındaki algılarını ortaya çıkarmak için ankette yer alan İnternet Bilgi Kaynakları Ölçeğine (İBKÖ) verdikleri cevaplar analiz edilmiştir. Öncelikle ölçeğin güvenirlik analizi Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı ile test edilmiştir (Ercan ve Kan, 2004). Güvenirlik, zamana göre değişmezlik ölçüsüdür (Tavşancıl, 2002). Güvenirlik; ölçeklerde kullanılan ifadelerin kendi aralarında tutarlı olup olmadığını gösteren bir test biçimidir (Ural ve Kılıç, 2013). Cronbach'ın alfa (α) katsayısı ölçeğin taşıması gereken özelliklerden birisi olan güvenirlik için ölçütler vermektedir. Yaygın kabul edilen yaklaşıma ait sınıflama şu şekildedir (George ve Mallery, 2005).

Tablo 42: Cronbach Alfa (α) Katsayısı Yorumu

Cronbach alfa (α) katsayısı	*Yorum*
$\alpha \geq 0,9$	Mükemmel
$0,7 \leq \alpha < 0,9$	İyi
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Kabul edilebilir
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Zayıf
$\alpha < 0,5$	Kabul edilemez

İnternet Bilgi Kaynakları Ölçeğinin bu araştırma için yapılan güvenirlik testine göre ölçeğin ve boyutlarının Cronbach Alpha değerleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 43: İBKÖ ve Boyutları Cronbach Alfa (α) Katsayısı

Ölçekler	Cronbach Alpha	Madde Sayısı
Faydalı Olma	0,853	5
Bilgi Kalitesi	0,884	5
Güven	0,688	5
İBKÖ	0,795	15

Araştırmada ölçeğin bütününde Cronbach Alpha 0,795 (iyi) olarak hesaplanmıştır. Faydalı Olma ve Bilgi Kalitesi boyutlarında iç tutarlılık değerleri de iyi düzeyde çıkmıştır. Araştırmada Güven boyutunda Alfa katsayısı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Literatürde alfa için kabul gören alt sınır birçok yazarlara göre 0,60 olarak belirtilmektedir (Hair vd., 1998). Ayrıca Güven boyutunda madde -

toplam istatistiklerine de bakılmış, bu alt ölçekte herhangi bir maddenin atılmasının Güven boyutunun Cronbach Alpha katsayısını artırmadığı da görüldüğünden mevcut olan maddelerle Güven boyutunun uygun olduğuna karar verilmiştir.

İBK ölçeğine Açımlayıcı Faktör Analizi uygulanması gerekmiştir. Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığı KMO ve Barlett's testi ile sınanmıştır. Ölçeğin Kaiser-Meyer Olkin (KMO) değeri 0,857 bulunmuştur, bu değer veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk Ş., 2002).

Barlett küresellik testinin p değeri p= 0,000 bulunmuş, değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tatlıdil, 2002). Ardından ölçeğin verilerine SPSS programı ile açımlayıcı faktör analizi uygulanmış, 3 alt boyut tespit edilmiştir. Bu boyutların toplam varyansın %60,453 ' ünü açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 44: AFA Sonuçlarına Göre Açıklanan Varyansların Dağılımı

Bileşen	Özdeğerler			Açıklanan Varyans		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	5,155	34,368	34,368	5,155	34,368	34,368
2	2,499	16,663	51,031	2,499	16,663	51,031
3	1,413	9,422	60,453	1,413	9,422	60,453
4	,991	6,608	67,061			

Tablodan özdeğeri 1 den büyük 3 bileşen olduğu, bu bileşenlerin toplam varyansın %60,453'ünü açıkladığı görülmektedir. Bu veriler ölçeğin üç faktörlü olduğunu, bu faktör yapısının tutarlı olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk Ş., 2002). Ölçeği oluşturan maddelerin faktör yük değerleri aşağıdaki tablodadır.

Tablo 45: AFA Sonuçlarına Göre Faktör Yük Değerleri

Madde	1.Faktör	2.Faktör	3.Faktör
FAY1: Sağlıkla ilgili aradığım bilgiye internet bilgi kaynakları sayesinde daha hızlı ulaşıyorum.		0,857	
FAY2: Sağlıkla ilgili aradığım bilgiye internet bilgi kaynakları sayesinde daha kolay ulaşıyorum.		0,897	
FAY3: İnternet bilgi kaynakları hastalığım ile ilgili sorulara cevap bulmamda bana yardımcı oluyor.		0,792	
FAY4: İnternet bilgi kaynakları hastalığımın tedavisini sürdürmemdeki rolümü arttırıyor.		0,538	
FAY5: İnternet bilgi kaynaklarında yer alan bilgilere ulaşmam hastalığımın tedavisini olumlu etkiliyor.		0,514	
BK1: İnternet kaynaklarında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler doğrudur.	0,813		
BK2: İnternet bilgi kaynaklarında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler tutarlıdır.	0,825		
BK3: İnternet bilgi kaynaklarında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler güvenilirdir.	0,818		
BK4: İnternet bilgi kaynaklarında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler güncel-dir.	0,757		
BK5: İnternet bilgi kaynaklarında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler bilimseldir.	0,745		

G1: İnternet bilgi kaynaklarındaki bilgileri yanlış yorumlamaktan endişe duyuyorum.			0,634
G2: İnternet bilgi kaynaklarının yanlış bilgiler içerebileceğini düşünü-yorum.			0,683
G3: İnternet bilgi kaynaklarının kullanımı sağlığım ile ilgili olumsuz sonuçlar doğurabilir.			0,730
G4: İnternet bilgi kaynaklarının kullanımı beni tedavim hakkında yanlış yönlendirebilir.			0,647
G5: İnternet bilgi kaynaklarını kullanım sürecinde mahremiyetim ile ilgili endişe duyuyorum.			0,635

Yük değerlerinin 0,514 ve üzeri olduğu görülmektedir. Alanyazında 0,400 ve üstü yük değerlerinin kabul edilebilir sınır olduğu (Brown J., 2009), belirtildiğinden ölçeğin tümünde yük değerlerin uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

İBKÖ ölçeğinden elde edilen verilerin analizinde ilk olarak ölçeğin boyutlarında betimleyici istatistikler incelenerek veri setinin niteliği araştırılmıştır. Fayda boyutuna ait betimleyici istatistikler tabloda verilmiştir.

Tablo 46: Fayda Boyutu Betimleyici İstatistikleri

Fayda Boyutu Maddeleri	Tanımlayıcı İstatistikler					Skewness		Kurtosis	
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
FAY1	520	1,0	5,0	3,913	1,0267	-,888	,107	,320	,214
FAY2	520	1,0	5,0	3,896	,9641	-,840	,107	,437	,214
FAY3	520	1,0	7,0	3,610	,9988	-,403	,107	,068	,214
FAY4	520	1,0	5,0	3,146	1,0114	-,072	,107	-,394	,214
FAY5	520	1,0	5,0	3,106	1,0211	-,093	,107	-,364	,214
FAYDA ORT.	520	1,0	5,00	3,5342	,79695	-,508	,107	,579	,214

Tablodan Fayda boyutunda boyut ortalamasının 3,53 olduğu, bu ortalamanın "Kararsızım" düzeyi ile "Katılıyorum" düzeyi arasında olduğu görülmektedir. Dağılımın normalliğini göstermek üzere çarpıklık ve basıklık katsayıları ile ilgili olarak literatürde sınır değerlere yer verilmiştir. Buna göre eğer dağılım normal ise çarpıklık ve basıklık katsayılarının -1 ile 1 aralığında olması gerektiği; eğer çarpıklık katsayısı -1 ile 1 aralığında ise basıklık katsayısının -2 ile 2 aralığında, eğer basıklık katsayısı -1 ile 1 aralığında ise çarpıklık katsayısının -2 ile 2 aralığında olabileceği belirtilmektedir (George ve Mallery, 2005) (Leech vd., 2008). Tablodan normallik testi sonuçlarına bakıldığında ölçeğin maddelerinde ve toplamında Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin -1 ile 1değerleri arasında olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir (Huck, 2012). Ayrıca ölçeğin histogram grafiği de incelenmiş, normal dağılıma uygun bir dağılım olduğu teyit edilmiştir. Bu nedenle sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılacak testlerde parametrik testler tercih edilecektir.

Araştırmada belirlenen "A7. Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar nelerdir?" sorusunun incelenmesi için kullanıcıların İBKÖ Fayda boyutundaki anket maddelerine verdikleri cevapların ortalamaları incelenmiştir. Yukarıda tabloda görüldüğü üzere kullanıcılar internet bilgi kaynaklarından faydalanma boyutundaki ilk üç maddeye 3,61 ve üzerinde ortalama vermişlerdir.

Araştırmada kullanılan 5-li Likert ölçeği kodlama sisteminde 4 ile 5 veya 4 ile 3 rakamları arasındaki aralık eşit iken bu soruları cevaplayan katılımcıların bu üç cevabı birbirine eşit uzaklıkta gördükleri söylenemez. Yani katılımcıların çoğunun algılamalarına göre "Kesinlikle Katılıyorum" ile "Katılıyorum" cevapları arasındaki fark, "Katılıyorum" ile "Kararsızım" cevapları arasındaki farktan daha azdır. Bu alanda yapılan ampirik araştırmalar da katılımcıların Likert tipi sorularda seçenekler arasındaki farkı eşit olarak algılamadıklarını ortaya koymaktadır (Hart, 1996). Bu bağlamda araştırmada anketlerde katılımcıların 3,5 üzerinde verdikleri ortalamalar "Katılıyorum" düzeyi olarak alınacaktır. Fayda boyutunun ilk üç maddesine katılımcıların verdikleri 3,61 ve üzerinde ortalamalar katılımcıların bu maddelerde "Katılıyorum" düzeyinde algılarının olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bunun sonucunda kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar İBKÖ'nin Fayda boyutunun ilk üç maddesinden elde edilmiş ve aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

Sağlıkla ilgili bilgiye internet bilgi kaynakları sayesinde daha hızlı ulaşım,

Sağlıkla ilgili bilgiye internet bilgi kaynakları sayesinde daha kolay ulaşım,

İnternet bilgi kaynaklarının hastalıkları ile ilgili sorularına cevap bulmada yardımcı olması.

Araştırmada belirlenen "A8. Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde İBKÖ Fayda boyutunun sosyo-demografik özellik guruplarına göre analizi yapılmıştır. Cinsiyet, medeni durum ve aile geliri değişkenlerine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı Bağımsız örneklem t-Testi/ Tek yönlü Anova testinden uygun olan ile belirlenmiştir. Diğer yandan meslek, yaş gurubu ve eğitim (mezun) gurupları arasında Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizlerde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. İlgili veriler aşağıdadır.

Tablo 47: Fayda Boyutu İçin Eğitim (Mezun) Grupları Arasında Anova Testi 21-25 arası

					Ortalama için 95% güven aralığı			
Mezun Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Alt sınır	Üst sınır	Min.	Max.
İlkokul ve öncesi	77	3,3351	0,87986	0,10027	3,1354	3,5348	1,00	5,00
Ortaokul	61	3,4033	0,93059	0,11915	3,1649	3,6416	1,00	5,00
Lise	208	3,6154	0,70783	0,04908	3,5186	3,7121	1,00	5,00

Önlisans	63	3,4635	0,75931	0,09566	3,2723	3,6547	1,80	5,00
Üniversite	94	3,5745	0,82709	0,08531	3,4051	3,7439	1,00	5,00
Lisansüstü	17	3,9529	0,65395	0,15861	3,6167	4,2892	2,60	5,00
Ortalama	520	3,5342	0,79695	0,03495	3,4656	3,6029	1,00	5,00

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan F değeri 2,859; Serbestlik derecesi 5 ve p değeri p=0,015 bulunmuştur.

Tek yönlü Anova testi ile yapılan analizde p=0,015<0,05 olduğundan Eğitim düzeyine göre oluşan mezun gurupları arasında Fayda boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmıştır. İlkokul mezunu ve öncesi eğitim gurubu ile lise ve lisansüstü grupları arasında; üniversite mezunları ile lisansüstü mezun gurupları arasında; lisansüstü guruptakilerin ise ilkokul mezunu ve öncesi gurup, ortaokul gurubu ve önlisans gurubundaki katılımcılar arasında internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar konusunda anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur.

Tablo 48: Fayda Boyutu İçin Yaş Grupları Arasında Anova Testi

Yaş Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
17-24 yaş	188	3,5638	0,67971	0,04957	3,4660	3,6616	1,00	5,00
25-32 yaş	80	3,6625	0,75278	0,08416	3,4950	3,8300	1,40	5,00
33-40 yaş	46	3,6478	0,66558	0,09813	3,4502	3,8455	2,20	5,00
41-48 yaş	44	3,5000	1,07271	0,16172	3,1739	3,8261	1,00	5,00
49-56 yaş	81	3,5481	0,72511	0,08057	3,3878	3,7085	1,60	5,00
57-64 yaş	49	3,6694	0,87517	0,12502	3,4180	3,9208	1,00	5,00
65 yaş ve üzeri	31	2,7032	0,88374	0,15872	2,3791	3,0274	1,00	4,00
Ortalama	519	3,5372	0,79486	0,03489	3,4686	3,6057	1,00	5,00

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan F değeri 6,887; Serbestlik derecesi 6 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,000<0,05 bulunduğundan yaş gurupları arasında Fayda boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmış, 65 yaş ve üzeri olan guruptaki katılımcıların diğer yaş gurubundaki katılımcılar arasında internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar konusunda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Tablodan görüldüğü üzere 65 yaş ve üstü guruptaki kullanıcılar diğer guruplara göre internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar ölçeğinde oldukça düşük puan ortalamasına sahiptir.

Tablo 49: Fayda Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi

Meslek Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
Memur	60	3,6633	0,92020	0,11880	3,4256	3,9010	1,00	5,00
İşçi	107	3,5009	0,76498	0,07395	3,3543	3,6476	1,40	5,00
Ev hanımı	82	3,4366	0,84276	0,09307	3,2514	3,6218	1,00	5,00
Emekli	31	2,9355	0,98710	0,17729	2,5734	3,2976	1,00	5,00
Öğrenci	190	3,6358	0,69707	0,05057	3,5360	3,7355	1,00	5,00
İşsiz-Diğer	50	3,5960	0,69809	0,09872	3,3976	3,7944	2,00	5,00
Ortalama	520	3,5342	0,79695	0,03495	3,4656	3,6029	1,00	5,00

Hesaplanan F değeri 4,957; Serbestlik derecesi 5 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,000<0,05 bulunduğundan meslek guruplarına göre Fayda boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmış, emekli katılımcıların gurubu ile diğer meslek gurubundaki katılımcılar arasında internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar konusunda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Tablodan görüldüğü üzere emekli gurupta diğer guruplara göre internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar oldukça düşük puanla değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak araştırmada belirlenen "A8. Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydaların yaş, eğitim durumu ve meslek değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmada İBKÖ Bilgi Kalitesi boyutunun incelenmesinde kullanıcıların anket maddelerine verdikleri cevaplardan elde edilen veriler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 50: Bilgi Kalitesi Boyutu İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Bilgi kalitesi Boyutu Maddeleri	Tanımlayıcı İstatistikler					Skewness		Kurtosis	
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
BK1	520	1,0	5,0	2,983	0,9665	0,086	0,107	0,107	0,214
BK2	520	1,0	5,0	2,965	0,8772	0,188	0,107	0,176	0,214
BK3	520	1,0	5,0	2,973	0,9370	0,251	0,107	0,102	0,214
BK4	520	1,0	5,0	3,096	0,9807	-0,083	0,107	-0,237	0,214
BK5	520	1,0	5,0	3,075	0,9476	-0,096	0,107	-0,035	0,214
BK ORT.	520	1,00	5,00	3,0185	0,7793	0,110	0,107	0,490	0,214

Tablodan Bilgi Kalitesi Boyutunda boyut ortalamasının 3,02 olduğu, standart sapmanın küçük olması ile katılımcıların Bilgi kalitesi hakkında algılarının ortalama civarında bir dağılımda olduğu, bu ortalamanın "kararsızım" düzeyini gösterdiği belirlenmiştir. Boyuta ait maddelerde de katılımcıların kararsızım düzeyinde puanlar verdikleri görülmektedir. Bu veri kullanıcıların internette sağlıkla ilgili bilgilerin kalitesine olan kararsızlık algılarını yansıttığı yorumlanmıştır. Tablodan normallik testi sonuçlarına bakıldığında ölçeğin maddelerinde ve toplamında Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin -1 ile 1değerleri arasında olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir (Büyüköztürk vd., 2018). Ayrıca ölçeğin histogram grafiği de incelenmiş, normal dağılıma uygun bir dağılım olduğu teyit edilmiştir. Bu nedenle sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılacak testlerde parametrik testler tercih edilecektir.

Sosyo- demografik özellik guruplarına göre BK boyutu üzerinde ikili guruplarda t-Testi, ikiden fazla olan guruplarda Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizlerde sosyo-demografik özelliklere göre oluşan guruplar arasında BK boyutu için anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmada İBKÖ Güven boyutunun incelenmesinde kullanıcıların anket maddelerine verdikleri cevaplardan elde edilen veriler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 51: Güven Boyutu İçin Tanımlayıcı İstatistikler soru 31-35

Güven Boyutu Maddeleri	Tanımlayıcı İstatistikler					Skewness		Kurtosis	
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
G1	520	1,0	5,0	3,413	1,0931	-0,422	0,107	-0,444	0,214
G2	520	1,0	5,0	3,573	1,0528	-0,532	0,107	-0,231	0,214
G3	520	1,0	5,0	3,452	1,0469	-0,449	0,107	-0,341	0,214
G4	520	1,0	5,0	3,596	1,1423	-0,674	0,107	-0,253	0,214
G5	520	1,0	5,0	3,110	1,2312	-0,141	0,107	-0,907	0,214
G ORT.	520	1,00	5,00	3,429	0,7437	-0,429	0,107	0,352	0,214

Tablodan Güven Boyutunda boyut ortalamasının 3,43 olduğu, bu ortalamanın "Kararsızım" düzeyine yakın olduğu ancak katılıyorum düzeyine doğru bir yönelişi gösterdiği, maddelerde standart sapmanın 1' üzerinde olması algı farklılıklarının fazla olmasını gösterdiği, Güven boyutu ortalamasına ait standart sapmanın küçük olmasının ise ölçek bütününde kullanıcı algılarının ortalama etrafına yaklaştığı yorumlanmıştır. Bu veriler kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarını kullanırken endişelerinin azımsanmayacak kadar çok olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Tablodan normallik testi sonuçlarına bakıldığında ölçeğin maddelerinde ve toplamında Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin -1 ile 1değerleri arasında olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir (George ve Mallery, 2005). Ayrıca ölçeğin histogram grafiği de incelenmiş, normal dağılıma uygun bir dağılım olduğu teyit edilmiştir.

Bu nedenle sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılacak testlerde parametrik testler tercih edilecektir.

Araştırmada belirlenen "A9. Kullanıcılar sağlıkla ilgili internet bilgi kaynakları hakkında hangi endişelere sahiptir?" sorusunun incelenmesinde kullanıcıların Güven boyutuna ait anket maddelerine verdikleri puanlar dikkate alınmıştır. G2 ve G4 maddelerinde puanlarının 3,5'in üstünde olması nedeniyle bu maddelere "katılıyorum" düzeyinde algıları olduğu yorumlanmıştır. Bunun sonucu olarak kullanıcıların internette sağlıkla ilgili bilgiler hakkında internet bilgi kaynaklarının yanlış bilgiler içerebileceği ve internet bilgi kaynaklarının kullanımı ile tedavisi hakkında yanlış yönlendirilebileceği endişelerine sahip oldukları belirlenmiştir.

Araştırmada belirlenen "A10. Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynakları hakkındaki endişeleri hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde İBKÖ Güven boyutunun sosyo- demografik özellik gruplarına göre analizi yapılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, aile geliri, meslek, yaş ve eğitim değişkenlerine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı uygulanan Bağımsız Örneklem t-Testi ya da Tek Yönlü Anova Testi ile belirlenmiştir. Bu veri bu değişkenlerin kullanıcıların internet bilgi kaynakları hakkındaki endişeleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığını, kullanıcıların sosyo-Demografik özellik guruplarında benzer algı ve endişelere sahip olduklarını göstermiştir.

2.7.12. Kullanıcıların e-Sağlık Uygulamaları Hakkındaki Algılarının İncelenmesi

Kullanıcıların e-Sağlık uygulamaları hakkındaki algılarını ortaya çıkarmak için ankette yer alan e-Sağlık Uygulamaları Ölçeğine (ESUÖ) verdikleri cevaplar analiz edilmiştir. Öncelikle ölçeğin güvenirlik analizi Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı ile test edilmiştir.

e-Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin bu araştırma için yapılan güvenirlik testine göre ölçeğin ve alt ölçeklerinin Cronbach Alpha değerleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 52: Ölçeğin Cronbach Alpha değerleri Soru 36-62

Ölçekler	Cronbach Alpha	Madde Sayısı
e-Nabız Kullanım Boyutu	0,848	10
MHRS Kullanım Boyutu	0,795	6
ALO 182 Kullanım Boyutu	0,756	6
Hastane İnternet Siteleri Kullanım Boyutu	0,682	5
ESUÖ Tümü	0,812	27

Araştırmada ölçeğin bütününde Cronbach Alpha 0,812 (iyi) olarak hesaplanmıştır. Literatürde alfa için kabul gören alt sınır birçok yazarlara göre 0,60 olarak belirtilmektedir (Hair vd., Black, 1998). Sonuç olarak boyutlarda ve ölçeğin tümünde Cronbach Alpha değerleri uygundur. Ayrıca madde -toplam istatistiklerine de bakılmış, ölçekte herhangi bir maddenin atılmasının ölçeğin Cronbach Alpha

katsayısını artırmadığı da görüldüğünden mevcut olan maddelerle ölçeğin uygun olduğuna karar verilmiştir.

ESU ölçeğine Açımlayıcı Faktör Analizi uygulanması gerekmiştir. Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığı KMO ve Barlett's testi ile sınanmıştır. Ölçeğin Kaiser-Meyer Olkin (KMO) değeri 0,890 bulunmuştur, bu değer veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk Ş., 2002). Barlett küresellik testinin p değeri p= 0,000 bulunmuş, değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tatlıdil, 2002). Ardından ölçeğin verilerine SPSS programı ile Açımlayıcı faktör analizi uygulanmış, 4 alt boyut tespit edilmiştir. Bu boyutların toplam varyansın %57,324'ünü açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 53: Sonuçlarına Göre Açıklanan Varyansların Dağılımı

Bileşen	Özdeğerler			Açıklanan Varyans		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	7,251	26,856	26,856	7,251	26,856	26,856
2	3,186	11,802	38,657	3,186	11,802	38,657
3	2,685	9,945	48,603	2,685	9,945	48,603
4	2,355	8,722	57,324	2,355	8,722	57,324

Tablodan özdeğeri 1 den büyük 4 bileşen olduğu, bu bileşenlerin toplam varyansın bileşenlerin % 57,324' ını açıkladığı görülmektedir. Bu veriler ölçeğin dört faktörlü olduğunu, bu faktör yapısının tutarlı olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk Ş., 2002). Ölçeği oluşturan maddelerin faktör yük değerleri aşağıdaki tablodadır.

Tablo 54: AFA Sonuçlarına Göre Faktör Yük Değerleri

Ölçek Maddeleri		*1.Faktör*	*2.Faktör*	*3.Faktör*	*4.Faktör*
eN1	e-Nabız sistemini bir yakınımın yardımıyla kullanıyorum.	0,418			
eN2	e-Nabız sisteminden geçmiş tahlil ve tetkiklerimi görüntülüyorum.	0,457			
eN3	e- Nabız sistemi sayesinde farklı sağlık kurumlarında tekrar tahlil tetkik yaptırmak zorunda kalmıyorum.	0,608			
eN4	e-Nabız sisteminden tansiyon, kan şekeri, nabız ve ağırlık bilgilerimi ekleyip takip ediyorum.	0,817			
eN5	e-Nabız sistemine ilaç alerjilerimi ve diğer alerjilerimi kayıt ediyorum.	0,827			
eN6	e-Nabız sisteminde "neyim var" seçeneğinden muhtemel hastalıklarımı öğreniyorum.	0,781			
eN7	e-Nabız sisteminden bulunduğum konuma en yakın olan sağlık kuruluşlarının nerede olduğunu öğreniyorum.	0,627			
eN8	Acil durumlarda 112 merkezlerine uluşmasını istediğim bilgileri e-Nabız sistemine kaydediyorum.	0,757			

eN9	e-Nabız sistemi üzerinden reçete ve ilaç bilgilerime ulaşıyorum.	0,605				
eN10	İlaç saatlerimi kaçırmamak için e-Nabız sisteminde bulunan ilaç hatırlatma özelliğini kullanıyorum.	0,569				
MH1	MHRS bana hekim, hastane seçimi gibi faydalar sağladığını düşünüyorum.		0,6			
MH2	MHRS ile kimseden yardım almadan tek başıma kolaylıkla randevu alıyorum.		0,771			
MH3	Randevuma gidemeyeceğim zaman, MHRS sisteminden iptal ediyorum.		0,717			
MH4	MHRS ile randevu alırken kendimi güvende hissediyorum.		0,757			
MH5	MHRS randevu hizmetlerine günün her saati erişiyorum.		0,664			
MH6	MHRS ile randevu almak hastaneye giderek randevu almaktan daha kolaydır.		0,684			
ALO1	ALO 182'ye istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.			0,788		
ALO2	ALO 182'den randevu almak kolaydır.			0,84		
ALO3	ALO 182'den randevu almak hızlıdır.			0,866		
ALO4	Randevuma gidemeyeceğim zaman, ALO 182'yi arayarak iptal ediyorum.			0,752		
ALO5	ALO 182 personeli, ilgili ve yardımseverdir.			0,621		
ALO6	Bir insanla konuşarak randevu almak daha güvenlidir.			0,541		
HST1	Hastanelerin internet sitelerine kolay erişebiliyorum.					0,751
HST2	Hastanelerin internet sitelerini kullanmak kolaydır.					0,833
HST3	Hastanelerin internet sitelerindeki bilgileri kolaylıkla anlıyorum.					0,821
HST4	Hastanelerin internet sitelerinden tüm işlemleri yapıyorum.					0,845
HST5	Hastanelerin internet sitelerinden işlem yapmak, telefonla işlem yapmaktan daha kolaydır.					0,78

Yük değerlerinin 0,418 ve üzeri olduğu tablodan görülmektedir. Literatürde 0,400 ve üstü yük değerlerinin kabul edilebilir sınır olduğu (Brown J., 2009) (Büyüköztürk Ş., 2002) belirtildiğinden ölçeğin tümünde yük değerlerin uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

ESUÖ ölçeğinden elde edilen verilerin analizinde ilk olarak ölçeğin boyutlarında betimleyici istatistikler incelenerek veri setinin niteliği araştırılmıştır. e-Nabız Kullanım Boyutuna ait betimleyici istatistikler tabloda verilmiştir.

Tablo 55: e-Nabız Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler Soru 36-45

e-Nabız Boyutu Maddeleri	Tanımlayıcı İstatistikler					Skewness		Kurtosis	
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata

eN1	520	1,0	5,0	2,508	1,4156	0,473	0,107	-1,174	0,214
eN2	520	1,0	5,0	3,858	1,2001	-0,899	0,107	-0,193	0,214
eN3	520	1,0	5,0	3,632	1,1680	-0,529	0,107	-0,578	0,214
eN4	520	1,0	5,0	3,421	1,2983	-0,362	0,107	-1,016	0,214
eN5	520	1,0	5,0	3,121	1,3638	-0,083	0,107	-1,257	0,214
eN6	520	1,0	5,0	3,238	1,3172	-0,233	0,107	-1,109	0,214
eN7	520	1,0	5,0	3,490	1,2691	-0,538	0,107	-0,782	0,214
eN8	520	1,0	5,0	3,167	1,3113	-0,111	0,107	-1,156	0,214
eN9	520	1,0	5,0	3,569	1,2658	-0,586	0,107	-0,743	0,214
eN10	520	1,0	5,0	2,775	1,3217	0,274	0,107	-1,054	0,214
eN ORT.	520	1,00	5,00	3,2750	0,8382	-0,325	0,107	-0,099	0,214

Tablodan e-Nabız Kullanımı boyutunun ortalamasının 3,275 olduğu, bu ortalamanın "kararsızım" düzeyinin biraz üstünde olmakla birlikte "katılıyorum" düzeyinden daha uzak olduğu yorumlanmıştır. Anket maddelerinde standart sapma değerlerinin yeterince küçük olmaması kullanıcı algılarındaki dağılmanın fazla olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bu veri kullanıcıların e-Nabız kullanımından yeterince faydalanamadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Tablodan normallik testi sonuçlarına bakıldığında e-Nabız ölçeğinin maddelerinde ve toplamında Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin uygun olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir (George ve Mallery, 2005). Ayrıca ölçeğin tümünde histogram grafiği de incelenmiş, normal dağılıma uygun bir dağılım olduğu teyit edilmiştir. Bu nedenle sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılacak testlerde parametrik testler tercih edilecektir.

Araştırmada belirlenen "A11. Kullanıcılar e-Nabız sisteminden hangi faydaları sağlıyorlar?" sorusunun incelenmesi için e-Nabız anketinde kullanıcıların anket maddelerine verdikleri puanlar dikkate alınmıştır. Kullanıcıların e-Nabız boyutunda 2, 3 ve 9. maddelere katılıyorum düzeyine yakın puanlar verdikleri belirlenmiştir. Bunun sonucu olarak kullanıcıların e-Nabız sisteminden sağladıkları faydalar aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

e-Nabız sisteminden geçmiş tahlil ve tetkiklerini görüntülemek,

e- Nabız sistemi sayesinde farklı sağlık kurumlarında tekrar tahlil tetkik yaptırmak zorunda kalmamak,

e-Nabız sistemi üzerinden reçete ve ilaç bilgilerine ulaşmak.

Araştırmada belirlenen "A12. Kullanıcıların e-Nabız sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir? "sorusunun incelenmesinde ESU Ölçeğinin e-Nabız boyutunun sosyo- demografik özellik guruplarına göre analizi yapılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, aile geliri, değişkenlerine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı uygulanan Bağımsız Örneklem t-Testi ya da Tek Yönlü Anova Testi ile belirlenmiştir. Diğer yandan yaş, eğitim ve meslek değişkenlerine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. İlgili analizler aşağıda verilmiştir.

Tablo 56: e-Nabız Boyutu İçin Yaş Grupları Arasında Anova Testi

Yaş Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
17-24 yaş	188	3,2904	0,82677	0,06030	3,1715	3,4094	1,00	5,00
25-32 yaş	80	3,2400	0,91770	0,10260	3,0358	3,4442	1,00	5,00
33-40 yaş	46	3,5370	0,74546	0,10991	3,3156	3,7583	2,00	5,00
41-48 yaş	44	3,2545	0,88119	0,13284	2,9866	3,5225	1,00	5,00
49-56 yaş	81	3,3383	0,76853	0,08539	3,1683	3,5082	1,30	4,70
57-64 yaş	48	3,2958	0,81030	0,11696	3,0605	3,5311	1,00	5,00
65 yaş ve üzeri	31	2,7097	0,80596	0,14475	2,4140	3,0053	1,50	4,10
Ortalama	518	3,2747	0,83899	0,03686	3,2023	3,3471	1,00	5,00

Not: 2 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan F değeri 3,299; Serbestlik derecesi 6 ve p değeri p=0,003 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,003<0,05 bulunduğundan yaş gurupları arasında e-Nabız boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmış, 65 yaş ve üzeri olan guruptaki katılımcıların diğer yaş gurubundaki katılımcılar arasında e-Nabız kullanımının sağladıkları faydaların algılanması konusunda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Tablodan bu gurubun e-Nabız boyutundaki ortalamasının diğer guruplara göre oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 57: e-Nabız Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi

Meslek Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
Memur	59	3,3847	0,72844	0,09483	3,1949	3,5746	1,20	4,50
İşçi	107	3,3617	0,81329	0,07862	3,2058	3,5176	1,00	5,00
Ev hanımı	82	3,2220	0,80431	0,08882	3,0452	3,3987	1,00	4,70
Emekli	31	2,7000	0,80374	0,14436	2,4052	2,9948	1,50	4,60
Öğrenci	190	3,3500	0,84294	0,06115	3,2294	3,4706	1,00	5,00
İşsiz-Diğer	50	3,1180	0,93322	0,13198	2,8528	3,3832	1,00	5,00
Ortalama	519	3,2750	0,83820	0,03679	3,2027	3,3472	1,00	5,00

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir Hesaplanan F değeri 4,195; Serbestlik derecesi 5 ve p değeri p=0,001 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,001<0,05 bulunduğundan meslek gurupları arasında e-Nabız boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmıştır. Emekli katılımcıların gurubu ile diğer meslek gurubundaki katılımcılar arasında e-Nabız sisteminden sağladıkları faydalar konusunda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Tablodan görüldüğü üzere emekli gurupta diğer guruplara göre e-Nabız sisteminden sağladıkları faydalar oldukça düşük puanla değerlendirilmiştir.

Tablo 58: e-Nabız Boyutu İçin Eğitim Grupları Arasında Anova Testi

Mezun Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
İlkokul ve öncesi	77	3,1610	0,89519	0,10202	2,9579	3,3642	1,00	5,00
Ortaokul	61	2,9754	0,81131	0,10388	2,7676	3,1832	1,00	4,60
Lise	207	3,4159	0,78899	0,05484	3,3078	3,5241	1,10	5,00
Önlisans	63	3,3619	0,79564	0,10024	3,1615	3,5623	1,00	5,00
Üniversite	94	3,1053	0,88771	0,09156	2,9235	3,2871	1,00	5,00
Lisansüstü	17	3,7647	0,55446	0,13448	3,4796	4,0498	2,60	4,50
Ortalama	519	3,2750	0,83820	0,03679	3,2027	3,3472	1,00	5,00

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan F değeri 5,291; Serbestlik derecesi 5 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,000<0,05 olduğundan eğitim düzeyine göre oluşan mezun gurupları arasında e-Nabız kullanımının faydaları hakkında katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmış, lisansüstü eğitim gurubunun ilkokul mezunu ve öncesi eğitim gurubu, ortaokul mezunu eğitim gurubu ve üniversite mezunu eğitim gurubundaki katılımcılar ile anlamlı farklılık gösterdiği; lise gurubunun ortaokul gurubuyla anlamlı farklılığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak araştırmada belirlenen "A12. Kullanıcıların e-Nabız sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde kullanıcıların e-Nabız sisteminden sağladıkları faydaların yaş, eğitim durumu ve meslek değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

e-Sağlık uygulamalarının MHRS Kullanım Boyutuna ait betimleyici istatistikler tabloda verilmiştir.

Tablo 59: MHRS Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler 46-51

MHRS Boyutu Maddeleri	Tanımlayıcı İstatistikler					Skewness		Kurtosis	
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
MHRS1	520	1,0	5,0	3,852	1,1392	-0,877	0,107	-0,051	0,214
MHRS2	520	1,0	5,0	4,077	1,0652	-1,133	0,107	0,575	0,214
MHRS3	520	1,0	5,0	4,038	1,0993	-1,159	0,107	0,667	0,214
MHRS4	520	1,0	5,0	4,069	1,0024	-1,061	0,107	0,716	0,214
MHRS5	520	1,0	5,0	3,844	1,1314	-0,853	0,107	0,040	0,214
MHRS6	520	1,0	5,0	4,056	1,1082	-1,134	0,107	0,628	0,214
MHRS ORT.	520	1,00	5,00	3,9894	0,8187	-0,894	0,107	0,986	0,214

Tablodan MHRS kullanımı boyutu ortalamasının 3,99 olduğu, bu ortalamanın "katılıyorum" düzeyini belirttiği görülmektedir. Anket maddelerinde standart sapma değerlerinin 1' üzerinde olması anket maddelerinde kullanıcı algılarındaki dağılmanın fazla olduğu, ancak anket ortalamasının standart sapmasının 0,82 olarak bulunması bu dağılmanın ortalama puanlarla dengelendiği şeklinde yorumlanmıştır. Bu veri kullanıcıların MHRS kullanımından yeterince fayda sağladıklarını gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır. Tablodan normallik testi sonuçlarına bakıldığında MHRS ölçeğinin maddelerinde ve toplamında Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin uygun olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir (George ve Mallery, 2005). Ayrıca ölçeğin tümünde histogram grafiği de incelenmiş, normal dağılıma uygun bir dağılım olduğu teyit edilmiştir. Bu nedenle sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılacak testlerde parametrik testler tercih edilecektir.

Araştırmada belirlenen "A13. Kullanıcılar MHRS sisteminden hangi faydaları sağlıyorlar?" sorusunun incelenmesi için MHRS kullanım anketinde kullanıcıların anket maddelerine verdikleri puanlar dikkate alınmıştır. Kullanıcıların MHRS boyutunda tüm maddelere katılıyorum düzeyine yakın puanlar verdikleri belirlenmiştir. Bunun sonucu olarak kullanıcıların MHRS sisteminden sağladıkları faydalar aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- MHRS sisteminden hekim, hastane seçimi için faydalanmak,
- MHRS sistemi sayesinde kimseden yardım almadan tek başına kolaylıkla randevu almak,
- MHRS sistemi üzerinden randevu iptal etmek,
- MHRS ile randevu alırken güven hissetmek,
- MHRS randevu hizmetlerine günün her saati erişmek,
- Hastaneye giderek randevu almak yerine MHRS ile randevu almak kolaylığına sahip olmak.

Araştırmada belirlenen "A14. Kullanıcıların MHRS sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde ESU Ölçeğinin MHRS boyutunun sosyo- demografik özellik guruplarına göre analizi yapılmıştır. Aile geliri, değişkenine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Diğer yandan cinsiyet, medeni durum, yaş, mezuniyet değişkenlerine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. İlgili analizler aşağıda verilmiştir.

Tablo 60: MHRS Boyutu İçin Cinsiyet Grupları Arasında Bağımsız Örneklem t-Testi

Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Kadın	294	4,0709	0,76691	0,04473
Erkek	225	3,8835	0,87203	0,05801
Ortalama	519	3,2750	0,83820	0,03679

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan F değeri 2,355; Serbestlik derecesi 518 ve p değeri p=0,010 bulunmuştur.

Bağımsız Örneklem t-Testi ile yapılan analizde p=0,010<0,05 bulunduğundan kadın ve erkek gurupları arasında MHRS boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın kadınlarda MHRS sisteminden faydalanma düzeyini gösteren puanların erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 61: MHRS Boyutu İçin Medeni Durum Grupları Arasında Bağımsız Örneklem t-Testi

Medeni durum	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Bekar	275	4,0564	0,82388	0,04968
Evli	244	3,9098	0,80668	0,05164
Ortalama	519	3,2750	0,83820	0,03679

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir Hesaplanan F değeri 0,557; Serbestlik derecesi 517 ve p değeri p=0,042 bulunmuştur.

Bağımsız Örneklem t-Testi ile yapılan analizde p=0,042<0,05 bulunduğundan bekar ve evli gurupları arasında MHRS boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın bekarlarda MHRS sisteminden faydalanma düzeyini gösteren puanların evlilere göre anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 62: MHRS Boyutu İçin Yaş Grupları Arasında Anova Testi

Yaş Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
17-24 yaş	188	4,0736	0,78405	0,05718	3,9608	4,1864	1,33	5,00
25-32 yaş	80	4,0208	0,88961	0,09946	3,8229	4,2188	1,00	5,00
33-40 yaş	46	4,1812	0,64581	0,09522	3,9894	4,3729	2,83	5,00
41-48 yaş	44	4,0795	0,63234	0,09533	3,8873	4,2718	2,50	5,00
49-56 yaş	81	3,9547	0,83667	0,09296	3,7697	4,1397	1,00	5,00
57-64 yaş	49	3,8571	0,85594	0,12228	3,6113	4,1030	1,00	5,00
65 yaş ve üzeri	31	3,2581	0,84857	0,15241	2,9468	3,5693	1,00	5,00
Ortalama	519	3,9878	0,81870	0,03594	3,9172	4,0584	1,00	5,00

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan F değeri 5,492; Serbestlik derecesi 6 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,000<0,05 bulunduğundan yaş gurupları arasında MHRS boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmış, 65 yaş ve üzeri olan guruptaki katılımcıların diğer yaş gurubundaki katılımcılar arasında MHRS kullanımının

sağladıkları faydaların algılanması konusunda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Tablodan bu gurubun MHRS boyutundaki ortalamasının diğer guruplara göre oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 63: MHRS Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi

Meslek Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
Memur	59	4,1417	0,75154	0,09702	3,9475	4,3358	1,00	5,00
İşçi	107	4,0389	0,77790	0,07520	3,8898	4,1880	1,00	5,00
Ev hanımı	82	3,8984	0,66603	0,07355	3,7520	4,0447	2,33	5,00
Emekli	31	3,3011	0,96649	0,17359	2,9466	3,6556	1,00	5,00
Öğrenci	190	4,1009	0,80154	0,05815	3,9862	4,2156	1,33	5,00
İşsiz-Diğer	50	3,8533	0,95573	0,13516	3,5817	4,1249	1,00	5,00
Ortalama	519	3,8890	0,75154	0,09702	3,9475	4,3358	1,00	5,00

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir Hesaplanan F değeri 6,372; Serbestlik derecesi 5 ve p değeri p=0,0001 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,001<0,05 bulunduğundan meslek gurupları arasında MHRS boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmıştır. Emekli katılımcıların gurubu ile diğer meslek gurubundaki katılımcılar arasında MHRS sisteminden sağladıkları faydalar konusunda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Tablodan görüldüğü üzere emekli gurupta diğer guruplara göre MHRS sisteminden sağladıkları faydalar oldukça düşük puanla değerlendirilmiştir.

Tablo 64: MHRS Boyutu İçin Eğitim Grupları Arasında Anova Testi

Mezun Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
İlkokul ve öncesi	77	3,7056	0,75747	0,08632	3,5337	3,8776	2,00	5,00
Ortaokul	61	3,7104	0,93734	0,12001	3,4703	3,9504	1,00	5,00
Lise	207	4,0745	0,78665	0,05454	3,9670	4,1821	1,33	5,00
Önlisans	63	4,1640	0,67501	0,08504	3,9940	4,3340	2,33	5,00
Üniversite	94	4,0585	0,84126	0,08677	3,8862	4,2308	1,00	5,00
Lisansüstü	17	4,2059	0,92895	0,22530	3,7283	4,6835	1,00	5,00
Ortalama	519	3,9894	0,81875	0,03590	3,9189	4,0600	1,00	5,00

Not: 1 katılımcı cevap vermemiştir. Hesaplanan F değeri 4,833; Serbestlik derecesi 5 ve p değeri p=0,000 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,000<0,05 olduğundan eğitim düzeyine göre oluşan mezun gurupları arasında MHRS kullanımının faydaları hakkında katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post

Hoc testleri ile yapılmış, ilkokul mezunu ve öncesi eğitim gurubu ile ortaokul mezunu eğitim gurubu kullanıcılarının diğer eğitim düzeylerindeki kullanıcılardan anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak araştırmada belirlenen "A14. Kullanıcıların MHRS sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde kullanıcıların MHRS sisteminden sağladıkları faydaların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve meslek değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. e-Sağlık uygulamalarının ALO 182 Kullanım Boyutuna ait betimleyici istatistikler tabloda verilmiştir.

Tablo 65: ALO 182 Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler

ALO 182 Boyutu Maddeleri	Tanımlayıcı İstatistikler					Skewness		Kurtosis	
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
ALO1	520	1,0	5,0	3,635	1,1767	-0,550	0,107	-0,509	0,214
ALO2	520	1,0	5,0	3,598	1,1917	-0,522	0,107	-0,586	0,214
ALO3	520	1,0	5,0	3,490	1,2196	-0,352	0,107	-0,846	0,214
ALO4	520	1,0	5,0	3,540	1,1934	-0,557	0,107	-0,529	0,214
ALO5	520	1,0	5,0	3,648	1,1179	-0,628	0,107	-0,136	0,214
ALO6	520	1,0	5,0	3,502	1,2021	-0,439	0,107	-0,619	0,214
ALO 182 ORT.	520	1,00	5,00	3,5689	0,8912	-0,376	0,107	-0,096	0,214

Tablodan ALO 182 Kullanımı boyutunun ortalamasının 3,57 olduğu, bu ortalamanın "katılıyorum" düzeyine yakın olduğu yorumlanmıştır. Anket maddelerinde standart sapma değerlerinin 1'in üzerinde olması anket maddelerinde kullanıcı algılarındaki dağılmanın fazla olduğu, ancak anket ortalamasının standart sapmasının 0,89 olarak bulunması bu dağılmanın ortalama puanlarla dengelendiği şeklinde yorumlanmıştır.

Bu veri kullanıcıların ALO 182 kullanımından yeterince olmasa da fayda sağladıklarını gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır. Tablodan normallik testi sonuçlarına bakıldığında ALO 182 ölçeğinin maddelerinde ve toplamında Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin uygun olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir (Büyüköztürk vd., 2018). Ayrıca ölçeğin tümünde histogram grafiği de incelenmiş, normal dağılıma uygun bir dağılım olduğu teyit edilmiştir. Bu nedenle sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılacak testlerde parametrik testler tercih edilecektir.

Araştırmada belirlenen "A15. Kullanıcılar ALO 182 sisteminden hangi faydaları sağlıyorlar?" sorusunun incelenmesi için MHRS kullanım anketinde kullanıcıların anket maddelerine verdikleri puanlar dikkate alınmıştır. Kullanıcıların ALO 182 boyutunda 1,2,4,5 ve 6. maddelere katılıyorum düzeyine yakın puanlar verdikleri belirlenmiştir. Bunun sonucu olarak kullanıcıların ALO 182 sisteminden sağladıkları faydalar aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- ALO 182 sisteminin istenilen zamanda kolayca ulaşabilir olması,
- ALO 182'den randevu almanın kolay olması,

- Randevu iptalinin ALO 182 üzerinden iptal edilmesi,
- ALO 182 personelinin ilgili ve yardımsever olması,
- Bir insanla konuşarak randevu almanın daha güvenli bulunması.

Araştırmada belirlenen "A16. Kullanıcıların ALO 182 sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde ESU Ölçeğinin ALO 182 boyutunun sosyo- demografik özellik guruplarına göre analizi yapılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, yaş, mezuniyet ve aile geliri değişkenlerine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir.

Diğer yandan Meslek değişkenine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. İlgili analizler aşağıda verilmiştir.

Tablo 66: ALO 182 Boyutu İçin Meslek Grupları Arasında Anova Testi

Meslek Gurubu	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için 95% güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
Memur	60	3,3417	1,06450	0,13743	3,0667	3,6167	1,00	5,00
İşçi	107	3,7165	0,82328	0,07959	3,5587	3,8743	1,00	5,00
Ev hanımı	82	3,7683	0,73552	0,08122	3,6067	3,9299	1,50	5,00
Emekli	31	3,5538	1,08046	0,19406	3,1574	3,9501	1,67	5,00
Öğrenci	190	3,5167	0,83528	0,06060	3,3971	3,6362	1,67	5,00
İşsiz-Diğer	50	3,4067	1,03299	0,14609	3,1131	3,7002	1,00	5,00
Ortalama	520	3,5689	0,89122	0,03908	3,4921	3,6457	1,00	5,00

Hesaplanan F değeri 2,695; Serbestlik derecesi 5 ve p değeri p=0,0020 bulunmuştur.

Tek Yönlü Anova Testi ile yapılan analizde p=0,020<0,05 bulunduğundan meslek gurupları arasında ALO 182 boyutunda katılımcılar arasında anlamlı algılama farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi guruplarda gerçekleştiğinin incelenmesi LSD ve Tamhane Post Hoc testleri ile yapılmıştır. İşçi ve ev hanımı katılımcıların gurubu ile diğer meslek gurubundaki katılımcılar arasında ALO 182 sisteminden sağladıkları faydalar konusunda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Tablodan görüldüğü üzere işçi ve ev hanımlarının olduğu guruplarda ölçek ortalaması diğer guruplara göre daha yüksektir.

Sonuç olarak araştırmada belirlenen "A16. Kullanıcıların ALO 182 sisteminden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde kullanıcıların ALO 182 sisteminden sağladıkları faydaların meslek değişkenine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

e-Sağlık uygulamalarının Hastanelerin İnternet Siteleri Kullanım Boyutuna ait betimleyici istatistikler tabloda verilmiştir.

Tablo 67: Hastanelerin İnternet Siteleri Kullanım Boyutuna Ait Betimleyici İstatistikler

Hastanelerin İnternet Siteleri Boyutu Maddeleri	Tanımlayıcı İstatistikler					Skewness		Kurtosis	
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
HST1	520	1,0	5,0	3,521	1,1241	-0,515	0,107	-0,310	0,214
HST2	520	1,0	5,0	3,427	1,1115	-0,428	0,107	-0,433	0,214
HST3	520	1,0	5,0	3,454	1,1386	-0,452	0,107	-0,457	0,214
HST4	520	1,0	5,0	3,312	1,1576	-0,247	0,107	-0,653	0,214
HST5	520	1,0	5,0	3,231	1,2770	-0,238	0,107	-0,925	0,214
HST. ORT.	520	1,00	5,00	3,3888	0,9738	-0,430	0,107	-0,107	0,214

Tablodan Hastanelerin İnternet Siteleri Kullanımı boyutunun ortalamasının 3,38 olduğu, bu ortalamanın "kararsızım" düzeyine yakın olduğu yorumlanmıştır. Anket maddelerinde standart sapma değerlerinin 1'in üzerinde olması anket maddelerinde kullanıcı algılarındaki dağılmanın fazla olduğu, anket ortalamasının standart sapmasının da 1' e yakın olması algı farklılıklarının diğer ölçeklere göre fazla olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bu verilerin katılımcıların Hastanelerin İnternet Sitelerini kullanımından yeterince fayda sağlamadıklarını gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır. Tablodan normallik testi sonuçlarına bakıldığında Hastanelerin İnternet Siteleri ölçeğinin maddelerinde ve toplamında Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin uygun olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir (Büyüköztürk vd., 2018). Ayrıca ölçeğin tümünde histogram grafiği de incelenmiş, normal dağılıma uygun bir dağılım olduğu teyit edilmiştir. Bu nedenle Sosyo-Demografik özellik gruplarına göre yapılacak testlerde parametrik testler tercih edilecektir.

Araştırmada belirlenen "A17. Kullanıcılar hastanelerin internet sitelerinden hangi faydaları sağlıyorlar?" sorusunun incelenmesi için Hastanelerin İnternet Siteleri kullanım anket inde kullanıcıların anket maddelerine verdikleri puanlar dikkate alınmıştır. Kullanıcıların Hastanelerin İnternet Siteleri boyutunda 1. maddeye katılıyorum düzeyine yakın puan verdikleri belirlenmiştir. Bunun sonucu olarak kullanıcıların Hastanelerin İnternet Sitelerini kullanımda sağladıkları fayda "Hastanelerin internet sitelerinin kolay erişebilir olması" olarak belirlenmiştir.

Araştırmada belirlenen "A18. Kullanıcıların hastanelerin internet sitelerinden sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde ESU Ölçeğinin Hastanelerin İnternet Siteleri kullanım boyutunun sosyo- demografik özellik guruplarına göre analizi yapılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, yaş, mezuniyet, meslek ve aile geliri değişkenlerine göre oluşan bağımsız guruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı uygulanan Bağımsız Örneklem t-Testi ve Tek Yönlü Anova Testi ile belirlenmiştir.

Bu veri cinsiyet, medeni durum, yaş, mezuniyet, meslek ve aile geliri değişkenlerinin kullanıcıların hastanelerin internet siteleri kullanımından sağladıkları faydalar üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığını, kullanıcıların sosyo-demografik özellik guruplarında Hastanelerin İnternet Sitelerinin kullanımı ile ilgili benzer algılara sahip olduklarını göstermiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Konya ilinde bulunan kamu veya özel sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastalardan oluşan 520 kişiye uygulanan anket ile Konya'daki hastaların yeni iletişim teknolojilerine bakış açısı ve memnuniyet düzeylerine göre kullanım oranlarının değişip değişmediği araştırılmıştır. Araştırmada belirlenen sorular çerçevesinde yapılan analizlere göre elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmaktadır:

Anket çalışmasına katılan kullanıcıların yarıdan fazlası (%51,6) 17-32 yaş grubu aralığındadır. Kadın oranı (%56,5) ve erkek oranı (%43,5) dengelidir. Katılımcıların meslek grupları incelendiğinde; farklı mesleklerden seçilmiş olması araştırmanın sonuçlarının objektif olmasına katkı yapacağı yorumlanmıştır. Kullanıcıların %40'i lise mezunlarından oluşmakta, her eğitim düzeyinde kullanıcı bulunmaktadır. Katılımcılar aile gelir düzeyine göre gruplandırıldığında aile geliri 5500-10000TL olan kullanıcılar en büyük gurubu (%35,2) oluşturmaktadır. Katılımcıların %30,9'u günde 3-4 saat internet kullandığını belirtirken 2 katılımcı internet kullanımı için süre bildirmemiştir.

Araştırmada katılımcıların en sık hizmet aldığı sağlık kuruluşunun %40,6' ile üniversite hastanesi olduğu, ikinci olarak (%30,2) ile aile hekimliği geldiği, diğer sıralarda özel hastaneler (%15,4) ve Devlet hastaneleri %13,8 olarak yer aldığı belirlenmiştir. Kullanıcıların üniversite hastanelerinden en sık hizmet alması aile hekimliği sisteminden yeterince yararlanamadıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmaya katılanların interneti sağlıkla ilgili kullanma amaçları incelendiğinde; katılımcıların %67'si hastalıklarla ilgili bilgi almak amacıyla, %45'i hastane ve doktor seçimi ile ilgili bilgi almak ve kişisel Bakım ile ilgili bilgi almak için interneti kullandığını belirtmişlerdir. Katılımcıların sağlıkla ilgili interneti kullanma amaçlarının tümü incelendiğinde sağlıkla ilgili koruyucu sağlık önlemleri, sağlıklı yaşam gibi konularda "gıdalar, beslenme ve diyet ile ilgili bilgi almak" ve "spor ve formda kalma ile ilgili bilgi almak "amaçlarının sırasıyla %33 ve %23 oranlarında araştırıldığı belirlenmiştir. Bu veriler katılımcıların interneti sağlıkla ilgili aktif olarak kullandıklarını ortaya çıkarmakta, yoğun bir şekilde tedavi süreci konusunda bilgi almaya yönelik olarak kullandığını göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak tercihlerinin ne olduğu araştırılmıştır. Kullanıcıların "çoğu zaman" ve "her zaman" tercihlerinin toplamına göre %53,4'ünün "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim" seçeneğini sağlık bilgi kaynağı olarak tercih ettiği, % 48'inin "internet/sosyal medya kaynakları" seçeneğini tercih ettiği, %31,9'unun aile ve arkadaşlar öne-

rilerini dikkate aldığı, %28,3'ünün ise eczanelerden sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak yararlandıkları ortaya çıkmıştır.

Ülke tarafından yapılan çalışmada ise, katılımcıların %95,4'ünün bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişimi sağlık bilgi kaynağı olarak tercih ettiği, %31' inin internet/sosyal medya kaynaklarını tercih ettiği, %37,8'inin aile ve arkadaşlar önerilerini dikkate aldığı, %11,8'inin ise eczanelerden sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak yararlandıkları şeklinde sonuçlar elde edilmiştir (Ülke, 2020). Bu veriler bu çalışmada elde edilen verilerle paralellik göstermektedir.

Sağlık bilgi kaynaklarının araştırmada belirlenen sosyo-demografik değişkenlere göre incelemesinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Yaş gurupları arasında "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim", "TV", "gazete" ve "internet/sosyal medya" kaynaklarında kullanıcılar arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Yapılan incelemede yüz yüze sağlık profesyoneli tercihinde çoğu zaman ve her zaman tercih oranlarının yaş arttıkça artmakta olduğu belirlenmiştir. SBK olarak TV tercihinin 49 yaş ve üstü katılımcılarda 49 yaş altı katılımcılara göre anlamlı olarak yükseldiği, 41-48 yaş grubundaki katılımcıların SBK olarak gazete seçeneğini her zaman ve çoğu zaman tercih oranları toplamının diğer gruplara göre yüksek olduğu, SBK olarak internet/sosyal medya seçeneği tercihinin yaş ile ters orantılı olarak azaldığı belirlenmiştir.

Cinsiyet grupları arasında SBK olarak "kitaplar/ ansiklopediler", "TV" ve "gazete" kaynaklarında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Yapılan incelemede kadınların erkeklere göre SBK olarak kitaplar ve ansiklopedilere, erkeklerin ise kadınlara göre televizyon ve gazetelere daha olumlu baktıkları belirlenmiştir.

Bekâr ve evli gurupları arasında SBK olarak "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim", "aile ve arkadaşlar önerileri, TV, gazete, internet/sosyal medya" tercihlerinin anlamlı farklılıklar gösterdiği ortaya çıkmıştır. Yapılan incelemede evlilerin bekârlara göre SBK olarak bir sağlık profesyoneli ile yüz yüze iletişim tercihlerinin anlamlı yüksek olduğu, bekârlar ile evliler arasında aile ve arkadaşlar önerilerini "her zaman" ve "hiç" kullanma yüzdelerinin anlamlı farklılaştığı, evlilerin televizyonu SBK kaynağı olarak yüksek oranda kullandıkları, yine evlilerin bekârlardan gazeteyi SBK kaynağı olarak daha fazla oranda ara sıra kullandıkları belirlenmiştir.

Meslek gurupları arasında SBK olarak "bir sağlık profesyoneliyle yüz yüze iletişim", "aile ve arkadaşlar önerileri, TV" tercihlerinin anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Yapılan incelemede "bir sağlık personeliyle yüz yüze iletişim" tercihini memur, emekli ve işsiz-diğer meslek gurupları SBK olarak daha yüksek oranda kullandıkları bulunmuştur. Memurların diğer meslek gruplarına göre daha yüksek oranda "aile ve arkadaş önerilerini" SBK olarak

tercih ettikleri, emekli meslek grubunun da diğer meslek gruplarına göre televizyonu SBK olarak daha yüksek oranda tercih ettiği belirlenmiştir.

Gelir gurupları arasında SBK olarak "gazete, eczaneler" tercihlerinin anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir. Yapılan incelemede Asgari ücret ve 20.001-25.000 TL gelir gruplarında SBK olarak eczaneler seçeneğinin diğer guruplar kadar rağbet görmediği belirlenmiştir.

Eğitim gurupları arasında SBK olarak "internet/sosyal medya" tercihlerinin anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir. Yapılan incelemede eğitim düzeyi yükseldikçe SBK olarak internet/sosyal medya tercihinin yükseldiği belirlenmiştir.

Ülke tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeyi ile internet bilgi kaynaklarının kullanımında doğru orantılı bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen veriler bu çalışmada elde edilen sonucu destekler niteliktedir. Meslek açısından ise memur ve öğrenciler internet bilgi kaynaklarını diğer meslek mensuplarına göre daha fazla kullanmaktadırlar. Aynı çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla daha çok internet kaynaklarını kullandıkları belirlenmiştir. Bu veri bu çalışmada elde edilen sonuçtan farklıdır. Razmak ve Belanger tarafından yapılan çalışmada bu çalışma ile aynı sonuca ulaşılmış, yaş arttıkça internet bilgi kaynaklarını kullanım oranının düştüğü belirlenmiştir (Ülke, 2020), (Razmak ve Bélanger, 2017).

Kullanıcıların e-Sağlık uygulamalarını kullanım çeşitliliği araştırıldığında en sık kullandıkları iki uygulama sırasıyla MHRS ve e-Nabız uygulamaları olmuştur. Katılımcıların %62 oranla MHRS uygulamasını, %60 oranla e-Nabız ve %47 oranla ALO 182 uygulamasını kullandıkları, katılımcıların %41'inin (213 katılımcı) 2 uygulamayı aynı anda, 107 katılımcının ise 3 uygulamayı beraber kullandığı belirlenmiştir. Hastanelerin internet siteleri %23 ve mobil uygulamalarının kullanım oranı %8 gibi düşük bir orandadır. Sosyo-demografik özellik gruplarına göre yapılan incelemede; yaş, meslek ve eğitim değişkenlerinin katılımcıların e-Sağlık uygulamalarını seçmelerinde anlamlı farklılık oluşturan değişkenler olduğu belirlenmiştir

Kullanıcıların Merkezi Hekim Randevu sisteminden randevu oluştururken tercih ettikleri başvuru yollarının incelenmesinde en çok tercih edilen yöntemin MHRS web sitesi üzerinden ya da MHRS mobil uygulamadan randevu almak olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanında ALO 182 telefon uygulaması tek başına %36,2 ile en çok tercih edilen yöntem olarak belirlenmiştir. Kıraç'ın araştırmasında ALO 182'yi tercih edenlerin oranı %44,5'tir (Kıraç, 2019). Kurşun ve Kaygısız'ın araştırmalarında bu oran %53'1'dir (Kurşun ve Kaygısız, 2018). MHRS randevusu alırken kullanıcıların tercih ettiği yöntemlerin hangi nedenlere göre farklılık gösterdiği de araştırmada incelenmiş, MHRS randevusu alırken kullanıcıların farklılık göstermesine neden olan değişkenlerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve meslek değişkenleri olduğu belirlenmiştir. Analizde yaş guruplarına göre 65 yaş ve üstü gurupta ALO 182

kullanma yüzdesinin, yüzdesinin anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet guruplarına göre ise kadın kullanıcıların MHRS web yüzdesinin anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim guruplarına göre ilkokul ve öncesi, ortaokul, lise ve üniversite mezunları gruplarında en çok tercih edilen yöntem ALO 182 iken, lisansüstü kullanıcıların en çok MHRS web uygulamasını tercih ettiği belirlenmiştir. Evlilerin ALO 182 randevu yöntemini bekarlardan anlamlı yüksek oranda tercih ettikleri de araştırmada belirlenen bir diğer sonuç olmuştur.

Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar internet bilgi kaynakları ölçeğinin fayda boyutunun analiziyle aşağıdaki gibi elde edilmiştir.

- Sağlıkla ilgili bilgiye internet bilgi kaynakları sayesinde daha hızlı ulaşım,
- Sağlıkla ilgili bilgiye internet bilgi kaynakları sayesinde daha kolay ulaşım,
- İnternet bilgi kaynaklarının hastalıkları ile ilgili sorularına cevap bulmada yardımcı olması.

Kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalar hangi nedenlere göre farklılık göstermektedir?" sorusunun incelenmesinde, yaş, eğitim durumu ve meslek değişkenlerinin kullanıcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynaklarından sağladıkları faydalarda anlamlı farklılık oluşturan değişkenler olduğu belirlenmiştir.

Mendi tarafından yapılan çalışmada da cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve yaş kriterleri açısından internet bilgi kaynaklarının fayda algısı bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim durumu yükseldikçe internet bilgi kaynaklarının fayda algısının daha yüksek olduğu, meslek gurubu açısından eğitimci/akademisyen meslek grubunda internet bilgi kaynaklarının kullanım fayda algısı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu veri yaş değişkeni dışında bu çalışmada bulduğumuz verilerle uyum göstermektedir (Mendi O., 2012).

Katılımcıların sağlıkla ilgili internet bilgi kaynakları hakkında hangi endişelere sahip oldukları da araştırmada incelenen bir diğer başlık olmuştur. Yapılan incelemede kullanıcıların internette sağlıkla ilgili bilgiler hakkında internet bilgi kaynaklarının A-10 yanlış bilgiler içerebileceği ve internet bilgi kaynaklarının kullanımı ile tedavisi hakkında yanlış yönlendirilebileceği endişelerine sahip oldukları belirlenmiştir. Sosyo-demografik özellik guruplarına göre belirlenen değişkenlerin kullanıcıların internet bilgi kaynakları hakkındaki endişeleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı, kullanıcıların tümünün benzer algı ve endişelere sahip oldukları da araştırmada elde edilen bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır.

Mendi tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve yaş kriterleri açısından kullanıcıların internet bilgi kay-

nakları hakkındaki endişeleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığını, kullanıcıların tümünün benzer algı ve endişelere sahip oldukları ortaya çıkarılmıştır. Elde ettiği veriler bu çalışmada ortaya çıkan sonuçları destekler niteliktedir (Mendi O., 2012).

Araştırmada kullanıcıların e-Nabız sisteminden sağladıkları faydaları aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- e-Nabız sisteminden geçmiş tahlil ve tetkiklerini görüntülemek,
- e- Nabız sistemi sayesinde farklı sağlık kurumlarında tekrar tahlil tetkik yaptırmak zorunda kalmamak,
- e-Nabız sistemi üzerinden reçete ve ilaç bilgilerine ulaşmak.

Araştırmada kullanıcıların e-Nabız sisteminden sağladıkları faydaların yaş, eğitim durumu ve meslek değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yapılan incelemede 65 yaş ve üzeri olan guruptaki katılımcıların diğer yaş gurubundaki katılımcılara göre, emekli guruptaki katılımcıların diğer guruplardakilere göre e-Nabız sisteminden sağladıkları faydaları daha az olarak algıladıkları belirlenmiştir. Lisansüstü eğitim gurubundaki katılımcılar ise diğer eğitim guruplarına göre e-Nabız kullanımının sağladıkları faydalar konusunda anlamlı olarak yüksek puanlar kullanmışlardır.

Akğün tarafından yapılan araştırmada da katılımcıların yüksek oranda geçmiş tahlil ve tetkiklerini görüntülemek için e-Nabız sistemini kullandıkları ve eğitim seviyesi yükseldikçe e-nabız sistemini kullanma oranının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Akğün, 2020). Eke ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin %49,6'sının e-nabız uygulamasını bildiği, %57,4'ünün faydalı bulduğu, %27,7'sinin uygulamayı kullandığı ve %33,9'unun da tavsiye ettiği görülmüştür (Eke vd., 2019). Ketenci ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre eğitim seviyesi yükseldikçe e-Nabız uygulaması kullanım oranının arttığı görülmüştür (Ketenci vd., 2021), Bu veriler, bu çalışmadaki sonuçları desteklemektedir.

Araştırmada kullanıcıların MHRS sisteminden sağladıkları faydaları sorgulanmış ve aşağıdaki gibi belirlenmiştir. MHRS sisteminden hekim, hastane seçimi için faydalanmak,

- MHRS sistemi sayesinde kimseden yardım almadan tek başına kolaylıkla randevu almak,
- HRS sistemi üzerinden randevu iptal etmek,
- MHRS ile randevu alırken güven hissetmek,
- MHRS randevu hizmetlerine günün her saati erişmek,
- Hastaneye giderek randevu almak yerine MHRS ile randevu almak kolaylığına sahip olmak.

Kullanıcıların e-Sağlık uygulamalarına verdiği ortalama puanlar dikkate alındığında MHRS sisteminin kullanıcıların en çok yararlandıkları e-Sağlık uygulaması olduğu da araştırmada elde edilen bir diğer sonuç olmuştur.

Araştırmada kullanıcıların MHRS sisteminden sağladıkları faydaların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve meslek değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yapılan incelemede kadınlarda MHRS sisteminden faydalanma düzeyini gösteren puanların erkeklere göre anlamlı olarak yüksek, bekârlarda MHRS sisteminden faydalanma düzeyini gösteren puanların evlilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. 65 yaş ve üzeri olan guruptaki katılımcıların diğer yaş gurubundaki katılımcılardan MHRS sisteminden faydalanma düzeyini gösteren puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu, emekli gurupta diğer guruplara göre MHRS sisteminden sağladıkları faydaları gösteren puanların anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. İlkokul mezunu ve öncesi eğitim gurubu ile ortaokul mezunu eğitim gurubu kullanıcılarının diğer eğitim düzeylerindeki kullanıcılardan anlamlı olarak düşük puanla yararlanma düzeylerinin daha az oldukları belirlenmiştir.

Eke ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, üniversite öğrencilerinin MHRS ile ilgili ifadelere verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %88,3'ünün uygulamayı bildiği, %91,5'inin faydalı bulduğu, %75,4'ünün kullandığı ve %68,6'sının da tavsiye ettiği görülmüştür. (Eke vd., 2019). Kıraç'ın yaptığı çalışmada da katılımcıların %73'ü MHRS'i kullandıklarını belirtmiştir (Kıraç, 2019). Eğitim düzeyi yükseldikçe bu çalışmada olduğu gibi diğer çalışmalarda da MHRS kullanım oranının arttığı gözlenmektedir. Bu sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir

Araştırmada kullanıcıların ALO 182 sisteminden sağladıkları faydalar aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- ALO 182 sisteminin istenilen zamanda kolayca ulaşabilir olması,
- ALO 182'den randevu almanın kolay olması,
- Randevu iptalinin ALO 182 üzerinden iptal edilmesi,
- ALO 182 personelinin ilgili ve yardımsever olması,
- Bir insanla konuşarak randevu almanın daha güvenli bulunması.

Kullanıcıların ALO 182 sisteminden sağladıkları faydalar meslek değişkenine göre farklılık göstermiş, diğer değişkenlerin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı da belirlenmiştir. Yapılan incelemede işçi ve ev hanımlarının olduğu guruplarda ölçek ortalaması diğer guruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve bu guruptakilerin yararlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların hastanelerin internet sitelerinden sağladıkları faydaların araştırılmasında ortaya çıkan "hastanelerin internet sitelerinin kolay erişebilir olması" maddesi daha yüksek puan almış, bunun dışındaki faydalar için hastane internet sitelerine verilen puanlar kararsızlık düzeyi ya da altında kalmıştır. Katılımcıların hastanelerin internet siteleri kullanımından sağladıkları faydalar üzerinde sosyo- demografik özellik guruplarına göre analizler yapılmış ve guruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamış, bu sonuç kullanıcıların sosyo-

demografik özellikler açısından hastanelerin internet sitelerinin kullanımı ile ilgili benzer algılara sahip oldukları yönünde yorumlanmıştır.

Sonuç olarak araştırmada elde edilen sonuçların bu konuda var olan bilgi birikimini zenginleştireceği, hastaların yeni iletişim teknolojilerini kullanma ve faydalanma konusunda yapılacak iyileştirmelerde yararlı olacağı değerlendirilmiştir. Bu çalışma kapsamında elde edilen sonuçların geçerlilik ve güvenirliğinin artırılması için benzer çalışmaların farklı örneklemlerde yapılması ve sonuçların karşılaştırılması yoluyla elde edilecek veri birikiminin gelecekte sağlık alanı için planlanan yeni iletişim teknolojileri yatırımlarının daha verimli olacağına katkı yapması beklenilmektedir.

KAYNAKÇA

A.A. (2017, 02 2017). *Anadolu Ajansı*. www.aa.com.tr/tr: https://www.aa.com.tr/tr/saglik/hastanede-yer-arama-derdi-ic-navigasyonla-bitti/755606 adresinden alındı

A.A. (2022, 09 26). *Türkiye'nin 20'nci Şehir Hastanesi Hizmete Açılıyor*. www.aa.com.tr: https://www.aa.com.tr/tr/gundem/turkiyenin-20nci-sehir-hastanesi-hizmete-aciliyor-/2694597# adresinden alındı

A.A. (24.12.2022, 12 24). *Anadolu Ajansı*. www.aa.com.tr/tr: https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligindan-mhrsde-randevu-sorununa-karsi-2-yeni-uygulama-/2771772 adresinden alındı

A.Ü. (2023). *Sağlıkla İlgili Önemli Gün ve Tarihler*. (A. Üniversitesi, Prodüktör) nutrition.health.ankara.edu.tr: http://nutrition.health.ankara.edu.tr/saglikla-ilgili-onemli-gun-ve-tarihler/ adresinden alındı

acibadem.com.tr. (2023). *Sponsorluklar*. www.acibadem.com.tr: https://www.acibadem.com.tr/sponsorluklar/ adresinden alındı

Aghaei, S., Nematbakhsh, M. A., & Farsani, H. K. (2012). Evolutıon Of The World Wıde Web: From Web 1.0 To Web 4.0. *International Journal of Web & Semantic Technology (IJWesT), 3*(1). https://airccse.org/journal/ijwest/papers/ 3112ijwest01.pdf adresinden alındı

AHA. (2023). American Hospital Association: https://www.aha.org/infographics/2020-07-24-fast-facts-infographics adresinden alındı

Ak, B. (2013). Sağlıkta Yeni Hedef: Dijital Hastaneler. *Akademik Bilişim 2013*, (s. 971-976). Antalya. https://ab.org.tr/ab13/kitap/ak_AB13.pdf adresinden alındı

Akbolat, M., Yıldırım, Y., & Amarat, M. (2019). Hastane Mobil Uygulamalarında Kullanıcı Yorumlarının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi,, 10*(25)-522.

Akca, C., & Erigüç, G. (2006). Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları İle Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9*(2)-153.

Akca, N. (2013). E-Sağlık. A. Yılmaz (Dü.) içinde, *Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri* (Cilt No: 1819). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Yayın No:1819.

Akdağ, R., Aydın, S., & Demirel, H. (2008). *İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Akğün, E. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Sayısal Uçurumun E-Nabız Sistemi ve e-Sağlık Okuryazarlığı İle Birlikte İncelenmesi. Necmettin Erbakan Universitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aktaş, F., Çeken, C., & Erdemli, Y. E. (2014). Biyomedikal Uygulamaları İçin Nesnelerin İnterneti Tabanlı Veri Toplama ve Analiz Sistemi. *Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi 25-27 Eylül 2014*, (s. 299-302). Kapadokya.

Al-Bahrani, A., & Patel, D. (2015). Incorporating Twitter, Instagram, and Facebook in economics classrooms. *The Journal of Economic Education, 46*(1), s. 56-67. doi:10.1080/00220485.2014.978922

Alharbi, F. (2021). The Use of Digital Healthcare Platforms During The Covıd-19 Pandemic: The Consumer Perspective. *Acta Informatica Medica, 29*(1), s. 51-58. doi:10.5455/aim.2021.29.51-58

Alikılıç, Ö. A. (2011). Halkla İlişkiler 2.0: Sosyal Medyada Yeni Paydaşlar, Yeni Teknikler. İstanbul: Efil Yayınevi.

Alim, S. (2018). *Evolution of Public Relations: Now and Then*. Nisan 2020 tarihinde SCoRe: https://scoreindia.org/blog/evolution-of-public-relations/ adresinden alındı

Alper, M., Akar, Y., Özyurt, E., Uğurlu, D., Aykutluğ, M., Erduran, S., & Aydın, İ. (2017). *Endoskopi/Kolonoskopi İşlemleri Hasta Bilgilendirme Süreçlerinde SMS Uygulaması-Dışkapı Modeli*. doi:10.13140/RG.2.2.23846.63040

Alper, M., Özyurt, E., Uğurlu, D., Yetiş, D., Kudaş, Ş., & Engin, E. (2018). Poliklinik Mesai Başlangıç Gecikmelerinde Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Kullanımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21*(1), s. 31-39.

Altunbudak, N. (2019). *HBYS Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Nedir?* saglikteknoloji.com: http://www.saglikteknoloji.com/hastane-bilgi-yonetim-sistemi-hbys-nedir/ adresinden alındı

AMA. (2022). *Üyelik Büyümesinin On Yılı Hakkında AMA Bilgi Sayfası*. ama-assn.org: https://www.ama-assn.org/system/files/2021-06/ama-10-years-2021-fact-sheet.pdf adresinden alındı

Ardahan, M. (2018). Mobil Sağlık ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27*(6)-433.

Arslan, E., & Demir, H. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kaydı Yönetimine İlişkin Görüşleri. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9*(2), s. 17-36.

Arslanoğlu, A., & Varol, S. (2022). Hastane Fiziki Yapısının Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 4*(2)-217. doi:10.55050/sarad.1142781

Atlı, Y., & Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2*(2), 45-64.

Austin, E. W., & Pinkleton, B. E. (2008). Strategic Public Relations Management: Planning And Managing Effective Communication Campaigns (İkinci Baskı b.). Taylor & Francis Routledge.

Austin, J. A., & Smith, I. R. (2018). The Impact of Closed-Loop Electronic Medication Management on Time to First Dose: A Comparative Study Between Paper and Digital Hospital Environments. *International Journal of Pharmacy Practice, 26*(6)-533.

Aydede, C. (2002). Teorik ve Uygulamalı Halkla İlişkiler Kampanyaları. İstanbul: MediaCat Kitapları.

Aydemir, İ., & Özhan, A. (2011). Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta Ve Yakınları Tarafindan Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 22*(1), s. 85-104.

Ayhan, B., & Canöz, K. (2006). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. *II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu* (s. 71-90). Kocaeli Üniversitesi.

Ayten, A., & Zağlı, K. (2019). Kamu ve Özel Hastane Ayrımında Sağlık İletişiminin Hastane Kurum İmajı Algısına Etkisi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *İletişim Çalışmaları Dergisi,, 5*(2)-126.

Badr, H., Carmack, C. L., & Diefenbach, M. A. (2015). Psychosocial Interventions for Patients and Caregivers in theAge of New Communication Technologies: Opportunities andChallenges in Cancer Care. *Journal of Health Communication*–342. doi:10.1080/10810730.2014.965369

Balcı, Ş., Karakoç, E., & Öğüt, N. (2020). Sağlık Çalışanları Arasında Sosyal Medya Bağımlılığı: İki Boyutlu Benlik Saygısının Rolü. *Akdeniz İletişim Dergisi*-317. doi:10.31123/akil.693279

Barbabella, F., Melchiorre, M. G., Quattrini, S., Papa, R., Lamura, G., Richardson, E., & van Ginneken, E. (2017). *How can eHealth improve care for people with multimorbidity in Europe?* European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL and TU Berlin.

Basan, M., & Bilir, N. (2016). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Önleme Çelişkisi ve Nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 15*(1), s. 44-51. doi:10.5455/pmb.1-1427871712

Bateman, C. j. (1998). *Halkla İlişkiler Araştırmaları.* (Ç. İ. Çamlı, Dü.) İstanbul: Rota, Altın Kitap, Sayı:3,.

Bernays, E. L. (1928). Manipulating Public Opinion: The Why and the How. *American journal of sociology, 33*(6)-971. Şubat 2022 tarihinde Bernays_Propaganda_in_english_.pdf: https://www.voltairenet.org/IMG/pdf/Bernays_Propaganda_in_english_.pdf adresinden alındı

Bilgiç, A., & Akyüz, S. (2020). Türkiye'de Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın Sosyal Medya Kullanımı: Twitter Paylaşımları İçerik Analizi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 19*(COVID-19 Özel Sayı)-243. doi:10.21547/jss.774040

Birinci, Ş. (2023). A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız). *Balkan Medical Journal, 40(3), 215., 40*(3)-221. doi:10.4274/balkanmedj.galenos.2023.2023-2-77

Bose, R. (2003). Knowledge Management-Enabled Health Care Management Systems: Capabilities, İnfrastructure, and Decision-Support. *Expert systems with Applications, 24*(1), s. 59-71. doi:https://doi.org/10.1016/S0957-4174(02)00083-0

Boydak, S., & İleri, Y. Y. (2021). Türkiye'deki Kamu ve Özel Hastane Web Sitelerinin İşleyiş Kalitesi, Güncellik ve Tasarım Altyapısı Bakımından Analizi. *AJIT-e: Bilişim Teknolojileri Online Dergisi, 12*(44), s. 71-92.

Brandão, C., Rego, G., Duarte, I., & Nunes, R. (2013). Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance. *Health Care Analysis*–402.

Brown J., D. (2009). Statistics Corner Questions and Answers About Language Testing Statistics: Principal Components Analysis and Exploratory Factor Analysis, Definitions, Differences, and Choices. *JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter, 13*(1), 26-30. 2023 tarihinde alındı

Buğdaycı, D. S., Çınar, F., Tüzer, B., & Öneş, K. (2009). Ayaktan Fizik Tedavi Uygulanan Hastalarda Ağrı İyileşmesinin Memnuniyet İle İlişkisi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* (s. 225-235). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.

Bulduklu, Y., & Yarar, A. E. (2018). Halkla İlişkilerde Konu Yönetimi Ve Sosyal Medya: Ülker "1 Nisan Reklami" Örneği. *PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4*(1)-133.

Burke, L. E., Styn, M. A., Sereika, S. M., Conroy, M. B., Ye, L., Glanz, K., & Ewing, L. J. (2012). Using mHealth technology to enhance self-monitoring for weight loss: a randomized trial. *American journal of preventive medicine, 43*(1), s. 20-26. doi:doi.org/10.1016/j.amepre.2012.03.016

Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*(32), 470-483.

Büyüköztürk, Ş. (2012). *Örnekleme Yöntemleri*. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi. 09.03.2023 tarihinde http://w3.balikesir.edu.tr/~msackes/wp/wp-content/uploads/2012/03/BAY-FinalKonulari.pdf [adresinden alındı

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, K., E., A. Ö., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Pegem A yayıncılık.

Cameron, G. T., Wilcox, D. L., Reber, B. H., & Shin, J. H. (2008). *Public relations today: Managing competition and conflict*. Boston,: Pearson Education.

Canöz, K. (2010). Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler Uygulamaları. Konya: Palet Yayınları.

Caramela, S. (2022, 29 June). *PR Crisis? 6 Steps to Help Navigate the Storm*. Eylül 2022 tarihinde Business News Daily. adresinden alındı

Cerrahoğlu, A. (2016). Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak. *The Journal of Turkish Family Physician, 7*(3), s. 81-84. doi:10.15511/tjtfp.16.00381

Cutlip, S. M., Center, A. H., & Brom, G. M. (1994). *Effective Public Relation 7 th Edition*. New Jersey: Prentice Hal Inc.

Çakmak, M., Öktem, M. K., & Ömürgönülşen, U. (2009). Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi . *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 12*(1), s. 1-36.

Çetin, A., & Alpay, S. (2020). Türk Sigorta Sektöründe Kişisel Veriler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Girişimcilik Dergisi, 4*(8), s. 81-94.

Çınaroğlu, S., & Avcı, K. (2013). Yönetim Biliminde Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanı Özelinde Bir Değerlendirme. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, s. 83-101.

Çiriş, C., Başıbüyük, M., & Yıldırım, D. (2020). Klinik Karar Destek Sistemlerinin Hemşirelikte Kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8*(2)-495.

ÇKYS. (2023). *ckysportal.saglik.gov.tr*. https://ckysportal.saglik.gov.tr/: https:// ckysportal.saglik.gov.tr/ adresinden alındı

Danayiyen, A., Kıyak, M., & Ünal, E. (2017). Hastanelerde Yeni İletişim Teknolojileri Kullanımının Kurum İçi İletişim Doyumuna Etkisi. *Selçuk İletişim, 10*(1), s. 32-63. doi:10.18094/josc.311912

Değirmen, G. C., & Küçükcan, G. (2019). Hastanelerde Kurum Kültürü, Kimliği Ve Etkileşim Alanları Açısından Web Sitesi Kullanımı Ve Önemi: Türkiye'deki Devlet Üniversitesi Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma,. *Business & Management Studies: An International Journal, 7*(4). doi:10.15295/bmij. v7i4.1163

Dekker, R., & Engbersen, G. (2014). How Social Media Transform Migrant Networks and Facilitate Migration. *Global Networks*-418. doi:10.1111/ glob.12040

Demir, H., & Arslan, E. T. (2017). Mobil sağlık uygulamalarının hastanelerde kullanılabilirliği: hastane yöneticileri üzerine bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,, 19*(33), s. 71-83.

Demir, Ş. (2011). Halkla İlişkiler Faaliyetlerinde İletişim Tekniklerinin Etkisi: Konaklama İşletmeleri Örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8*(2)-180.

Demirci, Ş., & Uğurluoğlu, Ö. (2022). İnternet Üzerinden Hekim Randevusu Alma Davranışının Bireysel Özellikler Açısından Değerlendirilmesi . *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25*(3)-654.

Dijital 2023-Türkiye. (2023). *We Are Social-Türkiye Raporu- Dijital 2023 Türkiye-Şubat 2023*. guvenliweb.org.tr. adresinden alındı

Dijital Hastane. (2023). https://dijitalhastane.saglik.gov.tr: https://dijitalhastane. saglik.gov.tr adresinden alındı

DiNucci, D. (1999). *Fragmented Future-Web development faces a process of mitosis, mutation, and natural selection*. New York: Design & New Media. http://darcyd.com/ fragmented_future.pdf. adresinden alındı

Doğanay, A. (2018). Bilimsel Yönteme Giriş. A. Şimşek (Dü.) içinde, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (s. 2-29). Eskişehir: Anadolu Ünivesitesi.

Duğan, Ö., & Uludağ, A. (2015, 08 01). Sağlık Çalışanlarının Halkla İlişkilere Bakışı: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği/Health Personnel's Point of View to the Public Relations: An Example of Selcuk University Medicine Faculty Hospital. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(34), s. 41-51.

Durucasu, R. R., & Ersoy, F. (2016). SMS Reklamları ve Mobil Bilgi Servislerine Yönelik Tüketici Tutumunu Belirleyen Bir Araştırma. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,, 8*(2), s. 1-13.

Eke, E., Uysal, M., & Uğurluoğlu, D. (2019). E-Sağlık Uygulamalarının Farkındalığına Yönelik Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 6*(2)-522. doi:10.30798/makuiibf.526873

Eldeniz, L. (2010). İkinci Medya Çağında Etkileşimin Rolü ve Web 2.0. F. Aydoğan, & A. A. (Dü) içinde, *İkinci Medya Çağında İnternet*. İstanbul: Alfa.

Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2020). Public Relations İn Health And Medicine: Using Publicity and Other Unpaid Promotional Methods to Engage Audiences. *BMC Health Services Research, 20*(1), s. 1-7. doi:10.1186/s12913-020-05602-x

e-Nabız. (2023). *Aydınlatma Metni*. kisiselveri.saglik.gov.tr: https://kisiselveri.saglik. gov.tr/TR-84860/e-nabiz.html adresinden alındı

Eray, T. (2016). *Çatışma Yönetimi ve Halkla İlişkiler*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30*(3), 211-216.

Ertekin, Y. (2000). *Halkla İlişkiler*. Ankara: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Yayınları.

ESİM. (2018). *Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi*. gulhaneeah.saglik.gov.tr: https://gulhaneeah.saglik.gov.tr/Eklenti/96653/0/esim-el-brosurupdf.pdf?_tag1=AE623A78DD8CD16B7995D0E8AE2F44D0ABA68CA9#:~:text=Sağlık%20Bakanlığı%2C%20işitme%20engelli%20vatandaşlarımızın,Sağlık%20İletişim%20Merkezi)%20hayata%20geçirdi. adresinden alındı

Evirgen, H., & Yorulmaz, M. (2019). Merkezi hekim randevu sistemi (Mhrs): Bir kamu hastanesi örneği. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 7*(16)-443.

Eysenbach, G. (2001). What is E-Health? *Journal Medical Internet Research, 3*(2), 20. doi:10.2196/jmir.3.2.e20

Eysenbach, G. (2008). *Medicine 2.0 Congress Website launched (and: Definition of Medicine 2.0 / Health 2.0)*. gunther-eysenbach.blogspot.com: http://gunther-eysenbach.blogspot.com/2008/03/medicine-20-congress-website-launched.html adresinden alındı

Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. (G. Eysenbach, Dü.) *Web 2.0 in Health, Health Care, Medicine, and Biomedical Research, 10*(3). https://www.jmir.org/2008/3/e22/#ref5 adresinden alındı

Fidan, M., & Yetiş, A. (2018). Sağlık İletişiminde Algı: Kamu Spotları Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk İletişim, 11*(2)-178. doi:DOI: 10.18094/josc.428224

Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2016). The Economics of Health and Health Care New İnternational Edition. Routledge.

Geçikli, F. (2014). The Organization of Public Relations Department at Hospitals: A Model Suggestion. *International Journal of Business, Humanities and Technology, 4*(1), s. 51-59.

Gencer, T. Z., Daşlı, Y., & Biçer, E. B. (2019). Sağlık İletişiminde Yeni Yaklaşımlar: Dijital Medya Kullanımı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 22*(1), s. 42-52.

George, D., & Mallery, P. (2005). *SPSS for Windows Step by Step: A simple Guide and Reference.* (Cilt 11.0 Update (4th Edition)). Boston: Allyn&Bacon.

Geray, H. (2003). İletişim Ve Teknoloji: Uluslararası Birikim Düzeninde Yeni Medya Politikaları. Ankara: Ütopya Yayınevi.

Gider, Ö., Ocak, S., & Top, M. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Elektronik Reçete (E Reçete) Uygulamasının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 10*(1), s. 15-25.

Gottlieb, M., & Dyer, S. (2020). Information and Disinformation: Social Media in the COVID-19 Crisis. *Academic emergency medicine, 27*(7)-641. doi:10.1111/acem.14036

Göksel, A. B., & Yurdakul, N. B. (2007). *Temel Halkla İlişkiler Bilgileri (4. Baskı)*. İzmir: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayınları No: 15.

Göksu, F. N. (2018). Sağlık İletişiminde Yeni Medya Kullanımı. F. N. Göksu (Dü.) içinde, *Sağlık İletişimi* (s. 366-390). İstanbul Üniversitesi.

Göktaş, B., Önder, Ö., Duran, M., Şakar, S., Yılmaz, M., Güler, S., & Özdemir, G. (2017). *Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma*. https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/42908/23223.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alındı

Gray, N. J., Klein J., D., Noyce P., R., S., T., S., & Cantrill J., A.,. (2005). The Internet: a window on adolescent health literacy. *Journal of Adolescent Health, 3*(37), 243. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.08.023

Griffis, H. M., Kilaru, A. S., Werner, R. M., Asch, D. A., Hershey, J. C., Hill, S., & Merchant, R. M. (2014). Use of Social Media Across US Hospitals: Descriptive Analysis of Adoption and Utilization. *Journal of Medical Internet Research (JMIR), 16*(11). doi:10.2196/jmir.3758

Gunter, R. L., Chouinard, S., Fernandes-Taylor, S., Wiseman, J. T., Clarkson, S., Bennett, K., & Kent, K. C. (2017). Current Use of Telemedicine for Post-Discharge Surgical Care: A Systematic Review. *Journal of the American College of Surgeons, 222*(5)–927. 10.1016/j.jamcollsurg.2016.01.062 adresinden alındı

Güdük, Ö., & Kılıç, C. H. (2017). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye'de Gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7*(2)-107.

Gül, H., Kuru, K., Gürsel, G., & Özkan, Y. (2005). Elektronik Reçetenin Avantajları, Kullanımında Karşılaşılabilecek Sorunlar ve Giderilme Yöntemleri. *2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi/Medical Informatics*, (s. 134-139). Turkey.

Güllüpunar, M. D. (2016). Bir Halkla İlişkiler Uygulaması Olarak Hastanelerde Hasta Karşılama Hizmetlerinin Kurumsal İtibara Etkisi: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*-924. doi:https://doi.org/10.19145/gujofoc.35995

Gürbüz, S. (2019). Bir Siyasal İletişim Aracı Olarak Yeni Medya: 2017 Halkoylamasında AK Parti YouTube Videoları Üzerine Göstergebilimsel Bir Çalışma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7*(1)-210.

Güreşçi, M. (2020). Covid-19 Salgınında Türkiye'de Kriz Yönetimi İletişimi: TC Sağlık Bakanlığı. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 7*(5), s. 53-65.

Gürgen, H. (2006). Halkla İlişkilerde Ortam ve Araçlar. G. H. (Dü.) içinde, *Halkla İlişkiler* (s. 161-186). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.

Gürüz, D. (1993). *Halkla İlişkiler Teknikleri*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1998). *Multivariate Analysis with Readings, 5th edition,*. Prentice-Hall International İnc.

Halford, S., Lotherington, A. T., Obstfelder, A., & Dyb, K. (2010). Getting the whole picture? New information and communication technologies in healthcare work and organization. *Information, Communication & Society, 13(3),, 13*(3)-465. doi:https://doi.org/10.1080/13691180903095856

Han, R., & Xu, J. (2020). A Comparative Study of The Role of İnterpersonal Communication, Traditional Media and Social Media in Pro-Environmental Behavior: A China-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(6), s. 1-21. https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/1883/pdf adresinden alındı

Hardiker, N. R., & Grant, M. (2011). Factors That Influence Public Engagement with eHealth: A Literature Review. *International Journal of Medical Informatics, 80*(1), 1-12. doi:10.1016/j.ijmedinf.2010.10.017

Hart, M. C. (1996). Improving the Dissemination of SERVQUAL by Using Magnitude Scaling. *Total Quality Management in Action*, 267-270.

Hastanem Yanımda. (2020). *Teletıp Nedir? Teletıp Uygulamaları Hakkında Herşey!* Aralık 2022 tarihinde Hastanem Yanımda: https://www.hastanemyanimda.com/ blog/teletip-nedir-teletip-uygulamalari-hakkinda-hersey/73 adresinden alındı

HES. (2020). *Hayat Eve Sığar*. hayatevesigar.saglik.gov.tr/: https://hayatevesigar. saglik.gov.tr/HES.pdf adresinden alındı

HHY. (2019). www.mevzuat.gov.tr: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat? MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 adresinden alındı

HIMSS+Euroasia. (2023). https://himsseurasia.com/: https://himsseurasia.com/ himss- analitik- nedir/ adresinden alındı

Hiremath, B. K., & Kenchakkanavar, A. Y. (2016). An Alteration of the Web 1.0, Web 2.0 and Web 3.0: a Comparative Study. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR), 2*(4)-710.

Hizmet Sunum Rehberi. (2020). khgmsaglikbakimdb.saglik.gov.tr: https://khgm saglikbakimdb.saglik.gov.tr/Eklenti/38496/0/hizmet-sunum-rehberipdf.pdf adresinden alındı

Hojjati, S. A., & Sarı, R. M. (2022). Evrensel Tasarım Perspektifinden Hastane Tasarımı Üzerine Bir İrdeleme: Trabzon-Kaşüstü Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Bayburt Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 5*(1), s. 32-51.

Holt, K. A., Overgaard, D., Engel, L. V., & Kayser, L. (2020). Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level : a cross sectional study. *BMC Nursing, 19*(1), 1-12. doi:10.1186/s12912-020-00418-w

Househ M. (2013). The Use of Social Media in Healthcare: Organizational, Clinical, and Patient Perspectives. L. Courtney, O. Shabestari, & A. Kuo (Dü) içinde, *Enabling Health and Healthcare Trough ICT* (s. 244-248). Amsterdam, Hollanda: IOS Press BV.

HSGM. (2023). *Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ushs-calisan#:~:text=Uzaktan%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmeti%20sunumu%2C%20fiziki,g%C3%B6r%C3%BC%C5%9Fme%20arac%C4%B1l%C4%B1%C4%9F%C4%B1yla%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmeti%20al%C4%B1nmas%C4%B1d%C4%B1r. adresinden alındı

Huck, S. (2012). Reading Statistics and Research (6th edition). . Boston: Pearson.

İleri, Y. Y. (2018). *Sağlık Yönetim Bilişim Sistemleri*. Konya: Çizgi Kitabevi.

Işık, A., & Güler, İ. (2010). Teletıpta Mobil Uygulama Çalışması ve Mobil İletişim Teknolojilerinin Analizi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi, 3*(1).

Işık, M. (2011). *Hastanelerde Halkla İlişkiler*. Konya: Eğitim Kitabevi.

Işıkdemir, U. N. (2016). A ComprativeField in Four Emerging Markets; Turkey, Kingdom of Saudi Arabia, United Arab Emirates and Egypt on E-Health Development Challenges and Expected Utilization Capabilities. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Jefkins, F. (1992). *Public Relations, 4th Edition,* . London.: Pitman Publishing.

Jenkins, H., & Thorburn, D. (2003). Introduction: The Digital Revolution, the Informed Citizen, and the Culture of Democracy. *Democracy and New Media* (s. 1-17). içinde Cambridge: MA: MIT Press,.

K.V.K. (2006). *5520 Sayılı Kurumlar Vergisi Kanunu*. www.mevzuat.gov.tr: www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5520.pdf adresinden alındı

Kahraman, M. (2013). *Sosyal Medya 101 2.0*. İstanbul: MediaCat Kitapları.

Kalender, A. (2005). Siyasal İletişim, Seçmenler ve İkna Stratejileri. Konya: Çizgi Yayınları.

Kalender, A. (2008). Halkla İlişkiler: Kavramlar, Tanımlar ve Uygulama Alanları. A. Kalender, & M. Fidan (Dü). içinde Tablet Yayınları.

Kalender, A. (2012). Kavram Olarak Halkla İlişkiler Dünyada ve Türkiye'de Halkla İlişkilerin Tarihsel Gelişimi. A. Z. Özgür (Dü.) içinde, *Halkla İlişkiler* (s. 2-29). Eskişehir: A.Ü. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları No. 1676.

Kalender, A., & Tarhan, A. (2009). Belediyelerin Kamuyu Bilgilendirme Amaçlı Sms Kullanımına Muhtarların Bakışı Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk İletişim, 5*(4), s. 18-35.

Kapan, K., & Üncel, R. (2020). Gelişen Web Teknolojilerinin (web 1.0-web 2.0-web 3.0) Türkiye Turizmine Etkisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi, 3*(3)-289.

Kara, T. (2013). *Sosyal Medya Endüstrisi* . İstanbul: Beta Yayınları.

Karabulut, N. (2009). Yeni Medya Teknolojileri Ve Halkla İlişkiler,. *İstanbul, Beykoz Lojistik Meslek Okulu Yayınları*.

Karaca, Ş. (2015). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama*. İstanbul: Beta Yayıncılık.

Karaçor, S., Dereli , A. B., & Yörük, E. E. (2019). Publıc Servıce Announcements As Health Communıcatıon Instrument: An Analysıs On Turkısh Republıc Mınıstry Of Health, International Asian Congress On Contemporary Sciences II, (s. 360-367).

Karahan, A., & Özgür, E. (2016). Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Karakulakoğlu, S. E. (2015). Geleceğin Web Teknolojileri: Web 3.0 ve Etkileşim. *İletişimde Sosyal Medya Sosyal Medyada Etkileşim* (s. 111-131). içinde İstanbul: Kalkedon Yayınları.

Kartal, Ö., & Yeşilyurt, E. (2017). İş Görenlerin Görevlerini Gerçekleştirme Düzeylerinde Emir ve Talimat Biçiminin Belirleyiciliği: Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *The International New Issues in Social Sciences, 4*(4), s. 77-88.

Kavak, G. D. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1*(1), s. 14-20.

Kavaz, İ., & Zorlu, T. (2018). Polikliniklerde Fonksiyonel Konfor Etmenlerinden Yön Bulma Davranışı Üzerine Bir Araştırma. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*(6)-204. doi:10.21923/jesd.363136

Kavuncubaşı, Ş. (2013). Hastane Organizsyonu. S. Ed: Haydar, & T. Palteki içinde, *Hastane Yönetim* (s. 33-42). İstanbul.: Nobel Tıp Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Keeter, S. (2022). *Public Opinion Polling Basics*. Kasım 2022 tarihinde Pew Research Center: https://www.pewresearch.org/course/public-opinion-polling-basics/ adresinden alındı

Kerman, U., & Altan, Y. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,*, s. 1-23.

Ketenci, P. G., Büyük, S. A., Balci, Z. A., Öztekin, Ö., Güner, S., Göktaş, Ö., & Göksel, M. M. (2021). E-Nabız Uygulamasının Bilinirliği: Bir Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,, 24*(1), s. 63-80.

Khan, H., Khan, M. F., & Naeem, F. (2021). Management of Public Relations in Hospitals. *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development (September-2021), 7*, s. 10-16. doi:10.17605/OSF.IO/HAF3E

KHGM. (2017). *Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü*. Ocak 2020 tarihinde Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu : https://https://khgm.saglik.gov.tr/

Eklenti/21853/0/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017pdf.pdf adresinden alındı

Kılıç, T. (2017). E-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3)-217.

Kinnick, K. N. (2003). How Corporate America Grieves: Responses to September 11 in Public Relations Advertising. *Public Relations Review, 29*(4)-459. doi:10.1016/j.pubrev.2003.08.006

Kıraç, R. (2019). Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6*(3), 189-195.

Koca, F. (2022, 12 31). *@drfahrettinkoca*. Twitter: https://twitter.com/drfahrettinkoca/ status/1609185180232687617?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1609185180232687617%7Ctwgr%5E45f19c523e6301b36004007709a5b4cfcc687b98%7Ctwcon%5Es1_&ref_url=https%3A%2F%2Ftwitframe.com%2Fshow%3Furl%3Dhttp adresinden alındı

Koca, F. (2023, 6 2). *Evde Sağlık Hizmeti Sunum Kapsamı Genişletildi*. Twitter.com: https://twitter.com/drfahrettinkoca/status/1664514887945519104 adresinden alındı

Kocabulut, Ö., & Albayrak, T. (2017). Web Sitesi Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi,, 28*(2)-303.

Koçyiğit, M., & Özüpek, M. (2014). Halkla İlişkiler Uygulamalarının Kurum İmajına Etkisi: Vodafone Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 2*(3)-177.

konyaesh.saglik.gov.tr. (2018). *Evde Sağlık Hizmeti Nedir?* konyaesh.saglik.gov.tr: https://konyaesh.saglik.gov.tr/TR-108002/evde-saglik-hizmeti-nedir.html adresinden alındı

konyasehir.saglik.gov.tr. (2022). *Navigasyon Uygulamamız*. konyasehir.saglik.gov.tr: https://konyasehir.saglik.gov.tr/TR-816556/navigasyon-uygulamamiz.html adresinden alındı

Kopmaz, B., & Arslanoğlu, A. (2018). Mobil Sağlık Ve Akıllı Sağlık Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5*(4)-255.

Korkmaz, S. (2014). Sağlık Sektöründe Çağrı Merkezleri Temsilcilerinin Davranışlarına İlişkin Tüketici Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Uygulama. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*(13), s. 45-67.

Korkmaz, S., & Hoşman, İ. (2018). Sağlık Sektöründe Tele-Tıp Uygulamaları: Tele-Tıp Uygulama Boyutlarını İçeren Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 4*(3)-263.

Kurşun, A., & Kaygısız, E. (2018). Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Uygulamalarına Yönelik Memnuniyet Ve Erişilebilirlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*-409.

KVKK. (2016). *Kişisel Verilerin Kullanılması Kanunu*. mevzuat.gov.tr: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6698.pdf adresinden alındı

Leech, N. L., Barrett, K. C., & Morgan, G. A. (2008). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation. (3. Baskı)*. Taylor & Francis.

Lindsay, B., & Gitelman, B. (2012). Communication Technology and Social Media: Opportunities and Implications for Healthcare Systems. *Online journal of issues in nursing*, s. 1-16. https://www.proquest.com/docview/1428550219?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true adresinden alındı

Lorcu, F., & Demir, Ş. (2017). Webometrıks Sıralamasındaki Hastanelerin Sosyal Medya Kullanımı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3*(2)-118.

MacDonald, P. L., & Gardner, R. C. (2000). Type I error rate comparisons of post hoc procedures for I j Chi-Square tables. *Educational and psychological measurement, 60(5)*, 735-754. https://doi.org/10.1177/00131640021970871 adresinden alındı

Madden, G. R., Mesner, I. G., Cox, H. L., Mathers, A. J., Lyman, J. A., Sifri, C. D., & Enfield, K. B. (2018). Reduced Clostridium difficile tests and laboratory-identified events with a computerized clinical decision support tool and financial incentive. *infection control & hospital epidemiology, 39*(6)-740.

Maeen, & Z. (2015). Towards Social Network – Integrated E-Health: Identify User attitudes. *Procedia Computer Science*(55). doi:10.1016/j.procs.2015.07.091

Mandel, J., Kreda, D. A., Mandl, K. D., Kohane, I. S., & Ramoni, R. B. (2016). SMART on FHIR: a standards-based, interoperable apps platform for electronic health records. *Journal of the American Medical Informatics Association, 23*(5)-908. doi:10.1093/jamia/ocv189

Medicana Sağlık Grubu. (2023). *Sosyal Sorumluluk Projeleri*. https://www.medicana.com.tr/kurumsal/sosyal-sorumluluk-projeleri adresinden alındı

medicana.com.tr. (2023). *kurumsal/sponsorluklar*. www.medicana.com.tr: https://www.medicana.com.tr/kurumsal/sponsorluklar adresinden alındı

Medipol Sağlık Grubu. (2023). *Kurumsal Sosyal Sorumluluk*. https://medipol.com.tr/kurumsal/sosyal-sorumluluk adresinden alındı

Mendi, B. (2015). Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi, 11*(44)-290. doi:DO1: 10.14783/od.v11i44.5000080015

Mendi, B., & Akyazı, E. (2016). Kurumsal İletişim Aracı Olarak Web Bilişim Sistemlerinin Kullanılabilirliğinde Teknoloji Kabulü (Hastane Web Sitelerine Yönelik Bir Araştırma). *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi,, 4*(1)-477.

Mendi, O. (2012). E-Dönüşüm Sürecinde Sağlık Bilişimi Uygulamalarının Yeri Ve Hastaların E-Sağlık Uygulamaları Kapsamındaki Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gazetecilik Anabilim Dalı, İstanbul.

MHRS. (2023). *Merkezi Hekim Randevu Sistemi*. (S. Bakanlığı, Düzenleyen) www.mhrs.gov.tr: https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html#:~:text=MHRS%3B%20vatan

da%C5%9Flar%C4%B1n%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1na%20ba%C4%9Fl%C4%B1,hekimden%20randevu%20alabilecekleri%20bir%20sistemdir. adresinden alındı

MTI Events. (2019, December 18). *Try These Incentives for Healthcare Employees Who are Overworked*. Ocak 2021 tarihinde MTI Events: https://www.mtievents.com/blog/try-these-incentives-for-heathcare-employees-who-are-overworked/ adresinden alındı

Muylle, S., Moenaert, R., & Despontin, M. (2004). The Conceptualization and Empirical Validation of Web Site User Satisfaction. *Information & management, 41*-560. doi:10.1016/S0378-7206(03)00089-2

MYK. (2019). *Mesleki Yeterlilik Kurumu*. https://portal.myk.gov.tr/: https://portal.myk.gov.tr/index.php?fileName=19UMS0713-3%20Rev%2000%20 Hasta% 20Y%C3 %B6nlendirme% 20Personeli&dl= Meslek_Standartlari /4312/SON_TASLAK_PDF_20190329_115720.pdf adresinden alındı

Nazarizade, M., & Azizi, A. (2018). Enhancing economic growth, organizational expertise, and competitiveness with the use of knowledge management. *IMECS 2018 - International MultiConference of Engineers and Computer Scientists, 2*, s. 1-14. Hong Kong. http://www.iaeng.org/publication/IMECS2018/ IMECS2018_pp890-903.pdf adresinden alındı

Norman D., C., & Skinner H., A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *JMIR Publications, 8*(2). doi:10.2196/jmir.8.2.e9.

O'Connor, C., Friedrich, J. O., Scales, D. C., & Adhikari, N. K. (2009). The Use of Wireless E-Mail to İmprove Healthcare Team Communication. *Journal of the American Medical Informatics Association, 16*(5)-713. doi:https://doi.org/10.1197/jamia.M2299

OHSAD. (2022). *Hekimlerin Serbest Meslek Mükellefiyetleri ile İlgili Kanun Taslağı Hakkında*. ohsad.org: https://ohsad.org/hekimlerin-serbest-meslek-mukellefiyetleri-ile-ilgili-kanun-taslagi-hakkinda/ adresinden alındı

OHSAD. (2022). *Zorunlu Açıklama*. https://ohsad.org: https://ohsad.org/zorunlu-aciklama adresinden alındı

Okay, A., & Okay, A. (2002). *Halkla İlişkiler ve Medya*. İstanbul: MediaCat.

Okay, A., & Okay, A. (2014). *Halkla İlişkiler Kavram, Strateji ve Uygulamaları*. İstanbul: Der Yayınları.

Oktay, M. (1996). Halkla İlişkiler Mesleğinin İletişim ve Yöntem Araçları. İstanbul: Der Yayınları.

Okursoy, A., & Özdemir, M. (2013). Hastane Performanslari Üzerine Etkili Olabilecek Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Kanonik Korelasyon Analizi Ile Incelenmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 5*(1), s. 21-31.

Olazo, D. B. (2023). Measuring the impact of CSR practices on customer satisfaction during pandemic: a quantitative study in the Philippines. *Social Responsibility Journal*. doi:https://doi.org/10.1108/SRJ-06-2022-0244

OMU Hastane. (2023). *Sosyal Sorumluluk*. https://hastane.omu.edu.tr/tr/kurumsal/sosyal-sorumluluk adresinden alındı

Onat, F. (2010). Bir Halkla İlişkiler Uygulama Alanı Olarak Sosyal Medya: Sivil Toplum Örgütleri Üzerine Bir İnceleme. *Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*(31)-121.

opensecrets.org. (2023). *Annual Lobbying Totals: 1998 - 2022*. www.opensecrets.org: https://www.opensecrets.org/orgs/american-medical-assn/lobbying?id=D000000068 adresinden alındı

O'Reilly, T. (2005). *What is Web 2.0: Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software*. http://www. oreillynet. com/pub/a/oreilly/tim/ news/ 2005/09/3 0/what-is-web-20. html. adresinden alındı

Organ, A., & Tekin, B. (2017). Şehir Hastanesi Kuruluş Yeri Seçimi Için Gri Ilişkisel Analiz Yaklaşimi: Denizli Ili Örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,, 4*(3)-278.

Özata, M. (2009). Sağlik Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülen e-sağlık projelerinin sağlık hizmeti sunumuna etkileri. *Journal of Azerbaijani Studies*, 444-464.

Özdemir, M. (2001). Türkiye'de Hastaneler İçin Yeni Organizasyon Modeli İhtiyacı. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı II, 7*(40)6 - 1288.

Özdemir, S. (2019). Sağlık İletişiminde Davranışsal Müdahale Tasarımı: İngiltere Online Hastane Randevu Sistemi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 20*(1)-365.

Özdemirci, F. (2018). Sağlık Bilgi Sistemleri Yönetimi ve Toplumsal Bellek/ Gelecek Açısından Değerlendirilmesi. *Bilgi Yönetimi Dergisi, 1*(2).

Özen, Ü., & Sarı, A. (2008). İnternet Reklamcılığı: İnternet Kullanıcılarının İnternet Reklamcılığı Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Bilişim Teknolojileri Dergisi, 1*(3), 15-26.

Özgülbaş, N., & Koyuncugil, A. S. (2008). Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi,*(40)-131.

Özsarı, S. H., Hoşgör, H., & Hoşgör, D. G. (2016). Hastane Web Site Performanslarının Halkla İlişkiler ve Tanıtım Açısından İncelenmesi: Türkiye, Hindistan ve İrlanda Örnekleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,*-217. http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/ 1701 622 adresinden alındı

Özyurt, E., Uğurlu, D., Erduran, S., Aykutluğ, M., Yetiş, S. D., Aydın, İ., & Alper, M. (2019). Patoloji sonuçlarının zamanında çıkmasına yönelik kademeli SMS uygulamaları Dışkapı modeli. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, s. 11-17.

Papatya, G., Papatya, N., & Hamşioğlu, A. B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Kırıkkale üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2*(1), 87-108.

Patrick, K., Raab, F., Adams, M., Dillon, L., Zabinski, M., Rock, C., & Norman, G. (2009). A text message-based intervention for weight loss: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research, 11*(1, e1100.), s. 1-9. https://www.jmir.org/2009/1/e1/10.2196/jmir.110019141433v11i1e1PMC272907319141433 adresinden alındı

Peker, S. V., Van Gıersbergen, Y., & Biçersoy, G. (2018). Sağlık Bilişimi ve Türkiye'de Hastanelerin Dijitalleşmesi. *Sağlık Akademisi, 3*(3)-267. doi:10.25279/sak.398078

Peltekoğlu, F. B. (2022). *Halkla İlişkiler Nedir?* Beta Yayınları.

PEW. (2020). *https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/10/30/key-findings-about-americans-views-on-covid-19-contact-tracing/*. https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/10/30/key-findings-about-americans-views-on-covid-19-contact-tracing/: https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/10/30/key-findings-about-americans-views-on-covid-19-contact-tracing/ adresinden alındı

PGDB. (2022). *Mobil Uygulamalar Birimi*. sbsgm.saglik.gov.tr: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,54982/mobil-uygulamalar-birimi.html adresinden alındı

Pişgin, A., & Ateşoğlu, İ. (2015). Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti ve Değiştirme Maliyetlerinin Müşteri Sadakati Üzerindeki Etkileri. *İşletme Araştırmaları Dergisi, 7*(4), 251-271.

Poirier, J., & Cobb, N. K. (2012). Social İnfluence as a Driver of Engagement in A Web-Based Health İntervention. *Journal of medical Internet research, 14*(1), s. 1-9. doi:https://doi.org/10.2196/jmir.1957

Pozantı, S. (2019). Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Kurum İçi İletişim. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 1*(1), s. 46-63.

PRSA. (2012, 03 04). *PRSA's Old Definition of Public Relations*. Eylül 2019 tarihinde Public Relation Society of America PRSA: https://web.archive.org/web/20120304145356/http://www.prsa.org/AboutPRSA/PublicRelationsDefined/Old%20Definition adresinden alındı

PRSA. (2022, May 17). *What is Public Relations? PRSA's Widely Accepted Definition*. Ağustos 2022 tarihinde Public Relation Society of America: https://web.archive.org/web/20120409055616/http://www.prsa.org/AboutPRSA/PublicRelationsDefined/index.html adresinden alındı

Rahman, S., Erdem, R., & Devebakan, N. (2007). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 9*(3), s. 37-55.

Razmak, J., & Bélanger, C. H. (2017). Comparing Canadian physicians and patients on their use of e-health tools., 51, . *Technology in Society*(51), 102-112.

Resmi Gazete. (2022, 11 28). www.resmigazete.gov.tr: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/11/20221128.pdf adresinden alındı

Resmi Gazete. (2023, 03 22). *Sürekli İşçi Alım İlanı*. www.resmigazete.gov.tr/ilanlar/eskiilanlar/2023/03/20230322-4-8.pdf adresinden alındı

Riggulsford, M. (2013). *Health and Medical Public Relations*. London: Routledge - Taylor & Francis Ltd.

Ristino, R. J. (2007). Communicating with External Publics: Managing Public Opinion and Behavior. *Health Marketing Ouarterly*(24), s. 55-80. doi:10.1080/07359680802119025

Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970, June). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly, 15*(2)-163. doi:https://doi.org/10.2307/2391486

Robledo, D. (2012). Integrative use of Social Media in Health Communication. *Online Journal of Communication and Media Technologies, 2*(4), s. 77-95. doi:10.29333/ojcmt/2400

Rogers, M. (1986). Communication Technology: The New Media in Society. New York: Simon & Schuster.

S.B.B. (2018). *Kamu Özel İşbirliği Raporu.* Strateji ve Bütçe Başkanlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel_Isbirligi_Raporu-2018.pdf adresinden alındı

SABİM. (2023). *https://sabim.gov.tr/Kurumsal#amac*. sabim.gov.tr: https://sabim.gov.tr/Kurumsal#amac adresinden alındı

SAD-HSYK. (2022). *Hastane ve Sağlık Yönetimi Kongresi*. (SAD-Sağlık-Akademisyenleri-Derneği, Düzenleyen) http://www.hsyk-antalya.org/tr adresinden alındı

Sager, I., Hof, R., & Judge, P. (1996, June). The Information Appliance. *Bussines Week International Edition*.

saglik.gov.tr. (2022, 12 24). *Basın Duyuruları/MHRS Randevularında Sorun Yaşanmaması İçin İki Yeni Uygulama Başladı (24.12.2022)*. www.saglik.gov.tr/: https://www.saglik.gov.tr/TR,94138/mhrs-randevularinda-sorun-yasanmamasi-icin-iki-yeni-uygulama-basladi-24122022.html#:~:text=Yeni%20uygulama%20kapsam%C4%B1nda%20MHRS%20%C3%BCzerinden,m%C3%BCmk%C3%BCn%20olacakt%C4%B1r.%22%20uyar%C4%B1s%C4%B1%20%C3%A7%C4%B adresinden alındı

saglikpersoneli.com.tr. (2023). *Mecliste Kaç Sağlıkçı Vekil Var*. www.saglikpersoneli.com.tr: https://www.saglikpersoneli.com.tr/son-dakika/mecliste-kac-saglikci-vekil-var-h26880.html adresinden alındı

Sağlık Bakanlığı. (2007). 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek.

Sağlık Bakanlığı. (2015). *HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)*, Güncelleme Tarihi: 09/02/2015. https://dijitalhastane.saglik.gov.tr: https://dijitalhastane.saglik. gov. tr/ TR,4881/ hbys-hastane-bilgi-yonetim-sistemi.html#:~:text=HBYS%20(Hastane%20Bilgi%20Y%C3%B6netim%20Sistemi)%3A%20HBYS%2C%20bilgisayar%20programlar%C4%B1%20ve,yaz%C4%B1l%C4%B1mlar%20grubuna%20verilen%20genel%20add%C4%B1r. adresinden alındı

Sağlık Bakanlığı. (2016). *Kişisel Verilerin Korunması Kanunu,*. mevzuat.gov.tr: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6698.pdf adresinden alındı

Sağlık Bakanlığı. (2019). *e-sağlık*. https://e-saglik.gov.tr/ adresinden alındı

Sağlık Bakanlığı. (2023, Haziran). *Sağlık.NET Hakkında*. Aralık 2022 tarihinde e-nabız Kişisel Sağlık Sistemi: https://e-saglik.gov.tr/TR,6212/sagliknet-hakkinda.html adresinden alındı

Sarıhan, H. İ. (1998). *Teknoloji Yönetimi*. İstanbul: Desnet Yayınları.

SBGSM. (2018). *Tam Donanımlı Dijital Hastane Klavuzu*. dijitalhastane.saglik.gov.tr: https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/Eklenti/23473,tam-donanimli-dijital-hastane-kilavuzupdf.pdf?0 adresinden alındı

SBSGM. (2019). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü*. sbsgm.saglik.gov.tr: https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/37489/0/ahbsvemsurum11pdf.pdf adresinden alındı

SBSGM. (2020). *Genel Müdürlüğümüzün Görevleri*. sbsgm.saglik.gov.tr: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-1275/genel-mudurlugumuzun-gorevleri.html adresinden alındı

SBSGM. (2020). *Sağlık İstatitikleri Yıllığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı. S.B.S. Genel Müdürlüğü,. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0 adresinden alındı

SBSGM. (2021, 06 09). *Dr. e-Nabız Muayeneye Başladı*. sbsgm.saglik.gov.tr: https:///TR,77430/dr-e-nabiz-muayeneye-basladi.html adresinden alındı

SBSGM. (2022). *Yardım Masası*. sbsgm.saglik.gov.tr: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,32357/yardim-masasi.html adresinden alındı

SBÜ-G-EAH. (2022). *III. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi*. (S.-G. E. Hastanesi, Düzenleyen) www.kongreuzmani.com: https://www.kongreuzmani.com/2-uluslararasi-3-ulusal-saglik-bakim-hizmetleri-kongresi.html adresinden alındı

Schallmo, D., Williams, C. A., & Boardman, L. (2017). Digital Transformation of Business Models-Best Proctice, Enablers, and Roadmap. *International Journal of Innovation Management, 21*(8), 1740014- 1-17. doi:10.1142/S136391961740014X

Seçim, H. (1991). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu-Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi. İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayını No: 252.

SGK. (2015). *MEDULA-Optik-Uygulamasinda-E-Recete-ve-E-Rapor-Hakkinda-Duyuru*. www.sgk.gov.tr: https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/MEDULA-Optik-Uygulamasinda-E-Recete-ve-E-Rapor-Hakkinda-Duyuru-2022-12-28-09-35-30 adresinden alındı

SGK. (2023). *E-Rapor*. sgk.gov.tr: https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/00ac51cb-5080-4928-940e-5f4692757bc7/E-Rapor-2022-05-15-03-24-55 adresinden alındı

SGK. (2023, 01 07). *Medula Eczane Reçete ve Rapor Web Servisleri Kullanım Kılavuzu*. Aralık 2022 tarihinde medeczane.sgk.gov.tr: medeczane.sgk.gov.tr/doktor/SaglikTesisiReceteVeRaporWebServisleri.pdf adresinden alındı

SHGM. (2023). *Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması*. https://dosyasb.saglik. gov.tr/ Eklenti/45252,saglik-bakanligi-yatakli-saglik-tesisleri-rollerinin-belirlenmesine-iliskin-kriterler-832023pdf.pdf?0: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45252,saglik-bakanligi-yatakli-saglik-

tesisleri-rollerinin-belirlenmesine-iliskin-kriterler-832023pdf.pdf?0 adresinden alındı

Singh, A., Wilkinson, S., & Braganza, S. (2014). Smartphones and Pediatric Apps to Mobilize the Medical Home. *The Journal of Pediatrics, 165*(3)-610. doi:10.1016/j.jpeds.2014.05.037

Singh, K. P., & Gulati, D. (2011). Technological March from Web 1.0 to Web 3.0: a comparative study. *Library Herald, 49*(2)-157. https://www.indianjournals. com/ijor.aspx?target=ijor:lh&volume=49&issue=2&article=005 adresinden alındı

Singh, T. (2020). *Public Relations In Healthcare: What You Need To Know*. Nisan 2021 tarihinde SCoRe: https://scoreindia.org/blog/public-relations-healthcare-need-know/ adresinden alındı

Sözen, C., & Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim*. Nobel Yayıncılık.

Sözer, A. (2014). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*(15 (Özel Sayı))-253.

Sunaryo, W., Rubini, B., & Faruk, U. (2023). The Role of Social Media, Service Quality and Public Relation on Organization İmage. *International Journal of Data and Network Science*-410. doi:10.5267/j.ijdns.2022.9.006

Sundar, S. S., & Limperos, A. M. (2013). Uses and Grats 2.0: New Gratifications for New Media. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 57*(4)-525. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08838151.2013.845827 adresinden alındı

Sur, H. (2023). *Sağlık Bilişimi ve Teknolojilerinin Meslekleşmesi: Ülkemizde Durum*. 2023 tarihinde http://www.sdplatform.com: http://www.sdplatform.com/ Yazilar/ Kose-Yazilari/299/Saglik-bilisimi-ve-teknolojilerinin-mesleklesmesi-Ulkemizde-durum.aspx adresinden alındı

Sütcü, C. S., & Erdal, C. (2016). Research on Prolificacy of New Media İmplementations of Hospitals' PR Departments in Turkey. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*-176.

Sütsünbüloğlu, E., & Sayar, S. (2021). Dijital Hastane ve Hemşirelik Bakım. A. Aydın (Dü.) içinde, *Bakım Kalitesini İyileştirmede İnovasyon*. Akademisyen Kitabevi. http://acikerisim.karatay.edu.tr:8080/bitstream/handle/20.500.12498/5713/11%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alındı

Şahin, K., & Yıldız, Ü. (2021). *Hasta Hizmetleri Yönetiminde Yapay Zekâ*. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi Platformu: https://www.sdplatform.com/ Sayfalar/1/SD-Platform.aspx adresinden alındı

Şahin, Y. D. (2019). Hastane Yapıları Teknik ve Destek Hizmet Birimlerinin Mekânsal Büyüklük Analizi: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı

Hastanesi Örneği. *Çukurova Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergis, 34*(4)-216.

Şengül, Y. (2019). Türkiye'de Sağlık Bilişimi Altyapısının Kamusal Alandaki Gelişimi ve E-Sağlık Hizmetleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 1*(2), s. 14-20.

Şenol, U. (2021). Teletıp uygulamaları: Bugünden Geleceğe Öngörü ve Beklentiler. Y. Kutsal, & D. Aslan (Dü) içinde, *TELETIP Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları* (s. 121-126).

Şentürk, T., İkizler, C., & Aytekin, G. K. (2020). Sağlık Kurumlarında Tedarik Zinciri Yönetimi Kapsamında Stok Yönetiminin İncelenmesi: Bir Alan Araştırması. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, s. 7-46.

Şimşek, P., Günaydin, M., & Gündüz, A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8*(1)-127.

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi*. Şubat 2022 tarihinde ckysportal.sağlık.gov.tr: https://ckysportal.saglik.gov.tr/TR,4766/ikys.html adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014, Ekim 24). *Elektronik Belge Yönetim Sistemi Nedir?* Kasım 2021 tarihinde Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü: https://ebysportal. saglik.gov.tr/TR,2006/elektronik-belge-yonetim-sistemi-nedir.html#:~:text=Kurumumuzdaki%20belge%20ve%20bilgi%20al%C4%B1%C5%9F,ait%20s%C3%BCre%C3%A7lerinizi%20standart%20haline%20getirir. adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS) Kullanım Klavuzu*. Eylül 2021 tarihinde T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı: https://istanbulism.saglik.gov.tr/Eklenti/23711/0/hbbskullanimkilavuzpdf.pdf?_tag1=A1B1670F496B11698E2F082E2209BB5EDCE4E508 adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015, 05 02). *e-Nabız Genelgesi*. 2021 tarihinde sbsgm.saglik.gov.tr: https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/608/0/enabizgenelgeepdf.pdf adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Özel Hastaneler Yönetmeliği*. mevzuat.gov.tr: https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4854&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5 adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020, Haziran 10). *Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Minimum Veri Modeli*. Kasım 2021 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-12270/aile-hekimligi-bilgi-sistemi-minimum-veri-modeli-ahbs-vem.html#:~:text=10%20Haziran%202020-,Aile%20Hekimli%C4%9Fi%20Bilgi%20Sistemi%20Minimum%20Veri%2

0Modeli%20(AHBS%2DVEM),Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bilgi%20Sistemleri%20Genel adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Merkezi Hekim Randevu Sistemi*. Kasım 2022 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi: https://www.mhrs.gov.tr adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *E-Nabız Hakkında*. Aralık 2022 tarihinde E-NABIZ: https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index?lang=tr adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022, 12 14). *T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı*. Aralık 2022 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı: https://www.saglik.gov.tr /TR,11584/istatistikler-ve-yayinlar.html adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022, Şubat 10). *Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik*. Aralık 2022 tarihinde Resmi Gazete: https://www.resmigazete. gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı,. (2022). *neyimvar.gov.tr/giris*. neyimvar.gov.tr: https://neyimvar.gov.tr/giris adresinden alındı

Tamer G., Z., Daşlı, Y., & Biçer, E. B. (2020). Sağlık İletişiminde Yeni Yaklaşımlar: Dijital Medya Kullanımı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 22*(1), s. 42-52. doi:10.29249/selcuksbmyd.466855

Tanyıldızı, N. İ. (2021). *Dijital Dünyada Halkla İlişkiler*. Ankara: İksad Yayınevi.

Tarhan, A. (2014). Medyayla İlişkilerde Kurumsal Web Sayfalarının Kullanımı: Halkla İlişkiler Odaklı Bir Değerlendirme. *Selçuk İletişim Dergisi, 8*(2), s. 61-89.

Tarhan, A., & Bakan, Ö. (2013). *Belediyelerde Halkla İlişkiler Ve Vatandaşlık Algısı*. İstanbul: Literatürk Academia Yayıncılık.

Tatlıdil, H. (2002). *Uygulamalı Çok Değişkenli Istatiksel Analiz*. Ankara: Akademi Matbaası,.

Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

TDHUEY. (2022, 09 03). *Resmi Gazete*(31942). https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39700&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 adresinden alındı

TDK. (2023). *Türk Dil Kurumu Sözlüğü*. sozluk.gov.tr: https://sozluk.gov.tr/ adresinden alındı

Teke, K., Demir, C., Fedai, T., & Ersoy, K. (1999). GATA Eğitim Hastanelerine Başvuran Hastalara Sunulan Halkla İlişkiler Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 4*(1), s. 43-50.

teleradyoloji.saglik.gov.tr. (2023). *Teleradyoloji Nedir?* teleradyoloji.saglik.gov.tr: https://teleradyoloji.saglik.gov.tr/ adresinden alındı

Tengilimioğlu, D., & Öztürk, Y. (2016). *İşletmelerde Halkla İlişkiler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Tengilimoğlu, D. (2001). *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler*. Ankara: Gazi Kitapevi.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tezcan, C. (2016). Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık,. Ankara: TÜSİAD Yayınları,.

Theaker, A. (2004). *The Public Relations Handbook*. New York: Routledge.

Tikveş, Ö. (2003). Halkla İlişkiler ve Reklamcılık: Temel Bilgiler Uygulamalar. İstanbul: Beta Yayınları .

Tilson, D. (2010). Corporate Social Responsibility-A new imperative? A View of The Social Dimension of Public Relations Through The Rearview Mirror of Time. *In The Proceedings of the First International History of Public Relations Conference*, (s. 439-445).

TİTCK. (2023). *Akılcı İlaç Kullanımı*. www.titck.gov.tr: https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/akilci-ilac-kullanimi adresinden alındı

Tomic, Z., Lasic, D., & Tomic, T. (2010). Public Relations in Health Care. *Materia Socio Medica, 22*(1), s. 25-27.

Tosyalı, H., & Sütçü, C. (2016). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 3*(2), s. 3-22. doi:https://hdl.handle.net/20.500.12415/2550

Toygar, A. (2018). E-Sağlık Uygulamaları. *Yasama Dergisi*(37)-123.

tuik.gov.tr. (2022, Aralık). *Nüfus ve Konut Sayımı, 2021*. Aralık 2022 tarihinde data.tuik.gov.tr/: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-ve-Konut-Sayimi-2021-45866 adresinden alındı

Tunçel, H. (2011). Halkla İlişkiler Perspektifinden Kurumsal Vatandaşlık Anlayışına Bir Bakış. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*(14), s. 79-95.

U.S. HHS. (2017, June 17). *HIPAA for Individuals*. Aralık 2022 tarihinde Health Information Privacy: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html adresinden alındı

Uludağ, A. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler ve Hastayla Etkili İletişim. Konya: Tablet Kitabevi.

Ural, A., & Kılıç, İ. (2013). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS Veri Analizi,*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Ülke, R. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Uygulamaları Ve İnternet Bilgi Kaynaklarının Hastalar Tarafından Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi-Ankara İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi/Hastane İşletmeciliği , Ankara.

Van der Vaart, R., Drossaert, C. H., de Heus, M., Taal, E., & van de Laar, M. A. (2013). Measuring actual eHealth literacy among patients with rheumatic diseases: a qualitative analysis of problems encountered using Health 1.0 and Health 2.0 applications. *Journal of medical Internet research,, 15*(2), s. 1-17. doi:10.2196/jmir.2428

Werts, N., & Rogers, H. L. (2013). Barriers to Achieving e-Health Literacy. *American Journal of Health Sciences (AJHS), 4*(3)-120. https://clutejournals.com/ index.php/AJHS/article/download/8007/8061 adresinden alındı

WHO. (2005). *Fıfty-Eıghth World Health Assembly*. Worl Health Organization. 2023 tarihinde https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf adresinden alındı

WHO. (2016). Atlas of Ehealth Country Profiles: The Use of Ehealth İn Support of Universal Health Coverage: Based on The Findings of The Third Global Survery on Ehealth. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204523/9789241565219_eng.pdf;jsessionid=648FC546B3AEF2EEE5624A2E57828599?sequence=1 adresinden alındı

WHO. (2016). mHealth Symposium at WoHIT. *World of Health IT (WoHIT) Conference & Exhibition 2016*. Barselona, İspanya. https://www.digitalhealthnews.eu/wohit/4683-world-of-health-it-wohit-conference-exhibition-2016 adresinden alındı

WHO. (2022). *Hospitals*. May 2022 tarihinde World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/hospitals#tab=tab_1 adresinden alındı

Wilcox, D. L., Ault, P. H., & Agee, W. K. (2006). *Public Relations Strategies and Tactics, Sixth Edition*. USA: Longman Inc.

Williams, D. (1997). Hastane Yönetimi İlkeleri. O. Hayran, & H. Sur (Dü) içinde, *Hastane Yöneticiliği*. İstanbul: Nobel Tıp.

www.isinolsa.com. (2023, 03 22). *Sağlık Bakanlığı 520 Hasta Karşılama ve Yönlendirme Görevlisi Alım İlanı İŞKUR 2023*. www.isinolsa.com: https://www.isinolsa. com/kamu-iskur-alimi/saglik-bakanligi-520-hasta-karsilama-ve-yonlendirme-gorevlisi-h44105.html adresinden alındı

Yağmurlu, A. (2011). Kamu Yönetiminde Halkla İlişkiler ve Sosyal Medya. *Selçuk İletişim Dergisi, 7*(1), s. 4-15.

Yayla, E., & Çizmeci, B. (2022). T.C. Sağlık Bakanlığı'Nın Mobil Sağlık Uygulamalarının Bilinirliğine Yönelik Bir Araştırma. *Vizyoner Dergisi, 13*(33)-270.

Ye, J., Rust, G., Fry-Johnson, Y., & Strothers, H. (2010). E-mail in patient–provider communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 80*(2)-273. doi:10.1016/j.pec.2009.09.038

Yiğit, E., Uğur, H., Keleşmehmet, H., Alsan, Ş., & Çetin, T. (2019). Elektronik reçete uygulaması hakkında kalitatif bir değerlendirme. *The Journal of Turkish Family Physician, 10*(1), s. 2-17. doi:10.15511/tjtfp.19.00102

Yılmaz, E. (2013). Türkiye'de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri . *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*(Özel Sayı:3), s. 93-108.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5*, s. 69-74.

Yina, W. (2010). Application of Customer Relationship Management in Health Care . *2010 Second International Conference on MultiMedia and Information Technology* (s. 52-55). IEEE.

Yörük, E. E. (2023). Viral Pazarlamanın Tüketici Davranışları Üzerindeki Etkisinde Marka Sadakainin Aracılık Rolü. Konya: Tablet Kitabevi.

Yörük, E. E., & Summak, M. E. (2016). Kriz İletişiminde Güncel Yaklaşımlar ve Yeni Bir Fenomen: Sosyal Medya; Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 12(2)

YTKİY. (1983, Güncellenme Tarihi 27 Mayıs 2019). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*. www.mevzuat.gov.tr: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5 adresinden alındı

YTKİY. (2016). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*. www.mevzuat.gov.tr: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5 adresinden alındı

Yurdakul, N. B., Coşkun, G., & Öksüz, B. (2007). Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örneklemindeki Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 2*(1), s. 31-46.

Yurdakul, N., & Öksüz, B. (2007). Hastanelerde Bir Tanıtım Aracı Olarak Web Siteleri: İzmir İli Eğitim Hastaneleri ve Özel Hastanelerin Kurumsal Web Sitelerinin Kıyaslamalı Analizi. *Selçuk İletişim, 5*(1)-134.

Yücel, Y. K., Sümen, E., Bozkurt, S., Aktaş, A., Zayim, N., & Bilge, U. (2006). Kısa Mesaj ile Randevu Hatırlatma Sistemi. *III. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi*, (s. 81-86). https://turkmia.net/kongre2006/cd/pdf/yuce.pdf adresinden alındı

Yükcü, S., & Yüksel, İ. (2015). Hastane İşletmelerinde Kısıtlar Teorisi Yaklaşımı ve Örnek Bir Uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 29*(3)-578.

Yüksel, G. (2019). Kişisel Sağlık Verilerinin Hukuki Korunması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6*(1), s. 1-10.

Yükselen, C. (2003). *Pazarlama İlkeler-Yönetim - 4. Baskı*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Yzer, M. C., & Southwell, B. G. (2008). New Communication Technologies, Old Questions. *American Behavioral Scientist, 5*(21), s. 8-20. doi:10.1177/0002764208321

Zhao, J. (1999). *Public Relation*. Eylül 2019 tarihinde Archive.today: https://archive.md/2012.07.13-012953/http://findarticles.com/p/articles/mi_gx5209/is_1999/ai_n19125848/ adresinden alındı.