T.C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GELENEKSEL TOPLUMDA SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMANIN ETNOSENTRİK EĞİLİMİN HEKİM SEÇİMİNE ETKİSİ

Rabia ENGİNYURT SANCAK

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nursel AYDINTUĞ MYRVANG

Haziran, 2021

T.C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GELENEKSEL TOPLUMDA SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMANIN ETNOSENTRİK EĞİLİMİN HEKİM SEÇİMİNE ETKİSİ

Rabia ENGİNYURT SANCAK

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nursel AYDINTUĞ MYRVANG

Haziran, 2021

ONAY SAYFASI

BEYAN

Bu araştırmanın bana özgü olduğuna, bütün kademelerinde etik davranışlar sergilediğime, araştırmanın içerisinde bulunan bilgileri bilimsel ve ahlaki kaideler içersinde ulaştığıma, araştırmamda bulunan bütün bilgilere kaynak belirttiğime ve bu kaynakları da kaynakların bulunmuş olduğu listeye eklediğime, yine bu araştırmanın uygulanması ve oluşturulması sırasında patent ve telif haklarını bozucu bir tutumunun olmadığını beyan etmek isterim.

Rabia ENGİNYURT SANCAK

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın oluşturulmasında ve hazırlanmasında değerli zamanlarından bana ayırarak araştırmamın ilerlemesine destek olan, tavsiyeleri ve engin bilgisi ile çalışmama ışık tutan, değerli hocam ve tezimin danışmanı olan Dr. Öğr. Üyesi Nursel Aydıntuğ Myrvang'a; ve ankete katılım sağlayan katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

Rabia ENGİNYURT SANCAK

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER **SAYFA NO**

İÇ KAPAK
ONAY SAYFASI
BEYAN iii
TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMA LİSTESİ vii
TABLO LİSTESİ xi
ŞEKİL LİSTESİ x
TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER xi
İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Etnosentrizm Kavramı 3
2.2. Etnosentrizmin Ölçülmesi 6
2.3. Tüketici Etnosentrizm Kavramı 6
2.4. Tüketici Etnosentrizmini Etkileyen Faktörler 10
2.4.1. Yakın Çevre 10
2.4.2. Tarihsel Ekonomik ve Politik Olaylar 11
2.4.3. Ürün Kategorisi 11
2.4.4. Demografik Özellikler 11
2.4.5. Ürünlerde Yerli Alternatif Eksikliği 12
2.4.6. Fiyat 12
2.4.7. Ülkelerin Gelişmişlik Düzeyi 13
2.5. Tüketici Etnosentrizmin Ölçülmesi 13
2.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı 15
2.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Genel İlkeleri 16
2.6.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri 17
2.6.2.1 Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması 17
2.6.2.2 Genel Sağlık Sigortası Uygulaması 18
2.6.2.3 Sağlık Hizmetleri Sisteminde Düzenlemeler 18
2.6.2.4 Sevk Zincirinde Düzenlemeler 19

2.6.2.5 Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Kavuşması 20
2.6.2.6 Sağlıkta Çalışan İnsan Gücünün Yapılandırılması 21
2.6.2.7 Sağlık Sisteminin Eğitim ve Bilim Kurumları ile Desteklenmesi 22
2.6.2.8 Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon 22
2.6.2.9 Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi 24
2.6.2.10 İlaç ve Malzeme Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması 24
2.7. Sağlıkta Etnosentrizm 25
2.8. Hasta-Hekim Yönelimi 26
3. GEREÇ YÖNTEM 32
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 32
3.2. Araştırmanın Deseni 32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 33
3.4. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları 36
3.5. Veri Toplama Araçları 36
3.6. Araştırmanın Yöntemi 37
3.7. Anketin Güvenilirlik Analizi 38
3.8. Araştırmanın Hipotezleri ve Model 38
4. BULGULAR 40
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER 61
5.1. Tartışma 61
5.2. Sonuç 63
5.3. Öneriler 65
6. KAYNAKÇA 66
7. EKLER 72
Ek 1: Bilgi Formu 72
Ek 2: Gönüllü Olur Formu 79
Ek 3: Etik Kurul Onayı 80
8.ÖZGEÇMİŞ 82
9.İNTİHAL RAPORU 83

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMA LİSTESİ

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

EFQM European Foundation For Quality

SDP Sağlıkta Dönüşüm Programı

TUİK Türkiye İstatistik Kurumu

SSK Sosyal Sigortalar Kurumu

SB Sağlık Bakanlığı

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 3.1.	Anketin Güvenilirlik Analizi Sonuçları……..……..…...38	
Tablo 3.2.	Araştırmanın Hipotezleri…...…….....39	
Tablo 4.1.	Cinsiyet Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerler……40	
Tablo 4.2.	Yaş Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri……..41	
Tablo 4.3.	Öğrenim Durumu Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri……..42	
Tablo 4.4.	Algılanan Ekonomik Düzey Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri……...43	
Tablo 4.5.	Tüketici Etnosentrizm Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılımları.....44	
Tablo 4.6.	Hasta-Hekim Yönelim Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılımlar…….……48	
Tablo 4.7.	Ölçek Boyutlarına Yönelik Normallik Testi Sonucu …..……51	
Tablo 4.8.	Cinsiyet Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları…..52	
Tablo 4.9.	Yaş Açısından Kruskal Wallis Sınaması Sonuçları ……53	
Tablo 4.10.	Öğrenim Durumu Açısından Kruskal Wallis Sınaması Sonuçları…….….54	
Tablo 4.11.	Algılanan Ekonomik Düzey Açısından Kruskal Wallis Sınaması Sonuçları……..……...…….…56	

Tablo 4.12. Korelasyon Analizi Sonuçları……..……..…57

Tablo 4.13. Tüketici Etnosentrizminin Hasta-Hekim Yönelimi Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları ……..…..…58

Tablo 4.14. Tüketici Etnosentrizminin Paylaşım Boyutuna Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları ……..…..…59

Tablo 4.15. Tüketici Etnosentrizminin Bakım Boyutuna Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları ……..……..……60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 3.1.	İlişki Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı ……...…...34	
Şekil 3.2.	Grup Farklılığı Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı…...35	
Şekil 3.3.	Araştırmanın Modeli……39	
Şekil 4.1.	Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği …….....40	
Şekil 4.2.	Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği ……41	
Şekil 4.3.	Öğrenim Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği …….42	
Şekil 4.4.	Algılanan Ekonomik Düzey Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği……43	

TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER

Sancak, Enginyurt R (2021). Geleneksel Toplumda Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın Etnosentrik Eğilimin Hekim Seçimine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Bu çalışmanın amacı, etnosentrik duyguları yüksek kültüre sahip kişiliklerin, hekim-hasta yöneliminde nasıl bir davranış sergilediklerini, aralarında nasıl ve ne yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymak ve demografik bilgiler açısından etnosentrik eğilimin ve hasta-hekim yönelim algısının anlamlı farklılık gösterip göstermediği bulmaktır. Çalışmada kullanılan ölçekten elde edilen verilerin analizi IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 sürümü kullanılmıştır. Birinci aşamada, demografik bilgilerin bulunmuş olduğu genel bilgilere ilişkin yüzde ve sıklık dağılımları sunulmaktadır. İkinci aşamada, çalışmada kullanılan ölçeklere yönelik yüzde dağılımları ve ortalama cevap ile standart sapma gibi tanımsal istatistik bilgilerine yer verilmiştir. Boyutlar için Kolmogorov-Simirnov ve Shapiro-Wilk normallik sınamaları yapılmıştır. Boyutların dağılımları normal dağılıma uymadığı için grup farklılıkları sınamasında her bir ikili grup için Mann-Whitney-U testi ve üçlü ve fazla grup için de Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Gruplar arasındaki farkların kaynağını tespit edebilmek için ortalama sıra değerleri incelenmiştir. Ölçeğin dağılımında normal dağılıma uygunluk sağlanamadığından ilişki analizlerinin sınanmasında Kendall's Tau_b korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Diğer aşamada ilişkilerin model yardımıyla belirlenmesi amaçlı regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon modelinde en küçük kareler varsayımlarının sağlanması için Newey-West algoritması altında çözümler gerçekleştirilmiştir. Tüketici etnosentrizm skoru; hasta-hekim yönelim genel skorunu %19,3 ($r=0,193$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde (artırıcı) etkilemektedir. Hasta-Hekim Yönelimi üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır ($p<0.05$). Tüketici Etnosentrizmi Hasta-Hekim Yönelimi davranışını R^2 =%29,8 açıklama gücüne sahiptir. Tüketici Etnosentrizmi algısı 1 br. arttığında Hasta-Hekim Yönelimi davranışı algısı 0.275 br. artış gösterecektir. Böylece ana hipotez H_{01} kabul edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Etnosentrizm, Hasta-Hekim Yönelimi, Tüketici Etnosentrizmi, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER

Sancak, Enginyurt R (2021). The Effect of Utilizing Health Services in Traditional Society on Ethnocentric Tendency Physician Selection. Master Thesis, Biruni University Graduate Education Institute Istanbul.

The aim of this study is to reveal how people with high culture of ethnocentric feelings behave in physician-patient orientation, how and what kind of relationship there is between them and to find out whether ethnocentric tendency and patient-physician orientation perception differ significantly in terms of demographic information. IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 25.0 was used to analyze the data obtained from the scale used in the study. In the first stage, the percentage and frequency distributions of general information with demographic information are presented. In the second stage, descriptive statistics such as percentage distributions and mean response and standard deviation for the scales used in the study were included. Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk normality tests were performed for the dimensions. Since the distributions of the dimensions did not fit the normal distribution, the Mann-Whitney-U test for each paired group and the Kruskal Wallis test for the three and more groups were used in the group differences test. In order to determine the source of the differences between the groups, the mean rank values were examined. Kendall's Tau_b correlation analysis was used to test the correlation analyses, since the distribution of the scale could not conform to the normal distribution. In the other stage, regression analysis was applied to determine the relations with the help of the model. In order to provide least squares assumptions in the regression model, solutions were carried out under the Newey-West algorithm. Consumer ethnocentrism score; it positively (increasing) the patient-physician orientation general score by 19.3% (r=0.193, p=0.000). There was a positive (positive) significant correlation on Patient-Physician Orientation ($p<0.05$). Consumer Ethnocentrism has the power to explain Patient-Physician Orientation behavior R2 = 29.8%. Consumer Ethnocentrism perception 1 br. increases, the perception of Patient-Physician Orientation behavior 0.275 br. will increase. Thus, the main hypothesis H_{01} was accepted.

Key Words: Ethnocentrism, Patient-Physician Orientation, Consumer Ethnocentrism, Health Transformation Program.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde, Türkiye de sağlık ve sağlık ile ilişki kavramlar toplumun din, dil, ırk, kültür ve ekonomi gibi kavramlarından etkilenmektedir. Irk, beraberinde etnosentrizm kavramını gündeme getirmektedir. Etnosentrizm, kişinin içerisinde var olduğu etnik topluluğu içerisinde yaşadığı evrenin merkezi gibi görürken diğer sosyal toplulukları kendi grubunun bakış açısı ile değerlendirmesi ve kültürel olarak benzerlik taşıyan kişileri kabullenip, diğer kişileri ise reddetmesi durumu olarak ifade edilmektedir (Guliyev, 2007). Etnosentrizm kavramından sonra etnosentrik eğilimlerin tüketicilerde de görülmesiyle birlikte tüketici etnosentrizm kavramı literatüre kazandırılmıştır.

Tüketici etnosentrizmi, bireyin içerisinde bulunduğu toplumun ürettiği ürünleri alması, diğer ülkelerde, diğer toplumlarda üretilen ürünlere sıcak bakmaması, kısaca etnosentrik tutumun tüketici satın alma davranışlarında görülmesi olarak açıklanmaktadır (Shimp and Sharma, 1987). Etnosentrizme ve tüketici etnosentrizmine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, milliyetçilik, ırkçılık, ekonomik kriz dönemlerinin yaşanması sonucu yerli mallara olan talebin yükselmesi (Han and Terpstra, 1988) vb olarak sıralanabilmektedir. Etnosentrik eğilim ile arasında ilişki olduğu ve etnosentrik eğilimin üzerinde etki bıraktığı düşünülen bir diğer değişken ise hasta-hekim yönelimi algısıdır.

Hasta-Hekim yönelimi algısı, bireyin hasta yönelimli mi yoksa hekim yönelimli mi olup olmadığına ilişkin algı olarak ifade edilmektedir. Bu araştırmada on sekiz maddelik hasta-hekim yönelimi ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması hasta yönelimli yaklaşımı, düşük olması ise hekim yönelimli yaklaşımı göstermektedir (Özdemir ve Edirne, 2018).

Etnosentrizm ve Hasta-Hekim yönelimi algısı ile ilgili literatür incelendiğinde, bu iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen ve etnosentrik eğilimin hasta-hekim yönelimi üzerindeki etkisini araştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple araştırmanın yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmanın amacı, toplum içerisinde yer alan bireylerin etnosentrik eğilim algılarını ve hasta-hekim yönelim algılarını ölçmek, bu iki değişken arasındaki ilişkiyi saptamak, değişkenlerin demografik verilere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak ve etnosentrik eğilimin hasta-hekim yönelim algısı üzerindeki etkisi olup olmadığını bulmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etnosentrizm Kavramı

Aynı sosyal çevre veya toplum içerisinde yaşamını sürdüren insanların kullandıkları dilin, benimsedikleri kültürün, dini inanç, tutum ve değerlerinin etkisiyle birbirlerine yakınlık hissederler. Kullanılan dilin, dini inanç, tutum ve değerlerin, kültürün birbirine yakın olması insanlara aidiyet hissettirir ve kişiye bir kimlik verir.

Hissedilen bu aidiyet duygusu toplumsal ilişki ve bireyler arasındaki iletişimleri şekillendirerek bireyin bulunduğu sosyal çevreyi terazinin bir kısmına, diğer sosyal çevre ve toplulukları ise terazinin öteki kısmına koymasına neden olabilmektedir. Etnosentrizm sözcüğünün kökeni buradan gelmektedir (Özbek, 2004).

Yunan lisanında "millet, ırk" anlamında kullanılan "ethnos" ile "merkez" anlamına gelen "kentron" kelimelerinin birleşiminden meydana gelen etnosentrizm sözcüğü, İngiliz lisanında "ethnocentrism", Türk lisanında ise "ırk-merkezcilik", "etnik-merkezcilik", "biz-merkezcilik" ve "etnosentrizm" kelimeleriyle açıklanmaktadır (Aysuna, 2006).

Etnosentrizm kavramı çok eskilere dayanır fakat modern zamanda kullanılan bir sözcük olarak ifade edilir, etnosentrizmin terim anlamı 1883 yılında sosyolog Gumşyuviç tarafından "Irksal Mücadele" adlı çalışmasında ilk kez geçmiştir. Literatürde ise ilk defa 1906 yılında Wiliam Graham Sumner aracılığı ile görünen Etnosentrizm sözcüğü, bireyin kendi ait olduğu sosyal yapı ve etnik grubu diğer bütün sosyal yapı ve etnik gruplardan yukarıda görmesi, diğer tüm etnik yapıları kendi bakış açısı ve kültürü ile değerlendirmesi olarak ifade edilmiştir.

Etnosentrik yapıya sahip olan bireylerin genel olarak kendi sosyal ve etnik yapılarını yücelttiği fakat diğer sosyal ve toplumsal yapıları küçümsediği açıklanmaktadır (Gökçe, 2019).

Etnosentrizm sözcüğü Türk Dil Kurumu tarafından dilimize 'halkbencilik' olarak geçmiştir. Türk Dil Kurumu, etnosentrizm kavramını, etnosentrik algıya sahip bireylerin olduğu topluluklar genel olarak kendilerini 'insan' diğerlerini ise 'barbar' olarak görmüş, kendi kültürleri dışındaki kültürlere karşı üstünlük tanıdıkları durum olarak ifade etmiştir (Gökçe, 2019).

Başka bir ifadeyle, etnosentrizm toplumların kendi kültürel değer ve normlarından yola çıkarak farklı toplumları yanlı olarak değerlendirme ve yargıda bulunma olarak tanımlanmaktadır (Marshall, 1999).

Bilgin'e göre (2003) etnosentrik kişi kendi gerçeklerinin herkes için geçerli olduğu düşüncesi içerisindedir ve kendi düşüncesine uymayan kişilerin geri ve aşağı olduğunu düşünmektedir. Bazı bilim insanlarına göre, Etnosentrizm kavramı sadece kabilelerle ve milletlerle sınırlı olmamaktadır. Bu kavram her türlü sosyal yapı ve topluluk içerisinde, dini önyargılarda, bölgecilikte, ırk ayrımcılığında ve vatanseverlikte kendisini göstermektedir (Sharma vd., 1995).

Etnosentrizmin kaynağı, insanların karşılıklı olarak hoşgörü ve anlayışı benimsemeyip kendi kültürlerini tarafsız olarak değerlendirememesidir. Örneğin bir toplumun sağlık anlayışı, sağlık okuryazarlığı ve sağlık ile ilgili tutumları başka bir topluma göre farklılık gösterebilmektedir. Sağlık ile ilgili tutumları farklı olan topluluğun diğer topluluğu küçük görmesi etnosentrik düşünme eğiliminin neticesinde oluşmaktadır. Bu örnekte olduğu gibi önyargılar, içine kapanık toplumlarda olduğu gibi, çağdaş toplumlarda olabilmektedir (Özkalp, vd., 2004).

LeVine and Campell'e göre (1972) etnosentrik eğilim geliştiren bireylerde kendi etnik ve toplumsal simgeleri kendisi ve toplumu için gurur kaynağı sayması, başka toplumlara ait simgeleri ise dışlayıp, aşağı görme davranışları yaygın olarak baş göstermektedir. Etnosentrik tutum ve davranışların olumlu yönleri de bulunmaktadır.

Örneğin, bir toplumun etnosentrik duygu ve düşüncelere sahip olması beraberinde toplumu geliştirebilir. Çünkü bazı durumları etnosentrik eğilimler toplumun kültür seviyesini yükseltebilir ve bu o toplum için olumlu bir durum olarak ifade edilmektedir. Etnosentrizm bir toplumun, grubun dayanışmasını, uyumunu, işbirliğini, sadakatini, etkinliğini, etkililiği ve verimliliğini artırmaktadır. Bunun yanında toplumun kültürünün hayatta kalmasını sağlamaktadır (Sharma et all., 1995).

Grup içinde etnosentrik eğilimleri yüksek olan biri var ise bulunduğu grubu diğer gruplardan daha yüksek bir seviyede görür bununla övünürler. Bu durum sonucu her etnik grup için kendi kültürel ve dini değerlerini doğru ve gerçek kabul eder ve diğer grupların farklı görünen değerlerini ise yanlış görmelerine ve küçümsemelerine neden olur (Sharma et all., 1995).

Bu tutum ve davranışlar toplumlar ve gruplar için olumlu yönde görünmektedir fakat eğer bu tutum ve davranışlar başka toplumlara karşı bireylerde nefret ve kin duygusu oluşturur ise tehlike yaratabilmektedir. Başka toplumlara ve ırklara karşı nefret duygusunun gelişmesi ırkçılık kavramını gündeme getirir ve bu toplumlar için olumsuz bir durum halini alabilmektedir (Özbek, 2004).

LeVine ve Campbell (1972) etnosentrizmin şu eğilimleri içerdiğini tespit etmiştir;

- Gruplar arası ayırım yapmak
- Bazı durumlarda ırkçılık yapmak
- Kendi bulunduğu toplumu ve sosyal statüyü en üst kademe de diğer toplumları ise aşağıda görmek
- Olayları grubun ekonomik, sosyal ve politik çıkarları açısından değerlendirmek
- Kendi grubunu evrenin merkezi olarak görerek yaşam tarzını diğerlerinden daha üstün görmek
- Diğer grupları güvenilmez olarak görmek ve onları küçümsemek

- Kendi grubunu üstün, güçlü ve dürüst olarak görmek
- Diğer grupları aşağı, zayıf, sahtekâr ve sorunlu kişiler olarak görmek

Görüldüğü üzere bu özelliklerden bazıları, bireyin içerisinde bulunduğu toplum için olumlu olabilmektedir fakat bazıları ise diğer toplumları ve sosyal grupları aşağılayıcı, ırkçılığa varacak kadar tehlikeli olabilmektedir. Bu sebeple etnosentrizm eğilimi literatürde bazı çalışmalarda toplumlar için olumlu olarak adlandırılmış ise, bazı çalışmalarda ise olumsuz olarak adlandırılmıştır.

2.2. Etnosentrizmin Ölçülmesi

Etnosentrizm kavramının oluşması ile birlikte birçok bilim dalında bu dallar ile ilişkisinin neticelerini öğrenmek adına birçok araştırma gerçekleştirilmiştir. 'The Authoritarian Personality' isimli kitapta, etnosentrik eğilimi belirlemeye yönelik tüketicileri ölçme hedefli bazı boyutlar ortaya atılmıştır ve bunun ışığında California E-scale ölçeğini geliştirmişlerdir (Adorno et al., 1950). 1950 yılında geliştirilmiş olan bu ölçeğin orijinal versiyonu zenciler, yahudiler ve diğer farklı azınlık toplulukları ile ilgili olup üç ayrı alt ölçekten oluşmaktadır. Likert tipinde bir ölçektir.

Geliştirilen bu ölçeğin üstüne ilerleyen zamanlar da farklı tipte ölçekler de oluşturulmuştur. Asıl amaç, küresel çapta bir ölçeğin geliştirilmesidir. Californi E-scale temel alınarak geliştirilen en önemli ölçeklerden biri 'British Ethncentrism Scale' olup İngiliz halkının etnosentrik eğilimini ölçmek için kullanılması hedeflenmiştir. Buna ek olarak bir diğer önemli ölçek ise Amerika'daki siyahi öğrencilerin eğilimlerini ölçme amacıyla geliştirilen 'The Black Ethnocentrism Scale (BES)'dir (Martinez et al., 2000).

2.3. Tüketici Etnosentrizm Kavramı

Milliyetçiliğin artması kültürde yoğun baskı oluşturmuştur bununla birlikte etnik kimlik ve tüketici etnosentrizmi küresel iş çevresinde potansiyel bir güç konumuna ulaşmıştır (Demir ve Özdemir, 2013).

1987 yılında ilk kez Shimp ve Sharma' ın yapmış olduğu çalışma ile Tüketici Etnosentrizmi kavramı ortaya çıkmıştır. Etnosentrizm kavramı A.B.D.'li tüketiciler için yabancı ürünler satın almanın aslında ahlak uygun olduğuna inandıklarını ifade

eden bir kavramdır. Etnosentrizm seviyesi yüksek olan tüketiciler, yerli ekonomide zarara yol açacağı ve işsizliğe neden olacağı için ithal ürünleri satın almak yanlış olduğunu düşünürler. Yani tüketici etnosentrizmini, tüketicilerin yerli ürünleri tercih etmesi ve ithal ürünlere karşı ön yargısı olarak ifade edebiliriz (Çakar, 2016).

Tüketici gruplarında yabancı ürünler yerine yerli ürünleri tercih etmeleri ve yerli ürünleri satın alma istekleri, gelişmiş ülkeler ile gelişen ülkeler arasında teknolojik ve ekonomik açıdan farklılık söz konusudur (Çakar, 2016).

Tüketici etnosentrizmin özellikleri aşağıdaki gibidir (Çakar, 2016):

- Bir kişinin kendi ülkesine duyduğu sevgi ve ilgi ile ithalatın kendisi ve vatandaşlar üzerinde oluşabilecek zararlı etkisinin sonucu ile kişinin ekonomik çıkarlarının kontrolünü kaybetme korkusu tüketici etnosentrizminin bir sonucudur
- Tüketici etnosentrizmi içerisinde yabancı ürünlerin satın alınmaması niyet ve isteğini barındırır. Etnosentrik tüketici modelinde yabancı ürün satın almak yalnızca ekonomik bir problem değildir ayrıca ahlaki bir problem oluşturur. Bu ahlaki görüş tüketicilerin yerli ürün satın almasına zemin hazırlar
- Yabancı ürünlerin satın alınmamasını iyi, uygun, arzu edilebilir ve vatansever bir davranış olarak algılanır, yabancı ürünlerin satın alınması ise kötü, uygun olmayan, arzu edilmeyen ve sorumsuzca bir davranış olarak algılanır
- Tüketici etnosentrizminin toplumsal sistemdeki toplam düzeyi bireysel eğilimlerin toplamı olduğu varsayılmasını ifade eder ama bireysel düzeyde ithal ürünlere karşı önyargıları da belirtir

Tüketici etnosentrizmi ile fonksiyonel anlamda kişi kimlik hissini kazanmakta, aidiyetlik duygusunu yaşatmakta ve en önemlisi bulunduğu grupta hangi satın alma davranışını benimseyip hangi satın alma davranışını benimsemeyeceğini anlamasına yardım etmektedir.

Tüketici etnosentrizmi temel nesnesi olarak ürüne yer vermektedir. Sosyal anlamda kullanılan etnosentrizmi ilk kez W.G. Sumner kullanmıştır (Çakar, 2016). Ürün boyutuyla sınırlandırılmamıştır ve politika, kültür gibi pek yaşamın pek çok alanına yayılabildiğini ifade etmektedir.

Her iki kavramı açık bir biçimde farklı nesnelere değinir ama birbirinden tam anlamıyla bağımsız olarak değerlendirilmemektedir. 1986'da McCracken ürün ile kültür arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır, ürün kültürün bir yan ürünü olarak ifade edilmiştir. Tüketici vatanseverliği ya da etnosentrizmi olarak ifade edilen durum ürünler ve satın alma niyetleri hakkında tutumları etkileyen milliyetçilik duyguları barındırmaktadır. Özellikle tüketici milliyetçiliğini barındıran ürünleri bilişsel değerlendirmeye almakta ve sonuç olarak satın alma niyetlerinde etki yaratmaktadır. Sonuçta milliyetçi bireyler yerli ürünleri yabancı ürünlere göre daha kaliteli algılamaktadırlar (Çakar, 2016).

Etnosentrizm tutumu kişilerin özelliklerini oluşturan bir değerdir. Değerler, kişi tercihlerini ve iletişimlerini etkileyen sosyal kontrol mekanizma kaynağıdır. Karar verme, seçme süreçleri, yaşam boyunca başa gelen olaylara ve durumlara karşı farklı bakış açıları edinmelerine neden olmaktadır (Demir ve Özdemir, 2013). Benimsenen ilkeler davranışlara rehberlik etmektedir. İnançlardan oluşan bu değerler amaçları tanımlamakta, belirli bir yaşam tarzı ve davranışların seçilmesini sağlamaktadır.

1988'de Homer ve Kahle tarafından geliştirilen değer, tutum ve davranış hiyerarşisine; değerler tutumları etkilemekte ve tutumlar da davranışa dönüşmektedir (Dikme, 2021). Milliyetçilik, vatanseverlik, ulusalcılık gibi bireylerin vatani değerlerini yansıtan kavramlar araştırılan tutumun nedenlerindendir. Bu yüzden etnosentrizm tutumunu oluşturan kavramların anlaşılması için ilk olarak kişisel değerlerin ve tutumların oluşumu ile vatanseverlik, ulusalcılık, milliyetçilik gibi değerlerin araştırılması gerekmektedir (Çakar, 2016).

17. yüzyılda İngiltere'de vatanseverlik anlamına gelen "Patriot" kelimesi ilk kez kullanılmıştır. Vatanseverlik "kişinin kendi ülkesinin maddi ve manevi başarılarıyla gurur duyması, acılarına ortak olması" olarak ifade edilmiştir (Demir ve Özdemir, 2013).

Doğum itibariyle değerler oluşmaya başlamakta ve tüm yaşam sırasında var olmakta, zaman içerisinde değişerek dinamik yapılarını muhafaza etmektedirler. Bazı değerlere bağlı kalınarak ömür boyunca korunurken, bazı değerler ise yaşantılar

sonucu değişime uğramaktadırlar. Yaşamları boyunca bireyler bazen erken yaşlarda bazense ileriki yaşlarda birçok değere sahip çıkmaktadırlar (Dikme, 2021).

Erken yaşlarda edinilen değerlerden birisi de vatanseverlik tutumudur. Bireyde ülkesine karşı tutumu önce fiziksel çevre tarafından yönlendirilmektedir benmerkezci dönemde, daha sonra toplumsal ve objektif bakışın geliştiği geç ergenlik dönemlerinde şekillenmektedir (Çakar, 2016).

Kişinin, bir yere ait olma ihtiyacı sonucunda ailesine, çevresine ve yaşadığı topluma yönelik bağlılığı vatandaşlık olgusuna sahip çıkmaktadır. Milliyetçilik, insanların kendi benzerlerinden oluşan grubu ile bütünleşmektir. Milletini diğer milletlerden üstün gören bir anlayış olarak ifade edilmektedir. Vatanseverlik kavramında kişi ülkesi ile gurur duymakta, ülkesi için özveride bulunmaktadır. Buna binaen ulusalcılık görüşünde ise ortak değerler, amaçlar, gelenek ve görenekler ile ortak bir dil ve kendilerini diğer toplumlardan farklı kılan sembollere bağlılık olarak ifade edilebilmektedir (Dikme, 2021).

Bu benzer değerlerde temel işlev kişinin kendisini bir topluluğa ait hissetmesi ve bu topluluğun yararını istemesi duygusu barınmaktadır. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde yer alan sosyal ihtiyaçlar kategorisi aidiyeti olarak tanımladığımız kişilerin bir yere, bir aileye veya bir topluluğa ilişkilendirilme, ait olma isteği olarak da ifade etmiştir. Aidiyetlik hissetmek için etnosentrizm tutumları sergilenmektedir. Literatürde etnosentrizm kavramı vatanseverlik kavramıyla bir arada yer alır bu yüzde ayrımları oldukça zordur (Çakar, 2016).

Bu tutum vatanseverlik tutumundan bağımsız olarak oluşamamakta ve değerlendirilememekte, ama her vatansever kişinin de bu tutumu sergilediği etnosentrik davranışlar gösterdiği fikri yanlış bir genelleme yapılmasına neden olmaktadır. Fakat etnosentrizm tutum sergileyen her kişi vatansever olarak değerlendirilebilmektedir. Çünkü, bu tutumunun sergilenebilmesi için kişinin en başta kendini ait hissettiği veya üyesi olarak kabul ettiği vatanı sevmesi beklenmektedir. Fakat her vatansever birey etnosentrizm tutumunu taşımak zorunda değildir.

Çünkü her vatansever kişi kendi vatanını, kökenini değerli bulabilmekte, ama bu yüzden başka vatanları, milletleri, kültürleri aşağı gören bir bakış açısına sahip olmayabilmektedir. Bireyler vatansever olup diğer vatanlara, milletlere, kültürlere değer verebilmekte, farklılıklara hoşgörü ile yaklaşabilmektedirler (Çakar, 2016).

Fakat etnosentrizm, ayırımcılık, ırkçılık gibi negatif görüşler, kibirli bir bakış açısını içerisinde barındırmaktadır ve vatansever birey, kendi ülkesine yararı dokunsun diye sahip olduğu seçenekler içinden en iyisi olmamasına rağmen sadakat, sevgi, bağlılık gibi nedenlerle yerli olanı tercih edebilecekken, etnosentrik kişi ülkesine faydalı olma isteğiyle, sahip olduğu seçenekler arasında yerli olanın daha iyi bir seçenek olduğunu düşünmektedir. Bu yüzden yerli tüketim yapmaktadır. Böylelikle bu tutuma sahip olan bireyler kendi ülkesine ait her şeyi daha iyi olarak değerlendirmektedir (Dikme, 2021).

2.4. Tüketici Etnosentrizmi Etkileyen Faktörler

Tüketicilerin etnosentrik eğiliminin artmasına ve azalmasına sebep olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler sırasıyla, yakın çevre, tarihsel ekonomik ve politik olaylar, ürün kategorisi, demografik özellikler, ürünlerde yerli alternatif eksikliği, fiyat ve ülkelerin gelişmişlik düzeyi olarak ifade edilmektedir (Köken, 2020).

2.4.1. Yakın çevre

'Tüketici etnosentrizmi' sözcüğünün başlangıcında 'etnosentrizm' kavramı yer almaktadır. Bu sözcüğün de sosyoloji disiplinin de "çoğu zaman uzak durulması çok zor olan bir eğilim" şeklinde bulunmasının nedeni, bireyin sürekli olarak ailesi, yakınları ve arkadaşları ile olan ilişkisidir. Bunun yanında eğitim süreci de büyük bir önem arz etmektedir. Bireyin gelişim dönemine en yakından etkisi bırakan grup çevredir. Çevrenin davranış ve tutumları bireyi etkilemektedir. Bu sebeple bireyin yakın çevresine etnosentrik eğilimlere sahip bir kişinin bulunması bireyi etki altına alabilmektedir (Köken, 2020).

2.4.2. Tarihsel ekonomik ve politik olaylar

Herche'e (1994) göre tüketici etnosentrizmin in ilerlemesinde geçmişte yaşanan iktisadi ve siyasi durumlarla birlikte savaşların de tesiri bulunmaktadır. Burada sözü edilmiş olan etki, iki ülke arasında yaşanmış olan tarihi, siyasi ve politik olayların etkisi olabilmektedir. Örneğin, iki ülke savaşa girdiğinde bu ülkelerde yaşayan bireyler bu ülkeler üretmiş oldukları ürünlere karşı olumsuz tavırlar takınabilmektedir. Burada tüketici etnosentrizm yönelimi oluşabilmektedir. Bu sebeple ülkelerin yaşamış oldukları tarihsel, ekonomik ve politik durumlar bu ülkelerde yaşamını sürdüren bireylerde tüketici etnosentrizm yönelimi yaratabilmektedir.

2.4.3. Ürün kategorisi

Thelen vd., (2006)'ne göre bireylerin yaşamış olduğu tüketici etnosentrizm eğiliminin esas nesneni üretilmiş olan üründür, bundan dolayı bireylerin etnosentrizm düzeylerinde ürün kategorisinin de etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Bazı durumlarda ürünün özellik ve seçimlerine etnosentrizm den daha kuvvetli olarak etkide bulunabilmektedir.

Herche (1994)'in, iki farklı ürün kategorisi üzerine yapmış olduğu araştırmada, fiyatı yüksek olan ürün kategorisinin fiyatı düşük olan ürün kategorisine göre daha fazla etnosentrik eğilime maruz kaldığı saptanmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre ürün kategorilerindeki farklılaşma, fiyat artışı, karmaşıklaşma bireylerin tüketici etnosentrik eğilimleri üzerine etkilidir.

2.4.4. Demografik özellikleri

Tüketici etnosentrizmin in nüfus özellikleriyle arasındaki ilişki ele alındığı araştırmalar, her ne kadar farklı bölgeler bağlamında farklı neticeler verse de genellikle toplumsal sınıf, eğitim, gelir, yurtdışı gezi ve satın alma sıklığı vb. değişkenlerin tüketici etnosentrizmi ile ters orantılı bir ilişki içinde olduğu ortaya çıkmıştır (Arı ve Madran, 2011).

Shimp' in (1987) yapmış olduğu araştırmada, bireylerin ekonomik durumu, eğitim düzeyi ve sosyal sınıfla tüketici etnosentrizmi arasındaki önemli değişikliklerin bulunduğu saptanmıştır. Tüketici etnosentrizmi eğilimi yüksek olan

bireylerin, daha az gelir ve eğitim seviyesinde olduğu, buna ek olarak toplumsal sınıf bakımından daha düşük seviyelerde bulunduğu çıkarılmıştır.

Shimp et all.,'in (1995) gerçekleştirdiği çalışmadaysa bireylerin etnosentrik eğilimleriyle gelir, eğitim seviyesi ve yaşları arasında negatif bir ilişkinin bulunduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha etnosentrik yapıda olduğu neticesine de varılmıştır.

Polonya ve Rusya'daki bireyler üstünde gerçekleştirilen çalışmada, bireylerin etnosentrik temayüllerinin devletlerine ve nüfus özelliklerine dayalı olarak değişiklik gösterip göstermediği araştırılmıştır. Polonya ve Rus kişilerde etnosentrizm puanları arasında bir ilişkinin bulunmadığı ama tüketici etnosentrizmin in nüfus özellikleriyle alakalı olduğu bulunmuştur. Literatürdeki araştırmaların birçoğunda, etnosentrik eğilim seviyesiyle eğitim seviyesi arasında negatif bir ilişkinin bulunduğu anlaşılmıştır (İşler, 2013).

2.4.5. Ürünlerde yerli alternatif eksikliği

Ürünlerin yerli ikamelerinin olmaması, tüketici etnosentrizmi ile arasında ilişki barındırmaktadır. Nijssen et all., (1999) Hollanda da yaşayan kişiler üzerinde yaptığı araştırmada, ürünlerin yerli alternatiflerinin bulunmadığı hallerde tüketici etnosentrizmin in değerinin azaldığı ve bireylerin yabancı ürünlere karşı daha olumlu bir yaklaşımla yaklaştığı açıklanmaktadır. Etnosentrik eğilimi yüksek düzeyde olan bireyler, sahip olmak istedikleri belli bir üründe yerli ikame bulunmadığında veya yabancı bir ürün satın almak mecburiyetinde olduklarında, daha ziyade kendi ülkelerine ve kültürlerine benzeyen ülkelerin ürünlerini seçmektedir.

2.4.6. Fiyat

Lantz and Loeb'in (1996) Kanadalı ve Amerikalı bireylerin etnosentrizm eğilimleriyle ürün fiyatlarıyla ilgili hassasiyetleri arasında bulunan ilişkiyi ele aldığı çalışmanın neticelerine göre, etnosentrik eğilim seviyesi azaldığında fiyatın önemi artmakta iken, etnosentrizm seviyesi yükseldiğinde fiyatın önemi azalmaktadır. Yani etnosentrizm temayülü az olan bireyler, yerli ve yabancı ürünler arasındaki seçimlerini fiyata bağlı olarak yapmakta iken etnosentrik eğilimi fazla olan bireyler ürünlerin fiyatı fazla da olsa yerli ürünlere yönelmektedir.

2.4.7. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi

İktisadi ve teknolojik gelişim düzeyine bağlı olarak tüketim konusundaki tutumlardaki değerler ve değişmeler; gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkelerde birbirinden farklı bir yerde olmaktadır. Gerçekleştirilen araştırmalarda az gelişmiş ya da gelişmekte olan devletlerdeki bireylerin kendi ülkelerine ait ürünleri gelişmiş devletlerin ürünlerine oranla daha kaliteli görmediği yapılan çalışmalar ile ortaya çıkarılmıştır. Araştırma da yer alan bireyler, etnosentrik eğilime sahip olsalar da "fiyat, kalite, statü, prestij vb." nedenlerden dolayı etnosentrik temayüllerini satın alma esnasında sergilemektedir. Ancak gelişmiş devletlerdeki ve tüketici etnosentrik düzeyleri fazla olan bireyler ülkelerinin ve ürünlerinin üstün olduğuna inanmaktadır. Bu da yerli ürünlerin kullanılmasına neden oluşturmaktadır (Köken, 2020).

2.5. Tüketici Etnosentrizmin Ölçülmesi

Etnosentrizm algısı ve eğilimini ölçek için kullanılan California E-scale ölçeğinden sonra birkaç ölçek daha geliştirilmiş fakat bunların hiçbiri asıl fayda sağlanacak pazarlama konuları ile ilişkilendirilememiş, çalışmaların içeriğine uygun neticeyi elde edememiştir. İstenen bulgulara ulaşmak için başka bir ölçeğin geliştirilmesi gereksinimi duyulmuştur. Bunun ışığında tüketicilerin etnosentrik eğilimlerini ölçmek ve tüketim tercihlerini belirlemek hedefiyle CETSCALE (Consumer Ethnocentric Tendency Scale) isminde bir ölçek geliştirilmiştir (Shimp and Sharma, 1987).

2.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı

1920'de Sağlık Bakanlığı kurularak sağlığın tek merkezden idare edilmesi yürütülmesi, planlanması ve koordinasyonu amaçlanmıştır. Halihazırda bulunan sistemin temelleri 1923-1946 yılları arasında atılmıştır. 1946-1960 yılları arasında da birçok yenilik yürürlüğe konulmuştur. Sağlık ocaklarının açılması, yerel yönetim idaresinde bulunan tüm sağlık kuruluşlarının bakanlığa devredilmesi ve SSK'nın oluşturulması ilk akla gelenlerden bazılarıdır (Çilhoroz ve Arslan, 2018).

Daha sonra 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı) ürürlüğe konulmuştur. 224 sayılı kanun kabulü ile devlet tüm sağlık hizmetlerini yapılması gereken bir görev olarak tanımlamış ve birinci basamak hizmetlerinin sunumuna ağırlık vermiştir. Bu hizmetleri en ücra kırsal

kesime kadar ulaştırmayı ve koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleriyle paralel bir şekilde idare etmeyi amaçlamıştır. İlk beş yıllık kalkınma planı 1963 yılında yürürlüğe girmiştir (Sert, 2019).

1980-2002'li yıllarda, sosyal sigorta dahilinde ve sağlık hizmetlerine ulaşım noktasında Türk vatandaşlara önemli anayasal haklar sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1988-1993 yılları arasında, kapsamlı bir sağlık reformu düzenlemesi yapılmıştır. Bu durumla beraber ihtiyaçları belirlemek ve reform gerçekleştirilecek durumları saptamak hedeflenmiştir. Türkiye'de 1987 tarihli "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" sağlık reformları ile ilk kez elle tutulur adımlar atılmıştır. 1990'ların sonuna kadar olan süreçte maliyet azaltıcı politikalarla gündeme gelmiştir (Soysal ve Yağar, 2015).

Yine sağlık reformlarıyla liberalizasyon alanlarında 1980'li ve 1990'lı yıllarda çok kapsamlı gelişmeler sağlanmıştır. Genel olarak bakıldığında sağlık reformları, hizmetin finansmanının vergiler yoluyla değil de, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payı ile finanse edilmesini, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılmasını, sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetim esaslı ve rekabet ortamını arttıran bir sistemin hayata geçirilmesini, sağlık emek gücü istihdamında kolaylaşmanın ve performansa dayalı ödemenin getirilmesini önermektedir. Neo-liberal ekonomi politikaları olarak addedilen bu sağlık reformları, 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) adıyla halka duyurulmuştur (Sert, 2019).

2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 1990'lı yıllardaki uygulamalardan farkı, piyasaya dönük reform uygulamalarının hız kazanmış ve daha geniş uygulama alanı bulabilmiş olmasıdır. Bazı bilim insanlarına göre ise önemli diğer bir fark, dönüşümün popülizmle olan bağlantısıdır. Sağlık hizmetlerine erişemeyen kesimin "haklı öfkesi", başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına yöneltilmiş ve mevcut sistemi dönüştürme çalışmaları, bu hassas noktadan hareketle meşru bir zemin kazanmıştır (Şentürk, 2019).

2.6.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Genel İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının genel ilkeleri aşağıda sıralanmıştır (Soysal ve Yağar, 2015):

1. İnsan Merkezcilik
2. Sürdürülebilirlik
3. Sürekli Kalite Gelişimi
4. Katılımcılık
5. Uzlaşmacılık
6. Gönüllülük
7. Güçler Ayrılığı
8. Desantralizasyon
9. Hizmette Rekabet

İnsan Merkezcilik:

Bu kavram programın hazırlanmasında ve sağlık hizmetinin tüketiciye sunumu safhasında hizmetten yararlanacak birey ve bireyin sağlık hizmetinin sunumundan istek ve beklentilerini ön planda tutma ve bu doğrultuda faaliyetlerini sürdürmeyi tanımlamaktadır. Sağlık anlayışının ilk olarak toplumun temel taşı olan ailede kazanıldığı anlayışı neticesinde bireyler aile sağlığı anlayışı çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Sürdürülebilirlik:

Yeniliğe ve değişime açık olan sağlık sisteminin Ülkemizde halihazırda bulunan ve gelecekte farklılık gösterebilecek şartlara uyum sağlayabilmesi ve kendi kaynaklarıyla varlığını idame ettirebilmesi durumunu ifade etmektedir.

Sürekli Kalite Gelişimi:

Bireylere sunulan sağlık hizmetlerinde ve hizmetler neticesinde ulaşılan sonuçlardan tatmin olmayarak ve yeterli görmeyerek her zaman daha iyiyi elde etmeyi , sağlık sisteminin kendi kendini değerlendirerek yapılmış hata ve yanlışlardan yeni şeler öğrenmeye imkan tanıyacak bir geri bildirim mekanizmasının hayata geçirilmesini ifade etmektedir.

Katılımcılık:

Sağlık sisteminin geliştirilmesi ve sağlık hizmetinin sunulması safhasında ilgili bütün paydaşların görüş, fikir ve önerilerinin toplanmasına ve özgürce fikir beyanının yapılabileceği ve herkesin bir kısıtlama bulunmaksızın görüşünü açıkça ifade edebileceği şeffaf ve yapıcı bir tartışma ortamı oluşturacak platformların hayata geçirilmesidir. Aynı zamanda bu kavram sağlık sektöründe bulunan tüm bileşenleri ve paydaşlarının sağlık hizmetlerinin bünyesi içerisine dahil edilerek uygulama aşamasında kaynakların bir birlik içerisinde tek elden karşılanmasını hedeflemektedir.

Uzlaşmacılık:

Demokratik bir yönetim ortamının temel gerekliliği olarak sağlık sektörünün ayrı bölümleri arasında ortak menfaatler göz önünde bulundurularak ortak bir anlayışta mutabık kalınması maksadıyla gerçekleştirilen arayışlardır. Karşılıklı menfaatlerden doğan anlaşmazlıkların oluşmaının aksine yöntem, standartlar ve denetim aşamalarında taraflar arasında birliğin sağlanabilmesi ve tarafların bu duruma uyum sağlaması hedeflenmektedir.

Gönüllülük:

Sağlık hizmetlerini sağlayan ve bu hizmete ihtiyaç duyan, şahıs, kurum nitelik vb. herhangi bir ayrıma tabi tutulmaksızın sağlık sistemi içerinde var olan bütün paydaşların sınırları ve kuralları belirlenen amaçlara yönelik olarak hareket etmelerini sağlama yönetimidir. Programda sağlık hizmetini arz eden ve arz edilen bu sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan tarafların herhangi bir zorlama veya tehdit olmaksızın yapıcı önlemler çerçevesinde tamamen gönüllü olarak dahil olmaları gereklidir.

Güçler Ayrılığı:

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesini sağlayan, planlama ve düzenlemesini gerçekleştiren, denetlenmesin gerçekleştiren ve son olarak da sistemi var eden paydaşların birbirlerinden ayrılmasını temel alan ilkedir. Bu sayede olması muhtemel çıkar çatışmalarının önüne geçilecek, daha verimli ve daha kaliteli bir hizmet ortamının oluşturulmasına imkan sağlanacaktır.

Desantralizasyon:

Sağlık kuruluşları merkezi yönetimin ve bürokrasinin getirdiği hantal ve yavaş işleyen yapılardan kurtulmalıdır. Değişen imkanlara ve yeni çağdaş yönetim anlayışlarına ayak uydurularak yerinden yönetim anlayışının yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır. İdari ve mali açılardan bağımsız olan sağlık kuruluşları daha hızlı işleyen karar mekanizmalarına sahip olacak ve ellerinde bulunan imkanları daha verimli bir şekilde değerlendirebilecektir.

Hizmette Rekabet:

Sağlık hizmetlerinin yönetiminin tekelcilik anlayışından kurtarılarak belirli standartlar dahilinde birbirinden farklı sağlık hizmeti sunucularının rekabet edebilecekleri bir ortam yaratılabilmesi anlayışıdır. Bu sayede maliyetlerin azalmasına ve sürekli iyileşmenin sağlanmasına imkan veren bir rekabet ve piyasa ortamı oluşabilecektir.

2.6.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

2.6.2.1 Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ele alınmış var olan görev anlayışı ve geleneksel örgütlenmesi yerine dönüşüm programı vizyonu doğrultusunda denetleyen, standartlar koyan, politikalar geliştiren, özel kuruluşlar ve kamu kuruluşlarınca sağlık sektörüne ayrılan kaynakların hakkaniyete uygun, verimli ve etkili bir biçimde kullanmak üzere yönlendirmeler yapan bir yapılanmaya kavuşturulması ön görülmektedir.

Anayasa'da belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemini tek elden planlayabilmesi, bakanlığa bağlı kuruluşların "yerinden yönetim" ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması ile mümkün olmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca sorumluluğu ve görevi sağlık politikalarını hazırlamak ve sistemin işleyişini denetlemek olacaktır. Bu süreçte bakanlık halk sağlığı işlevlerinin yönetimi, salgın hastalıkların gözetimi, uzmanlara lisans verilmesi ve kurumların akreditasyonu, kalitenin izlenmesi, düzenlenmesi ve sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesine odaklanacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması sürecinde birinci basamak hizmetleri güçlendirecek ve sosyal devlet anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve planlaması esnasında koruyucu hizmetlere öncelik verilecektir. Bu amaç doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın "Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Yasa Tasarısı" ile yeniden yapılandırılarak küçük denetleyici ve düzenleyici bir organizasyona dönüşmesi ön görülmüştür (Er, 2011).

2.6.2.2 Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bireylerin hizmet ihtiyaçları oranında kullanabilecekleri, ödeme güçleri ile orantılı olarak hakkaniyet amacı doğrultusunda katkıda bulunacakları bir sigorta modeli oluşturulması amaçlanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası; Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK arasındaki bu parçalı yapıyı ortadan kaldırılarak vatandaşın daha hızlı ve daha kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlayacaktır.

Bu kurumlarda dönem ihtiyaçlarını karşılamayan düzenlemeler sebebiyle profesyonel sigortacılık mantığından uzak bir durum sergilemekte, açıklar bütçeden karşılanmakta ve emeklilik sigortaları-sağlık birbirinden ayrılmamış olmakla birlikte toplumun önemli bir bölümünü sigortacılık alanına alınmıştır. Doktor ve hasta arasındaki para alışverişini ortadan kaldırmak, sağlık hizmetlerini temel ve eşit düzeyde her hasta için sunmak ve hizmet kalitesini arttırmak için toplumun tümünü sistem içine alan zorunlu sağlık sigortası istemine ihtiyaç vardır. Yeni sigortacılık sistemi koruyucu hekimlik uygulamasını teşvik eden, sağlık harcamaları maliyetini düşüren bir yapıda olmalıdır (Türk Tabipleri Birliği, 2017).

2.6.2.3 Sağlık Hizmeti Sisteminde Düzenlemeler

Özel sektörle birlikte vakıf ve derneklerinde sağlık hizmeti sunumuna dahil edilmesiyle bireylerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşması ve ülke kaynaklarının verimli kullanılması aynı zamanda sağlık sektöründe rekabet ortamının oluşturulması amaçlanmaktadır. Bu amaçla aile hekimliği kurumunun oluşturulması ve temel sağlık hizmetlerinin daha güçlü bir yapıda olması planlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin ve kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin kişilerin kendilerinin seçtiği hekimler aracılığı ile sunulması hedeflenmektedir.

Etkili sevk sistemi oluşturulmasının ön şartı hastanın kendisinin belirlediği ve güvendiği bir doktordan birinci basamak hizmeti alması, başka bir ifadeyle hasta memnuniyeti üzerine kurulu olan bir "aile hekimliği" sisteminin faaliyete geçmesidir. Sevk sisteminin uygulanması ile hasta bireyler genellikle birinci basamakta tedavi edilecek gerekli olduğu durumlarda ikinci ya da üçüncü basamak tedavi kurumlarına sevk edileceklerdir. Sevk zincirine uymadan tedavi kurumlarına başvuranlar bu durumdan dolayı ek maliyet ödemek durumunda kalacaktır. Bir başka düzenleme ise mali ve idari özelliğe sahip sağlık kurumlarının oluşturulması hedeflenmektedir. Kamu hastanelerinin günün şartlarına ve değişen yapıya uyum sağlaması ve verimli bir hale kavuşup sağlık sektöründeki diğer oyuncular ile rekabet eder bir hale gelmesi amacıyla idari ve mali özerklik tanınması amaçlanmaktadır.

Üniversitelerin, il idarelerinin, vakıfların, özel şirketlerin, belediyelerin sağlık işletmesi kurabilmesi düzenlenmektedir. Yerel oyuncuların karar sürecinde sisteme dahil oldukları "müşteri odaklı" organizasyon yapılanmasına ve performansa dayalı yönetim süreçlerine geçilmesi hedeflenmektedir (Memişoğlu, 2011).

2.6.2.4 Sevk Zincirindeki Düzenlemeler

Etkili bir sevk zincirinde hasta memnuniyetinin ve hasta sadakatinin sağlanabilmesi için en önemli etken hastaya tercih etme imkânının sağlanmasıdır. Bu süreci etkileyen etkenlerden biri temel sağlık hizmetleri sunan aile hekimlerinin hasta memnuniyetine etkisi ve sunulan hizmetin kalitesine bağlıdır. Özetle hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği" uygulaması sistemin temelini oluşturmaktadır. Bu amaca yönelik teşvik uygulanması ve planlama yapılması birçok hastanın kazanılmasını sağlayacaktır. Hastaların mevcut sağlık sorunlarının büyük kısmının birinci basamakta çözülebilir olduğu halde bu sağlık sorunları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına birçok başvurunun olduğu bilinmektedir. Sevk zincirindeki bu düzenleme ile sağlık hizmetlerindeki israfın azalması, hastanelerdeki gereksiz yığılmaların ortadan kalkması ve sistemin etkili hale getirilmesi hedeflenmektedir (Çiftçi, 2011).

Sevk sistemi tek taraflı bir süreç değildir. Tedavi ya da tanı için ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilen kişiler tedavinin devamında bakım, izleme ve takip için alt basamak kurumlara geri gönderilmelidirler. Hastanın teşhis

ve tedavisini gerçekleştiren hekim muayene ettiği hastanın alt basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimi, tıbbi kayıt süreci ile gerçekleştirileceği için sistemi güçlendirecektir. Böylece hataların hekimler tarafından takibi daha kolay olabileceği gibi düşük maliyetle, kaliteden ödün vermeksizin ve daha kısa sürede sağlık hizmetlerinin sunumuna ortam hazırlanacaktır (Çiftçi, 2011).

2.6.2.5 Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Kavuşması

2003 yılında Dünya Bankası'nın Türkiye için yayımladığı raporda kamu hastanelerinin mali ve idari özerkliğinin olması gerektiği belirtilmiştir (Akkavak, 2018).

Mali özerklik özerk kurumların ayrı gelir kaynaklarına ve mal varlığına sahip olabilmelerini ve yasaların çizdiği sınırlar çerçevesinde kendi organları ile karar verme ve harcama yapma esasına dayanır. Fakat kuruluşların özerkliği devletten bağımsız olma anlamı taşımamaktadır, bu nedenle özerk kurumların kamu tarafından yasaların belirlediği şekil, usul ve esaslar doğrultusunda denetlenmesi gerekir. Bu sebeple sağlık kurumlarının mali özerklikleri kanunların kendilerine verdiği yetkiler ve anayasal sınırlar çerçevesinde lokalize edilmiş bu hizmetlerin ihtiyaç duyduğu mali olanaklar ile seçilmiş karar ve yürütme organlarına ve de ayrı bir bütçeye sahip olma imkânı verilmiştir (Türkoğlu, 2013).

Ülkemizdeki hastanelerin aralarında hiçbir ayrım yapılmaksızın sigorta kurumu ile anlaşma yapmak ve sevk zincirine uymak şartıyla tüm vatandaşlarımıza hizmet vermesi amaçlanmaktadır. Sağlık kurumlarımız bu hizmeti sunarken sözleşme esaslarına uygun olarak belirlenen hizmet ücretleri ve hizmet kalitesi doğrultusunda denetim altında bulundurulacaktır. SSK ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine mali ve idari açıdan ayrıca sağlık hizmetlerini yönetmek ve sunmak için ihtiyaç duydukları kaynakları temin etmeleri hususunda özerklik tanınacaktır. Kamu şemsiyesi altında bulunan tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde özerk kurumlar haline kavuşacaktır. Bu hastanelerde öncelikle sunulan hizmetin standart olması sağlanacak daha sonra her kuruma özerklik tanınacaktır. Kâr amacı taşımayan bu sağlık kuruluşlarının öncelikli hedefi her türlü yatırım ve planlama sürecinde verimlilik ve gerekliliği ön planda tutmak olacaktır (TTB Kamu Hastane Birlikleri, 2018).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sistemi bileşeninin en önemli fonksiyonlarından biri mali ve idari bakımdan özerkliği olan sağlık işletmeleridir (Akkavak, 2018).

2.6.2.6 Sağlıkta Çalışan İnsan gücünün Yapılandırılması

Topluma sağlık hizmeti sunma ve toplumun sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla yapılan çalışmalar, yürütülen faaliyetlerde görev alan sağlık iş gücü (sağlık insan kaynakları)"nü kapsar. Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez, ertelenemez bir yapıya sahip olmasından dolayı üretilen ya da talep edilen sağlık hizmetlerinin sağlık sektöründe verimli ve etkili sunulmasının en önemli şartlarından biri yeterli miktarda sağlık personelinin bulunmasıdır. Sağlık personeli kavramı, laborant, biyomedikal mühendisi, yardımcı tıp çalışanları, hemşire, ebe, diş hekimi, eczacı, doktor ve hastane idarecileri gibi yönetim personelini kapsamaktadır (Şen, 2013).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte meslek derneklerinin, sivil toplum örgütlerinin, yerel yönetimlerin süreçte aktif bir şekilde yer almasının sağlanması; yönetim yeteneğinin oluşturulması ve merkezi olmayan insan kaynakları planlaması, kamu kurumlarında çalışan personelin verimli ve istekli çalışması yönünde teşvik edilmesi, zorunlu hizmet uygulaması yerine sağlık personelinin ülke geneline dengeli dağılımında gönüllülük esasına dayalı teşvik politikalarının oluşturulması, sağlık kurumlarındaki yönetim pozisyonunun ayrı bir uzmanlık dalı olarak hekimlikten bağımsız bir şekilde oluşturulması, aile sağlığı hemşireliği sisteminin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi, uluslar arası standartlarda ve üniversite bağlamında temellendirilmiş hemşirelik eğitiminin oluşturulması, yeni bir müfredat programı ile aile hekimliği uygulamasının desteklenmesi, sağlık sektöründe çalışan personelin sorumluluk, yetki ve görüşlerinin Avrupa Birliği'ne uyum süreci doğrultusunda yeniden tanımlanması hedeflenmektedir (Eke, 2014).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarılı olarak gerçekleşebilmesi, amaçlarına ulaşabilmesi için etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmaya; ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının uygun ve nitelikli olmasına büyük ölçüde bağlıdır. Bu çerçevede öncelikle sağlık sektöründeki personelin yetki, görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

2.6.2.7 Sağlık Sisteminin Eğitim ve Bilim Kurumları ile Desteklenmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamak ve program başarısının devamlılığını sağlamak için sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık politikası konularında eğitim görmüş halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip vasıflı kişilere ihtiyaç duyulmaktadır (Memişoğlu, 2011).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sürdürülebilirliğini sağlayacak bileşenlerden biri bilim ve eğitim kurumlarıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında var olan Hıfzıssıhha Eğitim Merkezi bu eğitim ve bilim kurumlarının başında gelmektedir. SDP' de belirtildiği üzere ülkemizde bu çeşit kurumlara ihtiyaç vardır. Araştırmalar, sektörel analizler yapmak aynı zamanda bu araştırma ve analizleri planlayıp hükümetlere sunmak, hükümetlere danışmanlık yapmak ve mezuniyet sonrası eğitimler vermek bu kurumların özellikleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle Hıfzıssıhha okulu günün şartlarına uygun yeni bir düzenleme ile çağdaş bir hale getirilecektir (Akkavak, 2018).

Toplum hekimliği uygulamalarına yönelik olarak karşımıza üniversitelerde bulunan Halk Sağlığı Anabilim Dalları çıkmaktadır. Fakat halk sağlığı toplum hekimliğini de içine alan farklı disiplinleri buluşturan bir bilim dalıdır. Bu sebeple bu tip bir kurumun oluşturulması SDP‟ nin öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte "Sağlık Uzmanlık Kurumu" ya da "Sağlık Akademisi" çatısı altında eğitim hastanelerinin yeniden organize edilmesi, tıpta uzmanlık eğitimi ders programının geliştirilmesi planlanmaktadır (Memişoğlu,2011, s.78).

2.6.2.8 Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon

Gelişmiş ülkelerde bulunan hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında 20.yy ikinci yarısında önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Zaman içerisinde tıbbi teknolojide meydana gelen gelişmelerin teşhis ve tedavi hizmetlerine olan katkısının yanında hastalıklardan korunmaya, yatarak tedavi edilen hastaların yatış sürelerinde azalmaya ve yatak devir hızlarında artışa neden olmuştur. Bakım ve tedavi süreçlerinde meydana gelen bu gelişmeler hastane tasarım ve yapılanmasını etkilemekte ve hastalara kaliteli bir sağlık hizmetini en kısa sürede sunmayı gerektirmektedir. Bazı nedenlerden dolayı kalite konusu son yıllarda sağlık hizmetlerinde sıklıkla gündeme gelmektedir.

Bunar arasında üç önemli nedenden bahsedebiliriz. Dünya üzerinde bulunan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunun büyük bölümü kamu tarafından gerçekleştirildiği için kamu bu konuda önemli rol oynamaktadır. İkinci neden sağlık hizmetini satın alanların ve diğer paydaşların sağlıkta kalite talepleri sürekli artmaktadır. Bu durum hastanede yönetim kadrolarının öncelikli konuları arasında artan bir öneme sahiptir (Önder, 2013).

Akreditasyon çalışmaları dünya üzerinde birçok ülkede sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir parçasını oluşturmakta, sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerini değerlendirme ve iyileştirmede önemli rol oynamaktadır. Sağlık sistemlerinde kabul gören kalite uygulamaları arasında sağlık hizmetleri kalitesini hizmet ve organizasyon boyutunda yükseltmek için öne çıkan yöntem olarak zaman içinde daha fazla önem kazanmaktadır. Hasta güvenliği ve sağlık kalitesinin iyileştirilmesi için önemli bir faktör olarak kabul görmektedir.

Akreditasyon standartlarının sağlanmasında oluşan harcamalar azımsanmayacak düzeyde olmasına rağmen hastanelere geri dönüşü bu harcamaları karşılamaktadır. Uluslararası kabul gören bir kuruluş tarafından önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlar doğrultusunda sağlık kurumlarının değerlendirildiği ve standartlara uyan kurumların onaylandığı resmi bir süreç olarak tanımlanmakta, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması amacıyla kullanılan EFQM (Europen Foundation of Quality Organisation) vb dış değerlendirme yöntemlerinden biri olarak kabul görmektedir. Pek çok ülkede kamusal hesap verme sorumluluğu ve ulusal standartların yaygınlaştırılması için sağlıkta akreditasyonu bir kaldıraç olarak benimsemektedir (Kavak, 2018).

Son yıllarda sağlık sektöründeki gelişmelere paralel olarak "hasta güvenliğinin sağlanması" ve "kalite" en çok önem verilen iki konu olmakla birlikte bu hedeflerin gerçekleşebilmesi için akreditasyon süreci önemli bir alt yapı sağlamaktadır. Hasta güvenliği ve kalite kavramları birbiri ile ilişkili olan iki kavramdır. Bir sağlık kurumunun akredite olmasındaki en temel koşul hasta güvenliği ile kaliteli hizmet sunumunun sağlanmış olmasıdır (Önder, 2013).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kurulacak olan "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu" ülkemizde yeterince önem verilmemiş olan bir ihtiyaca öncelik vererek kavram kargaşası içinde olan akreditasyon, sertifikasyon ve ruhsatlandırma gibi uygulamaları olması gerektiği gibi düzenleyecektir. Bu kurumun gelişmiş ülkelerdeki örneklerine benzer şekilde sektörün temsilcilerinin yönetimde söz sahibi olduğu, özerk bir yapıda faaliyete geçmesi amaçlanmaktadır. Oluşturulacak olan kurum hizmetlerini ölçmek için kriterler geliştirilecek ve bu ölçümlerin sonuçlarını raporlayarak performans göstergeleri oluşturmak amacıyla sağlık hizmet sunucuları ile paylaşacaktır. Uygulamayla hizmet sunucularının performansları veri tabanında depolanarak iyi performansların tanımlanması ile uygulanabilir kriterlerin belirlenmesi ve oluşturulması sağlanacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.6.2.9 Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi

Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi Sağlık yönetiminin ve sağlık politikalarının temelinin bilgiye dayanmasından dolayı "Sağlık Bilgi Sistemi" kurulması amaçlanmaktadır. "Sağlık Bilgi Sistemi'nin" kurulmasıyla temel sağlık uygulamalarına yönelik verilerin toplanması, sevk sürecinde bilgi akışının sağlanması, kişilere ait tıbbi kayıtların güvenli olarak tutulması ve korunması, sağlık envanterlerinin oluşturulması ve sağlık hizmetlerinde eşgüdümün sağlanması amaçlanmaktadır (Memişoğlu,2011).

2.6.2.10 İlaç ve Malzeme Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması

Tıbbi cihaz, ilaç ve malzemelerin akılcı yönetimi, ruhsatlandırılması ve standardizasyonu konularında uluslararası normlar ölçüsünde kurumsal yapılara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Tıbbi cihaz ve sarf malzeme konusunda denetim ve standardizasyon vazgeçilemez öneme sahiptir. Bu sebeple sağlık kurumlarında düzenleyici, eğitici ve ulusal düzeyde denetleyici yetkilere sahip olarak oluşturulmuş klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulmasının gerekliliği gündeme gelmiştir (Şen, 2013).

2.7. Sağlıkta Etnosentrizm

Sağlıkta etnosentrizm kavramı, genel olarak incelendiğinde toplumlardan toplumlara, bireylerden bireylere değişen sağlık ve kültür farklılıklarını, yerli sağlık çalışanları tarafından göçmen bireylere verilen sağlık hizmetini, göçmen sağlık çalışanları tarafından yerli halka verilen sağlık hizmetini ve bunlardan doğan kültür farklılıklarını içermektedir.

Sağlık sektöründe ve sağlık çalışanlarında etnosentrizm kavramı, ile ilgili geçmişten günümüze literatürde yapılmış araştırmalar mevcuttur. Bunlardan bazıları aşağıda verilmiştir;

Capell et all., (2008)' nin farklı sağlık meslek mensupları(hemşire, ebe, doktor, hasta danışmanı vb.) üzerinde çeşitli ülkelerde (ABD, Kanada vb) kültürel yeterlilik ve etnosentrizm arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, kültürel yeterlilik ve etnosentrizm arasında negatif bir ilişki saptamıştır. Bu sonuca göre kültürel yeterliliği yüksek olan bireylerde etnosentrik eğilim daha düşüktür.

Thiederman (1986)'ın Amerika Birleşik Devletlerinde, farklı ülkelerden gelen göçler sonucunda artan etnik nüfus ile sunulan sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapmış olduğu araştırmada, etnosentrik eğilimlerin sağlık hizmetlerinin etkililiği üzerinde çok fazla olumsuz etkisinin olduğunu saptamıştır. Bu araştırmanın neticesine göre sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetleri sunumunda artan etnosentrik eğilim sunulan sağlık hizmetinin etkililiğini, verimliliğini ve kalitesini düşürmektedir.

Logan et all., (2016)' ın sağlık içinde iletişim kurmak için kültürlerarası isteklilik, kaygı, belirsizlik ve etnosentrizm arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışma neticesinde, sağlık profesyonelleri ve hizmet verdikleri bireylerde etnosentrik eğilimlerin yüksek olması kültürlerarası istekliliği ve iletişimi ciddi derecede azaltmakta, kaygı ve belirsizliği ise yüksek seviyede artırmaktadır. Bu sebeple sağlıkta etnosentrizmin olumsuz bir durum olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

2.8. Hasta-Hekim Yönelimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aracılığı ile 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe konan anayasada belirtilmiş olan sağlığın tanımı "sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak açıklaması gerçekleştirilmiştir (Who, 2021).

Sağlık profesyonellerine başvurmuş, hastalık tedavisi görmek isteyen bireyin iyilik halinin devamı sadece tıbbi uygulamalardaki teknik yeterlilikle ilişkili değildir. Bunun ile birlikte, aynı zamanda bireyin hasta hekim ilişkisine, iletişimine de bağlı olduğu bu konu ile ilgili araştırma yapan bilim insanları tarafından söylenmektedir (Hulka et all.,1971).,

Hastanın hekim ile her bir araya gelmesi benzersiz özelliklere sahip bir ilişki doğurmaktadır. Doktorun asıl görevi hastanın acısını ve ıstırabını gidermektir. Eğer arasındaki konuşma sırasında doktor hastaya otoriter yaklaşıp, tıbbi terminolojiyi daha fazla kullanır ise burada hekim merkezlilik, hastaya daha demokratik ve halk dilinde, hastanın anlayabileceği bir dilde yaklaşır ise hasta merkezlilik olduğu belirtilebilmektedir (Balint, 1969).

Böylesine zor bir ilişkiyi yönetmek doktorun iletişim becerilerini kullanmasını gerektirmektedir. Çünkü hasta bireylerin ziyaret nedenlerini öğrenmek, endişelerini ve korkularını bilmek, beklentilerini karşılayabilmek çok önemlidir. Bunların yapılabilmesi için iletişim çok önemlidir. Doktorun yapması gereken hastayı bir bütün olarak incelemek ve hasta ile ortak bir karar alması olarak ifade edilmektedir (Stewart, 2001).

Literatürde yapılmış olan araştırmalar incelendiğinde, ortaya konan sonuçlar ışığında hasta merkezliliğin çok önemli olduğu bilinmektedir. Hasta merkezlilik sayesinde hastalarda daha yüksek memnuniyet, daha iyi terapötik uyum, malpraktis iddialarında azalma ve daha düşük maliyetler vb algıları oluşabilmektedir (Robinson et all,. 2008).

Hasta merkezli bakımın diğer faydaları; mortalitede ve acil servise başvuruda azalma, daha az tedavi hataları, daha düşük enfeksiyon oranları, daha yüksek

fonksiyonel durum, daha gelişmiş sağlık bakımı ve daha fazla hasta sorumluğu olarak sayılmaktadır (Robinson et all,. 2008).

Hasta merkezli yaklaşım ile artan hasta memnuniyetinin yanı sıra çalışan personelin memnuniyetinin de arttığı düşünülmektedir. Bu durum, personelin sağlık kurumunda kalıcı olmasını, dolayısıyla hasta merkezli bakım sunumunun devamlılığını sağlamaktadır. Charmel ve Frampton'a göre hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti arasındaki bağlantı hasta merkezli bakımın felsefesini yansıtır (Şahin ve Artıran, 2014).

2001 yılında Tıp Enstitüsü (IOM) halkın sağlığının iyileştirilmesi için yeniden yapılandırma eylem planına göre, kaliteli sağlık bakımına ulaşmada gerekli altı anahtardan ilkinin hasta merkezli yaklaşım olduğunu ifade etmiştir (Şahin ve Artıran, 2014).

Hasta-Hekim yönelimi, bireyin hasta yönelimli mi yoksa hekim yönelimli mi olup olmadığına ilişkin yönelimi ve algısı olarak ifade edilmektedir. Bu araştırmada on dört maddelik hasta-hekim yönelimi ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek sonucunda bireyin almış olduğu puan yüksek seviyede ise bireyin hasta yönelimli olduğu, ancak bireyin aldığı puan düşük seviyede ise bireyin hekim yönelimli olduğu görülmektedir (Özdemir ve Edirne, 2018).

Hasta merkezli yaklaşımda hekim objektif ve subjektif olma arasında, beden ve düşünce arasında, biyoloji ve duygular arasında bir denge yakalamaya çalışmaktadır. Genel olarak bakıldığında, araştırmalarla da görüldüğü üzere hasta merkezli bir yaklaşım hasta için daha iyi olmaktadır. Hasta merkezlilik hekimin hastasının tercihlerini, endişelerini, duygularını göz önünde bulundurduğu, hasta ve hastalıkla ilgili olumlu sonuçların elde edilebildiği bir hasta hekim ilişkisi türü olarak değerlendirilmektedir. Hasta merkezliliğin hasta memnuniyetini, uyumunu ve sağlık çıktılarını olumlu etkilediği kanıtlanmıştır.

Yapılan bir çalışmada, ABD'de iki benzer hastanede beş yıllık süre içinde yatan hastaların verileri incelenmiştir. Bir hastanede hasta merkezli bakım uygulanırken, diğerinde olağan uygulamaya devam edilmiştir. Çalışmanın

sonucunda, hasta merkezli hastanede, ortalama hasta yatış süreleri daha kısa olup hasta başına düşen sağlık giderleri anlamlı olarak azalmış, ortalama hasta memnuniyet puanları ise daha yüksek tespit edilmiştir (Şahin ve Artıran, 2014).

Benzer şekilde başka bir çalışmamada da aynı yöntem kullanarak 12 sağlık kuruluşunda yaptığı çalışmada, hasta merkezli bir yaklaşım uygulandıktan sonra hasta memnuniyet düzeylerinde ciddi bir artış olduğunu göstermiştir (Ian and Freeman, 2009).

Literatür incelendiğinde, bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalara göre hasta merkezli bakım modelinde, kalp hastalarının uzun dönem sonuçlarında düzelme ile ilişkili bulunmuştur. Kronik rahatsızlıkları olan hastaların bakımında da, hasta merkezli yaklaşımlar, hastalığın yönetimini kolaylaştırabilir, hasta ve hekimin memnuniyetini artırabilir, hasta katılımını ve sorumluluk alma kapasitesini arttırabilir, hastanın anksiyetesini azaltabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (Zandbelt et all., 2007).

Hasta merkezli yaklaşım, artan hasta memnuniyeti, daha iyi uyum ve gelişmiş sağlık çıktıları şeklinde olumlu sonuçlar ile ilişkili olabilmektedir. Ancak her hastaya bu şekilde yaklaşmanın doğruluğu konusunda bazı soru işaretleri mevcuttur. Özellikle yaşlı ya da belli bir etnik kökendeki hastalar veya ciddi hastalığı olan hastalar hekim tarafından yönlendirilmek isteyebilmektedir (Şahin ve Artıran, 2014).

Hasta-hekim iletişiminde, hekimin hastasının sağlık durumundan etkilendiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir; Zandbelt ve ark. fazla fiziksel semptomu ve birden fazla ciddi sağlık sorunu olan düşkün hastalarda bu durumun iletişimde kısıtlılığa yol açtığını belirtmişlerdir (Zandbelt et all., 2007).

Hasta merkezli yaklaşım ile ilgili çok farklı sorulan sorular bulunmaktadır. Bu sorulardan sıklıkla dört tanesi gündeme gelmektedir. Bu dört soru aşağıda verilmiştir (Ian and Freeman, 2009):

Birincisi; bu yöntemi her zaman kullanmanın gerekli olup olmadığıdır. Örneğin Mc Whinney bir yaralanma ya da basit enfeksiyon gibi sık rastlanan ya da

basit sorunlar olduğunda hasta merkezli yaklaşıma gerek var mıdır? sorusuna hastaların bu tür durumlar olduğunda bile duygularının, korkularının olduğunu, acil hallerde öncelikli olan tıbbi durum gereksinimi karşılandıktan sonra bu hastaların da ciddi hastalık veya travma hastası kadar dinlenmeye ihtiyacı olduğunu belirtmektedir.

İkincisi; hastaların beklentileriyle tıbbi değerlendirme arasında fikir ayrılığı olduğunda ne yapılacağıdır. Örneğin; diyabetik ketoasidozlu bir hasta, hastaneye yatırılmadan tedavi olmak istediğinde, hekim çatışan iki görüş arasında orta yolu bulmak durumundadır. Hekim, hastanın bu isteğinin nedenlerini ne kadar iyi anlarsa, tatmin edici bir sonuca varmak o kadar mümkün olacaktır. Hastaneye gitmeme isteğinin altında bir çocuğa ya da yaşlı bir ebeveyne karşı sorumluluk hissi yatabilmektedir.

Üçüncüsü ve en sık sorulan soru ise zaman problemi olmaktadır. Hastayı dinlemek için yeterli zamanın nasıl ayrılacağı sorusunun yanıtı kolay olmayıp, görüşmeye ayrılan zaman, klinik yöntem ve etkinliği arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde, bugüne kadar yapılan araştırmalar, hasta merkezli görüşmelerin, hekim merkezli görüşmelere göre biraz daha uzun olduğunu tespit etmiş olsa da söz konusu sürenin çok uzun olmadığı ifade edilmektedir.

Beckman ve Frankel, görüşmenin başlangıcında hastaların sözleri kesilmeden dinlendiğinde ortalama 2,5 dk sürdüğünü göstermiştir. Stewart ve ark., hasta merkezli görüşme için kritik sürenin 9 dakika ya da daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ancak hastanın sorunlarının erken ve doğru tanımlanmasının bize uzun vadede ne kadar zaman kazandırdığı henüz bilinmemektedir. Mc Whinney hasta merkezli klinik yöntemin, uzun vadede zaman kazandırıcı olduğunun kanıtlanacağını öngörmektedir.

Dördüncü soru eğer hekim baş etmede yetersiz kalacağı bir dizi psikolojik, sosyal, duygusal sorunlar yumağını açarsa ne olacağıdır. Bu durum, zaman konusuyla yakından ilişkili olup, bazen hekimler yoğun bir iş gününün ortasında duygusal yüklü görüşmelerden kaçınmak isteyebilirler.Bunun yanı sıra hekimler,

doğaları gereği, hastalara önerilerde bulunma gereksinimi hissederler ancak hasta durumun değişmezliği ile ilgili karşılık verdiğinde hekim yoğun bir anksiyete hissedebilir.

Benzer şekilde bazen büyük ve trajik kayıp durumlarında da hastaya önerilebilecek bir çözüm olmayabilir. Aslında hastalar da hekimlerden anlattıkları her şeyi düzeltmelerini beklememektedir, bazen gereksinim duyulan tek şey acıya tanıklık edilmesi ve destek olmaya çalışılmasıdır. Bu sebeple hastadan hastaya doktordan istekler değişebilmektedir.

En genel tanımı ile hasta merkezli yaklaşım, "hastaların bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygı duyan ve bunları karşılamaya çalışan ve hastaların değerlerinin tüm klinik kararlarda yol gösterici olmasını temin eden yaklaşım" olarak tanımlanabilmektedir (Stewart, et al., 2003).

Hasta merkezli yaklaşımda altı bileşen bulunmaktadır (Stewart, 2001):

1) Hastayı bütünsel olarak değerlendirmek,

2) Hem hastalığı hem de hastalık deneyimini keşfetmek,

3) Ortak bir zemin bulmak,

4) Sağlığı geliştirmek ve korumak,

5) Hasta-hekim ilişkisini geliştirmek,

6) Gerçekçi olmak

Hekim merkezli yaklaşımda ise genel olarak hekimin otokrat olduğu, teşhis ve tedavi ile ilgili süreçleri hekimin yönettiği ve planladığı, genel olarak hasta bireyin anlayamayacağı tıbbi terminolojiyi kullandığı bir yaklaşım türüdür (Robinson et all,. 2008).

Tıbbi terminolojiyi kullanan bir yaklaşım olduğundan dolayı hastalar genel olarak bu yaklaşımı olumsuz bulmaktadır. Çünkü kullanılan bu dil, tıp ve sağlık eğitimi almış bireyler tarafından algılanabilmektedir. Bu eğitimleri almamış bireyler

tarafından genel olarak anlaşılamamaktadır. Bu sebeple hekim merkezli yaklaşım hasta merkezli yaklaşıma göre daha negatif özelliklere sahiptir.

Başka bir tanımda ise hekim merkezli yaklaşım, hastayla yapılan görüşmede lider hekimdir ve hastanın öyküsünü kapalı uçlu sorularla kesmektedir. Hastanın vereceği bilgilerden hangisinin önemli olduğu hakkında karar veren de hekimdir. Hekim daha önceden edindiği bilgi ve birikimlerinin ışığında, kendisine başvuran hastasını muayene eder, tanı ve tedavi için gerekli gördüğü girişimleri planlar ve hastadan bunlara tam bir itaat istemektedir. Bu sebeple hastalar tarafından genel olarak sevilmeyen bir yaklaşım olarak görülmektedir (Şahin ve Artıran, 2014).

3. GEREÇ YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın evreni ve örneklem seçimi, veri toplama araçları, hipotezler ve yapılan istatistiksel analizler hakkında bilgi verilecektir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Etnosentrik duyguları yüksek bireyler, kendilerine kültürel olarak yakın ulusların ürünlerini tüketmeye yatkındır ve diğer bireyleri kendi etnik grubunu merkeze alarak değerlendirme tutumuna sahiptir (Sökmen ve Tarakçıoğlu, 2010). Bu bireylerin kendi etnik veya ulusal grubunun sembol ve değerleri gurur ve bağlılık kaynağı sayılırken, diğer grupların sembolleri umursanmamaktadır (Shimp and Sharma, 1987). Yani, birey kendi kültürünü yükseltirken, öteki kültürü aşağılamaktadır (Keleş, 2008). Bu tarza sahip kişilerin hoşgörü seviyesi düşüktür. Bu bireylerin, eğitim gördüğü üniversitenin marka kişiliğini milliyetçi, yurtsever, vatana hizmet eden, muhafazakâr, ulusuna sadık vb. şekilde duygularının var olduğu kabul edilmektedir (Aysen, Yaylacı ve Helvacı 2012). Bu tarz kişilerin sağlık sektöründe hekim mi yoksa hasta mı yönelimli olduğu sorunsalı çalışmanın genel motivasyonunu oluşturmuştur. Hasta-hekim ilişkisi karşılıklı destek, saygı ve güven gerektirir. Bu karmaşık, dinamik ilişki kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından etkilenir. Bu çalışmanın amacı, etnosentrik duyguları yüksek kültüre sahip kişiliklerin, hekim-hasta yöneliminde nasıl bir davranış sergilediklerini, aralarında nasıl ve ne yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktır. Diğer yandan, demografik ve genel bilgiler açısından etnosentrik eğilimin ve hasta-hekim yönelim algısının anlamlı farklılık gösterip göstermediği araştırılacaktır.

3.2.Araştırmanın Deseni

Araştırma deneysel olmayan nicel yapıda ilişkisel tarama yöntemidir. Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden tarama deseni ile hazırlanmıştır. Tarama deseni, bir evren içerisinde seçilen bir örneklem üzerinde yapılan çalışmalar ile evren genelindeki eğilim, tutum ve görüşlerin nicel olarak betimlenebilmesini sağlar. Tarama deseni, bir grubun belirli bir konu ya da sorun hakkındaki görüşlerinin bir

dizi soru aracılığıyla belirlenmesidir. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan tarama yaklaşımına denir. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011). Genel olarak tarama modelleri; seçilen grup içindeki bireylerden grubun mevcut durumunu belirlemeyi, görüş, inanç ve tutumları hakkında bilgi elde etmeyi sağlar (Creswell, 2013). Örnekleme metodu olarak seçkili örnekleme yöntemlerinden "basit tesadüfi (rastsal) örnekleme" yöntemi kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da yaşayan 18 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) Nüfus İstatistikleri bilgilerine göre 2020 yılı nüfusu 15,52 milyon kişi olarak belirlenmiştir. Belirlenen evrenden örneklem hacmini belirlemek için kullanılan formül aşağıdaki gibidir.

$$n=\frac{N* t^2*p*q}{d^2(N-1)+ t^2*p*q}$$

n= Örneklem büyüklüğü

N= Anakütle (15,52 milyon)

p=Olayın gerçekleşme olasılığı (0,5)

q= Olayın gerçekleşmeme olasılığı (0,5)

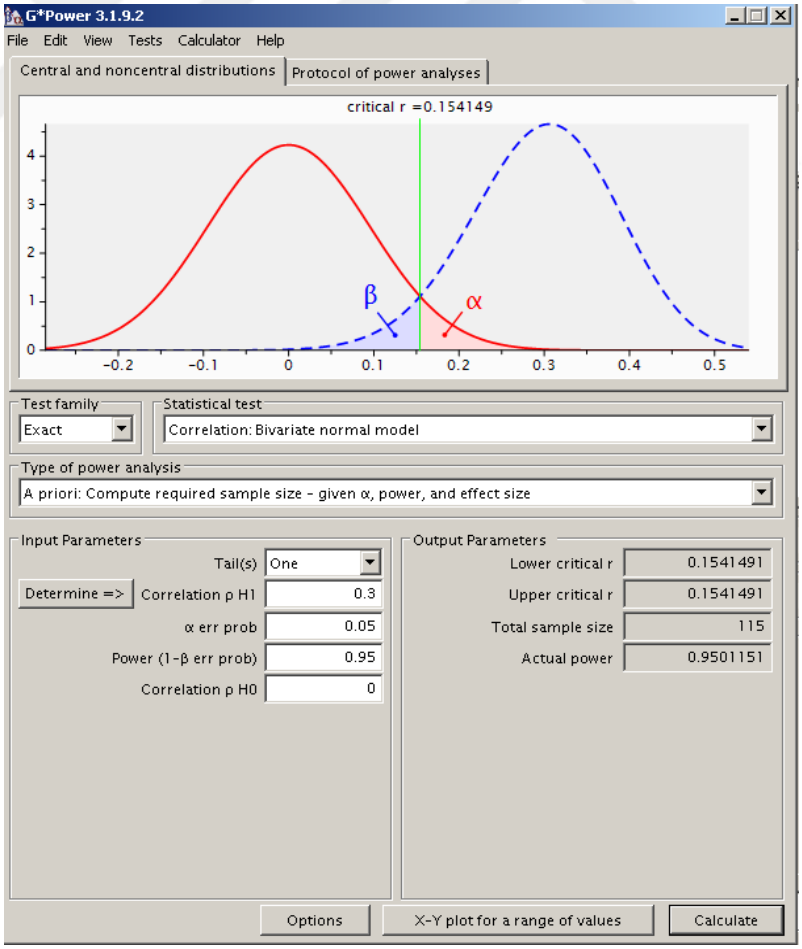
t= t test düzeyi (1,96)

d=Hata payı (%5)

%5 hata payı ile evreni temsil edecek örneklem büyüklüğünün minimum 384 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklem seçiminde tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak 414 kişiye ulaşılmıştır. Pandemi nedeniyle, kişisel ilişkiler kullanılarak, bilgisayar ortamında anketi dolduracak düzeyde bilgi sahibi katılımcılara ulaşılmıştır. Online olarak hazırlanan anket formunun link adresi, katılımcılara mail yoluyla gönderilmiştir. Anketler 1 Şubat 2021-1 Mart 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır.

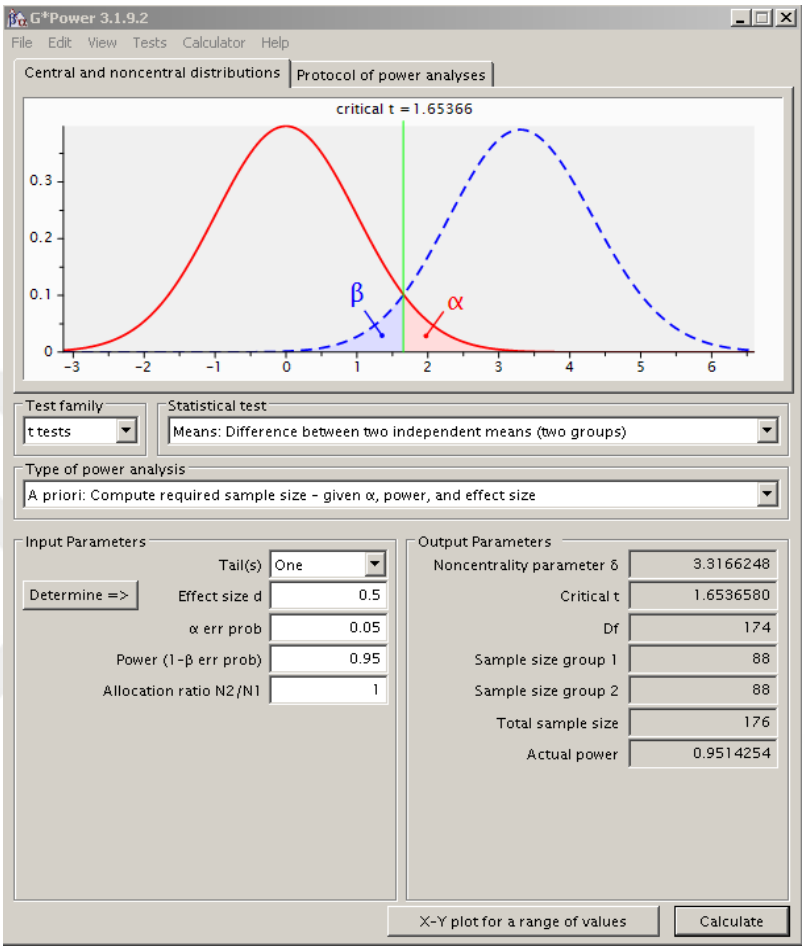
Bu araştırmanın yapılabilmesi için Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar etik kurulundan 29/01/2021 tarihinde 2021/47-21 numarası ile onay alınmıştır.

Son yıllarda, örneklem hacminin belirlenmesinde yukarıdaki gibi klasik formüller yerine, "yapılacak olan analiz için en az kaç örneklem gerekli" olduğunu belirten güç analizi kullanılmaktadır. Kısaca, güç analizi (power anaysis) yapılacak her analiz çeşidi için en az kaç örneklem gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada hem grup farklılığı hem de ilişki analizi yapılacaktır. Ankete katılmayı kabul eden şirket sayısının robust (sağlam) sonuçlar üretebilme yeteneğinin varlığı için Güç (power) analiz G*POWER 3.1 sürümü ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmalarda, istatistiksel gücün 1-β= 0.95 olmasının yeterli olduğunu Cohen (1988) ve Parajapati et al., (2010) çalışmalarında belirtmiş, korelasyonlar ve grup farklılığı hesaplanacağı belirtilerek sonuçlar elde edilmiştir. İstatistik anlamlılık α=0.05 alınmıştır.



Şekil 3.1: İlişki Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı

Güç analizi sonucunda ilişki analizi için en az 115 örneklem ile çalışılması durumunda çalışmanın geçerliliği belirlenmiştir. Bu çalışmada, 414 kişiyi kapsayan örneklem kullanılmış, yapılacak ilişki analizlerinin istatistik açıdan uygunluk göstereceği belirlenmiştir.



Şekil 3.2: Grup Farklılığı Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı

Güç analizi sonucunda grup farklılığı analizlerinde en az 176 örneklem ile çalışılması durumunda çalışmanın geçerliliği belirlenmiştir. Çalışmada, 414 kişi için uygunluk sağlandığı belirlenmiştir.

Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri:

1. İstanbul'da ikamet etmek
2. Gönüllü olmak.
3. 18-60 yaş aralığında olmak.

Araştırmanın Dışlama Kriterleri:

1. Bilgisayar ortamında anket dolduracak bilgisi olmayanlar
2. 60 yaş üzeri olmak.

3.4. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları

Araştırmaya cevap veren katılımcıların, ölçme araçlarındaki soruları cevaplandırırken gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ankete istekle cevap verdiği ve anketi doğru ve eksiksiz biçimde cevapladıkları varsayılmıştır. Katılımcıların soruları cevaplarken kelimelerin gerçek manasıyla anladıkları kabul edilmiştir. Oluşabilecek kavram yanılgıları göz ardı edilmiştir. Anketin örneklem sayısının arttırılmasında zorluklar yaşanmış, katılım konusunda sıkıntı yaşanması önemli bir kısıtı oluşturmuşlardır. Çalışma İstanbul ili ile sınırlıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin elde edilebilmesi için hazırlanan anketin ilk bölümü olan demografik ve genel bilgiler formu (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, ve algılanan ekonomik düzey) çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır. Anketin ikinci bölümünde ise ölçekler yer almıştır.

Tüketici Etnosentrizm Ölçeği : Bu araştırmada, Shimp ve Sharma (1987)'nın tüketicilerin etnosentrik eğilimini ölçme amacıyla oluşturdukları CETSCALE ölçeği kullanılmıştır. Orijinali İngilizce olan ölçek birçok uluslararası araştırmada da kullanışmış ve kabul edilmiş, 17 maddelik haliyle araştırmaya dahil edilmiştir. Çilingir (2014) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve geçerli, güvenilir olduğu saptanmıştır. Tüketicilerin etnosentrik eğilimlerini ölçme amacıyla ilk ölçektir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yüksek etnosentrik eğilimi, düşük olması düşük etnosentrik eğilimi göstermektedir. Anket sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi, 1,00-1,80=Kesinlikle Katılmıyorum, 1,81-2,60=Katılmıyorum, 2,61-3,40=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 3,41-4,20=Katılıyorum, 4,21-5,00=Kesinlikle Katılıyorum şeklindedir.

Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (PPOS-TR14) 1999 yılında Krupat ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Özdemir ve Edirne tarafından 2018'de Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte tüm maddeler dikkate alınarak toplam ortalama puan hesaplanabilmektedir. Sekiz madde (1, 3, 6, 7, 8, 10, 12 ve 14. maddeler) paylaşım alt ölçeğini oluşturmakta olup bu maddeler dikkate alındığında paylaşım alt ölçek ortalama puanı hesaplanabilmektedir. Altı madde (2, 4, 5, 9, 11 ve 13. maddeler) bakım alt ölçek puanını oluşturmakta olup bu maddeler dikkate alındığında bakım alt ölçek ortalama puanı hesaplanabilmektedir. Toplam puan ne kadar yükselirse, yönelim o kadar hasta merkezli olur. Toplam puan ne kadar düşerse, yönelim o kadar doktor veya hastalık merkezli olur. Paylaşım puanı araştırmaya katılan kişinin a) hasta ve hekim güç ve kontrolü eşit olarak paylaşmalı ve b) hekimler bilgilerini hastaları ile mümkün olduğu kadar çok paylaşmalı düşüncesine ne kadar katıldığını yansıtır. Bakım puanı ise a) muayenede duyguların ele alınması ve kişiler arası ilişkinin önemli olduğuna ve b) hekimlerin hastalarına bir hastalık tablosu olarak değil de, bir birey olarak bakmaları gerektiğine ne kadar katıldığını yansıtır. Ölçekte ters puanlanması gereken 2 madde (7. ve 11. maddeler) yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 14, en fazla puan 84'tür. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0.80 olarak saptanmıştır.

3.6.Araştırma Yöntemi

Çalışmada kullanılan ölçekten elde edilen verilerin analizi IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 sürümü kullanılarak yapılmıştır. Birinci aşamada, demografik bilgilerin bulunmuş olduğu genel bilgilere ilişkin yüzde ve sıklık dağılımları sunulmaktadır. İkinci aşamada, çalışmada kullanılan ölçeklere yönelik yüzde dağılımları ve ortalama cevap ile standart sapma gibi tanımsal istatistik bilgilerine yer verilmiştir. Boyutlar için Kolmogorov-Simirnov ve Shapiro-Wilk normallik sınamaları yapılmıştır. Boyutların dağılımları normal dağılıma uymadığı için grup farklılıkları sınamasında her bir ikili grup için Mann-Whitney-U testi ve üçlü ve fazla grup için de Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Gruplar arasındaki farkların kaynağını tespit edebilmek için ortalama sıra (Ortalama Sıra) değerleri incelenmiştir. Ölçeğin dağılımında normal dağılıma uygunluk sağlanamadığından ilişki analizlerinin sınanmasında Kendall's Tau_b korelasyon

analizinden faydalanılmıştır. Diğer aşamada ilişkilerin model yardımıyla belirlenmesi amaçlı regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon modelinde en küçük kareler varsayımlarının sağlanması için Newey-West algoritması altında çözümler gerçekleştirilmiştir.

3.7. Anketin Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirlik sınaması için kullanılan testler; "Cronbach Alpha (CA), İkiye Bölme (split), Paralel ve Mutlak Kesin Paralel (strict)" şeklindedir. Kullanılan tüm kriterlerden bulunan sonuç %70'i geçtiğinde iç tutarlık ve güvenirlik sağlanmış olur. Tablo 3.1'den görüleceği gibi 4 kriter sonuçlarında %70 değeri geçilmiş, güvenilirlik sağlanmıştır. Böylece analiz çıktılarının da güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.1. Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları

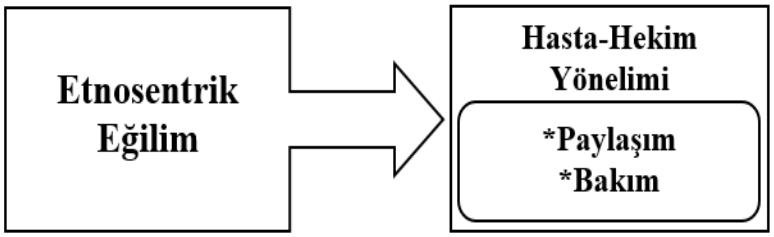
Kriterler	Anketin Güvenirlilik Sonuçları
Cronbach_Alpha	0.916
Split	0.915-0.917
Parelel	0.916
Strict	0.917

3.8. Araştırmanın Hipotezleri ve Model

Araştırmanın ana hipotezi, tüketici etnosentrizmi davranışının hasta-hekim yönelimi ile anlamlı ilişkili olduğu yönüyledir. Ayrıca, tüketici etnosentrizminin, hasta-hekim yönelimi alt boyutları olan paylaşım ve bakım boyutları ile anlamlı ilişkili olduğu sınanacaktır. Alt hipotez olarak; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, ve algılanan ekonomik düzey açısından tüketici etnosentrizmi davranışının hasta-hekim yöneliminin anlamlı farklı olup olmadığı araştırılacaktır. Geliştirilen hipotezler Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H	Tür	Hipotezler
H_{01}	**Ana hipotez**	Tüketici etnosentrizmi ve hasta-hekim yönelimi arasında istatistik anlamlı ilişki vardır.
H_{02}	**Ana hipotez**	Tüketici etnosentrizmi ve paylaşım davranışı arasında istatistik anlamlı ilişki vardır.
H_{03}	**Ana hipotez**	Tüketici etnosentrizmi ve bakım davranışı arasında istatistik anlamlı ilişki vardır.
H_{04}	**Alt hipotez**	Cinsiyet, yaş, öğrenim durumu ve algılanan ekonomik düzey açısından tüketici etnosentrizmi davranışı ve hasta-hekim yönelimi anlamlı farklıdır.



Şekil 3.3. Araştırmanın Modeli

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, araştırma hipotezlerini sınamak amaçlı uygulanan analiz sonuçlarına yer verilmiştir. İlk aşamada, 414 kişi olan örneklem için sosyo-demografik tanımlayıcı bilgilerin yüzde dağılım bilgileri, ele alınan iki ölçeğe yönelik katılımcıların verdikleri cevapların sıklık ve yüzde bilgileri sunulmuştur. İkinci aşamada hipotezlerin test edilmesi amaçlı ilişki analizlerine ve grup farklılığı analizlerine yer verilmiştir.

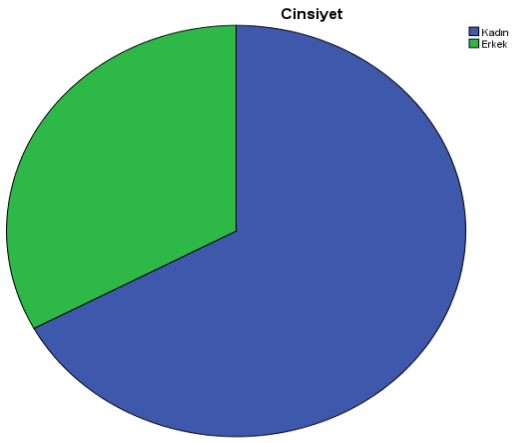
4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların kişisel bilgi formunda yer alan çeşitli değişkenlere ilişkin demografik ve genel özelliklere ilişkin bilgileri sunulmuştur.

Tablo 4.1: Cinsiyet Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Cinsiyet	***f***	***%***
Kadın	278	67,1
Erkek	136	32,9
Toplam	414	100,0

Katılımcıların %67,1'i kadın iken,%32,9'u erkektir. Katılımcılarda kadın sayısı erkek sayısından daha fazladır.

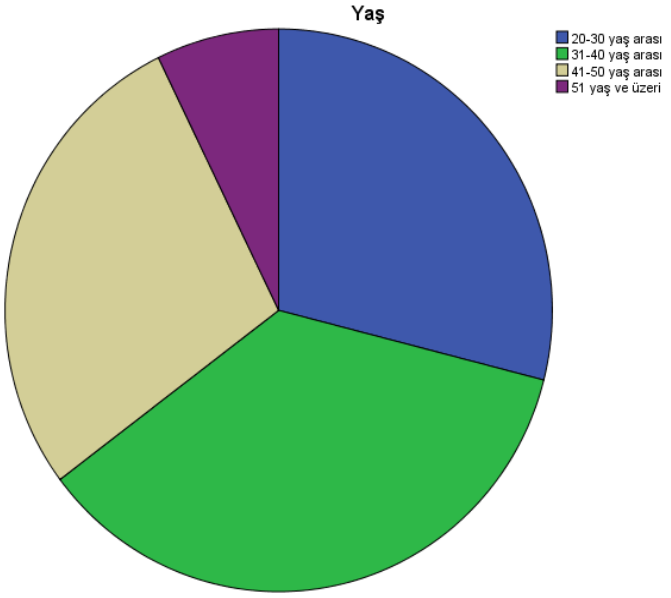


Şekil 4.1: Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Tablo 4.2: Yaş Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Yaş	***f***	**%**
20 yaş altında	-	-
21-30 yaş arası	120	29,0
31-40 yaş arası	148	35,7
41-50 yaş arası	116	28,0
51 yaş ve üzeri	30	7,2
Toplam	414	100,0

Katılımcıların %29,0'u 20-30 yaş aralığında,%35,7'si 31-40 yaş aralığında,%28,0'i 41-50 yaş aralığında ve %7,2'si 51 yaş ve üzerindedir. En fazla katılımcı 31-40 yaş aralığındadır.

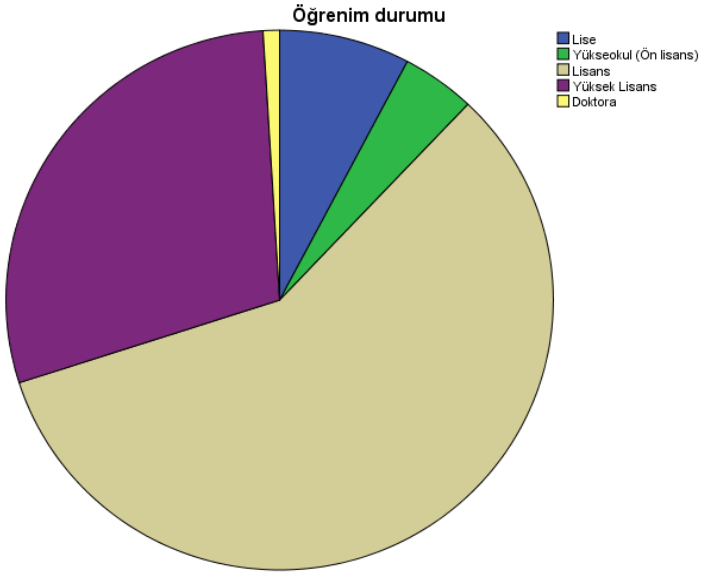


Şekil 4.2. Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Tablo 4.3: Öğrenim Durumu Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Öğrenim Durumu	*f*	%
İlköğretim	-	-
Lise	32	7,7
Yüksekokul (Ön lisans)	18	4,3
Lisans	240	58,0
Yüksek Lisans	120	29,0
Doktora	4	1,0
Toplam	414	100,0

Katılımcıların %7,7'si lise,%4,3'ü yüksekokul (ön lisans),%58,0'i lisans,%29,0'u yüksek lisans ve %1,0'i doktora mezunudur. Katılımcıların çoğunluğu lisans mezunu seviyesinde eğitim almıştır.

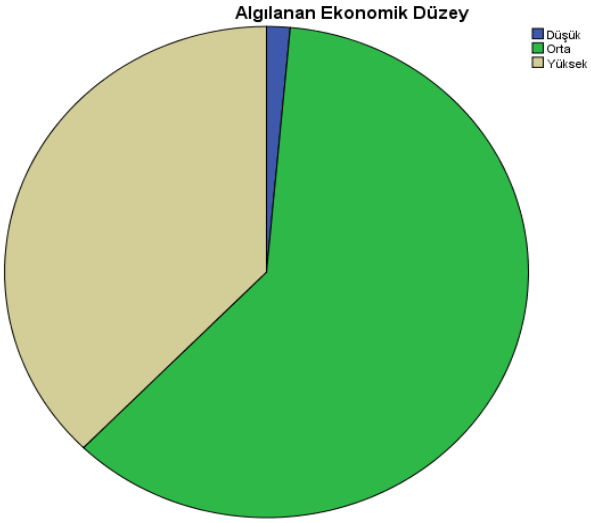


Şekil 4.3. Öğrenim Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Tablo 4.4: Algılanan Ekonomik Düzey Değişkenine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Algılanan Ekonomik Düzey	*f*	%
Düşük	6	1,4
Orta	252	60,9
Yüksek	156	37,7
Toplam	414	100,0

Katılımcıları ekonomik düzeyleri açısından değerlendirdiğimizde; %1,4'ünün ekonomik düzeyi düşük, %60,9'unun orta ve %37,7'sinin yüksek olduğu görülmüştür. Genel olarak orta gelir düzeyinde katılımcılarla görüşülmüştür.



Şekil 4.4. Algılanan Ekonomik Düzey Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

4.2. Ölçeklere Yönelik Yüzde Dağılım Bilgileri

Çalışmanın bu bölümünde, kullanılan ölçeklere yönelik cevapların yüzde dağılımları ve cevap ortalamaları ile st sapma gibi tanımsal istatistik değerler yer almaktadır.

Tablo 4.5. Tüketici Etnosentrizm Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılımlar

	Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
1	Türk halkı ithal ürünler yerine her zaman Türk yapımı ürünler satın almalıdır.	4,8	24,2	37,7	25,1	8,2	3,08 ± 1,005
2	Sadece Türkiye'de bulunamayan ürünler ithal edilmelidir.	8,7	22,2	19,3	37,7	12,1	3,22 ± 1,176
3	Türk yapımı ürünler satın alın, Türkiye'nin çalışmaya devam etmesini sağlayın.	2,9	4,8	21,3	48,8	22,2	3,83 ± 0,928
4	Türk yapımı ürünler her zaman önce gelir.	3,9	22,2	29,5	29,5	15,0	3,29 ± 1,089
5	Yabancı menşeli ürünleri satın almak Türklüğe aykırıdır.	52,7	35,3	10,1	1,4	0,5	1,62 ± 0,765
6	Yabancı menşeli ürünleri satın almak doğru değildir çünkü bu Türklerin işsiz kalmasına yol açar.	28,0	36,2	26,6	7,7	1,4	2,18 ± 0,977
7	Gerçek bir Türk, her zaman Türk yapımı ürünler satın almalıdır.	36,2	39,1	18,8	3,9	1,9	1,96 ± 0,938
8	Diğer ülkelerin bizim üzerimizden zengin olmasına müsaade etmek yerine, Türkiye'de üretilmiş ürünler satın almalıyız.	11,6	16,4	32,4	32,9	6,8	3,07 ± 1,107
9	Türk ürünlerini satın almak her zaman en iyisidir.	9,7	37,2	30,0	20,3	2,9	2,70 ± 0,994
10	İhtiyaç olmadıkça diğer ülkelerden mal satın alımı ve ticaret çok az olmalıdır.	11,1	29,0	15,9	37,7	6,3	2,99 ± 1,169
11	Türk ticaretine zarar verip, işsizliğe yol açtığı için Türk halkı yabancı menşeli ürünleri satın almamalıdır.	20,8	45,9	16,9	14,0	2,4	2,31 ± 1,029
12	İthalatın her türüne sınırlamalar getirilmelidir.	31,9	37,2	17,4	12,6	1,0	2,14 ± 1,033
13	Uzun dönemde bana maliyetli de olsa, Türk ürünlerini desteklemeyi tercih ederim.	7,7	16,9	27,5	42,5	5,3	3,21 ± 1,037
14	Yabancıların, ürünlerini bizim pazarlarımıza sürmelerine izin verilmemelidir.	29,5	46,9	18,4	4,3	1,0	2,00 ± 0,861
15	Türkiye'ye girişlerinin azalması için yabancı ürünlere 3 oranda vergi uygulanmalıdır.	21,7	41,5	19,3	15,5	1,9	2,34 ± 1,043
16	Sadece kendi ülkemizde bulamadığımız ürünleri yabancı ülkelerden satın almalıyız.	16,4	29,0	15,0	34,8	4,8	2,83 ± 1,209
17	Diğer ülkelerde üretilen ürünleri satın alan Türk tüketiciler, Türk halkının işsiz kalmasından sorumludur.	32,9	46,4	15,0	3,4	2,4	1,96 ± 0,912
	Tüketici Etnosentrizm Ölçeği Genel Cevap Ortalaması	**2,631**					

Önerme 1: "Türk halkı ithal ürünler yerine her zaman Türk yapımı ürünler satın almalıdır." Önermesine katılımcıların %4,8'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %24,2'si "Katılmıyorum", %37,7'si "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %25,1'i "Katılıyorum" ve %8,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,08 ve standart sapma değeri ise 1,005 olarak bulunmuştur.

Önerme 2:"Sadece Türkiye'de bulunamayan ürünler ithal edilmelidir**."** Önermesine katılımcıların %8,7'si "Kesinlikle Katılmıyorum", %22,2'si "Katılmıyorum", %19,3'ü "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %37,7'si "Katılıyorum" ve %12,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,22 ve standart sapma değeri ise 1,176 olarak bulunmuştur.

Önerme 3:"Türk yapımı ürünler satın alın, Türkiye'nin çalışmaya devam etmesini sağlayın." Önermesine katılımcıların %2,9'u "Kesinlikle Katılmıyorum", %4,8'i "Katılmıyorum", %21,3'ü "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %48,8'i "Katılıyorum" ve %22,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir**.** Bu önerme için ortalama 3,83 ve standart sapma değeri ise 0,928 olarak bulunmuştur.

Önerme 4:" Türk yapımı ürünler her zaman önce gelir." Önermesine katılımcıların %3,9'u "Kesinlikle Katılmıyorum", %22,2'si "Katılmıyorum", %29,5'i "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %29,5'i "Katılıyorum" ve %15,0'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,29 ve standart sapma değeri ise 1,089 olarak bulunmuştur.

Önerme 5:"Yabancı menşeli ürünleri satın almak Türklüğe aykırıdır." Önermesine katılımcıların %52,7'si "Kesinlikle Katılmıyorum", %35,3'ü "Katılmıyorum", %10,1'i "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %1,4'ü "Katılıyorum" ve %0,5'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 1,62 ve standart sapma değeri ise 0,765 olarak bulunmuştur.

Önerme 6:"Yabancı menşeli ürünleri satın almak doğru değildir çünkü bu Türklerin işsiz kalmasına yol açar." Önermesine katılımcıların %28,0'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %36,2'si "Katılmıyorum", %26,6'sı "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %7,7'si "Katılıyorum" ve %1,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,18 ve standart sapma değeri ise 0,977 olarak bulunmuştur.

Önerme 7:" Gerçek bir Türk, her zaman Türk yapımı ürünler satın almalıdır." Önermesine katılımcıların %36,2'si "Kesinlikle Katılmıyorum", %39,1'i "Katılmıyorum", %18,8'i "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %3,9'u "Katılıyorum" ve %1,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 1,96 ve standart sapma değeri ise 0,938 olarak bulunmuştur.

Önerme 8:"Diğer ülkelerin bizim üzerimizden zengin olmasına müsaade etmek yerine, Türkiye'de üretilmiş ürünler satın almalıyız." Önermesine katılımcıların %11,6'sı "Kesinlikle Katılmıyorum", %16,4'ü "Katılmıyorum", %32,4'ü "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %32,9'u "Katılıyorum" ve %6,8'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,07 ve standart sapma değeri ise 1,107 olarak bulunmuştur.

Önerme 9:" Türk ürünlerini satın almak her zaman en iyisidir." Önermesine katılımcıların %9,7'si "Kesinlikle Katılmıyorum", %37,2'si "Katılmıyorum", %30,0'u "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %20,3'ü "Katılıyorum" ve %2,9'u "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,70 ve standart sapma değeri ise 0,994 olarak bulunmuştur.

Önerme 10:"İhtiyaç olmadıkça diğer ülkelerden mal satın alımı ve ticaret çok az olmalıdır." Önermesine katılımcıların %11,1'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %29,0'u "Katılmıyorum", %15,9'u "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %37,7'si "Katılıyorum" ve %6,3'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,99 ve standart sapma değeri ise 1,169 olarak bulunmuştur.

Önerme 11:"Türk ticaretine zarar verip, işsizliğe yol açtığı için Türk halkı yabancı menşeli ürünleri satın almamalıdır." Önermesine katılımcıların %20,8'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %45,9'u "Katılmıyorum", %16,9'u "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %14,0'ü "Katılıyorum" ve %2,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,31 ve standart sapma değeri ise 1,029 olarak bulunmuştur.

Önerme 12:"İthalatın her türüne sınırlamalar getirilmelidir." Önermesine katılımcıların %31,9'u "Kesinlikle Katılmıyorum", %37,2'si "Katılmıyorum", %17,4'ü "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %12,6'sı "Katılıyorum" ve %1,0'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,14 ve standart sapma değeri ise 1,033 olarak bulunmuştur.

Önerme 13:"Uzun dönemde bana maliyetli de olsa,Türk ürünlerini desteklemeyi tercih ederim.**"** Önermesine katılımcıların %7,7'si "Kesinlikle Katılmıyorum", %16,9'u "Katılmıyorum", %27,5'i "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", %42,5'i "Katılıyorum" ve %5,3'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,21 ve standart sapma değeri ise 1,037 olarak bulunmuştur.

Önerme 14:“ Yabancıların, ürünlerini bizim pazarlarımıza sürmelerine izin verilmemelidir.” Önermesine katılımcıların %29,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %46,9’u “Katılmıyorum”, %18,4’ü “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, %4,3’ü “Katılıyorum” ve %1,0’i “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,00 ve standart sapma değeri ise 0,861 olarak bulunmuştur.

Önerme 15:“Türkiye'ye girişlerinin azalması için yabancı ürünlere 3 oranda vergi uygulanmalıdır.” Önermesine katılımcıların %21,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %41,5’i “Katılmıyorum”, %19,3’ü “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, %15,5’i “Katılıyorum” ve %1,9’u “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,34 ve standart sapma değeri ise 1,043 olarak bulunmuştur.

Önerme 16:“ Sadece kendi ülkemizde bulamadığımız ürünleri yabancı ülkelerden satın almalıyız.” Önermesine katılımcıların %16,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %29,0’u “Katılmıyorum”, %15,0’i “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, %34,8’i “Katılıyorum” ve %4,8’i “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,83 ve standart sapma değeri ise 1,209 olarak bulunmuştur.

Önerme 17:“Diğer ülkelerde üretilen ürünleri satın alan Türk tüketiciler, Türk halkının işsiz kalmasından sorumludur.” Önermesine katılımcıların %32,9’u “Kesinlikle Katılmıyorum”, %46,4’ü “Katılmıyorum”, %15,0’i “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, %3,4’ü “Katılıyorum” ve %2,4’ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 1,96 ve standart sapma değeri ise 0,912 olarak bulunmuştur.

- ✓ Tüketici etnosentrizm ölçeği genel ortalama değeri 2,631 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hasta-Hekim Yönelim Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılımlar

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Azda Olsa Katılmıyorum	Azda Olsa Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort. ± Ss.
	Paylaşım Alt Boyutu							
1	Muayene sırasında neyin konuşulacağına hekim karar vermelidir.	15,0	40,1	8,7	22,2	13,0	1,0	2,81 ± 1,342
3	Hastalar hekimlerine güvenmeli ve kendi başlarına sağlık durumları hakkında bilgi edinmeye çalışmamalıdırlar.	6,8	26,1	14,0	11,1	31,9	10,1	3,66 ± 1,551
6	Pek çok hasta yeni bir şey öğrenmiyor olsa bile soru sormaya devam eder.	3,9	13,0	5,8	20,3	49,8	7,2	4,21 ± 1,295
7	Hekimler hastalara kendileri ile eşit güç ve konumda olan biri gibi davranmalıdırlar.	1,0	11,1	5,3	13,5	45,9	23,2	4,62 ± 1,262
8	Hastalar genellikle sağlıkları hakkında bilgi verilmesi yerine, iyi olduklarına dair güvence verilmesini isterler.	4,3	31,9	3,4	27,1	27,1	6,3	3,59 ± 1,436
10	Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir.	19,8	42,5	14,0	10,1	12,1	1,4	2,57 ± 1,322
12	Hasta yetkinin her zaman hekimin elinde olduğunun farkında olmalıdır.	3,4	22,7	9,7	20,8	38,6	4,8	3,83 ± 1,366
14	Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır.	5,8	7,2	8,7	17,9	40,1	20,3	4,40 ± 1,398
	Paylaşım Boyutu Genel Ortalama	**3,711**						
	Bakım Alt Boyutu							
2	Günümüzde sağlık hizmetlerinin birey merkezli olmaktan uzaklaşması, tıp alanındaki ilerlemeler için ödenmesi gereken küçük bir bedeldir.	-	18,4	22,2	11,6	39,6	8,2	3,97 ± 1,298
4	Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar.	29,5	44,0	4,3	12,1	10,1	-	2,29 ± 1,285
5	Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.	17,4	44,0	11,6	10,1	13,5	3,4	2,69 ± 1,410
9	Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.	34,3	54,6	3,4	5,8	1,9	-	1,86 ± 0,875

11	Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz.	7,2	26,1	28,5	9,2	19,8	9,2	3,36 ± 1,462
13	Hastayı tedavi etmek için onun kültürel altyapısını ve geçmişini bilmek o kadar da önemli değildir.	11,1	34,3	19,8	15,0	17,4	2,4	3,00 ± 1,362
	Bakım Boyutu Genel Ortalama	**2,862**						
	Hasta-hekim Yönelim Ölçeği Genel Cevap Ortalaması	**3,287**						

Paylaşım Alt Boyutu

Önerme 1:"Muayene sırasında neyin konuşulacağına hekim karar vermelidir." Önermesine katılımcıların %15,0'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %40,1'i "Katılmıyorum", %8,7'si "Azda Olsa Katılmıyorum", %22,2'si "Azda Olsa Katılıyorum", %13,0'ü "Katılıyorum" ve %1,0'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,81 ve standart sapma değeri ise 1,342 olarak bulunmuştur.

Önerme 3:"Hastalar hekimlerine güvenmeli ve kendi başlarına sağlık durumları hakkında bilgi edinmeye çalışmamalıdırlar." Önermesine katılımcıların %6,8 "Kesinlikle Katılmıyorum", %26,1'i "Katılmıyorum", %14,0'ü "Azda Olsa Katılmıyorum", %11,1'i "Azda Olsa Katılıyorum", %31,9'u "Katılıyorum" ve %10,1'i "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,66 ve standart sapma değeri ise 1,551 olarak bulunmuştur.

Önerme 6:" Pek çok hasta yeni bir şey öğrenmiyor olsa bile soru sormaya devam eder." Önermesine katılımcıların %3,9'u "Kesinlikle Katılmıyorum", %13,0'ü "Katılmıyorum", %5,8'i "Azda Olsa Katılmıyorum", %20,3'ü "Azda Olsa Katılıyorum", %49,8'i "Katılıyorum" ve %7,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,21 ve standart sapma değeri ise 1,295 olarak bulunmuştur.

Önerme 7:"Hekimler hastalara kendileri ile eşit güç ve konumda olan biri gibi davranmalıdırlar." Önermesine katılımcıların %1,0'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %11,1'i "Katılmıyorum", %5,3'ü "Azda Olsa Katılmıyorum", %13,5'i "Azda Olsa Katılıyorum", %45,9'u "Katılıyorum" ve %23,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,62 ve standart sapma değeri ise 1,262 olarak bulunmuştur.

Önerme 8:"Hastalar genellikle sağlıkları hakkında bilgi verilmesi yerine, iyi olduklarına dair güvence verilmesini isterler." Önermesine katılımcıların %4,3'ü "Kesinlikle Katılmıyorum", %31,9'u "Katılmıyorum", %3,4'ü "Azda Olsa Katılmıyorum", %27,1'i "Azda Olsa Katılıyorum", %27,1'i "Katılıyorum" ve %6,3'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,59 ve standart sapma değeri ise 1,436 olarak bulunmuştur.

Önerme 10:“ Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir.” Önermesine katılımcıların %19,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %42,5’i “Katılmıyorum”, %14,0’ü “Azda Olsa Katılmıyorum”, %10,1’i “Azda Olsa Katılıyorum”, %12,1’i “Katılıyorum” ve %1,4’ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,57 ve standart sapma değeri ise 1,322 olarak bulunmuştur.

Önerme 12:“Hasta yetkinin her zaman hekimin elinde olduğunun farkında olmalıdır.” Önermesine katılımcıların %3,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %22,7’si “Katılmıyorum”, %9,7’si “Azda Olsa Katılmıyorum”, %20,8’i “Azda Olsa Katılıyorum”, %38,6’sı “Katılıyorum” ve %4,8’i “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,83 ve standart sapma değeri ise 1,366 olarak bulunmuştur.

Önerme 14:“ Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır.” Önermesine katılımcıların %5,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,2’si “Katılmıyorum”, %8,7’si “Azda Olsa Katılmıyorum”, %17,9’u “Azda Olsa Katılıyorum”, %40,1’i “Katılıyorum” ve %20,3’ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 4,40 ve standart sapma değeri ise 1,398 olarak bulunmuştur.

- ✓ Paylaşım alt boyutu genel ortalama değeri 3,711 olarak bulunmuştur.

Bakım Alt Boyutu

Önerme 2:“ Günümüzde sağlık hizmetlerinin birey merkezli olmaktan uzaklaşması, tıp alanındaki ilerlemeler için ödenmesi gereken küçük bir bedeldir.” Önermesine katılımcıların hiçbiri “Kesinlikle Katılmıyorum” yanıtını vermemiş, %18,4’ü “Katılmıyorum”, %22,2’si “Azda Olsa Katılmıyorum”, %11,6’sı “Azda Olsa Katılıyorum”, %39,6’sı “Katılıyorum” ve %8,2’si “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,97 ve standart sapma değeri ise 1,298 olarak bulunmuştur.

Önerme 4:“Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar.” Önermesine katılımcıların %29,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %44,0’ü “Katılmıyorum”, %4,3’ü “Azda Olsa Katılmıyorum”, %12,1’i “Azda Olsa Katılıyorum” ve %10,1’i “Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,29 ve standart sapma değeri ise 1,285 olarak bulunmuştur.

Önerme 5:“ Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.” Önermesine katılımcıların %17,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”,%44,0’ü “Katılmıyorum”, %11,6’sı “Azda Olsa Katılmıyorum”, %10,1’i “Azda Olsa Katılıyorum”, %13,5’i “Katılıyorum” ve %3,4’ü “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,69 ve standart sapma değeri ise 1,410 olarak bulunmuştur.

Önerme 9:“Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.” Önermesine katılımcıların %34,3’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %54,6’sı “Katılmıyorum”, %3,4’ü “Azda Olsa Katılmıyorum”, %5,8’i “Azda Olsa Katılıyorum” ve %1,9’u “Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,29 ve standart sapma değeri ise 1,285 olarak bulunmuştur.

Önerme 11:"Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz." Önermesine katılımcıların %7,2'si "Kesinlikle Katılmıyorum",%26,1'i "Katılmıyorum", %28,5'i "Azda Olsa Katılmıyorum", %9,2'si "Azda Olsa Katılıyorum", %19,8'i "Katılıyorum" ve %9,2'si "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,36 ve standart sapma değeri ise 1,462 olarak bulunmuştur.

Önerme 13:"Hastayı tedavi etmek için onun kültürel altyapısını ve geçmişini bilmek o kadar da önemli değildir." Önermesine katılımcıların %11,1'i "Kesinlikle Katılmıyorum",%34,3'ü "Katılmıyorum", %19,8'i "Azda Olsa Katılmıyorum", %15,0'i "Azda Olsa Katılıyorum", %17,4'ü "Katılıyorum" ve %2,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,00 ve standart sapma değeri ise 1,362 olarak bulunmuştur.

- ✓ Bakım alt boyutu genel ortalama değeri 2,862 olarak bulunmuştur.
- ✓ Hasta-hekim yönelim ölçeği genel ortalama değeri ise 3,287 olarak bulunmuştur.

4.3. Ölçek Boyutlarına Yönelik Normallik Testi Sonuçları

Çalışmada, uygulanacak grup farklılığı analizi yöntemleri, normal dağılımın sağlanmasına göre değişeceği için, öncelikle faktörlere yönelik Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri uygulanmıştır.

Tablo 4.7. Ölçek Boyutlarına Yönelik Normallik Testi Sonucu

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	s.d.	p	İstatistik	s.d.	p
Tüketici Etnosentrizm Genel Skor	0,051	414	0,013	0,988	414	0,001
Paylaşım Boyutu	0,109	414	0,000	0,981	414	0,000
Bakım Boyutu	0,115	414	0,000	0,968	414	0,000
Hasta-Hekim Yönelim Genel Skor	0,041	414	0,041	0,991	414	0,012

Görüleceği üzere, her iki normallik testi sonucunda $p<0.05$ olduğundan normal dağılımın sağlanmadığını belirten H_1 hipotezi kabul edilir.

4.4. Grup Farklılığı Analizleri

Katılımcılara yönelik demografik ve genel bilgiler için boyutlara ilişkin ifadelerin anlamlı farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Boyut ifadelerine yapılan Kolmogorov- Simirnov normallik testi sonucunda $p<0.05$ olduğundan normal

dağılımın sağlanmadığını belirten H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Normal dağılım sağlanmadığı için 2 grup için Mann-Whitney-U testi, 3 ve üzeri grup için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.8. Cinsiyet Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Sıraların ortalaması	Ortalama cevap	St.sapma	Mann-Whitney U	p
Tüketici Etnosentrizm Genel Skor	Kadın	278	208,93	2,634	0,681	18506,000	0,728
	Erkek	136	204,57	2,625	0,792		
	Toplam	414		2,630	0,737		
Paylaşım	Kadın	278	188,90	3,343	0,649	13734,000	**0,000***
	Erkek	136	**245,51**	3,612	0,663		
	Toplam	414		3,478	0,656		
Bakım	Kadın	278	191,90	2,838	0,412	14568,000	**0,000***
	Erkek	136	**239,38**	3,059	0,681		
	Toplam	414		2,949	0,547		
Hasta-Hekim Yönelim Genel Skor	Kadın	278	187,15	3,090	0,411	13248,000	**0,000***
	Erkek	136	**249,09**	3,336	0,505		
	Toplam	414		3,213	0,458		

*0,05 için anlamlı farklılık

Cinsiyet açısından hasta-hekim yönelim ölçeği genel skoru, paylaşım ve bakım alt boyutlarında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Farkın kaynağına bakıldığında, paylaşım, bakım alt boyutlarında ve hasta-hekim yönelimi genel skorunda ortalama sıra (mean rank) değeri en yüksek olan erkek katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir. Erkek katılımcılar paylaşıma, bakıma ve hasta-hekim yönelimine kadınlara göre daha fazla önem vermektedir. Erkekler cevaplarda kadınlara göre daha fazla "katılıyorum" yönüyle cevaplar vermiştir.

Tablo 4.9. Yaş Açısından Kruskal Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Sıraların ortalaması	Ortalama cevap	St.sapma	Ki-Kare Değeri	p
Tüketici Etnosentrizm Genel Skor	20 yaş altı	-	-	-	-	1,068	0,785
	21-30 yaş arası	120	203,72	2,608	0,842		
	31-40 yaş arası	148	215,19	2,676	0,723		
	41-50 yaş arası	116	204,50	2,619	0,613		
	51 yaş ve üzeri	30	196,30	2,553	0,539		
	Toplam	414		2,614	0,679		
Paylaşım	20 yaş altı	-	-	-	-	5,165	0,160
	21-30 yaş arası	120	222,70	3,521	0,727		
	31-40 yaş arası	148	210,97	3,458	0,601		
	41-50 yaş arası	116	194,91	3,360	0,638		
	51 yaş ve üzeri	30	178,23	3,217	0,759		
	Toplam	414		3,389	0,681		
Bakım	20 yaş altı	-	-	-	-	2,736	0,434
	21-30 yaş arası	120	207,25	2,914	0,591		
	31-40 yaş arası	148	215,15	2,939	0,575		
	41-50 yaş arası	116	193,76	2,859	0,444		
	51 yaş ve üzeri	30	223,90	2,956	0,169		
	Toplam	414		2,917	0,445		
Hasta-Hekim Yönelim Genel Skor	20 yaş altı	-	-	-	-	3,265	0,353
	21-30 yaş arası	120	218,63	3,217	0,443		
	31-40 yaş arası	148	211,97	3,199	0,484		
	41-50 yaş arası	116	195,47	3,110	0,444		
	51 yaş ve üzeri	30	187,43	3,086	0,423		
	Toplam	414		3,153	0,449		

Yaş açısından tüketici etnosentrizm ölçeğinde, paylaşma ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (p>0,05). Gruplar için farklı bir bakış açısı elde edilmemiştir. Yaş grupları aynı bakış açısı altında kararlar vermiştir, anlamlı farklılaşma yoktur. Tüketici etnosentrizm için kararsızlık yönüyle, paylaşım ve bakım için kararsızlık yönüyle ve hasta-hekim yönelimi için yine kararsızlık yönüyle cevaplar vermiştir.

Tablo 4.10. Öğrenim Durumu Açısından Kruskal Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Sıraların ortalaması	Ortalama cevap	St.sapma	Ki-Kare Değeri	p
Tüketici Etnosentrizm Genel Skor	İlköğretim	-	-	-	-	43,512	**0,000***
	Lise	32	**330,06**	3,412	0,591		
	Yüksekokul (Ön lisans)	18	240,28	2,797	0,378		
	Lisans	240	199,56	2,568	0,722		
	Yüksek Lisans	120	190,23	2,550	0,656		
	Doktora	4	74,00	1,882	0,272		
	Toplam	414		2,642	0,524		
Paylaşım	İlköğretim	-	-	-	-	20,940	**0,000***
	Lise	32	**285,38**	3,844	0,485		
	Yüksekokul (Ön lisans)	18	226,28	3,542	0,630		
	Lisans	240	208,92	3,450	0,624		
	Yüksek Lisans	120	184,03	3,279	0,746		
	Doktora	4	119,00	3,063	0,361		
	Toplam	414		3,436	0,569		
Bakım	İlköğretim	-	-	-	-	15,557	**0,004***
	Lise	32	256,75	3,135	0,468		
	Yüksekokul (Ön lisans)	18	**282,39**	3,222	0,450		

	Lisans	240	203,33	2,897	0,559		
	Yüksek Lisans	120	190,60	2,828	0,455		
	Doktora	4	233,50	3,000	0,385		
	Toplam	414		3,016	0,463		
Hasta-Hekim Yönelim Genel Skor	İlköğretim	-	-	-	-	28,253	**0,000***
	Lise	32	**297,19**	3,490	0,348		
	Yüksekokul (Ön lisans)	18	261,72	3,382	0,401		
	Lisans	240	205,58	3,174	0,452		
	Yüksek Lisans	120	180,65	3,054	0,458		
	Doktora	4	167,00	3,031	0,373		
	Toplam	414		3,226	0,406		

*0,05 için anlamlı farklılık

Öğrenim durumu açısından tüketici etnosentrizm ölçeğinde, paylaşım ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Farkın kaynağına bakıldığında, tüketici etnosentrizm ölçeği, paylaşım alt boyutu ve hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda ortalama sıra (mean rank) değerinin en yüksek olduğu öğrenim durumu "lise" olan katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir. Lise mazunları bu iki kavrama diğer öğrenim seviyelerindeki kişilere göre daha fazla önem vermiştir. Bakım alt boyutunda fark, ortalama sıra (mean rank) değerinin en yüksek olduğu öğrenim durumu "yüksekokul (ön lisans)" olan katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bakım boyutuna yüksekokul mezunları diğer gruplara göre daha fazla katılıyorum yönüyle cevap vererek daha önemli görmüştür.

Tablo 4.11. Algılanan Ekonomik Düzey Açısından Kruskal Wallis Sınaması Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Sıraların ortalaması	Ortalama cevap	St.sapma	Ki-Kare Değeri	p
Tüketici Etnosentrizm Genel Skor	Düşük	6	252,83	2,882	0,547	1,012	0,603
	Orta	252	208,56	2,632	0,741		
	Yüksek	156	204,05	2,620	0,690		
	Toplam	414		2,711	0,659		
Paylaşım	Düşük	6	**274,83**	3,708	0,065	8,147	**0,017***
	Orta	252	218,10	3,487	0,654		
	Yüksek	156	187,79	3,330	0,684		
	Toplam	414		3,508	0,468		
Bakım	Düşük	6	**260,50**	3,056	0,086	11,046	**0,004***
	Orta	252	221,24	2,956	0,547		
	Yüksek	156	183,27	2,831	0,492		
	Toplam	414		2,948	0,375		
Hasta-Hekim Yönelim Genel Skor	Düşük	6	**280,17**	3,382	0,011	10,190	**0,006***
	Orta	252	219,56	3,222	0,462		
	Yüksek	156	185,22	3,081	0,447		
	Toplam	414		3,228	0,307		

*0,05 için anlamlı farklılık

Algılanan ekonomik düzey açısından paylaşım ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Farkın kaynağına bakıldığında, paylaşım ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda ortalama sıra (mean rank) değerinin en yüksek olduğu algılanan ekonomik düzey sorusuna "düşük" yanıtını veren katılımcılardan

kaynaklandığı görülmektedir. Geliri düşük olan katılımcılar bu boyutlara daha fazla önem vermektedir.

4.5. Korelasyon Analizi Sonuçları

Çalışmada boyutlar arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Kendall's tau-b ilişki analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi ilişkileri bir model olmadan değerlendiren yöntemdir.

Tablo 4.12. Korelasyon Analizi Sonuçları

		Tüketici Etnosentrizm Genel Skor	Paylaşım	Bakım	Hasta-Hekim Yönelim Genel Skor
Tüketici Etnosentrizm Genel Skor	***r***	1,000	0,194*	0,119*	0,193*
	p		0,000	0,001	0,000
	n		414	414	414
Paylaşım	***r***		1,000	0,119*	0,666*
	p			0,001	0,000
	n			414	414
Bakım	***r***			1,000	0,489*
	p				0,000
	n				414
Hasta-Hekim Yönelim Genel Skor	***r***				1,000
	p				.
	n				414

*0,05 için anlamlı ilişki

Tüketici etnosentrizm skoru; paylaşım alt boyutunu %19,4 (r=0,194, p=0,000), bakım alt boyutunu %11,9 (r=0,119,p=0,001) ve hasta-hekim yönelim genel skorunu %19,3 (r=0,193, p=0,000) oranında pozitif yönde (artırıcı) etkilemektedir.

Paylaşım alt boyutu; bakım alt boyutunu %11,9 (r=0,119, p=0,001) ve hasta-hekim yönelim genel skorunu %66,6 (r=0,666, p=0,000) oranında pozitif yönde (artırıcı) etkilemektedir.

Bakım alt boyutu, hasta-hekim yönelim genel skorunu %48,9 (r=0,489, p=0,000) oranında pozitif yönde (artırıcı) etkilemektedir. Tüketici etnosentrizmi hasta-hekim yönelimi ile düşük düzeyde anlamlı ilişkili çıkmıştır.

4.6. Regresyon Analizi Sonuçları

Çalışmada, tüketici etnosentrizmi boyutunun (bağımsız değişken) hasta-hekim yönelimi boyutuna (bağımlı değişken) etkisinin belirlenmesi amaçlı, regresyon analizi uygulanmıştır. Ayrıca, tüketici etnosentrizminin, hasta-hekim yönelimi alt boyutları olan paylaşım ve bakım boyutlarına etkisini belirlemek amaçlı regresyon analiz edilecektir.

Regresyon tahmin katsayılarının yorumlanabilir özellikte olması için t testi H_1, F testi H_1 ve R^2 belirginlik katsayısı değerinin yüksek olması yanısıra; hata payı normal dağılımlı olmalı, oto korelasyon bulunmamalı, heteroskedasite olmamalı gibi varsayımların da sağlanması gerekmektedir. Ancak bu koşullar altında katsayılar güvenilir ve yorumlanabilir özellikte olacaktır.

Tablo 4.13. Tüketici Etnosentrizminin Hasta-Hekim Yönelimi Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış katsayı	t istatistiği	p
	β	Std. Hata	β		
Sabit	2.710	.082		32.924	.000*
Tüketici Etnosentrizmi	.175	.030	.275	5.807	.000*
R^2 = 0.298 F_{hesap} =21.56 $F_{anlamlılık}$ =0.000, Harvey test (p) = 0.115, LM test (p)= 0.121 Jarque-Bera (p)=0.245					

Bağımlı Değişken: Hasta-Hekim Yönelimi

*0.05 için anlamlı değişken

Tablo 4.13'deki regresyon denkleminde, Tüketici Etnosentrizmi, Hasta-Hekim Yönelimi üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır ($p<0.05$). Tüketici Etnosentrizmi Hasta-Hekim Yönelimi davranışını R^2 =%29,8 açıklama gücüne sahiptir. Tüketici Etnosentrizmi algısı 1 br. arttığında Hasta-Hekim Yönelimi davranışı algısı 0.275 br. artış gösterecektir. Böylece ana hipotez H_{01} sağlanmıştır.

Modelin varsayımları sınamaları için ilk olarak normallik varsayımı Jarque-Bera testi ile sınanmıştır ve $p>0.05$ olduğundan normal dağılımı belirten H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Oto korelasyon sınaması için LM testi uygulanmıştır ve $p>0.05$ olduğundan oto korelasyon bulunmadığını belirten H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Heteroskedasite probleminin sınanmasında Harvey testi uygulanmıştır ve $p>0.05$ olduğundan homoskedasiteyi belirten H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.14. Tüketici Etnosentrizminin Paylaşım Boyutuna Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış katsayı	t istatistiği	p
	β	Std. Hata	β		
Sabit	2.832	.121		23.500	.000*
Tüketici Etnosentrizmi	.228	.044	.246	5.149	.000*
R^2 = 0.288 F_{hesap} =22.49 $F_{anlamlılık}$ =0.000, Harvey test (p) = 0.127, LM test (p)= 0.136 Jarque-Bera (p)=0.252					

Bağımlı Değişken: Paylaşım

*0.05 için anlamlı değişken

Tablo 4.14'deki regresyon denkleminde, Tüketici Etnosentrizmi, paylaşım üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır ($p<0.05$). Tüketici Etnosentrizmi paylaşım davranışını R^2 =%28.8 açıklama gücüne sahiptir. Tüketici Etnosentrizmi algısı 1 br. arttığında paylaşım davranışı algısı 0.246 br. artış gösterecektir. Böylece ana hipotez H_{02} sağlanmıştır.

Bu tahmin sonuçları için hata paylarının normal dağılımlı olduğu (Jarque-Bera (p)=0.252), otokorelasyon bulunmadığı (LM test (p)= 0.136), homoskedasitenin sağlandığı (Harvey test (p) = 0.127) belirlenmiştir. Varsayımlar sağlanmıştır.

Tablo 4.15. Tüketici Etnosentrizminin Bakım Boyutuna Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış katsayı	t istatistiği	p
	β	Std. Hata	β		
Sabit	2.587	.097		26.698	.000*
Tüketici Etnosentrizmi	.123	.036	.168	3.461	.000*
R^2 = 0.279 F_{hesap} =20.98 $F_{anlamlılık}$ =0.000, Harvey test (p) = 0.109, LM test (p)= 0.113 Jarque-Bera (p)=0.239					

Bağımlı Değişken: Bakım

*0.05 için anlamlı değişken

Tablo 4.15'deki regresyon denkleminde, Tüketici Etnosentrizmi, bakım davranışı üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır ($p<0.05$). Tüketici Etnosentrizmi bakım davranışını R^2 =%27.9 açıklama gücüne sahiptir. Tüketici Etnosentrizmi algısı 1 br. arttığında bakım davranışı algısı 0.168 br. artış gösterecektir. Böylece ana hipotez H_{03} sağlanmıştır.

Bu tahmin sonuçları için hata paylarının normal dağılımlı olduğu (Jarque-Bera (p)=0.239), otokorelasyon bulunmadığı (LM test (p)= 0.113), homoskedasitenin sağlandığı (Harvey test (p) = 0.239) belirlenmiştir. Varsayımlar sağlanmıştır.

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Gün geçtikçe küreselleşen dünyada etnosentrik eğilimlere sahip bireyler gün geçtikçe azalmaktadır. Literatür incelendiğinde etnosentrizm kavramı ile ilgili yapılmış olan birçok araştırma bulunmaktadır. Etnosentrizm kavramı, bireyin içerisinde yaşadığı toplumu ve sosyal çevreyi dünya üzerindeki her şeyin üzerinde görmesi ve diğer toplumları ve sosyal çevreleri kendi toplumundan aşağıda görmesi olarak ifade edilmektedir.

Tüketici etnosentrizmi ise etnosentrik duygu ve düşüncelerin tüketim mallarına ulaşım esnasında ortaya çıkmasıdır. Etnosentrik birey ise kendi toplumunu ve kültürünü her şeyin üzerinde gören, diğer kültürlere önyargılı yaklaşan bireydir. Bu araştırmada tüketici etnosentrizm ile hasta-hekim yönelimi ilişkisi ve etnosentrizmin hasta-hekim yönelimine etkisi üzerine ve tüketici etnosentrizm algısı ile hasta-hekim yönelimi algısının ankete katılım sağlayan bireylerin demografik verilerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı üzerine odaklanılmıştır.

Araştırmanın birinci ve ana hipotezi olan (H_{01}), geleneksel toplumda katılımcıların tüketici etnosentrizmi ve hasta-hekim yönelimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunması, katılımcıların tüketici etnosentrizm düzeylerin hasta-hekim yönelimi algıları üzerinde etkisinin olup olmadığının üzerine destek bulunamamıştır.

Arı ve Madran (2011)'ın satın alma kararlarında tüketici etnosentrizmi ve menşe ülke etkisinin rolünü saptamak üzere yapmış oldukları araştırmada, tüketici etnosentrizm algısını yüksek olarak saptamışlardır. Bu sonuç araştırmamızın sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bunun sebebi, örneklemlerin farklı olması, çalışmanın amacına yönelik kullanılan yöntemin farklı olması, katılımcıların demografik verilerinde bu çalışmadaki demografik özelliklere göre farklılıklar bulunması vb. olabilir.

Mutlu vd., (2011)'nin tüketici etnosentrizmi ve yabancı ürün satın alma niyeti arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapmış oldukları araştırmada da çalışmamızdan farklı olarak tüketici etnosentrizm eğilimleri çok yüksek çıkmıştır. Çalışmamızdan farklı olmasının sebebi, örneklemin farklı demografik özelliklere sahip olması, farklı eğitim seviyelerine ve farklı kültür seviyelerine sahip olmaları olabilir.

Araştırmanın hipotezleri ve sonuçları arasında yer alan katılımcıların tüketici etnosentrizm düzeylerinin ve hasta-hekim yönelimlerinin demografik verilere göre farklılaşıp farklılaşmadığı adına destek bulunmuştur.

Asil ve Kaya (2013)'nın Türkiye'de ikamet eden Türk tüketicilerinin etnosentrik eğilimlerini ölçmek ve bu tüketicilerin demografik verilerine göre etnosentrik eğilimlerinin değişip değişmediğini saptamak adına yapmış oldukları araştırmada, bizim çalışmamızda da saptandığı üzere ankete katılım sağlayanların etnosentrik eğilimlerinin 'orta seviyede' olduğu ve demografik verilere göre farklılaştığı saptanmıştır

Yarangümelioğlu (2014)'nun marka bağlılığı ve etnosentrizm çerçevesinde tüketici satın alma davranışlarını saptamak amacıyla gerçekleştirmiş olduğu araştırmada bizim araştırmamızı destekler nitelikte ankete katılım sağlayanların tüketici etnosentrizm yönelimleri demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir .

Önal vd., (2020)'nin tıp fakültesinde aktif olarak eğitim gören 4. 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin hasta-hekim yönelimleri ve demografik özellikleri ile arasındaki ilişkiyi incelemek ve hasta-hekim yöneliminin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, araştırmamızda da bulunduğu üzere hasta-hekim yönelimi puanlarının bazı demografik özelliklere göre farklılaştığı görülmektedir.

5.2. Sonuç

Anketin güvenilirlik sınaması için kullanılan testler; "Cronbach Alpha (CA), İkiye Bölme (split), Paralel ve Mutlak Kesin Paralel (strict)" şeklindedir. Kullanılan tüm kriterlerden bulunan sonuç %70'i geçtiğinde iç tutarlık ve güvenirlik sağlanmış olmaktadır. Yapılan analizler sonucunda Tüketici Etnosentrizm Ölçeği, alt boyutları ve Hasta-Hekim Yönelimi ölçeklerin 4 kriterde de %70 değeri geçilmiş, güvenilirlik sağlanmıştır. Böylece analiz çıktılarının da yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada, uygulanacak grup farklılığı analizi yöntemleri, normal dağılımın sağlanmasına göre değişim göstereceğinden, öncelikle faktörlere yönelik Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri uygulanmıştır. Her iki normallik testi sonucunda $p<0.05$ olduğundan normal dağılımın sağlanmadığını belirten H_1 hipotezi kabul edilir.

Cinsiyet açısından hasta-hekim yönelim ölçeği genel skoru, paylaşım ve bakım alt boyutlarında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Farkın kaynağına bakıldığında, paylaşım, bakım alt boyutlarında ve hasta-hekim yönelimi genel skorunda ortalama sıra (mean rank) değeri en yüksek olan erkek katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir. Erkek katılımcılar paylaşıma, bakıma ve hasta-hekim yönelimine kadınlara göre daha fazla önem vermektedir.

Yaş açısından tüketici etnosentrizm ölçeğinde, paylaşma ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuca göre yaş aralıklarının değişmesinin hasta-hekim yönelimi ve tüketici etnosentrizm üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Katılımcılar, Tüketici etnosentrizm için kararsızlık yönüyle, paylaşım ve bakım için kararsızlık yönüyle ve hasta-hekim yönelimi için yine kararsızlık yönüyle cevaplar vermiştir.

Öğrenim durumu açısından tüketici etnosentrizm ölçeğinde, paylaşım ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Farkın kaynağına bakıldığında, tüketici etnosentrizm ölçeği, paylaşım alt boyutu ve hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda ortalama sıra (mean rank) değerinin en yüksek olduğu öğrenim durumu "lise" olan katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir. Lise mazunları bu iki kavrama diğer öğrenim

seviyelerindeki kişilere göre daha fazla önem vermiştir. Bakım alt boyutunda fark, ortalama sıra (mean rank) değerinin en yüksek olduğu öğrenim durumu "yüksekokul (ön lisans)" olan katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bakım boyutuna yüksekokul mezunları diğer gruplara göre daha fazla katılıyorum yönüyle cevap vererek daha önemli görmüştür.

Algılanan ekonomik düzey açısından paylaşım ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Farkın kaynağına bakıldığında, paylaşım ve bakım alt boyutlarında, hasta-hekim yönelim ölçeği genel skorunda ortalama sıra (mean rank) değerinin en yüksek olduğu algılanan ekonomik düzey sorusuna "düşük" yanıtını veren katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir. Geliri düşük olan katılımcılar bu boyutlara daha fazla önem vermektedir.

Tüketici etnosentrizm skoru; paylaşım alt boyutunu %19,4 ($r=0,194$, $p=0,000$), bakım alt boyutunu %11,9 ($r=0,119$,$p=0,001$) ve hasta-hekim yönelim genel skorunu %19,3 ($r=0,193$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde (artırıcı) etkilemektedir. Paylaşım alt boyutu; bakım alt boyutunu %11,9 ($r=0,119$, $p=0,001$) ve hasta-hekim yönelim genel skorunu %66,6 ($r=0,666$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde (artırıcı) etkilemektedir. Bakım alt boyutu, hasta-hekim yönelim genel skorunu %48,9 ($r=0,489$, $p=0,000$) oranında pozitif yönde (artırıcı) etkilemektedir. Tüketici etnosentrizmi hasta-hekim yönelimi ile düşük düzeyde anlamlı ilişkili çıkmıştır.

Araştırmadaki regresyon denkleminde, Tüketici Etnosentrizmi, Hasta-Hekim Yönelimi üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır ($p<0.05$). Tüketici Etnosentrizmi Hasta-Hekim Yönelimi davranışını R^2 =%29,8 açıklama gücüne sahiptir. Tüketici Etnosentrizmi algısı 1 br. arttığında Hasta-Hekim Yönelimi davranışı algısı 0.275 br. artış gösterecektir. Böylece ana hipotez H_{01} sağlanmıştır.

5.3. Öneriler

Literatür incelendiğinde, Türkiye de Hasta-Hekim yönelimi ve Etnosentrizm ile ilgili çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmanın sonuçları ışığında, araştırmacılara;

- Etnosentrik ve tüketici etnosentrizm eğilimi arttıran nedenlerin araştırılması

- Etnosentrik ve tüketici etnosentrizm eğilimi arttıran nedenleri azaltıcı faktörlerin araştırılması,

- Hasta-Hekim yöneliminde, hasta yönelimli olan bireylerin neden hasta yönelimli oldukları, hekim yönelimli olan bireylerin ise neden hekim yönelimli olduklarının araştırılması,

- Bireylerin hasta yönelimli olmalarının veya hekim yönelimli olmalarının avantajları ve dezavantajlarının bulunması,

- Örneklem grubunun genişletilip, araştırmanın daha da genele yaygınlaştırılması

konuları üzerine araştırmalar yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKÇA

Adorno, T., Frenkel, E., Levinson, D. J., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality.* New York: Verso Books.

Akkavak, T. (2018). *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı.* Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi .

Arı, E. S., & Madran, C. (2011). Satın Alma Kararlarında Tüketici Etnosentrizmi ve Menşe Ülke Etkisinin Rolü. *Öneri Dergisi, 9*(35), 15-33.

Asil, H., & Kaya, İ. (2013). Türk tüketicilerin etnsentrik eğilimlerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 43*(1), 113-132.

Aysen, E., Yaylı, A., Ve Helvacı, E., "Üniversitelerin Marka Kişiliği Algısının Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma", İşletme Araştırmaları Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 4, 2012, Ss. 182-204.

Aysuna, C. (2006). *Tüketici Etnosentrizmini Ölçmede CETSCALE Ölçeği ve Türkiye Uygulaması.* İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract, 17*(82), 269-276.

Bilgin, N. (2003). *Sosyal Psikoloji Sözlüğü Kavramlar, Yaklaşımlar.* İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Capell, J., Dean, E., & Veenstra, G. (2008). The Relationship Between Cultural Competence and Ethnocentrism of Health Care Professionals. *Journal of Transcultural Nursing, 19*(2), 121-125.

Creswell, J. W. (2013). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Çakar, H. (2016). *Tüketicilerin Etnosentrik Eğilimlerine Göre Yabancı Marka İsimli Ürünlere Karşı Tutumların İncelenmesi* . Aksaray: Aksaray üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çiftçi, H. İ. (2011). *Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler.* İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çilhoroz, Y., & Arslan, İ. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Akademisyenler Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 799-810.

Çilingir, Z. (2014). Tüketici Etnik Kökenciliği Eğilimi Ölçeği (Cetscale) İstanbul ili tüketicileri üzerine bir pilot araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 7*(13), 209-232.

Demir, T., & Özdemir, B. (2013). Türkçe Eğitiminde Karagöz / Gölge Oyunları ile Değer Öğretimi. *Değerler Eğitimi Dergisi* , 57-89.

Dikme, Z. (2021). *Etnosentrizim Tutumunun Algılanan Destinasyon İmajına Etkisi.* Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.

Eke, E. (2014). *Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı.* Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası.* Ankara: Ankara Üniversitesi .

Gökçe, A. (2019). *Tüketici Etnosentrizmi ve Döviz Yatırım Tercihleri.* Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Guliyev, O. (2007). *Azerbaycan Tüketicilerinin Yerli ve Yabancı Markalı Ürünlerin Tercihinde Köken Ülke Faktörünün Önemi.* Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Han, C. M., & Terpstra, V. (1988). Country-of-origin effects for uni-nationall and binational products. *Journal of International Business Studies, 19*(2), 235-255.

Herche, J. (1994). Ethnoentric Tendencies, Marketing Strategy and Import Purchase Behaviour. *International Marketing Review, 11*(3), 4-16.

Hulka, B. S., Kupper, L. L., Cassel, J. C., & Thompson, S. J. (1971). A method for measuring physician's awareness of patients' concerns. *HSMHA health reports, 86*(8), 741-751.

Ian, M., & Freeman, T. (2009). *Textbook of Family Medicine 3rd ed.* Oxford: Oxford University Press.

İşler, D. B. (2013). Tüketici Etnosentrizmi ve Menşe Ülke Etkisi Ekseninde Satın Alma Kararlarındaki Rolü: Cetscale Ölçeği ile Bir Uygulama. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13*(1), 93-121.

Karasar, N., (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* İstanbul: Nadir Kitap Yayınlar.

Kavak, D. G. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi,* 15-30.

Keleş, M., (2008). "Etnosentrik (Ulusal Menşeli Ürün) Tüketim Davranışlarına Toplumsal Cinsiyet Etkisinin İncelenmesi: Bir Tüketim Değerleri Modeli Uygulaması", Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü,

Köken, Y. (2020). *Tüketicilere İletilen Sosyal Medya Mesajlarındaki Ürünleri Boykot Etmede Tüketici Etnosentrizmi ve Ekonomik Düşmanlığın Etkisi.* Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Krupat, E., Hiam, C. M., Fleming, M. Z., & Freeman, P. (1999). Patient-centredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med, 29*(3), 347-356.

Lantz, G., & Loeb, S. (1996). Country of Origin and Ethnocentrism: An Analysis of Canadion and American Preferences Using Social Identity Theory. *Advances in Consumer Research*(23), 374-378.

LeVine, R. A., & Campell, D. T. (1972). *Ethncentrizm: Theories of Conflict, Ethnic Attitudes and Group Behavior.* New York: John Wiley and Sons.

Logan, S., Steel, Z., & Hunt, C. (2016). Intercultural willingness to communicate within health services: Investigating anxiety, uncertainty, ethnocentrism and help seeking behaviour. *International Journal of Intercultural Relations*, 77.

Marshall, G. (1999). *Sosyoloji Sözcüğü (Çev. O. Akınhay ve D.Kömürcü).* Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Martinez, L., Zapata, I., & Garcia, B. (2000). Consumer Ethnocentrism Measurement-An assessment of the reliability and validity of the Cetscale in Spain. *Eurpean Journal of Marketing, 11*(56), 1353-1373.

Memişoğlu, D. (2011). *Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği.* Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Mutlu, M., Çeviker, A., & Çirkin, Z. (2011). Tüketici Etnosentrizmi ve Yabancı Ürün Satın Alma Niyeti: Türkiye ve Suriye Üzerine Karşılaştırmalı Analiz. *Sosyoekonomi Dergisi, 1,* 52-74.

Nijssen, E. J., & Douglas, S. P. (1999). Examining The Animosity Model in a Country with a high level of foreign trade. *International Journal of Research in Marketing*(21), 23-38.

Önal, Ö., Tamam, İ., & Eroğlu, H. N. (2020). Bir Tıp Fakültesi 4-5-6.sınıf öğrencilerinin hasta-hekim ilişkisinde hasta merkezliliğe yönelik tutumları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 27*(2), 200-208.

Önder, B. (2013). *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi.* Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstisüsü.

Özbek, M. F. (2004). Geleneksel Toplumlar ve Güven Bağlamında Etnosentrik Eğilim İlişkisi. *Akademik Bakış Dergisi*(3), 1-8.

Özdemir, S., & Edirne, T. (2018). Hasta-Hekim Yönelim Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Tıp Eğitimi Dünyası, 17*(51), 21-32.

Özkalp, E., Arıcı, H., Bayraktar, R., Aydın, O., Erkal, B., & Uzunöz, A. (2004). *Davranış Bilimlerine Giriş. (3.Basım).* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Robinson, J. H., Callister, L., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*, *20*(7), 600.

Sert, S. (2019). *Türkiye'de Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı(2003-2019).* Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Shimp, T. A., & Sharma, S. (1987). Consumer Ethnocentrism: Construction and Validation of the Cetscale. *Journal of Marketing Research, 24*(3), 280-289.

Soysal, A., & Yağar, F. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 12*(2), 313-344.

Sökmen, A., ve Tarakçıoğlu, S. (2010). "İşgören Etnosentrizmine Yönelik Bir Uygulama", *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 25-44.

Stewart, M., Brown, B. J., Weston, W. W., McWhinney, I., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* Oxon: Radcliffe Medical Press.

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient-centered care. *Br Med J, 5*(1), 322-444.

Şahin, G., & Artıran, F. (2014). Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 38-43.

Şen, H. (2013). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Bağlamında Toplam Kalite Yönetimi İle İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Kamu ve Özel Hastane Uygulamaları.* Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şentürk, B. (2019). *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Cepten Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi.* Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.

Thiederman, S. B. (1986). Ethnocentrism: a barrier o effective health care. *The Nurse Practitioner, 11*(8), 52-59.

TC Sağlık Bakanlığı (2003, Haziran 15) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf adresinden alınmıştır.

TC Resmi Gazete (1961) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, s: 3076–9.

TTB. (2018, Mayıs 5). *Türk Tabipleri Birliği. Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler Ne Oldu*. http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f009fcba-205d11e8-8f34-839045ac8dc0 adresinden alınmıştır.

TTB. (2017, Haziran 10). *Türk Tabipleri Birliği.* https://www.ttb.org.tr/ adresinden alınmıştır

Türkoğlu, İ. (2013). Yerel Yönetimlerin Mali Özerkliği. *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 15*(18), 25-35.

Thelen, S., Ford, J. B., & Honeycutt, E. D. (2006). Assessing Russian Consumers' Imported Versus Domestic Product Bias. *Thunderbird International Business Review, 48*(5), 687-704.

Yarangümelioğlu, D. (2014). Marka Bağlılığı ve Etnosentrizm Çerçevesinde Tüketici Satın Alma Davranışları. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 1*(39), 91-110.

Zandbelt, L. C., Smets, E. M., Oort, F. J., Godfried, M. H., & Haes, H. C. (2007). Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Med Care, 45*(4), 330-339.

WHO. (2021, Haziran 11). *WHO*. https://www.who.int/about/who-we-are/constitution adresinden alınmıştır

7. EKLER

Ek 1: Bilgi Formu

Sizi "**Geleneksel Toplumda Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın Etnosentrik Eğilimin Hekim Seçimine Etkisi**" başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Anket ve ölçek sorularına verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak olup bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Cinsiyetiniz : Kadın ( ) Erkek ( )

Yaşınız: 20'den küçük( ) 20 – 30 arası ( ) 31 – 40 arası ( )

41 – 50 arası ( ) 51'den büyük ( )

Öğrenim durumuzu belirtiniz:

İlköğretim ( ) Lise ( ) Yüksekokul (Ön lisans) ( )

Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )

Algılanan Ekonomik Düzey: Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek ( )

Mesleğiniz: ……

Aslen Nerelisiniz(Şehir)? ……..

İstanbul'da hangi bölgede oturmaktasınız: ……

Bulunduğunuz bölgede kaç senedir yaşamaktasınız?

- O 1 seneden az
- O 1 – 4 sene arasında
- O 4 – 7 sene arasında
- O 7 – 10 sene arasında
- O 10 seneden fazla

TÜKETİCİ ETNOSENTRİZM ÖLÇEĞİ(CETSCALE)

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Türk halkı ithal ürünler yerine her zaman Türk yapımı ürünler satın almalıdır.					
2. Sadece Türkiye'de bulunamayan ürünler ithal edilmelidir.					
3. Türk yapımı ürünler satın alın, Türkiye'nin çalışmaya devam etmesini sağlayın.					
4. Türk yapımı ürünler her zaman önce gelir.					
5. Yabancı menşeli ürünleri satın almak Türklüğe aykırıdır.					
6. Yabancı menşeli ürünleri satın almak doğru değildir çünkü bu Türklerin işsiz kalmasına yol açar.					
7. Gerçek bir Türk, her zaman Türk ürünlerini satın almalıdır.					

8. Diğer ülkelerin bizim üzerimizden zengin olmasına müsaade etmek yerine, Türkiye'de üretilmiş ürünler satın almalıyız.					
9. Türk ürünlerini satın almak her zaman en iyisidir.					
10. ihtiyaç olmadıkça diğer ülkelerden mal satın alımı ve ticaret çok az olmalıdır.					
11. Türk ticaretine zarar verip, işsizliğe yol açtığı için Türk halkı yabancı menşeli ürünleri satın almamalıdır.					
12. İthalatın her türüne sınırlamalar getirilmelidir.					
13. Uzun dönemde bana maliyetli de olsa, Türk ürünlerini desteklemeyi tercih ederim.					
14. Yabancıların, ürünlerini bizim pazarlarımıza sürmelerine izin verilmemelidir.					
15. Türkiye'ye girişlerinin azalması için yabancı ürünlere yüksek vergi uygulanmalıdır.					

16. Sadece kendi ülkemizde bulamadığımız ürünleri yabancı ülkelerden satın almalıyız.					
17. Diğer ülkelerde üretilen ürünleri satın alan Türk tüketiciler, Türk halkının işsiz kalmasından sorumludur.					

HASTA-HEKİM YÖNELİM ÖLÇEĞİ (PATIENT-PRACTITIONER ORIENTATION SCALE)

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Az da olsa Katılmıyorum	Az da olsa Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Muayene sırasında neyin konuşulacağına hekim karar vermelidir.						
2. Günümüzde sağlık hizmetlerinin birey merkezli olmaktan uzaklaşması, tıp alanındaki ilerlemeler için ödenmesi gereken küçük bir bedeldir.						
3. Hastalar hekimlerine güvenmeli ve kendi başlarına sağlık durumları hakkında bilgi edinmeye çalışmamalıdırlar.						
4. Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar.						
5. Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.						
6. Pek çok hasta yeni bir şey öğrenmiyor olsa bile soru sormaya devam eder.						
7. Hekimler hastalara kendileri ile eşit güç ve konumda olan biri gibi davranmalıdırlar.						
8. Hastalar genellikle sağlıkları hakkında						

bilgi verilmesi yerine, iyi olduklarına dair güvence verilmesini isterler.						
9. Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.						
10. Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir.						
11. Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz.						
12. Hasta yetkinin her zaman hekimin elinde olduğunun farkında olmalıdır.						
13. Hastayı tedavi etmek için onun kültürel altyapısını ve geçmişini bilmek o kadar da önemli değildir.						
14. Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır.						

Ek 2: Gönüllü Olur Formu

Sizi ***" Geleneksel Toplumda Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın Etnosentrik Eğilimin Hekim Seçimine Etkisi"*** başlıklı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Katılımcının/Vasisinin/Velisinin Adı Soyadı :
İmza/Tarih :

Onama Tanıklık Eden Kişinin Adı Soyadı
İmza/Tarih

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Nursel Aydıntuğ Myrvang
İmza:

9.İNTİHAL RAPORU

GELENEKSEL TOPLUMDA SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMANIN ETNOSENTRİK EĞİLİMİN HEKİM SEÇİMİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%11	%2	%11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Balıkesir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%2
2	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	%2
3	paperity.org İnternet Kaynağı	%2
4	Submitted to Aksaray Aniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
5	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
7	abakus.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
8	giak2016.isikun.edu.tr İnternet Kaynağı	%1