

ISSN:

e-ISSN : 2718-0794 - Baskı ISSN : 2757-5861

#### DERGİ HAKKINDA

Bağımsız bir akademik yayın organı olan "Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi" Eylül, Ocak ve Mayıs aylarında, yılda üç kez yayınlanan hakemli bir dergidir.

#### Yayın Türü

Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda Üç Sayı

#### Yayımcı

Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR

#### Yayın Kurulu Başkanı

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

#### Yayın Kurulu Başkan Yardımcısı

Dr. Öğr. Üy. Deniz Tugay ARSLAN

#### Yayın Sekreteri

Dr. Elif ERBAY

#### Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Öğr. Üy. Jebağı Canberk AYDIN

#### İstatistiksel Analiz Editörü

Doç. Dr. Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN

#### Teknik Editörler

Arş. Gör. Şura ALAN - Arş. Gör. Damlanur ARI - Arş. Gör. Büşra GÜL - Ali İhsan ÖKSÜZ - Arş. Gör. Zela ÖZYILDIZ

#### Dizgi - Grafik Tasarım

Pelikan Yayınevi Grafik Birimi

#### Basım Yeri

SAGE Yayıncılık Rek. Mat. San. Tic. Ltd. Şti Tel: (312) 341 00 02

## YAYIN KURULU

Çağdaş Erkan AKYÜREK, Ankara Üniversitesi

Şükrü Anıl TOYGAR, Tarsus Üniversitesi

Jebağı Canberk AYDIN, Trakya Üniversitesi

Deniz Tugay ARSLAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Altuğ Murat KÖKTAŞ, Necmettin Erbakan Üniversitesi

Aliye Aslı SONSUZ, İstanbul Medipol Üniversitesi

Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Elif ERBAY, Ankara Üniversitesi

Mustafa Said YILDIZ, T.C. Sağlık Bakanlığı

Mario A. PFANNSTIEL, Neu-Ulm University of Applied Sciences

Menderes TARCAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Mehmet TOP, Hacettepe Üniversitesi

Bernard TAHİRBEGOLLİ, Heimerer College Kosovo

Nebahat ÖZERDOĞAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Ersen ALOĞLU, Hacettepe Üniversitesi

Işıl Şirin SELÇUK, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Hüseyin ARSLAN, İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu

Vjosa HAJRULLAHU, Heimerer College Kosovo

E. Asuman ATİLLA, Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Emine ÇETİN ARSLAN, İzmir Bakırçay Üniversitesi

Mine BAYDAN, Ankara Üniversitesi

Mustafa Berkay AYDIN, Bursa Uludağ Üniversitesi

Aysu KURTULDU ZEKİOĞLU, Trakya Üniversitesi

Yasemin ÇEKİÇ, Ankara Üniversitesi

Duygu HATİPOĞLU AYDIN, Hacettepe Üniversitesi

Erdinç KALAYCI, Yozgat Bozok Üniversitesi

Çağdaş CEYHAN, Anadolu Üniversitesi

Hasan Hüseyin TEKİN, Necmettin Erbakan Üniversitesi

Fulya AKGÜL GÖK, Ankara Üniversitesi

Mustafa ÖZGÜR, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Selim TOSUN, Yozgat Bozok Üniversitesi

Ali ÜNAL, Hitit Üniversitesi

Tuğba YÜCEER KARDEŞ, Süleyman Demirel Üniversitesi

Taşkın TAŞTEPE, Ankara Üniversitesi

Çağdaş Salih MERİÇ, Gaziantep Üniversitesi

Eda Özge YAZGAN, İnönü Üniversitesi

İbrahim H. CANSEVER, Süleyman Demirel Üniversitesi

Hatem H. ALSAQQA, Ankara Üniversitesi

Tamadur SULEIMAN SHUDAIFAT, Al al-Bayt Üniversitesi

Ebru YÜKSEL HALİLOĞLU, Gazi Üniversitesi

Fatma MANSUR, Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Fikriye YILMAZ, Başkent Üniversitesi

Gamze TARCAN, Hacettepe Üniversitesi

Emre ÖZCAN, Başkent Üniversitesi

Songül ÇINAROĞLU, Hacettepe Üniversitesi

Vahit ÇALIŞIR, İskenderun Teknik Üniversitesi

Serap DURUKAN KÖSE, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Tuncay KÖSE, Muğla Sıtkı KOÇMAN Üniversitesi

Orhan PARILDAR, T.C. Sağlık Bakanlığı

Ahmet KAR, Kırıkkale Üniversitesi

Mustafa KAYA, Kırıkkale Üniversitesi

Sema DÖKME YAĞAR, Başkent Üniversitesi

Fedayi YAĞAR, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Ferhat BAŞ, T.C. Sağlık Bakanlığı

Yetkin GÜRVARAR, T.C. Sağlık Bakanlığı

## ÖN SÖZ

*Bilimin ve bilginin ışığıyla çalışanlara, üretenlere,*

*Yeni Sayımızla Merhaba!*

İnsan yaşamının her geçen gün daha da zorlaştığı bir zaman dilimini tecrübe ediyoruz. En yıkıcısından en ufağına kadar tüm bu zorluklar karşısında en emin çıkış yolunun, en hakiki mürşit olan “Bilim” tarafından gösterildiği değişmeyecek bir gerçek olarak karşımızda. Bu gerçeği özümsemiş araştırmacıların çabaları, katkıları ve meraklarını dindirme çabası içerisindeki okurlarımızın varlığı dergimizin temel yaşam kaynağıdır.

Ve yine her bir sözcüğünün altına imzamızı atarak:

Biz *Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi* olarak, araştırmacıları dayanaksız biçimde kalıplara sokmaya çalışmayan, farklı sesleri ve görüşleri değersizleştirme çabası gütmeyen, şans tanıyan ve bunu bilimsel ve etik kurallardan ödün vermeden gerçekleştirme amacıyla, **bağımsız** bir yayın organı olmayı sürdüreceğiz. İlkeli, dürüst, sadece kendi emeğine güvenerek, kendi zekâsını kullanma cesaretini göstererek sorgulayan, yazan, üreten ve paylaşan araştırmacılara, akademisyenlere ve okurlara selam olsun.

SHKUD Yayın Kurulu Adına

**Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK**

*Yayın Kurulu Başkanı*

# SAĞLIKTA METİN MADENCİLİĞİ: TEORİ VE UYGULAMA



DR. SEMA DÖKME YAĞAR  
DOÇ. DR. ÇAĞDAŞ ERKAN AKYÜREK

## Üniversite Öğrencilerinin Acil Uzaktan Eğitim Uygulamalarına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi

Caner Yağız<sup>1</sup> \* Canan Çınar<sup>2</sup> \* Özge Kavak<sup>3</sup> \* Özge Pelin Öz<sup>4</sup> \* Murat Dalkılıç<sup>5</sup><sup>1,3,4,5</sup> Lisans Öğrencisi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü<sup>2</sup> Arş. Gör., Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

| MAKALE BİLGİSİ   | ÖZET   |
|--|--|
| <p><b>Makale Türü:</b><br/>Araştırma Makalesi</p> <p><b>Anahtar Sözcükler:</b><br/>Afetler, e-öğrenme, memnuniyet, öğrenciler, uzaktan eğitim.</p> <p><b>Sorumlu Yazar</b><br/>Caner Yağız<br/>Canan Çınar<br/>Özge Kavak<br/>Özge Pelin Öz<br/>Murat Dalkılıç</p> <p><b>E-mail:</b><br/><sup>1</sup> caneryagiz70@gmail.com<br/><sup>2</sup> canankaragac@gmail.com<br/><sup>3</sup> kavakozge38@gmail.com<br/><sup>4</sup> bpelinoz@gmail.com<br/><sup>5</sup> mrt505240@gmail.com</p> | <p><i>Bu araştırmanın amacı, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin acil uzaktan eğitim uygulamalarına ilişkin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir. İlişkisel tarama modeli türündeki bu araştırmanın evrenini, 2023-2024 güz yarıyılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 1611 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmış olup, toplamda 606 öğrenci ait veriler araştırma kapsamında incelenmiştir. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "e-Öğrenme Sürecine İlişkin Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmada, öğrencilerin %86,1'inin kadın, %60,6'sının 21 ile 23 yaş aralığında ve %32,3'ü ise ikinci sınıfta öğrenim gördüğü tespit edilmiştir. Öğrencilerin e-öğrenme sürecine ilişkin memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması 93,38 olduğu bulunmuştur. Yaş, bölüm, sınıf, uzaktan eğitime yönelik eğitim alma, özel çalışma alanı mevcudiyeti, not ortalaması ve internet bağlantısı değişkenleri açısından e-öğrenme sürecine ilişkin memnuniyet düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Araştırma sonuçları öğrencilerin uzaktan öğretim faaliyetlerinden yararlanma süresi arttıkça memnuniyet düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bu kapsamda, yükseköğretim kurumlarından gerçekleştirilecek acil uzaktan öğretim uygulamalarında öğrenci memnuniyetinin artırılması, öğretim sürecinin kalitesi ve başarısında anahtar role sahip olacaktır.</i></p> |

## 1. GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca toplumsal yaşamı doğrudan etkileyen katastrofik olaylardan birisi olan deprem (Eren, 2023), insanlar üzerinde yıkıcı etkilere neden olan ve öngörülemeyen doğal afetler arasındadır (Karabulut ve Bekler, 2019). 6 Şubat 2023 tarihinde saat 04.17'de meydana gelen Kahramanmaraş merkezli 7,7 büyüklüğündeki depremin ardından saat 13.24'te 7,6 büyüklüğünde ikinci bir deprem gerçekleşmiş ve Türkiye'de 11 ilde birçok kayıp yaşanmasına neden olmuştur (Utkucu vd. 2023). Yaşanan deprem sonrasında Türkiye'de acil uzaktan eğitim konusu yeniden gündeme gelmiştir. Deprem felaketinin ardından Türkiye'deki yıkıcı etkileri nedeniyle yükseköğretim kurumlarında 2022-2023 eğitim ve öğretim yılı bahar döneminin acil uzaktan eğitim yoluyla tamamlanmasına karar verilmiştir (Yüksek Öğretim Kurumu [YÖK], 2023).

Acil uzaktan eğitim, kriz dönemlerinde ortaya çıkan yüz yüze eğitimin eksiklerini tamamlamaya çalışan ve öğrenenlere geçici öğretimsel destek fırsatları sunan uzaktan eğitim şeklidir (Sezgin, 2021). Farklı zaman ve mekanlarda çevrimiçi kitle iletişim araçları vasıtasıyla öğrenenlere bilginin aktarımı için gereken tüm düzenlemeleri kapsayan (Moore, 1990) olan uzaktan eğitim; iyi planlanmış bir alt yapıya sahip bir eğitim-öğretim modelidir (Sezgin, 2021). Uzaktan eğitim ve acil uzaktan eğitim ortamları birbirinden farklı süreçleri ve uygulamaları içermektedir. Uzaktan öğrenme ortamlarının hazırlanması uzun bir süreci kapsayan ve iyi planlanmış faaliyetleri kapsarken; acil uzaktan öğrenme ortamlarının hazırlanması ise iyi planlanmamış ve kriz zamanlarına karşı ani geçiş yapılmak zorunda kalınan uzaktan eğitim uygulamalarını kapsamaktadır (Hodges vd. 2020). Acil uzaktan eğitimde, kriz durumlarından dolayı öğretim faaliyetleri geçici bir sunum moduna aktarılmaktadır. Kriz veya felaket durumlarında alınan kararların temel amacı iyi bir eğitim sistemi oluşturmak değildir. Aksine, bu tip durumlarda öğreten ve öğrenenlere güvenilir ve geçici bir biçimde erişim sağlayan ortamlar sunmaktır (Fidan, 2020).

Çevrimiçi platformlarda yapılan uzaktan eğitim ve öğretim uygulamalarının popülerlik kazanması eğitim sisteminde kökten değişiklikler yaşanmasına neden olmuştur (Maheshwari, 2021). Uzaktan eğitimin tarihi incelendiğinde, bu denli ani ve büyük ölçekte uygulamalara rastlanmamaktadır (Fidan, 2020). Tüm toplumsal yapıları etkileyen COVID-19 pandemisiyle birlikte eğitim ve öğretim faaliyetleri de etkilenmiştir (Bulut ve Susar Kırmızı, 2021). Acil uzaktan eğitim uygulamaları, pandemi nedeniyle ortaya çıkan uluslararası eğitim krizine cevap olarak tüm dünyada yoğun şekilde uygulanmaya başlanmıştır (Çelebi, 2022; Sezgin, 2021). Özellikle, acil uzaktan eğitimde öğreten ve öğrenenlerin süreçte yaşamış oldukları sorunlar nedeniyle uzaktan eğitim uygulamalarına katılım konusunda büyük endişe kaynağı haline gelmiştir (Werang ve Radja Leba, 2022). Bu bağlamda, acil uzaktan eğitim sürecini farklı boyutlarıyla inceleyen ve araştıran bilimsel çalışmaların varlığı bu sürecinin değerlendirilmesinde önemli kanıtlar sunacaktır. Böylece, bu çalışmalar ileride yaşanacak benzer süreçlerin tekrarı durumunda iyileştirilmiş öğrenme ortamlarının hazırlanmasında yol gösterici olacaktır.

Yükseköğretim kurumlarında yürütülen acil uzaktan öğretim faaliyetlerinin değerlendirilmesinde öğrenci memnuniyeti; öğrencinin akademik başarısı (Dhaqane, 2016), uzaktan eğitim uygulamalarına katılımı (Werang ve Radja Leba, 2022), öğrenmede kalıcılık ve çabanın sürekliliği (He vd. 2014) gibi öğrenim sürecinin kalitesini ortaya çıkaracak ipuçları sunmaktadır (Gülbahar, 2012). Gonzalez vd. (2021)'na göre, öğretenlerin öğrenenleri daha objektif değerlendirdiği uzaktan eğitim ortamlarında öğrenci başarısı, uygulanan yeni öğrenme metodolojileri sayesinde olumlu yönde etkilenmektedir. Ayrıca, öğrenenlerin uzaktan öğretim faaliyetlerinden yararlanma düzeyi ve süresi arttıkça memnuniyet düzeyleri artmaktadır (Cakır, 2014). Literatür incelendiğinde, farklı evren ve örneklerde öğrenenlerin uzaktan öğretim uygulamalarına ilişkin memnuniyet düzeyleri ve uzaktan öğretimde etkili olan faktörlere ilişkin önemli bulgulara ulaşılmıştır (Atasoy vd. 2020; Bulut ve Susar Kırmızı, 2021; Dai ve Xia 2020; Talan, 2021; Yu, 2021). Ancak, literatürde Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesi altındaki tüm bölümlerde öğrenim gören öğrencilerinin özellikle Türkiye'de yaşanan deprem sonrasında uygulanan acil uzaktan eğitim uygulamalarına ilişkin memnuniyetlerine yönelik araştırmaya rastlanmamıştır. Sağlık bilimleri eğitimi, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinde önemli bir unsurdur (Güllü, Kara ve Akgün, 2024). Sağlık bilimleri alanında acil uzaktan eğitim dönemi, sağlık hizmeti sunumunun sürekliliğini ve meslekler arası öğrenme sürecini olumsuz etkileyebilmekte ve (Khalil ve ark., 2020) ve uygulamalı eğitimleri kesintiye uğraması nedeniyle öğrencilerin mesleki gelişiminde kaygıya neden olmaktadır (Abbasi vd., 2020). Bu araştırmada, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerinin acil uzaktan eğitim uygulamalarına ilişkin memnuniyet düzeyleri incelenmesi amaçlanmaktadır. Literatürde bu kapsamda bir araştırma bulunmaması bu araştırmanın önemini ve özgün değerini ortaya koymaktadır.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin acil uzaktan eğitim uygulamalarına ilişkin memnuniyet düzeylerinin bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan ve değişkenler arasındaki ilişkileri incelemeyi hedefleyen ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Soruları

- Katılımcıların acil uzaktan eğitim sürecine ilişkin memnuniyet düzeyleri nedir?
- Memnuniyet düzeyleri yaş, cinsiyet, bölüm, sınıf ve internet erişimi gibi sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?
- Acil uzaktan eğitimde kullanılan öğretim süreçleri ve teknolojik altyapı, öğrenci memnuniyetini nasıl etkilemektedir?
- Öğrencilerin derslere katılım süresi ile memnuniyet düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

### 2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2023-2024 güz yarıyılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların seçiminde, 2022-2023 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde acil uzaktan eğitim derslerine katılmış olma kriteri esas alınmış ve bu nedenle 1. sınıf öğrencileri kapsam dışında bırakılmıştır. Araştırma evreni, 401'i 2. sınıf, 437'si 3. sınıf ve 773'ü 4. sınıf olmak üzere toplam 1611 öğrenciden oluşmaktadır.

Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak 640 öğrenci (%39,7) araştırmaya katılım sağlamıştır. Eksik veya hatalı veri içeren 34 anket çalışmanın kapsamı dışında bırakılmış ve analizler toplam 606 geçerli anket üzerinden gerçekleştirilmiştir.

### 2.4. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik "Kişisel Bilgi Formu" ile Gülbahar (2012) tarafından geliştirilen 29 maddelik "e-Öğrenme Sürecine İlişkin Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır.

#### 2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve uzaktan eğitim sürecine ilişkin durumlarını belirlemek amacıyla sekiz sorudan oluşan bir kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Formda cinsiyet, yaş, sınıf düzeyi, bölüm, uzaktan eğitime yönelik eğitim alma durumu, özel çalışma alanı mevcudiyeti, not ortalamasındaki değişiklik ve internet bağlantısının yeterliliği gibi konular yer almıştır. Bu bilgiler, öğrencilerin memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörlerin analizinde kullanılmıştır.

#### 2.4.2. e-Öğrenme Sürecine İlişkin Memnuniyet Ölçeği

Öğrencilerin e-öğrenme sürecine ilişkin memnuniyet düzeylerinin saptanması amacıyla Gülbahar (2012) tarafından geliştirilen ölçek, 5'li likert tipinde ve 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçek sırasıyla "İletişim ve Kullanışlılık", "Öğretim Süreci", "Öğretim İçeriği", "Etkileşim ve Değerlendirme" olarak 4 alt boyuta ayrılmıştır. Araştırmada yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda, Kaiser Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,982 ve Barlett's testi anlamlı ( $p < 0,01$ ) bulunmuştur. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri 0,534 ile 0,819 arasında değişmektedir. Çalışmada her bir faktörün iç tutarlılığı incelendiğinde "İletişim ve Kullanışlılık" için 0,91, "Öğretim Süreci" için 0,93, "Öğretim İçeriği" için 0,94 ve "Etkileşim ve Değerlendirme" için ise 0,96 olarak bulunduğu belirtilmiştir (Gülbahar, 2012). Gülbahar (2012) çalışmasında ölçeğe ait Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0,96 bulunurken, bu çalışmada ise 0,94 bulunmuştur. Buna göre ölçeğin güvenilir olduğu görülmektedir.

## 2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Ankara Üniversitesi etik kurulundan 25.10.2023 tarih ve 56786525-050.04.04/1129773 sayılı karar ile onay alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere öncelikle araştırmanın kapsam ve amacı hakkında bilgi verilerek katılımcılardan yazılı onamları alınmıştır. Araştırma süresinde Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uyulmuştur.

## 2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, yalnızca Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerle sınırlıdır. Dolayısıyla, elde edilen bulgular diğer üniversitelerin öğrencileri veya farklı fakülteler için genellenemez. Ayrıca, veri toplama süreci 2023-2024 güz yarıyılı ile sınırlı olduğundan, farklı zaman dilimlerinde elde edilebilecek bulgularla karşılaştırılmaz. Çalışma, yalnızca öz-bildirime dayalı anketlerle gerçekleştirilmiş olup, öğrencilerin memnuniyet düzeyleri üzerinde etkili olabilecek diğer dışsal faktörler (örneğin, psikolojik durum veya çevresel koşullar) göz önüne alınmamıştır.

## 2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizi için SPSS 26,0 paket programından faydalanılmıştır. Araştırmada, verilerin çözümü ve yorumlanmasında üniversite öğrencilerinin acil uzaktan eğitim uygulamalarına ilişkin memnuniyet düzeylerini bazı demografik değişkenlere göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucundan gruplar arası anlamlı farklılığın tespit edilmesinde ise Bonferroni testi uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel testlerinde anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

## 3. BULGULAR

Araştırma, 2022-2023 güz yarıyılında öğrenim gören toplam 606 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %86,1'i kadın, %60,6'sı 21-23 yaş aralığında, %32,3'ü ise ikinci sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %28,7'si Sosyal Hizmet, %22,8'i Sağlık Yönetimi, %18,6'sı Ortez ve Protez, %15'i Beslenme ve Diyetetik, %14,9'u ise Çocuk Gelişimi bölümlerindedir. Katılımcıların %56,9'u uzaktan eğitime yönelik bir eğitim aldığını, %78,7'si uzaktan eğitim için özel bir çalışma alanına sahip olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, öğrencilerin %51,2'si acil uzaktan eğitime geçiş sonrası not ortalamalarının yükseldiğini, %50,7'si ise internet bağlantılarının yeterli olduğunu ifade etmiştir. (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğrencilere Ait Sosyodemografik Bilgiler (n=606)**

| Değişken                                   | Kategori              | n   | %    |
|--|-----------------------|-----|------|
| Cinsiyet                                   | Kadın                 | 522 | 86,1 |
|  | Erkek                 | 84  | 13,9 |
| Yaş  | 18-20                 | 202 | 33,3 |
|  | 21-23                 | 367 | 60,6 |
|  | 24+                   | 37  | 6,1  |
| Sınıf                                      | 2. sınıf              | 196 | 32,3 |
|  | 3. sınıf              | 224 | 37,0 |
|  | 4. sınıf              | 186 | 30,7 |
| Bölüm                                      | Beslenme ve Diyetetik | 91  | 15,0 |
|  | Çocuk Gelişimi        | 90  | 14,9 |
|  | Ortez ve Protez       | 113 | 18,6 |
|  | Sağlık Yönetimi       | 138 | 22,8 |
|  | Sosyal Hizmet         | 174 | 28,7 |
| Uzaktan eğitime yönelik eğitim alma durumu | Evet                  | 345 | 56,9 |
|  | Hayır                 | 261 | 43,1 |
| Kendine ait özel çalışma alanının varlığı  | Evet                  | 477 | 78,7 |
|  | Hayır                 | 129 | 21,3 |



|                            |                    |     |      |
|----------------------------|--------------------|-----|------|
| <b>Not ortalaması</b>      | Yükseldi           | 310 | 51,2 |
|                            | Düştü              | 108 | 17,8 |
|                            | Değişmedi          | 188 | 31,0 |
| <b>İnternet bağlantısı</b> | Oldukça yeterliydi | 153 | 25,2 |
|                            | Yeterliydi         | 307 | 50,7 |
|                            | Yetersizdi         | 146 | 24,1 |

Araştırmaya katılan öğrencilerin acil uzaktan eğitim sürecindeki genel memnuniyet puanı  $93,38 \pm 19,60$  olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, öğrencilerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede olduğunu göstermektedir; ölçek maddelerine verilen ortalama puan, beş üzerinden 3,22 olarak hesaplanmıştır. Memnuniyet ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin ortalama puanlar ise şu şekildedir: iletim ve kullanılabilirlik  $23,35 \pm 5,26$ , öğretim süreci  $25,10 \pm 6,23$ , öğretim içeriği  $13,76 \pm 3,49$  ve etkileşim ve değerlendirme  $31,16 \pm 8,01$ . Tüm alt boyutlar, öğrencilerin memnuniyet düzeylerinin orta seviyede olduğunu işaret etmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğrencilerin e-öğrenme Sürecine İlişkin Memnuniyet Puan Ortalamaları**

| e-öğrenme sürecine ilişkin memnuniyet ölçeği ve alt boyutları | Madde sayısı (k) | Min | Max | $\bar{X}$ | SS    | $\bar{X}/k$ |
|---|------------------|-----|-----|-----------|-------|-------------|
| İletim ve kullanılabilirlik                                   | 7                | 7   | 35  | 23,35     | 5,26  | 3,33        |
| Öğretim süreci  | 8                | 8   | 40  | 25,10     | 6,23  | 3,13        |
| Öğretim içeriği   | 4                | 4   | 20  | 13,76     | 3,49  | 3,44        |
| Etkileşim ve değerlendirme                                    | 10               | 12  | 50  | 31,16     | 8,01  | 3,11        |
| Ölçek toplam puanı  | 29               | 34  | 141 | 93,38     | 19,60 | 3,22        |

X: Aritmetik ortalama, SS=Standart sapma, Min: En Küçük Değer, Max: En Büyük Değer

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre e-öğrenme sürecine ilişkin memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, cinsiyet değişkeninin ölçek toplam puan ortalamaları ve alt boyutlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bununla birlikte, yaş değişkeni açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Ölçek toplam puan ortalaması, 18-21 yaş grubunda  $91,25 \pm 18,89$  iken, 24 yaş ve üzeri grupta  $99,15 \pm 17,83$  olarak bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Ayrıca, yaş değişkenine bağlı olarak "öğretim içeriği" ve "etkileşim ve değerlendirme" alt boyutlarında da anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 3)

**Tablo 3. Öğrencilerin e-öğrenme Sürecine İlişkin Memnuniyet Puanları (n=606)**

| Tanıtıcı Özellikler | Ölçek toplam ve alt boyut puanları |                     |                     |                            |                     |
|---------------------|------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|
|                     | İletişim ve Kullanılabilirlik      | Öğretim Süreci      | Öğretim İçeriği     | Etkileşim ve Değerlendirme | Toplam Puan         |
|                     | $\bar{X} \pm SS$                   | $\bar{X} \pm SS$    | $\bar{X} \pm SS$    | $\bar{X} \pm SS$           | $\bar{X} \pm SS$    |
| <b>Cinsiyet</b>     |                                    |                     |                     |                            |                     |
| Kadın               | $23,36 \pm 5,23$                   | $24,99 \pm 6,25$    | $13,76 \pm 3,47$    | $31,09 \pm 8,06$           | $93,21 \pm 19,68$   |
| Erkek               | $23,25 \pm 5,47$                   | $25,77 \pm 6,09$    | $13,78 \pm 3,63$    | $31,62 \pm 7,63$           | $94,44 \pm 19,15$   |
| Test Anlamlılık     | Z= -,497<br>p=0,619                | Z= -,730<br>p=0,466 | Z= -,235<br>p=0,814 | Z= -,530<br>p=0,596        | Z= -,357<br>p=0,721 |

| <b>Yaş</b>  |               |               |               |               |               |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 18-20 (1)   | 23,22±5,16    | 24,39±6,00    | 13,58±3,49    | 30,04±7,62    | 91,25±18,89   |
| 21-23 (2)   | 23,31±5,40    | 25,32±6,35    | 13,71±3,50    | 31,63±8,13    | 93,98±20,04   |
| 24 ve üzeri (3)                                   | 24,36±4,26    | 26,81±5,83    | 15,27±3,15    | 32,69±8,25    | 99,15±17,83   |
| Test Anlamlılık                                   | KW=1,577      | KW=5,587      | KW=7,340      | KW=6,803      | KW=6,680      |
|   | p=,455        | p=,061        | <b>p=,025</b> | <b>p=,033</b> | <b>p=,035</b> |
| Anlamlı Fark                                      |               |               | 1-3; 2-3      | 1-2           | 1-3           |
| <b>Bölüm</b>                                      |               |               |               |               |               |
| Beslenme ve Diyetetik (1)                         | 23,74±5,39    | 23,82±6,24    | 13,93±3,51    | 29,28±7,98    | 90,78±19,14   |
| Çocuk Gelişimi (2)                                | 23,97±4,85    | 25,42±5,95    | 14,09±3,67    | 32,39±8,26    | 95,88±20,04   |
| Ortez ve Protez (3)                               | 22,16±5,23    | 23,96±6,83    | 12,76±3,72    | 29,48±7,86    | 88,38±20,30   |
| Sağlık Yönetimi (4)                               | 24,68±5,16    | 26,69±6,33    | 14,51±3,18    | 33,00±7,73    | 98,90±19,24   |
| Sosyal Hizmet (5)                                 | 22,53±5,24    | 25,08±5,60    | 13,56±3,35    | 31,14±7,81    | 92,33±18,37   |
| Test Anlamlılık                                   | KW=20,376     | KW=16,442     | KW=16,865     | KW=19,676     | KW=21,682     |
|   | <b>p=,000</b> | <b>p=,002</b> | <b>p=,002</b> | <b>p=,001</b> | <b>p=,000</b> |
| Anlamlı Fark                                      | 3-1; 3-2      | 1-4; 3-4;     | 3-1; 3-2;     | 1-2; 1-4; 1-5 | 3-2; 3-4;     |
|   | 3-4; 5-3; 4-5 | 4-5           | 3-4; 4-5      | 3-2; 3-4      | 2-4; 4-5      |
| <b>Sınıf</b>                                      |               |               |               |               |               |
| 2. Sınıf (1)                                      | 23,77±4,95    | 24,06±5,74    | 31,44±6,37    | 29,48±7,80    | 89,91±18,21   |
| 3. Sınıf (2)                                      | 23,49±5,33    | 25,33±6,46    | 31,76±5,93    | 31,81±7,83    | 94,54±20,38   |
| 4. Sınıf (3)                                      | 23,78±5,46    | 25,91±6,32    | 32,77±5,88    | 32,16±8,17    | 95,64±19,67   |
| Test Anlamlılık                                   | KW=5,292      | KW=9,016      | KW=2,492      | KW=11,846     | KW=9,990      |
|   | p=,071        | <b>p=,011</b> | p=,084        | <b>p=,003</b> | <b>p=,007</b> |
| Anlamlı Fark                                      |               | 1-2; 1-3      |               | 1-2; 1-3      | 1-2; 1-3      |
| <b>Uzaktan eğitime yönelik eğitim alma durumu</b> |               |               |               |               |               |
| Evet  | 23,63±5,23    | 25,69±6,12    | 14,11±3,36    | 31,55±8,13    | 95,00±19,53   |
| Hayır   | 22,97±5,28    | 24,32±6,29    | 13,30±3,62    | 30,65±7,82    | 91,25±19,53   |
| Test Anlamlılık                                   | Z= -1,242     | Z= -2,493     | Z= -2,615     | Z= -1,226     | Z= -1,973     |
|   | p=,214        | <b>p=,013</b> | <b>p=,009</b> | p=,220        | <b>p=,048</b> |
| <b>Kendine ait özel çalışma alanının varlığı</b>  |               |               |               |               |               |
| Evet  | 23,88±5,03    | 25,45±6,01    | 14,02±3,40    | 31,61±7,91    | 94,98±18,90   |
| Hayır   | 21,37±5,62    | 23,80±6,84    | 12,79±3,66    | 29,51±8,16    | 87,49±21,06   |
| Test Anlamlılık                                   | Z= -4,595     | Z= 2,802      | Z= -3,274     | Z= -2,836     | Z= -3,836     |
|   | <b>p=,000</b> | <b>p=,005</b> | <b>p=,001</b> | <b>p=,005</b> | <b>p=,000</b> |

| <b>Not ortalaması</b>      |               |               |               |               |               |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Yükseldi (1)               | 24,07±5,06    | 25,47±6,09    | 14,21±3,43    | 32,16±7,92    | 95,93±19,19   |
| Düştü (2)                  | 20,93±5,56    | 22,82±6,02    | 12,60±3,70    | 28,62±7,36    | 84,98±18,89   |
| Değişmedi (3)              | 23,54±5,03    | 25,80±6,30    | 13,70±3,33    | 30,97±8,18    | 94,01±19,46   |
| Test Anlamlılık            | KW=24,866     | KW=16,688     | KW=15,366     | KW=15,839     | KW=23,872     |
|                            | <b>p=,000</b> | <b>p=,000</b> | <b>p=,000</b> | <b>p=,000</b> | <b>p=,000</b> |
| Anlamlı Fark               | 2-1; 2-3      | 2-1; 2-3      | 2-1; 2-3      | 2-1; 2-3      | 2-1; 2-3      |
| <b>İnternet Bağlantısı</b> |               |               |               |               |               |
| Oldukça Yeterliydi (1)     | 25,36±5,25    | 27,11±6,09    | 14,84±3,46    | 33,16±8,49    | 100,49±19,41  |
| Yeterliydi (2)             | 23,47±4,84    | 24,73±6,19    | 13,60±3,37    | 30,89±7,58    | 92,71±18,70   |
| Yetersizdi (3)             |               | 23,75±5,96    | 12,97±3,53    | 29,65±7,98    | 87,35±19,46   |
| Test Anlamlılık            | 20,96±5,21    | KW=24,252     | KW=21,606     | KW=16,332     | KW= 33,524    |
|                            | KW=48,568     | <b>p=,000</b> | <b>p=,000</b> | <b>p=,000</b> | <b>p=,000</b> |
| Anlamlı Fark               | <b>p=,000</b> | 2-1; 3-1      | 2-1; 3-1      | 2-1; 3-1      | 2-1; 3-1; 3-2 |
|                            | 2-1; 3-1; 3-2 |               |               |               |               |

$\bar{X}$ : Aritmetik ortalama, SS=Standart sapma, Z= Mann-Whitney U testi Z değeri, KW= Kruskal-Wallis testi,  $p<0,05$ .

Araştırma sonuçları, bölüm değişkeninin ölçek toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yarattığını göstermektedir ( $p<0,05$ ). Beslenme ve Diyetetik bölümünün toplam puan ortalaması 90,78±19,14; Çocuk Gelişimi bölümünün 95,88±20,04; Ortez ve Protez bölümünün 88,38±20,30; Sağlık Yönetimi bölümünün 98,90±19,24 ve Sosyal Hizmet bölümünün 92,33±18,37 olarak hesaplanmıştır. Sağlık Yönetimi bölümü, tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamalara sahip olurken, özellikle "iletişim ve kullanılabilirlik" ile "öğretim süreci" alt boyutlarında diğer bölümlere kıyasla belirgin bir üstünlük göstermiştir. Bu durum, Sağlık Yönetimi öğrencilerinin ders içeriklerinin dijital araçlara daha uygun olması veya teknolojik altyapıya daha aşina olmaları ile açıklanabilir (Tablo 3).

Benzer şekilde, sınıf değişkeninin ölçek toplam puanı ile "öğretim süreci" ve "etkileşim ve değerlendirme" alt boyutları üzerinde anlamlı farklılık yarattığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). İkinci sınıfların toplam puan ortalaması 89,91±18,21, üçüncü sınıfların 94,54±20,38 ve dördüncü sınıfların 95,64±19,67 olarak bulunmuştur. Üst sınıf öğrencilerinin özellikle "öğretim içeriği" ve "etkileşim ve değerlendirme" alt boyutlarında daha yüksek puanlar alması, deneyim kazandıkça uzaktan eğitime olan uyumlarının arttığını göstermektedir (Tablo 3).

Ayrıca, uzaktan eğitime yönelik eğitim alma durumunun ölçek toplam puanı ile "öğretim süreci" ve "öğrenim içeriği" alt boyutları üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Uzaktan eğitime yönelik eğitim alan öğrencilerin toplam puan ortalaması 95,00±19,53 olarak tespit edilmiştir. Bu öğrenciler, özellikle "öğretim içeriği" ve "iletişim ve kullanılabilirlik" alt boyutlarında daha yüksek memnuniyet puanları bildirmiştir. Bu durum, uzaktan eğitim süreçleri hakkında bilgi sahibi olmanın öğrencilerin genel memnuniyetini artırdığını göstermektedir (Tablo 3).

#### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihinde "asrın felaketi" olarak nitelendirilen Kahramanmaraş Depremi sonrasında uygulanan acil uzaktan eğitim uygulamalarına ilişkin Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin acil uzaktan öğrenim sürecine ilişkin memnuniyet düzeylerinin orta seviyede olduğu bulunmuştur. Bu araştırma sonuçları, alanyazında öğrenci memnuniyetinin araştırıldığı çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Atasoy vd. 2020; Talan, 2021). Literatürdeki bir çalışmada, öğrencilerin uzaktan eğitimle verilen dersleri ilgi çekici buldukları ve öğrenmede etkili bir sistem olduğu belirtilmiştir (Talan, 2022). Uzaktan öğrenim uygulamaları öğrencilere esnek mekân ve zaman olanağı sunmakla birlikte aynı zamanda öğrencilerin akademik başarılarını da artırmaktadır (Bulut ve Susar Kırmızı, 2021; Dai ve Xia, 2020). He vd. (2021) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, uzaktan eğitim ortamlarında öğrenim gören öğrencilerin memnuniyet düzeyleri yüz yüze sınıf

ortamlarında öğrenim gören öğrencilere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Arıcı ve Karaçay (2023) çalışmasında, uzaktan eğitim sürecinde öğrencilerin dersleri kayıttan takip etmeyi tercih etmek istediklerini ortaya çıkarmıştır.

Araştırmada, öğrenci memnuniyet ölçeğinin tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları orta düzeydedir. “Öğretim içeriği” en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyut iken “etkileşim ve değerlendirme” ise en düşük puana sahip alt boyuttur. Korkmaz ve Balcı (2024) çalışmasında “öğretim süreci”, “öğretim içeriği”, “iletişim ve kullanılabilirlik” ve “etkileşim ve değerlendirme” boyutlarında memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Al-Fraihat vd. (2020)’ne göre; e-öğrenme uygulamalarına yönelik algılanan kullanılabilirlik ve sistemin teknik özellikleri (kullanım kolaylığı, kullanıcı gereksinimlerini karşılama kapasitesi, sistemin bileşenleri arasında etkileşim) gibi unsurların öğrencilerin e-öğrenme memnuniyetlerine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda, iyi tasarlanmış uzaktan eğitim ortamlarının daha yüksek öğrenci memnuniyeti sağlayacağı söylenebilir.

Öğrenen ve öğreten arasındaki etkileşim, öğrenme süreci kalitesinin temel belirleyicisidir. Ve bu etkileşim öğrenmede sürdürülebilirlik ve kalıcılıkta önemli bir kavramdır (Atasoy vd. 2020). Cheng (2012) ise e-öğrenme ortamlarında öğretenlerin kilit bir rol oynadığını ve öğretenin e-öğrenmeye ilişkin öğrenci memnuniyeti ile doğrudan ilgili olduğunu ifade etmektedir. Uzaktan öğrenimde olumlu sınıf ikliminin oluşturulmasında önemli role sahip olan öğretenler (Kaufmann ve Vallade, 2022) ile öğrenenler arasındaki etkileşimin uzaktan öğrenimde öğrenci memnuniyetinin anlamlı bir yordayıcısı olduğunu literatürde yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Alqurashi, 2019; Bossman ve Agyei, 2022; Incebacak, 2022; Meşe, 2023). Bu bağlamda, uzaktan eğitim uygulamalarında öğreten-öğrenen etkileşimi ve öğrenen takibi giderek artan bir öneme sahip hale geldiği söylenebilir.

Öğrencilerin cinsiyet değişkenine göre memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir ve öğrencilerin memnuniyet puanları arasında tüm boyutlar açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Bu araştırma sonuçları alanyazındaki çalışma bulguları ile benzerlik gösterirken (Talan, 2021; Yu, 2021); Atasoy ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada ise cinsiyet değişkeni ile öğrencilerin e-öğrenme memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada 24 yaş ve üzerinde öğrencilerin memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonuçları alanyazındaki çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Korkmaz vd. 2015; Öztürk vd. 2017). Buna karşın, Uyurdağ ve Çerçi (2023) çalışmasında yaş ve uzaktan eğitim memnuniyeti arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada, öğrenim görülen bölüm ile öğrencilerin memnuniyet puanları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin memnuniyet puan ortalamaları diğer bölüm öğrencilerine kıyasla daha yüksektir. Sağlık bilimleri alanında öğrenim gören öğrencilerin e-öğrenmeye yönelik tutumlarının incelendiği bir çalışmada, bilgisayar kullanmayı iyi bilen öğrencilerin e-öğrenme metoduna daha olumlu baktığı sonucuna ulaşılmıştır (Ersöğütçü vd. 2024). Atasoy vd. (2020) çalışmasında, bilişim teknolojileri bölümü öğrencilerinin derse ilgi ve memnuniyetlerinin İngilizce öğretmenliği, psikolojik danışma ve rehberlik öğretmenliği bölüm öğrencilerinden daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu durum, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin almış oldukları ders içeriklerinin diğer bölüm öğrencilerine göre daha fazla bilgisayar kullanma olanağı sunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde bu farklılığın nedeni ilgili herhangi bir çalışma bulunmamakla birlikte özellikle mesleki uygulaması olan sağlık bilimleri alanında uzaktan eğitimin genel olarak öğrenciler tarafından olumlu algılandığı vurgulanmaktadır (Gül vd. 2021; Kızıltepe ve Kurtgöz, 2020; Tuna ve Şahin, 2023; Yorulmaz ve Söyler, 2022).

Araştırmada, özel çalışma alanı mevcudiyeti, not ortalaması ve internet bağlantısı değişkenleri açısından ölçek toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; kendine ait özel çalışma alanı, bu süreçte not ortalaması yükselen ve internet bağlantısının oldukça yeterli olduğunu belirten öğrencilerin, e-öğrenme ortamlarına ilişkin iletişim ve kullanılabilirlik, öğretim süreci, öğretim içeriği ve etkileşim ve değerlendirme faktörlerine ilişkin memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Uyurdağ ve Çerçi (2023) çalışmasında, teknolojiyi kullanma düzeyi yeterli ve yeterli düzeyde teknolojik alt yapıya sahip olan öğrencilerin e-öğrenme sürecindeki memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Acil uzaktan eğitimde en büyük endişe kaynağı öğrencilerin derse katılımı konusudur (Habeahan, 2022). Pandemi döneminde öğretmen adaylarının uzaktan eğitime ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada (Özer ve Turan, 2021); derslerin samimi ortamda işlenmemesi, internet bağlantısı ve kalıcı öğrenmenin sağlanamaması gibi sorular nedeniyle öğrencilerin olumsuz etkilendikleri bulunmuştur. Afşar ve Büyükdöğün (2020) yapmış olduğu çalışmada; sosyal ortamdan uzak kalma, anlaşılmayan konuları soramama ve internete erişememe gibi sorunlar nedeniyle öğrencilerin uzaktan eğitim yöntemini tercih etmek istemedikleri tespit edilmiştir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi, tüm dünyada eğitim ve öğretim faaliyetlerini önemli ölçüde etkilemiştir. Pandemi sürecinde uygulanan acil uzaktan eğitim, Türkiye’de yaşanan Kahramanmaraş Depremi gibi kriz durumlarında da tekrar gündeme gelmiştir. Acil uzaktan öğrenim süreçlerinde hem öğreticilerin hem de öğrencilerin çeşitli sorunlar yaşadığına ilişkin bulgular, bu sürecin bilimsel çalışmalarla kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda, uzaktan eğitimin iyileştirilebilmesi adına öncelikle öğrencilerin karşılaştığı zorlukların ve memnuniyet düzeylerinin analiz edilmesi kritik öneme sahiptir.

Bu araştırmada, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin acil uzaktan eğitim sürecine yönelik memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Araştırma sonuçları, öğrencilerin genel memnuniyet düzeylerinin orta seviyede olduğunu ortaya koymuş ve yaş, bölüm, sınıf düzeyi, uzaktan eğitime yönelik eğitim alma durumu, akademik başarı, özel çalışma alanı ve internet bağlantısı gibi değişkenlerin memnuniyet üzerinde anlamlı etkiler yarattığını göstermiştir. Bu bulgular, uzaktan eğitim ortamlarının ve içeriklerinin geliştirilmesinde, öğrencilerin bireysel farklılıklarının göz önünde bulundurulması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca, araştırmanın deprem gibi kriz dönemlerinde uzaktan eğitimin etkili bir şekilde uygulanmasına yönelik tasarım ve iyileştirme çalışmalarına rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

Uzaktan eğitim süreçlerinin başarısında öğrenci memnuniyeti kritik bir göstergedir. Bu nedenle, öğrenim ortamlarının ve içeriklerinin daha etkileşimli, kullanıcı dostu ve erişilebilir hale getirilmesi önerilmektedir. Araştırma bulguları, özellikle “etkileşim ve değerlendirme” alt boyutunda düşük memnuniyet düzeyleri olduğunu göstermiştir. Bu durum, öğretici-öğrenci etkileşimlerinin artırılması gerektiğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, uzaktan eğitim süreçlerinde öğrenci takibini kolaylaştıracak teknolojik altyapının güçlendirilmesi, ders materyallerinin çeşitlendirilmesi ve öğretim süreçlerinin daha etkileşimli hale getirilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın, farklı fakülte ve üniversitelerde yapılacak benzer çalışmalar için bir referans niteliği taşıyacağı düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalar için şu önerilerde bulunulabilir:

- **Nitel Araştırmalar:** Öğrenci memnuniyetini daha ayrıntılı incelemek için nitel araştırma yöntemlerinin (örneğin, derinlemesine görüşmeler ve odak grup çalışmaları) kullanılması.
- **Kapsamlı Örneklem:** Farklı üniversite ve fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin dahil edildiği geniş kapsamlı araştırmalar yapılması.
- **Öğretici Perspektifi:** Uzaktan eğitim süreçlerinde öğreticilerin karşılaştığı zorlukların ve öğretim kalitesinin değerlendirilmesi.
- **Uzun Vadeli Etkiler:** Uzaktan eğitimin akademik başarı, kariyer gelişimi ve öğrenci motivasyonu üzerindeki uzun vadeli etkilerinin incelenmesi.
- **Teknolojik Geliştirme Çalışmaları:** Eğitim platformlarının erişilebilirliği, kullanıcı dostu tasarımı ve teknik altyapı yeterliliğinin değerlendirilmesi.

Sonuç olarak, bu çalışma, kriz dönemlerinde uzaktan eğitim uygulamalarının iyileştirilmesine yönelik somut öneriler sunmakta ve gelecekte yapılacak araştırmalar için temel bir kaynak sağlamaktadır. Uzaktan eğitimde öğrenen ve öğreten etkileşimlerinin artırılmasının, daha yüksek düzeyde memnuniyet ve öğrenme başarısı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abbasi MS, Ahmed N, Sajjad B, Alshahrani A, Saeed S, Sarfaraz S, Alhamdan RS, Vohra F & Abduljabbar T. (2020) E-learning perception and satisfaction among health sciences students amid the COVID-19 pandemic. *Work*; 67:549-556. <https://doi.org/10.3233/wor-203308>
- Afşar B & Büyükdoğan B. (2020). Covid-19 pandemisi döneminde İİBF ve SBBF öğrencilerinin uzaktan eğitim hakkındaki değerlendirmeleri. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*; (5): 161-182.
- Al-Fraihat D, Joy M, Masa'deh R & Sinclair J (2020). Evaluating e-learning systems success: An empirical study. *Computers in Human Behavior*; 102: 67-86. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.08.004>
- Almanthari A, Maulina, S, & Bruce S. (2020). Secondary school mathematics teachers' views on e-learning implementation barriers during the COVID-19 pandemic: The case of Indonesia. *Eurasia journal of mathematics, science and technology education*; 16(7):

em1860. <https://doi.org/10.29333/ejmste/8240>.

- Alqurashi E. (2019). Predicting student satisfaction and perceived learning within online learning environments. *Distance Education*; 40(1): 133-148. <https://doi.org/10.1080/01587919.2018.1553562>.
- Arıcı S, & Karaçay T. (2023). Pandemi dönemi turizm rehberliği öğrencilerinin uzaktan eğitime ilişkin görüşleri. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*; 7(1): 301-323. <https://doi.org/10.32572/guntad.1243985>
- Atasoy R, Özden C & Kara DN. (2020). Covid-19 pandemi sürecinde yapılan e-ders uygulamalarının etkililiğinin öğrencilerin perspektifinden değerlendirilmesi. *Electronic Turkish Studies*; 15(6): 95-122. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44491>.
- Bossmann A & Agyei SK. (2022). Technology and instructor dimensions, e-learning satisfaction, and academic performance of distance students in Ghana. *Heliyon*; 8(4): e09200. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09200>
- Bulut S & Susar Kırmızı F. (2021). Covid-19 salgını sürecinde uzaktan eğitimde Türkçe dersine ilişkin sınıf öğretmenlerinin görüşleri. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*; 7(4): 1-30. <https://doi.org/10.51948/auad.960960>.
- Cheng YM. (2012). Effects of quality antecedents on e-learning acceptance. *Internet Research*; 22(3): 361-390. <https://doi.org/10.1108/10662241211235699>.
- Çakır O. (2014). The factors that affect online learners' satisfaction. *The Anthropologist*; 17(3): 895-902. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.852360>.
- Çelebi EZ. (2022). Sağlık bilimleri eğitiminde uzaktan eğitim. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*; 2(2): 88-96.
- Dai D & Xia X. (2020). Whether the school self-developed e-learning platform is more conducive to learning during the covid-19 pandemic?. *Best Evid Chin Edu*; 5(1): 569-580. <https://doi.org/10.15354/bece.20.ar030>.
- Dhaqane MK & Afrah NA. (2016). Satisfaction of students and academic performance in Benadir University. *Journal of Education and Practice*; 7(24): 59-63.
- Eren E. (2023). 2023 Gaziantep-Kahramanmaraş merkezli depremlerin Türk eğitim politika uygulamalarına etkisi. *Eğitim Yönetimi ve Politikaları Dergisi*; 4(1): 1-4.
- Ersöğütçü F, Çalışkan E & Kargın M. (2024). Sağlık Bilimleri Alanındaki Öğrencilerin E-Öğrenmeye Yönelik Tutumları İle Başarı Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*; 9(2): 284-292. <http://doi.org/10.5281/zenodo.11374911>
- Fidan M. (2020). Covid-19 belirsizliğinde eğitim: İlkokulda zorunlu uzaktan eğitime ilişkin öğretmen görüşleri. *Uşak Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi*; 6(2): 24-43. <https://doi.org/10.29065/usakead.736643>
- Gonzalez-Ramirez J, Mulqueen K, Zealand R, Silverstein S, Mulqueen C & BuShell S. (2021). Emergency online learning: College students' perceptions during the COVID-19 pandemic. *College Student Journal*; 55(1): 29-46.
- Gül ŞN, Kubilay SZ & Arslanoglu A. (2021). Sağlık yönetimi öğrencilerinin uzaktan eğitim ile ilgili algıları. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*; 3(2):159-165. <https://doi.org/10.61399/ikcusbfd.1061434>
- Gülbahar Y. (2012). E-öğrenme ortamlarında katılımcıların hazır bulunuşluk ve memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi için ölçek geliştirme çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 45(2): 119-137.
- Güllü A, Kara Mb & Akgün Ş (2024). Determining attitudes toward e-learning: what are the attitudes of health professional students?. *Journal of Public Health*; 32(1): 89-96.
- Habeahan NL, S, Leba SMR, Wahyuniar W, Tarigan DB, Asaloei SI & Werang BR (2022). Online teaching in an Indonesian higher education institution: Student's perspective. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*; 11(2): 580-587. <https://doi.org/10.11591/ijere.v11i2.21824>.
- He L, Yang N, Xu L, Ping F, Li W, Sun Q... & Zhang H. (2021). Synchronous distance education vs traditional education for health science students: A systematic review and meta-analysis. *Medical Education*; 55(3): 293-308. <https://doi.org/10.1111/medu.14364>
- He W, Xu G & Kruck SE. (2014). Online IS education for the 21st century. *Journal of Information Systems Education*; 25(2): 101-106.
- Hodges C, Moore S, Lockee B, Trust T & Bond A. (2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. *EDUCAUSE Review*; 27: 1-12.
- İncebacak BB. (2022). Pandemi döneminde çevrimiçi yaratıcı drama. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*; 24(2): 218-230. <https://doi.org/10.17556/erziefd.992687>
- Karabulut D & Bekler T. (2019). Doğal afetlerin çocuklar ve ergenler üzerindeki etkileri. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*; 5(2): 368-376. <https://doi.org/10.21324/dacd.500356>

- Kaufmann R & Vallade JI. (2022). Exploring connections in the online learning environment: Student perceptions of rapport, climate, and loneliness. *Interactive Learning Environments*; 30(10): 1794-1808. <https://doi.org/10.1080/10494820.2020.1749670>
- Khalil R, Mansour AE, Fadda WA, Almisnid K, Aldamegh M, Al-Nafeesah A, Alkhalifah A & Al-Wutayd O. (2020). The sudden transition to synchronized online learning during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia: A qualitative study exploring medical students' perspectives. *BMC Medical Education*; 20(1):285. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02208-z>
- Kızıltepe KS & Kurtgöz. A (2020). Hemşirelik öğrencilerinin Covid-19 pandemisi sürecinde aldıkları uzaktan eğitime yönelik tutum ve görüşlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*; 13(74):558-566.
- Korkmaz Ö, Çakır R & Tan SS. (2015). Öğrencilerin e-öğrenmeye hazırbulunuşluk ve memnuniyet düzeylerinin akademik başarıya etkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*; 16(3): 219-241.
- Korkmaz Z & Balcı Ö (2024). Üniversite Öğrencilerinin Çevrimiçi Öğrenmede Hazır Bulunuşluk ve Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*; 10(9): 1541-1549.
- Maheshwari G. (2021). Factors affecting students' intentions to undertake online learning: An empirical study in Vietnam. *Education and Information Technology*; 26: 6629– 6649. <https://doi.org/10.1007/s10639-021-10465-8>
- Meşe C. (2023). Öğrencilerin uzaktan öğrenme ortamında eğitim yaşantısının memnuniyete etkisi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*; 25(2): 312-324. <https://doi.org/10.17556/erziefd.1187670>.
- Moore MG. (1990). Contemporary issues in American distance education. Pergamon Press, Oxford.
- Özer S, Turan EZ. (2021). Öğretmen adaylarının Covid-19 nedeniyle sunulan uzaktan eğitime ilişkin görüşleri. *Turkish Studies-Education*; 16(2): 1049-1068. <https://dx.doi.org/10.47423/TurkishStudies.48147>.
- Öztürk A, Kara Y, Özkeskin EE & Uça Güneş EP. (2017). Açık ve uzaktan öğrenenlerin öğrenme yönetim sistemi ve öğrenme malzemelerine ilişkin memnuniyet durumları. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*; 3(4): 81-107.
- Sezgin, S. (2021). Acil uzaktan eğitim sürecinin analizi: Öne çıkan kavramlar, sorunlar ve çıkarılan dersler. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21(1), 273-296. <https://doi.org/10.18037/ausbd.902616>
- Talan T. (2021). COVID-19 salgını sürecinde öğrencilerin e-öğrenmeye hazır bulunuşluklarının ve memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. Ş. İlgün ve E. Altıntaş (Ed.), Yeni Nesil Eğitim Araştırmaları (23-56. ss.). Ankara: Iksad Publications.
- Talan T. (2022). Üniversite öğrencilerinin uzaktan eğitime ilişkin memnuniyet algıları üzerine bir araştırma. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*; 17(34):537-558. <https://doi.org/10.35675/befdergi.655628>
- Tuna R & Şahin S. (2023). COVID-19 Sürecinde Bir Devlet Üniversitesindeki Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Uzaktan Eğitim Algıları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 8(3):977-983. <http://doi.org/10.61399/ikcusbfd.1061434>
- Utkucu M, Durmuş H, Uzunca F & Nalbant S. (2023). 6 Şubat 2023 Gaziantep (Mw=7.7) ve Elbistan (Mw=7.5) depremleri üzerine bir değerlendirme. Sakarya Üniversitesi Afet Yönetim Uygulama ve Araştırma Merkezi. Erişim: [https://www.hidropolitikakademi.org/uploads/editor/images/Rapor\\_Son.pdf](https://www.hidropolitikakademi.org/uploads/editor/images/Rapor_Son.pdf), Erişim Tarihi: 11.11.2024.
- Uyurdağ N, Çerçi S. (2023). Öğrencilerin e-öğrenmeye ilişkin memnuniyeti: Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*; 5(1): 18-25. <https://doi.org/10.33308/2687248X.202351296>.
- Werang BR & Radja Leba S. (2022). Factors affecting student engagement in online teaching and learning: A qualitative case study. *The Qualitative Report*; 27(2): 555-577. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5165>.
- Yorulmaz M & Söyler S. (2022). Covid-19 sürecinde uzaktan eğitim: Sağlık yönetimi öğrenci görüşlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*; 9(1): 42-54.
- YÖK (2023). Basın Duyurusu. Erişim: <https://www.yok.gov.tr/HaberBelgeleri/BasinDuyurusu/2023/basin-duyurusu-universitelerde-uzaktan-egitime-gecis.pdf>. Erişim Tarihi: 11.11.2024
- Yu Z. (2021). The effects of gender, educational level, and personality on online learning outcomes during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*; 18: 14. <https://doi.org/10.1186/s41239-021-00252-3>.
- Yurdakal İ H & Kırmızı FS. (2021). COVID-19 salgını sürecinde gerçekleştirilen acil uzaktan eğitime ilişkin öğretmen adaylarının görüşleri. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*; 11(2): 290-302. <https://doi.org/10.5961/jhes.2021.449>



www.  
pelikan

Tüm Kitaplarımız için



Alışveriş Sitemizi  
Ziyaret Edin!..

kitabevi  
.com.tr



## Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlığı ile Dijital Okuryazarlık Düzeylerinin ve Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi

Gülbiye Yenimahalleli Yaşar<sup>1</sup> \* Meliha Meliş Günaltay<sup>2</sup><sup>1</sup> Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü<sup>2</sup> Araş.Gör.Dr., Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

| MAKALE BİLGİSİ   | ÖZET   |
|--|--|
| <p><b>Makale Türü:</b><br/>Araştırma Makalesi</p> <p><b>Anahtar Sözcükler:</b><br/>E-sağlık okuryazarlığı, dijital okuryazarlık, öğrenciler, sağlık, dijitalleşme</p> <p><b>Sorumlu Yazar</b><br/><sup>1</sup> Gülbiye Yenimahalleli Yaşar<br/><sup>2</sup> Meliha Meliş Günaltay</p> <p><b>E-mail:</b><br/><sup>1</sup> gulbiye@health.ankara.edu.tr<br/><sup>2</sup> mmelisgok@gmail.com</p> | <p>Son yıllarda bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, bireylerin sağlık bilgilerine erişim ve bu bilgileri kullanma biçimlerini köklü bir şekilde dönüştürmüştür. Bu bağlamda, e-sağlık okuryazarlığı, bireylerin dijital ortamda sağlık bilgilerini etkili bir şekilde kullanmalarını ve bu bilgilerden yararlanmalarını sağlayan kritik bir bileşen olarak öne çıkmaktadır. Dijital okuryazarlığın sağlık alanındaki önemi, bireylerin sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama ve uygulama yeteneklerini artırması yoluyla, sağlık hizmetlerine eşit erişimi teşvik etmesinde yatmaktadır. Çalışmanın amacı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı ile dijital okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi, sosyodemografik değişkenlere göre farklılıkların ortaya konulması ve e-sağlık okuryazarlık ve dijital okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Kesitsel türde tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2022-2023 eğitim öğretim yılı güz döneminde öğrenim görmekte olan 2011 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada rastgele tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak hedeflenen 516 öğrenciyi ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Ankette 12 maddelik kişisel bilgi formu, e-sağlık okuryazarlık ölçeği ve dijital okuryazarlık ölçeği yer almaktadır. E-sağlık okuryazarlık ölçeği, Norman ve Skinner (2006a) tarafından geliştirilmiştir. Gencer (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ve 5'li Likert tipi bir derecelendirme sistemi kullanılan ölçek, 8 ifadeden oluşmaktadır. Dijital Okuryazarlık Ölçeği, Ng (2012) tarafından geliştirilmiştir. 5'li Likert tipi bir derecelendirme kullanılan ölçekte 17 ifade bulunmaktadır. Ölçek, Hamutoğlu ve diğerleri (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. E-sağlık ve dijital okuryazarlık puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi kullanılmıştır. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ile dijital okuryazarlık puan ortalamaları orta düzeydedir. Katılımcıların yaş gruplarına, öğrenim gördükleri bölüme ve sınıfa, ailelerinin gelirine, sağlık bilgisini internet tarayıcısından ve sosyal medyadan elde etme durumuna, bilgisayar kullanım süresine, sağlık kararı verirken internete verilen öneme ve interneti yararlı bulma durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçeği ile dijital okuryazarlık ölçeği arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu nedenle dijital okuryazarlık düzeyi arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyinin artacağını söylemek mümkündür. Araştırma bulguları, bireylerin dijital becerilerinin geliştirilmesinin, sağlık bilgi kaynaklarına erişimlerini artırdığını ve bu bilgilerin etkili bir şekilde kullanılmasını teşvik ettiğini göstermektedir. Çalışma, dijital okuryazarlık eğitimlerinin genişletilmesi, düşük gelirli topluluklar için dijital cihazlara erişimin iyileştirilmesi ve sosyal medya platformlarında paylaşılan sağlık bilgilerinin doğruluğunu artırmaya yönelik girişimlerin başlatılması gerektiğini vurgulamaktadır. E-sağlık okuryazarlığını geliştirmek için temel adımlar arasında, üniversite müfredatlarına dijital yetkililiklerin geliştirilmesine odaklanan derslerin dahil edilmesi, öğrencilerin dijital araçları kullanmasını teşvik edecek atölye çalışmalarının düzenlenmesi ve güvenilir dijital sağlık platformlarının yaygınlaştırılması yer almaktadır.</p> |

## 1. GİRİŞ

Dijital teknolojiler ve internet, günlük yaşamdan sağlık hizmetlerine kadar bireylerin davranışlarını ve yaşam biçimlerini kökten değiştiren bir dönüşüm yaratmıştır. 2023 yılı itibarıyla dünya genelinde 5,4 milyar cep telefonu kullanıcısı (%68), 5,2 milyar internet kullanıcısı (%64,4) ve 4,8 milyar aktif sosyal medya kullanıcısı (%59,4) bulunmaktadır. Türkiye’de bu oranlar, dünya ortalamasının üzerindedir: cep telefonu kullanıcılarının oranı %95,4 (81,7 milyon kişi), internet kullanıcılarının oranı %83,4 (71,4 milyon kişi) ve sosyal medya kullanıcılarının oranı %73,1’dir (62,5 milyon kişi) (WeAreSocial-Meltwater, 2023). Bu veriler, dijitalleşmenin bireylerin yaşamlarının temel bir parçası haline geldiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2023 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’na göre, internete erişim imkânı olan hane sayısı %95,5, internet kullanan bireylerin oranı ise %87,1’dir. Aynı rapor, e-devlet hizmetlerini kullanan bireylerin oranını %73,9, internet üzerinden mal veya hizmet satın alanların oranını %49,5 ve internet üzerinden öğrenme faaliyeti gerçekleştiren bireylerin oranını %18,7 olarak bildirmiştir. WhatsApp gibi mesajlaşma uygulamalarının kullanımı %84,9 oranında yaygındır. Bu istatistikler, bireylerin bilgiye erişim ve iletişim biçimlerinin dijital platformlar aracılığıyla yeniden şekillendiğini göstermektedir (TÜİK, 2023).

Günlük yaşantımızın önemlice bir bölümünü işgal ettiği için dijital teknolojilerin etkili kullanımı (Çubukcu ve Bayzan, 2013, s. 148), dijital teknolojiler yoluyla güvenilir bilgiye ulaşma, güvenli ve bilinçli internet kullanımı gibi dijital okuryazarlık becerileri önem kazanmaktadır (Hamutoğlu vd., 2017). Dijital okuryazarlık gerek eğitim öğretim döneminde gerekse çalışma yaşamında sahip olunması beklenen bir yetkinliktir. Bu nedenle yüksek öğrenim gören öğrencilerin dijital okuryazarlık düzeylerinin belirlenerek, eksik yönlerinin saptanması ve bu eksiklikleri gidermeye yönelik politikaların hayata geçirilmesi önemlidir.

E-sağlık okuryazarlık, bireylerin dijital teknolojileri kullanarak sağlıkla ilgili bilgiye erişim sağlama, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve etkili bir şekilde kullanma becerisini ifade etmektedir (Norman ve Skinner, 2006). Bu kavram, bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili doğru kararlar alabilmeleri için dijital platformlardan elde edilen bilginin etkili kullanılmasını içerir. Özellikle sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi, e-sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır. Dünya genelinde e-sağlık uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte bireylerin, sağlık kayıtlarını görüntüleme, tele-sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlık randevusu alma ve sağlıkla ilgili çevrimiçi eğitim materyallerine erişim gibi dijital sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları artmıştır. Türkiye’de de e-Nabız gibi uygulamalar aracılığıyla bireylerin kendi sağlık verilerine ulaşmaları sağlanmış, bununla birlikte, bireylerin bu verileri doğru bir şekilde anlamlandırabilmeleri ve kullanabilmeleri için e-sağlık okuryazarlık becerilerinin gelişmiş olması gerekmektedir.

E-sağlık okuryazarlığının önemi, özellikle sağlık bilgilerinin çevrimiçi kaynaklardan doğruluk ve güvenilirlik açısından değerlendirilmesi gerektiğinde daha belirgin hale gelmektedir. Araştırmalar, dijital sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin yanlış ya da yanıltıcı bilgilere yönelme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Sørensen vd., 2012). Bu durum, bireylerin sağlıklı yaşam kararları almalarını zorlaştırmakta ve sağlık eşitsizliklerini artırabilmektedir. Bu çerçevede çalışmanın amacı; sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, bu düzeylerin sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak ve iki beceri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın sonuçlarının, sağlık okuryazarlığına yönelik farkındalık oluşturulması ve dijitalleşme süreçlerine uygun stratejilerin geliştirilmesi açısından önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

## 2. Sağlık Okuryazarlığı

UNESCO’nun (2018) tanımına göre okuryazar bir kişi; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğine sahiptir. Sağlık okuryazarlığı Simonds’un 1974 tarihli “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” makalesi ile gündeme gelmiş, ABD’de 2003 tarihinde gerçekleştirilen Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi çalışması ile yaygınlaşmıştır (Yalçın Balçık vd, 2014:321).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre sağlık okuryazarlığı; genel olarak bireylerin kendileri, aileleri ve toplumun iyilik halini koruyacak ve geliştirecek bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanmayı belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2024:6-7). Bu tanım çerçevesinde sağlık okuryazarlığı; yaşam tarzı ve yaşama koşullarındaki değişiklikler yoluyla kişisel ve toplumsal sağlığı geliştirmeyi sağlayacak belli bir bilgi düzeyi, kişisel beceriler ve güveni içermektedir. Bireylerin sağlık bilgisine erişmelerini artırmak ve bu bilgiyi etkili bir biçimde kullanabilmelerini sağlamak bireyleri güçlendirmek için kritik önemdedir. Sağlık okuryazarlığı büyük oranda genel okuryazarlık düzeyine bağlıdır. Düşük

okuryazarlık, sağlık okuryazarlığının gelişimini de engellemekte, yanı sıra; bireylerin kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlayarak sağlıklarına da doğrudan etki etmektedir (Nutbeam, 1998:357).

Sağlık okuryazarlığı sadece kişisel bir beceri de değildir; daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleri, toplumları sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileri konusunda harekete geçirerek sosyal sonuçlar da doğurur. Bu anlayış, sağlık okuryazarlığını yalnızca bireysel bir sorumluluk olarak görmez; aynı zamanda hükümetler ve sağlık sistemlerinin açık, doğru, uygun ve erişilebilir bilgi sunmalarını da gerektirir (WHO, 2024). Bireysel ve kamusal düzeyde önemi vurgulanan sağlık okuryazarlığı, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyinin 2009 tarihli Bakanlar Deklarasyonununun 41. maddesi ile, kayda değer sağlık sonucu alabilmek için sağlık okuryazarlığının önemli bir etmen olduğu ve bu nedenle sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için uygun eylem planlarının geliştirilmesi çağrısında bulunulmuştur (UN ECOSOC, 2009). Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin işlevselliğini ve politikaların etkililiğini de şekillendiren önemli bir kavramdır. Dijitalleşme ile sağlık okuryazarlığının kesişim noktalarının incelenmesi, bireylerin sağlık bilgi kaynaklarını nasıl kullandığını anlamak için kritik bir alan sunmaktadır.

### 3. E-sağlık Okuryazarlığı

İnternetin 1990'lı yıllarda yaygınlaşmasıyla birlikte birçok elektronik kavramın yanı sıra e-sağlık kavramı da önem kazanarak günlük yaşantımızdaki yerini almaya başlamıştır. E-posta, bireylere hızlı iletişim ve deneyim paylaşımını; e-ticaret, internet yoluyla yeni işlerin kurulmasını ve finansal işlemlerin gerçekleştirilmesini mümkün kılmış; e-sağlık ise sağlık ve sağlık sistemlerini iyileştirebilmek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasını gündeme getirmiştir (Oh vd., 2005).

DSÖ'ye göre e-sağlık, sağlığı desteklemek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) kullanılmasıdır. Bu kapsamda e-sağlık; sağlıkla ilgili sorunların önlenmesi, teşhisi, tedavisi, izlenmesi ve yönetimini iyileştirebilmek için kullanılan BİT araçları ve hizmetlerini içerir. Norman ve Skinner e-sağlık okuryazarlığı kavramını, bir elektronik kaynaktan sağlık bilgisini arama, bulma, anlama, değerlendirme ve elde edilen bilgiyi bir sağlık sorununu çözmeye yönelik olarak kullanabilme olarak tanımlamaktadır (Norman ve Skinner, 2006b).

E-sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireylerin bilgiye erişim kapasitesini değil, aynı zamanda bu bilgiyi güvenilir kaynaklardan seçme ve değerlendirme becerisini de kapsar. Özellikle dijital ortamda yanlış veya eksik bilgilerin hızla yayılabilirdiği göz önüne alındığında, bireylerin bu bilgiye eleştirel yaklaşması önem taşımaktadır. E-sağlık okuryazarlığı bu bağlamda bireyleri yalnızca sağlık bilgisi kullanıcıları değil, aynı zamanda sağlık sisteminin aktif katılımcıları haline getirmektedir. Araştırmalar, e-sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin yanlış ya da yanıltıcı bilgilere yönelme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Sørensen vd., 2012). Bu durum, bireylerin sağlıklı yaşam kararları almalarını zorlaştırmakta ve sağlık eşitsizliklerini artırabilmektedir. E-sağlık okuryazarlığı ayrıca yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, dijital beceriler, kültürel ve dilsel faktörler gibi birçok sosyodemografik ve yapısal unsurdan da etkilenebilmektedir. Örneğin, internet veya akıllı cihazlara erişimi kısıtlı olan, dijital okuryazarlık düzeyi düşük bireyler e-sağlık hizmetlerine yeterince katılım sağlayamayabilir. Aynı şekilde, kültürel farklılıklar ve dil engelleri, çevrimiçi ortamda sunulan sağlık bilgilerinin anlaşılmasını ve uygulanmasını güçleştirebilmektedir. Dolayısıyla e-sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için sadece bireysel becerilerin geliştirilmesine odaklanmak yeterli olmamakta; aynı zamanda bu becerilerin gelişimini etkileyen sosyoekonomik, kültürel ve kurumsal faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Dijitalleşen sağlık sistemleri, e-sağlık okuryazarlığının hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemini artırmıştır. Bireysel düzeyde, e-sağlık okuryazarlığı bireylerin kendi sağlıklarını daha etkili yönetmelerine katkı sağlarken; toplumsal düzeyde ise sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve erişilebilirliğini artırmaktadır. E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve dijital sağlık sistemlerini daha etkili kullanmalarını sağlamak için kritik bir beceridir. Bu bağlamda, e-sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlık politikaları açısından önemli bir hedef olarak karşımıza çıkmaktadır.

### 4. Dijital Okuryazarlık

Dijital okuryazarlık kavramı ilk kez Paul Gilster tarafından "Digital Literacy"\* adlı eseri ile gündeme getirilmiş ve "bilgisayarlar ve özellikle de internet aracılığıyla sunulduğu zaman çok çeşitli kaynaklardan gelen çoklu formatlardaki bilgileri anlama ve kullanma yeteneği" olarak tanımlanmıştır (Gilster, 2017 akt., Gültekin ve Özel, 2024). Dijital okuryazarlık; bireyin yeni ve gelişmekte olan teknolojilerdeki bilgileri ayırt edebilme, teknolojik araçlar ile bilgiye ulaşma, bilgiyi düzenleme, analiz etme, yorumlama ve değerlendirme için gerekli yeterlilik düzeyidir (Ertaş vd., 2019).

\* Gilster, P. (1997). *Digital Literacy*. New York: Wiley&Sons.

Dijital teknolojilerdeki hızlı ve sürekli gelişim nedeniyle dijital ortamlardaki birçok görevi yerine getirmek veya sorunu çözebilmek için bireylerin karmaşık teknik, bilişsel ve sosyolojik becerilere sahip olmaları beklenmektedir. Bu beceriler dijital okuryazarlık olarak tanımlanmaktadır (Eshet-Alkalai, 2004: 93). Eshet-Alkalai, dijital okuryazarlık kavramı için beş farklı okuryazarlık boyutunu içeren yeni bir kavramsal çerçeve önermektedir. Bunlar; foto-görsel okuryazarlık, yeniden üretim okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, dallanma okuryazarlığı ve sosyo-duygusal okuryazarlıktır. Foto-görsel okuryazarlık, görselleri okuyabilme sanatı; yeniden üretim okuryazarlığı, mevcut materyallerin yaratıcı bir biçimde yeniden dönüştürülmesi sanatı; dallanma okuryazarlığı, interaktif multimedya olarak da tanımlanan hipermedya ve doğrusal olmayan düşünce becerisi; bilgi okuryazarlığı, kuşkuculuk sanatı; sosyo-duygusal okuryazarlık ise siber ortamlarda çalışmanın sosyal ve duygusal boyutunu oluşturmaktadır (Eshet-Alkalai, 2004: 93-106). Dijital okuryazarlığın eğitimden istihdama kadar sosyal hayatın bütün alanlarında özellikle de dünyayı anlamada önemli bir beceri olduğuna vurgu yapılmaktadır (Martin ve Grudziecki, 2006).

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşmeyle birlikte Türkiye’de e- sağlık alanında birçok uygulama başlamıştır. Geçmişte sağlık kurumlarına gidilerek yapılan çoğu işlem artık kuruma başvurmadan teknolojik aletler ile yapılabilmektedir. Bireylerin çevrimiçi bilgileri kullanma becerisinin sağlıklarını ve sağlık hizmetlerinin kalitesini etkilediği ve bu becerilerin eksikliğinin olumsuz sonuçlara yol açtığı çeşitli araştırmalar ile kanıtlanmıştır. COVID-19 pandemisi döneminde, sağlık hizmeti ile ilgili işlemlerin daha fazla internet üzerinden yürütülmesinin gerekliliği e-sağlık okuryazarlığının önemini gözler önüne sermiştir (Aydan, 2022). Bu nedenle e-sağlık ve dijital okuryazarlık kavramı günümüzde oldukça önem arz eden bir konudur.

Literatür taramasında, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık ile dijital okuryazarlık arasındaki ilişki düzeyini inceleyen ve çalışmada kullanılan değişkenler açısından değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde; öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgilere dijital ortamlarda ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal beceri düzeylerinin belirlenmesi ve bu konuda farkındalık oluşturması açısından önemli veri sağladığı ve bu yönüyle de çalışmanın özgün olduğu düşünülmektedir.

## 5. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma, kesitsel türde ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde 2022-2023 eğitim-öğretim yılı güz döneminde öğrenim görmekte olan 2011 öğrenci oluşturmaktadır. Evren, fakültenin beş bölümüne dağılan öğrenci sayıları ile tanımlanmıştır: Beslenme ve Diyetetik Bölümü 443, Sağlık Yönetimi Bölümü 427, Ortez-Protez Bölümü 262, Sosyal Hizmet Bölümü 460 ve Çocuk Gelişimi Bölümü 419 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmada, tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak bu bölümlerden 516 öğrenci seçilmiştir. Tabakalaşma kriteri olarak her bölümdeki öğrenci sayısına göre orantılı dağılım sağlanmıştır. Örneklem büyüklüğü, Cohen (1988)’in etkili örneklem büyüklüğü hesaplamaları ve önceki benzer çalışmalardan elde edilen verilere dayanarak belirlenmiştir.

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket; araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, Norman ve Skinner (2006a) tarafından geliştirilen “E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği” ve Ng (2012) tarafından geliştirilen “Dijital Okuryazarlık Ölçeği”nden oluşmaktadır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olup demografik ve davranışsal bilgileri içermektedir: yaş, bölüm, sınıf, ailenin gelir durumu, sağlık bilgisini edinme araçları (internet, televizyon, basılı yayın, sosyal medya), bilgisayar kullanım süresi, sağlık kararlarında internetin rolü ve internete yönelik algılar (Nakas, 2017; Orhan vd., 2020; Doğan, 2020; Göldağ, 2021; Kaya ve Korucuk, 2022; Onursoy, 2018; Hiçyakmaz ve Mete, 2022; Gültekin ve Özel, 2024; Uyar, 2021).

E-sağlık okuryazarlık ölçeği: Norman ve Skinner (2006a) tarafından geliştirilmiş, bireylerin sağlık bilgilerini elektronik ortamlarda arama, bulma, anlama ve kullanma becerilerini ölçmek için tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Gencer (2017) tarafından gerçekleştirilmiş ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları tamamlanmıştır. Ölçek, 5’li Likert tipi (Kesinlikle Katılmıyorum [1]- Kesinlikle Katılıyorum [5]) 8 ifadeden oluşmaktadır. Uyarlanan ölçeğin yapı geçerliliği kapsamında hem açıklayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları, ölçeğin tek boyutlu bir yapı sergilediği saptanmıştır. Faktör yük değerleri, 0,674 ile 0,843 arasında değişirken, toplam varyansın %63,37’sinin birinci faktör tarafından açıklandığı belirlenmiştir. İkinci faktörün açıkladığı varyans oranı ise %14,18 olarak hesaplanmıştır; kümülatif varyans oranı %77,55’tir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi (DFA) de ölçeğin tek boyutlu bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,915 olarak hesaplanmış ve test-tekrar test güvenirliliği 0,886 olarak raporlanmıştır.

Dijital Okuryazarlık Ölçeği: Ng (2012) tarafından geliştirilen ve Hamutoğlu ve diğerleri (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek; tutum, teknik, bilişsel ve sosyal olmak üzere dört boyutta toplam 17 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, 5'li Likert tipi bir derecelendirme (Kesinlikle Katılmıyorum [1] - Kesinlikle Katılıyorum [5]) ile yanıtlanmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçlarına göre, modelin uyum iyiliği için elde edilen uyum indeksleri şu şekilde hesaplanmıştır:  $\chi^2/df = 2.37$ , RMSEA = 0.071, GFI = 0.93, AGFI = 0.91, CFI = 0.98, NFI = 0.96, NNFI = 0.97 ve SRMR = 0.05. Bu değerler, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde bir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir bir yapıya sahip olduğu belirtilmiştir.

## 6. Veri Toplama Süreci

Veriler, ilgili fakültenin dekanlığından gerekli idari izinler alındıktan sonra, 15-30 Kasım 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama sürecinde, araştırmanın amacı, veri gizliliği ve gönüllü katılım ilkeleri katılımcılara sözlü olarak açıklanmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Anketler, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Veri toplama süresinin kısa olması nedeniyle, öğrencilere kolay erişim sağlamak için sınıf bazında organize edilen oturumlar düzenlenmiştir.

## 7. Verilerin Analizi

**Çalışmadan elde edilen veriler, SPSS 21 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin dağılımına ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olduğu tespit edilmiştir ve bu durum normal dağılım varsayımının kabul edilmesi için yeterli görülmüştür (DeCarlo, 1997). Bağımsız iki grubun ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t testi, ikiden fazla grubun ortalamaları arasındaki farkları analiz etmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunması durumunda varyans homojen ise Bonferroni, homojen değilse Dunnett's C yöntemiyle çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, E-Sağlık Okuryazarlığı ile Dijital Okuryazarlık puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Bu analizler, araştırmanın hedeflerine ulaşmak için istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır.**

## 8. Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan 516 öğrencinin demografik özellikleri incelendiğinde, yaş dağılımı açısından katılımcıların yarısından fazlasının 21 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Bölümlere göre dağılımda bölümler arasında en yüksek katılım sosyal hizmet ve sağlık yönetimi bölümleri tarafından sağlanmıştır. Ayrıca ailenin gelir durumu açısından incelendiğinde, öğrencilerin yaklaşık yarısının aile gelir düzeyi 5501-10.000 TL aralığındadır.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri**

| Değişkenler | n                     | %          |
|-------------|-----------------------|------------|
| Yaş         | 20 yaş ve altı        | 243        |
|             | 21 yaş ve üzeri       | <b>273</b> |
| Bölüm       | Beslenme ve Diyetetik | 88         |
|             | Çocuk Gelişimi        | 106        |
|             | Sağlık Yönetimi       | 113        |
|             | Sosyal Hizmet         | <b>131</b> |
|             | Ortez Protez          | 78         |
| Sınıf       | Birinci sınıf         | 120        |
|             | İkinci sınıf          | 129        |
|             | Üçüncü sınıf          | <b>148</b> |
|             | Dördüncü sınıf        | 119        |

|                      |             |            |             |
|----------------------|-------------|------------|-------------|
| Ailenin Gelir Durumu | <5500       | 59         | 11,4        |
|                      | 5501-10000  | <b>263</b> | <b>51,0</b> |
|                      | 10001-15000 | 122        | 23,6        |
|                      | >15001      | 72         | 14,0        |

Katılımcıların sağlık bilgisine erişim kaynaklarına ilişkin özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık bilgisine erişim araçlarını kullanma durumları incelendiğinde, %91,3’ünün sağlık bilgilerini internet tarayıcıları aracılığıyla edindiği, %8,7’sinin ise bu yöntemi kullanmadığı belirlenmiştir. Sağlık bilgisini televizyon yoluyla edinen katılımcı oranı %17,4 iken, %82,6’sının televizyonu bu amaçla kullanmadığı görülmektedir. Basılı yayınlardan sağlık bilgisi edinenlerin oranı %13,8, bu yöntemi kullanmayanların oranı ise %86,2 olarak tespit edilmiştir. Sosyal medya kullanımına bakıldığında, katılımcıların %59,7’si sağlık bilgilerini sosyal medya platformları aracılığıyla edindiğini ifade ederken, %40,3’ü sosyal medyayı bu amaçla kullanmadığını belirtmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Bilgisine Erişim Kaynakları**

| Değişkenler           |       | n   | %           |
|-----------------------|-------|-----|-------------|
| İnternet Tarayıcıları | Evet  | 471 | <b>91,3</b> |
|                       | Hayır | 45  | 8,7         |
| Televizyon            | Evet  | 90  | 17,4        |
|                       | Hayır | 426 | <b>82,6</b> |
| Basılı Yayın          | Evet  | 71  | 13,8        |
|                       | Hayır | 445 | <b>86,2</b> |
| Sosyal Medya          | Evet  | 308 | <b>59,7</b> |
|                       | Hayır | 208 | 40,3        |

Katılımcıların bilgisayar kullanım süresi ile sağlık kararı verirken internetin önemi ve yararına ilişkin bulguları Tablo 3’te sunulmuştur. Katılımcıların bilgisayar kullanım süreleri incelendiğinde, %23,4’ünün bilgisayar kullanmadığı, %56,6’sının 1-3 saat arasında bilgisayar kullandığı ve %20,0’inin ise günlük 4 saat ve üzeri bilgisayar kullandığı tespit edilmiştir. Sağlık kararı verirken internetin önemine yönelik değerlendirmelerde, katılımcıların %81,0’i interneti önemli bir bilgi kaynağı olarak gördüğünü, %19,0’i ise interneti önemli bulmadığını ifade etmiştir. Sağlık kararı verirken internetin yararına ilişkin görüşler incelendiğinde, katılımcıların %62,0’i interneti yararlı bulduğunu, %19,8’inin bu konuda kararsız olduğunu ve %18,2’sinin interneti yararlı bulmadığını belirttiği görülmüştür.

**Tablo 3. Katılımcıların Bilgisayar Kullanım Süresi ile Sağlık Kararı Verme Davranışlarında İnternetin Önemi ve Yararına İlişkin Bulguları**

| Değişkenler                              |                   | n   | %           |
|--|-------------------|-----|-------------|
| Bilgisayar Kullanım Süresi               | Hiç kullanmıyorum | 121 | 23,4        |
|  | 1-3 saat          | 292 | <b>56,6</b> |
|  | 4 saat ve üzeri   | 103 | 20,0        |
| Sağlık Kararı Verirken İnternetin Önemi  | Önemli değil      | 98  | 19,0        |
|  | Önemli            | 418 | <b>81,0</b> |
| Sağlık Kararı Verirken İnternetin Yararı | Yararlı değil     | 94  | 18,2        |
|  | Fikrim yok        | 102 | 19,8        |
|  | Yararlı           | 320 | <b>62,0</b> |

Katılımcı öğrencilerin e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları Tablo 4'te sunulmuştur. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, minimum 1,00 ve maksimum 5,00 arasında olduğu; dijital okuryazarlık ölçeği puanlarının ise minimum 1,76 ve maksimum 5,00 arasında değiştiği saptanmıştır. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık puan ortalamaları ( $\bar{X}=3,73\pm0,73$ ) ile dijital okuryazarlık puan ortalamalarının ( $\bar{X}=3,79\pm0,58$ ) benzer ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları**

|                       | n   | Min  | max  | Ss   | S <sub>x</sub> |
|-----------------------|-----|------|------|------|----------------|
| E-Sağlık Okuryazarlık | 516 | 1,00 | 5,00 | 3,73 | 0,73           |
| Dijital Okuryazarlık  | 516 | 1,76 | 5,00 | 3,79 | 0,58           |

Katılımcı öğrencilerin yaşa göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları Tablo 5'te sunulmuştur. Katılımcıların yaş gruplarına göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). 21 yaş ve üzeri öğrencilerin e-sağlık okuryazarlık puan ortalamaları ( $\bar{X}=3,89\pm0,68$ ) ile dijital okuryazarlık puan ortalamalarının ( $\bar{X}=3,87\pm0,54$ ) 20 yaş ve altı öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu, yaş gruplarına göre orta düzeyde bir e-sağlık ve dijital okuryazarlık bulunduğu belirlenmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların Yaşlarına Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları**

|                       | Yaş             | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p            |
|-----------------------|-----------------|-----|-------------|----------------|--------------|
| E-Sağlık Okuryazarlık | 20 yaş ve altı  | 243 | 3,54        | 0,73           | <b>0,00*</b> |
|                       | 21 yaş ve üzeri | 273 | <b>3,89</b> | 0,68           |              |
| Dijital Okuryazarlık  | 20 yaş ve altı  | 243 | 3,70        | 0,61           | <b>0,00*</b> |
|                       | 21 yaş ve üzeri | 273 | <b>3,87</b> | 0,54           |              |

Katılımcı öğrencilerin öğrenim gördükleri bölüme göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları Tablo 6'da sunulmuştur. Bölümlere göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Tek yönlü ANOVA ardından yapılan Dunnett's C çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre, e-sağlık okuryazarlığı puanlarında sağlık yönetimi ( $\bar{x}=3,87\pm0,63$ ) bölümünün beslenme ve diyetetik, çocuk gelişimi, sosyal hizmet ve ortez protez bölümlerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı (daha yüksek) puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sosyal hizmet ile ortez protez bölümleri arasındaki puanlar arasında da anlamlı bir farklılaşma gözlenmiştir. Benzer biçimde dijital okuryazarlık puanlarında da gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş; Bonferroni çoklu karşılaştırma testleri sosyal hizmet bölümünün ( $\bar{X}=3,93\pm0,56$ ) çocuk gelişimi ile beslenme ve diyetetik bölümlerinden ve sağlık yönetimi bölümünün de çocuk gelişimi ile beslenme ve diyetetik bölümlerinden anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığını göstermiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların Öğrenim Gördükleri Bölümlere Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları**

|                       | Bölüm                 | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    | Fark         |
|-----------------------|-----------------------|-----|-------------|----------------|------|--------------|
| E-Sağlık Okuryazarlık | Beslenme ve Diyetetik | 88  | 3,75        | 0,72           | 0,07 | <b>0,01*</b> |
|                       | Çocuk Gelişimi        | 106 | 3,59        | 0,78           | 0,07 |              |
|                       | Sağlık Yönetimi       | 113 | <b>3,87</b> | 0,63           | 0,06 |              |
|                       | Sosyal Hizmet         | 131 | 3,78        | 0,68           | 0,05 |              |
|                       | Ortez Protez          | 78  | 3,58        | 0,80           | 0,09 |              |
| Dijital Okuryazarlık  | Beslenme ve Diyetetik | 88  | 3,73        | 0,55           | 0,05 | <b>0,00*</b> |
|                       | Çocuk Gelişimi        | 106 | 3,64        | 0,60           | 0,05 |              |
|                       | Sağlık Yönetimi       | 113 | 3,85        | 0,56           | 0,05 |              |
|                       | Sosyal Hizmet         | 131 | <b>3,93</b> | 0,56           | 0,04 |              |
|                       | Ortez Protez          | 78  | 3,75        | 0,61           | 0,06 |              |

Katılımcı öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları Tablo 7'de sunulmuştur. Katılımcı öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p < 0,05$ ). Yapılan Dunnett's C çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre, e-sağlık okuryazarlığı puanlarında dördüncü sınıf öğrencileri ( $\bar{X}=3,91 \pm 0,68$ ) birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır ( $p < 0,05$ ). Benzer biçimde dijital okuryazarlık puanlarında ise üçüncü ( $\bar{X}=3,88 \pm 0,54$ ) ve dördüncü sınıf öğrencilerinin ( $\bar{X}=3,88 \pm 0,55$ ), birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Bu bulgular, sınıf düzeyi arttıkça hem e-sağlık hem de dijital okuryazarlık düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir.

**Tablo 7. Katılımcıların Öğrenim Gördükleri Sınıfa Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları**

|                       | Sınıf          | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    | Fark   |
|-----------------------|----------------|-----|-------------|----------------|------|--|
| E-Sağlık Okuryazarlık | Birinci sınıf  | 120 | 3,65        | 0,77           | 0,07 | Dördüncü Sınıf-Birinci Sınıf, İkinci Sınıf;  |
|                       | İkinci sınıf   | 129 | 3,46        | 0,71           | 0,06 |  |
|                       | Üçüncü sınıf   | 148 | 3,86        | 0,66           | 0,05 |  |
|                       | Dördüncü sınıf | 119 | <b>3,91</b> | 0,68           | 0,06 |  |
| Dijital Okuryazarlık  | Birinci sınıf  | 120 | 3,79        | 0,60           | 0,05 | Üçüncü Sınıf- Birinci Sınıf, İkinci Sınıf; Dördüncü Sınıf- Birinci Sınıf, İkinci Sınıf |
|                       | İkinci sınıf   | 129 | 3,60        | 0,59           | 0,05 |  |
|                       | Üçüncü sınıf   | 148 | <b>3,88</b> | 0,54           | 0,04 |  |
|                       | Dördüncü sınıf | 119 | <b>3,88</b> | 0,55           | 0,05 |  |

Katılımcı öğrencilerin aile gelirine göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları Tablo 8'de sunulmuştur. Katılımcıların aile gelirine göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Dunnett's C çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre dijital okuryazarlık düzeylerinde, aylık aile geliri 10.001-15.000 TL ve 15.001 TL üzeri olan katılımcıların puanlarının, 5500 TL altında ve 5501-10.000 TL arasında gelire sahip katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Öte yandan, e-sağlık okuryazarlığı puanlarında Bonferroni çoklu karşılaştırma testi sonuçları, 10.001-15.000 TL aralığında geliri olan katılımcıların, <5500 TL ve 5501-10.000 TL aralığına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ortalamalara sahip olduğunu göstermiştir ( $p < 0,05$ ). Bu bulgular, aile geliri arttıkça hem dijital hem de e-sağlık okuryazarlık düzeylerinde anlamlı bir yükselme olduğunu ifade etmektedir.

**Tablo 8. Katılımcıların Aile Gelirine Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları**

|                       | Aile Geliri | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    | Fark   |
|-----------------------|-------------|-----|-------------|----------------|------|--|
| E-Sağlık Okuryazarlık | <5500       | 59  | 3,49        | 0,69           | 0,09 | 10001-<5500,5501-10000                             |
|                       | 5501-10000  | 263 | 3,69        | 0,74           | 0,04 |  |
|                       | 10001-15000 | 122 | <b>3,87</b> | 0,66           | 0,06 |  |
|                       | >15001      | 72  | 3,77        | 0,77           | 0,09 |  |
| Dijital Okuryazarlık  | <5500       | 59  | 3,59        | 0,63           | 0,08 | 10001-<5500,5501-10000;<br>>15001-<5500,5501-10000 |
|                       | 5501-10000  | 263 | 3,76        | 0,57           | 0,03 |  |
|                       | 10001-15000 | 122 | 3,88        | 0,55           | 0,05 |  |
|                       | >15001      | 72  | <b>3,93</b> | 0,57           | 0,06 |  |

Katılımcı öğrencilerin sağlık bilgisini internet tarayıcısı yoluyla elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları Tablo 9'da sunulmuştur. Katılımcıların sağlık bilgisini internet tarayıcısı ile elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). E-sağlık okuryazarlığında, sağlık bilgisini internet tarayıcıları ile elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,75 \pm 0,73$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. Dijital okuryazarlık



puan ortalamaları dikkate alındığında da sağlık bilgisini internet tarayıcıları ile elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,81\pm0,57$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. Buna göre, sağlık bilgisini internet tarayıcıları ile elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalaması hayır diyenlere göre her iki okuryazarlık boyutunda da daha yüksektir.

**Tablo 9.** Katılımcıların Sağlık Bilgisini İnternet Tarayıcısı Yoluyla Elde Etme Durumuna Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları

| İnternet Tarayıcısı |       | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    |
|---------------------|-------|-----|-------------|----------------|------|
| E-Sağlık            | Evet  | 471 | <b>3,75</b> | 0,73           | 0,03 |
| Okuryazarlık        | Hayır | 45  | 3,48        | 0,63           | 0,09 |
| Dijital             | Evet  | 471 | <b>3,81</b> | 0,57           | 0,02 |
| Okuryazarlık        | Hayır | 45  | 3,59        | 0,61           | 0,09 |

Katılımcı öğrencilerin sağlık bilgisini televizyondan elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları Tablo 10'da sunulmuştur. Sağlık bilgisini televizyondan elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). E-sağlık okuryazarlığında, sağlık bilgisini televizyondan elde etme durumuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,81\pm0,69$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. Dijital okuryazarlık puan ortalamaları dikkate alındığında da sağlık bilgisini televizyondan elde etme durumuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,83\pm0,53$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir.

**Tablo 10.** Katılımcıların Sağlık Bilgisini Televizyondan Elde Etme Durumuna Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları

| Tv           |       | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    |
|--------------|-------|-----|-------------|----------------|------|
| E-Sağlık     | Evet  | 90  | <b>3,81</b> | 0,69           | 0,07 |
| Okuryazarlık | Hayır | 426 | 3,71        | 0,73           | 0,20 |
| Dijital      | Evet  | 90  | <b>3,83</b> | 0,53           | 0,05 |
| Okuryazarlık | Hayır | 426 | 3,78        | 0,59           | 0,53 |

Katılımcı öğrencilerin sağlık bilgisini basılı yayın yoluyla elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları Tablo 11'de sunulmuştur. Sağlık bilgisini basılı yayın yoluyla elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). E-sağlık okuryazarlığı boyutunda, sağlık bilgisini basılı yayın yoluyla elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,79\pm0,65$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. Dijital okuryazarlık puan ortalamaları dikkate alındığında da sağlık bilgisini internet tarayıcıları yoluyla elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,83\pm0,56$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. Buna göre sağlık bilgisini internet tarayıcıları yoluyla elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalamasının hayır diyenlere göre e-sağlık okuryazarlığı boyutunda da dijital okuryazarlık boyutunda da daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11.** Katılımcıların Sağlık Bilgisini Basılı Yayın Yoluyla Elde Etme Durumuna Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçekleri Puan Ortalamaları

| Basılı Yayın |       | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    |
|--------------|-------|-----|-------------|----------------|------|
| E-Sağlık     | Evet  | 71  | <b>3,79</b> | 0,65           | 0,07 |
| Okuryazarlık | Hayır | 445 | 3,72        | 0,74           | 0,03 |
| Dijital      | Evet  | 71  | <b>3,83</b> | 0,56           | 0,06 |
| Okuryazarlık | Hayır | 445 | 3,78        | 0,58           | 0,02 |

Katılımcıların sağlık bilgisini sosyal medya yoluyla elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları Tablo 12'de sunulmuştur. Sağlık bilgisini sosyal medya yoluyla elde etme durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p < 0,05$ ). E-sağlık okuryazarlığı boyutunda, sağlık bilgisini sosyal medya yoluyla elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,78 \pm 0,73$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. Dijital okuryazarlık puan ortalamaları dikkate alındığında da sağlık bilgisini sosyal medya yoluyla elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,87 \pm 0,55$ ) hayır diyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksektir. Buna göre sağlık bilgisini sosyal medya yoluyla elde etme sorusuna evet diyenlerin puan ortalamasının hayır diyenlere göre e-sağlık okuryazarlığı boyutunda da dijital okuryazarlık boyutunda da daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 12.** Katılımcıların Sağlık Bilgisini Sosyal Medya Yoluyla Elde Etme Durumuna Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamaları

|              | Sosyal Medya | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    |
|--------------|--------------|-----|-------------|----------------|------|
| E-Sağlık     | Evet         | 308 | <b>3,78</b> | 0,73           | 0,04 |
| Okuryazarlık | Hayır        | 208 | 3,64        | 0,72           | 0,05 |
| Dijital      | Evet         | 308 | <b>3,87</b> | 0,55           | 0,03 |
| Okuryazarlık | Hayır        | 208 | 3,67        | 0,60           | 0,04 |

Katılımcıların bilgisayar kullanım süresine göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları Tablo 13'te sunulmuştur. Bilgisayar kullanım süresine göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). E-sağlık okuryazarlığı boyutunda bilgisayar kullanım süresi 4 saat ve üzeri olan katılımcı öğrencilerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,89 \pm 0,75$ ), 1-3 saat kullanan ve hiç kullanmayan öğrencilerden daha yüksektir. Dijital okuryazarlık boyutunda da bilgisayar kullanım süresi 4 saat ve üzeri olan katılımcı öğrencilerin puan ortalaması ( $\bar{X}=3,99 \pm 0,58$ ), 1-3 saat kullanan ve hiç kullanmayan öğrencilerden daha yüksektir. Bilgisayar kullanım süresine göre e-sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları birbirine yakın olsa da e-sağlık okuryazarlığı boyutunda bilgisayar kullanım süresi 4 saat ve üzerinde olan öğrencilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dunnett's C çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre e-sağlık okuryazarlıkta bilgisayarı 4 saat ve üzeri kullananların ( $\bar{x} = 3,89$ ), hiç kullanmayanlara ( $\bar{x} = 3,60$ ) ve 1-3 saat kullananlara ( $\bar{x} = 3,72$ ) göre anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığını göstermiştir. Benzer şekilde, dijital okuryazarlıkta da bilgisayarı 4 saat ve üzeri kullananlar ( $\bar{x} = 3,99$ ), hiç kullanmayanlara ( $\bar{x} = 3,63$ ) ve 1-3 saat kullananlara ( $\bar{x} = 3,79$ ) göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır.

**Tablo 13.** Katılımcıların Bilgisayar Kullanım Süresine Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamaları

|                       | Bilgisayar Kullanım Süresi | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p    | Fark                              |
|-----------------------|----------------------------|-----|-------------|----------------|------|-----------------------------------|
| E-Sağlık Okuryazarlık | Hiç kullanmıyorum          | 121 | 3,60        | 0,72           | 0,06 | 4 saat ve üzeri-Hiç kullanmıyorum |
|                       | 1-3 saat                   | 292 | 3,72        | 0,71           | 0,04 |                                   |
|                       | 4 saat ve üzeri            | 103 | <b>3,89</b> | 0,75           | 0,07 |                                   |
| Dijital Okuryazarlık  | Hiç kullanmıyorum          | 121 | 3,63        | 0,61           | 0,05 | 4 saat ve üzeri-Hiç kullanmıyorum |
|                       | 1-3 saat                   | 292 | 3,79        | 0,55           | 0,03 |                                   |
|                       | 4 saat ve üzeri            | 103 | <b>3,99</b> | 0,58           | 0,05 |                                   |

Katılımcıların sağlık kararı verirken internete verilen öneme göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları Tablo 14'te sunulmuştur. Sağlık kararı verirken internete verilen öneme göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). E-sağlık okuryazarlığı boyutunda sağlık kararı verirken internetin önemli olduğunu düşünenlerin puan ortalamaları ( $\bar{X}=3,82 \pm 0,69$ ) önemli olmadığını düşünenlere göre daha yüksektir. Dijital okuryazarlık boyutunda da internetin önemli olduğunu düşünenlerin puan ortalamalarının ( $\bar{X}=3,84 \pm 0,57$ ) önemli olmadığını düşünenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 14.** Katılımcıların Sağlık Kararı Verirken İnternete Verilen Öneme Göre E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamaları

| Sağlık Kararı Verirken İnternetin Önemi |              | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | p     |
|---|--------------|-----|-------------|----------------|-------|
| E-Sağlık                                | Önemli değil | 98  | 3,33        | 0,76           | 0,00* |
| Okuryazarlık                            | Önemli       | 418 | <b>3,82</b> | 0,69           |       |
| Dijital                                 | Önemli değil | 98  | 3,59        | 0,60           | 0,00* |
| Okuryazarlık                            | Önemli       | 418 | <b>3,84</b> | 0,57           |       |

Katılımcıların sağlık kararı verirken interneti yararlı bulma durumlarına göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları Tablo 15'te sunulmuştur. Sağlık kararı verirken interneti yararlı bulma durumlarına göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). E-sağlık okuryazarlığı boyutunda interneti yararlı bulanların puan ortalamasının ( $\bar{X}=3,89\pm0,66$ ), fikri olmayanlara ve yararlı bulmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dijital okuryazarlık boyutunda da interneti yararlı bulanların puan ortalamasının ( $\bar{X}=3,88\pm0,54$ ), fikri olmayanlara ve yararlı bulmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 15.** Katılımcıların Sağlık Kararı Verirken İnterneti Yararlı Bulma Durumlarına Gören E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamaları

| Sağlık Kararı Verirken İnternetin Yararı |               | n   | Ss          | S <sub>x</sub> | P     | Fark   |
|--|---------------|-----|-------------|----------------|-------|--|
| E-sağlık okuryazarlık                    | Yararlı değil | 94  | 3,32        | 0,82           | 0,00* | Fikrim yok-Yararlı değil, Yararlı; Yararlı-Yararlı değil |
|  | Fikrim yok    | 102 | 3,58        | 0,64           |       |  |
|  | Yararlı       | 320 | <b>3,89</b> | 0,66           |       |  |
| Dijital okuryazarlık                     | Yararlı değil | 94  | 3,62        | 0,64           | 0,00* | Yararlı-Yararlı değil; Fikrim yok-Yararlı değil          |
|  | Fikrim yok    | 102 | 3,68        | 0,61           |       |  |
|  | Yararlı       | 320 | <b>3,88</b> | 0,54           |       |  |

Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları ile dijital okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları Pearson korelasyon katsayıları Tablo 16'da sunulmuştur. E-sağlık okuryazarlık ölçeği ile dijital okuryazarlık ölçeği arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ( $r=0,57$ ;  $p<0,05$ ). Bu kapsamda dijital okuryazarlık düzeyi arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyinin artacağını söylemek mümkündür.

**Tablo 16.** Katılımcıların E-Sağlık ve Dijital Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamaları Pearson Korelasyon Katsayıları

|                       | E-sağlık             | Dijital okuryazarlık |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| E-Sağlık Okuryazarlık | 1                    | $r=0,57$<br>$p=0,00$ |
| Dijital Okuryazarlık  | $r=0,57$<br>$p=0,00$ | 1                    |

## 9. Tartışma

Bu bölümde, elde edilen bulgular e-sağlık okuryazarlığı ile dijital okuryazarlık ilişkisinin önemi çerçevesinde tartışılarak, bulguların alan yazınla örtüşen ve ayrışan yönleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmaktadır. Çalışmada da e-sağlık okuryazarlığı ile dijital okuryazarlık arasında anlamlı bir pozitif ilişki tespit edilmiştir. Del Giudice ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da benzer şekilde, dijital becerilerin e-sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktör olduğu ve bu becerilerin sağlık bilgisinin edinimi ve kullanımı için temel bir araç oluşturduğu vurgulanmıştır. Bu durum, dijital becerilerin sağlık bilgisinin edinimi ve kullanımı için temel bir araç olduğunu göstermektedir. Norman ve Skinner (2006a) ile Eshet-Alkalai (2004) de dijital becerilerin sağlık bilgisi edinimi ve kullanımındaki önemine dikkat çekerek, bireylerin dijital kaynakları etkili

kullanmasının sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerini kolaylaştırdığını ifade etmektedir. Bu bağlamda, dijital okuryazarlığın orta düzeyde kalması, özellikle sağlık hizmetlerinin etkili kullanımında bireylerin karşılaşılabileceği engelleri arttırabileceğini göstermektedir. (Nutbeam, 2008; Neter ve Brainin, 2012).

Katılımcıların %52,9'u 21 yaş ve üzerinde, %25,4'ü sosyal hizmet bölümünde öğrenim görmekte, %28,6'sı 3.sınıf öğrencisi, %51'inin aile geliri 10.001-15.000 arasındadır. Katılımcıların %91,3'ü sağlık bilgisine internet tarayıcılarından, %59,7'si ise sosyal medyadan ulaşmakta olup, sağlık bilgisine TV'den ve basılı yayından erişimleri sırasıyla %17,4 ve %13,8'dir. Katılımcıların %56,6'sının bilgisayar kullanım süresinin 1-3 saat arasında olduğunu, %81'inin sağlık kararı verirken internetin önemli olduğunu ve %62'sinin sağlık kararı verirken internetin yararlı olduğunu düşünmektedir. Literatürde de benzer şekilde, dijital kaynakların sağlık bilgisi erişiminde temel araç haline geldiği belirtilmektedir (Kim vd., 2019; Kaya ve Korucuk, 2022). Ayrıca, Orhan vd. sağlık bilimleri fakültesi lisans ve lisansüstü öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada, öğrencilerin %48'inin günlük 4 saat ve üstü internet kullandığı saptanmıştır (Orhan vd., 2020). Benzer şekilde, Göldağ (2021)'in çalışmasında bilgisayar kullanım süresinin artmasıyla dijital okuryazarlık düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir. Ancak, çalışmada bilgisayar kullanım sürelerinin görece daha kısa olması, öğrencilerin akademik yoğunluklarıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmada katılımcıların dijital okuryazarlık puan ortalamaları orta düzeydedir. Literatürde bu konuda farklı bulgular ile karşılaşılmaktadır. Gültekin ve Özel (2024)'in üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık becerilerini inceledikleri araştırmalarının bulgularına göre de öğrenciler orta düzeyde dijital okuryazarlığa sahiptir (Gültekin ve Özel, 2024). Göldağ (2021) tarafından gerçekleştirilen araştırma da üniversitede öğrenim gören öğrencilerin dijital okuryazarlık düzeylerinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Ancak Doğan (2022)'in üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık düzeylerini incelediği çalışmasında öğrencilerin dijital okuryazarlık düzeylerinin çok yeterli olduğu saptanmıştır (Doğan, 2022). Nguyen ve Habók'un (2022) Vietnam üniversitelerinde yabancı dil olarak İngilizce öğrenen öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmada da öğrencilerin dijital okuryazarlık konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir (Nguyen ve Habók, 2022). Öte yandan Onursoy (2018)'un yaptığı çalışmada, öğrencilerin dijital okuryazarlık becerilerinin yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Onursoy, 2018). Kaya ve Korucuk (2022)'un çalışması da üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir (Kaya ve Korucuk, 2022).

Çalışmada katılımcıların e-sağlık okuryazarlık puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Yüksel ve Deniz'in (2019) bireylerin e-sağlık okuryazarlığını inceledikleri çalışmasındaki sonuçlarla paraleldir. Söz konusu çalışmada da katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Tubaishat ve Habiballah (2016) üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Ancak, Stellefson ve diğerleri (2011) üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık düzeylerini ele aldıkları sistematik derleme çalışmasında, bu düzeylerin yeterli olmadığını saptamışlardır. Öte yandan, Tarihoran ve arkadaşlarının (2021) hemşirelik öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, bu öğrencilerin iyi düzeyde e-sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirlenmiştir. Yılmaz ve diğerleri (2020) tarafından Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ise öğrencilerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta ve yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmalar, e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin bireylerin özelliklerine ve örneklem gruplarına göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

Norman ve Skinner (2006a), e-sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık bilgilerini arama, anlama ve kullanma kapasitelerinin dijitalleşme ile nasıl şekillendiğini vurgulamaktadır. Ancak, bu düzeylerin sağlık hizmetlerinin etkili kullanımı için yeterli olup olmadığı, bireysel ve toplumsal sağlık sonuçları açısından değerlendirilmelidir (Nutbeam, 2008). Neter ve Brainin (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, dijital sağlık bilgisi ediniminde bireylerin düşük okuryazarlık seviyesinin yanlış anlamalara ve bilgiye erişimde eşitsizliklere neden olabileceği belirtilmiştir. Bu bağlamda, öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca bu farklılıkların, dijital cihazlara erişim düzeyi, eğitim bağlamı ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Demografik değişkenler açısından, yaş önemli bir faktör olarak öne çıkmıştır. Çalışmada 21 yaş ve üzeri öğrencilerin e-sağlık okuryazarlık ve dijital okuryazarlık puan ortalamalarının 20 yaş ve altı öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gültekin ve Özel (2024)'in üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık becerilerini inceledikleri çalışmalarında öğrencilerin yaşlarına göre sadece genel bilgi ve işlevsel beceriler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılık 21-25 yaş ve 26 ve üstü yaş grubundaki öğrenciler lehine olup, bu gruptaki öğrenciler 20 yaş ve altındaki öğrencilere göre daha yüksek düzeyde dijital okuryazarlık becerilerine sahiptir (Gültekin ve Özel, 2024). Hiçyakmaz ve Mete (2022)'nin İstanbul'da yaşayan 421 birey için dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığının demografik faktörler açısından değerlendirmesinin yapıldığı çalışmada, 31-40 yaş arasındaki grubun dijital okuryazarlığının ve e-sağlık

okuryazarlığının anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir (Hiçyakmazer ve Mete, 2022). Bennett ve diğerleri (2008) yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin dijital teknolojilere adaptasyonunun arttığını ve bu durumun dijital okuryazarlık becerilerini olumlu etkilediğini ifade etmektedir. Karagül ve diğerlerinin (2021) araştırması, yaşın dijital okuryazarlık üzerinde etkili bir faktör olduğunu ancak tek başına yeterince güçlü bir belirleyici olmadığını göstermiştir. Literatürde de genç yaş grubunda dijital okuryazarlığın belirli boyutlarda eksik olduğu, özellikle kritik düşünme ve bilgi değerlendirme konularında daha fazla desteğe ihtiyaç duyulduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Park ve Goering, 2020). Buna karşılık, Monteiro ve Leite'nin (2021) çalışması, yaşın dijital okuryazarlık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını ve bireylerin dijital cihazları kullanma deneyiminin, yaştan daha önemli bir faktör olduğunu öne sürmüştür.

Çalışmada katılımcı öğrencilerin öğrenim gördükleri bölüme ve sınıfa göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. E-sağlık okuryazarlığında sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin puan ortalaması, dijital okuryazarlıkta ise sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin puan ortalaması diğer bölüm öğrencilerine göre daha yüksektir. Sınıf değişkeni açısından bakıldığında; e-sağlık okuryazarlığında dördüncü sınıfların puan ortalamasının, dijital okuryazarlıkta ise üçüncü ve dördüncü sınıfların puan ortalamalarının diğer sınıflara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Tubaishat ve Habiballah (2016)'ın üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini incelediği çalışmada üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri puanlarının birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Doğan (2022)'in üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık düzeylerini incelediği çalışmasında, öğrencilerin dijital okuryazarlık düzeylerinin sınıf değişkenine göre farklılık göstermediği saptanmıştır (Doğan, 2022). Uyar (2021)'in meslek yüksekokulu öğrencilerinin dijital okuryazarlık düzeyleri ile ilgili çalışmasında da dijital okuryazarlık düzeylerinin bölüm ve sınıfa göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Uyar, 2021). Bu farklı sonuçlar, çalışmalarda kullanılan yöntem ve örneklem farklarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada katılımcıların ailelerinin gelirine göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. E-sağlık okuryazarlığında aile geliri 10.001-15.000 olan katılımcı öğrencilerin puan ortalamalarının diğer gelir düzeylerindeki katılımcılara oranla, hatta aile geliri 15.001'den fazla olan öğrencilerden bile daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dijital okuryazarlık puan ortalamaları dikkate alındığında ise aile geliri 15.001'den büyük olan katılımcı öğrencilerin puan ortalamalarının diğer gelir düzeylerindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hiçyakmazer ve Mete (2022)'nin İstanbul'da yaşayan 421 birey için, dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığının demografik faktörler açısından değerlendirmesinin yapıldığı çalışmada, 9000 TL üzeri geliri olanlarda dijital okuryazarlık yüksek iken, 7000-9000 TL arası geliri olanların e-sağlık okuryazarlık seviyesi daha yüksek çıkmıştır (Hiçyakmazer ve Mete, 2022). Shiferaw ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, gelir düzeyinin e-sağlık okuryazarlık üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Daha yüksek gelir seviyesine sahip katılımcıların e-sağlık okuryazarlık becerilerinin, düşük gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tran ve arkadaşları (2020), ekonomik avantajlara sahip ailelerden gelen öğrencilerin dijital cihazlara erişimlerinin daha kolay olduğunu ve bu durumun dijital okuryazarlıklarını artırdığını belirtmiştir. Buna karşılık, düşük sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin cihazlara erişim zorluğu nedeniyle dijital becerilerinin olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir. Benzer şekilde, Hatlevik ve Christophersen (2013) de sosyoekonomik durumun dijital okuryazarlık üzerindeki güçlü etkisini vurgulamıştır. Bu bulgular, yüksek gelir düzeyinin dijital cihazlara erişimi artırarak dijital okuryazarlık becerilerini geliştirdiğini ve ekonomik eşitsizliklerin dijital okuryazarlıkta fırsat eşitsizliklerine yol açabileceğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada katılımcıların sağlık bilgisini internet tarayıcısından ve sosyal medyadan elde etme durumuna, bilgisayar kullanım süresine, sağlık kararı verirken internete verilen öneme ve interneti yararlı bulma durumuna göre e-sağlık ve dijital okuryazarlık ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Sağlık bilgisini internet tarayıcıları ile ve sosyal medya yoluyla elde etme sorularına evet diyenlerin puan ortalaması her iki okuryazarlık boyutunda da daha yüksektir. Bilgisayar kullanım süresi 4 saat ve üzerinde olan öğrencilerin puan ortalaması her iki okuryazarlık boyutunda da daha yüksektir. Tarihoran ve diğerleri (2021) tarafından yapılan çalışmada, internet kullanım sıklığının e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Sağlık kararı verirken internetin önemli ve yararlı olduğunu düşünenlerin e-sağlık ve dijital okuryazarlık puan ortalamaları daha yüksektir. Kaya ve Korucuk (2022)'un çalışmasında en çok vakit geçirdikleri sosyal ağ ve internet kullanımında tercih ettikleri araç ile dijital okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kaya ve Korucuk, 2022). Göldağ (2021) tarafından yapılan çalışmada, kişisel bilgisayara sahip olan ve gün içerisinde uzun süre bilgisayar kullanan öğrencilerin dijital okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu, dijital cihaz kullanma düzeyleri arttıkça dijital okuryazarlık düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (Göldağ, 2021). Literatürde de benzer şekilde, dijital cihaz kullanma sıklığı ve sosyal medya tercihleri, dijital okuryazarlık düzeylerini etkileyen önemli faktörler olarak rapor edilmiştir.

## 10. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı ile dijital okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi açısından önemli bulgular sunmaktadır. Bu araştırmanın bulguları, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin dijital bilgi kaynaklarını sağlıklı ilgili kararlarını şekillendirmede etkin biçimde kullandıklarını ve e-sağlık okuryazarlığı ile dijital okuryazarlığın bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini göstermektedir. Özellikle, sağlık bilgisine erişimde dijital kaynakların kritik bir rol oynadığını ve katılımcıların sağlık kararlarında interneti temel bir araç olarak kullandığını göstermektedir. İnternet tarayıcıları ve sosyal medyanın bilgi ediniminde öncelikli olarak tercih edilmesi, dijitalleşmenin sağlık okuryazarlığı üzerinde dönüştürücü etkisinin olabileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, katılımcıların internetin önemine yüksek düzeyde vurgu yapmasına karşın, yararlılık algısında belirli bir oranda düşüş olması, dijital bilgi kaynaklarının etkililiğinin ve güvenilirliğinin sorgulanması gerektiğine işaret etmektedir.

Öğrenciler özelinde değerlendirildiğinde, yaşın ilerlemesiyle dijital araçların kullanım becerilerinin ve dolayısıyla bilgiye erişim kapasitelerinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, öğrenim görülen bölüm ve sınıf düzeyinin de okuryazarlık düzeylerinde farklılık yaratması, müfredatlarda sunulan teknoloji destekli ders içeriklerinin ve disiplinlerarası yaklaşımların etkisine işaret etmektedir. Aile geliri düzeyinin e-sağlık ve dijital okuryazarlığı belirlemede önemli bir etken olması, dijital cihazlara erişimin yanı sıra bu cihazların ne kadar etkin kullanıldığına da bağlı olduğunu göstermektedir. Düşük gelirli gruplarda dijital eşitsizliğin daha belirgin olması, toplum genelinde sağlıklı ilgili doğru bilgiye erişimin ve sağlığın geliştirilmesinin önünde ciddi bir engel olduğu söylemek mümkündür.

Araştırma kapsamında tespit edilen e-sağlık okuryazarlığı ile dijital okuryazarlık arasındaki pozitif ilişki, dijital becerilerin geliştirilmesinin sağlık alanında daha bilinçli kararlar vermeye katkı sunduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç hem sağlık eğitiminde hem de toplumsal düzeyde, dijital becerilerin erken yaşlardan itibaren desteklenmesinin gerekliliğini açıkça göstermektedir. Böylelikle, doğru ve güvenilir bilgiyi ayırt etme kapasitesi artacak, özellikle sosyal medya gibi yaygın mecralarda edinilen sağlık bilgilerinin bireylerin davranış ve tutumlarını olumlu yönde etkilemesi sağlanabilecektir. Bu bağlamda, teknolojik altyapıyı geliştirme ve toplumun dezavantajlı kesimlerini destekleme politikaları, yalnızca sağlık alanında değil, genel anlamda sosyal eşitliği ileriye taşıyacak temel önlemler olarak değerlendirilmektedir.

Araştırma sonuçları, dijital teknolojilerin sağlık okuryazarlığındaki önemini vurgulamakla birlikte, bireylerin bu teknolojilere erişimini kısıtlayan faktörlerin ortadan kaldırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle düşük gelir düzeyine sahip bireyler için dijital cihazlara erişimin kolaylaştırılması, yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal sağlık eşitliği açısından da kritik bir öneme sahiptir. Bunun yanı sıra, sosyal medyanın sağlık bilgisi ediniminde önemli bir rol oynaması, bu platformlarda yayılan bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliğinin artırılmasını gerektirmektedir.

Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda, bireylerin e-sağlık okuryazarlık ve dijital okuryazarlık düzeylerini artırmaya yönelik çok boyutlu stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir. Öncelikle, dijital ve e-sağlık okuryazarlığı eğitim programlarının genişletilmesi önerilmektedir. Üniversitelerde dijital becerileri geliştirmeye yönelik ders müfredatlarının oluşturulması, bireylerin dijital araçları daha etkili kullanmalarını sağlayacaktır. Bu doğrultuda, dijital teknolojilere yönelik uygulamalı derslerin yükseköğretimde yaygınlaştırılması, özellikle düşük dijital okuryazarlık düzeyine sahip grupların becerilerini artırabilir (Donovan, 2007; Shopova, 2014). Yerel yönetimler ve İlçe Milli Eğitim Müdürlükleri tarafından düşük gelir grubundaki bireyler için ücretsiz dijital okuryazarlık eğitimlerinin düzenlenmesi, yalnızca bireylerin dijital becerilerini geliştirmekle kalmayacak, aynı zamanda bilgiye erişim konusundaki eşitsizliklerin azalmasına da katkı sağlayacaktır.

Gelir düzeyine dayalı eşitsizlikleri azaltmak için ekonomik erişimi kolaylaştırıcı politikalar geliştirilmelidir. Araştırma bulgularına göre, düşük gelir gruplarındaki bireylerin dijital cihazlara erişimi sınırlıdır ve bu durum e-sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, dijital cihazlardan alınan Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) oranlarında öğrencilere yönelik istisnalar belirli aralıklarla sağlanabilir. Örneğin, dört yılda bir olmak üzere bilgisayar ve akıllı telefon gibi cihazlarda ÖTV muafiyeti uygulaması, bireylerin bu cihazlara erişimini kolaylaştırabilir (Hiçyakmaz ve Mete, 2022). Alternatif olarak, ÖTV oranlarının genel olarak düşürülmesi veya vergi matrahlarının yeniden düzenlenmesi, bireylerin dijital cihazlara erişim kapasitelerini artırabilir. Bu tür politikalar, dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin iyileştirilmesine doğrudan katkı sağlayacaktır.

Sosyal medyanın sağlık bilgisi ediniminde yaygın olarak kullanıldığı bulgusu, bu platformlarda yayılan bilgilerin doğruluğuna yönelik çalışmaların artırılmasını gerektirmektedir. Sosyal medya platformlarının etkili kullanımını sağlamak ve bilgi kirliliğini önlemek amacıyla akredite sağlık portallarının yaygınlaştırılması önemlidir. Üniversiteler ve sağlık kurumları,

güvenilir dijital sağlık bilgi kaynaklarını teşvik ederek bireylerin doğru bilgilere erişimini kolaylaştırabilir (Nguyen ve Habók, 2022). Ayrıca, sosyal medyada sağlıkla ilgili yanlış bilgilerin yayılmasını engellemek için farkındalık kampanyaları düzenlenebilir.

Bilgisayar kullanım süresi ile e-sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık düzeyleri arasındaki pozitif ilişki göz önüne alındığında, öğrencilerin bilgisayar kullanımını teşvik edecek yapısal düzenlemeler yapılmalıdır. Üniversitelerde bilgisayar laboratuvarlarının erişilebilirliğinin artırılması ve dijital cihazların kullanımına yönelik pratik uygulamalar içeren atölye çalışmalarının düzenlenmesi, bireylerin dijital becerilerinin gelişimine katkı sağlayabilir. Ayrıca, çevrimiçi interaktif eğitim materyallerinin geliştirilmesi, öğrencilerin öğrenim süreçlerinde dijital teknolojileri daha etkili kullanmalarını teşvik edecektir (Yüksel ve Deniz, 2019).

Pilot projeler kapsamında, dijitalleşme stratejileri belirli fakültelerde ve bölümlerde uygulamaya alınabilir. İngiltere, Finlandiya ve Çekya gibi ülkelerde başarıyla uygulanan dijital sağlık sistemlerinden ilham alınarak, Türkiye’de fakülteler düzeyinde dijital sağlık sistemlerine geçiş için pilot projeler başlatılabilir. Örneğin, sağlık hizmetlerinde dijital sevk zinciri uygulamaları, bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırmanın yanı sıra, sağlık sisteminde etkililiği artırabilir. Bu tür projelerin, dijitalleşmeyi stratejik bir hedef olarak benimseyen fakültelerde uygulanmaya başlanması, hem öğrencilerin dijital becerilerini geliştirecek hem de sağlık hizmetlerinin verimliliğini artıracaktır (Kaya ve Korucuk, 2022).

Son olarak, gelecekteki çalışmalarda, e-sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık üzerine farklı sosyo-ekonomik gruplar ve coğrafi bölgelerdeki bireyleri kapsayan araştırmalar yapılması önerilmektedir. Çalışmanın bir üniversite öğrencileriyle sınırlı olması, bulguların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu nedenle, daha geniş ve çeşitli örneklem gruplarını içeren araştırmalar, dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi daha derinlemesine anlamayı mümkün kılacaktır. Ayrıca, kültürel bağlamların dijital okuryazarlık üzerindeki etkisinin incelenmesi, bu alanda farklı stratejilerin geliştirilmesine olanak tanıyabilir (Park ve Goering, 2020). Özellikle dijitalleşme ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik daha kapsamlı çalışmalar, sağlık politikalarının iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.

**Teşekkür:** Bu çalışmanın taslak haline Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü 4. Sınıf Seminer dersi kapsamında katkı sunan **öğrenciler** Nur Asena ARAS, Yağmur KAPLAN, Sezai ALTINDAŞ, Sinem Revna DEMİR, Zeynep Sude BÜYÜKATEŞ, Umut DEMİRELLİ, Ferhat DEMİRTAŞ, Ergül Nur ATA, Pınar AYKAÇ, Mehmet POLAT ve Dheyauldeen Mahmood Faihan FAIHAN’a teşekkür ederiz.

## KAYNAKÇA

- Aydan, S. (2022). Covid-19 pandemisi döneminde e-sağlık okuryazarlığının artan önemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3), 695-706.
- Bennett, S., Maton, K., & Kervin, L. (2008). The ‘digital natives’ debate: A critical review of the evidence. *British Journal of Educational Technology*, 39(5), 775–786. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2007.00793.x>
- Çubukcu, A., & Bayzan, Ş. (2013). Türkiye’de dijital vatandaşlık algısı ve bu algıyı internetin bilinçli, güvenli ve etkili kullanımı ile artırma yöntemleri. *Middle Eastern & African Journal of Educational Research*, 5(1), 148-174.
- DeCarlo, L. T. (1997). On the meaning and use of kurtosis. *Psychological Methods*, 2(3), 292-307. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.2.3.292>
- Del Giudice, P., Bravo, G., Poletto, M., De Odorico, A., Conte, A., Brunelli, L. & Brusaferrro, S. (2018). Correlation between eHealth literacy and health literacy using the eHealth literacy scale and real-life experiences in the health sector as a proxy measure of functional health literacy: cross-sectional web-based survey. *Journal of medical Internet research*, 20(10), e281.
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96.
- Doğan, H. (2022). Üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık düzeyleri: Bölüm ve sınıf karşılaştırmaları. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, 12(3), 345-359. <https://doi.org/10.12739/NWSA.2022.12.3.7C0065>
- Donovan, T. (2007). Promoting digital literacy in higher education: A curriculum proposal. *Journal of Higher Education Studies*, 5(2), 45-52.
- Ertaç, H., Kırac, R., & Demir, R. N. (2019). Dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. 3. *Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*.
- Eshet-Alkalai, Y. (2004). Digital literacy: a conceptual framework for survival in the digital era. *Journal of Multimedia and Hypermedia*, 13(1), 93-106.

- Gencer, Z. T. (2017). E-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kültürel uyarlaması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 1, 131-145.
- Göldağ, B. (2021). Üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık düzeyleri ile dijital veri güvenliği farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 12(3), 82-100. <https://doi.org/10.19160/e-ijer.991234>
- Gültekin, V., & Özel, N. (2024). Üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık becerileri: Ankara Üniversitesi örneği. *DTCF Dergisi*, 64(1), 384-420. <https://doi.org/10.21121/dtcfdergisi.1114177>
- Hamutoğlu, N., Güngören, Ö., Uyanık, G., & Erdoğan, D. (2017). Dijital okuryazarlık ölçeği: Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1), 408-429.
- Hatlevik, O. E., Guðmundsdóttir, G. B., & Loi, M. (2015). Examining factors predicting students' digital competence. *Journal of Information Technology Education. Research*, 14, 123.
- Hiçyakmaz, E., & Mete, M. (2022). Bireylerde dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığının demografik özellikler açısından değerlendirilmesi. *Avrasya Bilimler Akademisi Sosyal Bilimler Dergisi*, 41, 120-134.
- Inan Karagul, B., Seker, M., & Aykut, C. (2021). Investigating students' digital literacy levels during online education due to COVID-19 pandemic. *Sustainability*, 13(21), 11878.
- Kaya, H., & Korucuk, M. (2022). Examination of digital literacy levels of university students. *Dinamika Ilmu*, 22(1), 167-186. <https://doi.org/10.21093/di.v22i1.4919>
- Kim, H., Park, S., & Bozeman, I. (2019). Online health information search and evaluation: Observations and insights from a national sample of internet users. *Journal of Medical Internet Research*, 21(4). <https://doi.org/10.2196/12654>
- Martin, A., & Grudziecki, J. (2006). DigEuLit: Concepts and tools for digital literacy development. *Innovation in Teaching and Learning in Information and Computer Sciences*, 5(4), 249-267. <https://doi.org/10.11120/ital.2006.05040249>
- Monteiro, A., & Leite, C. (2021). Digital literacies in higher education: Skills, uses, opportunities and obstacles to digital transformation. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, 21(65).
- Nakas, D. (2017). Üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.1619>
- Ng, W. (2012). Can we teach digital natives digital literacy? *Computers & Education*, 59, 1065-1078. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2012.04.016>
- Ng, W. (2015). *New digital technology in education: Conceptualizing professional learning for educators*. Springer Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-05822-1>
- Nguyen, T., & Habók, A. (2022). Digital literacy among university students: A cross-cultural perspective. *International Journal of Educational Technology*, 9(3), 109-128. <https://doi.org/10.18178/ijlt.2022.9.3.1837>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e9>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *World Hosp Health Serv*, 41(1), 32-40.
- Onursoy, S. (2018). Üniversite gençliğinin dijital okuryazarlık düzeyleri: Anadolu Üniversitesi öğrencileri üzerine bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2), 989-1013.
- Orhan, M., Sayar, B., & Biçer, E. B. (2020). Üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin karşılaştırması: Sağlık bilimleri lisans ve lisansüstü öğrencileri üzerine bir araştırma. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 141-157.
- Park, S., & Goering, J. (2020). The role of culture in shaping digital literacy skills. *Global Perspectives on Technology and Education*, 8(2), 77-93.



- Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., Endehabtu, B. F., Gullslett, M. K., & Mengiste, S. A. (2020). E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC medical informatics and decision making*, 20, 1-9.
- Shopova, T. (2014). Digital literacy of students and its impact on the educational process. *Journal of Educational Technology & Society*, 17(3), 42-53.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. *Journal of medical Internet research*, 13(4), e102.
- Tarihoran, D. E., Anggraini, D., Juliani, E., Ressa, R., & Fardan, I. (2021, November). Indonesian Student Nurses' E-Health Literacy Skills. In *Nursing Informatics* (pp. 444-446).
- Tran, T., Ho, M. T., Pham, T. H., Nguyen, M. H., Nguyen, K. L. P., Vuong, T. T. & Vuong, Q. H. (2020). How digital natives learn and thrive in the digital age: Evidence from an emerging economy. *Sustainability*, 12(9), 3819.
- Tubaishat, A., & Habiballah, L. (2016). eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 42, 47-52.
- TÜİK (2023). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2023. <https://www.tuik.gov.tr>
- UN ECOSOC. (2009). *Ministerial declaration – 2009 high-level segment: Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health*. <https://www.un.org/ecosoc>
- Uyar A. (2021). Meslek yüksekokulu öğrencilerinin dijital okuryazarlık düzeyleri. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 198-211.
- We Are Social-Meltwater (2023). *Digital 2023: Global overview report. The essential guide to the world's connected behaviour*. Erişim Adresi: <https://wearesocial.com/wp-content/uploads/2023/03/Digital-2023-Global-Overview-Report.pdf> Erişim Tarihi: 5 Eylül 2024.
- WHO (2024). *Health Promotion Glossary*. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. WHO, Geneva
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326. <https://doi.org/10.5455/pmb.20141231084741>
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yılmaz, A., Saygılı, M., & Kaya, M. (2020). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 31, 148-157. <https://doi.org/10.20875/makusobed.884258>
- Yüksel, O., & Deniz, S. (2019). Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *2nd International Conference on Data Science and Applications (ICONDATA'19)*, 3-6 Ekim 2019, Balıkesir, Türkiye.

# SAĞLIKTA METİN MADENCİLİĞİ: TEORİ VE UYGULAMA



DR. SEMA DÖKME YAĞAR  
DOÇ. DR. ÇAĞDAŞ ERKAN AKYÜREK

## Sağlık Kurumlarında Kişisel Koruyucu Donanımların Kullanılması ile İlgili Çalışmaların Bibliyometrik Analizi

Sinem Sarıçoban<sup>1</sup> \* Gülbiye Yenimahalleli Yaşar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Arş. Gör., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,

<sup>2</sup> Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

| MAKALE BİLGİSİ  | ÖZET   |
|---|--|
| <p><b>Makale Türü:</b><br/>Araştırma Makalesi</p> <p><b>Anahtar Sözcükler:</b><br/>Kişisel koruyucu donanım (KKD), hastane, sağlık kurumları, bibliyometrik analiz</p> <p><b>Sorumlu Yazar</b><br/><sup>1</sup>. Sinem Sarıçoban<br/><sup>2</sup>. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar</p> <p><b>E-mail:</b><br/><sup>1</sup>. sinemsaricoban1@gmail.com<br/><sup>2</sup>. gulbiyey@gmail.com</p> | <p><i>Sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu donanım kullanımı, mesleki tehlike ve risklere karşı etkili koruma yöntemlerinden birdir. Kişisel koruyucu donanım kullanımı sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını korumakla birlikte, hastalara güvenli bir hizmet sunarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır. Bu çalışmada sağlık kurumlarında kişisel koruyucu donanım ile ilgili yapılan çalışmaların bibliyometrik analiz yöntemiyle incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla "personal protective equipment" ile birlikte sırasıyla "hospital", "healthcare institutions" ve "health care institutions" anahtar kelimeleriyle Web of Science veri tabanında Ekim 2024'e kadar yapılmış olan çalışmalar taranmıştır. Yapılan tarama sonucunda 3.354 çalışmaya ulaşılmış ancak belirlenen kriterlere uymayan çalışmalar elenerek 332 çalışma analize dahil edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler için Microsoft Excel, diğer analizler ve görselleştirmeler için ise VOSviewer kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre kişisel koruyucu donanım kullanımına ilişkin çalışmaların Covid-19 pandemisiyle belirgin bir artış gösterdiği ve bu dönemde konunun bilimsel literatürde geniş bir yer bulduğu saptanmıştır. Çalışmaların büyük çoğunluğunun fen bilimleri ve tıp alanlarında yoğunlaştığı, ABD'nin lider konumda olduğu ve Türkiye'nin en fazla yayın yapan 6. ülke olarak öne çıktığı görülmüştür. Elde edilen sonuçlar, kişisel koruyucu donanım kullanımı konusundaki literatürün kapsamını ve eğilimlerini anlamaya katkı sağlamakta ve gelecekteki araştırmalar için yol gösterici olmayı hedeflemektedir.</i></p> |

## 1. GİRİŞ

Sağlık çalışanları çalışma ortamları ve yaptıkları iş bakımından pek çok mesleki tehlike ve riskle karşı karşıya kalmaktadır. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğine göre sağlık kurumları, verilen hizmetin niteliğine göre tehlikeli ve çok tehlikeli yerler olarak sınıflandırılmaktadır (Resmi Gazete, 2012a). Sağlık kurumlarının özellikle “Çok Tehlikeli İşler” sınıfında yer alması, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin aynı sınıfa dahil olan maden ocakları, çimento fabrikaları, dökümhaneler, boyahaneler gibi sektörlerle kıyaslanmasını gerekli kılmaktadır (Zencir, 2014).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda risk “Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimali” olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2012b). Sağlık çalışanları için pek çok mesleki risk bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık çalışanları için enfeksiyon, güvenli olmayan hasta taşıma, tehlikeli kimyasallar, radyasyon, ısı ve gürültü, psikososyal tehlikeler, şiddet ve taciz, yaralanmalar, güvenli su, hijyen ve sanitasyonun yetersiz sağlanması gibi mesleki risklerin olduğunu belirtmiştir (DSÖ, 2022). Ancak genel olarak sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mesleki riskler biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal riskler olarak sınıflandırılmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bu riskler verimliliği azaltmakta, bakım verilen hastaları risk altında bırakmakta, iş kazası ve meslek hastalıklarına yol açmakta ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Dolayısıyla çalışma ortamlarının uygun hale getirilmesi ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve önlem alınması büyük önem taşımaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017). Risk faktörlerinin ortadan kaldırılamadığı veya önlem alınmadığı durumlarda ise koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir.

Sağlık çalışanları için mesleki tehlike ve risklere karşı kişisel koruyucu donanımların (KKD) kullanılması bireysel düzeyde kritik bir öneme sahiptir. KKD’lerin doğru seçimi, uygun şekilde kullanımı ve düzenli bakımı, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan, biyolojik ve kimyasal risklerden ve diğer işyeri tehlikelerinden korunmasında etkin bir koruma sağlar. KKD’ler sağlık çalışanlarını mesleki tehlike ve risklere karşı koruyan ekipman veya özel giysileri (maske, önlük, eldiven, siperlik, koruyucu gözlük gibi) içerir (Galani ve ark., 2021). Ancak hiçbir donanım türü her bireye ve her tehlikeye uygun koruma sağlamaz. Donanımların kişiye, risklere ve risk düzeylerine göre seçilmesi gerekmektedir (Eyre ve ark., 2016). Sağlık çalışanlarının sıklıkla kullandığı KKD’ler; gözlükler, yüz siperlikleri, medikal maskeler, FFP2, FFP3 ve N95 filtreli maskeler, önlükler ve tulumlar ile eldivenlerdir (Çetintepe ve İlhan, 2020).

Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinde “Çalışanlar, 6331 sayılı Kanunun 19 uncu maddesine uygun olarak, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımları doğru kullanmakla, korumakla, uygun yerlerde ve uygun şekilde muhafaza etmekle yükümlüdür.” ifadesi yer almaktadır (Resmi Gazete, 2013). Bu maddeye göre çalışanların gerekli hallerde KKD kullanmakla yükümlü oldukları belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde KKD, farklı birçok meslek grubunu, sunulan sağlık hizmetini ve çeşitli bilim dallarını ilgilendiren kapsamlı bir konudur. Bu çalışma, sağlık hizmetlerinde KKD ile ilgili yapılan araştırmaların bibliyometrik analiz yöntemiyle belirlenen kriterler doğrultusunda incelenmesini amaçlamaktadır. Kablay (2024) işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili geliştirdiği model önerisinde, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda bilimsel çalışmalar ve araştırmalar için üniversitelerin de sistemde yer alması gerektiğini belirtmiştir. Dolayısıyla bu çalışma KKD konusundaki literatürün güncel durumunu ortaya koyması açısından önem arz etmektedir. Ayrıca bu çalışmanın, gelecekte yapılacak araştırmalara yol göstereceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde kişisel koruyucu donanımlar ile ilgili yapılmış olan çalışmalar bibliyometrik analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Bibliyometrik analiz, bilimsel yayınları incelemek ve değerlendirmek amacıyla matematiksel ve istatistiksel yöntemler kullanan bir yaklaşımdır. Araştırmacılara, belirli bir alanın akademik literatüründeki mevcut durumu ve ortaya çıkan eğilimleri anlamaları için kapsamlı bir çerçeve sunar (Broadus, 1987; Khanra ve ark., 2021). Farklı araştırma alanlarında yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Bu nedenle, bibliyometrik analiz, incelenen alanın akademik yapısını ve araştırma eğilimlerini ortaya koyarak büyük miktarda bilimsel yayının özetlenmesine olanak tanıyan önemli bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Donthu ve ark., 2021). Veri toplama süreci ile ilgili bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır.

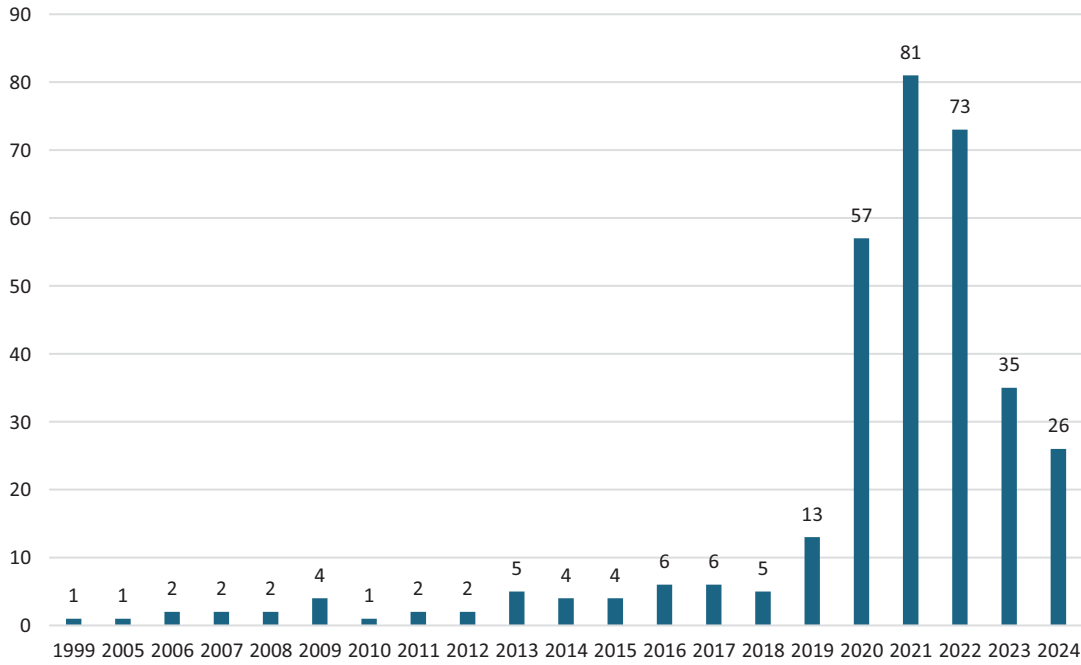
**Tablo 1. Veri toplama süreci**

|                   |                                |   |   |
|-------------------|--------------------------------|---|---|
| Veri tabanı       | Web of Science Core Collection |   |   |
| Anahtar kelimeler | Personal protective equipment  | + | hospital<br>health care institutions<br>healthcare institutions |
| Yayın tarihi      | Ekim 2024'e kadar              |   |   |
| Yayın dili        | İngilizce                      |   |   |
| Yayın türü        | Araştırma makaleleri           |   |   |

Veriler, “personal protective equipment” ile birlikte “hospital”, “health care institutions” ve “healthcare institutions” anahtar kelimelerinin kombinasyonu Web of Science (WoS) veri tabanının başlık, özet ve anahtar kelimeler bölümlerinde taranarak elde edilmiştir. Araştırmada elde edilen çalışmaların dahil edilmesinde araştırma makalesi olması, tam metninin olması, yayın dilinin İngilizce olması ve konuyu doğrudan yansıtmaya dikkat edilmiştir. Yapılan veri taraması sonucunda ilk etapta 3.354 çalışmaya ulaşılmış, tekrarlayan çalışmaların çıkarılması ile birlikte 3.103 çalışma dahil edilme kriterlerine göre incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda 2.771 makale dahil etme kriterlerine uymadığı için çıkarılmış, sonuçta 332 çalışma analize dahil edilmiştir. Elde edilen veriler VOSviewer v.1.6.20'ye aktarılmış ve çalışmalara ait bilgilerin görselleştirilmesi ve analizleri bu program aracılığıyla yapılmıştır. Çalışmaların tanımlayıcı özelliklerinin analizinde ise Microsoft Excel kullanılmıştır.

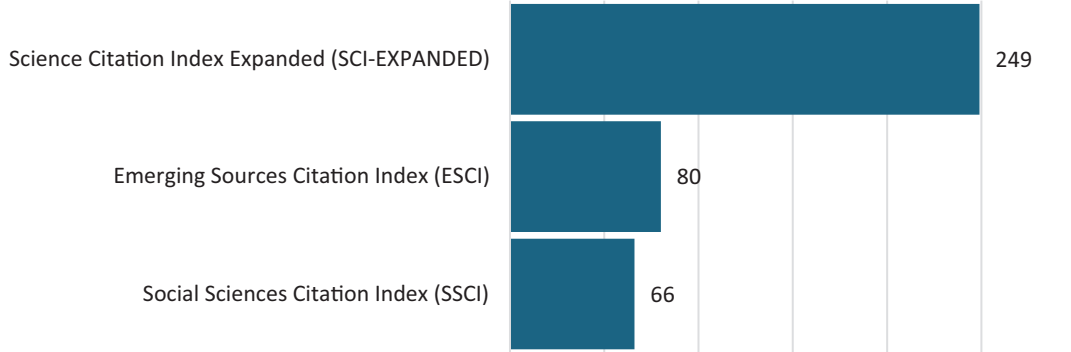
### 3. BULGULAR

Bu araştırmaya dahil edilen çalışmalar incelendiğinde 1999- 2024 arasında 332 çalışma olduğu görülmüştür. Grafik 1'de yıllara göre çalışmaların sayısı yer almaktadır.

**Grafik 1. Yıllara göre çalışmaların sayısı**

Grafik 1 incelendiğinde sağlık hizmetlerinde KKD ile ilgili ilk çalışmanın 1999 yılında yapıldığı saptanmıştır. Ancak 1999-2018 yılları arasında yapılan çalışmaların sayısında büyük bir artış yaşanmamış, yıllık en fazla 6 çalışma gerçekleştirilmiştir. Ancak önce 2019 daha sonra 2020 yıllarında yapılan çalışma sayısında artış olmuş ve özellikle 2021 yılında en yüksek sayıya ulaşmıştır. 2022 yılından sonra çalışma sayısında azalma olduğu, 2023 yılında 35, 2024 yılında ise 26 çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Bu çalışmada veriler Ekim 2024 itibarıyla elde edilmiştir ve 2024 yılına ait veriler henüz tamamlanmamıştır.

Ancak yıl sonuna yakın bir tarih olması nedeniyle çalışma sayısında çok fazla artış olmayacağı öngörülmektedir. Grafik 2’de çalışmaların WoS indekslerine göre dağılımı yer almaktadır.



**Grafik 2.** WoS indekslerine göre çalışmaların dağılımı

Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların 249’unun Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED)’ta, 80’inin Emerging Sources Citation Index (ESCI)’te, 66’sının ise Social Sciences Citation Index (SSCI)’te tarandığı saptanmıştır. Tablo 2’de WoS kategorilerine göre çalışmaların sayısı yer almaktadır.

**Tablo 2.** WoS kategorilerine göre yayın sayısı (ilk 10 kategori)

| No | Kategori                                 | Yayın sayısı |
|----|--|--------------|
| 1  | Public Environmental Occupational Health | 93           |
| 2  | Infectious Diseases                      | 62           |
| 3  | Medicine General Internal                | 52           |
| 4  | Nursing                                  | 30           |
| 5  | Health Care Sciences Services            | 26           |
| 6  | Dermatology                              | 24           |
| 7  | Emergency Medicine                       | 24           |
| 8  | Multidisciplinary Sciences               | 19           |
| 9  | Environmental Sciences                   | 15           |
| 10 | Health Policy Services                   | 12           |

Tablo 2 incelendiğinde 93 çalışmanın Public Environmental Occupational Health (halk, çevre ve iş sağlığı), 62 çalışmanın Infectious Diseases (enfeksiyon hastalıkları), 52 yayının Medicine General Internal (tıp), 30 çalışmanın Nursing (hemşirelik), 26 çalışmanın ise Health Care Sciences Services (sağlık hizmetleri) alanlarında yer aldığı görülmektedir. Bu alanların dışında dermatoloji, acil tıp, çevre bilimleri ve sağlık politikaları alanlarından da çalışmalar bulunmaktadır. Tablo 3’te kurumlara göre çalışma sayısı yer almaktadır.

**Tablo 3.** Kurumlara göre çalışma sayısı (ilk 10 kurum)

| No | Kurumlar                         | Yayın sayısı |
|----|----------------------------------|--------------|
| 1  | Harvard University               | 9            |
| 2  | University of Toronto            | 8            |
| 3  | Harvard Medical School           | 7            |
| 4  | University of Sydney             | 7            |
| 5  | National University of Singapore | 6            |

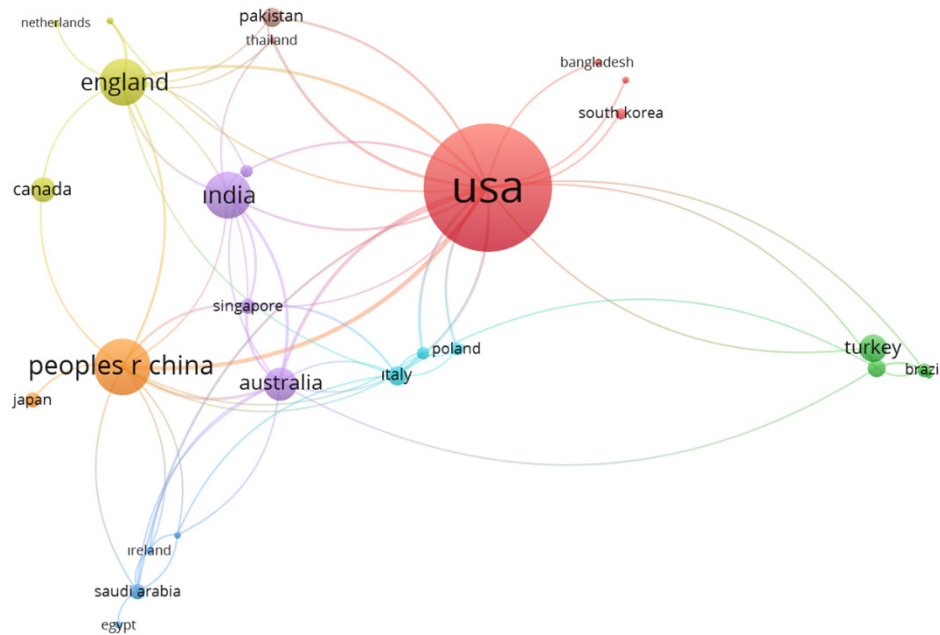
|    |                                      |   |
|----|--------------------------------------|---|
| 6  | University of California System      | 6 |
| 7  | University of Michigan               | 6 |
| 8  | University of Michigan System        | 6 |
| 9  | University of New South Wales Sydney | 6 |
| 10 | University System of Ohio            | 6 |

Tablo 3'te en fazla çalışma yapan ilk 10 kurumun sıralaması yer almaktadır. Tablo 3'e göre, Harvard University 9, University of Toronto 8, Harvard Medical School ile University of Sydney ise 7 çalışma ile öne çıkan kurumlar arasındadır. Tablo 4'te ülkelere göre yayın sayısı yer almaktadır.

**Tablo 4. Ülkelere göre yayın sayısı (ilk 10)**

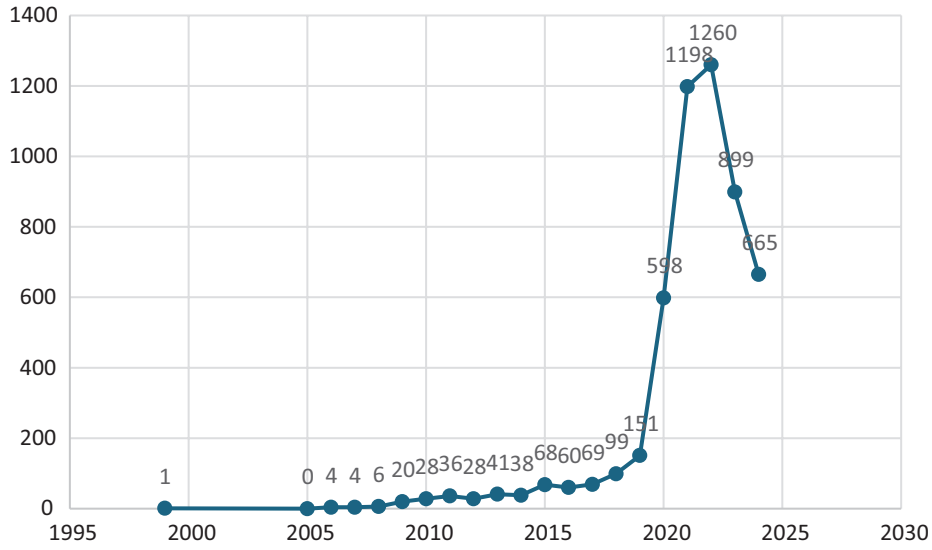
| No | Ülkeler    | Yayın sayısı |
|----|------------|--------------|
| 1  | ABD        | 79           |
| 2  | Çin        | 35           |
| 3  | İngiltere  | 29           |
| 4  | Hindistan  | 29           |
| 5  | Avustralya | 21           |
| 6  | Türkiye    | 17           |
| 7  | Kanada     | 16           |
| 8  | İtalya     | 12           |
| 9  | Pakistan   | 12           |
| 10 | İspanya    | 11           |

Tablo 4'te yer alan en fazla yayın yapan ilk 10 ülke incelendiğinde; ABD 79, Çin 35, İngiltere ve Hindistan 29, Avustralya 21, Türkiye 17, Kanada 16, İtalya ve Pakistan 12 ve İspanya'nın 11 çalışma yaptığı görülmektedir. Şekil 1'de çalışmalardaki ülkelerarası iş birliği haritası (ülkelere göre ortak yazarlık ilişkileri) yer almaktadır.



**Şekil 1. Ülkelerarası iş birliği haritası (ülkelere göre ortak yazarlık ilişkileri)**

Şekil 1’de ülkelerin çalışma sayıları ile en az 3 çalışmada iş birliği yapan ülkelerin ağ haritası yer almaktadır. Buna göre ABD’nin 40, Çin’in 21 ve Avustralya’nın 20 bağlantısı bulunmaktadır. Türkiye’nin ise ülkelerarası işbirliği sayısı 2’dir. Grafik 3’te yıllara göre atf sayıları yer almaktadır.



**Grafik 3.** Yıllara göre atf sayısının dağılımı

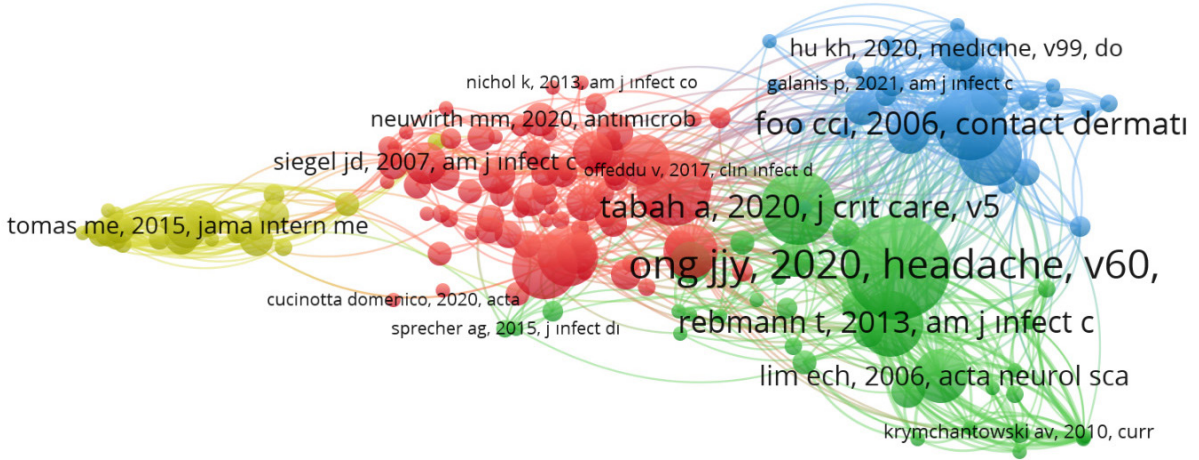
Grafik 3 incelendiğinde 1995-2015 yılları arasında atf sayısında düşük bir artış olduğu görülmüştür. 2015 yılından itibaren atf sayısı artışa geçmiştir. Ancak 2020 yılı itibarıyla büyük bir artış yaşandığı saptanmıştır. En fazla atf sayıları 2021 ve 2022 yıllarındadır. 2022 yılından itibaren ise atf sayılarında düşüş olduğu gözlemlenmiştir. Tablo 5’te en fazla atf alan çalışmaların özellikleri yer almaktadır.

**Tablo 5.** En fazla atf alan çalışmaların özellikleri (ilk 5 çalışma)

| No | Yazar, Yıl            | Başlık  | Dergi                            | WoS atf sayısı |
|----|-----------------------|---|----------------------------------|----------------|
| 1  | Ong ve ark., 2020     | Headaches Associated with Personal Protective Equipment - A Cross-Sectional Study Among Frontline Healthcare Workers During COVID-19  | Headache                         | 279            |
| 2  | Rowan ve Laffey, 2020 | Challenges and solutions for addressing critical shortage of supply chain for personal and protective equipment (PPE) arising from Coronavirus disease (COVID19) pandemic - Case study from the Republic of Ireland | Science of the Total Environment | 261            |
| 3  | Foo ve ark., 2006     | Adverse skin reactions to personal protective equipment against severe acute respiratory syndrome - a descriptive study in Singapore  | Contact Dermatitis               | 212            |
| 4  | Tomas ve ark., 2015   | Contamination of Health Care Personnel During Removal of Personal Protective Equipment  | Jama Internal Medicine           | 189            |
| 5  | Liu ve ark., 2020     | Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study  | Bmj-British Medical Journal      | 165            |

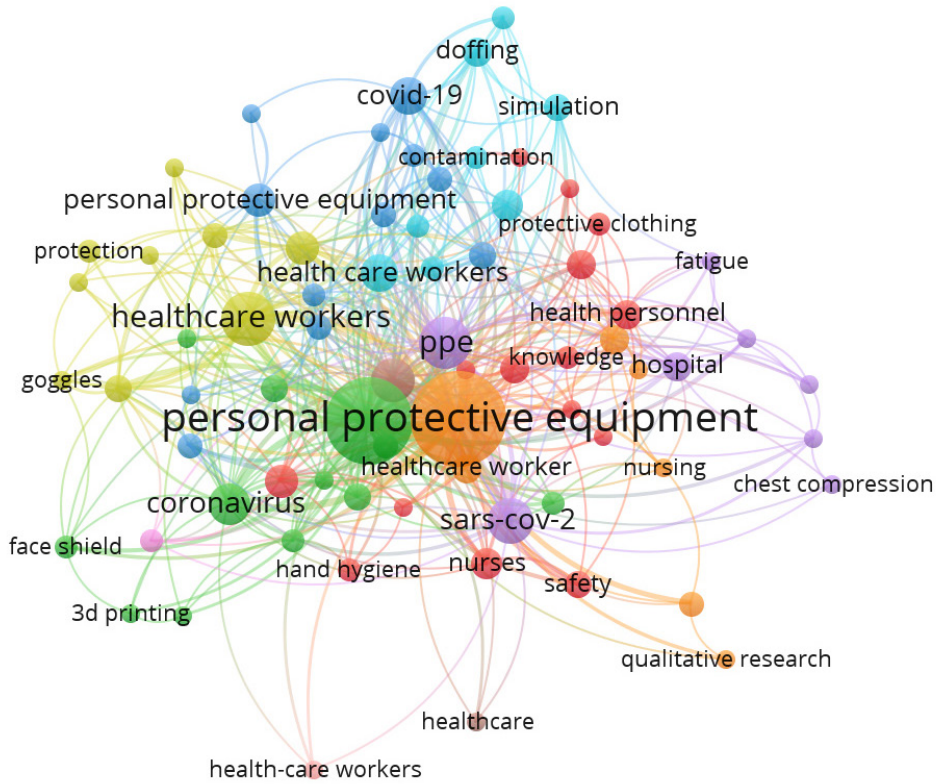
Tablo 5’te yer alan en fazla atf alan ilk 5 makalenin özellikleri incelendiğinde Ong ve ark. tarafından yapılan ve 2020 yılında *Headache* dergisinde yayımlanan Headaches Associated with Personal Protective Equipment - A Cross-Sectional Study Among Frontline Healthcare Workers During COVID-19 başlıklı çalışma en fazla atf alan çalışmadır (Ong ve ark., 2020). Şekil 2’de ortak atf analizi yer almaktadır.





**Şekil 2.** Ortak atf analizi

Şekil 2’de iki bağımsız çalışmanın farklı bir çalışmada birlikte alıntılanma sıklığı gösterilmektedir. En az 5 çalışmada birlikte yer alan 172 çalışma ve 4 küme olduğu bulunmuştur. Şekil 3’te çalışmalarda kullanılan anahtar kelimelerin analizi yer almaktadır.



**Şekil 3.** Çalışmalarda en sık kullanılan anahtar kelimeler

İncelenen çalışmalarda en az 3 kere kullanılan toplam 75 anahtar kelime olduğu bulunmuştur. En sık kullanılan beş anahtar kelime sırasıyla personal protective equipment (n= 156), Covid- 19 (n=126), healthcare workers (n= 37), PPE (n= 34) ve SARS- Cov-2 (n=25)’dir.

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

KKD'ler özellikle tehlike ve riskin yoğun olduğu sağlık hizmetlerinde çalışanların güvenliğini sağlamak ve hizmet verilen bireyleri korumak için kritik bir role sahiptir. KKD'lerin etkili kullanımı, pek çok riske karşı bir bariyer oluşturarak hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından önemli bir katkı sağlar. Bununla birlikte, KKD kullanımına ilişkin literatürün kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, bu alandaki mevcut durumu ve eğilimleri ortaya koymak açısından önemlidir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde KKD ile ilgili yapılmış olan çalışmaların bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda WoS veri tabanında Ekim 2024 tarihine kadar yayımlanmış olan ve belirlenen kriterleri karşılayan toplam 332 çalışma, VOSviewer programı aracılığıyla incelenmiştir.

Gerçekleştirilen analizler sonucunda konuyla ilgili ilk çalışmanın 1999 yılında yapıldığı ve 2005 yılına kadar başka bir çalışma yapılmadığı görülmüştür. 2005 yılından itibaren ise konuyla ilgili her yıl çalışma yapılmış ancak 2020 yılına kadar yapılan çalışmaların sayısı en fazla 13 olarak bulunmuştur. 2020 yılından itibaren konuyla ilgili çalışmaların sayısında artış olmuş ve en fazla 2021 yılında çalışma yayımlanmıştır. Çalışma sayısındaki artışın sebebinin Covid-19 pandemisi olduğu düşünülmektedir. Covid-19 pandemisiyle beraber KKD'lere duyulan ihtiyaç artmış ve KKD kullanmanın önemi dikkat çekmiştir. Bu durumun yapılan çalışmaların sayısına yansdığı görülmektedir. Cordeiro ve ark. (2022) sağlık çalışanlarında KKD kullanımı üzerine yaptıkları geniş ölçekli derleme çalışmasında konuyla ilgili yapılan çalışma sayısının Covid-19 döneminde artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Yine dikkat çeken bir diğer sonuç ise 2021 yılından itibaren çalışma sayısının azalmış olmasıdır. Covid-19 pandemisinin etkisini yitirmesiyle beraber konuya duyulan ilginin de azaldığı söylenebilir.

İncelenen çalışmaların büyük çoğunluğunun SCI-E indeksinde tarandığı bulunmuştur. Buna göre KKD konusunun daha çok fen bilimleri, mühendislik, teknoloji, tıp, fizik, kimya, biyoloji gibi alanlarda dikkat çektiği söylenebilir. WoS kategorisine göre incelendiğinde de en çok çalışmanın yapıldığı ilk 10 kategorinin tıp ve sağlık hizmetleri olduğu görülmüştür. Konuyla ilgili en fazla çalışma yapan kurum Harvard Üniversitesidir. Bu sonuca paralel olarak yine konuyla ilgili en fazla çalışmanın yapıldığı ülke ABD olarak bulunmuştur. Türkiye ise en fazla çalışma yapan 6. ülkedir. Çalışmalarda ülkelerarası iş birliği incelendiğinde de yine en fazla iş birliği yapan ülkenin ABD olduğu saptanmıştır. ABD en fazla Çin ile ortak çalışma gerçekleştirmiştir. Türkiye ise ABD ve İspanya ile olmak üzere iki ortak çalışma yapmıştır. ABD'nin konuyla ilgili öncü olduğu söylenebilir.

Çalışmaların atıf sayıları, yayın sayısına paralel olarak 2020 yılında artış göstermeye başlamıştır. 2022 yılında en fazla atıf sayısına ulaşılmış ancak o yıldan itibaren atıf sayısı azalışa geçmiştir. Bu durumun da Covid-19 etkisi nedeniyle olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili en fazla atıf alan çalışma ise 279 atıf ile Ong ve ark. (2020) Headache dergisinde yayımlanan, KKD kullanımına bağlı yaşanan baş ağrısını değerlendirdikleri çalışmadır (14). Diğer en fazla atıf alan çalışmalar ise KKD eksikliği ve tedarik zinciri, KKD'nin sebep olduğu cilt reaksiyonları, KKD çıkarırken yaşanan kontaminasyon ve Covid-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının KKD kullanımını değerlendirmektedir. En fazla atıf alan 5 çalışmanın üçünün Covid-19 döneminde yapılması dikkat çekmektedir. Çalışmaların ortak atıfları incelendiğinde en az 5 çalışmada birlikte alıntılanan 172 yayın olduğu görülmüştür. En sık kullanılan anahtar kelimeler incelendiğinde ise çalışmalarda yine Covid-19 pandemisinin etkisi dikkat çekmektedir.

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinde KKD ile ilgili literatürün bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi sonucunda, KKD kullanımına ilişkin araştırmaların özellikle Covid-19 pandemisi döneminde büyük bir ivme kazandığını ortaya koymuştur. Pandeminin etkisiyle, KKD kullanımının önemi daha çok vurgulanmış ve bu durum yayınların sayısına, atıf oranlarına ve anahtar kelimelere yansmıştır. Ancak, pandeminin etkisinin azalmasıyla birlikte konuya duyulan ilginin azaldığı, yayın ve atıf sayılarında düşüş olduğu gözlenmiştir. Çalışmaların büyük çoğunluğunun fen bilimleri ve tıp alanlarına odaklandığı, en fazla araştırmanın ABD ve Harvard Üniversitesi tarafından gerçekleştirildiği, Türkiye'nin ise konuya katkıda bulunan ülkeler arasında yer aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, Covid-19 pandemisinin KKD kullanımını ve bu konuda yapılan çalışmaları tetikleyen önemli bir dönüm noktası olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, KKD ile ilgili mevcut literatürün genel durumunu ortaya koyarak bu alanda yapılacak gelecekteki çalışmalar için bir rehber sunmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Broadus, R. N. (1987). Toward a definition of bibliometrics. *Scientometrics*, 12(5-6), 373-379. <https://doi.org/10.1007/BF02016680>
- Cordeiro, L., Gnatta, J. R., Ciofi-Silva, C. L., Price, A., Oliveira, N. A., Almeida, R. M. A., et al. (2022). Personal protective equipment implementation in healthcare: A scoping review. *American Journal of Infection Control*, 50(8), 898-905. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.013>
- Çetintepe, S. P., & İlhan, M. N. (2020). Optimal personal protective equipment use in healthcare workers during coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Gazi Medical Journal*, 31(2A), 298-302.
- Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N., & Lim, W. M. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 133, 285-296. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.070>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2022). Occupational health: Health workers. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- Eyre, A. J., Hick, J. L., & Thorne, C. D. (2016). Personal protective equipment. In *Ciottono's Disaster Medicine* (pp. 294-301). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-28665-7.00046-7>
- Foo, C. C. I., Goon, A. T. J., Leow, Y. H., & Goh, C. L. (2006). Adverse skin reactions to personal protective equipment against severe acute respiratory syndrome: A descriptive study in Singapore. *Contact Dermatitis*, 55(5), 291-294. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2006.00953.x>
- Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Impact of personal protective equipment use on healthcare workers' physical health during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 49(10), 1305-1315. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.04.007>
- Khanra, S., Dhir, A., Parida, V., & Kohtamäki, M. (2021). Servitization research: A review and bibliometric analysis of past achievements and future promises. *Journal of Business Research*, 131, 151-166. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.03.056>
- Liu, M., Cheng, S. Z., Xu, K. W., Yang, Y., Zhu, Q. T., Zhang, H., et al. (2020). Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: Cross-sectional study. *BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2195>
- Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.
- Ong, J. J., Bharatendu, C., Goh, Y., Tang, J. Z., Sooi, K. W., Tan, Y. L., et al. (2020). Headaches associated with personal protective equipment: A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. *Headache*, 60(5), 864-877. <https://doi.org/10.1111/head.13811>
- Resmi Gazete. (2012). İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16909&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
- Resmi Gazete. (2012). İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>
- Resmi Gazete. (2013). Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18540&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Rowan, N. J., & Laffey, J. G. (2020). Challenges and solutions for addressing critical shortage of supply chain for personal and protective equipment (PPE) arising from Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Case study from the Republic of Ireland. *Science of the Total Environment*, 725, 138532. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138532>
- Solmaz, M., & Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156.
- Tomas, M. E., Kundrapu, S., Thota, P., Sunkesula, V. C., Cadnum, J. L., Mana, T. S. C., et al. (2015). Contamination of healthcare personnel during removal of personal protective equipment. *JAMA Internal Medicine*, 175(12), 1904-1910. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4535>
- Zencir, M. (2014). Mesleki bulaşıcı hastalıklar: Sağlık çalışanlarının sağlığı örneği. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 14, 51-52.



Tüm Kitaplarımız için



Alışveriş Sitemizi  
Ziyaret Edin!..

www.  
pelikan

kitabevi  
.com.tr

## Dönüştürücü Liderlik ile Örgüt Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği

Ahmet Akın Şen<sup>1</sup> \* Şükrü Anıl Toygar<sup>2</sup><sup>1</sup> Bilim Uzmanı<sup>2</sup> Doçent, Tarsus Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

| MAKALE BİLGİSİ   | ÖZET   |
|--|--|
| <p><b>Makale Türü:</b><br/>Araştırma Makalesi</p> <p><b>Anahtar Sözcükler:</b><br/>Örgütsel Davranış,<br/>Dönüştürücü<br/>Lider, Lider, Sağlık<br/>Profesyoneli</p> <p><b>Sorumlu Yazar</b><br/><sup>1</sup> Ahmet Akın Şen<br/><sup>2</sup> Şükrü Anıl Toygar</p> <p><b>E-mail:</b><br/><sup>1</sup> ahmet_sen@<br/>tarsus.edu.tr<br/><sup>2</sup> saniltoygar@<br/>tarsus.edu.tr</p> | <p><i>Bu araştırma, Ankara'da bulunan bir kamu hastanesinde çalışan sağlık personelinin dönüştürücü liderlik özelliklerinin örgüt kültürü arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlayan kesitsel türde bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Ankara'da bir kamu hastanesinde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler anket yöntemi ile bir araya getirilmiştir. Araştırmanın veri toplama araçları toplam üç bölümden oluşmaktadır. Ölçek formunun ilk bölümü kişisel veri formundan oluşmaktadır. Form, kamu hastanesinde görev alan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan Avolio ve Bass (2004) tarafından geliştirilen Dönüşümcü Liderlik Ölçeği (DLÖ), Koç (2020) tarafından Türkçeye çevrilmiş olup sağlık çalışanları üzerinde analiz yapabilmek için düzenlenmiştir. Araştırmada kullanılacak bir diğer ölçek ise Denison (1990) tarafından geliştirilen ve Yahyagil (2004) tarafından Türkçeye uyarlanan Örgüt Kültürü Ölçeği (ÖKÖ) sağlık çalışanları evreninde kullanılmıştır. Ayrıca araştırmada ortaya çıkan korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında ölçek alt boyutları arasında pozitif yönlü, güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Dönüştürücü Liderlik alt boyutları ile Örgüt Kültürü alt boyutları arasındaki değerlendirmelere bakıldığında ise her iki ölçeğinde birbirlerini etkilediği ve birinde meydana gelen farkındalığın diğerini de güdülediği sonucuna ulaşılmıştır.</i></p> |

## 1. Giriş

Liderlik, insanlık tarihi boyunca hemen her noktada karşımıza çıkan bir kavram olarak görülmüştür. İnsanoğlu, tarihin her aşamasında daima etrafındakileri yönetme ve onlara hükmetme eğiliminde olmuştur. İnsan topluluklarının yönetilmesi için gerçekleştirilen bu arayışlar neticesinde çeşitli liderlik kuramları ortaya atılmıştır. Birçok farklı özelliği üzerinden değerlendirilen liderlik kuramları, tarih boyunca topluluklar üzerinde olduğu kadar örgütler üzerinde de etkisini göstermiştir (Özkaynar, 2017:13-16). u bağlamda Örgütler de tıpkı canlılar gibi doğar, büyür, değişir, gelişir ve yaşamsal faaliyetlerini kaybederler. Örgütler de geçmişten günümüze doğru bakıldığında tıpkı insanlık tarihinde olduğu gibi birçok değişimler ve gelişimlere maruz kalmıştır. Bu gelişmeler örgütlerin yönetilebilmesi, sürdürülebilmesi ve ayrıca verimli bir şekilde üretim yapılabilmesini de zorlaştırmıştır. Bir örgüt için asli unsur olan insan kaynağının etkin ve etkili bir şekilde yönetilebilmesinin örgütün sürdürülebilirliği açısından oldukça önemli olduğu ifade edilmektedir (Denison ve Neal, 2000; Avolio ve Bass, 2004). Özellikle birçok farklı hizmeti bir arada yürüten örgütlerde insan kaynağını yönetirken örgüt üzerinde kayda değer bir baskı oluştuğu ve bunun da örgütteki çalışanların moral ve motivasyonuna doğrudan etkileri olduğu belirtilmektedir (Torun, 2007:101-110). Sağlık hizmeti sunucuları, faaliyet gösterdikleri alan itibari ile bu duruma güzel bir örnek teşkil etmektedir. 24 saat kesintisiz hizmet veren sağlık kuruluşlarında hem örgütsel hem de bireysel düzeyde bir baskı ve stres ortamının varlığından bahsedebilmek mümkündür. Böylesi durumların doğru yönetilebilmesi için lider sağlık kuruluşlarında oldukça önemli bir yere sahiptir. Öyle ki lider, hızlı bir şekilde değişen koşullara kendisini ve sağlık kuruluşunu hazırlamalı, gelişmeler karşısında çalışanlarının moral ve motivasyonunu göz önüne almalıdır. Küreselleşmenin egemen olduğu günümüzde gerçekleşen bu ani değişimlere karşı sağlık sunucuları ile liderlerin uyum içerisinde olması artık kaçınılmaz bir gerçeklik halini almıştır (Şahne ve Şar, 2015:109-110). Bu doğrultuda özellikle son dönemlerde öne çıkan liderlik kuramlarından biri olan dönüştürücü liderlik kuramı sağlık kuruluşlarında oldukça etkili bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Son dönemde kamuda hizmet veren sağlık sunucularının sağlık alanında özellikle kamu-özel anlayışı ile işletilen kurumlar haline dönüşmesi, dönüştürücü liderlik özelliklerine sahip çalışanlara ihtiyaç duyulduğu anlamına gelmektedir (Aykut, 2000: 18).

## 2. YÖNTEM

Bu araştırma, Ankara ilindeki bir kamu hastanesinde görev alan çalışanların dönüştürücü liderlik algıları ile örgüt kültürü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlayan kesitsel türde bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık profesyonelleri oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında Google Forms uygulaması üzerinden çevrimiçi anket yöntemiyle veriler elde edilmiştir. Bu kapsamda veri toplama yöntemi olarak kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem ölçekteki tüm soruları cevaplandırabilecek herkesin katılım gösterebildiği bir yöntemdir. Kolayda örneklem ile araştırmacı belirlenen örneklem ile araştırmada belirlendiği sayıya ulaşınca kadar basit bulunan ve kolay ulaşılabilen uygun katılımcılardan verilere ulaşmayı amaçlamaktadır (Haşiloğlu vd.,2015:20). Bu doğrultuda ölçekleri tam ve doğru şekilde yanıtlayan toplam 364 sağlık çalışanı araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler için ve uygulamanın gerçekleştirilmesi için gerekli yazılı izinler yazarlardan ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla da araştırmanın yapıldığı kamu hastanesinden alınmıştır.

Araştırmanın veri toplama araçları toplam üç bölümden oluşmaktadır. Ölçek formunun ilk bölümü kişisel veri formundan oluşmaktadır. Form, kamu hastanesinde görev alan sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Sosyodemografik soru formuna ek olarak kullanılan ilk ölçek Avolio ve Bass (2004) tarafından geliştirilmiş olan Dönüşümcü Liderlik Ölçeğidir. Ölçek Koç (2020) tarafından Türkçeye çevrilmiş olup sağlık çalışanları evreninde düzenlenmiştir. Ölçek 5'li Likert tipinde (1:Hiç Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Orta Düzeyde Katılıyorum, 4:Katılıyorum|| ve 5:Tamamen Katılıyorum) dizayn edilmiş ve beş alt boyuttaki toplam 31 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutlar; "1:İdealleştirilmiş Etki, 2:İlham Vererek Güdüleme, 3:Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma, 4:Bireysel İlgisi ve 5:Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlamak" şeklindedir.

Araştırmada kullanılacak ikinci ölçek ise Denison (1990) tarafından geliştirilmiş olan Örgüt Kültürü Ölçeği (ÖKÖ), Yahyagil (2004) tarafından Türkçeye uyarlanarak sağlık çalışanları evrenine uyarlanmıştır. Ölçek 5'li Likert tipinde dizayn edilmiş (1:Hiç Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Orta Düzeyde Katılıyorum, 4:Katılıyorum ve 5:Tamamen Katılıyorum) ve 36 ifade ve toplam 5 alt boyuttan (1:Katılım, 2:Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler, 3:Tutarlılık, 4:Uyum ve 5:Misyon) oluşmaktadır.

Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS paket programı v.26 (IBM Inc. Chicago, USA) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hastaların demografik verilerinin sürekli ve kesikli olmasına göre ortalama  $\pm$  standart sapma veya yüzdelik oranlar,

DLÖ ve ÖKÖ skorlarının istatistiksel değerlendirmelerinde ise tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, standart sapma, en büyük, en küçük değer) kullanılmıştır. Çalışmadaki katılımcılardan elde edilen verilerin varyans homojenliklerinin ve normal dağılıma uyumlu olup olmadıklarının değerlendirilmesinde, literatürde öngörüldüğü şekilde örneklem boyutuna bağlı analizler kullanılmıştır. Literatürde yer alan santral limit teoremi gereğince büyük örneklem boyutlarının normallik testi sonuçlarından bağımsız olarak, verilerin normal dağılıma yaklaşacak şekilde dağılım gösterdiği belirtilmiş olsa da (Lumley vd., 2002; Wilcox, 2010), her büyük boyutlu örneklemin normal dağılım göstermediği bildirilmektedir (Micceri, 1989; Öztuna vd., 2006). Bu yaklaşımda örneklem boyutunun 200 katılımcının üzerinde olduğu çalışmalarda histogram grafiklerinin, eğrilik ve basıklık katsayılarının değerlendirilerek dağılımın normalliğine karar verilmesi önerilmektedir.

## 2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirildiğinden dolayı ilgili kurumda görev yapan personelin araştırmanın yapıldığı tarihler arasındaki fikirlerini yansıtmaktadır. Dolayısıyla sonuçlar tüm sağlık çalışanlarına genellendirilemez.

### Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında geliştirilen hipotezler aşağıda sunulmuştur.

H1: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının DLÖ toplam puanları ve alt boyutları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H2 : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının DLÖ toplam puanları ile alt boyutları açısından yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H3 : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının DLÖ toplam puanları ve alt boyutları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H4 : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ÖKÖ toplam puanları ve alt boyutları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H5 : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ÖKÖ toplam puanları ve alt boyutları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H6 : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ÖKÖ toplam puanları ve alt boyutları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H7 : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının DLÖ toplam puanları ile ÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H8 : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının DLÖ alt boyutları ile ÖKÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır.

## 3. BULGULAR

### 3.1. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Bir araştırmada geçerlilik, ölçeğin neyi amaçladığını, neler gösterip göstermediğini ve neleri ölçebildiğini belirlemeye çalışmaktır. Aynı zamanda geçerlilik bir araştırmanın doğruluğunu kanıtlayan bir yöntemdir (İnan,2019:293). Bu araştırmada ölçeklerin güvenilirlik analizini gerçekleştirmek için Cronbach&Alpha analizleri yapılmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

| Ölçek                                      | Cronbach's Alpha Değeri |
|--|-------------------------|
| Dönüştürücü Liderlik Ölçeği                | 0,971                   |
| İdealleştirilmiş Etki                      | 0,973                   |
| İlham Vererek Güdüleme                     | 0,973                   |
| Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma | 0,972                   |

|   |       |
|---|-------|
| Bireysel ilgi                             | 0,973 |
| Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama | 0,973 |
| Örgüt Kültürü Ölçeği                      | 0,972 |
| Katılım                                   | 0,975 |
| Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler      | 0,973 |
| Tutarlılık                                | 0,974 |
| Uyum                                      | 0,974 |
| Misyon                                    | 0,974 |

Genel olarak tablo incelendiğinde liderlik ve örgüt kültürü toplam puanları ve alt boyutlarının güvenirlik katsayılarının  $0,80 \leq \alpha < 1$  arasında olduğu görülmektedir. Bu değerler neticesinde ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilebilir.

Analizlerin yapılması adına öncelikle verilerin normal dağılıma uyup uymadığının belirlenebilmesi adına normallik testleri yapılmıştır. Bir araştırmada analizlerin gerçekleştirilmesinde hangi testlerin yapılacağına karar verirken çarpıklık ve basıklık (Skewness ve Kurtosis) değerlerine bakılmalıdır (Blanca vd., 2013). Bu araştırma kapsamında hangi analizlerin yapılacağına ve verilerin normal dağılıma uyup uymadığına karar verebilmek için öncelikle Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri gerçekleştirilmiştir. Sosyal bilimler için -1,5 ile +1,5 arasındaki basıklık ve çarpıklık değerlerinin verilerin normal dağılıma uyumu için yeterli olduğu görüşü hakimdir (Tabachnick vd., 2013). Bu görüşten hareketle DLÖ'nün (Skewness=-,422; Kurtosis=-,523) ve ÖKÖ'nün (Skewness=-,073; Kurtosis=-,315) değerlerine bakıldığında normal dağılıma uyduğuna ve analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen demografik özelliklerin değerlendirilmesinden elde edilen sonuçlar ise Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2. Demografik özellikler**

|                        | N   | %     |
|------------------------|-----|-------|
| <b>Cinsiyet</b>        |     |       |
| Kadın                  | 169 | %46,4 |
| Erkek                  | 195 | %53,6 |
| <b>Yaş</b>             |     |       |
| 19-27                  | 131 | %36   |
| 28-36                  | 100 | %27,5 |
| 37-45                  | 80  | %22   |
| 46-54                  | 37  | %10,2 |
| 55 ve üzeri            | 16  | %4,4  |
| <b>Eğitim Seviyesi</b> |     |       |
| Lise                   | 64  | %17,6 |
| Ön Lisans/Lisans       | 219 | %60,2 |
| Yüksek Lisans          | 59  | %16,2 |
| Doktora                | 22  | %6    |
| <b>Meslek</b>          |     |       |
| Doktor                 | 62  | %17   |
| Hemşire                | 144 | %39,6 |
| Yardımcı Personel      | 72  | %19,8 |



|   |     |       |
|---|-----|-------|
| Paramedik                                 | 28  | %7,7  |
| Anestezi Teknikeri                        | 20  | %5,5  |
| Laboratuvar Teknikeri                     | 19  | %5,2  |
| İdari Personel                            | 19  | %5,2  |
| <b>Pozisyon</b>                           |     |       |
| Yönetici                                  | 35  | %9,6  |
| Yönetici Olmayan                          | 329 | %90,4 |
| <b>Hastanede Toplam Çalışma Süresi</b>    |     |       |
| 1 yıldan az                               | 39  | %10,7 |
| 1-4 yıl                                   | 189 | %51,9 |
| 5-8 yıl                                   | 70  | %19,2 |
| 9-12 yıl                                  | 20  | %5,5  |
| 13 yıl ve üzeri                           | 46  | %12,6 |
| <b>Mevcut Yönetici ile Çalışma Süresi</b> |     |       |
| 1 yıldan az                               | 87  | %23,9 |
| 1-4 yıl                                   | 218 | %59,9 |
| 5-8 yıl                                   | 48  | %13,2 |
| 9-12 yıl                                  | 6   | %1,6  |
| 13 yıl ve üzeri                           | 5   | %1,4  |

Tablo 2’de görüleceği üzere çalışmaya dahil edilen katılımcıların %53,6’sı (n=195) erkek, %46,4’ü (n=169) kadındır. Tüm katılımcılarda yaş değerlerine bakıldığında ise, 19-27 yaş aralığında %36 (131), 28-36 yaş aralığında %27,5 (100), 37-45 yaş aralığında %22 (80), 46-54 yaş aralığında %10,2 (37) ve 55 yaş ve üzeri yaş aralığında %4,4 (16) katılımcının olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 3. DLÖ ile ÖKÖ ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri**

| Ölçekler                                   | N   | $\bar{X}$ | Ss.  |
|--|-----|-----------|------|
| Dönüştürücü Liderlik Ölçeği                | 364 | 3,29      | 1,01 |
| İdealleştirilmiş Etki                      | 364 | 3,36      | 1,01 |
| İlham Vererek Güdöleme                     | 364 | 3,21      | 1,03 |
| Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma | 364 | 3,25      | 1,12 |
| Bireysel İlgi                              | 364 | 3,27      | 1,05 |
| Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama  | 364 | 3,35      | 1,12 |
| <b>Örgüt Kültürü Ölçeği</b>                | 364 | 3,05      | 0,80 |
| Katılım                                    | 364 | 3,19      | 0,81 |
| Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler       | 364 | 3,13      | 0,88 |
| Tutarlılık                                 | 364 | 2,92      | 0,96 |
| Uyum                                       | 364 | 3,07      | 0,78 |
| Misyon                                     | 364 | 2,95      | 0,92 |

Katılımcılara yapılan DLÖ ve ÖKÖ ile bu ölçeklerin alt boyutlarının analizlerinden elde edilen sonuçlar Tablo 3’de sunulmuştur. Bu sonuçlara göre katılımcıların DLÖ puan ortalaması 3,29±1,01 puan seviyesindedir. Bu ölçeğin alt boyutlarından elde edilen ortalamalara bakıldığında ise, İdealleştirilmiş Etki 3,36±1,01 puan, İlham Vererek Güdüleme 3,21±1,03 puan, Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma 3,25±1,12 puan, Bireysel İlgisi 3,27±1,05 puan, Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama 3,35±1,12 olarak tespit edilmiştir. ÖKÖ ortalaması 3,05±0,80 puan olup bu ölçeğin alt boyutlarından Katılım 3,19±0,81 puan, Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler 3,13±0,89 puan, Tutarlılık 2,92±0,96 puan, Uyum 3,07±0,78 puan, Misyona 2,95±0,92 puan olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 4. DLÖ ve Alt Boyutlarının Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi**

| Cinsiyet  | N            | Ortalama | Ss.  | T    | p     |             |
|---|--------------|----------|------|------|-------|-------------|
| <b>Dönüştürücü Liderlik Ölçeği</b>                | <b>Kadın</b> | 169      | 3,17 | 1,05 | 4,115 | <b>,043</b> |
|   | <b>Erkek</b> | 195      | 3,99 | 0,98 |       |             |
| <b>İdealleştirilmiş Etki</b>                      | <b>Kadın</b> | 169      | 3,27 | 1,03 | 2,475 | ,117        |
|   | <b>Erkek</b> | 195      | 3,43 | 1,00 |       |             |
| <b>İlham Vererek Güdüleme</b>                     | <b>Kadın</b> | 169      | 3,13 | 1,06 | 2,024 | ,156        |
|   | <b>Erkek</b> | 195      | 3,28 | 1,00 |       |             |
| <b>Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma</b> | <b>Kadın</b> | 169      | 3,08 | 1,15 | 7,522 | <b>,006</b> |
|   | <b>Erkek</b> | 195      | 3,40 | 1,07 |       |             |
| <b>Bireysel İlgisi</b>                            | <b>Kadın</b> | 169      | 3,16 | 1,08 | 3,820 | ,051        |
|   | <b>Erkek</b> | 195      | 3,37 | 1,01 |       |             |
| <b>Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama</b>  | <b>Kadın</b> | 169      | 3,23 | 1,18 | 3,564 | ,060        |
|   | <b>Erkek</b> | 195      | 3,45 | 1,06 |       |             |

Tablo 4’de katılımcıların cinsiyetleri ile DLÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında değişiklik gösterip göstermediğini tespit amacıyla yapılan bağımsız örneklem-t testi analizi bulguları gösterilmiştir. DLÖ genel puan ortalamaları açısından araştırmaya katılanların cinsiyetleri farklılık göstermektedir ( $p=0,043$ ). Buna ilaveten Entelektüel Uyarım ve Uygun bir Model Olma alt boyutları açısından da araştırmaya katılanların cinsiyetleri farklılık göstermektedir ( $p=0,043$ ;  $p=0,006$ ). Diğer alt boyutlar için kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Ortaya çıkan sonuçlara göre DLÖ ile Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma alt boyutu için  $H_1$  hipotezi kabul edilirken diğer alt boyutlar için ise  $H_1$  hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 5 DLÖ ve Alt Boyutlarının Yaş Açısından Değerlendirilmesi**

| Yaş                          | N                  | Ortalama | Ss.  | F    | p     | t            |
|------------------------------|--------------------|----------|------|------|-------|--------------|
| <b>DLÖ</b>                   | <b>19-27</b>       | 131      | 3,64 | 0,90 | 8,839 | ,055         |
|                              | <b>28-36</b>       | 100      | 3,30 | 1,02 |       | ,065         |
|                              | <b>37-45</b>       | 80       | 2,94 | 0,99 |       | <b>,0001</b> |
|                              | <b>46-54</b>       | 37       | 2,95 | 1,12 |       | <b>,020</b>  |
|                              | <b>55 ve üzeri</b> | 16       | 2,82 | 0,76 |       | <b>,014</b>  |
| <b>İdealleştirilmiş Etki</b> | <b>19-27</b>       | 131      | 3,70 | 0,94 | 8,250 | ,057         |
|                              | <b>28-36</b>       | 100      | 3,35 | 1,02 |       | ,055         |
|                              | <b>37-45</b>       | 80       | 3,02 | 0,95 |       | <b>,0001</b> |
|                              | <b>46-54</b>       | 37       | 3,02 | 1,10 |       | <b>,002</b>  |
|                              | <b>55 ve üzeri</b> | 16       | 2,97 | 0,72 |       | <b>,037</b>  |

|   |                    |     |      |      |                     |              |
|---|--------------------|-----|------|------|---------------------|--------------|
| <b>İlham Vererek Gdleme</b>                     | <b>19-27</b>       | 131 | 3,52 | 0,92 | <b>6,079 ,0001</b>  | <b>,065</b>  |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 3,17 | 1,07 |                     | <b>,062</b>  |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,96 | 1,01 |                     | <b>,001</b>  |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 2,91 | 1,12 |                     | <b>,010</b>  |
|   | <b>55 ve zeri</b> | 16  | 2,80 | 0,70 |                     | <b>,050</b>  |
| <b>Entelektel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma</b> | 19-27              | 131 | 3,64 | 0,95 | <b>9,823 ,0001</b>  | ,090         |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 3,30 | 1,11 |                     | ,101         |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,87 | 1,14 |                     | <b>,0001</b> |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 2,83 | 1,29 |                     | <b>,001</b>  |
|   | <b>55 ve zeri</b> | 16  | 2,63 | 0,86 |                     | <b>,004</b>  |
| <b>Bireysel İlgı</b>                              | <b>19-27</b>       | 131 | 3,55 | 0,94 | <b>5,092 ,001</b>   | ,213         |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 3,31 | 1,06 |                     | ,416         |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,95 | 1,05 |                     | <b>,001</b>  |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 3,04 | 1,16 |                     | ,071         |
|   | <b>55 ve zeri</b> | 16  | 2,97 | 1,02 |                     | ,212         |
| <b>Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama</b>  | 19-27              | 131 | 3,79 | 1,00 | <b>11,434 ,0001</b> | ,070         |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 3,37 | 1,11 |                     | <b>,028</b>  |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,93 | 1,08 |                     | <b>,0001</b> |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 2,96 | 1,20 |                     | <b>,0001</b> |
|   | <b>55 ve üzeri</b> | 16  | 2,73 | 0,85 |                     | <b>,002</b>  |

Ss:Standart Sapma, t:Tukey, p<0.05

Tablo 5’de katılımcıların yaş grupları ile DL ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığının tespit edilmesi için yapılan tek yönlü ANOVA testi analizinin bulguları gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların meslekleri ile DL ve alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,0001). Ortaya çıkan sonuçlara göre DL alt boyutları için H<sub>2</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

DL alt boyutları için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc testi olarak Tukey testi uygulanmıştır. Buna göre söz konusu fark 37 ve üzerinde yaşa sahip katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları açısından bakıldığında da idealleştirilmiş Etki, İlham Vererek Gdleme ve Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma alt boyutlarında da yine söz konusu fark 37 ve üzerindeki katılımcılardan kaynaklanmaktadır. (p<0,05). Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama alt boyutu için söz konusu fark 28 yaş ve üzeri katılımcılardan, Bireysel İlgı alt boyutunda ise fark 28-36 arasındaki katılımcılardan kaynaklanmaktadır (p<0,05)

**Tablo 6. DL ve Alt Boyutlarının Meslekler Açısından Değerlendirilmesi**

| Meslek     | N                        | Ortalama | Ss.  | F    | p                  | t           |
|------------|--------------------------|----------|------|------|--------------------|-------------|
| <b>DL</b> | <b>Doktor</b>            | 62       | 3,24 | 0,81 | <b>5,552 ,0001</b> | ,004        |
|            | <b>Hemşire</b>           | 144      | 3,14 | 1,08 |                    | ,001        |
|            | <b>Yardımcı Personel</b> | 72       | 3,87 | 0,62 |                    | <b>,007</b> |
|            | <b>Paramedik</b>         | 28       | 3,16 | 1,28 |                    | ,020        |
|            | <b>Anestezi Tek.</b>     | 20       | 3,08 | 1,11 |                    | ,027        |
|            | <b>Laboratuvar Tek.</b>  | 19       | 3,06 | 1,14 |                    | ,025        |
|            | <b>İdari Personel</b>    | 19       | 2,97 | 0,92 |                    | ,007        |

|   |                          |     |      |      |                    |             |
|---|--------------------------|-----|------|------|--------------------|-------------|
| <b>İdealleştirilmiş Etki</b>                      | <b>Doktor</b>            | 62  | 3,27 | 0,83 |                    | ,006        |
|   | <b>Hemşire</b>           | 144 | 3,26 | 1,04 |                    | ,001        |
|   | <b>Yardımcı Personel</b> | 72  | 3,88 | 0,7  |                    | <b>,008</b> |
|   | <b>Paramedik</b>         | 28  | 3,21 | 1,29 | <b>4,529 ,0001</b> | ,036        |
|   | <b>Anestezi Tek.</b>     | 20  | 3,09 | 1,29 |                    | ,026        |
|   | <b>Laboratuvar Tek.</b>  | 19  | 3,14 | 1,12 |                    | ,055        |
|   | <b>İdari Personel</b>    | 19  | 3,07 | 0,92 |                    | ,024        |
| <b>İlham Vererek Güdüleme</b>                     | <b>Doktor</b>            | 62  | 3,18 | 0,80 |                    | ,039        |
|   | <b>Hemşire</b>           | 144 | 3,07 | 1,11 |                    | ,001        |
|   | <b>Yardımcı Personel</b> | 72  | 3,71 | 0,73 |                    | <b>,025</b> |
|   | <b>Paramedik</b>         | 28  | 3,15 | 1,35 | <b>3,972 ,001</b>  | ,033        |
|   | <b>Anestezi Tek.</b>     | 20  | 2,97 | 1,09 |                    | ,163        |
|   | <b>Laboratuvar Tek.</b>  | 19  | 3,12 | 1,07 |                    | ,251        |
|   | <b>İdari Personel</b>    | 19  | 2,91 | 0,87 |                    | ,058        |
| <b>Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma</b> | <b>Doktor</b>            | 62  | 3,18 | 0,94 |                    | ,002        |
|   | <b>Hemşire</b>           | 144 | 3,07 | 1,18 |                    | ,001        |
|   | <b>Yardımcı Personel</b> | 72  | 3,91 | 0,67 |                    | <b>,005</b> |
|   | <b>Paramedik</b>         | 28  | 3,17 | 1,33 | <b>5,865 ,0001</b> | ,035        |
|   | <b>Anestezi Tek.</b>     | 20  | 3,04 | 1,25 |                    | ,024        |
|   | <b>Laboratuvar Tek.</b>  | 19  | 2,97 | 1,29 |                    | ,014        |
|   | <b>İdari Personel</b>    | 19  | 2,92 | 1,05 |                    | ,007        |
| <b>Bireysel İlgı</b>                              | <b>Doktor</b>            | 62  | 3,22 | 0,91 |                    | ,010        |
|   | <b>Hemşire</b>           | 144 | 3,16 | 1,11 |                    | ,001        |
|   | <b>Yardımcı Personel</b> | 72  | 3,84 | 0,66 |                    | ,020        |
|   | <b>Paramedik</b>         | 28  | 3,01 | 1,32 | <b>4,843 ,0001</b> | ,005        |
|   | <b>Anestezi Tek.</b>     | 20  | 3,14 | 1,20 |                    | ,096        |
|   | <b>Laboratuvar Tek.</b>  | 19  | 3,01 | 1,15 |                    | ,030        |
|   | <b>İdari Personel</b>    | 19  | 2,99 | 0,88 |                    | ,022        |
| <b>Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama</b>  | <b>Doktor</b>            | 62  | 3,36 | 0,93 |                    | ,009        |
|   | <b>Hemşire</b>           | 144 | 3,15 | 1,20 |                    | ,001        |
|   | <b>Yardımcı Personel</b> | 72  | 4,01 | 0,69 |                    | <b>,020</b> |
|   | <b>Paramedik</b>         | 28  | 3,25 | 1,30 | <b>6,168 ,0001</b> | ,026        |
|   | <b>Anestezi Tek.</b>     | 20  | 3,19 | 1,11 |                    | ,040        |
|   | <b>Laboratuvar Tek.</b>  | 19  | 3,08 | 1,23 |                    | ,040        |
|   | <b>İdari Personel</b>    | 19  | 2,96 | 1,17 |                    | ,015        |

Tablo 6'da ise katılımcıların meslekleri ile DLÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını tespit edilmesi için yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi bulguları gösterilmiştir. Katılımcıların meslekleri ile DLÖ ve alt boyutları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ortaya çıkan sonuçlara göre DLÖ alt boyutları için H<sub>3</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirleyebilmek adına Post Hoc testlerinden olarak Tukey testi uygulanmıştır. DLÖ puan ortalamaları açısından söz konusu fark tüm grupların birbirleri arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Bu durum alt boyutlardan Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama ve Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma için de söz konusudur. Bireysel İlgi alt boyutunda ise söz konusu fark, anestezi teknikeri hariç diğer tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. İdealleştirilmiş Etki alt boyutunda ise aynı durum laboratuvar teknisyenleri için söz konusudur. İlham Vererek Güdüleme alt boyutu için gruplar arasındaki fark doktor, hemşire ve yardımcı personel ve paramedik gruplarından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 7. ÖKÖ ve Alt Boyutlarının Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi**

| Cinsiyet                             | N     | Ortalama | Ss.  | T p  |            |
|--------------------------------------|-------|----------|------|------|------------|
| ÖKÖ                                  | Kadın | 169      | 2,98 | 0,82 | 2,588 ,109 |
|                                      | Erkek | 195      | 3,12 | 0,78 |            |
| Katılım                              | Kadın | 169      | 3,16 | 0,81 | ,319 ,572  |
|                                      | Erkek | 195      | 3,21 | 0,81 |            |
| Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler | Kadın | 169      | 3,03 | 0,91 | 4,289 ,039 |
|                                      | Erkek | 195      | 3,22 | 0,86 |            |
| Tutarlılık                           | Kadın | 169      | 2,83 | 0,96 | 2,703 ,101 |
|                                      | Erkek | 195      | 3,00 | 0,95 |            |
| Uyum                                 | Kadın | 169      | 2,98 | 0,78 | 4,016 ,046 |
|                                      | Erkek | 195      | 3,15 | 0,78 |            |
| Misyon                               | Kadın | 169      | 2,90 | 0,92 | 1,182 ,278 |
|                                      | Erkek | 195      | 3,00 | 0,92 |            |

Ss:Standart sapma , p<0.05

Tablo 7’de katılımcıların cinsiyetleri ve ÖKÖ ile alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını açıklamak amacıyla yapılan örneklem-t testi analizi bulguları gösterilmektedir. Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler ve Uyum alt boyutları puan ortalamaları anlamlı bir farklılık (p=0,039; p=0,046) tespit edilmiştir. Bununla birlikte ÖKÖ toplum puanları ve diğer alt boyutlar için kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p >0,05). Ortaya çıkan sonuçlara göre yetenek geliştirme ve temel değerler ile uyum alt boyutları için H<sub>8</sub> hipotezi kabul edilirken, ÖKÖ ve diğer alt boyutlar için ise H<sub>4</sub> hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 8. ÖKÖ ve Alt Boyutlarının Yaş Açısından Değerlendirilmesi**

| Yaş | N           | Ortalama | Ss.  | F    | p           | t     |
|-----|-------------|----------|------|------|-------------|-------|
| ÖKÖ | 19-27       | 131      | 3,34 | 0,68 | 9,718 ,0001 | ,042  |
|     | 28-36       | 100      | 3,05 | 0,84 |             | ,037  |
|     | 37-45       | 80       | 2,74 | 0,79 |             | ,0001 |
|     | 46-54       | 37       | 2,89 | 0,78 |             | ,016  |
|     | 55 ve üzeri | 16       | 2,62 | 0,68 |             | ,004  |

|   |                    |     |      |      |                    |              |
|---|--------------------|-----|------|------|--------------------|--------------|
| <b>Katılım</b>                              | <b>19-27</b>       | 131 | 3,41 | 0,73 |                    | <b>,007</b>  |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 3,22 | 0,82 |                    | <b>,348</b>  |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,93 | 0,84 | <b>6,050 ,0001</b> | <b>,0001</b> |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 3,05 | 0,82 |                    | <b>,099</b>  |
|   | <b>55 ve üzeri</b> | 16  | 2,80 | 0,66 |                    | <b>,029</b>  |
| <b>Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler</b> | <b>19-27</b>       | 131 | 3,44 | 0,75 |                    | <b>,021</b>  |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 3,14 | 0,96 |                    | <b>,061</b>  |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,83 | 0,87 | <b>8,880 ,0001</b> | <b>,0001</b> |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 2,85 | 0,91 |                    | <b>,002</b>  |
|   | <b>55 ve üzeri</b> | 16  | 2,73 | 0,58 |                    | <b>,014</b>  |
| <b>Tutarlılık</b>                           | <b>19-27</b>       | 131 | 3,23 | 0,8  |                    | <b>,007</b>  |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 2,95 | 1,00 |                    | <b>,162</b>  |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,53 | 0,99 | <b>9,347 ,0001</b> | <b>,0001</b> |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 2,78 | 0,93 |                    | <b>,077</b>  |
|   | <b>55 ve üzeri</b> | 16  | 2,50 | 0,82 |                    | <b>,026</b>  |
| <b>Uyum</b>                                 | <b>19-27</b>       | 131 | 3,34 | 0,69 | <b>8,495 ,0001</b> | <b>,034</b>  |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 3,04 | 0,85 |                    | <b>,024</b>  |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,78 | 0,75 |                    | <b>,0001</b> |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 3,00 | 0,65 |                    | <b>,110</b>  |
|   | <b>55 ve üzeri</b> | 16  | 3,07 | 0,81 |                    | <b>,005</b>  |
| <b>Misyon</b>                               | <b>19-27</b>       | 131 | 3,29 | 0,79 | <b>9,206 ,0001</b> | <b>,030</b>  |
|   | <b>28-36</b>       | 100 | 2,91 | 0,91 |                    | <b>,012</b>  |
|   | <b>37-45</b>       | 80  | 2,63 | 0,97 |                    | <b>,0001</b> |
|   | <b>46-54</b>       | 37  | 2,79 | 0,89 |                    | <b>,022</b>  |
|   | <b>55 ve üzeri</b> | 16  | 2,42 | 0,89 |                    | <b>,002</b>  |

Ss:Standart Sapma, t:Tukey, p<0.05

Tablo 8’de katılımcıların yaşları ile Örgüt Kültürü ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi bulguları gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş grupları ile ÖKÖ ve alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,0001). Ortaya çıkan sonuçlara göre ÖKÖ ve alt boyutları için H<sub>5</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Söz konusu için farkın hangi kısımdan geldiğini belirleyebilmek adına Post-Hoc testi olarak Tukey testi uygulanmıştır. Söz konusu farkın 19-27 yaş grubundaki katılımcıların ÖKÖ ve Misyon alt boyutunda diğer yaş gruplarındaki katılımcılarla arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler alt boyutu için söz konusu farkın 19-27 yaş grubundaki katılımcılar ile 37 ve üzerindeki yaştaki katılımcılar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılım ve Tutarlılık alt boyutu içinse 19-27 yaş grubu ile 37-45 grubu ve 55 ve üzeri yaşa sahip katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Uyum alt boyutu için ise 19-27 yaş arasındaki katılımcılarla 28-45 ve 55 yaş üzerindeki katılımcılar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 9. DLÖ ve Alt Boyutlarının Meslekler Açısından Değerlendirilmesi**

| Meslek  | N                 | Ortalama | Ss.  | F    | p     | t            |
|---|-------------------|----------|------|------|-------|--------------|
| <b>DLÖ</b>  | Doktor            | 62       | 3,24 | 0,81 |       | ,004         |
|   | Hemşire           | 144      | 3,14 | 1,08 |       | ,001         |
|   | Yardımcı Personel | 72       | 3,87 | 0,62 |       | <b>,007</b>  |
|   | Paramedik         | 28       | 3,16 | 1,28 | 5,552 | <b>,0001</b> |
|   | Anestezi Tek.     | 20       | 3,08 | 1,11 |       | ,027         |
|   | Laboratuvar Tek.  | 19       | 3,06 | 1,14 |       | ,025         |
|   | İdari Personel    | 19       | 2,97 | 0,92 |       | ,007         |
| <b>İdealleştirilmiş Etki</b>                      | Doktor            | 62       | 3,27 | 0,83 |       | ,006         |
|   | Hemşire           | 144      | 3,26 | 1,04 |       | ,001         |
|   | Yardımcı Personel | 72       | 3,88 | 0,7  |       | <b>,008</b>  |
|   | Paramedik         | 28       | 3,21 | 1,29 | 4,529 | <b>,0001</b> |
|   | Anestezi Tek.     | 20       | 3,09 | 1,29 |       | ,026         |
|   | Laboratuvar Tek.  | 19       | 3,14 | 1,12 |       | ,055         |
|   | İdari Personel    | 19       | 3,07 | 0,92 |       | ,024         |
| <b>İlham Vererek Güdüleme</b>                     | Doktor            | 62       | 3,18 | 0,80 |       | ,039         |
|   | Hemşire           | 144      | 3,07 | 1,11 |       | ,001         |
|   | Yardımcı Personel | 72       | 3,71 | 0,73 |       | <b>,025</b>  |
|   | Paramedik         | 28       | 3,15 | 1,35 | 3,972 | <b>,001</b>  |
|   | Anestezi Tek.     | 20       | 2,97 | 1,09 |       | ,163         |
|   | Laboratuvar Tek.  | 19       | 3,12 | 1,07 |       | ,251         |
|   | İdari Personel    | 19       | 2,91 | 0,87 |       | ,058         |
| <b>Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma</b> | Doktor            | 62       | 3,18 | 0,94 |       | ,002         |
|   | Hemşire           | 144      | 3,07 | 1,18 |       | ,001         |
|   | Yardımcı Personel | 72       | 3,91 | 0,67 |       | <b>,005</b>  |
|   | Paramedik         | 28       | 3,17 | 1,33 | 5,865 | <b>,0001</b> |
|   | Anestezi Tek.     | 20       | 3,04 | 1,25 |       | ,024         |
|   | Laboratuvar Tek.  | 19       | 2,97 | 1,29 |       | ,014         |
|   | İdari Personel    | 19       | 2,92 | 1,05 |       | ,007         |
| <b>Bireysel İlgisi</b>                            | Doktor            | 62       | 3,22 | 0,91 |       | ,010         |
|   | Hemşire           | 144      | 3,16 | 1,11 |       | ,001         |
|   | Yardımcı Personel | 72       | 3,84 | 0,66 |       | ,020         |
|   | Paramedik         | 28       | 3,01 | 1,32 | 4,843 | <b>,0001</b> |
|   | Anestezi Tek.     | 20       | 3,14 | 1,20 |       | ,096         |
|   | Laboratuvar Tek.  | 19       | 3,01 | 1,15 |       | ,030         |
|   | İdari Personel    | 19       | 2,99 | 0,88 |       | ,022         |

| Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama |     |      |      |       |              |             |
|---|-----|------|------|-------|--------------|-------------|
| Doktor                                    | 62  | 3,36 | 0,93 |       |              | ,009        |
| Hemşire                                   | 144 | 3,15 | 1,20 |       |              | ,001        |
| Yardımcı Personel                         | 72  | 4,01 | 0,69 |       |              | <b>,020</b> |
| Paramedik                                 | 28  | 3,25 | 1,30 | 6,168 | <b>,0001</b> | ,026        |
| Anestezi Tek.                             | 20  | 3,19 | 1,11 |       |              | ,040        |
| Laboratuvar Tek.                          | 19  | 3,08 | 1,23 |       |              | ,040        |
| İdari Personel                            | 19  | 2,96 | 1,17 |       |              | ,015        |

Tablo 9'da katılımcıların meslekleri ile DLÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını tespit edilmesi için yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi bulguları gösterilmiştir. Katılımcıların meslekleri ile DLÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ortaya çıkan sonuçlara göre DLÖ alt boyutları için  $H_5$  hipotezi kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirleyebilmek adına Post Hoc testlerinden olarak Tukey testi uygulanmıştır. DLÖ puan ortalamaları açısından söz konusu fark tüm grupların birbirleri arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Bu durum alt boyutlardan Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama ve Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma için de söz konusudur. Bireysel İlgisi alt boyutunda ise söz konusu fark, anestezi teknikeri hariç diğer tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. İdealleştirilmiş Etki alt boyutunda ise aynı durum laboratuvar teknisyenleri için söz konusudur. İlham Vererek Güdüleme alt boyutu için gruplar arasındaki fark doktor, hemşire ve yardımcı personel ve paramedik gruplarından kaynaklanmaktadır.

Literatürde yapılan korelasyon analizlerinde ortaya çıkan ilişki açısından 0,20-0,39 arası zayıf, 0,40-0,59 arası orta, 0,60-0,79 arası güçlü ve 0,80-1 arası çok güçlü olarak tanımlanmaktadır (Tabachnick vd., 2013). Bu çalışmada dönüştürücü liderlik ile örgüt kültürü arasındaki korelasyona yönelik yapılan istatistiksel analizde iki ölçek puanı arasında anlamlı ve kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$   $r = 0,778$ ). DLÖ alt boyutlarının birbirleriyle olan korelasyonunu incelendiğinde ise tüm alt boyutların birbirleriyle istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişkiye sahip oldukları tespit edilmiştir. ÖKÖ alt boyutlarının birbirleriyle olan korelasyonunu incelendiğinde ise yine tüm alt boyutların birbirleriyle istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişkiye sahip oldukları tespit edilmiştir. Tablo 10'da elde edilen sonuçlara göre DLÖ ve alt boyutları ile ÖKÖ ve alt boyutları arasında incelenen bütün hipotezler desteklenmiştir ( $H_7$ ,  $H_8$ ).



**Tablo 10. Çalışmada Ele Alınan Ölçek Verilerinin Arasındaki Korelasyon İlişkisi**

|  | Dönüştürücü Liderlik Ölçeği | 1         | İdealleştirilmiş Etki | İlham Vererek Güdüleme | Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma | Bireysel İliği | Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama | Örgüt Kültürü Ölçeği | Katılım   | Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler | Tutarlılık | Uyum | Misyon |
|--|-----------------------------|-----------|-----------------------|------------------------|--|----------------|---|----------------------|-----------|--------------------------------------|------------|------|--------|
| Dönüştürücü Liderlik Ölçeği                | 1                           |           |                       |                        |  |                |   |                      |           |                                      |            |      |        |
| İdealleştirilmiş Etki                      | ,956 :000                   | 1         |                       |                        |  |                |   |                      |           |                                      |            |      |        |
| İlham Vererek Güdüleme                     | ,933 :000                   | ,872 :000 | 1                     |                        |  |                |   |                      |           |                                      |            |      |        |
| Entelektüel Uyarım ve Uygun Bir Model Olma | ,972 :000                   | ,924 :000 | ,890 :000             | 1                      |  |                |   |                      |           |                                      |            |      |        |
| Bireysel İliği                             | ,946 :000                   | ,879 :000 | ,843 :000             | ,903 :000              | 1  |                |   |                      |           |                                      |            |      |        |
| Grup Amaçlarının Kabul Edilmesini Sağlama  | ,948 :000                   | ,877 :000 | ,841 :000             | ,904 :000              | ,877 :000                                  | 1              |   |                      |           |                                      |            |      |        |
| Örgüt Kültürü Ölçeği                       | ,778 :000                   | ,724 :000 | ,735 :000             | ,764 :000              | ,723 :000                                  | ,753 :000      | 1   |                      |           |                                      |            |      |        |
| Katılım                                    | ,682 :000                   | ,655 :000 | ,637 :000             | ,670 :000              | ,619 :000                                  | ,660 :000      | ,875 :000                                 | 1                    |           |                                      |            |      |        |
| Yetenek Geliştirme ve Temel Değerler       | ,751 :000                   | ,708 :000 | ,693 :000             | ,744 :000              | ,689 :000                                  | ,732 :000      | ,926 :000                                 | ,798 :000            | 1         |                                      |            |      |        |
| Tutarlılık                                 | ,699 :000                   | ,643 :000 | ,661 :000             | ,687 :000              | ,649 :000                                  | ,682 :000      | ,946 :000                                 | ,775 :000            | ,840 :000 | 1                                    |            |      |        |
| Uyum                                       | ,714 :000                   | ,660 :000 | ,676 :000             | ,695 :000              | ,677 :000                                  | ,688 :000      | ,914 :000                                 | ,725 :000            | ,802 :000 | ,848 :000                            | 1          |      |        |
| Misyon                                     | ,725 :000                   | ,660 :000 | ,703 :000             | ,708 :000              | ,684 :000                                  | ,690 :000      | ,924 :000                                 | ,731 :000            | ,804 :000 | ,859 :000                            | ,827 :000  | 1    |        |

#### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Ankara İlindeki bir kamu hastanesinde görevli olan sağlık çalışanlarının, dönüştürücü liderlik özellikleri ile örgüt kültürü algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Verilerin analizinden elde edilen sonuçlar incelendiğinde, yapılan araştırma bulguları ile literatürde var olan sonuçlar büyük oranda örtüşmekle birlikte, bazı noktalarda farklılıklar olduğu da izlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerinin değerlendirildiği Türkiye kaynaklı yapılan bir çalışmada, ele alınan örneklemin yaklaşık %80 düzeyinde yükseköğretim mezunu olduğu bildirilmiş olup bu çalışmada ise yükseköğretim (lisans ve yüksek lisans toplamı) mezunu olan katılımcı oranı %76,4 düzeyinde olduğu görülmüştür. Ülkelerin sosyo-kültürel ve sosyo-demografik dağılım özellikleri ve eğitim düzeyleri arasındaki bağlantıdan dolayı, öğrenim durumu sadece Türkiye’de yapılan çalışmalar ile kıyaslanmış ve benzer sonuçlar gözlenmiştir (Orhan, 2021).

Bu çalışmada DLÖ için erkeklerin daha yüksek puan ortalamalara sahip olmalarına rağmen, örgüt kültürü algısının cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde, eril cinsiyet üzerinde dönüştürücü liderlik özelliklerinin etkisi daha yüksektir (Kurtuluş ve Kutanis, 2015, 235-254; Aydın, 2009). Örgüt kültürü ve cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik yapılan çalışmalarda ise, kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı değişiklik izlenmediğini bildiren bulgular mevcuttur (Öztürk, 2016; Koç ve Çil Koçyigit, 2023). Bunun aksi yönde sağlık çalışanlarının dönüştürücü liderlik özellikleri ve örgüt kültürü ile cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren bulgular da mevcuttur (Kaygın ve Güllüce, 2012).

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, DLÖ ile ÖKÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki diğer benzer çalışmalara bakıldığında ÖKÖ ile DLÖ’nün arasındaki korelasyona vurgu yapılmaktadır (Berglund, 2014; Block, 2002; Casida, 2007; Mahalinga ve Damador, 2012; Ravangard vd., 2016; Block, 2003; Wang vd., 2011; Zhu vd., 2011). Bu çalışmalardaki tüm bulgular, dönüştürücü liderlik ile örgüt kültürü arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada da literatür ile uyumlu bulgular elde edilmiş olup liderlik vasıflarının ele alındığı dönüştürücü liderlik alt boyutlarının, örgüt kültürü algısı ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu anlaşılmıştır.

Schein (2004), örgüt kültürü üzerinde en çok etkiye sahip olan etmenin liderlik vasfı olduğu belirtilmiş; Daft (2015) da bu görüşü destekler nitelikte lider vizyonu, yaklaşımı ve planlama kabiliyetinin örgüt kültürünü etkilediğini ifade etmiştir. Dönüştürücü liderlik ile örgüt kültürü arasındaki ilişki ve liderin vasıflarının örgütsel yaklaşım, kurum bağlılığı üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda, lider özelliklerinin çalışanları pozitif yönde etkilemesi ile örgütsel bağlılık ve katılımcılık gibi kurumsal özellikleri olumlu etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca baskıcı yapıdaki liderliğin örgüt yönetiminde alınan kararların doğruluk ve başarısını olumsuz yönde etkileyebileceği de ifade edilmektedir (Lock, 2001; Kathrins, 2007; Nahavandi, 2014). DLÖ ile örgüt kültürü algısı alt boyutları arasındaki korelasyon analizlerinden elde edilen bulgular literatürde belirtilen diğer sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca Bass ve Riggio (2006) tarafından ortaya konan liderlik vasıflarının, çalışanları motive ettiği, örgüt kültürünü sağlamlaştırdığı, Şen (2010) ve Koç (2020) tarafından belirtilen dönüştürücü liderliğin ortak hareket becerisi belirleme ve bireysel destek boyutlarının üzerinde de olumlu etkiye sahip olduğu yönündeki savlarını destekler niteliktedir.

#### 4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Dönüştürücü liderlik; herhangi bir kurumda veya örgütte sergilediği liderlik tarzı ile bulunduğu ortamdaki kendisini takip edenlere vizyon katarak personelini güdüleyen ve gelişmesine öncü olan bir liderlik türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla beraber dönüştürücü liderlik özelliğine sahip olan bireyler belirli bir örgüt içerisinde kurum kültürünün oluşturulması ve benimsenmesi üzerinde oldukça önemli bir rol oynamaktadırlar. Gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada, bünyesinde birden çok hizmet alanını bulduran, oldukça karmaşık ve kompleks bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarında görev yapan personelin dönüştürücü liderlik özelliklerinin örgüt kültürüne olan etkisi araştırılmıştır. Ayrıca katılımcıların demografik nitelikleri ile dönüştürücü liderlik ve örgüt kültürü arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Araştırma sonuçlarında ortaya çıkan bulguların diğer araştırma bulguları ile genel olarak benzer olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca araştırma sonucunda ortaya çıkan ölçekler arasındaki ilişkilere bakıldığında ise Ankara İlinde hizmet gösteren bir kamu hastanesinde görevli olan sağlık personelinin dönüştürücü liderlik özellikleri ve örgüt kültürü özelliklerinin istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişkisinin olduğu görülmüştür. Bundan dolayı sağlık kurumunda

dönüştürücü liderlik özelliğine sahip bireylerin o örgütün kültürünü oluşturma ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı ifade edilebilir.

Elde edilen bu araştırma bulguları ışığında oluşturulan öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Yapılan bu çalışma bir kamu hastanesinde görev alan personeli kapsadığı için daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilmesi için ülkemizin değişik bölgelerinde ve değişik türde hastanelerde yapılması önerilebilir. Özellikle sadece kamu değil özel hastanelerde de benzer araştırmalar yaparak kamu ve özel arasında gerekli kıyaslamalarla daha genelleştirici çalışmalar yapılabilir.
- Herhangi bir örgüt içerisinde gerekli eğitim ve planlama faaliyetlerinin yeterince iyi bir şekilde organize edilerek ve değişen koşullara uygun eğitim yöntemleri geliştirilerek yönetici olmayan personele daha fazla eğitimler verilmelidir.
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar 24 saat kesintisiz hizmet sağlayan ve birçok farklı meslek grubunu bünyesinde bulunduran matris yapıdaki örgütlerdir. İnsan yoğun bir sektör olduğu için devamlı kendini yenileyen böylesi yapılarda özellikle yönetici pozisyonuna aday olabilecek kişileri önceden tespit edebilecek bir sistem geliştirilmelidir. Bu sistem sayesinde tespit edilen bu kişileri sağlık kurumlarının neredeyse her basamağında görev verilerek sorumluluk almaları sağlanmalı ve gelecekte gerçekleştirilmek istenen hedefler doğrultusunda sağlık kurumlarının kolay dönüşümü için yöneticilik zemini hazırlanmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Avolio, B. J., B. M. Bass (2004). Multifactor leadership questionnaire. Mind Garden, Inc. Menlo Park, CA.
- Aydın, E. Ö. (2009). Dönüştürücü Liderlik ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bass, B. M., Riggio, R. E. (2006). Transformational leadership (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781410617095>
- Berglund, M. (2014). A Study to Explore The Relationship Between Leadership and Organizational Culture in a Government Organization (Doktora tezi). ProQuest Dissertations & Theses Global (Erişim Tarihi: 11.09.2021).
- Block, L. A. M. (2002). The Relationship between Leadership and Organizational Culture: An Exploratory Investigation (Doktora tezi). ProQuest Dissertations & Theses Global (Erişim Tarihi: 11.09.2021).
- Block, L. (2003). The leadership-culture connection: An exploratory investigation. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(6), 318-334.
- Casida, J. M. (2007). The Relationship of Nurse Managers' leadership Styles and Nursing Unit Organizational Culture in Acute Care Hospitals in New Jersey (Doktora tezi). ProQuest Dissertations & Theses Global (Erişim Tarihi: 11.09.2021).
- Daft, R. L. (2015). Çeviri Editörü: Ömür N. Timurcanday Özmen, Örgüt Kuramları ve Tasarımını Anlamak. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Denison, D. R. (1990). Corporate Culture and Organizational Effectiveness, New York: John Wiley & Sons.
- Denison, D. R., Neal W. (2000). Denison organizational culture survey: Facilitator guide, published by Denison Consulting, LLC. Ann Arbor, MI: Aviat.
- Kathrins, R. (2007). The Relationship of Leadership Style and Types of Organizational Culture to the Effectiveness and Employee Aatisfaction in Acute Care Hospital (Doktora Tezi).
- Kaygın, E. ve Güllüce, A. Ç. (2012). Çalışanların Dönüştürücü Liderlik Algılarının Belirlenmesi: Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 16(3), 265-282.
- Koç, Ö. (2020). Dönüştürücü Liderlik ve Örgüt Kültürü İlişkisi: Sağlık Kurumları Üzerine Bir Uygulama (Gümüşhane İli Örneği), Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Koç, Ö., Çil Koçyiğit, S. (2023). Dönüştürücü Liderlik ve Örgüt Kültürü İlişkisi: Sağlık Kurumları Üzerine Bir Uygulama. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1228149>
- Kurtuluş, S. A., Kutanis, R. Ö. (2015). Dönüştürücü liderlikte hangisi daha etkili: erillik mi, dişillik mi?. *Journal of Management and Economics Research*, 13(2), 235-254.
- Lock, P. K. (2001). An Investigation of the Relationship between Transformational Leadership and Constructive Organizational Culture

- (Doktora Tezi). ProQuest Dissertations & Theses Global Veri Tabanından Erişildi. (UMI No. 275933097).(Erişim Tarihi: 11.09.2021)
- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S., Chen, L. (2002). The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annual Review of Public Health*, 23, 151–169. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546>.
- Mahalinga Shiva, M. S. A., Suar, D. (2012). Transformational leadership, organizational culture, organizational effectiveness, and programme outcomes in non-governmental organizations. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23, 684-710.
- Micceri, T. (1989). The unicorn, the normal curve, and other improbable creatures. *Psychological Bulletin*, 105(1), 156–166. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.1.156>
- Nahavandi, A. (2014). *The Art and Science of leadership* (Sixth edition), USA: Pearson PrenticeHall
- Orhan, S. (2021). Özel hastanede çalışan sağlık personelinin dönüştürücü liderlik ve örgüt kültürü ilişkisinin incelenmesi: Bir özel hastane örneği (Master's thesis, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi).
- Öztürk, U. C. (2016). Örgüt Kültürü Algısında Cinsiyet Faktörünün Etkisi ve Bir Uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6(12), 62-86.
- Özkaynar, G. K. (2017). Tarihte Öne Çıkan Türk Lider Örnekleri Üzerine Bir İnceleme. *Ekonomi İşletme ve Yönetim Dergisi* 1(1): 10-31.
- Öztuna, D., Elhan, A. H., Tüccar, E. (2006). Investigation of Four Different Normality Tests in Terms of Type 1 Error Rate and Power Under Different Distributions. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 36(3), 171-176.
- Ravangard, R., Karimi, S., Farhadi, P., Sajjadnia, Z. Shokrpour, N. (2016). The Effects of Transformational Leadership and Mediating Factors on the Organizational Success Using Structural Equation Modeling: A Case Study. *Health Care Manager*, 35(1), 58-71.
- Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership*. John Wiley & Sons
- Şahne, B. S., Şar, S. (2015). Liderlik kavramının tarihçesi ve Türkiye’de ilaç endüstrisinde liderliğin önemi. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 19(2): 109-115.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Torun, E. (2007), İnsan kaynakları yönetiminde iş tatmini ve konu ile ilgili yapılan bir çalışma. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Wang, G., Oh, I., Courtright, S.H. and Colbert, A.E. (2011). Transformational Leadership and Performance across Criteria and Levels: A Meta-Analytic Review of 25 Years of Research. *Group & Organization Management*, 36, 223-270. <http://dx.doi.org/10.1177/1059601111401017>
- Wilcox, R. R. (2010). *Fundamentals of Modern Statistical Methods: Substantially Improving Power and Accuracy* (Vol. 249). New York: Springer.
- Zhu, W., Riggio, R. E., Avolio, B. J. and Sosik, J. J. (2011). The Effect of Leadership on Follower Moral Identity: Does Transformational/ Transactional Style Make a Difference. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 18(2), 150-163.

## Covid-19 Pandemisinde Sağlık Hizmetlerine İlişkin Reklam Cezalarına Genel Bir Bakış

Emine Kuranel<sup>1</sup> \* Büşra Gül<sup>2</sup> \* Gözde Yeşilaydin<sup>3</sup> \* Ece Uğurluoğlu Aldoğan<sup>4</sup><sup>1</sup> Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı<sup>2</sup> Araştırma Görevlisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı<sup>3</sup> Doç.Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü<sup>4</sup> Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

| MAKALE BİLGİSİ  | ÖZET   |
|---|--|
| <p><b>Makale Türü:</b><br/>Araştırma Makalesi</p> <p><b>Anahtar Sözcükler:</b><br/>Covid-19 Pandemisi,<br/>Reklam Cezaları,<br/>Sağlık Sektöründe<br/>Reklam</p> <p><b>Sorumlu Yazar</b><br/><sup>1</sup>. Emine Kuranel<br/><sup>2</sup>. Büşra Gül<br/><sup>3</sup>. Gözde Yeşilaydin<br/><sup>4</sup>. Ece Uğurluoğlu<br/>Aldoğan</p> <p><b>E-mail:</b><br/><sup>1</sup>. kuranelemine@gmail.com<br/><sup>2</sup>. busra.gul@ogu.edu.tr<br/><sup>3</sup>. gyesilaydin@ogu.edu.tr<br/><sup>4</sup>. ugurluoğlu@health.ankara.edu.tr</p> | <p><i>İnsanların sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının farklılaşması, hasta-hekim ilişkilerindeki değişimler, hastaların memnuniyet düzeylerindeki farklılaşma, sağlık hizmetlerinin işletme mantığı ile yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine olan ilgi ve hastaların sağlık durumlarıyla ilgili daha sorgulayıcı olması pazarlamaya olan ilgiyi artırmaktadır. Sağlık hizmetleri insanların aldıkları diğer hizmetlere göre farklı özelliklere sahip olması, sağlık alanında reklam konusunun ayrıca ve dikkatle ele alınmasını gerektirir. Sağlık ile ilgili reklamların kontrol altında tutulması için birtakım yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Yasal düzenlemeler ve yönetmelikler doğrultusunda sağlık alanında verilen reklamlara ilişkin cezaların incelenmesi değerli olmakla birlikte, özellikle sağlık sektöründe verilen reklam cezalarının Covid-19 pandemisi gibi küresel afet durumlarında incelenmesinin önem arz ettiği düşünülmektedir. Bu amaçla Türkiye’de pandemi öncesi dönem (2019) ile pandemi dönemini kapsayan 2020, 2021 ve 2022 yıllarında Reklam Kurulu tarafından “sağlık” kategorisi altında verilen reklam cezaları retrospektif olarak incelenmiş ve yorumlanmıştır.</i></p> |

## 1. GİRİŞ

İnsanların sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının farklılaşması, hasta-hekim ilişkilerindeki değişimler, hastaların memnuniyet düzeylerindeki farklılaşma, sağlık hizmetlerinin işletme mantığı ile yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine olan ilgi ve hastaların sağlık durumlarıyla ilgili daha sorgulayıcı olması pazarlamaya olan ilgiyi artırmaktadır. Teknolojinin de sürekli gelişim göstermesi sağlık hizmeti sunucularını pazarlama tekniklerini kullanmaya zorlamaktadır (Demirci ve Uğurluoğlu, 2020:349).

Bir pazarlama tekniği ve yüksek ikna gücüne sahip iletişim biçimi olan reklam, Latin dilinde “çağırma” anlamına gelen “clamane” kelimesinden gelmektedir ve dilimize Fransızca “réclame” kelimesinden geçmiştir (Erer, 2010:74) Reklam, belirli bir kişi, şirket veya kuruluş tarafından, bir ücret karşılığında kitle iletişim araçları aracılığıyla sunulan herhangi bir duyuru veya ikna edici mesajdır (American Marketing Association, 2024). Türk Dil Kurumu reklamı “Bir şeyi halka tanıtmak, beğendirmek ve böylelikle sürümünü sağlamak için denenen her türlü yol” olarak tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu, 2024).

Sağlık hizmetleri insanların aldıkları diğer hizmetlere göre farklı özelliklere sahip olması, sağlık alanında reklam konusunun ayrıca ve dikkatle ele alınmasını gerektirir. Toplumsal bir hak olan sağlığın herkes tarafından eşit ve ulaşılabilir nitelikte olması gerekliliği, etik ihlallerin önüne geçebilmek ve bu rekabet ortamı için hazırlanan reklamlara büyük ölçüde sınırlar getirilmesini zorunlu kılmaktadır (Erer, 2010:75).

Türkiye’de sağlık mevzuatında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Madde 24 ve Madde 40’ta sağlık alanında reklam yapılmasının yasak olduğu belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2024a):

“Madde 24 – İcrayı sanat eden tabipler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle ilan, reklam ve saire yapmaları memnudur.”

“Madde 40 – İcrayı sanat eden dış tabipleri ve dişçiler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle reklam ve saire yapmaları memnudur.”

Yine “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi “Madde 8’de de açık bir şekilde sağlıkta reklam yapılamayacağı belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2024b):“Madde 8 – Tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez. Tabip ve dış tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, her ne suretle olursa olsun, yazılarında kendi reklamını yapamaz.”

Reklam konusunda bir başka düzenleme de “Ticari reklamlarda uyulması gereken ilkeleri belirleme ve haksız ticari uygulamalara karşı tüketiciyi korumaya yönelik düzenlemeleri yapma, bu hususlar çerçevesinde inceleme ve gerektiğinde denetim yapma, inceleme ve denetim sonucuna göre durdurma veya aynı yöntemle düzeltme veya idari para cezası veya gerekli görülen hallerde de üç aya kadar tedbirden durdurma cezası ya da içeriğin çıkarılması ve/veya erişimin engellenmesi kararı verme hususlarında görevli bir Reklam Kurulu oluşturulacağını” belirten 6502 sayılı 07.11.2013 tarihli Tüketicinin Korunması Hakkında Kanundur (Resmi Gazete, 2024c):

Sağlık ile ilgili reklamların kontrol altında tutulması adına tüm reklam kurulu karar bültenlerinde birtakım yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemelerden bazıları şu şekildedir: Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliği, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmelik, İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik, Optisyenlik Hakkında Kanun, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Sağlık Beyanı ile Satışa Sunulan Ürünlerin Sağlık Beyanları Hakkında Yönetmelik, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği, Ticari Reklam ve İlanlara İlişkin İlkeler ve Uygulama Esaslarına Dair Yönetmelik, Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar Yönetmeliği, Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun, Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik.

2019 yılında Çin’de başlayıp kısa sürede bütün dünyayı etkisi altına alan Covid-19 virüsü insanlar ve ülkeler arası yayılım hızı, vaka sayıları ile birlikte ölüm oranlarının da hızla artmasıyla devam etmiştir. Bununla birlikte dünya genelinde küresel bir sağlık mücadelesi başlamış olup, ülkelerin sağlık alanındaki alt yapıları, ekonomik durumları, aldıkları önlemler, yaptırım kararları virüsün yayılım hızında ve tedavi süreçlerinde oldukça belirleyici olmuştur. Virüsün yayılım hızı ve tüm

dünyadaki pandemi süreci, yeni uygulamaları özellikle tedbir amaçlı yasakları zorunlu kılmıştır. Sokağa çıkma yasaklarının uygulanması, maske ve sosyal mesafenin zorunlu hale getirilmesi alınan tedbirlerin başında yer almıştır. Dünya genelinde sosyal, kültürel ve ekonomik değişimlere neden olan pandemi süreci, tüketim pratikleri ile tüketici davranışlarında da çeşitli değişimleri beraberinde getirmiş, bu süreçte sokağa çıkma yasakları ve kimi zaman da zorunlu karantina uygulamaları sınırlı alanlarda kalan bireylerin daha fazla çevrimiçi ortamlarda zaman geçirdikleri, e-ticaretten ve mobil uygulamalardan daha fazla yararlandıkları gözlemlenmiştir (Erdoğan, 2020:1299).

Sağlık sektörünün hizmet sunumu ve kapsamı açısından kendine has özellikleri, kamusal niteliği, hasta hekim iletişimindeki bilgi asimetrisi gibi nedenlerle sağlık alanında verilen reklamların dikkatle ele alınması gerekmektedir. Sağlık kurumları arasında oluşabilecek rekabetin insan haklarını ve sağlığını etkilememesi ve sağlık alanında yapılacak olan reklamların yaratabileceği olumsuzluklar ya da yanlış yönlendirmeler sonucu kamu sağlığına zarar verilmemesi için yasal düzenlemelere uygun olmayan reklamlara birtakım cezalar verilmektedir. Yasal düzenlemeler ve yönetmelikler doğrultusunda sağlık alanında verilen reklamlara ilişkin cezaların incelenmesi değerli olmakla birlikte, özellikle sağlık sektöründe verilen reklam cezalarının Covid-19 pandemisi gibi küresel afet durumlarında incelenmesinin önem arz ettiği düşünülmektedir.

Dünya çapında yaşanan Covid-19 pandemisi döneminde toplumun tüm dikkati virüs ve etkileri üzerinde yoğunlaşmış, salgın ile bireysel mücadele kaygısıyla maske, kolonya, dezenfektan gibi temel ihtiyaç haline gelen tıbbi malzemelere talep artmıştır. Bu talebe karşılık bazı satıcılar piyasa mekanizmasının normal işleyişi dışında ve tüketicinin satın alma davranışını etkileyecek şekilde davranmış hem arz zinciri güvenliği hem de fiyatlar üzerinde piyasa bozucu uygulamalarda bulunmuşlardır (Reklam Kurulu, 2024). Bu kapsamda özellikle Covid-19 pandemisinin yaşandığı döneme ilişkin sağlıklı ilişkili reklam cezalarının incelenmesi gerekliliği söz konusudur.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Çalışmanın Amacı ve Özgün Değeri

Bu çalışma, Covid-19 pandemi döneminde sağlık sektöründe verilen reklam cezalarının çeşitli boyutlar dahilinde incelenmesi, pandemi öncesi dönem ile pandemi dönemindeki cezaların karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla Türkiye’de pandemi öncesi dönem (2019) ile pandemi dönemini kapsayan 2020, 2021 ve 2022 yıllarında Reklam Kurulu tarafından “sağlık” kategorisi altında verilen reklam cezaları retrospektif olarak incelenmiştir (Reklam Kurulu, 2024). Bu çalışma ile sağlık kurum ve kuruluşları ile hizmet sağlayıcılar tarafından verilen reklamların pandemi dönemine ilişkin genel eğilimi ve yasal düzenlemelere uygunluğunun önemi ortaya konmaya çalışılacaktır. Türkiye’de Covid-19 pandemisi öncesindeki farklı yıllarda sağlık sektöründeki reklam cezalarına ilişkin yapılmış çalışmalar bulunmakla birlikte, bu çalışmada pandemi sürecindeki yeni normal döneme ilişkin bilgiler sunulmuş olması çalışmanın özgün yönünü oluşturmaktadır. Pandemi sürecindeki yeni normal döneme dair elde edilen veriler, bu çalışmanın sağlık sektöründe reklam cezalarına ilişkin literatüre önemli bir katkı sağlama potansiyeli taşımaktadır.

### 2.2. Verilerin Elde Edilmesi ve Analizi

Ticari reklamlarda uyulması gereken ilkeleri belirleme ve haksız ticari uygulamalara karşı tüketiciyi korumaya yönelik düzenlemeler, incelemeler ve denetimler yapma, gerekli görülen hallerde ceza verme hususunda görev yapan Reklam Kurulu Başkanlığı resmi web sayfasında her ay reklam cezalarına ilişkin kararları içeren bültenler yıl bazında yayınlanmaktadır. Bu bültenlerde “dayanıklı tüketim, eğitim, enerji, finansal hizmetler, gıda, iletişim hizmetleri, kozmetik ve temizlik ürünleri, sağlık, teknoloji, turizm, tütün ve alkol, örtülü reklamlar” gibi farklı ana başlıklar altında yer alan kurul kararları bulunmaktadır. Bu çalışmada Covid-19 pandemisi öncesi ve pandemi dönemini kapsayan 2019, 2020, 2021 ve 2022 yıllarına ilişkin her ay yayınlanan bültenlerde “sağlık” ana başlığı altındaki reklam cezaları çeşitli boyutlar dahilinde incelenmiştir. Veriler, Reklam Kurulu tarafından yayınlanan basın bültenlerinden doküman analizi yöntemi ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır.

## 3. BULGULAR

Reklam Kurulu tarafından yayınlanan basın bültenlerinde bulunan farklı kategorilerdeki toplam cezalar içerisinde “sağlık” başlığı altındaki reklam cezalarının yüzdesel dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1. Bültenlerde Yer Alan Toplam Cezalar İçinde “Sağlık” Kategorisindeki Reklam Cezalarının Yıllara Göre Dağılımı**

|               | Bültende Yer Alan Toplam Reklam Cezası |  | “Sağlık” Kategorisindeki Reklam Cezası |              |
|---------------|--|--|--|--------------|
|               | Sayı                                   |  | Sayı*                                  | %            |
| 2019          | 979                                    |  | 273                                    | 27,89        |
| 2020          | 1221                                   |  | 179**                                  | 14,66        |
| 2021          | 1961                                   |  | 445                                    | 22,69        |
| 2022          | 1971                                   |  | 499                                    | 25,32        |
| <b>Toplam</b> | <b>6132</b>                            |  | <b>1397</b>                            | <b>22,78</b> |

\* “Sağlık” kategorisinde 2019 yılı itibariyle 277 reklam bulunmakla birlikte bunların 4 tanesi; 2020 yılı itibariyle 180 reklam bulunmakla birlikte bunlardan 1 tanesi ceza almadığı için analize dahil edilmemiştir. 2021 yılında 459 reklam bulunmakla birlikte bunların 11 tanesi ertelenmiş, 3 tanesi de ceza almamış; 2022 yılında ise 506 reklam bulunmakla birlikte bunların 2 tanesi ertelenmiş, 5 tanesi de ceza almamış olduğu için analize dahil edilmemiştir.

\*\* 2020 yılı mart ayında iki farklı karar bülteni yayınlanmıştır. Mart 2020’de yayınlanan ikinci bülten ile Nisan 2020’de yayınlanan bülten Covid-19 dönemini başlangıcı olduğundan bu bültenlerde sadece maske, kolonya, dezenfektan gibi sağlıkla ilişkili ürünler açısından firmaların aldıkları cezalara yer verilmiştir. Bu bültenlerdeki cezaların tamamı bu ürünler ile ilgili olduğundan ceza alan firmaların sayısı Tablo 1’de yer alan sayıya dahil edilmemiş, ayrı bir bulgu olarak Tablo 2’de sunulmuştur.

2019-2022 yılları arasında Reklam Kurulu tarafından kesilen toplam cezaların %10’dan fazlası sağlık sektörü ile ilişkilidir. Sağlık alanındaki reklam cezası oranı en düşük yıl 2020 gözükmekle birlikte, Covid-19 pandemisinin başladığı bu yılda 179 cezanın dışında maske, kolonya, dezenfektan gibi sağlıkla ilişkili ürünler açısından firmaların aldıkları cezalarda bulunmaktadır. Ancak bu firmalar sadece belli ürünler açısından ceza aldıklarından Tablo 1’e dahil edilmemiş, bulguları Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2. Mart 2020 ve Nisan 2020’de Ceza Alan Ürünlere ve Firmalara İlişkin Bilgiler**

| Mart 2020 – 295. Bülten                               |           | Nisan 2020 – 296. Bülten                              |           |
|---|-----------|---|-----------|
| Toplam Firma Sayısı = 180                             |           | Toplam Firma Sayısı = 116                             |           |
| Sağlıkla İlişkili Ürünler – Tıbbi Malzemeler          | Sayı      | Sağlıkla İlişkili Ürünler – Tıbbi Malzemeler*         | Sayı      |
| Maske   | 111       | Maske   | 46        |
| Dezenfektan   | 37        | Dezenfektan   | 30        |
| Kolonya   | 21        | Kolonya   | 35        |
| Islak mendil  | 1         | Eldiven   | 10        |
| Maske ve ateş ölçer                                   | 1         | Ateş Ölçer  | 1         |
| Maske ve dezenfektan                                  | 9         |   |           |
| Satış Yapan Firma                                     |           | Satış Yapan Firma                                     |           |
| Eczane  | 63        | Eczane  | 49        |
| Perakende   | 39        | Perakende   | 64        |
| İnternet sitesi                                       | 78        | İnternet sitesi                                       | 3         |
| Uygulanan İdari Yaptırım                              |           | Uygulanan İdari Yaptırım                              |           |
| Durdurma  | 7         | Durdurma  | 23        |
| 10.475 TL para cezası                                 | 99        | 10.475 TL para cezası                                 | 85        |
| 104.781 TL para cezası                                | 74        | 104.781 TL para cezası                                | 8         |
| <b>Ceza Kesilen Firmaların Bulunduğu Şehir Sayısı</b> | <b>47</b> | <b>Ceza Kesilen Firmaların Bulunduğu Şehir Sayısı</b> | <b>30</b> |

\* Bazı firmalarda sağlıkla ilişkili birden fazla ürün için ceza bulunduğu için toplam sayı 116’dan fazladır.



Covid-19 pandemisinin Türkiye’de başladığı Mart 2020 tarihinde toplam 180 firma; Nisan 2020 tarihinde ise toplam 116 firma sağlıkla ilişkili ürünler açısından ceza almıştır. “Maske” nedeniyle ceza alan firma sayısı her iki ayda da en yüksek değerdedir. Mart 2020’de en fazla ceza alan kuruluş eczaneler iken; Nisan 2020’de perakende sektöründe faaliyet gösteren firmalar diğerlerinden daha çok ceza almıştır. Uygulanan idari yaptırım açısından bakıldığında Nisan 2020 tarihinde idari para cezası kesilen firmaların oranı %80,17 iken; Mart 2020 tarihinde bu oran %96,11’dir.

**Tablo 3. “Sağlık” Kategorisindeki Reklam Cezalarının Aylara ve Yıllara Göre Dağılımı**

|                | 2019       |               | 2020*      |               | 2021*      |               | 2022       |               |
|----------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
|                | n          | %             | n          | %             | n          | %             | n          | %             |
| <b>Ocak</b>    | 34         | 12,5          | 20         | 11,2          | 37         | 8,3           | 36         | 7,2           |
| <b>Şubat</b>   | 19         | 7,0           | 17         | 9,5           | 0          | 0,0           | 41         | 8,2           |
| <b>Mart</b>    | 19         | 7,0           | 13         | 7,3           | 52         | 11,7          | 58         | 11,6          |
| <b>Nisan</b>   | 26         | 9,5           | 0          | 0,0           | 52         | 11,7          | 39         | 7,8           |
| <b>Mayıs</b>   | 31         | 11,4          | 6          | 3,4           | 34         | 7,6           | 31         | 6,2           |
| <b>Haziran</b> | 7          | 2,6           | 0          | 0,0           | 46         | 10,3          | 39         | 7,8           |
| <b>Temmuz</b>  | 26         | 9,5           | 7          | 3,9           | 52         | 11,7          | 4          | 0,8           |
| <b>Ağustos</b> | 23         | 8,4           | 11         | 6,2           | 27         | 6,1           | 40         | 8,0           |
| <b>Eylül</b>   | 21         | 7,7           | 23         | 12,9          | 48         | 10,8          | 15         | 3,0           |
| <b>Ekim</b>    | 28         | 10,3          | 22         | 12,3          | 50         | 11,2          | 54         | 10,8          |
| <b>Kasım</b>   | 20         | 7,3           | 16         | 8,9           | 15         | 3,4           | 58         | 11,6          |
| <b>Aralık</b>  | 19         | 7,0           | 44         | 24,6          | 32         | 7,2           | 84         | 16,8          |
| <b>Toplam</b>  | <b>273</b> | <b>100,00</b> | <b>179</b> | <b>100,00</b> | <b>445</b> | <b>100,00</b> | <b>499</b> | <b>100,00</b> |

\* Sağlık kategorisinde reklam cezası bulunmayan diğer bir ifadeyle “Sağlık” başlığı yer almayan bültenlere ilişkin cezalar “0” olarak gösterilmiştir. Nisan 2020’de yer alan bültende sadece maske, kolonya, dezenfektan gibi sağlıkla ilişkili ürünler açısından firmaların aldıkları cezalara yer verildiğinden bulguları Tablo 2’de ayrı sunulmuş, Tablo 3’e dahil edilmemiştir.

“Sağlık” kategorisindeki reklam cezalarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde Covid-19 pandemisi döneminde 2019 yılına kıyasla dramatik bir artış yaşandığı görülmektedir. Covid-19 pandemisi öncesi dönem olan 2019 yılında en fazla reklam cezası Ocak, en az ceza ise Haziran ayında alınmıştır. Ancak pandemi döneminde bu aylarda yıl bazında değişiklikler olduğu Tablo 3’te görülmektedir. Örneğin 2020 yılında en fazla reklam cezası aralık ayında alınmışken, haziran ayında “sağlık” kategorisinde reklam cezası bulunmamaktadır. 2021 yılında en fazla reklam cezasının Mart, Nisan ve Temmuz aylarında alınmıştır. 2022 yılında en fazla reklam cezasının Aralık, en az cezanın ise Temmuz ayında alındığı görülmektedir.

**Tablo 4. Reklam Türünün Yıllara Göre Dağılımı**

|  | 2019 Yılı  |            | 2020 Yılı  |            | 2021 Yılı  |            | 2022 Yılı  |            |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|  | n          | %          | n          | %          | n          | %          | n          | %          |
| Sosyal Paylaşım Sitelerinde Yer Alan Tanıtımlar* | 190        | 50,8       | 139        | 50,5       | 328        | 52,7       | 422        | 77,6       |
| İnternet Sitesinde Yer Alan Tanıtımlar           | 155        | 41,5       | 113        | 41,1       | 244        | 39,2       | 95         | 17,5       |
| Afiş/Broşür/Billboard/Tabela/Pano/Vitrin         | 16         | 4,3        | 13         | 4,7        | 41         | 6,6        | 18         | 3,3        |
| TV/Gazete/Dergi/Kısa mesaj                       | 8          | 2,1        | 6          | 2,2        | 4          | 0,7        | 5          | 0,9        |
| Açık Hava İlanları                               | 5          | 1,3        | 4          | 1,5        | 5          | 0,8        | 4          | 0,7        |
| <b>Toplam**</b>                                  | <b>374</b> | <b>100</b> | <b>275</b> | <b>100</b> | <b>622</b> | <b>100</b> | <b>544</b> | <b>100</b> |

\* Facebook, Instagram, Youtube, Twitter

\*\* Ceza alan bazı kuruluş/şahıslar birden fazla mecrada reklam verdiği için toplam sayılar Tablo 1’de yer alan “Sağlık” kategorisindeki reklam cezası sayılarından daha fazladır.

Reklam türünün yıllara göre dağılımına bakıldığında aynı reklamın birden fazla mecrada yayınlandığı Tablo 4'te görülmektedir. Tüm yıllarda sosyal paylaşım sitesinde yer alan tanıtımlar birinci, internet sitesinde yer alan tanıtımlar ise ikinci sırada en yüksek oranda ceza alan reklam mecralarıdır. Özellikle 2021 ve 2022 yıllarında sosyal paylaşım sitelerinde yer alan tanıtımlar diğer yıllara kıyasla dramatik bir artış göstermiştir.

**Tablo 5. Reklamı Veren ve Şikayet Edilen Kuruluş/Şahısların Yıllara Göre Dağılımı**

|   | 2019       |            | 2020       |            | 2021       |            | 2022       |            |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|   | n          | %          | n          | %          | n          | %          | n          | %          |
| Güzellik / Estetik / Masaj / Saç Ekim / Sağlıklı Yaşam Merkezi              | 65         | 23,8       | 34         | 19,0       | 76         | 17,1       | 91         | 18,2       |
| Özel Sağlık Kuruluşları (Tıp Merkezi, Hastane, Poliklinik, Laboratuvar vb.) | 30         | 11,0       | 16         | 8,9        | 60         | 13,5       | 57         | 11,4       |
| Özel Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Kuruluşlar                   | 15         | 5,5        | 14         | 7,8        | 37         | 8,3        | 24         | 4,8        |
| Eczacılık ve Sağlık Ürünleri ile İlgili Kurumlar                            | 3          | 1,1        | 2          | 1,1        | 11         | 2,5        | 4          | 0,8        |
| Optisyenlik Kuruluşları   | 3          | 1,1        | 1          | 0,6        | 6          | 1,3        | 3          | 0,6        |
| Sağlık Bilişimi, Turizmi, Genetik Danışmanlık Kuruluşları                   | 0          | 0          | 3          | 1,7        | 11         | 2,5        | 9          | 1,8        |
| Diğer (Sağlık Dışı Kuruluşlar)  | 12         | 4,4        | 3          | 1,7        | 12         | 2,7        | 18         | 3,6        |
| Şahıs   | 145        | 53,1       | 106        | 59,2       | 232        | 52,1       | 293        | 58,8       |
| Hekim   | 47         | 32,4       | 55         | 51,9       | 106        | 45,7       | 188        | 64,2       |
| Hekim dışı  | 98         | 67,6       | 51         | 48,1       | 126        | 54,3       | 105        | 35,8       |
| <b>Toplam</b>   | <b>273</b> | <b>100</b> | <b>179</b> | <b>100</b> | <b>445</b> | <b>100</b> | <b>499</b> | <b>100</b> |

Reklam vererek/şikayet edilerek ceza alan kuruluşlar arasında tüm yıllarda en fazla sayıda ceza alan kuruluş güzellik/estetik/masaj/saç ekim/sağlıklı yaşam merkezleri olduğu Tablo 5'te görülmektedir. Kuruluş dışında şahısların da reklam cezası aldıkları gözlenmiştir. Pandemi öncesi dönem olan 2019 yılında reklam cezası alan hekim dışındaki bireylerin oranı hekimlere kıyasla çok daha yüksekken, diğer yıllarda reklam cezası alan hekimlerin sayılarında bir artış yaşandığı görülmektedir.

**Tablo 6. Ceza Konularının Yıllara Göre Dağılımı**

|   | 2019       |            | 2020       |            | 2021       |            | 2022       |            |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|   | n          | %          | n          | %          | n          | %          | n          | %          |
| Kuruluşa/Sunulan Hizmete İlişkin Tanıtımlar | 166        | 60,8       | 118        | 65,9       | 304        | 68,3       | 287        | 57,5       |
| Kişi Tanıtımı                               | 100        | 36,6       | 59         | 33,0       | 136        | 30,6       | 205        | 41,1       |
| Ürün Tanıtımı                               | 7          | 2,6        | 2          | 1,1        | 5          | 1,1        | 7          | 1,4        |
| <b>Toplam</b>                               | <b>273</b> | <b>100</b> | <b>179</b> | <b>100</b> | <b>445</b> | <b>100</b> | <b>499</b> | <b>100</b> |

Ceza konularının yıllara göre dağılımları incelendiğinde Tablo 6'da görüldüğü üzere, tüm yıllarda "kuruluşa/sunulan hizmete ilişkin tanıtımlar" en yüksek oranda ceza alan konu olmuştur. Bunu ikinci olarak "kişi tanıtımları" takip etmektedir. "Ürün tanıtımları" ise her dört yıl içinde de en az oranda cezaya sahip konudur.

**Tablo 7. Ceza Kararlarına İlişkin Nedenlerin Yıllara Göre Dağılımı**

|  | 2019 Yılı  |            | 2020 Yılı  |            | 2021 Yılı  |            | 2022 Yılı  |            |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|  | n          | %          | n          | %          | n          | %          | n          | %          |
| Haksız Rekabet Yaratan Tanıtımlar  | 216        | 41,9       | 124        | 37,5       | 288        | 39,6       | 28         | 5,0        |
| Talep Yaratıcı Tanıtımlar  | 166        | 32,2       | 96         | 29,0       | 226        | 31,0       | 298        | 53,0       |
| Yayınlanması Mevzuat Gereği Yasak Tanıtımlar/Hizmet Vermeye Yetkili Olmama | 45         | 8,7        | 41         | 12,4       | 82         | 11,3       | 152        | 27,0       |
| Tüketiciyi Yanıltıcı ve Aldatıcı Nitelikte Tanıtımlar                      | 89         | 17,2       | 70         | 21,1       | 132        | 18,1       | 84         | 15,0       |
| <b>Toplam*</b>   | <b>516</b> | <b>100</b> | <b>331</b> | <b>100</b> | <b>728</b> | <b>100</b> | <b>563</b> | <b>100</b> |

\* Bazı kuruluş/shahıslara ilişkin ceza kararlarında birden fazla neden bulunabilmektedir. Bu nedenle toplam sayılar Tablo

1’de yer alan “Sağlık” kategorisindeki reklam cezası sayılarından daha fazladır.

Ceza kararlarına konu olan nedenler incelendiğinde Tablo 7’de, 2019-2021 yılları arasında en fazla “haksız rekabet yaratan tanıtımlar” nedeniyle ceza alındığı, 2022 yılında ise talep yaratıcı tanıtımların oranının (%53,0) artış göstermiş olduğu saptanmıştır.

**Tablo 8. Uygulanan Yaptırımların Yıllara Göre Dağılımı**

|                                       | 2019 Yılı  |      | 2020 Yılı  |      | 2021 Yılı  |      | 2022 Yılı  |      |
|---------------------------------------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|
|                                       | n          | %    | n          | %    | n          | %    | n          | %    |
| Reklamı Durdurma Cezası               | 273        | 100  | 179        | 100  | 445        | 100  | 499        | 100  |
| Reklamı Durdurma ve İdari Para Cezası | 40         | 14,7 | 37         | 20,7 | 88         | 19,8 | 107        | 21,4 |
| <b>Toplam*</b>                        | <b>273</b> |      | <b>179</b> |      | <b>445</b> |      | <b>499</b> |      |

\* Yıl bazında alınan toplam cezaların tamamında reklamı durdurma cezası verilmiştir. Bu nedenle reklamı durdurma cezası satırındaki değerler ile toplam satırındaki değerler aynıdır.

Uygulanan yaptırımların yıllara göre dağılımı incelendiğinde tüm yıllarda cezaların tamamına reklamı durdurma cezası verilmiştir. Bununla birlikte Tablo 8’de, tüm yıllarda alınan cezaların yaklaşık %20’sinde reklamı durdurma cezasının yanı sıra idari para cezası verildiği de görülmektedir.

**Tablo 9. İdari Para Cezası Miktarı (TL) ve Yıllara Göre Dağılımı**

|      | En Düşük Değer | Ortalama Değer | En Yüksek Değer | Sayı |
|------|----------------|----------------|-----------------|------|
| 2019 | 6.907          | 76.504         | 138.172         | 40   |
| 2020 | 69.086         | 93.988         | 170.960         | 37   |
| 2021 | 6.907          | 105.441        | 228.652         | 88   |
| 2022 | 10.475         | 128.348        | 228.652         | 107  |

Uygulanan yaptırım kapsamında idari para cezası kesilen reklamlara ilişkin ceza miktarları incelendiğinde Tablo 9’da, 2020 yılı dışındaki diğer yıllarda en düşük ve en yüksek ceza miktarı arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. İdari para cezası miktarı açısından en düşük, ortalama ve en yüksek değerler yıl bazında artış göstermiştir

Sağlık alanında ahlaki ve etik sorunlar ile karşılaşılması, sağlık ile ilgili reklamların kontrol altında tutulması adına tüm reklam kurulu karar bültenlerinde birtakım yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemeler Reklam Kurulu tarafından verilen reklam cezalarına ilişkin yasal dayanak oluşturmaktadır. Bu kapsamda verilen cezaların birden fazla sayıda kanun ve yönetmeliğe dayandırılarak yasal hükmü bulunduğu söylenebilir.

#### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada Reklam Kurulu tarafından yayınlanan basın bültenlerinde bulunan farklı kategorilerdeki toplam cezalar içerisinde 2019-2022 yılları arasında toplam cezaların %10’dan fazlasının sağlık sektörü ile ilişkili olduğu saptanmış olup, 2013-2015-2017 yıllarına ait toplam 4 465 ceza kararını inceleyen Yalçın ve Erbay (2018), sağlık kategorisinde yer alan reklam cezalarının toplam reklam cezalarının %19,44’ünü oluşturduğunu belirtmiştir.

Covid-19 pandemisinin Türkiye’de başladığı Mart 2020 tarihinde toplam 180 firma; Nisan 2020 tarihinde ise toplam 116 firma sağlıkla ilişkili ürünler açısından ceza almıştır. “Maske” nedeniyle ceza alan firma sayısı her iki ayda da en yüksek değerdedir. Bunun yanında Akyüz ve Aytekin (2022:37) Türkiye’de 2018 yılında 67 milyon 625 bin, 2019 yılında ise 56 milyon 50 bin adet maske satışı yapıldığını, 2020 yılında ise bu rakamın 8 milyar 144 milyon 867 bin adet olduğunu belirtmişlerdir. Bu rakam ise Türkiye’de 2020 yılında bir önceki yıla göre maske satışlarının 145 kat arttığını göstermektedir.

Mart 2020’de en fazla ceza alan kuruluş eczaneler iken; Nisan 2020’de perakende sektöründe faaliyet gösteren firmalar diğerlerinden daha çok ceza almıştır. Uygulanan idari yaptırım açısından bakıldığında Nisan 2020 tarihinde idari para cezası kesilen firmaların oranı %80,17 iken; Mart 2020 tarihinde bu oran %96,11’dir.

Bu çalışmada reklam cezalarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde Covid-19 pandemisi döneminde 2019 yılına kıyasla ciddi bir artış yaşandığı görülmektedir. Ancak pandemi öncesi dönemi inceleyen bir başka çalışmada da yıllar itibariyle

reklam cezalarında artış olduğu reklam cezalarının %16,36'sının 2013, %20,51'inin 2015 ve %25,92'sinin 2017 yılına ait olduğu belirtilmiştir (Yalçın ve Erbay, 2018).

Çalışmada reklam türünün yıllara göre dağılımına bakıldığında aynı reklamın birden fazla mecrada yayınlandığı ve tüm yıllarda sosyal paylaşım sitesinde yer alan tanıtımlar birinci, internet sitesinde yer alan tanıtımlar ise ikinci sırada en yüksek oranda ceza alan reklam mecraları olarak tespit edilmiştir. Yine bir başka bulgu da 2021 ve 2022 yıllarında sosyal paylaşım sitelerinde yer alan tanıtımların diğer yıllara kıyasla ciddi bir artış göstermesidir. 2010 yılı verilerini inceledikleri çalışmalarında Ağırbaş vd., (2011) sağlık kategorisinde ceza alan toplam 223 reklamın 98'i (%43,9) internet sitesi aracılığıyla yapıldığını, internet sitesi reklamlarını, %15,7 ile gazete, %11,2 ile televizyon ve %10,8 ile broşür reklamları takip ettiğini, telefona mesaj atma, otobüs giydirme, elektronik posta gönderme, indirim kuponu dağıtma gibi 18 farklı araçla, çok geniş bir yelpazede reklam yapıldığı belirtmişlerdir. Buradaki farklılığın sosyal medya kullanımının her geçen yıl daha da artmasından kaynaklandığı söylenebilir. Yine pandemi öncesi dönemi içeren bir başka çalışmada da reklamların yayınlandığı mecra göz önüne alındığında internetin öne çıktığı belirlenmiştir (Yalçın ve Erbay, 2018). Pandemiyle birlikte yasaklar ve kısıtlamalar nedeniyle insanların evde geçirdikleri süre arttığı için, bu süreçte insanların televizyon izleme ve internette geçirdikleri süreler de artmış, dijital mecraları ve sosyal medya araçlarını daha aktif kullanmışlardır (Irmak ve Has, 2023:102). Bu yoğunlaşmanın farkında olan işletmelerin de tanıtım ve reklam faaliyetlerini sosyal medyaya odaklamış; bu durum da reklam cezalarına yansımış olabileceği söylenebilir.

Çalışma kapsamında incelenen tüm yıllarda en fazla sayıda ceza alan kuruluş güzellik/estetik/masaj/saç ekim/sağlıklı yaşam merkezleridir. Bu bulgu, güzellik ve estetik hizmetlerinin yoğun talep görmesi ve tanıtımların yasal düzenlemelere uygunluk açısından daha sıkı denetlendiğini göstermektedir. Özellikle pandemi döneminde bireysel hizmetlere yönelimin artması, bu tür kuruluşların tanıtımlarında daha fazla ihlale neden olmuş olabilir. Şahısların da reklam cezası aldıkları görülmüştür. Pandemi öncesi dönem olan 2019 yılında reklam cezası alan hekim dışındaki bireylerin oranı hekimlere kıyasla çok daha yüksekken, diğer yıllarda reklam cezası alan hekimlerin sayılarında bir artış yaşandığı belirlenmiştir. Pandemi öncesi dönemi inceleyen bir başka çalışmada haklarında en çok reklam cezası verilenlerin; güzellik ve estetik merkezleri (%28,00), özel hastaneler (%13,48), hekimler (%11,64), alışveriş sitelerinde tıbbi ürünler satan bireyler (%8,76) ve ağız ve diş sağlığı merkezleri (%8,18) olduğu saptanmıştır. Geleneksel/tamamlayıcı tıp sektörü (%0,92), eczane/ilac endüstrisi (%0,81), televizyon kanalı (%0,58) ve üniversite hastanelerinin (%0,58) reklam cezaları kararlarında nispeten daha az yer aldığı saptanmıştır (Yalçın ve Erbay, 2018). Şantaş, Şantaş ve Uğurluoğlu (2017:21) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde güzellik ve estetik merkezleri (%26) ceza alan reklamlar arasında en çok reklamı yapılan kuruluşlar olarak belirlenmiştir. Pandemi döneminde toplum sağlığı ve kamu düzeni açısından toplu halde bulunan hastanelere gidiş sıklığı azalmış, bireysel olması açısından hekim muayenehanelerine gidişlerde artış yaşanmış olma ihtimali bulunmaktadır. Bu kapsamda hekimlerin sağlık hizmeti sunum süreçlerine ilişkin daha fazla reklam vermesi, bu reklamların bir kısmının ise yasal mevzuatlara uygun olmaması nedeniyle ceza almaları durumu söz konusu olabilir. Bu durum ise pandemi döneminin başlangıcı olan 2020 yılında hekimlerin hekim dışı bireylere kıyasla daha yüksek ceza almasının bir nedeni olarak açıklanabilir.

Ceza konularının yıllara göre dağılımlarına bakıldığında araştırma kapsamında incelenen tüm yıllarda *"kuruluş/sunulan hizmete ilişkin tanıtımlar"* en yüksek oranda ceza alan konu olmuştur. Bunu ikinci olarak *"kişi tanıtımları"* takip etmektedir. *"Ürün tanıtımları"* ise araştırma kapsamındaki yılların hepsinde en az oranda cezaya sahip konudur. Bu çalışmadan farklı olarak 2010 yılını kapsayan çalışmada ürün reklamları %59,6 ile en fazla ceza alan reklam grubunu oluşturmuştur (Ağırbaş vd., 2011).

Ceza kararlarına konu olan nedenlerde 2019-2021 yılları arasında en fazla *"haksız rekabet yaratan tanıtımlar"*, 2022 yılında ise talep yaratıcı tanıtımların olduğu, uygulanan yaptırımların yıllara göre dağılımında da tüm yıllarda cezaların tamamına reklamı durdurma cezası verildiği görülmüş ancak tüm yıllarda alınan cezaların yaklaşık %20'sinde reklamı durdurma cezasının yanı sıra idari para cezası verildiği de tespit edilmiştir.

Uygulanan yaptırım kapsamında reklam cezaları incelendiğinde tüm reklamlara reklam durdurma cezası verilmiş, bunun dışında bazı reklamlar için idari para cezası da kesilmiştir. 2019 ile 2022 yılları arasında kesilen idari para cezası 6.907 TL ile 228.652 TL arasında değişmektedir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Salgınla birlikte sosyal yaşam dinamiklerinin değişimi, virüsten mümkün olduğunca korunmak için alınan önlemler, insanların beslenme alışkanlıklarını da etkilemiştir. Vücut direncini arttırmak amacıyla yapılan programlar, konuyla ilgili ürün tanıtımları ve reklamlar artmıştır. Sağlık; bireylerin tüm hayatını etkileyip biçimlendiren bir olgu olduğundan dolayı, toplumdaki her bireyin her konuda olduğu gibi sağlığı korumak konusunda da doğru ve güvenilir bir biçimde bilgi edinmek en temel hakkıdır. Sağlık, doğası gereği hassas bir konudur bu sebepten dolayı Covid-19'la birlikte kitle iletişim araçlarında yapılan bilgilendirme ve tanıtımlar oldukça önem taşımaktadır (Irmak ve Has, 2023:102).

Çalışmada sosyal paylaşım sitelerinde yer alan tanıtımların birinci, internet sitelerinde yer alan tanıtımların ise ikinci sırada en yüksek oranda ceza alan reklam mecraları olduğu sonucundan yola çıkarak sağlık hizmeti sunucularının sosyal medyayı doğru bilgi paylaşımı, mevcut hizmetler hakkında bilgilendirme yapma gibi faaliyetler için kullanabilecekleri önerilebilir. Bu faaliyetler için hedef grupların iyi belirlenmesi ve bu hedef gruplara yönelik bilgiler içermesi gerekmektedir. Aynı zamanda ceza alan sağlık reklamlarının en çok yayınlandığı meca internet olduğundan internet üzerinden yapılan reklamlara yönelik denetimlerin sıkı takibinin yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Öte yandan Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma sağlık profesyonellerinin Covid-19 salgını sırasında kritik bilgileri iletmek ve bireyleri önleyici sağlık davranışları benimsemeye ikna etmek için sosyal medyada kitle iletişimini kullanmaları olumlu sonuçlar ortaya koymuştur (Breza vd., 2021).

Türkiye'de sağlık sektöründe reklam yatırımları göz önünde bulundurulduğunda, birçok sağlık hizmeti sunucusu dijital ortamda arama motoru optimizasyonu gibi uygulamalara yönelmektedir. Bu uygulamalar, belirli bir semptom, hastalık veya sağlık hizmeti için dijital ortamda arama yapan bireylere arama yaptıklarında arama motorunda o hekime veya kuruluşa daha hızlı ulaşabilmelerini sağlayamayı amaçlar (Şantaş ve Şantaş, 2020:441). Sağlık hizmeti sunucularının arama motorları üzerinden yapılan aramaları sürekli inceleyerek hizmet geliştirmesi ve hastalıklarla ilgili web siteleri, video paylaşım siteleri, mobil uygulamalar ve bloglar üzerinden bilgiler paylaşmaları ve buna yönelik sunulan tedavilerin sağlıkta reklam yasağını çiğnemeneden tanıtılması sağlık kuruluşlarına önemli rekabet avantajları sağlayabilecektir (Demirci ve Uğurluoğlu, 2020:350).

Bu noktada önemli olan yanlış bilgilere ulaşımın engellenmesi olmalıdır. Dürüstlük ilkesi devamlı vurgulanmalı, etik değerlere uymayan ve özellikle insan sağlığını tehdit eden her türlü reklam çalışması caydırıcı cezalar yoluyla engellenmelidir. İnsanların hayat tarzlarına olumlu katkı sağlayacak, doğru hizmet ve ürün alımına yönlendirecek reklamların önü açılabilir (Motur ve Tatlı, 2021:121).

Sağlık alanında doğru ve etik bilgilendirme yapılmasının hem toplum sağlığını koruma hem de tüketici haklarını gözetme açısından hayati önem taşıdığı bu çalışmada bir kez daha vurgulanmıştır. Özellikle dijital platformlarda yapılan sağlık reklamlarının sıkı bir şekilde denetlenmesi, yanıltıcı içeriklerin önüne geçilmesi ve toplumun doğru bilgiye erişiminin sağlanması, gelecekte sağlık sektörü için daha güvenilir bir iletişim ortamı oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ., Akbulut, Y., Bayın, G. (2011). S3-2 Sağlık Sektöründe Verilen Reklam Cezalarının Sistemik Analizi. 5. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 128-133.
- Akyüz, H.O., Aytekin, İ. (2022). Covid-19 Sürecinde Koruyucu Sağlık ve Hijyen Ürünlerinin Satışı ve Tüketimi Üzerine Bir İnceleme. *Medical Research Report* ; 5(1):27-39.
- American Marketing Association (2024, Şubat). *AMA Dictionary*. <https://www.ama.org>
- Breza, E., Stanford, F.C., Alsan, M. et al. (2021). Effects of a large-scale social media advertising campaign on holiday travel and COVID-19 infections: a cluster randomized controlled trial. *Nat Med* 27, 1622–1628. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01487-3>
- Demirci, Ş. & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Dijital pazarlama kanalları: Özel sağlık kuruluşlarına yönelik bir inceleme. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 39: 339-351.
- Erdoğan G.M. (2020). Covid-19 Döneminde e-ticaret ve dijital reklam yatırımları, *Selçuk İletişim Dergisi*; 13(3): 1296-1318.
- Erer S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Reklam. *Genel Tıp Dergisi*, 20(2): 73-8.
- Irmak, Ü. & Has, T. (2023). Pandemi döneminde değişen reklam söylemleri: supradyn energy focus örneği. *mediarts*, 5, 83-104.

Motur, A.İ., & Tatlı, E. (2021). Özel sağlık hizmeti sunan kurumların reklamlarının hukuki yönden incelenmesi. *Uluslararası Halkla İlişkiler ve Reklam Çalışmaları Dergisi*, 4(2): 100-123.

**Şantaş, G., & Şantaş, F. (2020).** Güncel pazarlama yaklaşımlarının sağlık hizmetlerinde uygulanabilirliği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2): 432-443.

**Şantaş, F., Şantaş, G., Uğurluoğlu, Ö. (2017).** Advertising bans in the health sector: A case study. *International Journal of Healthcare Management*, 13(sup1), 17–23.

Yalçın, G., & Erbay E. (2018). Sağlık Sektöründe Reklam Cezalarının İçerik Analizi ile İncelenmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Muğla.

Reklam Kurulu (2024, Ocak). 295. Sayılı Basın Bülteni, 2020.

<https://ticaret.gov.tr/tuketici/ticari-reklamlar/reklam-kurulu-kararlari>.

Resmi Gazete (2024a, Şubat). 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr>.

Resmi Gazete (2024b, Şubat). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr>.

Resmi Gazete (2024c, Şubat). 6502 sayılı 07.11.2013 tarihli Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr>.

Türk Dil Kurumu (2024, Şubat). Reklam. <https://sozluk.gov.tr>.