



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Halk Sağlığı

[Doktora Tezi]

**KAMU VE ÖZEL DİŞ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN  
UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK TUTUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İsa SOYLU  
ORCID: 0000-0001-6054-0832

Danışman  
Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRÇİ  
ORCID: 0000-0001-9015-7367

Konya – 2026



## ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda almış olduğum doktora eğitimim boyunca, bilgi ve tecrübesiyle bana güven veren öğrencisi olmakla iftihar ettiğim kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN' e

Yoğun çalışma temposuna rağmen bana her ihtiyaç duyduğumda kapısını açan her zaman bana vakit ayırarak yol gösteren kıymetli hocam sayın Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ' ye

Doktora öğrenciliğim boyunca zor zamanlarımda güler yüzüyle ve motive edici konuşmalarıyla bana moral veren kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Yasemin DURDURAN' a

Eğitim dönemim boyunca yardımlarını ve hoşsohbetlerini esirgemeyen kıymetli hocalarım sayın Prof. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR' e ve sayın Prof. Dr. Mehmet UYAR' a

Tez çalışmamda kullanmam için Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeğini geliştiren ve izin talebime olumlu cevap veren sayın Dr. Öğretim Üyesi Mehtap YÜCEL' e

Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesinde anket çalışması yapmama izin veren sayın Prof. Dr. Ali Rıza TUNÇDEMİR' e

Anket çalışması için bana kapılarını açan özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniklerine ve anketime zaman ayırarak dolduran tüm katılımcılara

Bu günlere gelmemi sağlayan, beni büyütüp yetiştiren ülkesi için faydalı bir insan olmamı isteyen ne yapsam haklarını ödeyemeyeceğim anneme ve babama

Sabrı ve anlayışıyla eğitim hayatımı kolaylaştıran ve her zaman yanımda olup bana destek veren değerli eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İsa SOYLU

Ocak 2026

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>TEZ ONAY SAYFASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b> .....	<b>vii</b>
<b>BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
1.1.Giriş.....	1
1.2.Amaç.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	3
2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı.....	3
2.1.2. Birinci basamak sağlık hizmetleri.....	4
2.1.3. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri.....	7
2.1.4. Yoğun bakım ve palyatif bakım.....	12
2.2. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri .....	13
2.3. Dünya Genelinde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	16
2.4. Uzaktan Sağlık Hizmetleri.....	17
2.4.1. Uzaktan sağlık hizmetlerine giriş.....	17
2.4.2. Teletıp ve telesağlık.....	20
2.4.3. Uzaktan sağlık hizmetleri sözleşmesine hukuki bakış.....	22
2.4.4. Teletıbbın gerekliliği.....	23
2.4.5. Sağlık hizmeti pazarlaması bağlamında teletıp .....	25
2.5. Diş Hekimliğinde Uzaktan Sağlık Hizmetleri .....	27
2.5.1. Tele diş hekimliğinde etik ve yasal durum.....	29
2.6. Giyilebilir Sağlık Sistemleri .....	30
2.7. Toplumun Teletıp Uygulamalarına İlişkin Algısı.....	32
2.7.1. Uzaktan sağlık hizmetlerinin geleceği .....	33
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>37</b>
3.1. Araştırma Türü.....	37

3.2. Araştırma İzinleri .....	37
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	37
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	37
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları .....	38
3.6. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri .....	38
3.7. İstatistiksel Analiz .....	39
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>41</b>
<b>5. TARTIşMA .....</b>	<b>49</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>57</b>
6.1. Sonuç .....	57
6.2. Öneriler .....	57
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>61</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>67</b>
8.1. EK 1 Etik kurul kararı .....	67
8.1. EK 2 Anket Formu .....	68

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi İSA SOYLU'nun "Kamu ve Özel Diş Polikliniklerine Başvuran Hastaların Uzaktan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 07.01.2026

Tez Danışmanı Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDERCİ  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Jüri Üyesi Prof. Dr. Yasemin DURDURAN  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Jüri Üyesi Doç. Dr. M. Kürşat AYRANCI  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Jüri Üyesi Prof. Dr. Fatih KARA  
Selçuk Üniversitesi  
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Osman ULUSAL  
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi  
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 14/01/2026 tarih ve 01/13 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

## TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

*Kamu ve Özel Diş Polikliniklerine Başvuran Hastaların Uzaktan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi* başlıklı tez çalışmamın toplam **70** sayfalık kısmına ilişkin, 28.01.2026 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **% 10** olarak belirlenmiştir. (Turnitin Raporunun ekran görüntüsünün çıktısının danışmanın ıslak imzası ile ayrı bir sayfa olarak Enstitüye teslim edilmesi gerekmektedir.)

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Ön söz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%20) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

28.01.2026

İsa SOYLU

Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

## **BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ**

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

07.01.2026

İsa SOYLU

## SİMGELER VE KISALTMALAR

### KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ADSH	:	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
ADSM	:	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ANOVA	:	Analysis of Variance
CYBH	:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DM	:	Diabetes Mellitus
DMFT	:	Decayed, Missing, and Filled Teeth
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	:	Elektrokardiyografi
FDI	:	World Dental Federation
IADR	:	International Association for Dental Research
IMF	:	International Monetary Fund
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LGBI	:	Low Glucose of Blood Index
LOC	:	Loss of Consciousness
MHRS	:	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OECD	:	Organisation for Economic Co-Operation and Development
ÖFG	:	Özel Finans Girişimi
PPG	:	Fotopiletismogram
QALY	:	The Quality-Adjusted Life Year
SMS	:	Short Message Services
SPSS	:	Statistical for the Social Sciences
WHO	:	World Health Organization

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	40
Tablo 4.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı, İlaç, Teknolojik Cihaz Kullanımı, Engelli Birey Varlığı ve Mobil Uygulama Kullanma Durumları .....	42
Tablo 4.3. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarına Başvurmaları ile İlgili Özellikler.....	43
Tablo 4.4. Toplam Ölçek Puanı ile Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.5. Toplam Ölçek Puanı ile Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarına Başvurmalarına Ait Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	46

## ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Halk Sağlığı  
[Doktora Tezi]

### KAMU VE ÖZEL DIŞ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN UZAKTAN SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İsa SOYLU

Konya-2026

İnsanlığın varoluşundan bu yana sağlık, önemini her zaman ve her şartta göstermiştir. Bununla birlikte kaçınılmaz olarak sağlık hizmetleri de sürekli bir değişim ve dönüşüm içerisinde olmuştur. Bu değişim ve dönüşüm toplumun artan sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılayacak şekilde olmalıdır. Son dönemde özellikle covid 19 pandemisi sebebiyle uzaktan sağlık hizmetlerinin önemi anlaşılmıştır.

Bu araştırmanın amacı, Konya İli Meram ilçesinde kamu ve özel ağız ve diş sağlığı polikliniklerine başvuran bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesidir.

Kesitsel tipteki bu araştırma, 01-31 Mayıs 2023 tarihleri arasında Konya ili Meram ilçesinde bulunan özel ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ile Necmettin Erbakan üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran, 18 yaş ve üzeri, en az okur-yazar düzeyinde olan 404 katılımcı ile yürütülmüştür. Çalışma 01.05.2023 ve 31.05.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin 18 soru yer almıştır. İkinci bölümde ise 2023 yılında geliştirilen ve 18 maddeden oluşan "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ve uygun parametrik/parametrik olmayan testler ile analiz edilmiştir.

Bulgulara baktığımız zaman katılımcıların %60,1'i kadın, %39,9'u erkektir. Katılımcıların %63,9'u evli, %36,1'i bekârdır. Eğitim düzeyi bakımından %41,1'i üniversite mezunu, %23,3'ü lise mezunu, %35,6'sı diğer eğitim düzeylerinde yer almaktadır. Katılımcıların %53,2'si aktif olarak çalışmakta, % 46,8'i çalışmamaktadır. Gelir durumunun yetersiz olduğunu belirtenlerin oranı %28,2, gelirinin giderine denk olduğunu belirtenlerin oranı %52, yeterli olduğunu belirtenlerin oranı ise %19,8'dir. Katılımcıların %93,6'sı teknolojik cihaz kullanmakta, %91,8'inin evinde engelli ve bakıma muhtaç birey bulunmamaktadır. Analizler sonucunda, evde engelli veya bakıma muhtaç birey bulunması ile uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05).

Sonuç olarak elde edilen bulgular, evde engelli veya bakıma muhtaç birey varlığının uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Uzaktan sağlık hizmetlerinin daha geniş kitlelere ulaştırılması, özellikle bakım gereksinimi olan bireylerin ve ailelerinin bu hizmetlerden daha etkin yararlanabilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle, toplumda uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin farkındalık ve kabul düzeyini artırmaya yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid 19, Tele sağlık, Tele tıp, Uzaktan Sağlık Hizmetleri.

## ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences  
Department Of Public Health  
Public Health  
[Doctoral Thesis]

### EVALUATION OF THE ATTITUDES OF PATIENTS APPLYING TO PUBLIC AND PRIVATE DENTAL CLINICS TOWARDS REMOTE HEALTH SERVICES

İsa SOYLU

Konya-2026

Since the dawn of humanity, health has always demonstrated its importance in every situation and under all circumstances. However, healthcare services have inevitably been in a constant state of change and transformation. This change and transformation must be such that it meets the growing healthcare needs of society. Recently, especially due to the Covid-19 pandemic, the importance of remote healthcare services has become clear.

The aim of this research is to evaluate the attitudes of individuals who apply to public and private oral and dental health clinics in Meram district of Konya Province towards distance health services.

This cross-sectional study was conducted between May 1 and May 31, 2023, with 404 participants aged 18 years and older who were at least literate and who visited private oral and dental health clinics in the Meram district of Konya province and the Faculty of Dentistry at Necmettin Erbakan University. The study was conducted between May 1, 2023, and May 31, 2023. A survey form consisting of two sections was used as a data collection tool. The first section contains 18 questions regarding the participants' sociodemographic characteristics and health service utilization. In the second section, the "Attitude Scale Towards the Use of Remote Healthcare Services," developed in 2023 and consisting of 18 items, was used. The data were analyzed using descriptive statistics and appropriate parametric/nonparametric tests.

Looking at the findings, 60.1% of the participants are female and 39.9% are male. 63.9% of the participants are married and 36.1% are single. In terms of educational level, 41.1% are university graduates, 23.3% are high school graduates, and 35.6% have other levels of education. 53.2% of participants are actively working, while 46.8% are not working. The percentage of those who stated that their income was insufficient was 28.2%, the percentage of those who stated that their income was sufficient to cover their expenses was 52%, and the percentage of those who stated that their income was sufficient was 19.8%. 93.6% of participants use technological devices, and 91.8% do not have a disabled or dependent individual in their household. The analysis revealed a statistically significant relationship between having a disabled or care-dependent individual in the household and attitudes toward remote healthcare services ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, the findings indicate that the presence of a disabled or dependent individual at home has an impact on attitudes towards remote healthcare services. The wider availability of remote healthcare services is important, particularly in terms of enabling individuals requiring care and their families to benefit more effectively from these services. Therefore, there is a need for education and awareness campaigns to increase awareness and acceptance of remote healthcare services in society.

**Keywords:** Covid 19, Remote Healthcare, Telehealth, Tele-medicine.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda, taraf devletlerin Birleşmiş Milletler Antlaşması'na uygun biçimde, tüm halkların mutluluğu ve güvenliği için temel kabul ettikleri sağlık tanımı; “yalnızca hastalığın veya sakatlık hâlinin olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâlidir” şeklinde yer almaktadır (WHO, 1995). En yüksek standartlarda sağlık hizmetlerine erişim, ırk, din, siyasi görüş, sosyal ya da ekonomik durum gözetilmeksizin tüm bireylerin doğal hakkı olarak kabul edilmiştir (WHO, 1995).

Sanayi Devrimi sonrasında, özellikle sağlık başta olmak üzere nüfus artışıyla birlikte şehir merkezlerinde yaşanan büyüme ve değişim, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen tüm hizmetleri dönüştürmüştür. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanabilmesi için sağlık kurumlarının gelişim düzeyi tartışma konusu hâline gelmiştir (Paylan & Berkmen, t.y.).

Zamanla dönüşüm geçiren sağlık hizmetleri, önemli ilerlemeler kaydetmiş ve devletlerin, dolayısıyla toplumların gelişmişliği ile paralel bir seyir izlemiştir. Sağlık hizmetlerinin çoklu hizmet alanlarıyla bütünleşmiş yapısı, sektörü karmaşık ve çok boyutlu bir çerçeveye taşımıştır (Çam vd., 2023). Bununla birlikte, sağlığın iyileştirilmesi bir sağlık sisteminin temel amacı olmakla birlikte, tek amacı değildir.

İyi sağlık hedefi iki temel boyutta ele alınmalıdır: Bunlardan ilki, ulaşılabilir en yüksek ortalama iyilik düzeyidir; ikincisi ise bireyler ve gruplar arasındaki farklılıklara rağmen adaletin sağlanmasıdır. Buradaki “iyilik”, bireylerin sağlık sisteminden bekledikleri hizmetleri alabilmeleri; “adalet” ise sistemin, ayırım gözetmeksizin herkese eşit hizmet sunabilmesi anlamına gelmektedir (WHO, 2000). Bu hedeflere ulaşmada sağlık sistemlerinin dört temel işlevi ne ölçüde yerine getirdiği belirleyici olmaktadır: hizmet sunumu, kaynak üretimi, finansman ve yönetim (WHO, 2000).

Tutum ölçümüne yönelik yapılan çalışmalar, genellikle üç başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalar, tutum hakkında yapılan çıkarımların dayandığı gösterge türlerine göre belirlenmektedir.

- Birinci sınıf, bireylerin belirli cümlelere veya sıfatlara verdikleri tepkiler doğrultusunda yapılan çıkarımları içerir. Bu tür yöntemler "ölçekleme teknikleri" olarak adlandırılır ve genellikle ölçek adı verilen araçlarla gerçekleştirilir.

- İkinci sınıf, bireylerin sergilediği doğrudan davranışlara dayalıdır ve bu davranışlar üzerinden tutumlara yönelik sonuçlar elde edilir. Bu yaklaşım genellikle gözleme dayalı veri toplama ve tutum-davranış ilişkisini kurmayı gerektirir.
- Üçüncü sınıf ise bireylerin fizyolojik tepkilerine dayanarak tutum hakkında çıkarım yapılmasına olanak sağlayan yöntemleri kapsamaktadır. Ancak, tutum ölçümünden genellikle anlaşılan, bireylerin belirli cümle ya da sıfatlara yönelik öznel duygusal tepkilerini ifade etmeleridir (Anderson & Çıkrıkçı, 2019).

## 1.2. Amaç

Bu tez çalışmasının temel amacı, Konya İli Meram ilçesinde faaliyet gösteren özel ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran, 18 yaş üstü ve okur-yazarlığı bulunan bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması

#### 2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı

Sağlığın korunmasına ve nesillerin devamlılığının sağlanmasına yönelik çabalar, canlılığın başlangıcından itibaren süreklilik göstermektedir. Hayvanlarda içgüdüsel davranışlarla ortaya çıkan bu eğilim, insanlarda zaman içerisinde bilinçli, iradi ve toplumsal davranışlara dönüşmüştür. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin insanlık tarihi kadar eski olduğu, her ne kadar bugünkü anlamda olmasa da tarihsel bir süreklilik içinde geliştiği kabul edilebilir (Akdur vd., 1998).

Sağlık hizmetleri tarihsel süreç içerisinde; mistik dönem, polifarmasi dönemi, etiyolojik dönem ve çağdaş dönem olmak üzere dört ana evrede incelenebilir:

- **Mistik dönem:** Bilimsel bilgi birikiminin henüz oluşmadığı bu dönemde, sağlık ve hastalık kavramları doğaüstü güçlerle ilişkilendirilmiş, büyü, muska ve nazar boncuğu gibi uygulamalar yaygın olarak kullanılmıştır.
- **Polifarmasi dönemi:** Bireyler, günlük yaşamlarında bazı bitkisel ve doğal ürünlerin hastalıkları iyileştirici etkilerini tesadüfen keşfetmiş, bu gözlemleri zamanla sistematize ederek uygulamaya koymuşlardır. Mısır püskülü ve zencefil yaprağı gibi bitkiler, bu dönemin günümüze ulaşan örneklerindedir.
- **Etiyolojik dönem:** Hastalıkların farklı nedenlerden kaynaklandığı anlaşılmış ve araştırmalar hastalık etkenlerine yönelmiştir. Bu dönem, özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin bilimsel temellerinin atılması açısından önemlidir.
- **Çağdaş dönem:** Günümüzde hastalıkların oluşumuna dair “gerekli ve yeterli neden” kavramları öne çıkmıştır. Örneğin, çevresel bir faktör mevcut olsa bile, yeterli nedenin yokluğunda hastalık gelişmeyebilir. Bu anlayışla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerinde öncelik kazanmıştır.

Bu gelişim çizgisi doğrultusunda çağdaş sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri şu şekilde özetlenebilir:

- İnsan hayatı bir bütündür; sağlıklı ve hastalıklı olarak ayrılamaz.
- İnsan ve çevresi birbirinden bağımsız değerlendirilemez.
- Sağlık hizmetlerinin önceliği, bireyin sağlığının korunmasıdır.
- Koruyucu hizmetler, uygulanması daha kolay ve ekonomik olduğundan önceliklidir.
- Hastalık sadece bireyi değil, ailesini, toplumu ve dolaylı olarak tüm insanlığı etkiler.
- En sık ve yaygın görülen, sakatlığa neden olan ve ekonomik kayıplara yol açan hastalıklar, öncelikli sağlık sorunlarıdır.
- Sağlık hizmeti bir ekip çalışması gerektirir.

Bu ilkeler doğrultusunda, sağlık hizmetleri “sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonuna yönelik tüm faaliyetlerin bütünüdür” şeklinde tanımlanabilir (Akdur vd., 1998).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelendiğinde, Osmanlı ve Cumhuriyet dönemleri şeklinde iki ana başlık altında değerlendirmek mümkündür. Ancak Osmanlı dönemine ait sınırlı sayıda veri bulunması nedeniyle tam anlamıyla karşılaştırmalı bir analiz yapmak güçtür. Buna rağmen, bu dönemler arasındaki yapısal farkların kavranması sağlık hizmet sunumundaki değişimlerin anlaşılması açısından önem arz etmektedir.

Özellikle imparatorluktan ulus devlete geçiş süreci, tüm kamu hizmetlerinin olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de niteliğinde köklü bir dönüşüm yaratmıştır. Osmanlı’da daha çok geleneksel yapılar olan şifahaneler öne çıkarken, Cumhuriyet döneminde bu yapıların yerini bilimsel temele dayanan, hekimlerin merkezde yer aldığı organize kamu sağlık sistemleri almıştır (Kasapoğlu, 2016).

### **2.1.2. Birinci basamak sağlık hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması ve birinci düzeyde tanı, tedavi ile rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte sağlandığı, bireylerin hizmetlere kolaylıkla ulaşabildiği, ekonomik, etkin ve yaygın nitelikli sağlık hizmetleridir.

Türkiye’de bu hizmetler, 1960 yılından itibaren sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla sunulmaya başlanmıştır. Ancak 2005 yılı itibarıyla, halk sağlığı uygulamaları açısından önemli bir gelişme olarak değerlendirilen aile hekimliği sistemi hayata geçirilmiş ve yaygınlaştırılmıştır.

Günümüzde ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Aile Hekimliği Birimi
- Aile Sağlığı Merkezi
- Toplum Sağlığı Merkezi
- Sağlık Evi
- Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi
- Verem Savaş Dispanseri
- Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Birimi
- E2 – E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri
- Halk Sağlığı Laboratuvarları
- 112 Acil Yardım İstasyonları
- 112 Acil Yardım Ambulansları (Atasever & Bağcı, 2020)

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde temel hedeflerden biri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve erişilebilirliğinin artırılması, aynı zamanda aile hekimliği uygulaması yoluyla sağlık hizmetlerinin etkinliğinin sağlanması olmuştur (Çabuk & Menteş, t.y.).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, yapısal olarak çok boyutlu bir sistemdir ve bu sistem; örgütlenme biçimi, ekonomik kaynaklar, insan gücü ve malzeme temini gibi unsurlar üzerine inşa edilmiştir.

Bu hizmetlerin temel özellikleri arasında; bireylerin sağlık sistemine ilk başvuru noktası olmaları, hastalık merkezli yaklaşımdan ziyade birey merkezli ve sürekli bakım anlayışını benimsemeleri, farklı disiplinler arasında entegrasyonu sağlamaları yer alır. Bu bütüncül ve kapsayıcı yapı, sık karşılaşılan sağlık sorunlarının tanımlanması ve çözümünde önemli bir rol üstlenir. Sevk oranının yüksek olması, birinci basamak hizmetlerinin kapsayıcılığının düşük olduğunu gösterir (Ayhan Başer vd., 2015).

Bireyler genellikle koruyucu sağlık hizmetleri, reçete yazdırma, enjeksiyon, pansuman

gibi müdahaleler ve sağlık raporu almak amacıyla aile sağlığı merkezlerine başvurmaktadır. Bu merkezlerde hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte sunulmaktadır (Samancı, 2020).

Günümüzde birçok ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel sunum şekli, aile hekimliği uygulamaları aracılığıyla sağlanmaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul görmekte olup, 2000 yılında tüm uzmanlık dalları içerisinde en fazla hekim sayısına ulaşmıştır. Bugün ise, en fazla hastaya hizmet sunan uzmanlık alanı konumundadır.

İngiltere'de ise 1947 yılında başlatılan aile hekimliği uygulaması kapsamında, ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk olmaksızın başvuru yapılması yasaklanmıştır. Ülkede ikinci basamak başvuru oranı yaklaşık %10 düzeyindedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü olduğu ülkelerde, ikinci ve üçüncü basamak kurumlara sevk oranı yaklaşık %15 seviyesindedir. Türkiye'de ise, 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile pratisyen hekimler ve ebelerin görev aldığı bir modelle, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bir arada sunulması hedeflenmiştir. Aile hekimliği uygulaması ilk kez 2005 yılında Düzce ilinde pilot olarak başlatılmış, 2010 yılı itibarıyla tüm yurttan yaygınlaştırılmıştır (Ayhan Başer vd., 2015).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruma, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere üç temel hizmet alanı bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri; sağlık sorunu ortaya çıkmadan önce hastalığa neden olabilecek etkenlerin ortadan kaldırılması (birincil koruma) veya hastalıkların erken evrede teşhisi ve tedavisini (ikincil koruma) kapsar. Sigarayı bırakmak ya da obezite ile mücadele gibi girişimler, bu anlamda koruyucu hizmetlerin etkisini açıkça göstermektedir.

Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde, birincil ve ikincil koruma stratejileri büyük önem kazanmıştır. Virüsle temasın önlenmesi ve temaslı bireylerin izolasyonu gibi önlemler pandeminin kontrol altına alınmasında etkili olmuştur. Türkiye'de de fiyasyon uygulamaları, Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda il sağlık müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezleri aracılığıyla etkin biçimde yürütülmüştür (Samancı, 2020). Bu süreçte, diş hekimleri de dâhil olmak üzere çok sayıda sağlık çalışanı aktif görev almıştır.

Sağlık sisteminden memnun kalan bireyler, sunulan hizmetlerden daha etkin bir şekilde yararlanmakta; bu durum, önerilen tedavi planlarına uyumu artırmakta ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarının doğru tıbbi bilgilere ulaşması da hizmet kalitesine katkı sağlamaktadır (Demir vd., 2024).

Türkiye’de, Refik Saydam’ın öncülüğünde benimsenen dikey örgütlenme modeli, 20. yüzyıl ortalarına kadar sürdürülmüştür. Bu dönemde trahom, sıtma, lepra ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele ön plandadır. Ardından, Nusret Fişek’in katkılarıyla 1963 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” yasası ile “sağlık ocağı” kavramı geliştirilmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel yapı taşlarından biri olmuştur.

Birinci basamak uygulamaları, sağlık sistemine yapılan “ilk başvuru yeri” olarak nitelendirilmekte ve bu basamakta görev yapan hekimler, literatürde “gatekeeper” (kapı bekçisi) olarak adlandırılmaktadır. Bu hekimler, hastaların ilk başvurdukları kişilerdir ve gerekli gördüklerinde onları ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedirler (Akman & Tarım, 2020).

### **2.1.3. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri**

Eğitim ve araştırma hastaneleri dışında kalan devlet hastaneleri, özel hastaneler ve özel dal hastanelerinde sunulan sağlık hizmetleri ikinci basamak sağlık hizmetlerini; üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel dal eğitim ve araştırma hastanelerinde sunulan hizmetler ise üçüncü basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Atasever & Bağcı, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre hastane; gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunan, hastaların kısa ya da uzun süreli tedavi alabildikleri yataklı sağlık kuruluşları olarak tanımlanmıştır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde ise hastane; hasta, yaralı, hastalık şüphesi taşıyan bireyler ile sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyen kişilere ayakta ya da yatarak müşahede, muayene, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, doğumların gerçekleştirildiği kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (Atasever & Bağcı, 2020).

Poliklinik hizmetleri, hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü, hastaneye yatış

gerektirmeyen durumlarda acil müdahale, teşhis ve tedavi hizmetlerinin sağlandığı bu birimler, yataklı tedavi kurumlarının hasta bakım ve tedavi hizmetleri açısından temel unsurlarından biridir (Köse & Büyükmirza, 2024). Poliklinikler, hem acil servis hem de rutin muayene alanlarında hastaların ilk başvurduğu yerler olup, ayakta tedavi hizmetlerinin yanı sıra klinik yatışı gereken hastaların ilk değerlendirildiği birimlerdir (Beştemir & Aydın, 2022).

Hastaneler, sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi bir rol üstlenmektedir. Uzman hekimler, yardımcı sağlık personeli ve çeşitli uzmanlık dallarını bünyesinde barındıran bu kuruluşlar, teknik altyapıları, fiziki donanımları ve insan kaynağı kapasitesiyle büyük ölçekli ve karmaşık yapıları hizmet organizasyonlarıdır (Aytaç & Aslan, 2023). Hastanelerin temel işlevi, insan sağlığını koruma, tedavi etme ve rehabilite etme misyonuna dayanmaktadır.

Coşğun'a (2018) göre hastaneleri diğer kurum ve işletmelerden ayıran başlıca özellikler şunlardır:

- Hizmet odaklı organizasyon yapısına sahip olmaları,
- Karmaşık, açık ve dinamik sistemler olarak faaliyet göstermeleri,
- Matriks organizasyon yapısıyla çalışmaları.

### **Hastanelerin Sınıflandırılması:**

#### **Mülkiyet Esasına Göre:**

- Kamu Hastaneleri (Sağlık Bakanlığı, belediyeler, üniversiteler)
- Özel Hastaneler (Özel kişi, kuruluş, dernek, vakıf, yabancılara veya azınlıklara ait hastaneler)

#### **Hizmet Türüne Göre:**

- Genel Hastaneler (En az 50 yatak kapasitesine sahip)
- Özel Dal Hastaneleri (Belirli yaş grubu, cinsiyet veya hastalık grubuna yönelik hizmet)
- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (Uzman yetiştirme ve bilimsel araştırma faaliyetleri)

### **Büyüklüğüne Göre:**

- Yatak kapasitelerine göre: 20, 50, 100, 200, 400, 600, 800 yataklı
- Hastaneler

### **Sağlık Bakanlığı'nın Bölge Planlamasına Göre:**

- A1 Grubu: Beş ana dalda uzman eğitimi verebilen, üçüncü basamak
- hizmet sunan hastaneler
- A2 Grubu: Bölgesel sağlık merkezi niteliğinde, eğitim faaliyeti
- olmayan genel hastaneler
- B Grubu: İlçelerde faaliyet gösteren genel hastaneler
- C Grubu: Dört ana branşta uzman hekim, diğer branşlarda en az iki uzman, yoğun bakım ve birinci seviye acil servisi bulunan hastaneler
- D Grubu: En az 25 yataklı, doğumhane ve ameliyathane içeren, uzman hekim gözetiminde tedavi sunan hastaneler
- E Grubu: 25'ten az yatağı olan, ilçe entegre hastaneleri (Aytaç & Aslan, 2023).

Hastane planlaması; mevcut binanın tadilatı, ek bina yapımı ya da yeni tesis kurulması gibi seçeneklerin, mevcut veriler ve öngörüler doğrultusunda en yüksek faydayı sağlayacak biçimde değerlendirilmesiyle gerçekleştirilmelidir (Cansever & Gökkaya, 2023).

Türkiye'de hastane planlamalarına tarihsel bir perspektifle bakıldığında; hastane sayısının artırılması ve ülke geneline yayılması her zaman hedeflenmiş, ancak bu amaca yönelik sistematik planlamalara ilk kez 2011 yılında yayımlanan Yataklı Sağlık Tesisleri Planlaması ile başlanmıştır. Bu belgede, sağlık tesislerinin yer seçimi ve yatak kapasitelerine ilişkin uzun vadeli bir yol haritası sunulmuştur (Cansever & Gökkaya, 2023).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, evrensel sağlık kapsayıcılığı ve hizmete finansal erişimin sağlanmasının ardından, fiziksel ve bölgesel erişimi artırmayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda öne çıkan iki önemli uygulama, sağlık hizmet bölgeleri ve şehir hastaneleri olmuştur (Cansever & Gökkaya, 2023).

Son yıllarda kamu hizmet sunum anlayışında önemli bir paradigma değişimi yaşanmıştır. Devlet, doğrudan hizmet üretiminden çekilerek, hizmetlerin planlanması,

düzenlenmesi ve denetlenmesi görevine odaklanmış; üretim ve sunum süreçlerini özel sektöre devretmeye başlamıştır. Bu durum, klasik anlamda “özelleştirme” kavramından farklı olarak “kamu-özel ortaklığı” ya da “kamu-özel işbirliği” modelleri şeklinde tezahür etmektedir (Gökkaya, 2021).

1980’li yıllardan itibaren gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin önemli reformlar gerçekleştirilmiştir. Yaşlı nüfusun artışı ve teknolojiye hızlı gelişmeler, sağlık harcamalarında ciddi artışlara neden olmuş ve kamu sektörünü mali sürdürülebilirlik açısından yeni çözümler aramaya yöneltmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda özel sektörle işbirliği, makul ve etkin bir çözüm olarak benimsenmiştir. Uluslararası kuruluşlar, özellikle IMF ve Dünya Bankası, sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması sürecinde bu modeli desteklemektedir. Yeni paradigma çerçevesinde devlet, üretim ve sunumdan ziyade düzenleme ve denetleme işlevlerini üstlenerek, koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmakta ve kaynak kullanımında etkinliği artırmayı hedeflemektedir (Günaydın, 2011).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hedeflenen başlıca reformlar:

- Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı ve düzenleyici rolünün güçlendirilmesi
- Tüm bireyleri kapsayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması
- Erişilebilir, nitelikli ve güler yüzlü sağlık hizmeti sunulması
- Aile hekimliği sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi
- Sevk zincirinin etkinleştirilmesi
- İdari ve mali açıdan özerk sağlık kurumlarının teşvik edilmesi
- Yüksek motivasyona sahip, donanımlı sağlık personelinin istihdamı
- Eğitim ve bilim kurumlarıyla iş birliği yapılması
- Kalite ve akreditasyon çalışmalarının önceliklendirilmesi
- Kurumsal anlamda akılcı ilaç ve malzeme yönetiminin benimsenmesi (Beylik vd., 2015)

### **Özel Finans Girişimi Modeli ve Sağlık Sektöründeki Uygulamaları:**

#### **Değerlendirme ve Eleştiriler**

Sağlık hizmetlerine yönelik talep ile arz arasındaki giderek artan uyumsuzluk nedeniyle,

birçok OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkesi ile orta gelirli ülke, sağlık altyapısının—özellikle iyi donanımlı hastanelerin—özel sektör tarafından karşılandığı, temel sağlık hizmetlerinin ise kamu sektörü eliyle sunulduğu Özel Finans Girişimi (ÖFG) modelini benimsemiştir. Bu çerçevede, küresel ölçekte kurulan ortaklıklar genellikle çok uluslu şirketler ile çoğunlukla araştırma kuruluşları veya donörler arasında gerçekleşmektedir. Söz konusu ortaklıklara örnek olarak, belirli amaçlara yönelik üretilen ilaçların bazı uluslararası kuruluşlara ücretsiz ya da sübvansiyonlu şekilde temin edildiği ilaç bağış programları gösterilebilir (Thadani, 2014).

Kamu-özel işbirliğine dayalı projelerde sözleşmelerin başarısını değerlendirebilmek adına, üç temel evrenin (proje geliştirme ve fizibilite, ihale süreci ve finansal kapanış) ayrıntılı biçimde analiz edilmesi gerekmektedir. İlk aşamada gerçekleştirilen fizibilite çalışmaları, projenin ekonomik ve teknik açıdan uygulanabilirliğini ortaya koymaktadır. İkinci aşama olan ihale sürecinde ise, projeye teklif veren yatırımcılar, "pazar için rekabet" ilkesi çerçevesinde projeye parasal bir değer biçerler. Bu süreçte dikkatle hazırlanan şartnameler ve sözleşmeler, risklerin taraflar arasında adil biçimde dağıtılmasına imkân tanıyacak şekilde yapılandırıldığında, projenin değeri artmakta ve finansman kuruluşlarının sürece dâhil olması kolaylaşmaktadır. Bu üç aşama başarıyla tamamlandığında, proje öngörülen maliyet sınırları içinde ve planlanan sürede hayata geçirilebilmektedir. Aksi hâlde, projelerin gecikmesi ve maliyet artışları kaçınılmaz hâle gelir (Emek, 2017).

Bununla birlikte, kamu-özel ortaklığı modeliyle yürütülen sağlık projelerine yönelik çeşitli eleştiriler de mevcuttur. Bu eleştiriler arasında; finans sağlayıcıların projelere fon aktarma konusundaki isteksizlikleri, devletin olası mali kayıplara ilişkin duyduğu endişeler, uzun süreli sözleşmeler, sağlık tesislerinde meydana gelebilecek fiziki aksaklıklar, ulaşım altyapısındaki yetersizlikler, bölgesel hizmet eşitsizlikleri ile kamu denetiminin uygulanmasında yaşanan belirsizlikler öne çıkmaktadır. Sağlık sektörü, bu modele görece yeni bir biçimde adapte olduğundan, özellikle şehir hastaneleri bağlamında yapılan değerlendirmelerin bir süre daha süreceği anlaşılmaktadır. Toplumda her dönemde değişime ve yeniliğe karşı gelişen direnç göz önünde bulundurulduğunda, şehir hastaneleri ve genel olarak kamu-özel ortaklığı modeline ilişkin şeffaf ve açık bir bilgilendirme süreci, kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi, modelin daha sağlıklı anlaşılması açısından büyük önem taşımaktadır (Yeşiltaş, 2020).

#### 2.1.4. Yoğun bakım ve palyatif bakım

Yoğun bakımın tarihçesi, 1850’li yıllarda Florence Nightingale ve ekibinin Kırım Savaşı sırasında hayati tehlike altında bulunan hastalar için hastane bünyesinde özel bir alan oluşturmasıyla başlamaktadır. Bu uygulama, bilinen ilk yoğun bakım girişimi olarak kabul edilmektedir. 1950’lere kadar yoğun bakım bir hemşirelik alanı olarak değerlendirilirken, sonrasında hemodiyaliz ve mekanik ventilasyon gibi teknolojik uygulamaların yaygınlaşmasıyla modern yoğun bakım üniteleri gelişmiştir. Yoğun bakım, hayati riski yüksek, bir veya çoklu organ yetmezliği bulunan ya da bu risk taşıyan hastaların değerlendirilmesi, resüsitasyonu ve kapsamlı yönetimini içeren multidisipliner bir tıp dalı olarak tanımlanabilir. Temel amaç, altta yatan hastalığın tedavisi sürdürülürken hastanın durumunun kötüleşmesinin önlenmesidir. Yoğun bakım, klinisyen doktorlar, eczacılar, hemşireler, fizyoterapistler, mikrobiyologlar ve sosyal hizmet uzmanlarını kapsayan geniş bir sağlık hizmeti modeli olarak yapılandırılmıştır (Rollas, t.y.). Fiziksel donanımı, ileri izleme ve destek teknolojileri, personel yapısı, hasta bakım hizmetleri ile eğitim ve kalite değerlendirmeleri bakımından yoğun bakım üniteleri, diğer servislerden belirgin farklılıklar göstermektedir (Rollas, t.y.).

Yoğun bakım servisleri, hastaların durumlarına göre üç ana bakım seviyesi altında sınıflandırılmaktadır (Valentin & Ferdinande, 2011):

**Bakım Seviyesi III (En Yüksek):** Çoklu (iki veya daha fazla) akut hayati organ yetmezliği bulunan, acil yaşamı tehdit eden hastalar. Bu hastalar, farmakolojik tedaviye ek olarak hemodinamik destek, solunum yardımı ve renal replasman tedavisi gibi cihaz tabanlı organ desteğine ihtiyaç duyarlar.

**Bakım Seviyesi II:** Yaşamı tehdit eden akut organ yetmezliği bulunan ancak yalnızca tek bir organ sisteminin izlenmesini ve farmakolojik veya cihaz desteklerinin gerektiği hastalar.

**Bakım Seviyesi I (En Düşük):** Sürekli izleme gerektiren ve küçük farmakolojik ya da cihaz destekleri ile yönetilen organ fonksiyon bozuklukları görülen hastalar. Akut organ yetmezliği riski taşıyan veya iyileşme sürecinde olup durumu dengesiz olan, ayrıca hemşirelik iş yükü normal servis şartlarında karşılanamayacak karmaşıklığıdaki hastalar bu gruba dâhildir.

Palyatif bakım terimi, Türk Dil Kurumu tanımına göre, “hastaların ağrı ve sızı gibi şikâyetlerini geçici olarak hafifleten, ancak tedavi edici etkisi olmayan” bakım şeklinde ifade edilmektedir. Genellikle ölüm sürecinde olan hastalara ve yakınlarına verilen destekleyici

bakım olarak tanımlanan palyatif bakım, tedaviye yanıt vermeyen hastalarda uygulanmakta ve hastaların yaşamlarının son evresinde kaliteyi artırmayı hedeflemektedir. Özellikle kanser hastalığında ve kronik hastalıklardaki artışla birlikte palyatif bakım merkezlerinin multidisipliner ve interdisipliner yapısı giderek önem kazanmıştır (Kıvanç, 2017).

Palyatif bakım, kanser tedavisinde temel bir bileşen olarak kabul edilmekte olup, Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüm ülkelerde geliştirilmesi gereken bir hizmet alanı olarak öne çıkarılmaktadır. Özellikle düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde, pahalı tedavi yöntemleri ve teknolojik cihazlar yerine palyatif bakımın güçlendirilmesi tavsiye edilmektedir. Bu yaklaşım, yaşam kalitesini doğrudan etkileyerek, hastaların hayatlarının son dönemlerini daha huzurlu ve kaliteli geçirmelerini sağlamaktadır (Gültekin vd., 2010).

Dünya genelinde, palyatif bakım hizmetlerine önem veren ülkelerde yaşam sonu bakım hizmetlerinin artırılmasıyla maliyetlerin düşürülmesi sağlık politikalarında öncelik kazanmıştır. Ancak, bu alanda yüksek kalite, verimlilik, hasta ve personel memnuniyeti yalnızca entegre ve koordineli çalışmayla mümkün olmaktadır. Dünya Palyatif Bakım İttifakı ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, bu hizmetler dünya genelinde yalnızca üç kıtada sistematik ve kaliteli biçimde sunulmaktadır. Türkiye’de ise palyatif bakım, sağlık sistemine entegre olmuş uzman ekipler tarafından yürütülmekte, ancak bazı eksiklikler bulunmaktadır. Bunlar; sağlık ve sosyal alandaki personelin farkındalık eksikliği, ekonomik kaynak yetersizliği, sağlık personelinin eğitiminin yetersizliği ve palyatif bakım alanındaki yasal düzenlemelerin eksikliği olarak sıralanabilir. Ülkemizde kanser hastalarının %60’ı hastanelerde hayatını kaybetmektedir. Oysa palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla hem hastaların yaşam kalitesi artacak hem de sağlık maliyetlerinde %30-65 oranında tasarruf sağlanabilecektir (Aslan, 2020).

## **2.2. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri**

Ağız ve diş hastalıkları, bulaşıcı olmama özellikleri nedeniyle kronik seyir gösteren, ancak uygun önlemler alındığında önlenabilir nitelikte hastalıklardır. Sağlık harcamaları açısından değerlendirildiğinde, yüksek prevalansları nedeniyle önemli maliyet yükü oluşturmaktadırlar. Hem Türkiye’de hem de gelişmekte olan diğer ülkelerde, sağlık otoriteleri tarafından yeterince önem verilmeyen bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Diş Hekimleri Federasyonu (FDI) gibi uluslararası sağlık kuruluşları, ağız ve diş sağlığına ilişkin önemin altını çizmiş ve bu konuda çok sayıda bilimsel yayın yayımlamıştır. Ayrıca OECD ve Avrupa Komisyonu da iş birliği yaparak çeşitli izleme

platformları oluşturmuştur (Özyavaş, 2018).

Sağlık, gerçek anlamda bir zenginliktir; bireyin sağlıklı kalması yalnızca aldığı gıda, su ve havanın kalitesiyle değil, aynı zamanda düzenli egzersiz gibi yaşam tarzı faktörleriyle de ilişkilidir. Bu bağlamda, genel sağlık durumumuzun korunması kadar ağız sağlığının da ihmal edilmemesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ağız sağlığını şu şekilde tanımlamaktadır: “Ağız ve yüz ağrısı, ağız ve boğaz kanseri, ağız enfeksiyonları ve yaraları, periodontal hastalık, diş çürüğü, diş kaybı ile bireyin ısırma, çiğneme, gülümseme, konuşma ve psikososyal refah kapasitesini kısıtlayan diğer hastalık ve bozukluklardan arınmış olma durumu” (Mohanta, 2017).

1981 yılında WHO ve FDI, ulaşılması hedeflenen ağız sağlığı kriterlerini ortaklaşa belirlemişlerdir. Bu hedefler aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1. 5-6 yaş grubundaki çocukların en az %50'sinde diş çürüğü bulunmaması,
2. 12 yaşındaki çocuklarda ortalama DMFT (çürük, dolgu, çekilmiş diş sayısı) değerinin küresel ortalamanın 3'ü geçmemesi,
3. Nüfusun %85'inin 18 yaşında tüm dişlere sahip olması,
4. 35-44 yaş grubunda dişsizlik oranının 1982 yılı seviyesine kıyasla %50 azalması,
5. 65 yaş ve üzerindeki dişsizlik oranının 1982 yılı seviyesine kıyasla %25 azalması (Petersen, 2003).

Yakın dönemde FDI, WHO ve IADR, 2020 yılı için ağız sağlığı hedeflerini belirlemek üzere bir çalışma grubu oluşturmuştur. Bu hedefler şu şekilde özetlenebilir:

1. Ağız ve kraniyofasiyal hastalıklardan kaynaklanan mortalite oranlarının azaltılması,
2. Ağız ve kraniyofasiyal hastalıklara bağlı morbiditenin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması,
3. Kanıta dayalı en iyi uygulamalara dayanan sürdürülebilir ve önceliklendirilmiş politika ile programların ağız sağlığı sistemlerinde teşvik edilmesi,
4. Ağız ve kraniyofasiyal hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için erişilebilir,
5. maliyet-etkin ağız sağlığı sistemlerinin geliştirilmesi,
6. Ortak risk faktörü yaklaşımı çerçevesinde ağız sağlığının diğer sağlık sektörleriyle

- entegre edilerek geliştirilmesi,
7. Bireyleri sağlık belirleyicilerini kontrol etme konusunda güçlendiren ağız sağlığı programlarının oluşturulması,
  8. Hem süreç hem de sonuç odaklı ağız sağlığı gözetim sistemleri ve yöntemlerinin güçlendirilmesi,
  9. Sağlık çalışanlarının sosyal sorumluluk ve etik uygulamalarının teşvik edilmesi,
  10. edilmesi,
  11. Ülkeler içi ve ülkeler arasındaki sosyoekonomik ağız sağlığı eşitsizliklerinin azaltılması,
  12. Epidemiyolojik sürveyans konusunda eğitilmiş sağlık hizmeti sağlayıcılarının sayısının artırılması (Hobdell vd., 2003).

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri, hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır. Kamu kurumları tarafından verilen hizmetler ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, genel ve eğitim hastaneleri (üniversite fakülteleri) ile aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmektedir (Özyavaş, 2018). Koruyucu diş hekimliği hizmetleri ise devletin sorumluluğunda olmasına rağmen halen zayıf bir şekilde yürütülmekte olup, Sağlık Bakanlığı ve belediyeler tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kapsamlı diş hekimliği hizmetleri organize edilmemektedir (Hayran vd., 2004).

Sağlık Bakanlığı’nın ağız ve diş sağlığı hastaneleri ile merkezlerine yaptığı yatırımlar, ağız ve diş hastalıklarının tedavisinin yanı sıra bu sorunlara bağlı sekonder hastalıkların azaltılmasında da etkin rol oynamaktadır. Son yıllarda kamunun ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumundaki payında belirgin bir artış gözlenmektedir. 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ülke genelinde pek çok ağız ve diş sağlığı merkezi açılmış, bu merkezlerin teknik donanımları sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın bu merkezlerin sayısını artırmadaki başlıca amaçları, hastanelere olan müracaatları azaltmak, maliyetleri düşürmek ve ağız diş sağlığı hizmeti veren kurumları tek çatı altında toplamaktır. Bu merkezlerin faaliyete geçmesiyle kamuda çalışan diş hekimi sayısında da önemli bir artış meydana gelmiş, hizmetlere erişim kolaylaştıkça talep de artmıştır (Yüksel & Yiğit, 2020).

Türkiye’de mesleğini serbest olarak icra etmek isteyen diş hekimleri, bireysel ya da ortaklık şeklinde muayenehane, ağız ve diş sağlığı polikliniği veya ağız ve diş sağlığı merkezi

açabilirler. 3 Şubat 2015 tarih ve 29256 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” ile muayenehane, poliklinik ve ağız diş sağlığı merkezlerinin tanımları ile asgari şartları düzenlenmiştir. Buna göre:

- **Muayenehane:** Bir diş hekimi veya uzman tarafından kendi başına açılan ve işletilen sağlık kuruluşudur.
- **A Tipi Poliklinik:** En az iki diş hekimi ve/veya uzmanın ortaklaşa açtığı, en az iki diş ünitesinin bulunduğu ve bu ünitelerin bağlantılı olması gereken sağlık kuruluşudur.
- **B Tipi Poliklinik:** Yönetmelik öncesinde ruhsatlandırılmış, en az iki diş hekiminin çalıştığı sağlık kuruluşudur.
- **A Tipi Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM):** Mesleğini serbestçe icra eden bir diş hekimi veya uzman ile bir tabip veya birden fazla diş hekimi/uzman ile tabibin ortaklığıyla kurulabilen, en az %51 hissesi diş hekimi veya uzmana ait, en az 5 üniteli ağız diş sağlığı merkezleridir.
- **B Tipi ADSM:** Yönetmelik öncesinde açılmış, birden fazla diş hekimi veya uzmanın ortaklaşa işlettikleri ağız ve diş sağlığı kuruluşlarıdır (Yılmaz vd., 2019).

### 2.3. Dünya Genelinde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Dünya genelinde farklı ülkelerde sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile Türkiye’deki uygulamalar karşılaştırıldığında, bazı kayda değer farklılıklar gözlemlenmektedir.

Örneğin İsveç örneğinde, ağız ve diş sağlığı alanında önceliğin koruyucu diş hekimliğine verildiği dikkat çekmektedir. Ülke, diş fırçalama ve diş ipi kullanımını yaygınlaştırarak birçok diş hastalığının önlenebileceği bilincini erken dönemde benimsemiş ve bu doğrultuda başarılı programlar geliştirmiştir. Periodontal hastalıkların önlenmesine yönelik stratejileri etkin bir şekilde uygulayan İsveç’te, çocuklarda diş çürüğü görülme oranı oldukça düşüktür.

İngiltere’de ise koruyucu uygulamalar arasında, içme suyuna eklenen florür oranının artırılması en önemli yöntem olarak kabul edilmektedir.

Almanya’da ise diş tedavileri, ulusal sosyal sağlık sigortası kapsamında özel sağlık

kuruluşları tarafından sağlanmakta olup, bazı tedaviler için katkı payı uygulaması mevcuttur.

Danimarka’da ağız ve diş sağlığı hizmetleri, 18 yaş altındaki çocuklar ve gençler için belediyeye bağlı sağlık kuruluşları aracılığıyla ücretsiz sunulurken, 18 yaş üzeri bireyler için bu hizmetler özel sağlık kuruluşlarında ücret karşılığında verilmektedir. Ancak, destekleyici ya da tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olanlar bu ücretlendirmeden muafır.

Japonya’da ise 1961 yılından itibaren tüm sağlık sorunlarını kapsayan bir sağlık sigortası sistemi vatandaşlara uygulanmakta; ancak protez, implant ve ortodontik tedavi gibi bazı hizmetler bireylerin kendi bütçelerinden karşılanmaktadır.

Kanada’da ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin büyük bir kısmı özel sektör tarafından sağlanmakta olup, vatandaşların ya sağlık sigortasına sahip olması ya da bu hizmetlerin maliyetini kendilerinin üstlenmesi gerekmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde ise ağız ve diş sağlığı hizmetleri önleyici ve düzeltici olarak sınıflandırılmaktadır. Önleyici hizmetler arasında içme suyunun florlanması, radyolojik tetkikler, diş temizliği ve muayeneler yer alırken; dolgu, protez ve cerrahi işlemler düzeltici hizmetler kapsamındadır. ABD’de genel sağlık sistemi özel sektör paydaşları aracılığıyla yürütülmekte olup, ağız ve diş sağlığı hizmetleri de büyük ölçüde özel sektör tarafından sunulmaktadır (Kavşur & Sevimli, 2021).

Türkiye bağlamında değerlendirildiğinde, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu kamu tarafından gerçekleştirilse dahi, özel sağlık hizmeti sunucularının ve bireysel harcamaların sağlık sisteminde önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Uluslararası istatistikler ve hizmet sunumu perspektifinden bakıldığında, Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve iyileştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Mevcut durumun titizlikle analiz edilmesi, hizmet sunanlar, hizmet alanlar ve finansman sağlayıcıların görüşlerinin alınarak kapsamlı bir yol haritası oluşturulması önem arz etmektedir (F. Çam & Kumru, 2020).

## **2.4. Uzaktan Sağlık Hizmetleri**

### **2.4.1. Uzaktan sağlık hizmetlerine giriş**

2019 yılında dünya genelinde ortaya çıkan koronavirüs hastalığı (COVID-19), pandemi boyutuna ulaşması nedeniyle fiziksel temas riskini artırmış ve bu durum, birçok ülkede sağlık

bilişimi sistemleri ile uzaktan sağlık hizmetlerinin önemini gözler önüne sermiştir. Bu gelişmeler paralelinde, Türkiye’de de benzer yönelimler gözlemlenmiştir.

Daha önce yalnızca deniz ve hava taşıtlarında, acil durumlarla sınırlı olarak kullanılan uzaktan sağlık hizmetleri, COVID-19 pandemisi sürecinde hasta ve temaslı bireyleri kapsayacak şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından kapsamlı biçimde revize edilmiştir. Bu yöntemle, salgının yayılımının önlenmesi hedeflenirken aynı zamanda olağanüstü koşullarda dahi sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunumu amaçlanmıştır. Pandemi sürecinde elde edilen olumlu sonuçlar doğrultusunda, uzaktan sağlık hizmetlerinin pandemi sonrasında da Türkiye genelinde kalıcı hale getirilmesi yönünde politikalar geliştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, bu alandaki çalışmalarını hızlandırarak, 10 Şubat 2022 tarihli ve 31746 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile hizmet sunumuna ilişkin düzenlemeleri hayata geçirmiştir. Söz konusu yönetmelik ile sağlık bilişim teknolojileri alanına yeni bir boyut kazandırılarak, hasta, sağlık çalışanı, sağlık tesisleri ve diğer paydaşlar açısından son derece verimli olması beklenen yeni bir sürecin başlaması öngörülmüştür (Birinci vd., 2023).

Teletıp ile eşanlı olarak kullanılan tele-sağlık, hastanın sağlık durumunun iyileştirilmesi amacıyla, elektronik iletişim kanalları aracılığıyla bir noktadan diğerine aktarılan tıbbi bilgilerin kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Tuckson vd., 2017). Tele-sağlık teknolojileri, araçları ve hizmetleri, sağlık sisteminin önemli bir bileşeni haline gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı’nın tahminlerine göre, ülkedeki sağlık kuruluşlarının %60’ından fazlası ve hastanelerin %40-50’si tele-sağlık uygulamalarını aktif olarak kullanmaktadır. 2016 yılının sonlarında Kuzey Kaliforniya’daki bir sigorta şirketi, sanal iletişim yöntemlerinin (e- posta, telefon, video) yüz yüze görüşmelerin önüne geçtiğini rapor etmiştir. Ulusal Sağlık İş Grubu’nun 2020 yılına kadar büyük işverenlerin neredeyse tamamının çalışanlarına tele-sağlık hizmetlerini sağlayacağı yönündeki öngörüsü, özel sigortacıların bu alana yönelik geri ödemeleri giderek artırdığını göstermektedir.

ABD’de Medicaid programı kapsamında tele-sağlık hizmetlerine yönelik herhangi bir kısıtlama bulunmamaktadır. Tüm eyaletlerde teleradyoloji uygulanmakta; 49 eyalette telemental sağlık ve 36 eyalette çeşitli ev tabanlı tele-sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Tuckson vd., 2017).

Teletıp ve tele-sağlık kavramları arasındaki fark incelendiğinde; teletıp, hekimlerin bilişim sistemleri aracılığıyla hastalarına sunduğu sağlık hizmetlerini ifade ederken, tele-sağlık

ise hemşire, eczacı ve yardımcı sağlık personeli gibi hekim dışı sağlık çalışanlarının sunduğu koruyucu, teşvik edici ve tedavi edici hizmetleri kapsamaktadır. Ülkemizde bu genel kapsam “uzaktan sağlık” olarak adlandırılmaktadır (Birinci vd., 2023).

COVID-19 pandemisi, sağlık hizmetlerini derinden etkileyerek sosyal ve ekonomik boyutlarıyla küresel çapta önemli değişikliklere yol açmıştır. Öncelikle, Türkiye’de yasal düzenlemeler çerçevesinde suç sayılan uzaktan sağlık hizmetleri, pandemi sürecinde sağlık hizmet sunumunun vazgeçilmez bir unsuru haline gelmiştir. Uzaktan sağlık hizmetlerinin önemi bu dönemde belirginleşmiş ve teletıp ile sağlık turizminde yeni fırsatlar doğmuştur. Bu yeni durumun hukuki boyutu dikkate alınmalı, hukuki ihtilafları önlemek ve uygulamaya yön vermek amacıyla kapsamlı hukuki değerlendirmeler yapılması gerekmektedir.

Bu bağlamda, teletıp, fiziksel ve ruhsal bütünlük üzerindeki doğrudan etkisi sebebiyle kritik bir alan olarak incelenmiştir. Özellikle COVID-19 sonrası dönemde dünya genelinde ve Türkiye’de teletıbbın hızlı bir şekilde yaygınlaştığı gözlemlenmiştir (Doğramacı, 2020).

Telesağlık, klinik ve klinik dışı uygulamaları içermektedir. Klinik uygulamalar; koruyucu, destekleyici ve tedavi edici hizmetleri kapsarken, klinik dışı uygulamalar hastalara verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri, süreçlerin düzenlenmesi, hasta kayıtları ve elektronik sevk gibi işlemleri kapsamaktadır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında başlattığı “e-Dönüşüm Türkiye Projesi” kapsamında geliştirilen telesağlık uygulamaları, dünyada 1950’li yıllardan itibaren gündeme gelmiş olup, ülkemizde ise 2000’li yıllarda önem kazanmıştır. 2007 yılında tele-radyoloji, tele-patoloji ve tele-EKG servisleri kurulmuş; 2008 itibarıyla bu kapsamda hizmet sunan hastane sayısı artırılmıştır. Sistemde, hasta tarafında ölçüm, veri aktarımı ve sağlık personeline iletim mekanizması bulunurken, diğer tarafta bu verileri değerlendiren sağlık profesyonelleri yer almaktadır.

Telesağlık hizmetlerinin avantajları arasında hastaların takibinin kolaylaşması, kritik durumda olan hastaların ev ortamında izlenebilmesi, hasta bilgilerinin hızlı ve güvenli erişimi, ilaç ve radyoloji hatalarının azaltılması ile sağlık personelinin birbirleriyle iletişim ve eğitim imkânlarının artması yer almaktadır. Öte yandan, bireysel farklılıkların teknoloji adaptasyonunda zorluk yaratması, karar verme aşamasında kanıta dayalı veri eksikliği ve bakım sürecindeki hasta-personel ilişkisinin yönetimi gibi hususlar dezavantaj olarak değerlendirilmektedir (Karaca vd., 2022).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, pandemi döneminde izolasyona tabi tutulan bireylere yönelik sağlık bilişimi projelerini bir eylem planı çerçevesinde yapılandırmıştır. Bu süreçte, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden oluşan çok disiplinli bir ekip yaklaşık 20 yüz yüze toplantı gerçekleştirmiş, tabip, hukukçu, mühendis ve bilişim uzmanlarının katılımıyla kapsamlı bir perspektif elde edilmiştir (Birinci vd., 2023).

Kronik hastalıklar sadece ölümlerle sonuçlanmakla kalmayıp, aynı zamanda hastaların sağlıklı yaşam sürelerini kısaltmakta, iş gücü kayıplarına ve sağlık hizmetlerinde maliyet artışına yol açmaktadır (Nolte & McKee, 2008). Ayrıca, sağlık durumu kötüleşen ve yaşlanan bireylerin kapsamlı takibi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Yaşlı nüfusun artması, yaşam beklentisinin yükselmesi ve ölüm oranlarının azalması gibi demografik gerçeklikler, bu sürecin nedenleri arasında sayılmaktadır (Uyanık, 2017).

Türkiye'de de bu global eğilimlere paralel olarak “aktif yaşlanma” politikalarına önem verilmekte, sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi ve bireylerin toplumda uzun süre etkin olmalarının sağlanması hedeflenmektedir (Gürsoy Çuhadar & Lordoğlu, 2016).

COVID-19 pandemisi, tele-sağlık uygulamalarının geliştirilmesi ve uzun süredir var olan zorlukların aşılması için bir katalizör işlevi görmüştür. Pandemi sürecinde bulaş riskini azaltmak amacıyla, özellikle COVID-19 semptomları taşıyan hastalar için uzaktan konsültasyonlar teşvik edilmiştir. Aynı zamanda, fiziksel mesafenin korunması ve sağlık hizmetlerine erişimin sürekliliğinin sağlanması amacıyla COVID-19 dışı hastalar için de uzaktan konsültasyon uygulamaları yaygınlaştırılmıştır (Richardson vd., 2020).

#### **2.4.2. Teletıp ve telesağlık**

Yaşam süresinin beklentilerin üzerine çıkması, bulaşıcılığı bulunmayan kronik hastalıkların artışı, dünya genelinde sağlık harcamalarının yükselmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaşılan insan kaynağı ve iş gücü yetersizlikleri, sağlık alanındaki mevcut sorunların çözümü veya etkilerinin azaltılması için yeni yaklaşımlar geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Teknolojinin hızlı gelişimiyle birlikte sağlık alanında dijital uygulamaların yaygınlaşması, teletıp ve telesağlık hizmetlerinin önemini artırmış ve bu hizmetlerin yaygınlaştırılması gerekliliği açıkça ortaya konmuştur (Ekinci, 2022).

COVID-19 pandemisinin dünya genelinde hızla yayılması, ülkelerin bulaşıcı olmayan hastalıkları yönetme ve müdahale etme kapasitelerini olumsuz yönde etkilemiştir. Salgın, sağlık hizmetlerinde büyük aksamalara neden olurken, bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip bireylerin risk grubunda olduğuna dikkat çekmiştir. Bu hastalar, virüsle enfekte olduklarında ciddi sağlık sorunları yaşama olasılıkları daha yüksek olduğundan, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması özellikle kronik hastalar için ciddi sorunlar doğurmuştur. Örneğin, kanser tarama, tanı ve sevk sistemlerindeki aksaklıklar COVID-19 döneminde kanser teşhislerinde anlamlı bir azalmaya yol açmıştır. Ayrıca, farklı ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklar için sunulan rehabilitasyon hizmetlerinde yaşanan aksaklıklar, bu hastaların fonksiyonel durumlarını olumsuz etkileyerek bakım yükünün artmasına sebep olmuştur (WHO, 2020).

Uzaktan sağlık hizmetlerinin etkinliğine dair 2010 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada; telefon, video konferans ve internet tabanlı uygulamalarla sunulan sağlık hizmetlerinin astım hastalarında 12 aylık dönemde acil servis başvurularını değiştirmedeği, ancak hastaneye bir veya daha fazla kez başvuran hasta sayısında anlamlı azalma sağladığı saptanmıştır (McLean vd., 2011).

Benzer şekilde, 2014 yılında yayımlanan bir derlemede Tip 2 diyabetli hastalarda geleneksel yüzyüze hekim-hasta iletişimine teletıp hizmetlerinin eklenmesi, sadece geleneksel tedavi alan hastalara kıyasla HbA1c düzeylerinde hafif de olsa bir düşüşe yol açmıştır. Her ne kadar bu derleme, Tip 2 diyabet hastalarının müdahaleye güçlü bir yanıt verdiğini net olarak gösterememiş olsa da, teletıbbın hastalığın kendi kendine yönetimini kolaylaştırma potansiyeline sahip olduğu değerlendirilmiştir (Zhai vd., 2014).

2017 yılında yayımlanan bir incelemede ise kronik kalp hastalıklarının yönetiminde uzaktan sağlık hizmetlerinin etkinliği ele alınmış, teletıp uygulamalarının hastaneye yatış ve yeniden yatış oranlarını yaklaşık %45 oranında azalttığı tespit edilmiştir. Ayrıca mortalite ve maliyet etkinliğinde %40, sağlık sonuçlarında ise %35 iyileşme gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, teletıp sayesinde hasta memnuniyetinde anlamlı bir artış gözlenmemiştir (Kruse vd., 2017).

Kronik hastalığı bulunan bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve bu hizmetleri sunan personelin eğitimini sağlamak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü işbirliğiyle bir proje başlatılmıştır. Proje kapsamında, öncelikle hastaların yüz yüze sağlık hizmetine başvurularının azaltılması hedeflenmiş olup, Ankara, Konya ve Samsun illerinde bulunan Aile

Sağlığı Merkezleri, Sosyal Hizmet Merkezleri ve Göçmen Sağlığı Merkezlerinde 18 yaş üstü kronik hastalar ile 65 yaş üstü bakım hastalarına hizmet verilmesi planlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı ise uzaktan sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını desteklemek amacıyla çok sayıda video, broşür, afiş ve eğitim materyali hazırlamış, yasal altyapının oluşturulması için onam ve bilgilendirme metinleri geliştirmiştir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için gerekli ekipmanların temini sağlanmış; hem sağlık çalışanları hem de hastalar için uzaktan sağlık hizmeti sistemlerinin kullanımı değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu kapsamda Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından ilgili yönetmelikler çıkarılmış ve çok sayıda personele çevrim içi ve yüz yüze eğitimler verilmiştir (Ekinci, 2022).

### **2.4.3. Uzaktan sağlık hizmetleri sözleşmesine hukuki bakış**

1970’li yıllarda ortaya çıkan ve kelime anlamı itibarıyla “uzaktan şifa”yı ifade eden teletıp, bilgi işlemleri teknolojilerinin kullanımı aracılığıyla bakıma ve tıbbi bilgiye erişimi artırarak hasta sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan bir sağlık uygulamasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), teletıbın tek bir kesin tanımının olmadığını kabul etmiş ve 2007 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada bu kavrama ilişkin 104 farklı tanım tespit edilmiştir. DSÖ tarafından benimsenen kapsamlı tanım ise şöyledir:

“Mesafenin kritik bir faktör olduğu durumlarda bireylerin ve toplumların sağlığını geliştirmeye yönelik olarak, hastalıkların ve yaralanmaların teşhisi, tedavisi, önleyici tıbbi araştırma ve değerlendirmelerinin yapılması ile gerekli bilgi alışverişinin sağlanması amacıyla bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak tüm sağlık hizmetleri profesyonellerince sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır.”

Bazı kaynaklar teletıp ve telesağlık kavramlarını birbirinden ayırmakta; teletıbbın yalnızca doktorlar tarafından sunulan hizmetlerle sınırlı olduğunu, telesağlığın ise hemşireler, eczacılar ve diğer sağlık profesyonellerini kapsayan daha geniş bir hizmet yelpazesini ifade ettiğini belirtmektedir. Teletıp uygulamalarının dört temel unsuru bulunmaktadır:

1. Klinik destek sağlamayı amaçlaması,
2. Fiziksel olarak aynı mekânda bulunmayan kullanıcıları birbirine bağlayarak coğrafi engelleri aşması,
3. Çeşitli bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasını içermesi,

#### 4. Sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini hedeflemesidir (DSÖ, t.y.).

Türkiye Sağlık Bakanlığı yönetmeliğine göre uzaktan sağlık hizmetleri yalnızca sağlık tesisi ile hasta arasındaki ilişkiyi düzenlemekte olup, bu hizmetler Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü tarafından sunulan tele sağlık hizmetleriyle karıştırılmamalıdır. Telesaglık, seyrüsefer halindeki deniz araçlarında ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının uzaktan izlenmesini kapsamaktadır. Uzaktan sağlık hizmetleri sözleşmesi, yetkili sağlık merkezi ile hasta veya hastanın kanuni temsilcisi arasında kurulan ve hekimin sistem üzerinden muayene, teşhis ve tedavi gerçekleştirdiği, hastanın da belirli bir ücreti kabul ettiği sözleşmedir. Bu hizmetlerin uzaktan sağlık bilgi sistemi üzerinden sunulması zorunludur. Söz konusu sözleşmenin tarafları, Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş sağlık tesisi ile tüketici hukuku açısından “tüketici” kabul edilen hastadır (Badur, 2022).

Uzaktan sağlık hizmetleri sözleşmesinin esaslı unsurlarının tamamının kanunla değil, yönetmelikle düzenlenmiş olması sebebiyle, bu sözleşme isimsiz (atipik) bir sözleşme olarak değerlendirilir. Rızaya dayalı bir sözleşme olan uzaktan sağlık hizmetleri sözleşmesi, amacına göre iş görme borcunu içeren sözleşmeler kapsamında yer almaktadır. Ayrıca, 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’un 48. maddesi uyarınca, tarafların fiziksel olarak aynı mekânda bulunmadığı, hizmetlerin uzaktan pazarlanması için bir sistemin bulunduğu ve sözleşmenin oluşturulmasına kadar olan süreçte (hatta sözleşme anında dahi) uzaktan iletişim araçlarının kullanıldığı sözleşmeler “mesafeli sözleşme” olarak tanımlanmakta ve uzaktan sağlık hizmetleri sözleşmesi de bu tanıma uygunluk göstermektedir.

Mesafeli sözleşmelerde, tüketici açısından iki temel avantaj bulunmaktadır: Sözleşmenin kurulmasından önce tüketicinin yeterince bilgilendirilmesi ve sözleşme kurulduktan sonra tüketicinin cayma hakkına sahip olması (Badur, 2022).

#### **2.4.4. Teletıbbın gerekliliği**

Günümüzde teknoloji, sağlık sorunlarının çözümünde önemli bir araç olarak kullanılmakta ve sağlık hizmetlerinin sunumunu tarihsel olarak kolaylaştırmaktadır. Teknolojik ilerlemeler, özellikle sağlık hizmetlerine erişimde engellerle karşılaşan bireylere ulaşılabilmesini mümkün kılmış; aynı zamanda sağlık eğitimi ve yönetiminin iyileştirilmesine katkı sağlamıştır. Teletıp, birinci basamak konsültasyonlarından kronik hastalıkların izlenmesine kadar geniş bir yelpazede uygulanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sürekli teşvik edilmesine rağmen, birçok ülke sağlık sektöründe bu teknolojiyi

yeterince hızlı benimseyememiştir.

COVID-19 pandemisi sürecinde, hastaların sosyal mesafe kurallarına uymasını sağlamak amacıyla teletıp uygulamaları daha çok kullanılır olmuştur. Teletıp, yüz yüze sağlık hizmetlerine alternatif değil, bu hizmetlere tamamlayıcı nitelikte geliştirilmiştir. Teletıbbın gerekliliğinin anlaşılabilmesi için dört temel kriter öne çıkar: güvenlik, etkililik, kabul edilebilirlik ve hizmete uyumun sağlanması ile aşılması mümkün olmayan sorunların olmaması (Parsons, 2021).

Teletıp uygulamaları özellikle sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu dezavantajlı gruplarda önemli bir iyileştirme aracı olarak kullanılmaktadır. Bu durum, düşük ve orta gelirli ülkelerde hizmetlere ulaşımı olmayan veya sınırlı olan topluluklarda gözlemlenmektedir. Ancak, gelişmiş ekonomilerde de erişim engelleri sağlık hizmetlerinin kullanımını zorlaştırmaktadır. Örneğin, 1980'lerin ortalarında Norveç Telekom (şimdiki adıyla Telenor) video konferans teknolojisini kullanarak Kuzey Norveç'te bir dizi video konferans stüdyosu kurmuş ve bu teknolojiyi uzaktan eğitim ile toplantılar için denemiştir. İlk tıbbi amaçlı video konferans kullanımı ise 1986 yılında Finnmark Sağlık Hizmetleri projesi kapsamında telematik uygulamalarla gerçekleştirilmiştir. Bu girişim, kırsal alanlarda uzman bakım hizmetlerine uzaktan erişimi sağlamıştır (Elford, t.y.).

Uzaktan sağlık hizmetleri, özellikle zamanın kritik olduğu tedavilerde erken müdahaleyi mümkün kılarak komplikasyon riskini azaltmaktadır. Örneğin, kürtaj hizmetlerinde gebelik süresinin önemi göz önünde bulundurulduğunda, erken dönemde sağlanan bakımın, güvenli ve etkili olduğu bilinmektedir. Teletıp, kadınların bu bakıma zamanında erişimini kolaylaştırırsa da, birçok ülkede yasal kısıtlamalar uygulanmaktadır ve bu durum yalnızca tıbbi gerekçelerle açıklanamaz. Ayrıca, bekleme sürelerinin kısalması, hastalık belirtilerinin erken fark edilmesine ve hastalıkların ilerlemesinin önlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu durum, hayat kurtarıcı olabilmektedir. Bununla birlikte, sosyoekonomik engeller nedeniyle bazı bölgelerde uzaktan kürtaj hizmetlerine erişim sınırlanmaktadır. Örneğin, ABD'nin bazı bölgelerinde yasal düzenlemeler bu hizmetin verilmesini engellerken, benzer kısıtlamalar yakın zamana kadar Birleşik Krallık'ta da uygulanmaktaydı (Romanis vd., 2020).

Teletıbbın etkin bir şekilde uygulanabilmesi için belirli zorunlulukların karşılanması gerekmektedir. Bu bağlamda temel koşullar şunlardır:

- **Güvenlik:** Tıpta temel prensip olan "zarar vermeme" ilkesi teletıp için de geçerlidir.

Uzaktan sağlık hizmetinin, yüz yüze sunulan hizmetle aynı kalitede olması halinde, hastaya yönelik zarar riski artmamalıdır. Aksi halde teletıp uygulaması uygun değildir.

- **Etkililik:** Uzaktan sunulan sağlık hizmetinin, yüz yüze sunulan hizmetin etkisine eşit ya da daha yüksek olması gereklidir. Etkililiğin düşük olduğu durumlarda uzaktan sağlık hizmeti tercih edilmemelidir.
- **Kabul Edilebilirlik:** Toplum genelinde kabul görmese bile, hizmeti alan hastanın bu yöntemi kabul etmesi önemlidir.
- **Hizmete Yönelik Tereddütlerin Olmaması:** Hastanın hizmete ilişkin endişelerinin minimum seviyede olması ve verilen hizmetten tatmin olması, başarılı bir teletıp uygulaması için vazgeçilmezdir (Parsons, 2021).

#### 2.4.5. Sağlık hizmeti pazarlaması bağlamında teletıp

Sosyal devlet anlayışının temelini insan ve insan sağlığı oluşturmakta olup, tüm bireylerin, özellikle bakıma muhtaç yaşlıların, hak ettikleri sağlık hizmetlerine erişebilmesi esastır. COVID-19 pandemisi sürecinde izolasyon, sosyal mesafe ve sokağa çıkma kısıtlamaları gibi daha önce deneyimlenmemiş önlemler uygulanmıştır. Bu durum, özellikle 65 yaş üstü bireylerin sosyal kısıtlamalar ve bakım ihtiyacı nedeniyle önemli zorluklar yaşamasına yol açmıştır. Sokağa çıkma kısıtlaması altında olan veya ihtiyaçlarını tek başına karşılayamayan yaşlı bireylerin ekonomik, sağlık ve bakım hizmetlerine kesintisiz erişiminin sağlanması gerekmektedir (Gencer, 2020).

Teletıp, yani uzaktan sağlık hizmetleri, zaman içinde kayda değer bir gelişim potansiyeline sahiptir. Gelecekte, bu hizmetlerin kapsamı ve işleyişi değerlendirildiğinde, ürün, fiyat, arz-talep dengesi ve hizmet süreçleri gibi pazarlama unsurları ön plana çıkacaktır. Mevcut yasal düzenlemeler ışığında, teletıp alanında yeni mevzuatlar, hizmet çeşitlilikleri, ücretlendirme politikaları ve teknolojik gelişmelerin hizmet sunumuna etkileri gündem maddeleri arasında yer alacaktır (Arık, 2023).

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması, kendine özgü yapısı nedeniyle hem klasik hem de sosyal pazarlama tekniklerini bünyesinde barındıran çok disiplinli bir alan olarak tanımlanabilir. Etkili bir sağlık hizmeti pazarlaması için hastaların açıkça ifade ettikleri ve dile getirmedikleri ihtiyaçlarının kapsamlı şekilde analiz edilmesi, yenilikçi hizmetlerin

geliştirilmesi gerekmektedir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu için, hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak altyapıların eksiksiz olması ve sağlık personelinin hasta memnuniyetine yönelik şikayetleri dikkatle dinleyip yeniliklere açık olması önem arz etmektedir (Purcarea, 2019).

Uzaktan sağlık hizmetleri pazarlaması, ürün, fiyat, tutundurma, dağıtım, katılımcılar, süreçler ve fiziksel kanıtlar olmak üzere temel bileşenlerden oluşmaktadır. “Ürün” kavramı, teletıp bağlamında bilişim teknolojileri, hastada uygulanan teknolojik cihazlar, e-reçete, e-raporlar ile zaman ve maliyet tasarrufunu da içermektedir.

Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma, işletme maliyetleri, genel giderler ve personel maaşları gibi unsurlar dikkate alınarak yapılmaktadır. Ancak, uzaktan sağlık hizmetlerinde geri ödeme mekanizmalarının henüz netleşmemiş olması, fiyatlandırmanın kesinleşmesini engellemektedir. Tutundurma faaliyetleri, sağlık tesislerinde sunulan hizmetlerin ve yeniliklerin tanıtımı amacıyla reklam ve sosyal medya gibi araçlarla yürütülür. Teletıp uygulamalarında ise tutundurma faaliyetlerinin, doğrudan yaşlı ve bakıma muhtaç hastalar yerine, bu bireylerin bakımını üstlenen yakınlarına yönelik yürütülmesi daha etkili bulunmaktadır. Bu durum, yaşlıların sosyal medya kullanımının sınırlı olması ve bakıma muhtaç bireylerin teknolojiyi etkin kullanamamasıyla açıklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde dağıtım; hastanın sağlık kuruluşuna doğrudan başvurması, evde sağlık veya bakım hizmetlerinin sunulması ya da bilişim teknolojileri vasıtasıyla uzaktan sağlık hizmetlerinin verilmesi şeklinde gerçekleşir. Teletıp, bu dağıtım yöntemlerinden bilişim teknolojileri kullanılarak sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlar. Bu hizmetin etkinliği için;

- Sağlık kurumlarının yeterli bilişim teknolojisi altyapısına sahip olması,
- Personel ve hastaların teknolojiyi kullanabilecek donanıma sahip olmaları,
- Hastaların gerekli teknolojik ekipmanlara erişiminin bulunması,
- İletişim sırasında kesinti ve arızaların yaşanmaması,
- Sağlık bilgi sistemlerinin teletıp teknolojilerine entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir.

Uzaktan sağlık hizmetlerinde katılımcılar temel olarak hasta ve doktor olmakla birlikte, hastanın iletişimde yaşadığı zorluklar nedeniyle hasta yakınları ve gerektiğinde diğer uzman hekimler de sürece dahil olabilir.

Teletıp süreçleri, hasta ve doktorun eş zamanlı iletişimde olduğu senkron (canlı görüşme), hasta verilerinin daha sonra incelenmek üzere saklandığı asenkron süreç ve hastanın durumuna bağlı olarak evde veya hastanede izleme süreçleri olmak üzere üç temel başlık altında toplanabilir. Uzaktan sağlık hizmetlerinde, hasta tarafından değerlendirilen fiziksel ortam unsurları, yüz yüze sağlık hizmetlerinden farklı olarak; web sitesi tasarımı, kullanılan teknolojik cihazların kalitesi ve doktorun görünümü gibi sınırlı faktörlerle kısıtlanmıştır (Arık, 2023).

## **2.5. Diş Hekimliğinde Uzaktan Sağlık Hizmetleri**

Teknolojik gelişmeler, birçok sektörde olduğu gibi sağlık alanında da önemli değişimlere yol açmıştır. Teletıp uygulamalarında kaydedilen ilerlemeler paralelinde, diş hekimliğinde de uzaktan sağlık hizmetlerinin gelişimi kaçınılmaz hale gelmiştir. Tele-diş hekimliği olarak adlandırılan bu uygulamaların temel amacı; diş hastalıklarının tanısı, tedavisi, gerekirse konsültasyon sağlanması, hastalara bilgi aktarımı ve destek verilmesidir.

Tele-diş hekimliği uygulamaları, senkronize ve asenkronize olmak üzere iki ana başlıkta incelenebilir. Senkronize tele-diş hekimliği, hizmetin eş zamanlı olarak iletişim esnasında sunulmasıdır; asenkronize tele-diş hekimliği ise kayıt edilen verilerin sonradan iletilerek değerlendirilmesidir. Bu uygulamalar, diş hekimliğinin pek çok alanında başarıyla kullanılmaktadır. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde önem kazanan tele-diş hekimliği, kırsal ve kentsel alanlar arasındaki hizmet erişim eşitsizliklerinin giderilmesinde etkili olmuştur (Uğur & Yılmaz, 2022).

Tele-diş hekimliğinin temelleri, 1989 yılında Maryland Üniversitesi'nde düzenlenen bir konferansta atılmıştır. Diş hekimliği paydaşları ile bilişim ve teknoloji uzmanlarının katılımıyla, diş hekimliği bileşenleri arasında bir ağ kurulması fikri ortaya konmuş ve 1994 yılında Amerikan Ordusu tarafından "Total Dental Access" projesi kapsamında uygulanmaya başlanmıştır (Uğur & Yılmaz, 2022).

Oral diagnoz alanında, tele-diş hekimliği dijital görüntülerin e-posta yoluyla iletilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Brezilya'da gerçekleştirilen bir çalışmada, 60 hastanın verileri e-posta aracılığıyla iki farklı oral diagnoz uzmanına gönderilmiş ve her iki uzman vakaların çoğunluğunda doğru tanı koymuştur. Bu bulgu, bilgi teknolojilerinin doğru kullanımı halinde oral diagnoz konsültasyonlarının etkinliğini göstermektedir (Torres-Pereira vd., 2013).

Ağız içi kanser teşhisinde, diş hekimlerinin ilk muayenesi kritik bir öneme sahiptir.

Pratisyen diş hekimlerinin atlayabileceği vakalarda, oral diağnoz uzmanlarına yapılan konsültasyonun önemi ortaya çıkmaktadır. Haziran 2015 – Aralık 2016 tarihleri arasında Brezilya’da yapılan bir diğçer çalışmada, bulut tabanlı bir platformda klinik veriler ve oral lezyon fotoğrafları ilgili personelle paylaşılmıştır. Sonuç olarak, hastaların yüz yüze konsültasyona yönlendirilme oranı %96’dan %35’e düşmüş ve tele-diş hekimliğinin birinci basamak sağılık hizmetleri ile uzmanlaşmış alanlar arasında etkin bir köprü işlevi görebileceğı ortaya konmuştur (Carrard vd., 2018).

Diş kayıpları ve buna bağılı ağız içi kemik rezorpsiyonu, Hindistan’da önemli bir ağız sağılığı sorunu olarak görölmektedir. Overdenture protezler, hem bu rezorpsiyonları önleme hem de daha tutucu protez yapabilme olanağı sağlamaktadır. Hindistan’da gerçekleştirilen bir çalışmada, yeni mezun diş hekimleri ile uzmanlardan oluşan iki grup oluşturulmuş; yeni mezunlar, uzmanların telekomünikasyon aracılığıyla yönlendirmesiyle overdenture protezleri başarıyla uygulamışlardır. Bu çalışma, tele-diş hekimliğinin kırsal alanlarda bile uzman desteğıyle kaliteli protez yapımına olanak tanıdığını göstermiştir (Keeppanasserril vd., 2011).

Endodonti alanında, kanal tedavisinde en kritik konu diş kanallarının tespiti ve ekstra kanalların ortaya çıkarılmasıdır. Dental operasyon mikroskobu gibi teknolojik gelişmeler bu alanda önemli katkılar sağlamıştır. Mikroskop kullanılarak yapılan bir çalışmada, çekilmiş 165 insan dişinde ekstra kanalların bulunma oranının yüksek olduğı tespit edilmiştir (Brüllmann vd., 2009).

2000 yılında Baker ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, iki endodontist tarafından geleneksel yöntemle ve video telekonferans aracılığıyla 30 radyografik görüntü değerlendirilmiştir. Periapikal kemik lezyonlarının tespitinde, iki yöntem arasında anlamlı bir fark bulunmamış ve değerlendiricilerin yanıtları arasında %97 oranında uyum saptanmıştır (Baker vd., 2000).

Ortodontik tedaviye erişim, diğçer diş tedavilerine kıyasla daha zordur; bunun sebepleri arasında ekonomik maliyetler, tedavi gereksiniminin sosyal olarak algılanması ve uzman sayısının yetersizliğı yer almaktadır. Erken dönem çocuklarda maloklüzyonların interseptif ortodontik tedavilerle düzeltilmesi, ileri yaşlarda daha maliyetli ve zor tedavilerin gerekliliğini azaltmaktadır. Birleşik Krallık’ta yapılan çalışmalar, teledentistry’nin ortodontik sevk gerektiren hastaları belirlemede uygun bir yöntem olduğunu ortaya koymuş; hastalar, ortodontistler ve genel diş hekimleri arasında memnuniyet sağlamıştır. Gerçek zamanlı tele-diş

hekimliği yoluyla, uzman ortodontistin yönlendirmesiyle interseptif ortodontik tedavi uygulanmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu uygulamalar hem maliyet etkinliği hem de hasta memnuniyeti açısından avantaj sağlamaktadır (Berndt vd., 2008).

Ağız, diş ve çene cerrahisi alanında tele-diş hekimliği, özellikle implant uygulamalarında önemli katkılar sunmaktadır. 2003-2005 yılları arasında Köln- Wahn'daki silahlı kuvvetler diş kliniğinde yürütölen bir çalışmada, implant öncesi ağız içi durum, radyografik değerlendirme, implant sayısı ve boyu tele-dentistry yöntemiyle incelenmiş ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca, tele-diş hekimliği uygulamalarının güvenilirliğini değerlendiren bir çalışmada, 4-6 yaş arası 50 çocukta çürük sayısı tespiti yapılmış ve oldukça başarılı sonuçlar alınmıştır (Kopycka- Kedzierawski vd., 2007).

### **2.5.1. Tele diş hekimliğinde etik ve yasal durum**

Bristol Üniversitesi bünyesinde faaliyet gösteren Teledent araştırma ekibi, yaklaşık üç yılı aşkın süredir tele diş hekimliği uygulamalarının, özellikle video konferans yoluyla gerçekleştirilen uzaktan teşhis süreçlerinin potansiyelini kapsamlı şekilde incelemiştir. Bu çalışmalar kapsamında, mesleğin geleceğine dair umut vadeden çeşitli konular ele alınmıştır. Video konferans yöntemi, diş hekimlerinin meslektaşlarıyla fikir alışverişinde bulunabilmeleri açısından son derece umut verici bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Video konferans, iki veya daha fazla kişinin uzaktan görüntölü ve sesli etkileşim kurmasını sağlayan iletişim teknolojisi olarak tanımlanmaktadır (Cook vd., 2000).

Tele diş hekimliğinin uluslararası ölçekte uygulanabilirliği, bilgiye ve kişisel verilere erişim bağlamında önemli hukuki kaygıları gündeme getirmiştir. İnternet ortamında lisanslama süreçleri ve bilgi doğrulama mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir; zira günümüzde internet ortamı, yeterince düzenlenmemiş ve kuralsız bir alan olarak değerlendirilmektedir. Diş hekimliğinde bilgi teknolojilerinin kullanımından kaynaklanan tüm sorumluluk, ilgili kullanıcıya aittir. Hastalara, hekimin veri şifreleme ve parola koruması gibi güvenlik önlemleri almasına rağmen, bilgilerine yetkisiz kişilerin erişebilme ihtimali hakkında bilgilendirme yapılması zorunludur. Tele diş hekimliğinde, hekimin tanı ve tedavi süreçlerinde başarısız olabileceği gibi, kullanılan teknolojinin de arızalanması veya işlevsellik sorunları yaşaması mümkündür. Günümüzde tele diş hekimliği uygulamalarına ilişkin yasal düzenlemeler henüz tam anlamıyla oturmamıştır (Bhargava vd., 2019).

Türkiye'de mevcut hasta hakları mevzuatında, "Hastanın sağlık durumu ile ilgili

bilgileri ve kayıtları kendisi, vekili veya kanuni temsilcisinin alabileceği” yönünde hüküm bulunmaktadır. Ancak uzaktan sağlık hizmetlerinde, teknolojik bağlantı altyapısının kısıtlamaları nedeniyle bu hakkın tam olarak uygulanabilirliği tartışmalıdır. Ayrıca, tele tıp ve tele diş hekimliği uygulamalarının yüz yüze sunulan sağlık hizmetlerinin yerini tam anlamıyla alıp alamayacağı, malpraktis durumlarında sorumluluğun nasıl dağıtılacağı gibi hukuki ve etik konularda halen netlik bulunmamaktadır.

Tele diş hekimliği uygulamalarının, coğrafi erişimi zor hastalar ile evinden çıkamayan yaşlı, engelli veya kronik hastalığı bulunan bireylerde son derece önemli ve giderek artan bir öneme sahip olduğu görülmektedir. Ancak, bu alandaki kanuni ve etik sorunların henüz tamamen çözüme kavuşturulduğu söylenememektedir (Uğur & Yılmaz, 2022)

## **2.6. Giyilebilir Sağlık Sistemleri**

Uzaktan sağlık hizmetleri teknolojilerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, tıbbi bakım hizmetleri doğrudan hastaların yaşam alanlarına taşınmaya başlamıştır. Bu bağlamda, hastaların sağlık durumlarının uzaktan izlenebilmesi ve kendi öz bakım süreçlerini sürdürebilmeleri için düşük maliyetli, taşınabilir ve ev ortamına uygun sensörler ile bilgi iletişim sistemleri geliştirilmektedir (Lanata, 2022).

Teletıbbın, hastaların gereksiz acil servis başvurularını ve sağlık tesislerine yönelmelerini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Örneğin, huzurevlerinde uygulanacak telemedikal programların, hastaneye yatışların azaltılmasına katkı sağlayacağı ve sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve hızlı sunulmasını mümkün kılacağı değerlendirilmektedir (Gillespie vd., 2019).

Fotopletismogram (PPG) teknolojisi, dokuların mikrovasküler kan hacmindeki değişiklikleri belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Biyolojik uygulamalar ve parametre çıkarma alanındaki avantajları nedeniyle PPG, sürekli sağlık verisi izlenmesi gereken durumlarda en uygun ve yaygın kullanılan sistemlerden biridir (Lanata, 2022).

Bireyler, kişisel ölçümler yoluyla fiziksel ve biyolojik durumlarını gerçek zamanlı olarak takip etmekte; böylece sağlıklarını kontrol altında tutmaya ve sağlık farkındalığını artırmaya çalışmaktadırlar. Günlük olarak adım sayısı, beslenme düzeni, uyku süresi, kalp atış hızı, stres seviyesi ve kan şekeri gibi parametrelerin kaydı, bireylerin sağlık durumlarına yönelik bilinç geliştirmelerine olanak tanımaktadır. Teknolojik altyapıya sahip ve sürekli

üzerinde taşınabilen, takılabilen ya da giyilen cihazlar—örneğin saat, gözlük, takı gibi—giyilebilir teknolojiler olarak tanımlanmaktadır. Giyilebilir sağlık teknolojileri genel olarak fiziksel aktivitede sürekliliği sağlamak, sağlık farkındalığı oluşturmak ve fiziki kontrolü sürdürmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu teknolojiler giderek daha ergonomik, kullanımı kolay ve rahat hale gelmektedir (Aydan & Aydan, 2016).

Kurumsal web sayfaları ve sosyal medya platformları, sağlık koruma ve geliştirme amacıyla görsel ve videolu içeriklerle hizmet sunmaktadır. Ayrıca, akıllı telefonlarda bulunan ve sürekli yenilenen sağlık değerlendirmeleri, aktivite analizleri, sağlık farkındalığı ve eğitim uygulamaları, giderek daha geniş kullanıcı kitleleri tarafından rutin olarak kullanılmaktadır (Şimşir & Mete, 2021).

Özellikle yaşlı hastalarda, kalp atış hızı, rutin fiziksel fonksiyonlar ve kan basıncı gibi hayati parametrelerin günlük takibi, giyilebilir sağlık teknolojileri ile mümkün hale gelmiştir. Bu hasta grubunda kullanılacak cihazların pil ömrü ve ergonomisi büyük önem taşımaktadır (Turgut vd., 2023).

Mobil sağlık uygulamaları, bireylerin günlük yaşam aktiviteleri sırasında sağlık verilerinin düzenli izlenmesini sağlamakla kalmayıp, sağlıkla ilgili farkındalıklarının artırılmasında da etkilidir. Bu farkındalık, düzenli fiziksel aktivite, zararlı alışkanlıklardan kaçınma ve sağlıklı beslenme gibi olumlu davranışları teşvik etmektedir. Akıllı telefonların yaygınlığı göz önüne alındığında, mobil sağlık uygulamalarını kullanan birey sayısının giderek artacağı öngörülmektedir. Giyilebilir sağlık teknolojileri, kan basıncı, oksijen düzeyi, kalp atış hızı gibi birçok sağlık verisini çeşitli sensörler ve alıcılar aracılığıyla sağlamaktadır (Eyüpoğlu, 2023).

Akıllı bileklik ve saatler sayesinde 7/24 tansiyon, nabız, ateş, oksijen seviyesi, EKG, fiziksel aktivite ve uyku gibi önemli parametreler kaydedilmekte ve gerektiğinde farklı cihazlara veri aktarımı yapılabilmektedir. Akıllı kemerler, oturma ve hareketlilik süreleri ile vücut çevresindeki değişiklikler hakkında bilgi sağlayarak aşırı kilo alımının önlenmesine yardımcı olmaktadır. Akıllı tişörtler, kardiyolojik hastalarda EKG ve kalp atış hızı gibi verileri toplamakta ve ilgili cihazlara iletmektedir. Geliştirilme aşamasında olan akıllı lensler göz içi tansiyon ölçümünü hedeflemektedir. Akıllı gözlükler, özellikle sağlık çalışanlarının enfeksiyon riski taşıyan durumlarda ellerini kullanmadan telefonla iletişim kurmalarına ve konsültasyon taleplerine olanak sağlamaktadır.

Akıllı ayakkabılar adım sayımı ve kilo kontrolünde destek sunarken, akıllı eldivenler ileri derecede nörolojik rahatsızlığı bulunan bireylerde el titremelerini azaltmaktadır. Ayrıca, nörolojik hastalıkların takibinde kullanılan sensörler ve taşınabilir cihazlar da mevcuttur. Yapışkan ve giyilebilir yamalar; diyabet, stres, ateş, uyku apnesi ve COVID-19 gibi farklı sağlık durumlarının izlenmesine olanak tanımaktadır (Kılıç & Tosun, 2021).

Genel olarak, giyilebilir sağlık teknolojilerine yönelik bireylerin ilgisi artmaktadır ve gelecekte bu teknolojilerin vücuda entegre edilmesi yönünde gelişmeler yaşanması beklenmektedir. Kullanım alanlarına göre bu teknolojiler; rutin sağlık verilerinin takibi, kronik hastalıkların yönetimi, hastalıkların teşhisi ve tedavisi ile bakım ve rehabilitasyon amaçlı olarak sınıflandırılabilir. Bu cihazlar sayesinde, örneğin glukoz seviyesinde ani değişiklikler veya kalp krizi gibi acil durumlar anlık olarak bildirilebilmekte, böylece hayati risklerin önlenmesine katkı sağlanabilmektedir (Öcel vd., 2024)

## **2.7. Toplumun Teletıp Uygulamalarına İlişkin Algısı**

Günümüz dünyasında teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesiyle birlikte, hasta verilerinin doğru, hızlı ve güvenli bir şekilde iletilmesi, erişilebilir olması ve korunması büyük bir önem arz etmektedir. Bilgisayar kullanım seviyesine göre gerçekleştirilen bir araştırmada, hastaların uzaktan sağlık sistemlerine yönelik değerlendirmeleri incelenmiş ve bilgisayar kullanım becerileri yüksek olan bireylerle düşük olanlar arasında uygulamaları kullanabilme yetkinliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kullanıcıların genel olarak sistemi başarıyla kullanabildikleri ancak memnuniyet düzeylerinin oldukça sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Gökay vd., 2015).

Türkiye’de 36 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcılardan akıllı telefonlarına e-Nabız uygulamasını indirip yaklaşık bir hafta kullanmaları ve bu deneyimlerine ilişkin geri bildirimde bulunmaları istenmiştir. Katılımcılar, uygulamanın fonksiyonellik, kullanılabilirlik, içerik ve performans gibi çeşitli boyutları hakkında şikâyet ve önerilerde bulunmuştur. Çalışma sonucunda, e- Nabız benzeri uygulamaların kullanılabilirliğinin artırılması yönünde girişimlerin güçlendirilmesi ve toplumda bu uygulamalara ilişkin farkındalığın yaygınlaştırılması gerekliliği vurgulanmıştır (İnal & Çağiltay, 2019).

Konya ilinde gerçekleştirilen ve farklı yaş gruplarından 300 kişinin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının e-Nabız sisteminden haberdar olduğu ancak

uygulamayı indirip kullananların oranının düşük olduğu gözlemlenmiştir. Kullanıcıların çoğunluğu uygulamadan memnuniyet duyduklarını belirtmiş ve özellikle hastane verilerini takip etmek ile sağlık kurumları hakkında yorum yapma gibi işlevler için uygulamayı tercih ettikleri ortaya konmuştur. Buna karşın, randevu alma işlemleri için daha pratik bir yöntem olan Alo182 ya da MHRS randevu sistemi yaygın şekilde kullanılmaktadır (Yorulmaz vd., 2018).

Giresun'da bir kamu hastanesine başvuran hastalar arasında yapılan araştırma, hastaların büyük bir kısmının randevu almak için Alo182 hattını kullandıklarını, ancak MHRS uygulamasını kullananların da önemli bir oran oluşturduğunu göstermiştir. MHRS üzerinden randevu alan hastalar, uygulamayı genel olarak kaliteli bulduklarını ve memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Bununla birlikte, uygulamada geliştirilmesi gereken bazı alanların varlığı da belirtilmiştir (Kurşun & Kaygısız, 2018).

Muğla ilinde yapılan bir çalışmada sağlık kurumları, hasta ve personel perspektifinden teletıp uygulamalarına ilişkin bilgi kalitesi, memnuniyet, erişim, etkinlik ve güven unsurları açısından değerlendirilmiş olup, teletıp uygulamalarının pek çok avantajı olduğu ortaya konmuştur. Ancak, 56-65 yaş aralığındaki hastaların büyük çoğunluğu, teletıp uygulamalarının güvenilir olmadığı yönünde görüş bildirmiştir. Bu durumun, söz konusu yaş grubundaki bireylerin teknoloji kullanımında yaşadıkları zorluklar ve yeniliklere karşı dirençli olmalarından kaynaklandığı değerlendirilmiştir (Korkmaz & Hoşman, 2018).

Teletıp uygulamalarına yönelik memnuniyeti irdeleyen kapsamlı bir çalışmada, öncelikle Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere, teletıp uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı Batı ülkelerinden 41 makale incelenmiştir. Başlangıçta 8 memnuniyet kriteri belirlenmişken, çalışma ilerledikçe bu kriter sayısı 15'e yükseltilmiştir. Sonuçlar, hastaların genel olarak teletıp hizmetlerinden memnuniyet duyduklarını ortaya koymaktadır. Memnuniyetin başlıca nedenleri arasında zaman tasarrufu, maliyetin azalması ve seyahat gerekliliğinin ortadan kalkması yer almaktadır. Ayrıca, bazı çalışmalar, teletıp sayesinde hekim ve hasta arasında daha duygusal ve empatik bir bağın oluştuğunu ve bunun da hasta uyumunu artırdığını göstermektedir (Saygun, 2021).

### **2.7.1. Uzaktan sağlık hizmetlerinin geleceği**

COVID-19 pandemisi öncesinde, yasal düzenlemelerin belirsizliği, hem hizmet alan hem de sunan taraflardaki direnç ve teknolojik altyapı eksiklikleri gibi nedenlerle uzaktan sağlık

hizmetlerinin yaygınlaşması zorluklarla karşılaşmıştır. Ancak pandemi sürecinde ortaya çıkan sosyal mesafe zorunluluğu gibi yaşam tarzı değişiklikleri, uzaktan sağlık hizmetlerinin kullanımını zorunlu ve yaygın hale getirmiştir.

Bu bağlamda, yabancı bir atasözünde belirtildiği üzere “Zorunluluk, icadın anasıdır” (Rotker & Velez, 2020).

COVID-19 salgını, küresel çapta toplumların yaşam biçimlerinde birçok değişikliğe yol açmıştır. Bu değişikliklerin bir kısmı geçici olsa da, kalıcı etkilerinin zamanla daha net ortaya çıkacağı öngörülmektedir. Pandemi sürecinde gerçekleştirilen ani değişimler ve hızlı alınan kararlar, acil durum politikaları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Birçok ülkede, özellikle sağlık alanında hayata geçirilen uygulamalar, “olağanüstü halin sona ermesine” ya da “bir sonraki duyuruya kadar” geçerli olacak şekilde hayata geçirilmiştir (Rotker & Velez, 2020).

Tıp eğitiminde de etkisini gösteren COVID-19 pandemisi, sağlık hizmetlerinin geleceği açısından iyi yetişmiş sağlık profesyonellerine olan ihtiyacın devam ettiğini açıkça ortaya koymuştur. Salgının tıp eğitimine etkileri şu şekilde sıralanabilir:

- Virüse maruziyetin ve kişisel koruyucu ekipman kullanımının azaltılması amacıyla acil olmayan ameliyatların iptal edilmesi ve cerrahi vaka katılımcılarının sadece gerekli personelle sınırlandırılması sonucunda cerrahi vaka hacminin azaltılması,
- Sosyal mesafe kurallarına uyum sağlamak için yüz yüze muayenelerin yerini teletıp uygulamalarına bırakması,
- Uzman olmayan personelin pandemi sürecine dahil edilmesiyle uzmanların maruziyetinin azaltılması,
- Yüz yüze eğitime ara verilmesi,
- Tıp öğrencilerinin klinik rotasyonlarının (yüz yüze öğrenme imkânlarının) iptal edilmesi (Rotker & Velez, 2020).

Bu kapsamda, tıp eğitimi sürecinde yaşanan değişimler asistanlar ve öğrencilerin değerlendirilme süreçlerinde de farklılıklara yol açmıştır. Tıbbi teamüllerin önemli bir kısmının askıya alınması nedeniyle birçok asistan ve öğrenci, klinik rotasyonlarını tamamlayamadan mezun olmuştur (Chick vd., 2020).

Hali hazırda küresel ölçekte ülkelerin genel durumlarına baktığımız zaman sağlık

hizmetlerinde gelişen teknolojilere uyum ve kabullenme anlamında ciddi farklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelere baktığımızda teknolojinin gelişimi, kullanımı ve toplumun bu teknolojilere uyumu çok hızlı olurken gelişmekte olan ülkelerde durum aynı değildir (Şimşir & Mete, 2021).

COVID-19 pandemisi, tıp camiasını, hastaları ve yasa koyucuları teletıp alanında ileri adımlar atılması gerektiği konusunda zorunlu olarak yüzleşmeye sevk etmiştir. Her ne kadar yüz yüze sağlık hizmetleri kadar etkin olmadığı düşünülse de, teletıp özellikle uygun hasta gruplarında etkili bir sağlık hizmeti sunumu olarak kendini kanıtlamıştır. Pandemi süreciyle birlikte, birçok hasta doktorlarıyla bilgisayar ekranları aracılığıyla görüşmeye alışmıştır. Bu hastaların, daha önce katlanmak zorunda oldukları uzun yolculuklar, sıra alma ve bekleme gibi süreçlere geri dönme istekleri zayıflamıştır. Evde test uygulamaları, video platformları ve diğer destekleyici teknolojilerdeki ilerlemeler, gelecekte teletıp hizmetlerinin daha da kolaylaşmasına katkı sağlayacaktır (Rotker & Velez, 2020)



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Türü**

Bu çalışma, Konya ili Meram ilçesinde bulunan özel ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran, 18 yaş ve üstü ve en az okur-yazar olan bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesine yönelik kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırma İzinleri**

Çalışmanın yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan 16.06.2023 tarih ve 2023/4382 sayı ile etik onay alınmıştır. Yücel ve Uyar (2023) tarafından geliştirilen "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği"nin kullanımı için gerekli izin sağlanmıştır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'ndan da anket uygulamasına yönelik izin alınmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve Konya ili Meram ilçesinde bulunan iki özel ağız ve diş sağlığı polikliniğinde, basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen kurumlarda, 01.05.2023–31.05.2023 tarihleri arasında mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmiştir.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarih aralığında Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ile Konya ili Meram ilçesindeki özel ağız ve diş sağlığı polikliniklerine başvuran tüm hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçimi basit rastgele örnekleme yöntemiyle yapılmıştır. Meram ilçesinde bulunan 27 ağız ve diş sağlığı polikliniğinden basit rastgele yöntemle iki klinik seçilmiştir. Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve bu kliniklere başvuran ve uygun şartları taşıyan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin 18 yaş üstü ve okur-yazar olduğu teyit edilmiştir. Örneklem büyüklüğü, G\*Power programı kullanılarak %95 güven aralığı, %5 hata payı, %80 güç ve bilinmeyen prevalans (%50) kabul edilerek, %10 fark toleransı ile minimum 404 kişi olarak hesaplanmış ve çalışma bu sayı ile gerçekleştirilmiştir.

### 3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veri toplama aracı olarak, literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından oluşturulan iki bölümlü bir form kullanılmıştır (Ek-2). Birinci bölümde, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sağlık hizmetleri kullanımını etkileyebilecek faktörlere yönelik 18 soru yer almaktadır. Bu sorular arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir seviyesi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, internet bağlantılı akıllı cihaz kullanımı, evde engelli/bakıma muhtaç birey bulunup bulunmadığı, sağlık problemlerinde başvurulan ilk sağlık kuruluğu, ağız ve diş sağlığı hizmeti aldığı kurumun evlerine yakınlığı, son bir ay içindeki ağız ve diş sağlığı hizmeti başvuru sıklığı ve en son başvuru zamanı sorgulanmıştır. Soruların 12'si kapalı uçlu, 6'sı ise açık uçludur. İkinci bölümde, Yücel ve Uyar (2023) tarafından geliştirilen ve 18 maddeden oluşan "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği" yer almaktadır. Bu ölçekteki maddelere katılımcılar 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında Likert tipi puanlama ile yanıt vermişlerdir. Cronbach's Alpha katsayısı 0,947 olarak bulundu (Yücel & Uyar, 2023). Uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum ölçeğini geliştirmek için yapılan çalışma metodolojik türde olup, Konya ili Meram ilçesindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü hasta ve hasta yakını ile olmuştur. Sosyodemografik özellikler ve 5'li likert yapıda olan aday ölçek formu kullanılarak veriler toplanmıştır. Analizler için SPSS ve R programları kullanılmıştır.  $p < 0,05$  olan durumlar anlamlı sayılmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi için 250 kişi, ve Doğrulayıcı Faktör Analizi için 350 kişi yani toplamda 600 kişi çalışmaya dahil edildi.

Veriler, araştırma kapsamında belirlenen kliniklere başvuran, 18 yaş üzeri ve okur-yazar olan hastalardan elde edilmiştir. Anket uygulamasından önce, anketi uygulayacak diş hekimlerine araştırma prosedürü hakkında eğitim verilmiş ve bilgilendirme yapılmıştır. Gönüllülük esasına dayanan araştırmada anketler, hekimler tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

### 3.6. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya, 18 yaş üstü, en az okur-yazar seviyesinde öğrenimi olan ve ankete katılmaya sözlü onam veren bireyler dahil edilmiştir. Bu kriterlere uymayanlar çalışmaya alınmamıştır.

### 3.7. İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 27.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak incelenmiştir. Sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Normal dağılan sayısal verilerle iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında One-Way ANOVA testi kullanıldı. Tüm analizlerde  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.





#### 4. BULGULAR

“Kamu ve özel diş polikliniklerine başvuran hastaların uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi” başlıklı çalışmamıza toplam 404 kişi (%100) katılım sağlamıştır. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, 243 (%60,1) katılımcının kadın, 161 (%39,9) katılımcının ise erkek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş dağılımına göre, 272’si (%67,3) 18-44 yaş arasında, 107’si (%26,4) 45-64 yaş arasında, 25’i (%6,1) ise 65 yaş ve üzerindedir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, 258 (%63,9) katılımcının evli, 146 (%36,1) katılımcının ise bekar olduğu grlmştir. ğrenim durumu incelendiğinde; 166 (%41,1) katılımcının niversite mezunu, 94 (%23,3) katılımcının lise mezunu ve 144 (%35,7) katılımcının ise farklı eğitim seviyelerine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Aktif alışma durumu sorgulandiğında, 189 (%46,8) katılımcının aktif olarak çalışmadığı, 215 (%53,2) katılımcının ise aktif çalıştığı tespit edilmiştir. Meslek gruplarına göre dağılımda; 97 (%24) katılımcının ev hanımı, 72 (%17,8) katılımcının işçi, 60 (%14,9) katılımcının serbest meslek sahibi olduğu, 45 (%11,1) katılımcının ğretmen, 36 (%8,9) katılımcının ğrenci ve 24 (%5,9) katılımcının emekli olduğu grlmştir. Gelir durumu ile ilgili yapılan değerlendirmede, 114 (%28,2) katılımcının gelirini yetersiz, 210 (%52) katılımcının gelirinin giderine eşit, 80 (%19,8) katılımcının ise gelirinin yeterli olduğu bildirilmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4. 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	243	%60,1
<b>Erkek</b>	161	%39,9
<b>Yaş</b>		
<b>18-44</b>	272	%67,3
<b>45-64</b>	107	%26,4
<b>65 ve üstü</b>	25	%6,1
<b>Medeni Durum</b>		
<b>Evli</b>	258	%63,9
<b>Bekâr</b>	146	%36,1
<b>Öğrenim Durumu</b>		
<b>İlkokul</b>	63	%15,5
<b>Ortaokul</b>	46	%11,4
<b>Lise</b>	94	%23,3
<b>Üniversite</b>	166	%41,1
<b>Yüksek Lisans/Doktora</b>	35	%8,7
<b>Çalışma Durumu</b>		
<b>Çalışıyor</b>	215	%53,2
<b>Çalışmıyor</b>	189	%46,8
<b>Meslek</b>		
<b>Ev Hanımı</b>	97	%24,0
<b>Öğretmen</b>	45	%11,1
<b>Öğrenci</b>	36	%8,9
<b>Emekli</b>	24	%5,9
<b>Memur</b>	34	%8,4
<b>İşçi</b>	72	%17,8
<b>Esnaf</b>	14	%3,5
<b>Serbest meslek</b>	60	%14,9
<b>Çiftçi</b>	3	%0,7
<b>Sağlık personeli</b>	19	%4,7
<b>Gelir Durumu</b>		
<b>Geliri Giderinden Az</b>	114	%28,2
<b>Geliri Giderine Eşit</b>	210	%52
<b>Geliri Giderinden Fazla</b>	80	%19,8

Kronik hastalık varlığı sorusuna, 320 (%79,2) katılımcı “yok”, 84 (%20,8) katılımcı ise “var” yanıtı vermiştir. Katılımcıların düzenli ilaç kullanımı incelendiğinde, 301 (%74,5) kişinin düzenli ilaç kullanmadığı, 103 (%25,5) kişinin ise düzenli ilaç kullandığı saptanmıştır. Teknolojik cihaz kullanımı açısından, katılımcıların 26’sı (%6,4) internet bağlantılı akıllı telefon, tablet veya bilgisayar kullanmadığını belirtirken, 378’i (%93,6) bu tür teknolojileri kullandığını ifade etmiştir. Evde engelli veya bakıma muhtaç birey olma durumu değerlendirildiğinde, 33 (%8,2) katılımcı evinde engelli veya bakıma muhtaç birey bulunduğunu belirtmiştir. Sağlıkla ilgili mobil uygulama kullanımı sorusuna, 241 (%59,7) katılımcı “kullanmadığını”, 163 (%40,3) katılımcı ise “kullandığını” ifade etmiştir (Tablo 4.2).



**Tablo 4. 2. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı, İlaç, Teknolojik Cihaz Kullanımı, Evde Engelli veya Bakıma Muhtaç Birey Varlığı ve Mobil Uygulama Kullanma Durumları**

	n	Yüzde (%)
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
Yok	320	%79,2
Var	84	%20,8
<b>Düzenli İlaç Kullanma Durumu</b>		
Yok	301	%74,5
Var	103	%25,5
<b>Teknolojik Cihaz Kullanımı</b>		
Yok	26	%6,4
Var	378	%93,6
<b>Engelli veya Bakıma Muhtaç Bilinen Kişi</b>		
Yok	371	%91,8
Var	33	%8,2
<b>Mobil Uygulama Kullanımı</b>		
Yok	241	%59,7
Var	163	%40,3

Ağız ve diş sağlığı problemlerinde ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşu olarak, 162 (%40,1) katılımcı Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ni, 149 (%36,9) katılımcı özel ağız ve diş sağlığı polikliniklerini veya muayenahaneleri, 93 (%23) katılımcı ise diğer kamu kurumlarını tercih ettiğini belirtmiştir. Başvuru yapılan sağlık merkezinin evin yakınlığına dair soruya, 230 (%56,9) katılımcı “yakın değil” cevabı verirken, 174 (%43,1) katılımcı “yakın” yanıtını vermiştir. Son başvuru harici bir ay içinde diş hekimine başvuru sıklığına göre, 145 (%35,9) katılımcı hiç başvurmadığını, 108 (%26,7) katılımcı bir kez, 151 (%37,4) katılımcı ise birden fazla kez başvurduğunu bildirmiştir. En son diş hekimine başvuru süresi sorulduğunda, katılımcıların 54'ü (%13,4) 30 gün önce, 50'si (%12,4) 365 gün önce, 48'i (%11,9) 7 gün önce,

43'ü (%10,6) 60 gün önce başvurduğunu, geri kalan 209'u (%51,7) ise farklı zaman dilimlerinde başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4. 3. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarına Başvurmaları ile İlgili Özellikler**

	n	Yüzde (%)
<b>Başvurulan Kuruluş</b>		
Kamu	202	%50
Özel	202	%50
<b>İlk Başvurulan Kuruluş</b>		
NEÜ Diş Hekimliği Fakültesi	162	%40,1
Özel Ağız ve Diş Muayenehane/Poliklinik	149	%36,9
Kamu Diş Hekimliği Poliklinik	93	%23
<b>Başvurulan Polikliniğin Yakınlığı</b>		
Uzak	230	%56,9
Yakın	174	%43,1
<b>Son başvuru harici</b>		
<b>1 Ay içinde Başvuru Sıklığı</b>		
Yok	145	%35,9
Bir Kez	108	%26,7
Birden Fazla	151	%37,4
<b>Son Diş Hekimine Başvuru Süresi</b>		
7 Gün Önce	48	%11,9
30 Gün Önce	54	%13,4
60 Gün Önce	43	%10,6
365 Gün Önce	50	%12,4
Diğer	209	%51,7

Ölçek toplam puanı ile “cinsiyet” karşılaştırıldığında anlamlı bir fark tespit edilmedi ( $p=0,115$ ) Cinsiyet değişkeni açısından kadınların ( $M=54.80$ ,  $SS=14.90$ ) erkeklere ( $M=52.34$ ,  $SS=16.00$ ) göre daha yüksek ortalama puan aldıkları görülmekle birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Yaş gruplarına göre yapılan analizde, ölçek puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p=0,153$ ). En yüksek ortalama puan 45-64 yaş grubunda (56.19) tespit edilmiştir. Medeni durum değişkeninde, evli ve bekar katılımcılar arasında ölçek puanları bakımından anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır ( $p=0,675$ ). Öğrenim durumu bazında yapılan karşılaştırmada, farklı öğrenim seviyelerine sahip grupların ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,494$ ). Aktif çalışma durumuna göre ise, çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,626$ ). Gelir durumu gruplarında da ölçek puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p=0,856$ ). Kronik hastalık varlığı açısından, kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında ölçek puanları bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,456$ ). Düzenli ilaç kullanımı ile ilgili analizde, ilaç kullanan ve kullanmayan bireyler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,342$ ) (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4. Toplam Ölçek Puanı ile Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.

Özellikler	Toplam Ölçek Puanı		p
	n	Ortalama±SS	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	243	54,80±14,90	0,115*
Erkek	161	52,34±16,00	
<b>Yaş</b>			
18-44	272	52,82±15,21	0,153**
45-64	107	56,19±15,58	
65 ve üstü	25	54,56±15,84	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	258	54,06±15,05	0,675*
Bekâr	146	53,39±16,00	
<b>Öğrenim Durumu</b>			
İlkokul	63	54,42±15,70	0,494**
Ortaokul	46	52,50±15,49	
Lise	94	54,47±13,76	
Üniversite	166	53,05±16,18	
Yüksek Lisans/Doktora	35	56,37±15,33	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	215	53,47±15,70	0,626*
Çalışmıyor	189	54,22±15,05	
<b>Gelir Durumu</b>			
Geliri Giderinden Az	114	53,20±14,40	0,856**
Geliri Giderine Eşit	210	53,94±15,49	
Geliri Giderinden Fazla	80	53,40±16,57	
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>			
Yok	320	53,53±15,33	0,456*
Var	84	54,94±15,60	
<b>Düzenli İlaç Kullanma Durumu</b>			
Yok	301	53,39±15,24	0,342*
Var	103	55,06±15,80	

\* Bağımsız Gruplarda T Testi.

\*\* One –Way ANOVA

Çalışmada toplam ölçek puanı ortalama 53,82 (min:18 - max:90, SS: 15,38) olarak tespit edilmiştir. Başvurulan sağlık kuruluşu değerlendirildiğinde kamu ve özel polikliniklere başvuran katılımcılar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (p=0,529). Teknolojik cihaz kullanımı açısından, cihaz kullananlar ile kullanmayanlar arasında ölçek puanları anlamlı olarak farklılaşmamıştır (p=0,506). Evde engelli veya bakıma muhtaç birey olan ve olmayan katılımcılar karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0.038). Evinde engelli/bakıma muhtaç birey bulunan katılımcıların ölçek puan ortalaması (M=59.15) diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Mobil uygulama kullanımı açısından, kullananlar ve kullanmayanlar arasında ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,095). Başvurulan polikliniğin eve yakınlığı değişkeninde de iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,609) (Tablo 4.5).

**Tablo 4. 5. Toplam Ölçek Puanı ile Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarına Başvurmalarına Ait Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Özellikler	Toplam Ölçek Puanı		p
	n	Ortalama±SS	
<b>Başvurulan kuruluş</b>			
Kamu	202	57,17±15,10	0,529*
Özel	202	50,47±14,95	
<b>Teknolojik Cihaz</b>			
Yok	26	55,76±12,55	0,506*
Var	378	53,69±15,55	
<b>Engelli veya Bakıma Muhtaç</b>			
<b>Bilinen Kişi</b>			
Yok	371	53,35±14,92	0,038*
Var	33	59,15±19,29	
<b>Mobil Uygulama Kullanımı</b>			
Yok	241	53,88±14,02	0,095*
Var	163	53,73±17,23	
<b>Başvurulan Polikliniğin Yakınlığı</b>			
Uzak	230	54,16±14,58	0,609*
Yakın	174	53,37±16,41	

\* Bağımsız Gruplarda T Testi.

## 5. TARTIŞMA

“Kamu ve Özel Diş Polikliniklerine Başvuran Hastaların Uzaktan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmamızda katılımcılar çeşitli özellikleri ele alınarak “uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum” ları değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan analizler neticesinde “**evde engelli veya bakıma muhtaç birey bulunması**” ile uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak diğer parametreler ve farklı çalışmalardaki yaklaşımların birlikte incelenmesi konuya daha da ışık tutacaktır.

Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesiyle birlikte uzaktan sağlık hizmetleri (teletıp ve tele-sağlık uygulamaları), sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir bileşeni haline gelmiştir. Özellikle erişim zorluklarının yaşandığı bölgelerde ve bakım gereksinimi olan bireylerde bu hizmetlerin yaygınlaşması, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli kolaylıklar sağlamaktadır. Ancak bu hizmetlerin etkinliğini belirleyen en temel unsurlardan biri, bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum ve kabulleridir. Bu nedenle, farklı sosyodemografik gruplarda bu tutumun belirleyicilerinin araştırılması halk sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışma, Konya ili Meram ilçesinde ağız ve diş sağlığı hizmeti alan bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarını incelemiş ve özellikle evde engelli veya bakıma muhtaç birey bulunmasının tutum üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, uzaktan sağlık hizmetlerinin toplumsal fayda sağlayabileceği öncelikli gruplardan birinin, evde bakım gereksinimi olan bireylerin bulunduğu haneler olduğunu göstermektedir. Çalışmanın bu bölümünde, elde edilen sonuçlar güncel literatürle karşılaştırılarak benzerlikler, farklılıklar ve olası nedenler tartışılmıştır.

Teletıp uygulamalarının sağlık hizmetleri pazarlaması açısından öneminin ele alındığı 2023 yılına ait bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, uzaktan sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yaygınlaştırılabilmesi için bilişim teknolojilerinin ve internet altyapısının önemi vurgulanmaktadır. Günümüz dünyasında, teknolojik altyapılar ne kadar ileri düzeye ulaşırsa ulaşsın, uzaktan sağlık hizmetlerinin istenilen düzeye erişmesi için ulusal internet bağlantısının yeterli olması gerekliliği üzerine durulmuştur. Çalışmada yaş ve sosyoekonomik durum gibi parametreler değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Yapılan çalışmaya göre, bu kriterler uzaktan sağlık hizmetlerinin başarısını belirleyen kritik faktörler arasında yer almaktadır. Bu çalışmada, 18-65 yaş aralığındaki bireyler hedef kitle olarak tavsiye edilmektedir. Teknoloji kullanımının

bu yaş aralığında yoğun olduğu düşünülmüştür. Bu yaş aralığının, teknolojik gelişmelere daha fazla aşına olduğu ve teletıp veya uzaktan sağlık hizmetleri gibi uygulamaların etkin bir şekilde hayata geçirilmesi açısından büyük bir potansiyele sahip oldukları belirtilmiştir. Ayrıca, uzaktan sağlık hizmetlerinin uygulanacağı alanların, bu yaş gurubunda yaygın olarak görülen hastalık çeşitlerine göre belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Arık, 2023).

Kahramanmaraş'ta 2024 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, "Mobil Sağlık Uygulamaları ve Kişisel Sağlık Kaydı Bakış Açısı Ölçeği" kullanılarak elde edilen bulgulara göre, genç yaşta olan bireylerin mobil sağlık uygulamalarını ileri yaş gurularına kıyasla daha olumlu değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Bu durumun, gençlerin teknolojik yeniliklere daha açık olmalarından ve mobil sağlık hizmetlerini günlük yaşamlarına entegre etme konusunda daha istekli bir tutum sergilemelerinden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Araştırma, yaş guruları arasındaki bakış açıları farklılıklarının önemini vurgulamaktadır. Genç yaştaki bireylerin, ileri yaştaki bireylere kıyasla gelişmekte olan dijital teknolojilere daha fazla yatkınlık gösterdikleri ve algı düzeylerinin daha açık olduğu ifade edilmektedir. Bu sebeple, dijital dönüşüm sürecinde genç bireylerin daha önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Kıraç & Göde, 2024). Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin erişimini artırarak toplumsal faydayı maksimize etmeyi amaçlamaktadır. Her iki çalışmada, yaş ve sosyoekonomik durum gibi demografik değişkenlerin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutundurma çalışmalarında anlamlı sonuçlar ortaya çıkarabileceği belirtilmiştir.

Buna karşın, mevcut araştırmamızda katılımcıların yaş, gelir düzeyi ve eğitim durumu gibi demografik özelliklerinin "uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum" üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu durum, bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin tutumlarının yalnızca sosyodemografik faktörlerle açıklanamayabileceğini ve diğer değişkenlerin daha belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, çalışmamızın örnekleminde genç ve orta yaş gurubundaki bireylerin çoğunlukta olması, yaş dağılımındaki homojenliğin istatistiksel farklılıkların ortaya çıkmasını sınırlamış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Türkiye'nin Karadeniz bölgesinde bulunan bir üniversitede gerçekleştirilen 2024 yılına ait bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık okur-yazarlığı ve teletıp konusundaki yeterlilikleri incelenmiştir. Toplam 322 öğrencinin katıldığı bu araştırmada, veri toplama aracı olarak "E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği" ve "Teletıp Ölçeği" kullanılmıştır. Geleceğin sağlık profesyonellerinin sağlık sistemine ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi açısından

önemli bir yere sahip olan bu çalışmada, öğrencilerin cinsiyet ve gelir durumu gibi demografik değişkenlerinin teletıp kullanımı ve teletıp bilgi düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, öğrencilerin teletıp kullanım sıklıklarının ve bilgi düzeylerinin genel olarak düşük olduğu saptanmıştır (Doğanyigit & Keçeligil, 2024).

Benzer şekilde, mevcut araştırmamızda da bu bulgularla paralel sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda, cinsiyet ve gelir durumu değişkenlerinin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar, özellikle teletıp uygulamalarının kullanımı ve uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin tutumlar açısından toplumda cinsiyet faktörünün belirleyici bir rol oynamadığını göstermektedir. Bu durum, sağlık teknolojilerinin cinsiyetler arası erişim farklarının giderek azalmasından ve dijital araçlara erişimin yaygınlaşmasından kaynaklanabilir.

Türk Tıp Dergisi'nde 2024 yılında yayınlanan derleme çalışması, ülkemizde ve dünya genelinde uzaktan sağlık hizmetlerinin ulaştığı seviyeyi ayrıntılı bir şekilde ortaya koymuştur. Bu çalışma, uzaktan sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliği ve uygulama kolaylığı gibi birçok avantajını vurgulamakta ve bu hizmetlerin daha da geliştirilmesi için öneriler sunmaktadır. Özellikle, sağlık sisteminde önemli bir yük teşkil eden kronik hastalığı bulunan bireyler ile pediatrik, psikiyatrik ve palyatif bakıma muhtaç hastaların uzaktan sağlık hizmetleri aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegre edilmesi, sağlık sistemindeki baskının azaltılmasına ve hizmet maliyetlerinin düşürülmesine yönelik önemli bir adım olarak belirtilmiştir (Ulutan & Ünal, 2024).

Bir başka çalışma 2023 yılında gerçekleştirilmiştir. Tip 2 diyabet hastaları müdahale ve kontrol gruplarına ayrılarak Glukozlanmış hemoglobin (HbA1c), düşük kan şekeri indeksi (LGBİ) ve diyabet öz yönetim davranışları analiz edilmiştir. Teletıp destekli müdahalelerin, HbA1c seviyelerini iyileştirmede, hipoglisemi riskini azaltmada ve diyabet öz yönetim davranışlarını geliştirmede belirgin faydalar sağladığı tespit edilmiştir. Toplam 418 hastanın yer aldığı çalışmada, müdahale grubunda 212, kontrol grubunda ise 206 hasta bulunmuş ve her iki grupta da önemli zararlar veya istenmeyen etkiler gözlemlenmemiştir (Han vd., 2023).

Mudiyanselage ve arkadaşları tarafından 2023 yılında gerçekleştirilen çalışma, uzun süreli kronik hastalık yönetiminde tele sağlık kullanımının maliyet etkinliğini incelenmiştir. Araştırma, 85 hastanın kontrol grubu, 86 hastanın ise müdahale grubu olarak seçildiği toplam 171 hasta üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 71 olarak belirlenirken, diyabet

(DM) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) üzerinde yapılan değerlendirmelerde, teletıp uygulamalarıyla müdahale edilen hastalarda hastaneye yatma oranlarında belirgin bir azalma belirlenmiş ve QALY (kaliteye uyarlanmış yaşam yılı) değerlerinde anlamlı iyileşmeler kaydedilmiştir. Elde edilen bulgularda, teletıp uygulamalarının dolaylı mali kazanımlar sağlama potansiyeli olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre, kronik bir hastalık olan diyabetin takibinde, telefonla yani uzaktan sağlık hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilen takip yönteminin yüz yüze yapılan takiplere kıyasla daha iyi sonuçlar verdiği tespit edilmiştir (Mudiyanselage vd., 2023). Yine 2023 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, obezite üzerine herhangi bir ek danışmanlık olmaksızın sadece mobil sağlık davranış değişikliği destek sistemi kullanılarak hastaların kilo verme süreçleri incelenmiştir. Randomize bir şekilde seçilen 18-65 yaş aralığındaki 200 gönüllü hasta ile yapılan çalışmada hastalar iki gruba ayrılarak 6-12 ay süreyle takip edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, müdahale grubunda kilo kaybı açısından istatistiksel olarak anlamlı bulgular elde edilmiştir. Bu sonuçların, mobil sağlık uygulamalarının obeziteyle mücadelede önemli rolünün olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, obezite gibi kronik hastalıklarla mücadelede tele-sağlık yöntemlerinin kullanılmasının etkili sonuçlarının olduğunu belirtilmiştir (Markkanen vd., 2024).

Espina ve arkadaşlarının 2024 yılında İspanya'da yaptıkları bir çalışmada, kanser önleme amacıyla bireylere SMS gönderimi yoluyla sağlıklı yaşam tarzı motivasyonunun artırılması hedeflenmiştir. 1991 katılımcıdan oluşan çalışma grubuna haftada 2 ya da 7 adet kanser önleme mesajı iletilmiş; bu mesajlara yapılan katılım ve yanıt oranları değerlendirildiğinde, anlamlı bulgular elde edildiği belirtilmiştir (Espina vd., 2024).

Bu çalışmada, kanserle mücadelede iletişim teknolojilerinin potansiyeli vurgulanmıştır. Araştırma sonuçlarına dayanan hastalık değerlendirmesi yapılmamasına rağmen, kanser hastalıklarının önlenmesi açısından uzaktan sağlık hizmetlerinin uygulanabilir metodlarının geliştirilmesinin oldukça önemli olduğu ifade edilmiştir. Uzaktan sağlık hizmetlerinin kullanılması, bireylerin sağlık durumlarını sürekli izlemeye olanak sağlayarak erken teşhis ve müdahale imkânlarını artıracaktır, dolayısıyla kanser gibi ciddi hastalıkların önlenmesine katkıda bulunacağı belirtilmiştir.

Teletıp teknolojileri, uzaktan hasta ve klinisyen iletişiminin yanı sıra reçete veya sevk yazma, hasta eğitimi ve takibi gibi birçok önemli konunun çözümünde etkili bir araç olarak öne çıkmaktadır. Nisan 2020 ile Aralık 2021 ayları arasında Covid-19 pandemisi döneminde gerçekleştirilen bir derleme çalışması, teletıp, telekonferans, telefon görüşmeleri ve akıllı

cihazlar gibi çeşitli yöntemlerin kullanımını incelemiştir. Bu çalışmada, özellikle kronik hastalığı bulunan bireylerde sürekli bakım ve tedavi imkânlarının artırılması açısından teletıbbın sunduğu faydaların olduğu belirtilmiştir. Ancak, teletıbbın mahremiyet, gizlilik ile hizmet kullanıcılarının eğitim yetersizliği gibi konularda dikkat edilmesi gereken yanları olduğu da vurgulanmıştır (Ahmed vd., 2024).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon yönetiminde tele sağlık hizmetlerinin çeşitleri ve sınıflamasının incelendiği 2013 ve 2023 yılları arasında geçen bir çalışma yapılmıştır. Toplamda 1142 makaleden yalnızca 42'si çalışmaya dahil edilmiştir. İncelenen çalışmaların büyük bir kısmının Amerika Birleşik Devletleri'nden geldiği tespit edilmiş olup, hipertansiyon yönetiminde tele izleme ve tele konsültasyon tekniklerinin yoğunlukla kullanıldığı belirtilmiştir (Idris vd., 2024).

Nisan 2017 ile Şubat 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen bir çalışmada, 92 kanser hastası üzerinde incelemeler yapılmış ve bu hastalardan 44'ü kontrol grubu olarak belirlenip rutin bakım alırken, 48'i WeChat adlı bir uygulama aracılığıyla ek bir destekle birlikte rutin bakıma tabi tutulmuştur. Çalışmanın başlangıcında ve programın sonrasında anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Elde edilen bulguların, anksiyete, depresyon ve öz yeterlilik üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, deney grubunda yaşam kalitesi ve umut açısından kayda değer iyileşmeler olduğu ifade edilmiştir (Zhang vd., 2019).

Dijital sağlık hizmetlerinin kalp yetmezliği tedavisinde sağlamış olduğu olumlu sonuçları olduğunu belirten 2024 yılına ait bir çalışma vardır. Bu çalışmada, çeşitli veri tabanlarından elde edilen yayınlar aracılığıyla kalp yetmezliği olan hastalarda dijital sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutu incelenmiştir. Değerlendirmeye alınan cihazlar arasında uzaktan izleme sistemleri, mobil uygulamalar, giyilebilir ve implante edilebilir cihazlar ile videokonferans sistemleri olduğu belirtilmiştir. Çalışma, maliyet-fayda analizi yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup, sonuçların bazı çalışmalarda maliyet ve fayda, diğerlerinde ise yalnızca maliyet ya da fayda açısından üstünlük sağladığı belirtilmiştir (Zakiyah vd., 2024).

Kronik hastalık varlığının uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumla pozitif yönde ilişkili olduğunu bildiren birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak, bu araştırmada kronik hastalık varlığı ile uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumun yalnızca kronik hastalık varlığı değişkeniyle açıklanamayabileceğini düşündürmektedir. Literatürde yer alan

çalışmalarda, kronik hastalığı olan bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine daha fazla ilgi gösterdiği ve bu hizmetlerden yararlanma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ahmed vd., 2024; Idris vd., 2024). Bunun temel nedeni olarak, kronik hastalıkların sürekli takip gerektirmesi, sağlık hizmetlerine erişimde sürekliliğin önemi ve uzaktan izlemin bu gereksinimi kolaylaştırması gösterilmektedir. Ancak, mevcut çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanamamış olması; örnekleme kronik hastalığı olan birey oranının görece düşük olmasından, katılımcıların genel sağlık durumlarının iyi olmasından veya uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik farkındalık ve deneyim düzeylerinin yetersizliğinden kaynaklanmış olabilir.

Ayrıca, kronik hastalığı bulunan bireylerin uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin tutumlarının yalnızca hastalık varlığına değil; dijital okuryazarlık düzeyi, teknolojik araçlara erişim imkânı, sağlık sistemine duyulan güven, gizlilik endişeleri ve önceki uzaktan hizmet deneyimleri gibi çok boyutlu etmenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Nitekim literatürde de, özellikle ileri yaş grubundaki bireylerin dijital sağlık teknolojilerini kullanma eğilimlerinin düşük olmasının, tutum puanlarını sınırlayabileceği vurgulanmaktadır (Zhang vd., 2019; Östh vd., 2024). Dolayısıyla, kronik hastalığa sahip bireylerde uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik olumlu tutumun oluşabilmesi için yalnızca tıbbi gereksinimin değil, aynı zamanda bu bireylerin dijital becerilerinin geliştirilmesi, teknolojik destek sağlanması ve hizmetlere ilişkin farkındalık düzeylerinin artırılmasının da önemli olduğu düşünülmektedir.

Palyatif bakıma muhtaç hastalara, uzaktan sağlık hizmetleri sunumunun öneminin incelendiği bir çalışma 2024 yılında yapılmıştır. Dünya genelinde artış gösteren palyatif bakım ihtiyacı, bu bireylerin %76'sının düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunmasıyla daha da kritik bir durum haline gelmektedir. Bu çalışmada uzaktan sağlık hizmetleri sayesinde hastalar ve bakım verenlerin, daha konforlu oldukları, seyahat süresilerinin azaldığı ve bakım sürecinde enfeksiyon risklerinin minimize edildiği belirtilmiştir (Dilhani vd., 2024).

“Cochrane” önyargı riski aracı kullanılarak 2024 yılında yapılan bir derleme çalışmasında uzaktan sağlık hizmetlerinin palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalara bakım veren bireyler üzerindeki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları, uzaktan sağlık hizmetlerinin palyatif bakıma muhtaç hastalara bakım veren bireylerde anksiyete ve bakım verme yükünü azaltma potansiyeline sahip olduğunu, ancak yaşam kalitesi ve depresyon üzerinde belirgin bir etki yaratmadığını göstermiştir. Araştırmada elde edilen bazı bulgular istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermese de, özellikle aile içi palyatif bakım uygulayan bireylerde uzaktan sağlık hizmetlerinin olumlu sonuçları

olduğu ifade edilmiştir. Palyatif hastalarda teletıp aracılığıyla sağlanan bakımın, bakımın sürekliliğini sağlama ve bakıcıların ihtiyaçlarını karşılama gibi olumlu sonuçları olduğu belirtilmiştir (Yang vd., 2024).

Süleyman Demirel Üniversitesi Elektronik ve Haberleşme Mühendisliği Bölümü tarafından 2016 yılında, yaşlı ve engelli bireylere yönelik uzaktan sağlık hizmetlerini kapsayan bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, "vücut alan ağları" (Body Area Networks) olarak adlandırılan teknolojik sistemler kullanılarak çeşitli sağlık durumlarının izlenmesi mümkün hale gelmiştir. Söz konusu sistemler aracılığıyla; kalp atış hızı ve ritim bozukluklarının takibiyle kardiyovasküler hastalıkların izlenmesi, sağlıklı ve kanserli hücrelerin ayırt edilmesiyle kanserin erken tespiti, diyabet hastalarında glukoz düzeylerinin takibi, astım hastalarında çevresel alerjenlerin saptanması, epileptik nöbetleri önlemeye yönelik motor davranışların izlenmesi, bazı cerrahi müdahaleler sonrasında hastaların hareketlerinin kontrolü, evde sürekli bakıma ihtiyaç duyan bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve fiziksel takiplerinin sağlanması, ayrıca Alzheimer ve depresyon gibi nöropsikiyatrik hastalıkların izlenmesi mümkün hale gelmiştir.

Çalışmada, teknolojik ekipmanlardaki gelişmeler sayesinde hastaların hastane dışı ortamlarda hem anlık hem de uzun süreli izlenmelerinin yapılabildiği; bu sayede de, acil müdahale gerektiren durumlarda sağlık hizmetlerinin daha hızlı ve etkin bir biçimde sunulabileceği belirtilmiştir (Küçüköner & Yavuz, 2016).

Hollanda'da 2017 yılında bir çalışma yapılmıştır. Özellikle yaşlı ve engelli bireylere yönelik geliştirilen uygulamalar, bu kişilerin hastane ortamı dışında, kendi evlerinde bağımsız ve kaliteli bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmelerine amaçlamaktadır. Fiziksel ve psikolojik destek sağlanmasına yönelik bu çalışmalar, farklı yöntemlerle yürütülmektedir. Yapay zekâ destekli bakım robotları, engelli ve yaşlı bireylere banyo ve tuvalet gibi temel kişisel bakım hizmetlerinde yardımcı olmasının yanı sıra, yemek, su ve ilaç temini gibi temel ihtiyaçların karşılanmasında da görev alabilmektedir. Ayrıca, tansiyon, nabız ve ateş gibi yaşamsal parametreleri ölçme kapasitesine sahip olan bu robotlar, bireylerle sınırlı diyalog kurabilme ve dans etme gibi mental motivasyonu artırıcı işlevleri de yerine getirebilmektedir. Bu çalışmada, acil durumlarda bireylerin yerine getirmesi gereken görevlerin online eğitimler aracılığıyla bireylere aktarılması, sosyal uygulamalar ve oyun platformları vasıtasıyla mental rahatlamanın sağlanması ile yaşlı ve engelli bireyler için uzaktan sağlık uygulamalarının başarılı sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Kılıç, 2017). Buradaki çalışmalarda da görüldüğü gibi "evde engelli ve

bakıma muhtaç birey varlığı” ile uzaktan sağlık hizmetleri arasında olumlu bağlantılar görülmektedir.

Bizim çalışmamızda da, literatürdeki bulgularla paralel olarak, evde engelli veya bakıma muhtaç birey bulunma durumu ile uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç, diğer sosyodemografik değişkenlerde anlamlı bir fark gözlenmemesine karşın, bakım sorumluluğu taşıyan bireylerde uzaktan sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın belirgin şekilde arttığını göstermektedir. Bu durum, uzaktan sağlık hizmetlerinin özellikle bakım yükü yüksek aile bireyleri açısından bir “tercih”ten ziyade “zorunluluk” haline gelebildiğini düşündürmektedir. Nitekim, bakım veren bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde zaman, fiziksel ulaşım ve ekonomik kısıtlılıklar önemli engeller oluşturmakta; uzaktan sağlık uygulamaları ise bu engelleri azaltarak süreci kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla, evde engelli veya bakıma muhtaç birey varlığı ile uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik olumlu tutum arasındaki anlamlı ilişki, yaşamın olağan akışıyla ve pratik gereksinimlerle uyumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Ekici ve Gümüş’e göre toplum genelinde teknoloji kullanımı belirli bir düzeyde olmasına rağmen, yaşlı bireylerin teknolojik gelişmelere yönelik ilgisi yeterli seviyede değildir. Oysa yaşlı bireylerin güvenlik, bağımsız yaşam, sosyal hayata katılım ve sağlıklarını izleme, tedavi süreçlerini yönetmek için teknolojiye daha çok ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Teknolojik cihazların kullanım süresindeki artışın, bu cihazların yaşlı bireyler tarafından benimsenme oranını da artırdığı belirtilmiştir (Ekici & Gümüş, 2016).

Bu bulgular, teknoloji kullanımının yaygınlaşmasına rağmen, tek başına uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumu belirlemede yeterli bir değişken olmayabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda, teknolojik cihaz kullanımı ile uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, teknolojik araçlara sahip olmanın veya bu cihazları günlük yaşamda kullanmanın, bireylerin sağlıkla ilişkili dijital hizmetlere yönelik farkındalık ve güven düzeyleriyle doğrudan örtüşmeyebileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, teknolojik altyapıya erişim kadar, bireylerin bu teknolojileri sağlık amaçlı kullanma istekliliği, dijital sağlık okuryazarlığı ve uzaktan hizmet deneyimlerinin de tutum üzerinde belirleyici rol oynayabileceği değerlendirilmektedir. Literatür taraması sonucunda konu ile çalışmaların az olduğu görülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Kamu ve özel dış polikliniklerine başvuran hastaların uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesine ilişkin çalışmamızda, yaş, sektör durumu, cinsiyet, medeni hal, eğitim seviyesi, aktif çalışma durumu, gelir düzeyi, düzenli ilaç kullanımı, teknolojik cihaz ve mobil uygulama kullanımı, polikliniğin eve yakınlığı ile kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerin anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir. Ancak, engelli veya bakıma muhtaç bireylerin bulunması durumu ile tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Daha önce araştırma konumuza benzer şekilde gerçekleştirilen kapsamlı çalışmalar incelendiğinde, uzaktan sağlık hizmetlerinin engelli veya bakıma muhtaç bireylerde önemli ve olumlu etkiler ortaya koyduğu görülmektedir. Bu bulgular, bizim çalışmamızın sonuçlarıyla tutarlılık arz etmektedir. Özellikle hareket kısıtlılığı bulunan hastalar üzerinde elde edilen bu olumlu sonuçlar, literatürde beklenen ve desteklenen bir durumu yansıtmaktadır.

Özellikle kronik hastalığa sahip yaşlı bireyler ile palyatif bakım gereksinimi bulunan hastalar üzerinde gerçekleştirilen kapsamlı araştırmalar, uzaktan sağlık hizmetlerinin hem maliyet hem de etkinlik açısından önemli faydalar sağladığını ortaya koymaktadır. Bu hasta grubunda, uygun teknolojik altyapının teminiyle birlikte, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler azalmakta; sağlık kuruluşlarındaki olası yoğunluklar minimize edilmekte ve bakım sürecinde görev alan üçüncü şahısların yükü önemli ölçüde hafiflemektedir. Böylece, bu olumsuz faktörlerin hastalar ve bakım verenler üzerindeki etkileri önemli derecede azaltılmaktadır.

Bazı ülkelerde, kronik bir hastalık olmamasına rağmen, sağlık üzerinde olumsuz etkileri bulunan belirli alışkanlıkların yönetiminde uzaktan sağlık hizmetlerinin olumlu etkileri çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu kapsamda, alkol kullanımı ve uzun süre ekran karşısında kalınması sonucu ortaya çıkan sedanter yaşam biçimi gibi faktörler ele alınmaktadır. Sağlığı olumsuz yönde etkileyen bu tür durumlarda da, uzaktan sağlık hizmetlerinin etkinliği yapılan araştırmalarla desteklenmiştir.

Uzaktan sağlık hizmetleri, özellikle covid 19 süreciyle daha fazla üzerinde durulan bir kavram olmuştur. Genel sağlıkla ilgili birçok alanda olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde

de uzaktan sağlık hizmetlerinin kullanım alanları mevcuttur. Her ne kadar ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde muayene, radyografik inceleme ve tavsiyeler uzaktan sağlık hizmetleriyle sağlanabilse de hastalara birebir müdahale edilmesi gereken durumlar da vardır. Bu durum diğer birçok branşlar için de geçerlidir. Uzaktan sağlık hizmetleri üzerinde çalışılması ve geliştirilmesi gereken bir konu olsa da hastalara birebir müdahale edilmesi gereken durumların varlığı kaçınılmaz bir gerçektir.

Bizim alışmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda, “uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutum” kronik hastalığı bulunan bireyler ve yaşlı nüfus arasında anlamlı sonuçların ortaya çıkması dikkat çekicidir.

Bu durum, uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik yeterli bilinç ve farkındalığın henüz toplum genelinde oluşmadığını göstermektedir.

## 6.2. Öneriler

Uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığın artırılması amacıyla, ilgili kurumların teknolojik altyapının geliştirilmesi noktasında acilen gerekli düzenlemeleri tamamlayarak, toplum genelinde kapsamlı bir bilinçlendirme süreci başlatmaları gerekmektedir.

Covid-19 pandemisi sürecinde sosyal mesafe, maske kullanımı ve hijyen uygulamaları günlük yaşamın temel rutinleri haline gelmiştir. Bu dönem, uzaktan eğitim, telekonferans ve uzaktan sağlık hizmetleri gibi kavramları gündemimize sokmuştur. Ancak, pandemi sonrasında bu süreçte elde edilen kazanımların sürdürülmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Özellikle uzaktan sağlık hizmetlerinin önemsenmesi, bu alandaki altyapının güçlendirilmesi ve toplumda farkındalık oluşturulması, öncelikli olarak ele alınması gereken hususlar arasında yer almaktadır.

Mobil sağlık uygulamalarının daha aktif kullanılması teşvik edilmeli. Örneğin E- Nabız uygulamasına entegre edilecek yeni sağlık verileri sayesinde uzaktan sağlık hizmetleri daha etkin bir hale getirilebilir. Tabi öncelikle uzaktan sağlık hizmetleri ve E-sağlık uygulamalarının tanıtımı ve toplum bilinçlendirmesi öncelikli hedef olmalıdır.

Özellikle gelişmiş ölkelerde çok farklı alanlarda uzaktan sağlık hizmetlerinin ölkemizdeki aksine etkin bir şekilde kullanıldığı görölmektedir. Bu durumun nedenlerini de içeren geniş kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Hasta mahremiyetinin korunması, kişisel verilerin güvenliği ve diğer teknik ile etik altyapı sorunlarının giderilmesine yönelik kapsamlı çalışmalar gerçekleştirilmesiyle, yaşlılar, bakıma muhtaç bireyler, kronik hastalık sahibi olanlar ve sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşayan kırsal bölgelerde yaşayan nüfus için uzaktan sağlık hizmetlerinin etkin ve güvenilir bir şekilde sunulması mümkün hale getirilebilir. Bu uygulama, sağlık sistemindeki gereksiz yoğunluğun azaltılmasına, hastaların ulaşım zorluklarının minimize edilmesine ve sağlık hizmetlerine ilişkin maliyetlerin düşürülmesine katkı sağlayacaktır.

Daha anlamlı ve sürdürülebilir sonuçlar elde edilebilmesi için geniş kapsamlı ve sistematik araştırmalar yapılması gerekmektedir. Özellikle kronik hastalar, yaşlılar ve bakıma muhtaç bireyler üzerinde odaklanacak özgün çalışmalar, elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık politikalarının geliştirilmesine imkân tanıyacak ve böylece toplum sağlığının genel seviyesinde belirgin iyileşmeler sağlanabilecektir.



## 7. KAYNAKLAR

- Ahmed, A., Mutahar, M., Dagherery, A. A., Albar, N. H., Alhadidi, I. Q. I., et al. (2024). A Systematic Review of Publications on Perceptions and Management of Chronic Medical Conditions Using Telemedicine Remote Consultations by Primary Healthcare Professionals April 2020 to December 2021 During the COVID-19 Pandemic. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 30, e943383. <https://doi.org/10.12659/MSM.943383>
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., & Tunçbilek, A. (1998). *Halk sağlığı*. Baskı, Ankara. AÜ TF Antıp AŞ Yayınları, 3-13.
- Akman, E., & Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
- Anderson, L. W., & Çıkrıkçı, N. (2019). Tutumların ölçülmesi. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 24(1), 241-250.
- Arık, Y. (2023). Tele-Tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri pazarlaması kapsamında değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 511-534.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27.
- Atasever, M., & Bağcı, H. (2020). *Türkiye Sağlık Sistemi*. Akademisyen Kitabevi AŞ.
- Aydan, S., & Aydan, M. (2016). Sağlık hizmetlerinde bireysel ölçüm ve giyilebilir teknoloji: Olası katkıları, güncel durum ve öneriler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3). <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/24440/259073>
- Aytaç, E., & Aslan, H. (2023). Sağlık hizmetleri ve hastaneler. *Hastane ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konular-I*, 4.
- Badur, E. (2022). Uzaktan sağlık hizmeti sözleşmesi. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 12(2), 1162- 1199.
- Baker, W. P., 3rd, Loushine, R. J., West, L. A., Kudryk, L. V., & Zadinsky, J. R. (2000). Interpretation of artificial and in vivo periapical bone lesions comparing conventional viewing versus a video conferencing system. *Journal of endodontics*, 26(1), 39–41. <https://doi.org/10.1097/00004770-200001000-00010>
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1). <https://doi.org/10.17098/amj.47853>
- Blomqvist, J., Gunnarsson, K. U., Bendtsen, P., & Bendtsen, M. (2023). Effects of a text messaging smoking cessation intervention amongst online help-seekers and primary health care visitors: findings from a randomised controlled trial. *BMC medicine*, 21(1), 382. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03073-5>
- Berndt, J., Leone, P., & King, G. (2008). Using teledentistry to provide interceptive orthodontic services to disadvantaged children. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 134(5), 700–706. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2007.12.023>
- Beştemir, A., & Aydın, H. (2022). Yıllık 300 milyon hasta muayenesi; Türkiye’de 2. ve 3. basamak kamu sağlık tesisleri acil servis ve poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(3), 496-502.
- Beylik, U., Kayral, İ. H., & Çıraklı, Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 183-189.
- Bhargava, A., Sabbarwal, B., Jaggi, A., Chand, S., & Tandon, S. (2019). Teledentistry: A literature review of evolution and ethicolegal aspects. *J Global Oral Health*, 2(2), 128-133.
- Birinci, Ş., Ülgü, M. M., Feyzioğlu, S. B., Sebik, N. B., & Yarbay, Y. (2023). Uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik kapsamında Türkiye’de sağlık hizmetleri: Bir geleneksel derleme çalışması. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences / Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 514-522. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2022- 94390>
- Brüllmann, D. D., Alvarez, P., & Willershausen, B. (2009). Recognition of root canal orifices in video sequences as a future support system during endodontic treatment. *Journal of endodontics*, 35(10), 1400–1403. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2009.06.013>
- Cansever, İ. H., & Gökkaya, D. (2022). Numune hastanelerinden şehir hastanelerine: Türkiye’de hastanelerin dünü, bugünü ve yarını. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 425-436.

- Carrard, V., Roxo Gonçaves, M., Rodriguez Strey, J., Pilz, C., Martins, M., et al. (2018). Teliagnosis of oral lesions in primary care: The estomatonet program. *Oral Diseases*, 24(6), 1012-1019. <https://doi.org/10.1111/odi.12851>
- Chick, R. C., Clifton, G. T., Peace, K. M., Propper, B. W., Hale, D. F., Alseidi, et al. (2020). Using technology to maintain the education of residents during the COVID-19 pandemic. *Journal of Surgical Education*, 77(4), 729-732. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.03.018>
- Cook, J., Austen, G., & Stephens, C. (2000). Videoconferencing: what are the benefits for dental practice?. *British dental journal*, 188(2), 67-70. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800391>
- Coşgun, S. (2018). İkinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmeti sunan kuruluşların (hastanelerin) verdikleri hizmetlere göre karşılaştırılması (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi)
- Çabuk, Y., & Menteş, S. A. (t.y.). Türkiye’de Sağlık Sisteminde Yaşanan Gelişmeler, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 663-694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler. Geliş tarihi 02 Aralık 2024, gönderen [https://www.academia.edu/download/80810737/Türkiye Kamu Sağlık Sisteminde Yaşanan Gelişmeler 663 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler pdf](https://www.academia.edu/download/80810737/Türkiye_Kamu_Sağlık_Sisteminde_Yaşanan_Gelişmeler_663_694_Sayılı_Kanun_Hükmünde_Kararnameler.pdf)
- Çam, F., & Kumru, S. (2020). Ağız ve Diş Sağlığında Hasta Algısı ve Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hasta Bakış Açısı ile Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 2020;30 (2) 123-139.
- Çam, S., Yelsiz, M., & Eke, E. (2023). 100. Yılda Türk Sağlık Sistemi Deneyimleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(100. Yıl Özel Sayısı), 280-304.
- Demir, L. S., Kasapoğlu, E., İyianlar, B., & Demir, G. S. (2024). Konya ili merkezinde 40 yaş üstü bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşu kullanımları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 9(2), 154-162.
- Dilhani, W. N. S., Mitchell, S., Dale, J., Toor, K., Javaid, M., et al (2024). A mixed-methods systematic review investigating the use of digital health interventions to provide palliative and end-of-life care for patients in low- and middle-income countries. *Palliative care and social practice*, 18, 26323524241236965. <https://doi.org/10.1177/26323524241236965>
- Doğanyığıt, P. B., & Keçeligil, H. T. (2024). Tıp Öğrencileri Arasında Teletıp Kullanımında E-Sağlık Okuryazarlığının Rolü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 18(1), 56-63.
- Doğramacı, Y. G. (2020). Teletıp, sağlık turizmi ve uzaktan sağlık hizmetleri: Mesafeli sözleşmeler. *İstanbul Hukuk Mecmuası*, 78(2), 657-710.
- Ekici, S. K., & Gümüş, Ö. (2016). Yaşlılıkta teknolojinin kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*, 55 (0), 26-30.
- Ekinci, B. (2022). Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu (Tele Tıp) Projesi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), 122-124.
- Elford D. R. (1997). Telemedicine in northern Norway. *Journal of telemedicine and telecare*, 3(1), 1-22. <https://doi.org/10.1258/1357633971930139>
- Emek, U. (2017). Sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği sözleşmeleri: beklenti ve gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 139-168.
- Espina, C., Feliu, A., González Vingut, A., Liddle, T., Jimenez-Garcia, C., et al (2024). Population-based cancer prevention education intervention through mHealth: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Systems*, 48(1), 9. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-02026-y>
- Eyüpoğlu, H. Ş. (2023). Mobil Sağlık Uygulamaları ve Giyilebilir Sağlık Teknolojileri Kullanımının Sağlık Algısı ve Obezite Farkındalık Düzeyine Etkisi [Master’s Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. <http://earsiv.odu.edu.tr/jspui/handle/11489/3751>
- Gencer, N. (2020). Kovid-19 sürecinde yaşlı olmak: 65 yaş ve üstü vatandaşlar için uygulanan sokağa çıkma yasağı üzerine değerlendirmeler ve manevi sosyal hizmet. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 35-42.
- Gillespie, S. M., Moser, A. L., Gokula, M., Edmondson, T., Rees, J., et al. (2019). Standards for the use of telemedicine for evaluation and management of resident change of condition in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(2), 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.022>
- Gökay, G., Ercil, Y., Tokdemir, G., & Ercil Çağıltay, N. (2015). Kişisel sağlık kaydı sistemleri kullanılabilirlik durum çalışması. <http://earsiv.cankaya.edu.tr:8080/handle/20.500.12416/6928>

- Gökkaya, D. (2021). Türkiye’de kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi: Nitel bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (31), 73-96.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Tuncer, A. M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 1-6.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları. *Journal of Social Policy Conferences*, 60, 323-365. <https://dergipark.org.tr/en/pub/iusskd/issue/923/10457>
- Gürsoy Çuhadar, S., & Lordoğlu, K. (2016). Demografik dönüşüm sürecinde Türkiye’de yaşlanma ve sorunlar. *Journal of Faculty of Political Science*, 54.
- Han, C.-Y., Zhang, J., Ye, X.-M., Lu, J.-P., Jin, H.-Y., et al. (2023). Telemedicine-assisted structured self-monitoring of blood glucose in management of T2DM results of a randomized clinical trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02283-4>
- Hayran, O., Mumcu, G., Sur, H., Yildirim, C., Söylemez, D., et al. (2004). Financing of dental services in Turkey: Opinions and expectations of dentists, residents, and patients. *Journal of Public Health Dentistry*, 64(2), 82-87. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2004.tb02732.x>
- Hobdell, M., Petersen, P. E., Clarkson, J., & Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. *International dental journal*, 53(5), 285–288. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2003.tb00761.x>
- Idris, H., Nugraheni, W. P., Rachmawati, T., Kusnali, A., et al (2024). How Is Telehealth Currently Being Utilized to Help in Hypertension Management within Primary Healthcare Settings? A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 21(1), 90. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010090>
- İnal, Y., & Cagiltay, N. E. (2019). E-nabız mobil sağlık uygulamasına yönelik kullanıcı değerlendirmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 375-388.
- Karaca, A., Örsal, Ö., & Duru, P. (2022). Sağlık Personellerinin Tele-Sağlık Uygulamalarını Benimsemesinde Kolaylaştırıcılar ve Engeller. *Journal of Nursology*, 25(3), 168-176.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kavşur, Z., & Sevimli, E. (2021). Bazı gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı analizi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 9-16.
- Keeppanasserril, A., Matthew, A., & Muddappa, S. (2011). Effectiveness of Tele-guided Interceptive Prosthodontic treatment in rural India: A comparative pilot study. *Online journal of public health informatics*, 3(2), ojphi.v3i2.3800. <https://doi.org/10.5210/ojphi.v3i2.3800>
- Kılıç, T. (2017). e-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217.
- Kılıç, T., & Tosun, N. (2021). Akıllı sağlık ekosistemi ve güncel uygulama örnekleri. *İşletme Bilimi Dergisi*, 9(3), 543-564.
- Kıraç, F. Ç., & Göde, A. (2024). Yetişkinlerde mobil sağlık ve kişisel sağlık kaydı yönetimine ilişkin görüşlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 24, 1-13.
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Kopycka-Kedzierawski, D. T., Billings, R. J., & McConnochie, K. M. (2007). Dental screening of preschool children using teledentistry: A feasibility study. *Pediatric dentistry*, 29(3), 209-213.
- Korkmaz, S., & Hoşman, İ. (2018). Sağlık sektöründe tele-tıp uygulamaları: Tele-tıp uygulama boyutlarını içeren bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(3), 251-263.
- Köse, S. D., & Büyükmirza, K. (2024). Sağlık uygulama tebliğinin poliklinik birim maliyetleri açısından değerlendirilmesi. *The Journal of Academic Social Science*, 8(8), 28-37.
- Kruse, C. S., Soma, M., Pulluri, D., Nemali, N. T., & Brooks, M. (2017). The effectiveness of telemedicine in the management of chronic heart disease-a systematic review. *JRSM Open*, 8(3), 2054270416681747. <https://doi.org/10.1177/2054270416681747>

- Kurşun, A., & Kaygısız, E. G. (2018). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) uygulamalarına yönelik memnuniyet ve erişilebilirlik düzeyinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 401-409.
- Küçüköner, E. M., & Yavuz, E. (2016). Yaşlı ve engelli hastalar için uzaktan takip sistemi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 4(2), 99-104.
- Lanata, A. (2022). Wearable systems for home monitoring healthcare: The photoplethysmography success pros and cons. *Biosensors*, 12(10), 861. <https://doi.org/10.3390/bios12100861>
- Markkanen, J. O., Oikarinen, N., Savolainen, M. J., Merikallio, H., Nyman, V., et al (2024). Mobile health behaviour change support system as independent treatment tool for obesity: A randomized controlled trial. *International journal of obesity*, 48(3), 376-383. <https://doi.org/10.1038/s41366-023-01426-x>
- McLean, S., Chandler, D., Nurmatov, U., Liu, J., Pagliari, C., et al (2011). Telehealthcare for asthma: A Cochrane review. *Cmaj*, 183(11), E733-E742. <https://doi.org/10.1503/cmaj.101146>
- Mohanta, A. (2017). Oral health in 21 st century-an emerging challenge. *EC Dental Science*, 8(1), 12-14.
- Mudiyansele, S. B., Stevens, J., Toscano, J., Kotowicz, M. A., Steinfors, et al (2023). Cost-effectiveness of personalised telehealth intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial. *PloS one*, 18(6), e0286533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286533>
- Nolte, E., & McKee, M. (2008). EBOOK: caring for people with chronic conditions: a Health System Perspective. McGraw-Hill Education (UK).
- Öcel, Y., Karaca, Ş., & Köse, B. (2024). Giyilebilir sağlık teknolojileri kullanım niyeti ile yaşam tarzı arasındaki ilişkinin incelenmesi: X, Y ve Z kuşağı üzerine bir çalışma. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 15(3), 1324-1354.
- Özyavaş, S. (2018). Türkiye’de ağız diş sağlığı politikası: Mevcut durum analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 789-805.
- Parsons J. A. (2021). The telemedical imperative. *Bioethics*, 35(4), 298–306. <https://doi.org/10.1111/bioe.12847>
- Paylan, Ö., & Berkmen, N. H. Sağlık politikaları ve sağlık sektörünün 1980 sonrası değişimi. Geliş tarihi 02 Aralık 2024, gönderen <https://www.academia.edu/download/84280289/7>.
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(s1), 3-24. <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
- Petersen P. E. (2009). Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community dentistry and oral epidemiology*, 37(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x>
- Purcarea V. L. (2019). The impact of marketing strategies in healthcare systems. *Journal of medicine and life*, 12(2), 93–96. <https://doi.org/10.25122/jml-2019-1003>
- Richardson, E., Aissat, D., Williams, G. A., & Fahy, N. (2020). Keeping what works: Remote consultations during the COVID-19 pandemic. *Eurohealth*, 26(2), 73-76.
- Rollas, K. Yoğun Bakım Yapılanması. *Göğüs Hastalıkları*, 125.
- Romanis, E. C., Parsons, J. A., & Hodson, N. (2020). COVID-19 and reproductive justice in Great Britain and the United States: ensuring access to abortion care during a global pandemic. *Journal of law and the biosciences*, 7(1), lsa027. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsa027>
- Rotker, K., & Velez, D. (2020). Where will telemedicine go from here?. *Fertility and sterility*, 114(6), 1135–1139. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.10.050>
- Samanci, V. M. (2020). Birinci basamak sağlık hizmetleri ve pandemi süreci. *Konuralp Medical Journal*, 12(S1), 390-392.
- Saygun, M. (2021). Teletıp uygulamalarında toplum uyumu ve hasta memnuniyeti. *TELETIP*, 27.
- Şimşir, İ., & Mete, B. (2021). Sağlık hizmetlerinin geleceği: Dijital sağlık teknolojileri. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 2(1), 33-39.
- Thadani, K. B. (2014). Public private partnership in the health sector: boon or bane. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 157, 307-316.

- Torres-Pereira, C. C., Morosini, I. D. A. C., Possebon, R. S., Giovanini, A. F., Bortoluzzi, M. C., et al (2013). Teledentistry: Distant diagnosis of oral disease using e-mails. *Telemedicine and E-Health*, 19(2), 117-121. <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0087>
- Tuckson, R. V., Edmunds, M., & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *The New England journal of medicine*, 377(16), 1585–1592. <https://doi.org/10.1056/NEJMsrl503323>
- Turgut, Z. N., Danişan, T., Güven, E., & Eren, T. (2023). Yaşlı bireyler için giyilebilir teknolojilerinin kullanımı ve değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Mühendislik Dergisi*, 8(3), 167-178.
- Uğur, T. A., & Yılmaz, S. (2022). Tele-dişhekimliği Uygulamaları: Literatür Derlemesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences*, 28(1).
- Ulutan, A. K., & Ünal, E. (2024). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda teletıp kullanımı: Bir literatür derlemesi. *Türk Tıp Dergisi*, 9(1), 19-26.
- Uyanık, Y. (2017). Nüfus yaşlanmasının işgücü piyasaları üzerindeki etkileri. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 72-94.
- Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive care medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- WHO. (2009). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2) Kayıt ayrıntıları-EBSCO Discovery Service. Geliş tarihi 08 Şubat 2025, gönderen <https://ddc449fe97e72df15fa96b8d7d4f5facfaa9c92.vetisonline.com/c/ih3yxv/search/details/o6dkmntmev?limiters=FT1%3AY&q=telemedicine%3A%20opportunities%20and%20developments%20in%20member%20states%20>
- WHO. (1995). Constitution of the World health organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/121457/em\\_rc42\\_cwho\\_en.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/121457/em_rc42_cwho_en.pdf)
- WHO. (2000). The World health report: 2000 : health 2000: improving performance. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42281>
- WHO. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: Results of a rapid assessment. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334136/9789240010291-eng.pdf>
- Yang, X., Li, X., Jiang, S., & Yu, X. (2024). Effects of Telemedicine on Informal Caregivers of Patients in Palliative Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 12, e54244. <https://doi.org/10.2196/54244>
- Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 15-28.
- Yılmaz, F., Şenel, İ. K., & İnce, Ö. (2019). Ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinin etkinliklerinin veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi. *Journal of Management and Economics Research*, 17(4), 72-90.
- Yorulmaz, M., Odacı, Ş., & Akkan, M. (2018). Dijital sağlık ve e-nabız farkındalık düzeyi balırlama çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 16, 1-11.
- Yucel, M., & Uyar, M. (2024). Development of an Attitude Scale for the Use of Telemedicine Services. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 30(3), 825–834. <https://doi.org/10.1089/tmj.2023.0189>
- Yüksel, O., & Yiğit, V. (2020). Türkiye’de ağız ve diş sağlığı merkezleri verimliliğinin VZA pencere analizi ile ölçümü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(27), 527-540.
- Zakiyah, N., Marulin, D., Alfaqeh, M., Puspitasari, I. M., Lestari, K., et al (2024). Economic Evaluations of Digital Health Interventions for Patients With Heart Failure: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 26, e53500. <https://doi.org/10.2196/53500>
- Zhai, Y. K., Zhu, W. J., Cai, Y. L., Sun, D. X., & Zhao, J. (2014). Clinical- and cost-effectiveness of telemedicine in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 93(28), e312. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000312>

Zhang, X., Xiao, H., & Chen, Y. (2019). Evaluation of a WeChat-based life review programme for cancer patients: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1563-1574. <https://doi.org/10.1111/jan.14018>



## 8. EKLER

### 8.1. EK 1 Etik kurul kararı

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

**Toplantı Sayısı:178**

**Toplantı Tarihi: 16 Haziran 2023**

**Karar Sayısı:2023/4382:(14640)** N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ'nin “**Kamu ve Özel Dış Polikliniklerine Başvuran Hastaların Uzaktan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi**” başlıklı doktora tez çalışması ile dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Doktora öğrencisi Dt. İsa SOYLU'nun doktora tez çalışmasının N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ'nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

**Not:** Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

**Sorumlu Araştırmacı:** Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

**Yardımcı Araştırmacılar:** Doktora Öğrencisi Dt. İsa SOYLU

**ASLI GİBİDİR**

**16.06.2023**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU**  
**İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

## 8.1. EK 2 Anket Formu

### 1. Veri Toplama Formu-Sosyodemografik Özellik Formu

Değerli Katılımcı,

Bu anket “**Kamu ve Özel Dış Polikliniklerine Başvuran Hastaların Uzaktan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi**” isimli tez çalışması için yapılmaktadır. Bu formdan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgileriniz saklı kalacaktır. Sizden ad ve soyad istenmemektedir. Araştırmanın size maddi ve manevi zarar verme riski bulunmamaktadır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ederseniz ve sözlü onam verirsiniz anket formunu doldurabilirsiniz. Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz: (1)-Kadın (2)-Erkek

3. Medeni durumunuz: (1)-Evli (2)-Bekâr

4. Eğitim durumunuz (En son bitirilen okul):

(1)- Okuryazar (2)- İlkokul (3)- Ortaokul  
(4)- Lise (5)- Üniversite (6)- Üniversite üzeri (Yüksek lisans, Doktora)

5. Mesleğiniz: .....

6. Aktif olarak çalışıyor musunuz? (1)- Hayır (2)- Evet

7. Gelir durumunuza en çok uyan ifadeyi işaretleyiniz.

(1)- Gelirim giderimden az/Yetersiz  
(2)- Gelirim giderime eşit  
(3)- Gelirim giderimden çok/Yeterli

8. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

(1)- Hayır (2)- Evet (Belirtiniz)

.....

9. İnternet bağlantısı olan akıllı telefon/tablet/bilgisayar kullanıyor musunuz?

(1)- Hayır (2)- Evet

10. Evinizde engelli ve/veya bakıma muhtaç olan biri var mı?

(1)- Hayır (2)- Evet

**11. Sağlıkla ilgili herhangi bir mobil uygulama kullanıyor musunuz?**

- (1)- Hayır (2)- Evet

**12. Şuan başvurduğunuz merkez evinize yakın mı?**

- (1)- Hayır (2)- Evet

**13. Bir ağız ve diş sağlığı probleminiz olduğunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir? (Lütfen tek bir sık belirtiniz)**

- (1)- Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
(2)- Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
(3)- Beyhekim Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi  
(4)- Konya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi  
(5)- Meram Devlet Hastanesi  
(6)- Özel Ağız ve Diş Muayenahane/Poliklinik  
(7)- Diğer (Belirtiniz).....

**14. Son bir ay içinde diş hekiminize kaç kere başvurduunuz?**

Belirtiniz.....

**15. Son bir ay içinde herhangi bir Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti veren sağlık kuruluşuna kaç kere başvurduunuz?**

Belirtiniz.....

**16. En son herhangi bir diş hekimine ne kadar süre önce başvurduunuz?**

Belirtiniz.....

**17. En son herhangi bir hastaneye ne kadar süre önce başvurduunuz?**

Belirtiniz.....

**18. Kronik bir hastalığınız var mı? (Yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, psikiyatrik hastalık gibi)**

- (1)- Hayır (2)- Evet (Belirtiniz).....

**2. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği**

<b>İFADELER</b>	<b>5: Kesinlikle Katılıyorum</b>	<b>4: Katılıyorum</b>	<b>3: Kararsızım</b>	<b>2: Katılmıyorum</b>	<b>1: Kesinlikle Katılmıyorum</b>
1. Uzaktan sağlık hizmeti ile yapılan muayene, yüz yüze yapılan muayene kadar etkilidir.					
2. Uzaktan sağlık hizmeti ile bazı hastalıkların daha iyi takip edileceğini düşünüyorum.					
3. Uzaktan sağlık hizmetinin, yaşlı ve/veya yatağa bağımlı kişiler için faydalı olacağını düşünüyorum.					
4. Uzaktan sağlık hizmeti kullanmanın, iş yoğunluğu fazla olan insanlar için faydalı olacağını düşünüyorum.					
5. Uzaktan sağlık hizmetini nasıl kullanacağım anlatılırsa, bu hizmeti kullanmak isterim.					
6. Sağlık kuruluşuna gitme külfetini ortadan kaldıracığı için uzaktan sağlık hizmetini kullanırım.					
7. Aile hekimim, uzaktan sağlık hizmetiyle ilgili bilgi verirse bu hizmeti kullanabilirim.					
8. Uzaktan sağlık hizmeti ile verilen tedaviye güvenmem.					
9. Bir kez uzaktan sağlık hizmetini kullandığımda memnun kalırsam, bu hizmeti hep kullanırım.					
10. Uzaktan sağlık hizmetini kullanmayı becerebilirim.					
11. Uzaktan sağlık hizmeti, doktor ve diğer sağlık personeli ile daha kolay anlaşmamı sağlar.					
12. Yakın çevremden biri uzaktan sağlık hizmetini kullanırsa, bu hizmeti kullanma ihtimalim artar.					
13. Tanı ve tedavi sürecini hızlandıracağı için uzaktan sağlık hizmetini kullanırım.					
14. Uzaktan sağlık hizmeti kullanırken, doktora ve diğer sağlık personeline şikâyetlerimi daha rahat anlatabilirim.					
15. Uzaktan sağlık hizmetini kullanmaktan memnun kalırsam, başkalarına da öneririm.					
16. Uzaktan sağlık hizmetiyle, sağlık hizmetlerine daha kolay erişirim.					
17. Bana zaman kazandıracığı için uzaktan sağlık hizmetini kullanırım.					
18. Uzaktan sağlık hizmetini en yakın zamanda kullanmak isterim					