

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

CİLT: 21

SAYI:3

2024

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Genel Müdür Yardımcısı **Av. Sevil SERİN**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Yayın Türü

Sürekli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere üç kez yayımlanır.

*Dergimiz hakemli dergi olup,
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.*

Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Etik İlkeler ve Yayın Politikaları'na uygun yazılar kabul edilir.

Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.

Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Üniversiteler Mah. Şehit Mehmet Bayraktar Cad.

(Eski 6001. cadde) Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA

web: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr>

e-posta: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 585 25 81

e-ISSN: 2980-3640



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Yayın Yılı - 2024
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

Genel Yayın Yönetmeni

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU

İmtiyaz Sahibi ve Hukuk Danışmanı

Av. Sevil SERİN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Dil Editörleri

Gül YILDIRIM

Dr. Şule ÖZTÜRK

Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN

Çağlayan SARIOĞLAN

Çiğdem GÜNAY

Elif DUMANLI

Gülay DİNÇ

Hacer ÇİL

Öznur ÖZEN

Sema KARADUMAN

Seval ÇİFTÇİ

Şakire ŞAHİNBAŞ

Şerife ENGELÖĞLU

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN	On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı
Prof. Dr. Gül Bahar ERDEM	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Ayhan VURMAZ	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Doç. Dr. Aynur TORAMAN	Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı
Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Harun KIRILMAZ	Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Doç. Dr. Hilal AKSOY	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Şule ÇİLEKAR	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Fatma KANTAŞ YILMAZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Bilişimi Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

157
183**YASEMİN ASLAN - FURKAN ALP** (ARAŞTIRMA MAKALESİ)

1986 - 2023 Yılları Arasında Tıbbi Hataların Web of Science Veri Tabanına Dayalı Bibliyometrik Ağ Analizi
Bibliometric Network Analysis of Medical Errors Based on Web of Science Database Between 1986-2023

184
204**SERENAY ÖZTÜRK - BEYAZ SULTAN TAŞ - DİLÂN KAPLAN - SENA KESKİN
ESLEM NUR ÇORUK - EMEL GÜVEN - TAMER EREN**

(ARAŞTIRMA MAKALESİ)

Sağlık Turizmi Konulu Lisansüstü Tezlerin Bibliyometrik Analizi
Bibliometric Analysis of Graduate Theses on Health Tourism

205
223**İSMET SERHAT KAHYA - ABDULLAH KESKİN - TARKAN ÖZDEMİR - EBRU
GÜR** (ARAŞTIRMA MAKALESİ)

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne (SABİM) Yapılan Başvuruların Retrospektif Analizi: Tek Merkez Deneyimi
Retrospective Analysis of Applications to the Call Centre of the Ministry of Health: Single Centre Experience

224
234**AYDIN BALCI - AHMET DUMANLI - SUPHİ AYDIN - MUHAMMED EMİN
DÜZ- HATİP AYDIN** (ARAŞTIRMA MAKALESİ)

COVID-19 Hastasının Biyokimyasal Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma
Evaluation of Biochemical Characteristics of COVID-19 Patient: A Retrospective Study

235
258**SEFERİYE ÖZ - DİLEK ÖZSOY** (DERLEME MAKALESİ)

Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihsel Perspektiften İncelenmesi
Development of Health System and Review of Health Policies in Turkey

Etik İlkeler ve Yayın Politikası

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisine yapılan yayın başvuruları; Yayın Kurulu tarafından uluslararası etik kurallara uygunluk açısından değerlendirilir.

Başvuru yapılan her çalışmada, “Araştırma ve Yayın Etiği”ne uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir. Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgilere (kurul adı, tarih ve sayı no), yöntem bölümünde ve/veya ilk ya da son sayfada yer verilmelidir.

Gerekli durumlarda (hasta/hasta yakınına bire bir uygulanan çalışmalarda) bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun imzalandığına dair bilgiye makalede yer verilmelidir.

Yazar(lar), bilimsel etik sorunların başında gelen intihalden kesinlikle kaçınmalıdır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisinde yayımlanacak bir çalışma için, kabul görmüş intihal değerlendirme programları ile elde edilmiş bir intihal raporu gönderilmesi beklenmektedir. İntihal raporunda %30'un üzerinde benzerlik bulunan çalışmalar, tüm aşamalardan geçmiş olsa dahi yayımlanmayacaktır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin benimsediği Etik İlkeler ve Yayın Politikasına <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/policy> adresinden erişim sağlanabilmektedir.

1986-2023 Yılları Arasında Tıbbi Hataların Web of Science Veri Tabanına Dayalı Bibliyometrik Ağ Analizi

Yasemin ASLAN¹

Furkan ALP²

Geliş Tarihi:23.08.2023

Kabul Tarihi:31.07.2024

ÖZ

Sağlık hizmet kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri hasta güvenliğidir. Tıbbi hatalar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastaneye yatış maliyetlerini ve tıbbi harcamaları arttırarak sağlık hizmet kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada; 1986-2023 yılları arasında sağlık kurumlarında “Tıbbi Hata (Medical Error)” ve “Hasta Güvenliği (Patient Safety)” kavramlarının ilişkili olduğu Web of Science (WoS), Science Citation Index (SCI), Social Sciences Citation Index (SSCI) ve Emerging Sources Citation Index (ESCI) kategorilerinde yer alan çalışmaların bibliyometrik analizi yapılmıştır. Bu kapsamdaki çalışmaların 2005 yılından itibaren sistematik bir biçimde arttığı, 2021 yılında en üst seviyeye ulaştığı görülmüştür. Carayon ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan “Work system design for patient safety: The SEIPS model” başlıklı çalışma 1647 atıf sayısı ile birinci sırada yer almaktadır. En fazla yayına sahip ülke Amerika Birleşik Devletleri’dir (725 yayın-%30). En fazla yayın yapan kurumlar arasında Harvard Üniversitesi ve Johns Hopkins Üniversitesi yer almaktadır. “Journal of Patient Safety” 123 yayın ile ilk sıradadır. Ortak kurum ağ analizinde en yüksek bağlantı gücüne sahip ve ağ merkezinde yer alan kurumlar Manchester Üniversitesi, Harvard Üniversitesi ve John Hopkins Üniversitesi’dir. İlgili çalışmalarda en fazla kullanılan anahtar kelimeler sırasıyla; patient safety (1174), patient safety culture (390), adverse events (107), medical errors (100), quality improvement (91)’dir. Hasta güvenliği, sağlık hizmeti

1 Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Balıkesir, Türkiye, e-mail: yaseminaslan@bandirma.edu.tr. Orcid: 0000-0001-6292-2332

2 Arş. Gör., İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye, e-mail: furkan.alp@medeniyet.edu.tr. Orcid: 0000-0001-6007-1212

sunum sürecinde hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesini ve tıbbi hataların önlenmesini hedefler. Bu çalışmayla, hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda ileri çalışmalar yapmak isteyen araştırmacılar için rehber niteliği taşıyacak bir kaynak ortaya konulması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Web of Science, Bibliyometrik Ağ Analizi

Bibliometric Network Analysis of Medical Errors Based on Web of Science Database Between 1986-2023

ABSTRACT

Patient safety is one of the most important determinants of health service quality. Medical errors increase hospitalization costs and medical expenses in developed and developing countries and cause a decrease in the quality of health services. In this study, a bibliometric analysis was conducted on studies related to the concepts of “Medical Error” and “Patient Safety” in healthcare institutions between the years 1986-2023 within the Web of Science (WoS), Science Citation Index (SCI), Social Sciences Citation Index (SSCI), and Emerging Sources Citation Index (ESCI) categories. It was seen that studies in this scope have increased systematically since 2005 and reached its highest level in 2021. It was determined that the study titled “Work system design for patient safety: the SEIPS model” by Carayon et al. (2006) ranked first with 1647 citations. The country with the highest number of publications (725 publications-30%) was the United States. Among the institutions that publish the most are Harvard University and Johns Hopkins University. With 123 publications, “Journal of Patient Safety” comes in first place. The institutions with the highest connectivity and networking centers are the University of Manchester, Harvard University, and Johns Hopkins University. The most used keywords in related studies are, respectively, patient safety (1174), patient safety culture (390), adverse events (107), medical errors (100), and quality improvement (91). The goal of patient safety is to enhance the standard of patient care and avoid medical errors during the administration of healthcare. The aim of this study was to provide a resource that will act as a guide for researchers who want to conduct additional research on patient safety and medical errors.

Keywords: Patient Safety, Medical Error, Web of Science, Bibliometric Network Analysis

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmet kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunum sürecinde hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesini ve istenmeyen olayların önlenmesini hedefler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini; sağlık hizmetlerinde sürekli ve sürdürülebilir bir şekilde riskleri, önlenabilir zarar oluşumunu, hata olasılığını ve zararın etkisini azaltan süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve organize faaliyetler şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2021). DSÖ küresel ölçekte farklı sağlık sistemleri genelinde, hasta güvenliği üzerinde doğrudan etkisi olan hastalığa özgü ve klinik programlara odaklanarak sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için çaba göstermektedir (WHO, 2021). Temel amaç, hataların azaltılarak tıbbi bakımın kalitesinin iyileştirilmesidir.

Yüksek gelirli ülkelerde, hastaneden sağlık hizmeti alan ortalama her 10 hastadan birinin olumsuz bir olaya maruz kaldığı, güvenli olmayan bakım nedeniyle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hastanelerde meydana gelen 134 milyon olumsuz olayın her yıl yaklaşık 2,6 milyon ölüme neden olduğu ve son tahminlere göre hasta zararının sosyal maliyetinin ise yılda 1 trilyon ila 2 trilyon dolar arasında olduğu mevcut kanıtlarla belirtilmiştir (WHO, 2021). Sağlık sisteminde bir amaca ulaşmak için planlanan eylemin gerçekleştirilmesindeki herhangi bir hata veya yanlış eylem olarak tanımlanan tıbbi hatalar, hasta güvenliği için büyük bir tehdittir (Khammarnia ve Setoodehzadeh, 2017; Khammarnia ve ark., 2015). Tıbbi hatalar gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde hastaneye yatış maliyetlerini ve tıbbi harcamaları artırarak, sağlık hizmet kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Elliott ve ark., 2021; Khammarnia ve Setoodehzadeh, 2017; Ahmed ve ark., 2015). İlaç hatalarının ekonomik boyutunun değerlendirildiği bir sistematik derleme çalışmasında, incelemeye alınan 16 çalışmadan, çalışma başına her bir hata için ortalama maliyetin 2,58 Euro ile 111.727,08 Euro arasında değiştiği tespit edilmiştir (Walsh ve ark., 2017). 6695 hekim üzerinde yapılan ulusal bir çalışmada, katılımcıların %10,5'i son üç ayda ciddi düzeyde bir tıbbi hataya tanık olduklarını raporlamıştır. Hata bildiren hekimlerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomlarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Tawfik ve ark., 2018). Vaziri ve arkadaşlarının (2019) tıbbi hataların prevalansını tahmin etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, en fazla bildirilen tıbbi hata türünün ilaç hataları olduğu, tıbbi hataların en fazla üniversite ve eğitim hastanelerinde ve yoğun bakım ünitelerinde görüldüğü tespit edilmiştir. Landrigan ve arkadaşları

(2010) 10 hastaneyi inceledikleri çalışmalarında, her 100 hastane yatışı başına tıbbi hata sıklığını 25,1 olarak belirlemiştir. Advers olayların ve tıbbi hataların yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda mortalite ve yoğun bakımda kalış süreleri üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan bir sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, advers olay ve tıbbi hata yaşanan hastaların önemli ölçüde daha uzun süre yoğun bakımda ve hastanede kaldığı tespit edilmiştir (Ahmed, ve ark., 2015).

Tıbbi hataları önlemenin ve hasta güvenliği süreçlerini iyileştirmenin yollarından biri tıbbi hataların ve ramak kala olayların bildirilmesidir (Hamed ve Konstantinidis, 2022; Levine ve ark., 2020; Perez ve ark., 2014; Khammarnia ve ark., 2015). Hataların raporlanması hata yönetim sürecinin önemli bir adımı olduğu gibi aynı zamanda etik bir yükümlülük ve gelişen akreditasyon standartlarına uyumun da bir parçasıdır (Grossman ve ark., 2020; Miandoab ve Sadeghi, 2017; Garbutt ve ark., 2007). İran'daki Şiraz Devlet Hastanelerinde tıbbi hata türlerinin ve hataları raporlamanın önündeki engellerin tanımlanması amacıyla yapılan bir çalışmada, hataların en fazla sistem (%27,1), teknik (%20,5) ve tedavi kaynaklı nedenlere (%17,6) bağlı olarak yaşandığı, hataların çoğunun en büyük hastanede (%54,9), dahiliye servislerinde (%36,3) ve sabah vardiyasında (%55) meydana geldiği tespit edilmiştir (Khammarnia ve ark., 2015). Hata bildiriminin önündeki en büyük engellerin ise bireysel (içsel), kurumsal, çevresel, kişiler arası ve toplumsal faktörler olduğu tespit edilmiştir (Khammarnia ve ark., 2015; Perez ve ark., 2014). Çalışmalar tıbbi hatalar üzerinde etkili olan faktörlerin; yönetimin tutumu, kurumsal iklim, organizasyon kültürü, iyi planlanmamış süreç ve kaynak yönetimi, yeterli gözetim ve denetimin yapılmaması, eğitim eksikliği, zaman baskısı, fiziksel ve teknolojik çevre olanakları, insan faktörüne bağlı ortaya çıkabilecek bilgi, beceri, algı ve karar alma süreçlerinde yaşanan hatalar olduğunu göstermiştir. Ayrıca mesleki eğitim ve deneyim eksikliği, tükenmişlik, yorgunluk, stres, ağır iş yükü, dikkat dağınıcılık faktörler, zayıf ekip çalışması, sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunları ve tıbbi bilgi eksikliğinin de tıbbi hatalara neden olduğu tespit edilmiştir (Jalali ve ark., 2024; Aghighi ve ark., 2022; Abdulrahman ve ark., 2021; Crijns ve ark., 2020; Levine ve ark., 2020; Bari ve ark., 2016; Lederman ve ark., 2013).

Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalara ve konu ile ilgili gösterilen bütün çabalara rağmen, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmeti sunum sürecinde yaşanan hatalar nedeniyle hastalar zarar görmeye devam etmektedir. Konuyla ilgili küresel ölçekte sağlık kurumlarının, sağlık yöneticilerinin, politika belirleyicilerin, hastaların ve hasta yakınlarının farkındalığını artırmak amacıyla, DSÖ tarafından 2019 yılında 72. Dünya Sağlık Asamblesinde “Hasta Güvenliği Konusunda Küresel Eylem” konulu WHA72.6 sayılı kararın kabul edilmesiyle birlikte hasta güvenliğine verilen önem doruğa ulaşmış ve 17 Eylül “Dünya Hasta Güvenliği Günü” olarak ilan edilmiştir. Ardından 74. Dünya Sağlık Asamblesinde (2021), “2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı” kabul edilmiştir. Bu planda güvenli olmayan bakımdan kaynaklanan hasta zararlarının, büyüyen bir küresel halk sağlığı sorunu olduğu, bu hasta zararlarının çoğunun önlenebilir nitelik taşımaya rağmen dünya çapında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleri arasında yer aldığı belirtilmiştir. Buna ek olarak istenmeyen olayların ekonomik yükünün de son derece yüksek olduğu ve bu tür olayların sağlık sistemine duyulan güvenin azalmasına neden olduğu vurgulanmıştır (WHO, 2021).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar ulusal ölçekte Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Daire Başkanlığı tarafından ulusal düzeyde hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için sağlıkta kalite standartları, klinik kalite uygulamaları, hasta ve çalışan güvenliği bildirim sistemi, Türkiye Gösterge Sistemi (Tür-Gös), kurumsal kalite uygulamaları gibi çok sayıda eş zamanlı çalışmalar yürütülmektedir. Buna ek olarak kongreler, seminerler, eğitim programları düzenlenmekte ve sağlık kurumlarında kalite uygulamalarında referans olması amacıyla çeşitli rehberler hazırlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023). 2022 yılında Daire Başkanlığı tarafından Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD- Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü) ile hasta güvenliği kültürü anket sonuçları paylaşılmış, aynı yılın Aralık ayında Türkiye için 23 adet Ulusal Hasta Güvenliği Hedefi belirlenmiş ve kamuoyuyla paylaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Sağlık sistemi içinde insan hatalarının kaçınılmaz olduğu, bu hatalar tamamen ortadan kaldırılamasa dahi hataların sıklığını, görünürlüğü ve sonuçlarını azaltan daha güvenli sistemler tasarlanmasının mümkün olabileceği belirtilmiştir (Khammarnia ve Setoodehzadeh, 2017; Makary ve Daniel, 2016; Ahmed ve ark.,

2015). Tıbbi hataları azaltmanın ve hasta güvenliği süreçlerini iyileştirmenin bir yolu, kurumsal düzeyde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve etkin bir liderlik anlayışıdır. Sağlık hizmeti sunulan kurum ve kuruluşlarda hasta güvenliğini artırmak, her düzeyde etkili liderlik yaklaşımı gerektirir. Üst yönetimin iyileştirme süreçlerine dahil olduğu, hasta güvenliğinin kurumun öncelikleri arasında değerlendirdiği, süreçlerin iyileştirilmesi için gerekli kaynakların ayrıldığı ve çalışanların bütünsel olarak iyileştirme süreçlerine dahil edildiği kalite iyileştirme çalışmaları başarıyı getirmektedir. Boamah ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmanın sonucunda, hastalar ve çalışanlar için daha iyi çalışma koşulları oluşturmada yöneticilerin liderlik davranışlarının yararlı bir strateji olduğu tespit edilmiştir. Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada hasta güvenliği kültürünün temel belirleyicilerinin; öğrenme ve sürekli iyileştirme, hastane yönetim desteği, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, ekip çalışması ve hasta devirleri olduğu, hatalarla ilgili geri bildirim ve iletişim algısı yüksek olan hemşirelerin daha fazla olay bildiriminde bulunduğu, daha uzun yıllar çalışma deneyimine sahip ve eğitim hastanelerinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ammouri ve ark., 2014). Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla farklı sağlık bilgi teknolojilerinin hasta güvenliği sonuçlarını iyileştirme üzerindeki etkisine ilişkin mevcut bilimsel kanıtların değerlendirildiği bir derleme çalışmasında, sağlık bilgi teknolojilerinin tıbbi hataları azaltarak ve uygulama kılavuzlarına uyumu iyileştirerek hasta güvenliğini iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Alotaibi ve Federico, 2017). Sağlık sektöründe uygun çalışan istihdamı ve çalışma saatlerinin düzenlenmesinin, çalışanların psiko-duygusal sağlığını iyileştirerek, hasta bakım kalitesini ve güvenliğini artırmada önemli olduğu bulunmuştur (Mul Fedele ve ark., 2023; Choe ve ark., 2016). Tıbbi hataların azaltılması stratejileri arasında; dengeli iş yükü, uygun çalışma koşulları, etkili sistemlerin tasarlanması, kanıt temelli politika ve prosedürlerin kullanılması, tıbbi personel arasında uygun iletişim, özellikle disiplinler arası iletişimi iyileştirmeye yönelik ekip eğitimleri ve uygun teknolojilerin kullanılması yer almaktadır. Buna ek olarak yeterli bilgiye sahip olmanın tıbbi hataların insidansını azaltabileceğinden hareketle, sağlık personelinin mesleki bilgilerinin artırmaları önerilmiştir (Herrmann ve ark., 2023; Mul Fedele ve ark., 2023; Varjavand ve ark., 2012).

2. YÖNTEM

Bu çalışmada 1986-2023 yılları arasında sağlık kurumlarında “Tıbbi Hata (Medical Error)” ve “Hasta Güvenliği (Patient Safety)” kavramlarının ilişkili olduğu Web of Science (WoS) SCI, SSCI ve ESCI kategorilerinde yer alan çalışmaların bibliyometrik analizi yapılmıştır. Bu kapsamda Web of Science Core Collection veri tabanından sağlık hizmetlerini temel alan çalışmalar değerlendirmeye tabi tutulmuştur ve analiz birimi olarak araştırma makaleleri esas alınmıştır. Belirtilen anahtar kelimeler ile WoS veri tabanında 2399 adet çalışmaya ulaşılmıştır ve belirlenen parametreler ölçüsünde analiz edilmiştir. Temel araştırma sorularına yönelik olarak ilk dokuz soruda yer alan parametreler arasında; yıl, dil, en fazla atıf alan yayın sayısı, en fazla yayın yapılan ülke, üniversite ve dergi sayısı, en fazla yayın yapan yazar sayısı, en fazla yayın yapılan temel alan listesi yer almaktadır ve ilgili veriler tablolar halinde sunulmuştur. Son dört soru ise görsel haritalama tekniği olan VOSviewer 1.6.19.0 yazılım programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Bibliyometrik analizler kapsamında ortak yazar analizi, ortak yazar bağlantılı ülke analizi, ortak yazar bağlantılı kurum analizi ve anahtar kelime ağ analizi görsel haritalama tekniğine dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında yer alan sorular aşağıda belirtildiği gibidir:

1. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili en fazla atıf alan çalışmalar nelerdir?
2. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin yıllara göre dağılımı nasıldır?
3. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin yayın diline göre dağılımı nasıldır?
4. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin en fazla yayın yapan ve en fazla atıf alan ülkelere göre dağılımı nasıldır?
5. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin en fazla yayın yapan ve en fazla atıf alan kurumlara göre dağılımı nasıldır?
6. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili en fazla yayın yapan yazarlar kimlerdir?

7. Ülkelere göre tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin yayınevlerine göre dağılımı nasıldır?
8. Ülkelere göre tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin dergilere göre dağılımı nasıldır?
9. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili en fazla yayın yapılan temel alanlar hangileridir?
10. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerde ortak yazar ağ analizi ne şekildedir?
11. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerde ortak yazar bağlantılı kurumların ağ analizi ne şekildedir?
12. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerde ortak yazar bağlantılı ülkelerin ağ analizi ne şekildedir?
13. Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili yazılan makalelerde anahtar kelime ağ analizi ne şekildedir?

Veriler analiz edilirken belge arama noktasında izlenen genel çerçeve Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Arama Çerçevesi

Parametreler	Seçim
Seçim yaklaşımı	Bibliyometrik analiz
Kullanılan veri tabanı	WoS
Analiz için kullanılan araçlar	VOSviewer
Arama sorgusu	Tıbbi hata, hasta güvenliği [(patient safety) and (medical error)]
Belgenin niteliği	Makale
Zaman aralığı	1986-2023
Konu alanı	Sağlık
Analiz için toplam belge sayısı	2399
Yayın aşaması	Son aşama, yayında

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Hasta güvenliği, modern sağlık hizmetleri için stratejik bir önceliktir ve ülkelerin evrensel sağlık kapsamına yönelik çabalarının merkezinde yer almaktadır (WHO, 2021). Araştırmanın bu bölümünde araştırma soruları kapsamında tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili çalışmaların yıl, dil, en fazla atıf alan yayın sayısı, en fazla yayın yapılan ülke, üniversite ve dergi sayısı, en fazla yayın yapan yazar sayısı, en fazla yayın yapılan temel alan listesi, ortak yazar ağ analizi, ortak ülke ağ analizi, ortak kurum ağ analizi ve en fazla kullanılan anahtar kelimelere yönelik bulgulara yer verilmiştir. Birinci araştırma sorusu “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili en fazla atıf alan çalışmalar nelerdir?” kapsamında en fazla atıf alan ilk 10 makaleye ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. En Fazla Atıf Alan İlk 10 Makaleye İlişkin Bilgiler

Makale Adı	Yazarlar	Yıl	Dergi	Atıf Sayısı
Work system design for patient safety: The SEIPS model	Carayon, P. A. S. H., Hundt, A. S., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F.	2006	BMJ Quality & Safety	1647
Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations	Nieva, V. F., & Sorra, J.	2003	BMJ Quality & Safety	1580
Views of practicing physicians and the public on medical errors	Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., ... & Steffenson, A. E.	2002	New England Journal of Medicine	1163
Measuring patient safety climate: A review of surveys	Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., & Weeks, W. B.	2005	BMJ Quality & Safety	957

What is patient safety culture? A review of the literature.	Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A.	2010	Journal of Nursing Scholarship	898
Towards an international classification for Patient Safety: Key concepts and terms.	Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P.	2009	International Journal for Quality in Health Care	824
Anaesthesiology as a model for patient safety in health care	Gaba, D. M.	2000	BMJ Journals	724
Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review	Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M.	2013	Annals of Internal Medicine	714
Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety	Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P.	2014	Applied Ergonomics	687
Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review	Kwan, J. L., Lo, L., Sampson, M., & Shojania, K. G.	2013	Annals of Internal Medicine	569

Araştırma sonuçlarına göre Carayon ve arkadaşlarının (2006) “Work system design for patient safety: The SEIPS model” isimli çalışması 1647 atıf ile en fazla atıf alan çalışmadır. Bu çalışmada, hasta güvenliğine yönelik araştırmaları ve tasarımları iletirmek için SEIPS isimli bir çalışma sistemi tasarımına ilişkin modeller ve yöntemler geliştirilmiş ve uygulaması yapılmıştır. Nieva ve Sorra (2003)’nin “Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations” isimli çalışması, 1580 atıf ile en fazla

atf alan ikinci çalışmadır. Bu çalışmada ise hasta güvenliğini iyileştirmek için bir araç olarak güvenlik kültürü değerlendirmesi tartışılmaktadır. Hâlihazırda mevcut olan değerlendirme araçlarının özellikleri tanımlanmakta ve bu tür değerlendirmeleri gerçekleştirmiş olan sağlık kuruluşlarından kısa örnekler de dâhil olmak üzere mevcut ve potansiyel kullanımları değerlendirilmektedir. Ayrıca sağlık kuruluşlarının bu araçları kullanmaya karar verirken göz önünde bulundurmaları gereken kritik süreçler de vurgulanmaktadır.

Çalışmanın ikinci araştırma sorusu olan “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin yıllara göre dağılımı nasıldır?” kapsamında 1986-2023 arasında SCI, SSCI ve ESCI kriterlerine uygun olarak oluşturulan tıbbi hata ve hasta güvenliği ile ilişkili bulunan 2399 çalışmanın yıllara bağlı dağılımı Şekil 1’de yer almaktadır.

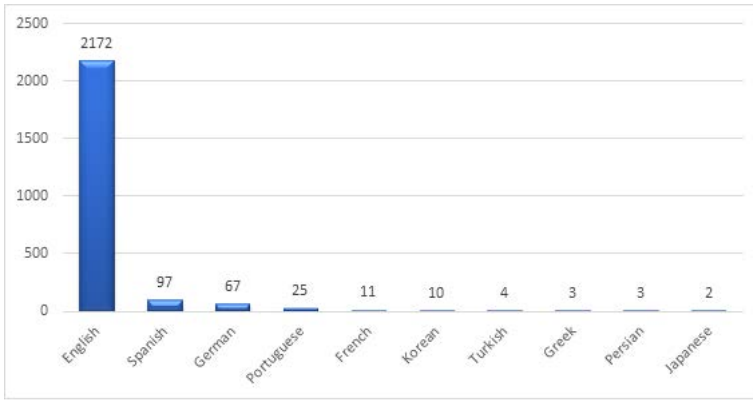


Şekil 1. Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı

Bu kapsamda ilgili çalışmaların 2005 yılından itibaren popülaritesinin arttığı ve 2021 yılında en üst seviyeye çıktığı görülmektedir. Bu sonuç üzerinde etkili olan faktörlerden birinin 2000’li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının önem kazanması olduğu düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarıyla birlikte; kurumlarda süreçlerin iyileştirilmesi amacıyla belirlenen standartların uygulanması, hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi, toplam kalite yönetimi uygulamalarının önem kazanması, çalışanlara sürekli eğitimler verilmesi, hasta ve hasta yakınlarının bakım süreçlerine dâhil edilmesi, ekip çalışması, disiplinler arası hasta bakım uygulamalarının önem kazanması ve çalışanların olay bildirim konusundaki farkındalığının artırılmasına yönelik yapılan çalışmalar, bu konuda yapılan araştırmalara da yansımıştır. Buna ek olarak DSÖ’nün 2019 yılında hasta

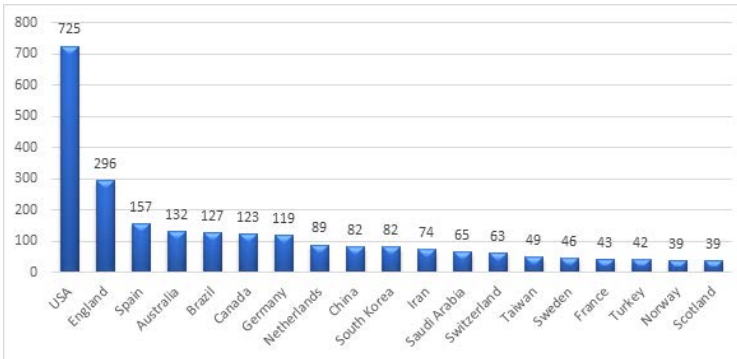
güvenliği konusunda küresel eylem çağrısında bulunması, konuya verilen önemin artmasına ve daha fazla araştırma yapılması için itici bir güç oluşturmasına etki etmiş olabilir.

Şekil 2’de “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin yayın diline göre dağılımı nasıldır?” araştırma sorusuna karşılık çalışmaların yayın diline göre dağılımına yer verilmiştir. Verilere göre 2399 çalışmanın 2172’si İngilizce dilinde yayınlanmıştır (%91). İngilizce, günümüzde uluslararası ortak dil olarak kabul edildiği için beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.



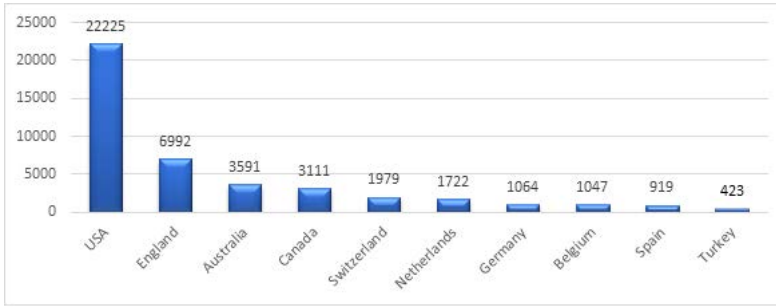
Şekil 2. Çalışmaların Yayın Diline Göre Dağılımı

Şekil 3 ve Şekil 4’te “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin en fazla yayın yapan ve en fazla atıf alan ülkelere göre dağılımı nasıldır?” sorusuna karşılık SCI, SSCI ve ESCI kriterlerine uygun olarak en fazla yayın yapan ülkelere yer verilmiştir.



Şekil 3. En Fazla Yayın Yapan Ülkeler

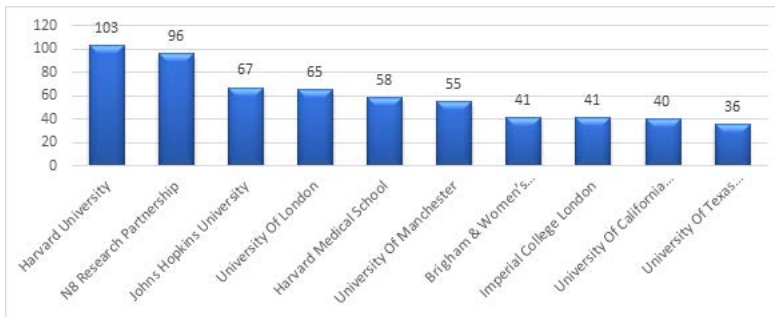
Verilere göre 725 yayın ile Amerika Birleşik Devletleri ilk sırada yer almaktadır (%30). 296 çalışma ile İngiltere ve 157 çalışma ile İspanya en fazla yayın yapan diğer ülkelerdir. Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının ilk başladığı ülkelerden biri olan Amerika Birleşik Devletleri'nin en fazla çalışma yapılan ülke olması, araştırmanın beklenen bir sonucu olarak yorumlanabilir.



Şekil 4. En fazla Atıf Alan Ülkeler

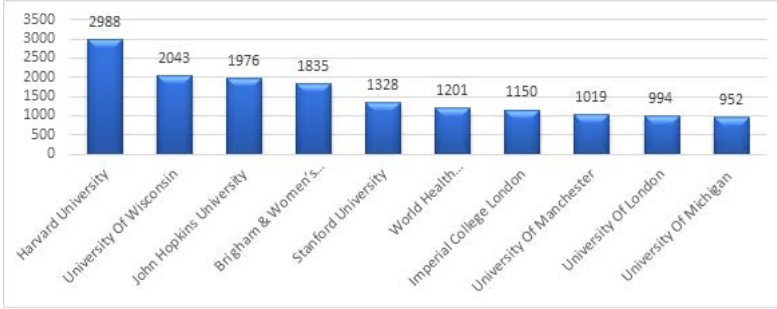
Şekil 4'te en fazla atıf alan ülkelere yer verilmiştir. Verilere göre 22225 atıf ile Amerika Birleşik Devletleri açık ara zirvede yer almaktadır. Bunun en önemli nedenleri Amerika Birleşik Devletleri'nde çok fazla çalışmanın yayınlanmış olması ve Amerika Birleşik Devletleri'nin geçmişten günümüze tıbbi hata ve hasta güvenliği ilişkisi çalışmaları ile alanda öncü bir ülke olmasıdır. Özellikle COVID-19 sonrası sağlık alanında bu konuda yazılan çalışmaların çoğu da Amerika Birleşik Devletleri'nde yer alan akademisyenler tarafından hazırlanmıştır.

Şekil 5 ve Şekil 6'da "Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin en fazla yayın yapan ve en fazla atıf alan kurumlara göre dağılımı nasıldır?" araştırma sorusu kapsamında SCI, SSCI ve ESCI kriterlerine uygun olarak en fazla yayın yapan kurum ve üniversitelere yer verilmiştir.



Şekil 5. En Fazla Yayın Yapan Kurumlar

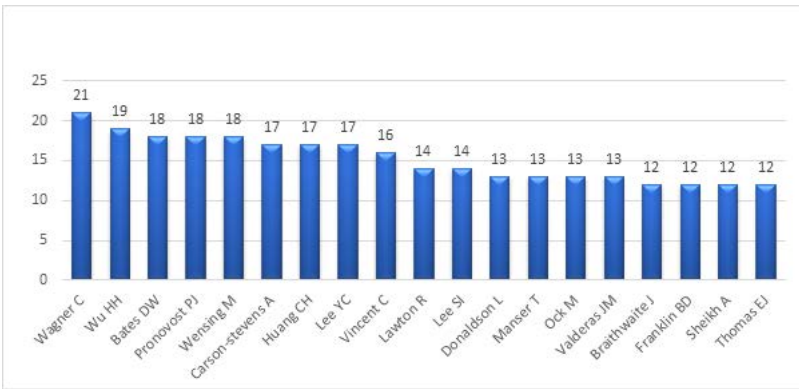
Verilere göre 103 çalışma ile Harvard Üniversitesi en fazla yayın yapan kurumlar arasında ilk sırada yer almaktadır (%4,3).



Şekil 6. En fazla Atıf Alan Kurumlar

Verilere göre 2988 atıf ile Harvard Üniversitesi ilk sırada yer almaktadır. 1201 atıf ile Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yapmış olduğu çalışmalarıyla ilk 10 içinde yer almaktadır.

Şekil 7’de “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili en fazla yayın yapan yazarlar kimlerdir?” araştırma sorusu kapsamında en fazla yayın yapan yazarlara ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

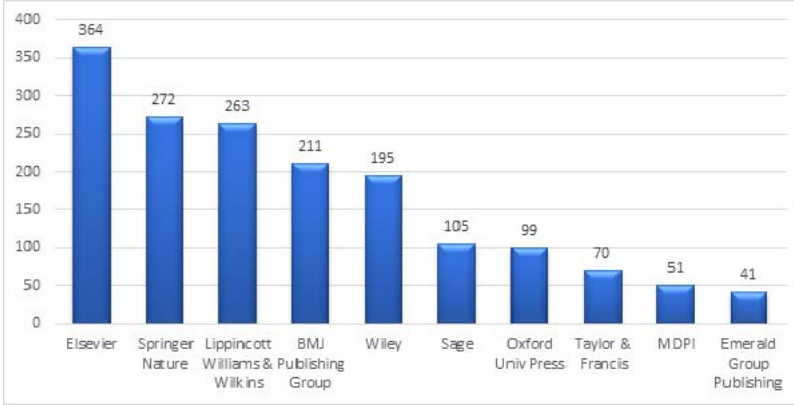


Şekil 7. En fazla Yayın Yapan Yazarlar

Verilere göre “Cordula Wagner” SCI, SSCI ve ESCI kriterlerine uygun 21 çalışma ile zirvede yer almaktadır. Cordula Wagner’in 2014 yılında yayınlanan “Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review” isimli çalışması, literatürde en fazla atıf alan çalışmalar arasında yer almaktadır.

Çalışma içeriğinde, hastane ortamında sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ve bakım kalitesi yararına yönelik endişelerini dile getirmesinin önemine vurgu yapılmaktadır. Bu sayede hastane içinde yaşanan hatalar arasında yer alan; hatalı teşhislerin, zayıf klinik değerlendirmelerin, politika ve prosedürlere uyumsuzlukların en aza indirgenebileceği belirtilmiştir.

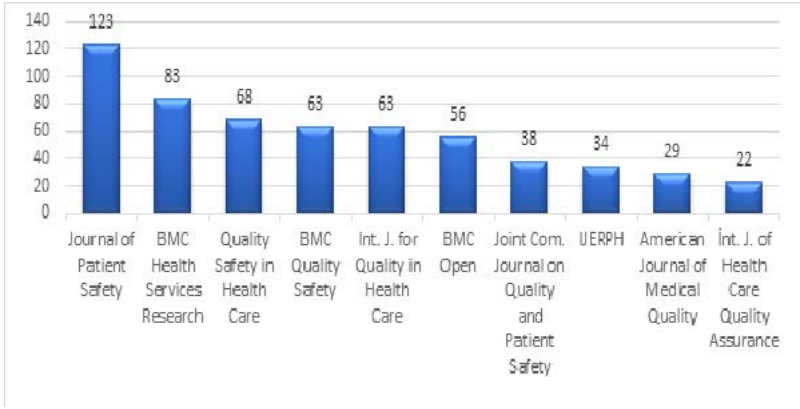
Şekil 8’de “Ülkelere göre tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin yayınevlerine göre dağılımı nasıldır?” araştırma sorusu kapsamında çalışmaların yayınevlerine göre dağılımına yer verilmiştir.



Şekil 8. Çalışmaların Yayınevlerine Göre Dağılımı

Verilere göre 2399 çalışmanın 364’ünün yayınlandığı Elsevier yayınevi ilk sırada yer almaktadır (%15,1). Springer Nature 272 yayın ile 2. sırada (%11,3) ve Lippincott Williams & Wilkins ise 263 çalışma ile 3. sırada yer almaktadır (%11). 211 çalışmanın yayınlandığı BMJ Publishing’de yer alan çalışmalar ağırlıklı olarak en fazla atıf alan çalışmaları içermesi sebebiyle dikkat çekmektedir.

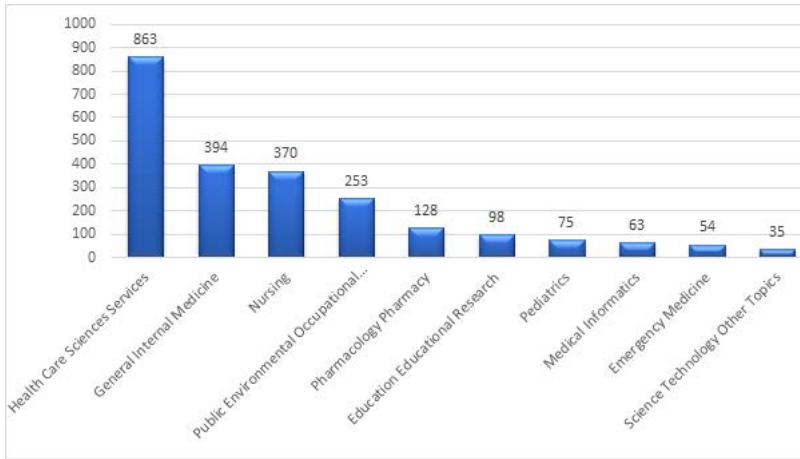
Şekil 9’da “Ülkelere göre tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerin dergilere göre dağılımı nasıldır?” araştırma sorusu kapsamında çalışmaların dergilere göre dağılımına yer verilmiştir.



Şekil 9. Çalışmaların Dergilere Göre Dağılımı

Şekil 9'a göre yayımlanan 123 çalışma ile "Journal of Patient Safety" ilk sırada yer almaktadır. Dergilerin içeriklerine bakıldığında çalışmaların hasta güvenliği ve kalite konularını temel alan dergilerde yayınlandığı görülmektedir.

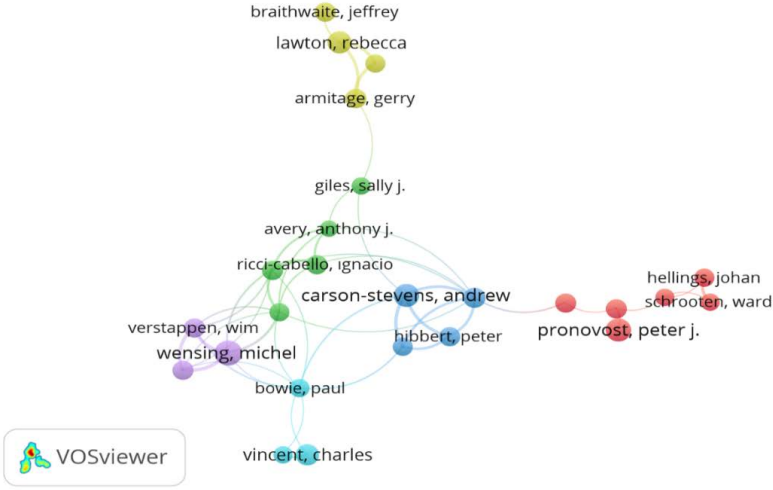
Şekil 10'da "Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili en fazla yayın yapılan temel alanlar hangileridir?" araştırma sorusu kapsamında en fazla yayın yapılan temellere yer verilmiştir.



Şekil 10. En fazla Yayın Yapılan Temel Alanlar

Verilere göre 2399 çalışmanın 863'ünün genel sağlık bilimleri alanında yayınlandığı görülmektedir (%36). Genel iç hastalıkları ve hemşirelik alanlarında da oldukça fazla çalışmalar yer almaktadır.

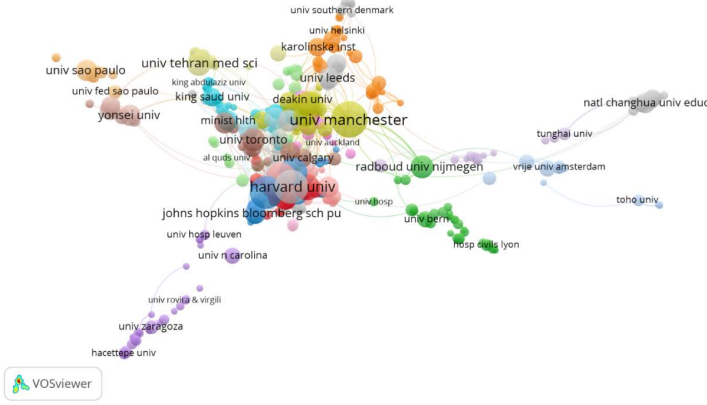
Şekil 11’de “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerde ortak yazar ağ analizi ne şekildedir?” araştırma sorusu kapsamında ortak yazar ağ analizine yer verilmiştir.



Şekil 11. Ortak Yazar Ağ Analizi

Şekil 11’e göre altı farklı grupta ortak yazarlık bağlantılarının yer aldığı görülmektedir. Ayrıca Peter Pronovost J., Michel Wensing, Andrew Carson-Stevens ve Rebecca Lawton isimli yazarların çalışmalarda ortak yazar bağlantılarının oldukça güçlü olduğu görülmektedir.

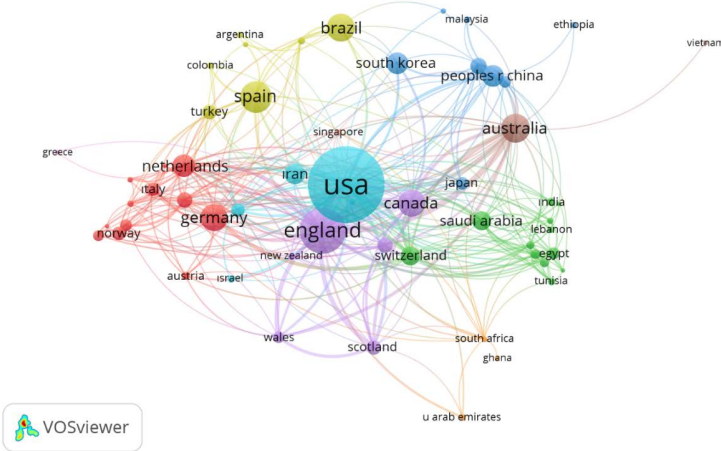
Şekil 12’de “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerde ortak yazar bağlantılı kurumların ağ analizi ne şekildedir?” araştırma sorusu kapsamında ortak kurum ağ analizine yer verilmiştir.



Şekil 12. Ortak Kurum Ağ Analizi

Ağ haritasında en yüksek bağlantı gücüne sahip ve ağ merkezinde yer alan kurumlar arasında Manchester Üniversitesi, Harvard Üniversitesi ve John Hopkins Üniversitesi yer almaktadır.

Şekil 13'te “Tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları ile ilgili makalelerde ortak yazar bağlantılı ülkelerin ağ analizi ne şekildedir?” araştırma sorusu kapsamında ortak ülke ağ analizine yer verilmiştir.



Şekil 13. Ortak Ülke Ağ Analizi

culture (390), adverse events (107), medical errors (100), quality improvement (91), nursing (89), risk management (81) ve primary care (66) olduğu görülmektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada 1986-2023 yılları arasında WoS SCI, SSCI ve ESCI kriterlerini karşılayan, tıbbi hata ve hasta güvenliği ilişkili toplam 2399 çalışmanın yapıldığı tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları hasta güvenliği ve tıbbi hatalarla ilgili yapılan araştırmaların 2004 yılından sonra ciddi bir artış gösterdiği ve 2021 yılında en üst seviyeye çıktığı, en fazla çalışma yapılan ülkenin Amerika Birleşik Devletleri olduğu, ortak kurum ağ analizinde en yüksek bağlantı gücüne sahip ve ağ merkezinde yer alan kurumların Manchester Üniversitesi, Harvard Üniversitesi ve Johns Hopkins Üniversitesi olduğunu göstermektedir. Sağlık kurumlarında tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesi yönündeki çabalar devam etmektedir. DSÖ, “2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı”nda hasta güvenliğinin iyileştirilmesi amacıyla aşağıda yer alan yedi stratejik hedefi belirlemiştir (WHO, 2021):

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda sıfır önlenebilir zararın bir kural haline getirilmesi
- Hastaları zarar görmekten koruyan yüksek güvenilirlikli sağlık sistemleri ve sağlık kuruluşları oluşturulması
- Bütün klinik süreçlerin güvenliğinin sağlanması
- Daha güvenli sağlık hizmetleri için hastaların ve ailelerinin bakım süreçlerine dahil edilmesi
- Güvenli bakım sistemlerinin tasarımına ve sunulmasına katkıda bulunmak için her sağlık çalışanına ilham verilmesi, sağlık çalışanlarının eğitilmesi, beceri kazandırılması ve korunması
- Riskin ve önlenebilir zarar düzeylerinin azaltılması ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi için sürekli bilgi akışının sağlanması
- Hasta güvenliğinin ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla çok sektörlü ve çok uluslu sinerji, ortaklık ve dayanışmanın geliştirilmesi ve sürdürülmesi amacıyla çaba gösterilmesi önerilmektedir.

Yukarıda belirtilen önerilere ek olarak; organizasyonel, çevresel ve insan kaynağına bağlı olduğu düşünülen tıbbi hataların önlenmesi/azaltılması amacıyla yönetsel düzeyde; etkin bir liderlik anlayışının benimsenmesi, hasta güvenliği kültürünün kurumun öncelikli stratejileri arasında yer alması, olumlu bir güvenlik kültürü ikliminin oluşturulması, cezalandırıcı olmayan hata raporlama sistemleri tasarlanması, iyileştirme çalışmalarına bütün çalışanların dahil edilmesi, katılımcı bir yönetim yaklaşımının benimsenmesi, hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla önceliklendirme kapsamında yeterli kaynakların ayrılması önemlidir. Buna ek olarak yorgunluk, iş yükü fazlalığı ve stres kaynaklı istenmeyen olayların önlenmesi amacıyla çalışma koşullarının iyileştirilmesi; eğitim ve tecrübe eksikliği kaynaklı tıbbi hataların önlenmesi için çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarının açık bir şekilde tanımlanması, kanıt temelli yazılı politika ve prosedürlerin oluşturulması, süreç performansının göstergelerle takip edilmesi ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmalarının başlatılması, düzenli ve sürekli hizmet içi eğitimler verilmesi, kurum içi iletişimin iyileştirilmesi ve disiplinler arası ekip çalışmasının benimsenmesi, insani faktörlere bağlı hataların önlenmesi amacıyla sistemsel düzeyde iyileştirmeler yapılması önemlidir. Ayrıca, hizmet sunum sürecinde teknolojiden faydalanılması, ulusal ve uluslararası kalite ve akreditasyon standartlarının uygulanması, kurumsal düzeyde hasta güvenliği ile ilgili amaç ve hedefler belirlenmesi, süreç iyileştirmelerde en iyi uygulama örneklerinin referans alınması, hasta ve yakınlarının bakım ve karar alma süreçlerine dahil edilmesi faydalı olabilir.

Hasta güvenliğinin küresel bir öncelik olduğundan hareketle gelecek dönemlerde, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelere de konunun önemine vurgu yapan çalışmaların planlanması, olumlu bir hasta güvenliği kültürü oluşturulması ve tıbbi hataların azaltılması açısından önemlidir.

Çıkar Çatışması : Makalede hiçbir suç unsuruna veya kanuna aykırı ifadeye yer verilmemiş, araştırma yapılırken araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Abdulrahman, A. T., Alshammari, A. O., Alhur, A. Alhur, A. A. (2021). Robustness of supersaturated design to study the causes of medical errors. *Mathematical Problems in Engineering*, 192, 1-7. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1155/2021/9682345>.
- Aghighi, N., Aryankhesal, A. Raeissi, P. (2022). Factors affecting the recurrence of medical errors in hospitals and the preventive strategies: A scoping review. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 15, 7. Erişim adresi: <https://doi.org/10.18502/jmehm.v15i7.11049>.
- Ahmed, A. H., Giri, J., Kashyap, R., Singh, B., Dong, Y., Kilickaya, O., Erwin, P. J., Murad, M. H., Pickering, B. W. (2015). Outcome of adverse events and medical errors in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Medical Quality*, 30(1), 23-30. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1177/1062860613514770>.
- Alotaibi, Y. K., Federico, F. (2017). The impact of health information technology on patient safety. *Saudi Medical Journal*, 38(12), 1173-1180. Erişim adresi: <https://doi.org/10.15537/smj.2017.12.20631>
- Ammouri, A.A., Tailakh, A. K., Muliira, J. K., Geethakrishnan, R. Al, Kindi, S. N. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62(1), 102-110. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/inr.12159>.
- Bari, A., Khan, R. A., Rathore, A. W. (2016). Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(3), 523-8. Erişim adresi: <https://doi.org/10.12669/pjms.323.9701>.
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., Altman, D. E., Zapert, K., Herrmann, M. J., Steffenson, A. E. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-40. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa022151>.
- Boamah, S. A., Spence, Laschinger, H. K., Wong, C., Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180-189. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>.
- Carayon, P. A. S. H., Hundt, A. S., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *BMJ Quality & Safety*, 1(1), i50-8. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>.

- Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics*, 45(1), 14-25. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023>.
- Cho, E., Lee, N. J., Kim, E. Y., Kim, S., Lee, K., Park, K. O., Sung, Y. H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 263-71. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>.
- Crijns, T. J., Kortlever, J. T. P., Guitton, T. G., Ring, D., Barron, G. C. (2020). Symptoms of burnout among surgeons are correlated with a higher incidence of perceived medical errors. *Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery*, 16(2), 305-310. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s11420-019-09727-6>.
- Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Quality & Safety in Health Care*, 14(5), 364-366. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>.
- Elliott, R. A., Camacho, E., Jankovic, D., Sculpher, M. J., Faria, R. (2021). Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Quality & Safety*, 30(2), 96-105. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010206>.
- Gaba, D. M. (2000). Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ Journals*, 320(7237), 785-788. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.785>.
- Garbutt, J., Brownstein, D., Klein, E., Waterman, E., Krauss, M., Marcuse, E., Hazel, E., Dunagan, W. C., Fraser, V., Gallagher, T. H. (2007). Reporting and disclosing medical errors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 179-185. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.2.179>.
- Grossman, S. A., Gurley, K. L., Wolfe, R. E. (2020). The ethics of error in medicine. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 11(4), e0033. Erişim adresi: <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10406>.
- Hamed, M. M. M., Konstantinidis, S. (2022). Barriers to incident reporting among nurses: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506-523. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>.
- Herrmann, T. A., Gray, N., Petrova, O. (2023). Staff perceptions of interdisciplinary team training and its effectiveness in reducing medical errors. *International Journal of Healthcare Management*, 16(2), 258-267. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/20479700.2022.2097762>.

- Jalali, M., Habibi, E., Khakzad, N., Aval, S. B., Dehghan, H. (2024). A novel framework for human factors analysis and classification system for medical errors (HFACS-MES)-A Delphi study and causality analysis. *PLoS One*, 19(2), e0298606. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298606>.
- Khammarnia, M., Setoodehzadeh, F. (2017). Medical error as a challenge in Iran's Health System. *Health Scope*, 6(1), e39743. Erişim adresi: <https://doi.org/10.17795/jhealthscope-39743>.
- Khammarnia, M., Ravangard, R., Barfar, E., Setoodehzadeh, F. (2015). Medical errors and barriers to reporting in ten hospitals in Southern Iran. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 22(4), 57-63.
- Kwan, J. L., Lo, L., Sampson, M., Shojania, K. G. (2013). Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 397-403. Erişim adresi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006>.
- Landrigan, C. P., Parry, G. J., Bones, C. B., Hackbarth, A. D., Goldmann, D. A., Sharek, P. J. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*, 363(22), 2124-2134. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1004404>.
- Levine, K. J., Carmody, M. & Silk, K. J. (2020). The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 130-138. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12906>.
- Lederman, R., Dreyfus, S., Matchan, J., Knott, J. C., Milton, S. K. (2013). Electronic error-reporting systems: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors. *Nursing Outlook*, 61(6), 417-426. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.04.008>.
- Makary, M. A., Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353, i2139. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.
- Miandoab, F. D., Sadeghi, J. (2017). Effect of professional ethics on reducing medical errors from the viewpoint of faculty members in Medical School of Tabriz University of Medical Sciences. *Research and Development in Medical Education*, 6(2), 66-71. Erişim adresi: <https://doi.org/10.15171/rdme.2017.015>.
- Mul Fedele, M. L., López Gabeiras, M. D. P., Simonelli, G., Diez, J. J., Bellone, G. J., Cagliani, J., Larrateguy, L., Eiguchi, K., Golombek, D. A., Cardinali, D. P., Pérez-Chada, D., Vigo, D. E. (2023). Multivariate analysis of the impact of sleep and working hours on medical errors: A MICE approach. *BMC Public Health*, 23(1), 2317. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17130-4>.

- Nieva, V. F., Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), ii17-23. Erişim adresi: https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.
- Perez, B., Knych, S. A., Weaver, S. J., Liberman, A., Abel, E. M., Oetjen, D., Wan, T. T. (2014). Understanding the barriers to physician error reporting and disclosure: A systemic approach to a systemic problem. *Journal of Patient Safety*, 10(1), 45-51. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31829e4b68>.
- Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., Lewalle, P. (2009). Towards an international classification for patient safety: Key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 18-26. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/>.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 156-165. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>.
- Tawfik, D. S., Profit, J., Morgenthaler, T. I., Satele, D. V., Sinsky, C. A., Dyrbye, L. N., Tutty, M. A., West, C. P., Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(11), 1571-1580. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.05.014>.
- Varjavand, N., Bachegowda, L. S., Gracely, E., Novack, D. H. (2012). Changes in intern attitudes toward medical error and disclosure. *Medical Education*, 46(7), 668-677. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04269.x>.
- Vaziri, S., Fakouri, F., Mirzaei, M., Afsharian, M., Azizi, M., Arab-Zozani, M. (2019). Prevalence of medical errors in Iran: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 19(622), 1-11. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4464-8>.
- Walsh, E. K., Hansen, C. R., Sahm, L. J., Kearney, P. M., Doherty, E., Bradley, C. P. (2017). Economic impact of medication error: A systematic review. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 26, 481-497. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1002/pds.4188>.
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 369-74. Erişim adresi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>.

- World Health Organization (WHO). (2021). Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>.

SAĞLIK TURİZMİ KONULU LİSANSÜSTÜ TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

Serenay ÖZTÜRK¹

Beyza Sultan TAŞ²

Dilan KAPLAN³

Sena KESKİN⁴

Eslem Nur ÇORUK⁵

Emel GÜVEN⁶

Tamer EREN^{7*}

Geliş Tarihi:23.03.2024

Kabul Tarihi:22.08.2024

ÖZ

Bu çalışma sağlık turizmi teması üzerine Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi veri tabanından yıl kısıtlaması yapılmadan ‘sağlık turizmi’ anahtar kelimesi ile tarama yapılmıştır. Tarama sonucunda 220 adet lisansüstü teze ulaşılmış olup, ‘tez türü ve yılı, hazırlandığı üniversite ve üniversitelerin türü, tezlerin konuları, hazırlandığı enstitü ve ana bilim dalı, tezlerin araştırma yöntemi’ değişkenlerine göre raporlanmıştır. Araştırmada, bazı önemli bulgular tespit edilmiştir. Lisansüstü tezler, yıl dağılımına göre incelendiğinde 2023 yılında daha fazla çalışmanın yapıldığı görülmüştür.

¹ Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği, 71450, Kırıkkale, e-mail: serenayozturk92@gmail.com ORCID NO: 0009-0000-2400-7176

² Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği, 71450, Kırıkkale, e-mail: beyzasultantas19@gmail.com ORCID NO: 0009-0003-9596-7459

³ Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği, 71450, Kırıkkale, e-mail: dilankaplan163@gmail.com ORCID NO: 0009-0000-6673-0290

⁴ Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği, 71450, Kırıkkale, e-mail: sena25keskin@gmail.com ORCID NO: 0009-0007-0533-7031

⁵ Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği, 71450, Kırıkkale, e-mail: eslemnurcoruk5@gmail.com ORCID NO: 0009-0008-7172-5996

⁶ Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği, 71450, Kırıkkale, e-mail: emel-gvn@hotmail.com, ORCID NO: 0000-0001-6106-9720

⁷ Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği, 71450, Kırıkkale, e-mail: tamereren@gmail.com, ORCID NO: 0000-0001-5282-3138

* Sorumlu Yazar

Üniversite türüne göre değerlendirildiğinde en fazla devlet üniversiteleri çalışma yapmış olup bu üniversitelerin de başında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi gelmektedir. En fazla işlenen konu sağlık turizmi olup bunların çoğu yüksek lisans tezi ve nicel türde yazılmıştır. Sağlık turizmiyle alakalı en fazla tez sosyal bilimler enstitüsüne bağlı, ana bilim dalı açısından ise sağlık yönetimi anabilim dalı ilk sırada yer almaktadır. Bu çalışmayla lisansüstü tezlerin evrimsel sürecini belirlemeye yönelik bibliyometrik analizi yapılmış olup analiz sonuçları ile gelecekte konuya ilişkin çalışma yapmak isteyen araştırmacılara konu hakkında önemli ve boş alanları içeren çalışma konuları sunmak amaçlanmıştır. Böylelikle özellikle lisansüstü tez yazımlarında sağlık turizmi konusunda gerçekleştirilecek çalışmaları konu belirlenmesi noktasında desteklemek hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Bibliyometrik Analiz, Lisansüstü Tezler

BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF GRADUATE THESES ON HEALTH TOURISM

ABSTRACT

This study was conducted on the theme of health tourism by scanning the National Thesis Center of the Council of Higher Education database with the keyword 'health tourism' without any year restriction. As a result of the scanning, 220 postgraduate theses were reached and reported according to the variables of 'thesis type and year, university and type of universities where it was prepared, subjects of theses, institute and department where it was prepared, research method of theses'. Some important findings of the research are as follows. When postgraduate theses were examined according to year distribution, it was seen that more studies were conducted in 2023. When evaluated according to university type, state universities conducted the most studies and Sivas Cumhuriyet University came first among these universities. The most studied subject was health tourism and most of them were written as master's theses and quantitative theses. The most theses related to health tourism were affiliated with the social sciences institute and in terms of department, the health management department came first. In this study, a bibliometric analysis was conducted to determine the evolutionary process of postgraduate theses, and the aim was to provide important and vacant study topics for researchers who want to conduct future studies on the subject with the analysis results. Thus, it was aimed to support studies to be carried out on health tourism, especially in postgraduate theses, in terms of determining the topic.

Keywords: Health Tourism, Bibliometric Analysis, Postgraduate Theses

1. GİRİŞ

Uluslararası Turizm Bilimsel Uzmanları Derneği (AIEST- Association Internationale D'Experts Scientifiques Du Tourisme) turizmi, “yabancıların yolculuk için geçici veya devamlı birincil kazanç elde etme faaliyeti için yerleşige dönüşmemek şartıyla, konaklamalarından dolayı oluşan olayların ve ilişkilerin tümüdür” şeklinde tanımlamaktadır (Getz, D., 2008). İnsanları turistik amaçlı seyahat etmeye yönelten sebeplerden biri de sağlıktır. Sağlığını uzun süre koruyabilmek ya da kaybolan sağlığını tekrar kazanmak için gerçekleştirilir (Öztürk, Y. ve Yazıcıoğlu, İ.,2002). Kendi içinde spor, kültür, eğitim, din, tarih, eğlence vb. amaçlar ile sınıflara ayrılan turizmin bir türü de sağlık turizmidir. Sağlık turizmi, sağlıklı ve dinç kalmak, sağlığını geliştirip korumak veya sağlık sorununa çözüm bulabilmek için gösterilen tüm çabalar olarak tanımlanabilir (Özsarı, S.H., ve Karatana, Ö., 2013). Sağlık turizminin temelinde insan bulunmakla beraber sağlık turizmi; doğal kaynakları sayesinde üretimi ve istihdamı da arttıran bir sektördür. Sağlık turizmi medikal sağlık turizmi, yaşlı turizmi, engelli turizmi, medikal (tıbbi) turizm, termal (kaplıca) sağlık turizmi olmak üzere kendi içinde çeşitlendirilir. Sağlık turizmi dünya genelinde önemini giderek artıran bir sektördür. Uzman sağlık hizmetlerinin, gelişmiş ve gelişmeye devam eden tıp teknolojisiyle beraber uluslararası alanda erişilebilir hale gelmesiyle birlikte insanlar sağlık hizmetleri için kendi ülkelerinin sınırlarını aşmayı tercih etmektedirler (Dabbagh, M., 2017). Sağlık turizmi, uluslararası sağlık amaçlı seyahatlerin teşviki ile sağlık kuruluşlarının büyümesine ve turizm gelirlerine önemli katkı sağlamaktadır (Tontuş, H. Ö. 2023).

Türkiye; coğrafi konumu, kültürel değerleri, tarihi eserleri ve turizm alanındaki tecrübesi ile tanınan, kaliteli hizmet veren vb. sebeplerden dolayı sağlık turizminde en çok tercih edilen ülkeler arasında yerini almaktadır (Kantar, G., ve Işık, E., 2014). Sağlık turizmi açısından birçok alanda hizmet sunmakla beraber, göz ameliyatları, organ nakilleri, diş protezleri, estetik ameliyatları, gen testleri alanında yapılan çalışmalar ve elde edilen başarılar Türkiye’yi sağlık turizmi konusunda daha iyi bir konuma getirmiştir (Açıkgöz, M., ve Yiğit, A. Ç., 2023). Ayrıca 2023 yılının Aralık ayında yayımlanan on ikinci kalkınma planında 2024-2028 yılları arasında hedeflenen daha sürdürülebilir ve kapsayıcı büyüme hedefinin gerçekleştirilebilmesi için sağlık turizmi ile ilgili 713. ve 714. maddelerine yer verilmiştir.

Sağlık turizminin ulusal ve uluslararası alanda oldukça önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Bu noktada sağlık turizmi konusunda yapılan çalışmalara karşı da bir eğilim söz konusudur. Gerçekleştirilen bu çalışmada sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin bibliyometrik analizi yapılmıştır. Çalışma kapsamında Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi (YÖKTEZ) arşivinden yararlanılmıştır. Böylelikle mevcut durumda yapılan çalışmaların durumu ortaya konularak gerçekleştirilecek çalışmalara destek sağlamak hedeflenmiştir.

2. BİBLİYOMETRİK ANALİZ

Bibliyometri, araştırma çalışmalarındaki verilerin sayısal analiz ve istatistikler yardımıyla incelenip analiz edilmesi olarak tanımlanabilir. Ayrıca bibliyometrik analiz; belli zaman aralığındaki makale sayısını değerlendirebildiği gibi, bir çalışma sonrasında yapılan diğer çalışmaları ne kadar etkilediğini de ortaya koymaktadır (Al, U., Sezen, U., ve Soydal, İ. 2019). Bibliyometrik metotlar, yayınlanan araştırmanın tanımlanması, değerlendirilmesi ve takip edilebilmesi için nicel bir yaklaşım kullanır (Öztürk, N., ve Kurutkan, M. N., 2020). Bibliyometrik analiz, araştırma yapan bireyleri, araştırma gruplarını, kurumları veya dergilerin etkilerini incelemek için kullanılan nitel ve nicel analiz yöntemlerinden biridir (Krauskopf, E., 2018). Ek olarak bibliyometrik metotlar araştırmacıların bulgularını, aynı alanda faaliyet gösteren diğer insanların ürettiği geniş bibliyografik verilere dayandırmalarına olanak sağlayarak, fikirlerini alıntı yapma, iş birliği ve yazılı ifade etme imkânı tanır (Öztürk, N., ve Kurutkan, M. N., 2020).

Bibliyometrik analiz yöntemi bilim haritalama ve performans analizi için uygulanır. Performans analizi; kurum ve bireylerin, araştırma ile yayınlarının değerlendirmesini gösterir. Bilim haritalama ise; bilim alanının yapısını ve dinamiklerini açığa çıkarmayı amaçlar. Bibliyometrik çalışmalar üç farklı yolla gerçekleştirilebilir: Yapısal analiz, dinamik analiz ve dar bir araştırma sorusuna odaklanma. Dar bir araştırma sorusuna odaklanmada araştırmacı çalışmasını belirli bir soru etrafında şekillendirebilir. Dinamik analizde yayınlar belirli zaman aralıklarına bölünür, bölünen gruplar arasında karşılaştırmalar yapılır. Yapısal analiz ise yazarlar, yayınlar ve kurumlar arasındaki ilişkilerin detaylı bir şekilde analizinde kullanılmaktadır (Öztürk, N., ve Kurutkan, M. N., 2020).

Bibliyometrik analiz alanında farklı birçok çalışma yapılmıştır. Gürbüz vd. (2018) çalışmalarında, pazarlama ve pazarlama araştırmaları konusu başlığı altında atıf analiz tekniği kullanarak, 75 makalenin bibliyometrik analizini yapmışlardır. Yılmaz (2017) çalışmasında restoranlarda bahşiş ile ilgili yayınlanan makalelerle ilgili bibliyometrik analiz yapmıştır. Çalışmada çeşitli veri tabanları üzerinden erişim sağlanan 201 makale değerlendirilmiştir. Öztürk vd. (2020) çalışmalarında kalite yöntemini bibliyometrik analiz yöntemi ile incelemişlerdir. Durmaz vd. (2023) çalışmalarında yeşil işler üzerine yapılan çalışmaları bibliyometrik analiz yöntemi ile değerlendirmişlerdir. İnceoğlu (2014) Türkiye’de sinema üzerine tamamlanmış 199 doktora tezini bibliyometrik özellikleri açısından analiz etmiştir. Ertek vd. (2021) sualtı kültür mirası araştırmaları konusu üzerine çalışılmış olan 250 makaleyi bibliyometrik analiz tekniği ile incelemiştir. Arslan vd. (2016) çalışmalarında konaklama işletmelerindeki çevre yönetimi konusunun bibliyometrik profil ve öneriler olarak analizini yapmıştır. Zencir vd. (2012) sosyal bilimler enstitü dergilerinde yayımlanan turizm makalelerini yazar, konu, araştırma yöntemi ve yazarların kurumlar gibi bibliyometrik özellikleri açısından ele almıştır. Kargiglioğlu (2021) çalışmasında sokak lezzetleri konusyla ilgili yapılan çalışmaların bibliyometrik analizini yapmıştır. Genç ve Sarı (2022) çalışmasında 1975-2020 yılları arasında e-sağlık alanında yapılan çalışmaların bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi ile araştırmacılara konuyla ilgili detaylı bilgiler sunmuşlardır. Akbulut (2020) çalışmasında 2011-2018 yılları arasında Dergipark’ta yayınlanan sağlık sektöründe maliyet alanında yapılan makalelerin bibliyometrik analizini yaparak sağlık sektöründeki çalışmaların ne kadarının maliyet alanında yapıldığını incelemiştir. Yapılan bibliyometrik analizler incelendiğinde sağlık turizmi konusunu içeren lisansüstü tezlerle ilgili yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun sebebi, sağlık turizmi konusunun son dönemlerde dikkat çekmeye başlaması olarak değerlendirilebilir. Bu konuda çalışmalar son dönemde artmıştır. Hızlı artan bu süreçte yer alan boşlukların değerlendirilmesi adına bibliyometrik analiz yapılmasının gelecek çalışmalar için destekleyici nitelikte olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı yapılan çalışmaların bibliyometrik araştırma ile incelenerek ilgili alan yazınına bu yolla katkı sağlayabilmektir.

3. YÖNTEM

Gerçekleştirilen çalışmada YÖKTEZ arşivinden yararlanılmıştır. Tez taraması 07.03.2024 tarihinde gerçekleştirilmiş olup herhangi bir yıl kısıtlaması yapılmamıştır. Çalışmada tarama terimi olarak "Sağlık Turizmi" girilmiş ve arama alanı olarak "Tez Adı" seçilmiştir. Bu doğrultuda 220 adet çalışmaya ulaşılmıştır. Ulaşılan lisansüstü tezlerde bibliyometrik analiz gerçekleştirilirken aşağıda yer alan sorulara yanıt aranmıştır.

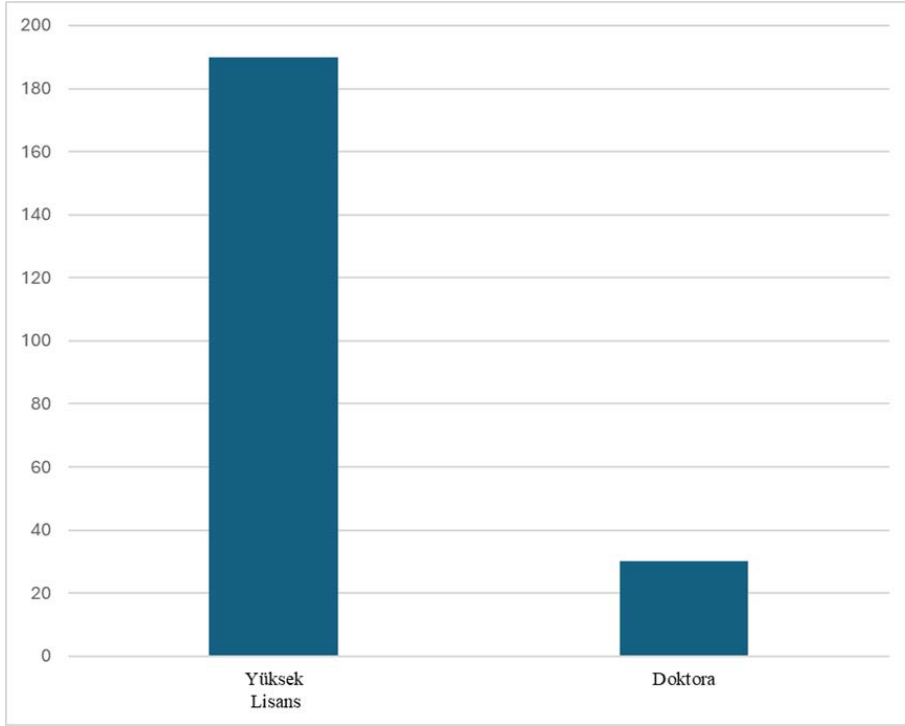
- Sağlık turizmi konusunda yazılan tezlerin türü nedir ?
- Analize tabi tutulan lisansüstü tezler hangi yıllar arasında yazılmıştır ?
- Sağlık turizmi konusunda yazılan tezler hangi üniversitelerde hazırlanmıştır ?
- Lisansüstü tezlerin gerçekleştirildiği üniversitelerin türü nedir ?
- Yazılan tezler hangi enstitüye bağlı olarak gerçekleştirilmiştir ?
- Tezin araştırılıp yazıldığı yoğunluklu ana bilim dalları hangileridir ?
- Sağlık turizmi konusunda yazılan tezlerin konu başlıkları nelerdir ?
- Lisansüstü tezler yazılırken hangi yöntem türleri kullanılmıştır ?

4. BULGULAR

Bu araştırma YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konusunda yapılan lisansüstü çalışmaları kapsamaktadır. Araştırma kapsamına dahil edilen çalışmalar tez türü, yıllar, üniversiteler ve türleri, enstitüler, ana bilim dalları, konular ve yöntem türüne göre incelenip rapor olarak sunulmuştur.

4.1. Lisansüstü Tezlerin Türüne göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin, tez türüne göre dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.

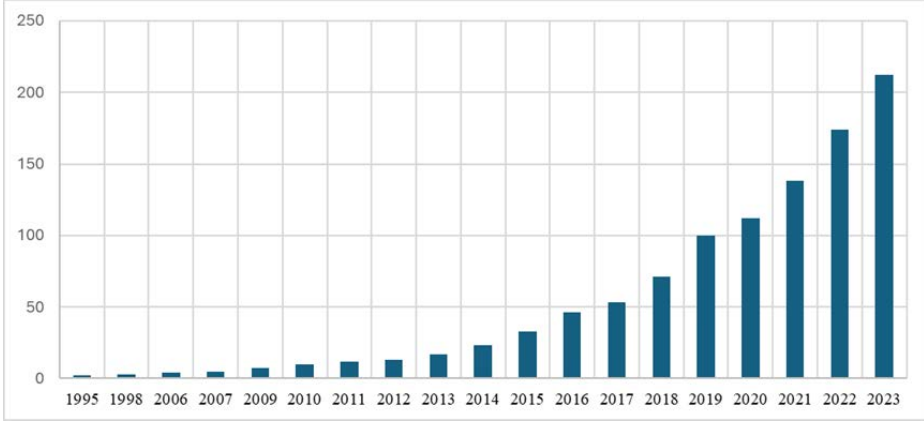


Şekil 1. Lisansüstü Tezlerin Türüne göre Dağılımı

Şekil 1’de elde edilen verilere göre, yüksek lisans tezleri toplam çalışmaların yaklaşık %70’ini, doktora tezleri ise %30’unu oluşturmaktadır. Bu sonuç, çalışmanın amacına uygun olarak, sağlık turizmi konusunda yüksek lisans düzeyinde daha fazla çalışma yapıldığını ve bu alanda yüksek lisans tezlerinin doktora tezlerine oranla daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Doktora, yüksek lisansın devamında gerçekleşen bir süreci kapsamaktadır. Dolayısı ile öğrencilerin akademik olarak devam etmemesi doktora tezlerinin düşük orana sahip olmasının nedenlerinden birisi olabilir. Ayrıca yüksek lisans mezuniyetinin iki yıl doktora mezuniyetinin ise dört yıl gibi bir süreyi kapsamamasını da doktora tezi olarak somut çıktılarının az olmasının nedenleri arasında sıralayabiliriz.

4.2. Lisansüstü Tezlerin Yıllara göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin yıllara göre dağılımı Şekil 2’de verilmiştir.



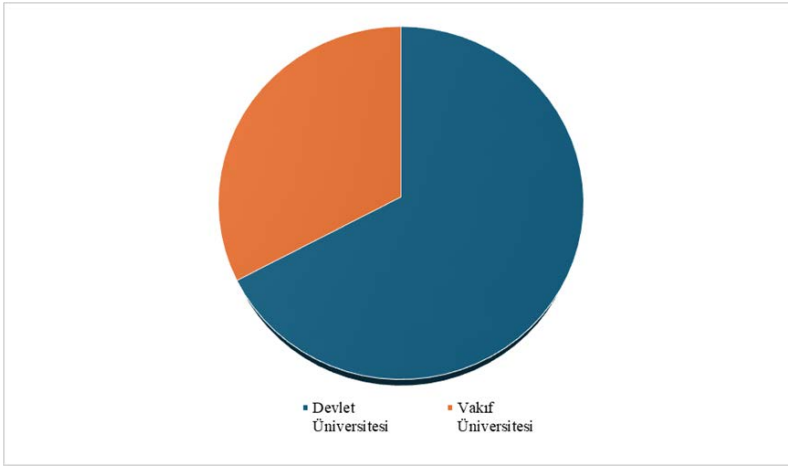
Şekil 2. Lisansüstü Tezlerin Yıllara göre Dağılımı

Şekil 2’de elde edilen veriler geniş bir zaman aralığı içermesine rağmen tezlerin %90’ı 2014 yılından sonra yazılmıştır. Tablonun geneline bakıldığında ise 1995 yılından itibaren lisansüstü tezlerin sayıları giderek artmaktadır. En çok artış 2022-2023 yıllarında yaşanmıştır. 2019 yılında yayımlanan on birinci kalkınma planında sağlık turizmine yönelik hukuki düzenlemelerin tamamlanmasının, kalite standartlarının ve denetim altyapısının güçlendirilmesinin hedeflenmesinden dolayı çalışmaların sayısının arttığı düşünülmektedir (Gülenç, S. 2023). 2021 yılında Sağlık Turizmi Stratejisi Belgesi, Türkiye’nin Sağlık Turizmi Tanıtım Platformu, Sağlık Turizmi Yatırım Teşvik Belgesi (Aydın, A., ve Bostan, A., 2021), 2022 yılında Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, Sağlık Turizmi Sigortası 2023 yılında Sağlık Turizmi Master Planı (2023-2033) Sağlık Turizmi Eğitim Programları, Fuarlar ve Eğitimleri (Doğan, B. B., ve Aslan, A. 2019) ile ilgili alınan kararlar hem ülkemize gelen sağlık turist sayısını arttırmış hem de bu alanda yapılan çalışmaların sayısında artış görülmesini sağlamıştır. Bu bulgular, çalışmanın amacına uygun olarak, sağlık turizmi konusunda son yıllarda artan ilginin ve yapılan düzenlemelerin tez çalışmalarına yansımalarını göstermektedir. Özellikle 2022-2023 yıllarında yapılan çalışmaların artışı, gelecekte bu alanda daha fazla araştırma yapılmasına olanak tanıyacak önem-

li veri ve kaynakları sağlamaktadır. Bu durum, sağlık turizmi konusunda araştırma yapacak olanlar için önemli ipuçları sunmakta ve bu alandaki boşlukların belirlenmesine yardımcı olmaktadır.

4.3. Lisansüstü Tezlerin Üniversite Türüne göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin üniversite türüne göre dağılımı Şekil 3'te verilmiştir.



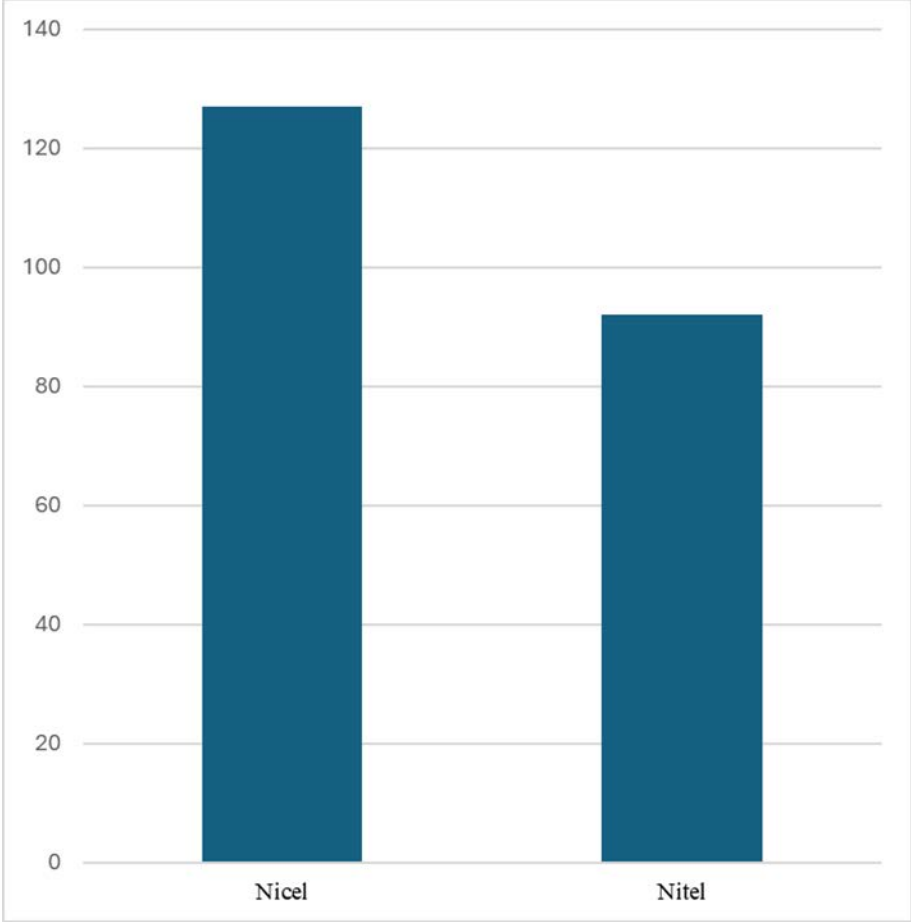
Şekil 3. Lisansüstü Tezlerin Üniversite Türüne göre Dağılımı

Yukarıda görüldüğü gibi Şekil 3'te elde edilen verilerde incelenen lisansüstü tezlerin %75'i devlet üniversiteleri tarafından yayımlanmıştır. %25'lik kısım ise vakıf üniversiteleri tarafından yazılmıştır. İkisini kıyasladığımız zaman devlet üniversitelerinde sağlık turizmi konusunda daha çok lisansüstü tez çalışması yapıldığı sonucuna varılmıştır.

Bu durum, devlet üniversitelerinin sağlık turizmi konusundaki araştırmalara daha fazla katkı sağladığını ve bu alanda daha fazla tez üretildiğini göstermektedir. Devlet üniversitelerinde sağlık turizmi ile ilgili yapılan çalışmaların sayısının yüksek olması, bu alandaki araştırma ve literatürün zenginleşmesine katkı sağlamakta ve gelecekte yapılacak araştırmalar için daha geniş bir veri tabanı sunmaktadır. Bu bulgu, araştırmacıların sağlık turizmi konusunda çalışmak istediklerinde devlet üniversitelerindeki tezlerden ve araştırmalardan daha fazla faydalanabileceğini göstermektedir.

4.4. Lisansüstü Tezlerin Yöntem Türüne göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin yöntem türüne göre dağılımı Şekil 4’te verilmiştir.



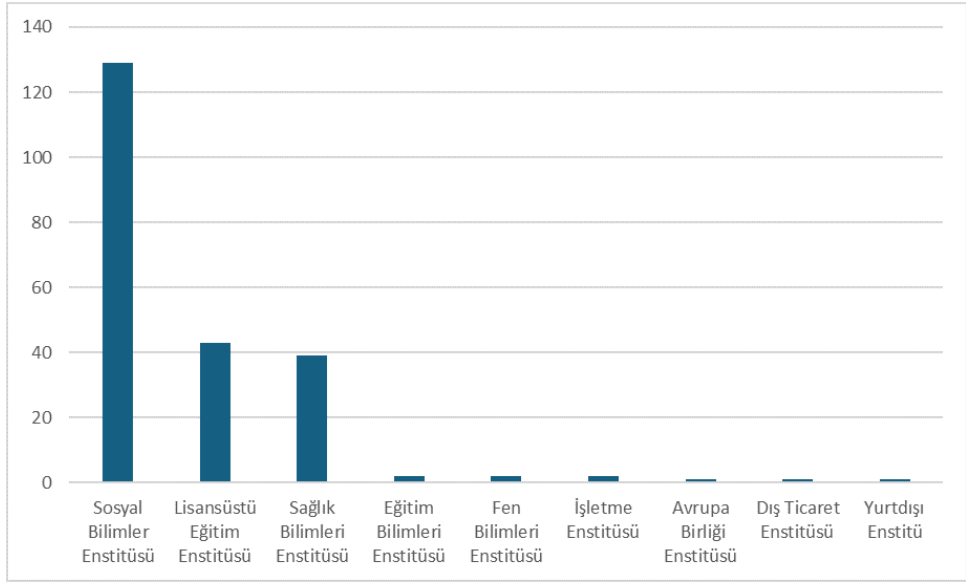
Şekil 4. Lisansüstü Tezlerin Yöntem Türüne göre Dağılımı

Şekil 4’te incelenen lisansüstü tezlerinin yöntem türlerinin, sütun grafiği bulunmaktadır. Çalışmanın toplamına baktığımız zaman %65’lik kısmı nicel çalışmalardan oluşmaktadır. Geriye kalan %35’lik kısmı ise nitel türde çalışmalardan oluşmaktadır. Lisansüstü tezlerin büyük bir çoğunluğunun kanıtlanabilir, sayısal verilere dayanan çalışmalar olduğunun sonucuna

ulaşmaktadır. 220 adet lisansüstü tez çalışmasının içerisinde 1 adet lisansüstü tez çalışmasının erişim izni olmadığı için grafiğe dahil edilememiştir.

4.5. Lisansüstü Tezlerin Enstitülerine göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin enstitülere göre dağılımı Şekil 5'te verilmiştir.

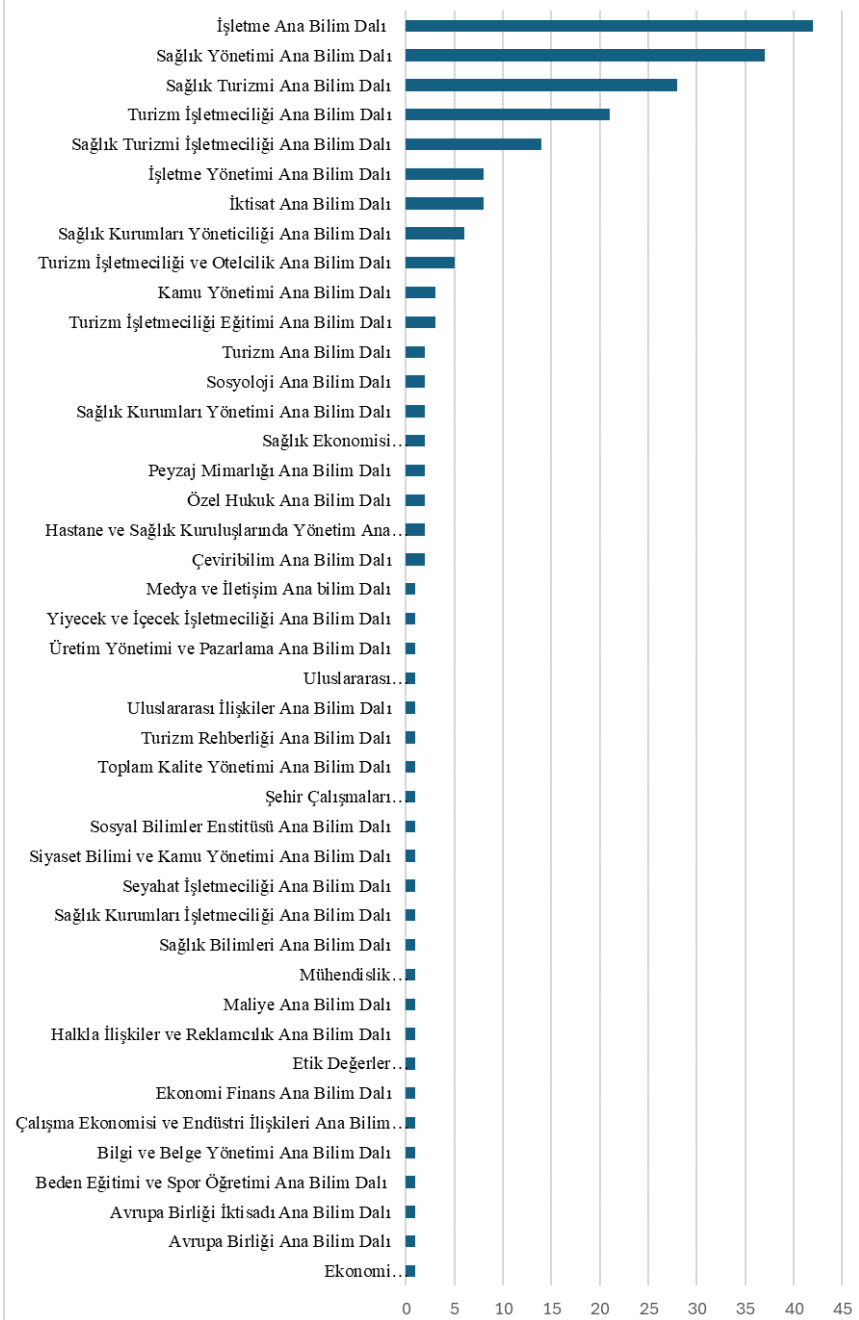


Şekil 5. Lisansüstü Tezlerin Enstitülerine göre Dağılımı

Şekil 5'te incelenen lisansüstü tezlerin hangi enstitüler tarafından yazıldığına büyük bir titizlikle ulaşılmıştır. Lisansüstü tezlerin yaklaşık %85'i Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından yazılmıştır. Bu 3 enstitü incelendiğinde en çok lisansüstü tez yazan enstitü Sosyal Bilimler Enstitüsü olmuştur. Bu durum, sağlık turizmi konusunun sosyal bilimler perspektifinden yoğun bir şekilde incelendiğini ve bu alanda sosyal bilimler enstitüsünün önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Gelecekte sağlık turizmi konusuna yönelik çalışma yapacak araştırmacılar için bu bulgu, sosyal bilimler enstitülerinde daha fazla kaynak ve örnek bulabileceklerini ve bu enstitülerin sağlık turizmi alanındaki araştırmalar için önemli bir merkez olduğunu göstermektedir.

4.6. Lisansüstü Tezlerin Ana Bilim Dallarına göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin ana bilim dalına göre dağılımı Şekil 6'da verilmiştir.

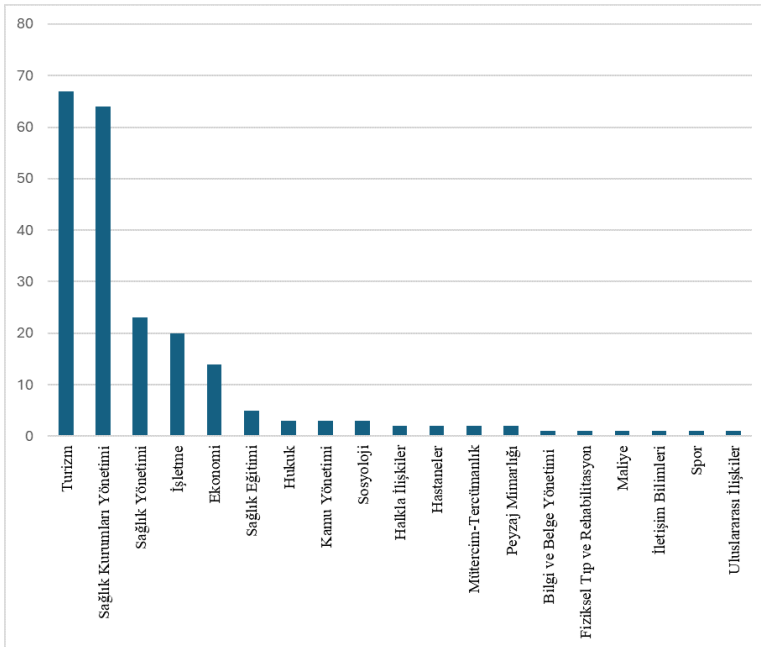


Şekil 6. Lisansüstü Tezlerin Anabilim Dallarına göre Dağılımı

Şekil 6'da elde edilen verilerde, sağlık turizmi konusundaki tezlerin büyük bir kısmının işletme ana bilim dalında yapıldığı görülmektedir. Sağlık yönetimi ana bilim dalı, sağlık turizmi ana bilim dalı, turizm işletmeciliği ana bilim dalı ve sağlık turizm işletmeciliği ana bilim dalları da bu alanda öne çıkan diğer dallardır. Bu durum, araştırmacılara, sağlık turizmi alanındaki çalışmalarda multidisipliner bir yaklaşımın benimsendiğini ve bu alanın çeşitli akademik disiplinler tarafından ele alındığını göstermektedir. Bu, sağlık turizmi konusunda çalışma yapacak araştırmacılar için farklı bakış açıları ve metodolojiler sunarak, konuya daha geniş bir perspektiften yaklaşma imkânı sağlamaktadır. Ayrıca, bu farklı ana bilim dallarında yapılan çalışmalar, sağlık turizmi alanındaki literatürün zenginliğini ve çeşitliliğini ortaya koymakta, böylece araştırmacılara yeni ve boş alanları belirleme konusunda önemli bilgiler sunmaktadır.

4.7. Lisansüstü Tezlerin Konularına göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin konularına göre dağılımı Şekil 7'de verilmiştir.



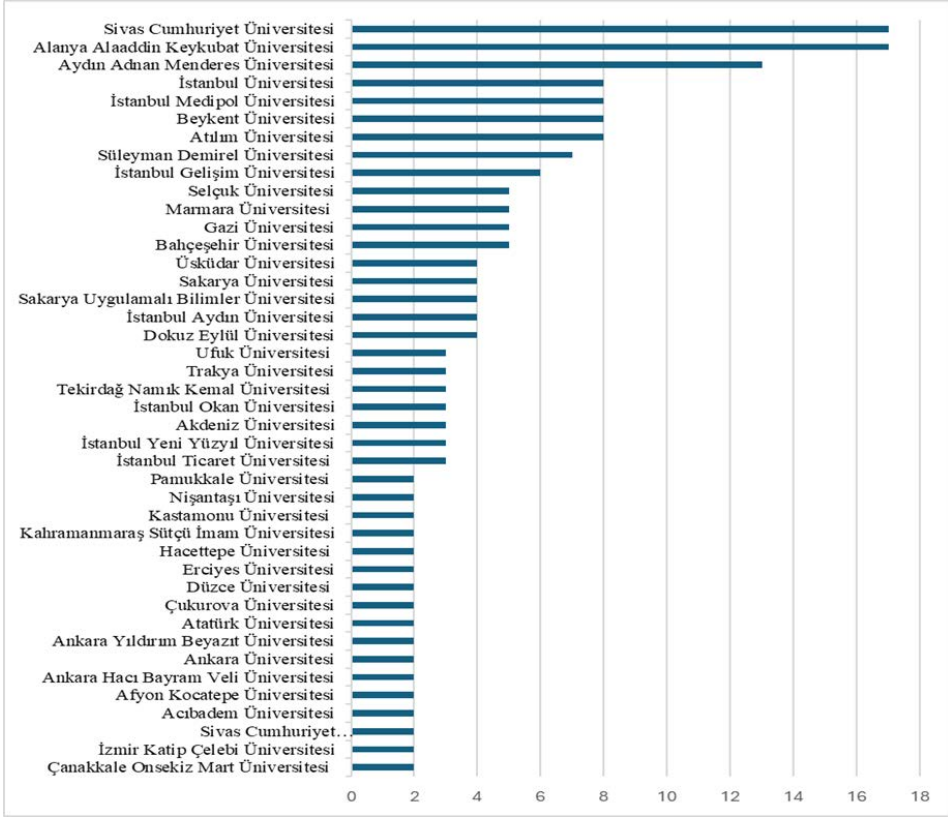
Şekil 7. Lisansüstü Tezlerin Konularına göre Dağılımı

Şekil 7’de YÖKTEZ verilerinden incelenen lisansüstü tezler sonucunda toplam çalışmaların %75’inin Turizm ve Sağlık Kurumları Yönetimi konuları başlığı altında yazıldığı sonucuna ulaşılmıştır. İsminden de anlaşıldığı üzere sağlık turizmi ile ilgili en çok lisansüstü tez yazılan iki konu, sağlık ve turizm olmuştur. Bunlardan sonra yaklaşık 25 adet lisansüstü tez ile en çok yazılan konu Sağlık Yönetimi olmuştur. Sağlık turizmi üzerine özellikle "Turizm ve Sağlık Kurumları Yönetimi" başlığı altındaki yoğun çalışmalar, sağlık ve turizm yönetiminin sağlık turizmi literatüründe belirgin bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, gelecekteki araştırmaların bu alanlara odaklanmasının değerli olabileceğini işaret etmektedir. Ayrıca, sağlık yönetimi gibi diğer ilgili ana başlıklar, araştırmacılara sağlık turizmi konusundaki bilgi boşluklarını doldurabilecekleri yeni fırsatlar sunabilir.

4.8. Lisansüstü Tezlerin Üniversitelere göre Dağılımı

YÖKTEZ arşivinde yer alan sağlık turizmi konulu lisansüstü tezlerin üniversitelere göre dağılımı Şekil 8’de verilmiştir.

Şekil 8’de elde edilen verilere göre Sivas Cumhuriyet Üniversitesi ve Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi aynı sayıda lisansüstü tez yazmıştır. İki üniversitenin çalışmaları toplam çalışmaların yaklaşık %65’ini oluşturmaktadır. Tabloya bakıldığında bu iki üniversiteden sonra en çok lisansüstü tez yazan üniversite Aydın Adnan Menderes Üniversitesi olmuştur. Ayrıca Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Adnan Menderes Üniversitesi, Antalya Bilim Üniversitesi, Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gaziantep Üniversitesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Iğdır Üniversitesi, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Kapadokya Üniversitesi, Karabük Üniversitesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Kırgızistan-Türkiye Manas Üniversitesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Maltepe Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Munzur Üniversitesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Üniversitesi, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Okan Üniversitesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Yaşar Üniversitesi, Yeni Yüzyıl Üniversitesi 1 adet çalışma yaptığı için grafiğe eklenmemiştir.



Şekil 8. Lisansüstü Tezlerin Yöntem Türüne göre Dağılımı

Türkiye’de, sağlık turizminde en çok yükseliş 2022-2023 yıllarında yaşanmış olup on ikinci kalkınma planında sağlık adına birçok alanda farklı çalışmalar yapılması hedeflenmiştir. On ikinci kalkınma planında sağlık turizmine önemli bir yer verilmiş olup, bu plan Türkiye’nin mevcutta olan altyapısını güçlendirmeyi ve uluslararası alanda rekabet düzeyini ve potansiyelini arttırmayı hedeflemiştir. Sağlık turizmi ve bibliyometrik analiz alanında farklı çalışma ve yöntemlere de rastlanmıştır. Zhong vd. (2023), çalışmasında sağlık turizmi gelişiminin evrimini sistematik olarak analiz etmek, sağlık turizmi araştırmalarının ilgili temalarını ve bölümlerini belirlemek ve Çin örneğini kullanarak dünya çapındaki akademik araştırmacılar ve turizm uygulayıcılarına gelecekteki araştırma yönleri için pratik çıkarımlar sunmak amacı ile son 40 yıldaki Çin’deki sağlık turizm temalı araştırmaların bibliyometrik analiz kullanarak çalışmaların teması, bölümleri ve evrimini analiz etmiştir. Dabbagh (2017), çalışmasında Web of Science veri tabanlarından sağlık turizmi alanı ile ilgili dergi makalelerinin bibliyometrik analizini yaparak sağlık turizminin dünya genelindeki durumu ve gelecekteki yönlerini ele almıştır. Sonel vd. (2019), Türkiye’de sağlık turizmi için geçmiş istatistikleri dikkate alarak en çok tercih edilen klinik çeşidine göre en fazla ve en az tercih edilen iki şehir arasında seçim ve analiz yapılmıştır. Bu seçim ve analiz için analitik hiyerarşi prosesi, analitik ağ süreci ve DEMATEL yöntemleri kullanılmıştır. Bu yöntemler ile ana kriterlerin ağırlıklarına, ana ve alt kriterler arası ilişkilere ve kriterlerin önem derecelerine ulaşılmıştır. Bulut ve Şengül (2019), dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmini kavramsal açıdan inceleyip konuyla ilgili çeşitli yayınlar, kitaplar ve web sitelerinde “sağlık turizmi, medikal turizm, dünyada sağlık turizmi” anahtar kelimelerinden yararlanılarak inceleme yapmışlardır. Bu araştırmada ise sağlık turizmi teması üzerine YÖKTEZ veri tabanından yararlanılarak yıl kısıtlaması yapılmadan yayınlanan 220 adet lisansüstü tez incelenip bibliyometrik analizi yapılmıştır. 2024 yılına kadar yayınlanmış ve yalnızca "sağlık turizmi" anahtar kelimesiyle indekslenmiş yüksek lisans tezleri değerlendirilmiştir. Bu durum, araştırma konusunu sınırlandırdığı için bazı eksikliklere yol açabilir. Gelecekteki çalışmalarda farklı anahtar kelimeler (örneğin, "medikal turizm", "tıbbi seyahat", "termal turizm", "ileri yaş" ve "engelli turizmi" vb.) kullanılarak daha kapsamlı bir bibliyometrik analiz yapılması önerilir. Yapılan çalışmalar; yılları, türü, konusu, enstitüsü, ana bilim dalı, üniversiteleri ve türleri açısından detaylı bir incelemeye tabi

tutulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre; en yaygın yazım türü yüksek lisans tezleri ve nicel tür tercih edilerek yazılmıştır. Çalışmalar yoğunlukla devlet üniversiteleri tarafından yapılmış olup bu üniversitelerde yapılan çalışmaların sayıca yüksek çıkmasının, üniversitenin olduğu illerin (Antalya, İstanbul, Aydın) sağlık turizmi alanında gelişmiş, çekim merkezi olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Lisansüstü tezler 1995 yılından sonra yazılmaya başlanmış, en çok artış 2022-2023 yıllarında yaşanmıştır. Bunun sebebi araştırıldığında devlet tarafından desteklenen programlar, teşvik için yayınlanan belgeler, sağlık turizmi alanına yatırımların artması ve on ikinci kalkınma planında sağlık turizmüne verilen önemin etkili olduğu söylenebilir. Yoğunluklu olarak sosyal bilimler enstitüsü ve sağlık yönetimi ana bilim dalında çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Turizm disiplininin, sosyal bilimler altında inceleniyor olması bu bulgunun gerekçesini oluşturabilmektedir. Devlet üniversitelerine kıyasla daha az çalışma gerçekleştiren vakıf üniversitelerine teşvik artırılabilir, doktora programlarındaki yazarlar daha çok sağlık turizmini ele alabilir, sosyal bilimler enstitüsüyle beraber diğer enstitülerde de çalışma yoğunluğu artırılabilir. Sağlık turizminin önemi ve getirisi değerlendirildiğinde konuya ilişkin yapılacak çalışmaları değerlendirmek ve yön vermek de oldukça önemli olmaktadır. Bu çalışma gelecekte yapılacak çalışmalara yön göstermek ve yapılan çalışmaları değerlendirmek amacıyla 7 Mart 2024 tarihine kadar yazılan lisansüstü tezler üzerinden yapılmıştır. Çalışmada kullanılan parametreler ve analize sadece lisansüstü tezlerin konu edilmesi, bu araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilebilir. Gelecek çalışmalar, sağlık turizmi konusunda bibliyometrik analiz yaparken, farklı parametreler kullanarak, diğer önemli bulgulara ulaşabilir. Analizde çıkan sonuçlar neticesinde alan yazınında konuya ilişkin çalışmaların, lisansüstü tez sayısının ve analiz kısmının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Bu yetersiz görülen alanlarda çalışma yapılmasının konunun geliştirilmesi yönünden önemli olacağı ve zenginleşmesine katkı sağlayarak gelecekte yapılacak araştırmalar için daha geniş bir veri tabanı sunacağı düşünülmektedir. Bu bulgu, araştırmacıların sağlık turizmi konusunda çalışmak istediklerinde devlet üniversitelerindeki tezlerden ve araştırmalardan daha fazla faydalanabileceğini göstermektedir. **Çıkar Çatışması** : Makalede hiçbir suç unsuruna veya kanuna aykırı ifadeye yer verilmemiş, araştırma yapılırken araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, M., ve Yiğit, A., Ç., (2023). Sağlık turizminde öncü ve çağdaş çalışmalar. İzmir: Duvar Yayınları.
- Akbulut, F. (2020). Türkiye’de sağlık alanında maliyet üzerine yapılan araştırmaların bibliyometrik analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(28).
- Al, U., Sezen, U., Soydal, İ. (2019). Türkiye'nin bilimsel yayınlarının sosyal ağ analizi yöntemiyle değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Proje Raporları No: 110K044, Ankara.
- Arslan, E. ve Emeksiz, M. (2016). Konaklamada çevre yönetimi konusunun bibliyometrik profili ve gelecek çalışmalar için öneriler. *Disiplinlerarası Akademik Turizm Dergisi*, 1 (1), 1-12.
- Aydın, A., Bostan, A. (2021). Bölgesel kalkınma ajanslarının sağlık turizmin gelişimindeki etkisi: Türkiye örneği. *Journal of Travel and Tourism Research*, (16), 21-46.
- Bulut, A., Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmi. *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(1),45-62.
- Dabbagh, M. (2023). “Healthcare tourism”. International Hellenic University, Thessaloniki, Greece.
- Doğan, B. B., Aslan, A. (2019). Türkiye’de sağlık turizminin mevcut durumu ve ülke ekonomisine katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(18), 390-418.
- Durmaz, Ş., Çivilidağ, A., Işık, M. (2023). Yeşil işler üzerine yapılan çalışmaların bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(1), 688-713.
- Ertek, Ş., Şahin, M. T. (2021). Sualtı kültür mirası araştırmaları hakkında bibliyometrik bir analiz. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (11), 77-92.
- Genç, G., Sarı, M. (2022). E-Sağlık alanındaki bilimsel yayınların bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1).
- Getz, D. (2008). Event tourism: Definition, evolution, and research. *Tourism Management*, 29(3), 403-28.
- Gülenç, S. (2023). Sağlık turizminin tarihsel gelişim süreci (1923-2023). *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 34 (3), 176-188.
- Gürbüz, C., Bozkurt, Ö. Ç. (2016). Pazarlama ve pazarlama araştırmaları dergisinin bibliyometrik analizi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 1-23.

- İnceoğlu, Ç. (2014). Türkiye’de sinemayı konu alan doktora tezleri üzerine bibliyometrik bir çözümleme. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (21), 31-50.
- Kantar, G., Işık, E. (2014). Türkiye’de sağlık turizmi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(1), 15-20.
- Kargılioğlu, Ş. (2021). Sokak lezzetleri konusuyla ilgili yapılan çalışmaların bibliyometrik analizi. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 1857-1873.
- Krauskopf, E. (2018). A bibliometric analysis of the journal of infection and public health: 2008–2016. *Journal of infection and public health*, 11(2), 224-229.
- Özsarı, S. H., Karatana, Ö. (2013). Sağlık turizmi açısından Türkiye'nin durumu. *Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim ve Arastırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2).
- Öztürk, N., Kurutkan, M. N. (2020). Kalite yönetiminin bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 1(1), 1-13.
- Öztürk, Y. ve Yazıcıoğlu, İ. (2002). Gelişmekte olan ülkeler için alternatif turizm uygulamaları üzerine teorik bir çalışma. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (10), 183-195.
- Sonel, E., Gür, Ş., Eren, T. (2019). Çok ölçütlü karar verme ile sağlık turizminde şehir seçimi ve analizi. *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 27-39.
- Yılmaz, G. (2017). Restoranlarda bahşiş ile ilgili yayınlanan makalelerin bibliyometrik analizi. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 14(2), 65-79.
- Zencir, E., Kozak, N. (2012). Sosyal bilimler enstitü dergilerinde yayımlanan turizm makalelerinin bibliyometrik profili (2000-2010). VI. Lisansüstü Turizm Öğrencileri Araştırma Kongresi, 12(15), 673-682.
- Tontuş, H. Ö. (2023). Sağlık turizmi nedir ? Ankara: Satürk Yayınları.
- Zhong, L., Sun, S., Law, R., Li, X. and Deng, B. (2023). Health tourism in China: A 40-year bibliometric analysis. *Tourism Review*, Vol. 78 No. 1, pp. 203-217.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne (SABİM) Yapılan Başvuruların Retrospektif Analizi: Tek Merkez Deneyimi

İsmet Serhat KAHYA¹

Abdullah KESKİN²

Tarkan ÖZDEMİR³

Ebru GÜR⁴

Geliş Tarihi: 16.04.2024

Kabul Tarihi: 29.08.2024

ÖZ

Günümüzde teknolojinin katkılarıyla, sağlık sektörü her geçen gün değişim ve gelişim göstermektedir. Değişim, insanların sağlık sektöründe dolaylı yoldan söz sahibi olmasına ve hasta hakları konusunda bilinçlenmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle hasta şikâyet öneri talep sistemi uygulamaya geçirilerek; hastanın deneyim, beklenti ve ihtiyaçları ile ilgili kurumlara bilgi edinebilme fırsatı sunulmuştur. Türkiye'de bu kapsamda 2004 yılında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) faaliyete girmiştir. Bu çalışmada, 2016-2019 yılları arasında, Ankara'da hizmet veren ve onkoloji alanında referans nitelikte olan A1-dal statüsünde bir onkoloji hastanesine ait SABİM başvuruları analiz edilmiş ve sağlık kurumu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin değişim ve gelişimine olan katkısı incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: SABİM, SABİM Başvurusu, Şikâyet Yönetimi, Hasta Hakları, Hasta Memnuniyeti

1 Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye. e-mail: ismetkahya@gmail.com. Orcid: 0000-0002-9135-9558

2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye. e-mail: ab.keskin55@gmail.com. Orcid: 0000-0001-8359-9140

3 Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları, Ankara, Türkiye. e-mail: tarkan.ozdemir@saglik.gov.tr. Orcid: 0000-0002-9344-7586

4 Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye. e-mail: ebrugur1@outlook.com. Orcid: 0000-0003-4791-3598

Retrospective Analysis of Applications to the Call Centre of the Ministry of Health (SABIM): Single Centre Experience

ABSTRACT

In the contemporary era, propelled by technological advancements, the healthcare sector is witnessing continuous transformation and development. This ongoing change has not only facilitated indirect public engagement in healthcare but has also heightened awareness regarding patient rights. Consequently, a system for managing patient complaints, suggestions, and requests has been instituted, enabling healthcare institutions to obtain valuable insights into patients' experiences, expectations, and needs. In Turkey, the Ministry of Health Communication Center (SABIM) was established in 2004 as part of this initiative. This study provides a retrospective analysis of the SABIM applications directed to an oncology hospital in Ankara, which holds A1-branch status as a reference center in oncology, during the period from 2016 to 2019. The study further explores the impact of these applications on the enhancement and evolution of the healthcare services provided by the institution.

Key Words: SABIM, SABIM Application , Complaint Management , Patient Rights , Patient Satisfaction

1. GİRİŞ

İnsanlık, çağlar boyunca birçok gelişmeye imza atmıştır. Bunların başında ise insanın hayat kalitesini arttırmak için çaba gösteren sağlık sektörü gelmektedir. Son dönemlerde sağlık sektörünün gelişmesi ve değişmesinin neticesi olarak sağlık hizmetine olan talebin çoğalmasıyla birlikte insanların bu hizmeti, kolay, yeterli ve kaliteli almaya yönelik beklentileri de artmıştır. Kurumlar da daha iyi ve kapsamlı bir hizmet sunmak için çalışmalar yapmakta ve hastaların ihtiyaçları doğrultusunda uygun sistemler kurgulamaktadır. Bu nedenle hasta haklarının sağlık hizmetinde önemli bir rol oynaması kaçınılmaz olmuştur (Yalçınkaya, D., 2023, Durmuş, A., 2021, Durmuş, A., 2017).

Memnuniyetsizlik yaşayan hasta ve hasta yakınlarının %96'sı herhangi bir başvuruda bulunmadan direkt olarak hastaneyi terk etme kararı almaktadır (Alabay, M. N., 2012). Ancak hasta ve hasta yakınlarından gelen olumlu/olumsuz geri bildirimleri bilmek ve etkili bir hasta şikâyet yönetimi %100 hasta memnuniyetini hedefleyen sağlık kuruluşları için bir zorunluluktur. Özellikle büyük kapasiteli hastanelerde hastane yönetimleri bazı ayrıntıları göremeyebilir ancak etkili, kolay, ulaşılabilir şikâyet yönetimi sayesinde hastanelerinde yaşananları fark edebilir ve aksayan yönleri tespit edebilirler (Öztaş, B. E., 2019). Sağlık yönetimleri proaktif bir şikâyet yönetim sistemi geliştirmelidir (Hoşgör, H. ve Cengiz, E., 2020). Hasta hakları konusundaki bilinci arttırmak ve uygulamadaki birlikteliği sağlamak için 2003 yılında "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" yayımlanmıştır. (Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge, 2003) Yönerge, hastaların ve hasta yakınlarının hangi haklara sahip olduğu ile ilgilidir. Yönergenin amacı ise, hastaların ve yakınlarının bir sorun yaşadıklarında yararlanabilecekleri kaynaklar hakkında bilgi ve farkındalıklarını arttırmaktır (Toprak, D. K., ve Şahin, B., 2012). Ayrıca yönergede, bireylerin aldıkları hizmette herhangi bir haksızlığa uğramaları durumunda, hukuki anlamda yaptırım ve cezalar konusunda da esaslar bulunmaktadır. Başvuru için bireyler çeşitli yollarla (telefon, e-posta, internet, vb.) hasta hakları birimine, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)'ne, Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER)'ne ve Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS)'ne müracaat ederek sorunlarının çözülmesini talep edebilmektedir. Böylece aciliyet gerektiren sorunlar hızlıca çözülerek müracaat edenin

memnuniyetinin sağlanması amaçlanmaktadır. Sağlık alanındaki kamu kurumlarının bu tarz durumlar ile ilgilenen şikâyet platformu da SABİM'dir.

SABİM, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM)'ne bağlı olarak Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı bünyesinde 2004 yılında hizmete başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'ndaki bütün birimlerde verilen hizmetlerin belirli bir kalitede tutulması, yaşanılacak herhangi bir olumsuz durumun olabilecek en kısa zamanda çözülmesi ve sağlık hizmeti sunma konusunda kalitenin artırılması amaçlanmaktadır. SABİM'e ulaşmanın 3 yolu bulunmaktadır. Bireyler mesai saatleri içerisinde SABİM'in merkez binasına giderek şikâyet ve taleplerini yüz yüze bildirebilmektedir. Başvuru için bir diğer müracaat biçimi ise dijital ortamda e-posta yolu ile yapılabilmektedir. Ayrıca SABİM web sitesinden canlı destek uygulaması ile güncel bir şekilde çevrimiçi olarak hizmet sağlanmaktadır. SABİM'e ulaşmanın en son ve en bilinen yolu ise 184 numaralı hattan yapılan telefon aramalarıdır. Bu yöntem de tıpkı ikinci yöntem gibi, mesai saatlerinin dışında da kullanılabilir. 24 saat boyunca personeller aramalara kısa sürede dönüş sağlamak ve başvuruları sisteme dahil etmektedirler (Asri, İ., vd, 2011). SABİM, gelen başvuruları; kimlik verileri, iletişim verileri ve sağlık verileri olmak üzere ayırarak, büyük bir veri havuzu oluşmasına yardımcı olmaktadır. Oluşturulan bu havuz hem sağlık sisteminin sorunsuz işlemesine hem de hizmetten faydalananların başvurularının çözümlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Bu çalışmalar hasta memnuniyetinde olumlu bir etki yaratmayı amaçlamaktadır. Müracaat eden bireyler herhangi bir sağlık hizmeti almadan önce, birtakım beklentilere sahiptirler. Bu beklentiler genel olarak tetkik, tedavi ve randevu süreçleri, hizmet aldıkları kurumun temizliği, hekimlerin ve hasta bakıcıların davranışları ve yine aynı personellerin mesleki yeterlilikler gibi faktörler ile ilgilidir. Bu faktörleri, hizmet aldıktan sonra beklentileri ile karşılaştırarak, memnuniyet durumlarına karar vermektedirler. Kalite kavramı da, bu memnuniyet seviyesini en üst düzeyde tutmak anlamına gelmektedir (Kuzhan, H., 2009).

Sağlık sisteminde kalite kavramının önemi, sağlık bilimi geliştikçe artmakta, artık hastalar sadece iyileşmeyi değil, aynı zamanda iyileşme aşamasında konforlu olmayı da istemektedirler. Bu durum yukarıda da bahsedilen

memnuniyet kavramının denetim ve değerlendirmesini giderek daha da önemli bir hale getirmiştir (Aksaraylı, M., ve Kıdak, L. B., 2008).

Tüm modern sağlık kuruluşları için sadece hastaların iyileşmesi yeterli olmamakta, tedavi sürecinin başından sonuna kadar hastaların ve hasta yakınlarının psikolojik ve fiziksel konforlarının da en yüksek seviyede tutularak kurumdan ayrılmaları hedeflenmektedir. Modern çağda sağlık sektörünün gelişmesiyle, bireylerin seçenekleri artmıştır. Bireylerin memnuniyet seviyeleri yeterli düzeyde tutulmaz ise tedaviyi yarıda bırakabilir veya başka bir sağlık kuruluşunu tercih edebilirler. Böyle bir durum, bırakılan sağlık kuruluşu açısından başarısızlık sayılır. Bu yarış doğrultusunda hasta memnuniyeti artık modern sağlık kuruluşları için aynı zamanda bir reklam kalemidir (Taşlıyan, M., ve Gök, S., 2012). Bu yeni gelişme, sağlık hizmetleri talebi kavramını olumlu etkilemiştir. Sağlık hizmetleri talebi de başvuran hasta ve hasta yakınlarının, tedavi, bilgi, destek gibi problemleri doğrultusunda sağlık kuruluşlarından yararlanmasını içermektedir. Bu ise, başvuran bireylerin ihtiyaçlarının kapsamlı bir şekilde karşılanması amacı güdülen hareket edilmesi gerektiği anlamına gelmektedir (Sargutan, A.E., 2005).

Bu çalışmada, SABİM kanalıyla yapılan hasta ve hasta yakını başvuruları incelenerek, çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşunun sağlık yönetimi hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi süreçlerine olan katkısının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada; 2016-2019 yılları arasında onkoloji alanında referans nitelikte A1-dal statüsünde bir eğitim ve araştırma hastanesi ile ilgili SABİM hattına gelen başvurular retrospektif olarak incelenmiştir. İncelenen bu dönem boyunca toplam 698 kayıtlı başvuru elde edilmiştir. Aynı döneme ait sağlık hizmetleri verileri Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'nden (TSİM) temin edilerek, sağlık hizmetleri ile SABİM başvuru konuları eşleştirilmiştir. SABİM başvuru konuları 8 (sekiz) bölümden oluşmaktadır:

1. Hasta/hekim iletişim kazası,
2. Teşhis, tedavi hizmetlerinden memnun kalmama,
3. MHRS’den randevu alamamak/Muayene olamamak/Sıra alamamak,
4. Sağlık çalışanına şiddet,
5. Sağlık kurulu hizmetleri,
6. Tedavi talebi,
7. Fiziki şartlar
8. Medikal malzeme talebi/Cihaz arızası.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS Statistics 24.0 ve 2019 Microsoft Office Excel programları kullanılarak analiz edilmiştir. Başvuruya konu olan hastaların ve başvuruyu yapan kişilerin cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması gibi veriler için tanımlayıcı istatistikler(ortalama, standart sapma ve yüzde hesaplamaları) yapılmıştır. Cinsiyetler arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için ki-kare testi (Chi-Square Test) kullanılmıştır. Ayrıca, kadın ve erkek hastaların yaş ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Başvuru konuları ve yaş grupları arasındaki istatistiksel farklılıkları değerlendirmek için ise varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Elde edilen bulguların anlamlılık düzeylerini belirlemek için ‘p’ değerleri hesaplanmıştır.

Verilerin analizinde SPSS Statistics 24.0 ve 2019 Microsoft Office Excel programları kullanılmıştır. 2019 Microsoft Office Excel programında veriler düzenlenmiş ve SPSS Statistics 24.0 programında bu verilerin istatistiksel analizleri yapılmıştır.

3. BULGULAR

2016-2019 yıllarını kapsayan 698 veride başvuruya konu olan hastaların sayısal olarak cinsiyet dağılımı; kadın 273 (%39,1), erkek 425 (%60,9) olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Sayısal veriler incelendiğinde, hasta cinsiyetlerinin sayısal dağılımındaki baskın cinsiyet erkek olarak görülmektedir ve istatistiksel olarak da cinsiyetler kıyaslandığında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,01$). Kadın hastaların yaş ortalaması $41,92\pm 11,41$ iken,

erkek hastaların yaş ortalaması $43,88 \pm 11,27$, cinsiyet ayrımı olmaksızın tüm hastaların ise yaş ortalaması $43,12 \pm 11,36$ 'dır (Tablo 1).

Tablo 1. Başvuruya Konu Olan Hastaların Cinsiyet Dağılımı ve Yaş Ortalaması

Başvuruya Konu Olan Hastaların Cinsiyet Dağılımı	Sayı	%	Yaş ortalaması
Kadın	273	39,1	$41,92 \pm 11,41$
Erkek	425	60,9	$43,88 \pm 11,27$
Toplam	698	100,0	$43,12 \pm 11,36$

Başvuruya konu olan hastalardan farklı olarak metodolojinin kurgulamasında asıl çalışma grubunu oluşturan başvuruyu yapan kişilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında ise, 347 kadın ve 351 erkekte oluşmaktadır. Bu sayıların yüzdelik karşılığı ise kadınlarda %49,7, erkeklerde ise %50,3 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2). İstatistiksel olarak başvuruyu yapan kişilerin cinsiyetleri kıyaslanınca anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 2. Başvuruyu Yapan Kişilerin Cinsiyet Dağılımı

Başvuruyu Yapan Kişilerin Cinsiyet Dağılımı	Sayı	%
Kadın	347	49,7
Erkek	351	50,3
Toplam	698	100,0

Başvuru konularının sayısal ve yüzdesel dağılımları aşağıdaki tabloda görülmektedir (Tablo 3). Başvuru konuları incelendiğinde randevu alamamak, tedavi talebi ve teşhis-tedavi memnuniyetsizliği, diğer konular ile kıyaslandığında aralarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 3. Başvuru Konularına Göre Cinsiyet Dağılımı

Başvuru Konuları	Konu Alt Başlık (n, %)	Cinsiyet Dağılımı	Toplam (n)	%
İletişim	Hasta-Hekim (n: 20, %43.5) Hasta-Sağlık Personeli (n:16, %34.8) Diğer (n: 10, %21.7)	Kadın (18, %39.1) Erkek (28, %60.9)	46	6.6
Teşhis-Tedavi-Memnuniyetsizlik	Teşhis Süreci (n:60, %45.1) Tedavi Süreci (n:50, %37.6) İlaç Tedavisi (n: 23, %17.3)	Kadın (52, %39.1) Erkek (81, %60.9)	133	19.1
Randevu Alamamak	Uzun Bekleme Süresi (n:100, %49) İnternette Randevu Alamama (n: 54, %26.5) Telefonla Randevu Alamama (n: 50, %24.5)	Kadın (80, %39.2) Erkek (124, %60.8)	204	29.2
Sağlıkta Şiddet	Hekim (n:22, %55) Hekim dışı (n=18, %45)	Kadın (16, %40) Erkek (24, %60)	40	5.7
Sağlık Kurulu	Rapor süreci (n=15, %57.7) Randevu süreci (n:11, %42.3)	Kadın (10, %38.5) Erkek (16, %61.5)	26	3.7
Tedavi Talebi	Ek tedavi talebi (n:70, % 51.1) Tedavi süresi uzatma talebi (n:40, %29.2) Alternatif tedavi (n:27, %19.7)	Kadın (54, %39.4) Erkek (83, %60.6)	137	19.6

Fiziki Şartlar	Oda temizliği ve düzeni (n:25, %53.2) Hastane içi ulaşım ve erişim (n:12, %25.5) WC ve diğer ortak alanlar (n:10, %21.3)	Kadın (18, %38.3) Erkek (29, %61.7)	47	6.7
Medikal Malzeme, Cihaz	Medikal cihaz eksikliği (n:30, %46.2) Malzeme kalitesi (n:20, %30.8) Medikal cihaz arıza ve bakım (n: 15, %23)	Kadın (25, %38.5) Erkek (40, %61.5)	65	9.3

TSİM'den alınan 2016-2019 yılları arasındaki veriler kıyaslandığında, poliklinik oda sayısı (%36), ayaktan muayene sayısı (%32), yatan hasta sayısı (%37), evde sağlık kapsamında ziyaret edilen hasta sayısı (%213), kemoterapi sayısı (%35), asistan hekim sayısı (%50), BT çekim sayısı (%53), MR çekim sayısı (%51), doppler işlem sayısı (%29), EKO işlem sayısı (%43), odyometre işlem sayısı (%129), cyberknife tedavi seans sayısı (%48), tomoterapi tedavi seans sayısı (%49), PET çekim sayısı (%52) işlemlerinde belirgin artış olduğu tespit edilmiştir. SABİM konuları ile eşleştirildiğinde, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yeterliliği, muayene veya tetkike ulaşım ve medikal cihaz-malzemeye ulaşım konularındaki iyileşmeler ön plana çıkmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. 2016-2019 Yılları Arasında Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılması

Sağlık Hizmeti	2016	2019	Değişim (%)	Konu*
Servis Yatak Sayısı	460	509	11	2-7
Yatak Doluluk Oranı	% 48,7	% 75,3	55	2
Nitelikli Yatak Sayısı	83	106	28	7
Poliklinik Oda Sayısı	145	197	36	3-7
Ayaktan Muayene Sayısı (Acil Dahil)	89912	119049	32	3
Acil Muayene Sayısı	18867	17959	-5	3
Acil Muayene Oranı	% 21,2	% 15,1	-6	3
Yatan Hasta Sayısı	1430	1965	37	2
Yatan Hasta Oranı	% 1,6	% 1,7	0.1	2

Toplam Ameliyat Sayısı	3120	3139	0.6	2
Aylık Kemoterapi Alan Hasta Sayısı	1775	1893	7	2
Taburcu Olan Hasta Sayısı	1354	1915	41	2
Vefat Eden Hasta Sayısı	91	78	-14	2
Vefat Eden Hasta Oranı	% 6,3	% 3,9	2.4	2
Evde Sağlık Kapsamında Ziyaret Edilen Hasta Sayısı	171	536	213	2-3
Klinisyen Hekim Sayısı	212	225	6	2-3
Klinisyen Olmayan Hekim Sayısı	64	62	-3	2
Asistan Hekim Sayısı	84	126	50	2-3
Eğitim Kliniği Sayısı	14	17	21	2
Klinisyen Başına Düşen Muayene Sayısı	14.7	19.9	35	3
Hemşire-Ebe Sayısı	432	423	-2	2
BT Cihaz Sayısı	2	2	0	2-3-8
BT Çekim Sayısı	2692	4126	53	2-3-8
MR Cihaz Sayısı	2	2	0	2-3-8
MR Çekim Sayısı	4282	6479	51	2-3-8
Konvansiyonel Röntgen İşlem Sayısı	12765	18278	43	2-3-8
Doppler Cihaz Sayısı	22	29	31	2-3-8
Doppler İşlem Sayısı	6811	8805	29	2-3-8
EKO Cihaz Sayısı	3	5	67	2-3-8
EKO İşlem Sayısı	1432	2056	43	2-3-8
Mamografi Cihaz Sayısı	2	2	0	2-3-8
Mamografi İşlem Sayısı	1570	2343	49	2-3-8
EEG	1	2	100	2-3-8
EEG İşlem Sayısı	204	218	7	2-3-8
Eforlu EKG Cihaz Sayısı	1	1	0	2-3-8
Eforlu EKG İşlem Sayısı	211	209	-1	2-3-8
Ritim Holter Cihaz Sayısı	1	6	500	2-3-8
Ritim Holter İşlem Sayısı	18	41	128	2-3-8
EMG Cihaz Sayısı	1	2	100	2-3-8
EMG İşlem Sayısı	574	707	23	2-3-8
Laparoskopi Cihaz Sayısı	3	5	67	2-8
Laparoskopi İşlem Sayısı	66	72	9	2-8
Odyometre Cihaz Sayısı	2	3	50	2-3-8

Odyometre İşlem Sayısı	270	617	129	2-3-8
Kemoterapi Hazırlama Cihazı Sayısı	2	4	100	2-3-8
Hazırlanan Kemoterapi Sayısı	3929	5302	35	2-3-8
Cyberknife Cihaz Sayısı	1	1	0	2-3-8
Cyberknife Tedavi Seans Sayısı	5837	8627	48	2-3-8
Tomoterapi Cihaz Sayısı	1	1	0	2-3-8
Tomoterapi Tedavi Seans Sayısı	673	1003	49	2-3-8
PET Cihaz Sayısı	1	1	0	2-3-8
PET Çekim Sayısı	247	375	52	2-3-8

*SABİM aracılığıyla iletilen geri bildirim konuları 2=Teşhis ve tedavi hizmetlerinin yeterliliği, 3=Muayene veya tetkike ulaşım, 7=Fiziki şartların yeterliliği, 8=Medikal cihaz-malzemeye ulaşım

Sağlıkta kalite standartları çerçevesinde hastane kalite birimi tarafından düzenlenen düzeltici iyileştirici faaliyet (DİF) çalışması sonrası yapılan işlemler Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Düzeltici İyileştirici Faaliyet Sonrası Yapılan İyileştirmeler

Konu	Faaliyet
İletişim	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personel eğitimlerinin sıklığı artırıldı. 2. Alanında uzman kişiler tarafından empati, diksiyon, yeterli bilgilendirme ve yönlendirme konularında hizmet içi eğitimler düzenlendi. 3. Şikayete konu olan personeller ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirildi, çalışma şartları, beklentileri ve yeterlilikleri gözden geçirildi.
Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinin Yeterliliği	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tablo 4’ de ‘Konu’ sütununda ‘2’ ile tanımlanan sağlık hizmetleri uygulandı. 2. Teşhis ve tedavi süreçlerinde görev alan sağlık profesyonellerinin süreçlere daha etkin katılım sağlaması amacıyla eğitim programları planlandı. 3. Sertifikalı onkoloji hemşireliği eğitimi, onkoloji alanında farklı başlıklarda sempozyumlar, hasta ve hasta yakınlarına yönelik bilgilendirme toplantıları periyodik olarak düzenlendi.

Muayene ve Tetkike Ulaşım	<ol style="list-style-type: none">1. Tablo 4' de 'Konu' sütununda '3' ile tanımlanan sağlık hizmetleri uygulandı.2. Muayene sonrası kontrol randevusu hasta kayıt birimleri aracılığıyla verilmeye başlandı.3. 65 yaş üstü hastalar için ayrı bir randevu personeli görevlendirildi.
Sağlık Çalışanına Şiddet	<ol style="list-style-type: none">1. Beyaz kod uygulamasının çalışıp çalışmadığı rutin kontrollere tabi tutuldu.2. Uygulamayı başlatan personelin yasal süreci takip edildi ve öncesinde yüz yüze görüşme gerçekleştirilerek prosedür hakkında bilgilendirildi.3. Hastane içinde güvenlik noktaları yeniden kurgulandı, ilgili personellerin görev yerleri tanımlanarak sabit ve mobil olmak üzere görev yapması sağlandı.
Sağlık Kurulu Hizmetleri	<ol style="list-style-type: none">1. Randevu süresini kısaltmak için kapasite artırıldı.2. Kurulda görevli hekimleri özendirmek için ek ödemeleri artırıldı.3. Kurul sonrası rapor yazım süresi kısaltıldı.4. Bakanlığın talimatı doğrultusunda elektronik alt yapı kuruldu ve tek merkez ile entegre olan kurul raporları e-imzalı olarak çıkarılmaya başlandı.
Tedavi Talebi	<ol style="list-style-type: none">1. Tedavi talebiyle ilgili olarak ilgili hekimin görüşü doğrultusunda hasta merkezimize davet edildi ya da ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirme adına bilgilendirmeler yapıldı.2. Tedavi süresinin uzatılmasıyla ilgili talepler bölüm doktoruna iletildi.
Fiziki Şartların Yeterliliği	<ol style="list-style-type: none">1. Tablo 4' de 'Konu' sütununda '7' ile tanımlanan sağlık hizmetleri uygulandı.2. Her hastaya bir dolap planlandı.3. Refakatçi koltuğu uygun sayıda tedarik edildi, mevcut olanlarda ise tadilat yapıldı.4. Poliklinik odalarının tefrişatı yenilendi.5. Hasta karşılama için sekreterlik alanları oluşturuldu.6. Hastane içi yönlendirmeler yeniden düzenlendi.7. Dağınık olan brans poliklinikleri yan yana konumlandırıldı.8. Hasta kayıt birimlerine ve kan alma birimlerine KIOSK sistemi kuruldu.9. Tüm poliklinik alanlarında bekleme koltuğu sayısı artırıldı.10. Ayaktan kemoterapi ünitesi yeniden düzenlendi, TV ünitesi kuruldu.11. Tüm katlarda ıslak zemin tadilatı yapıldı.12. Çevre düzenlemesi yapıldı.

Medikal Cihaz ve Malzeme Ulaşımı	<ol style="list-style-type: none">1. Malzeme temini öncesinde hastane bünyesinde var olan İhtiyaç Tespit Komisyon'unun daha sık aralıklarla toplanması sağlandı.2. Kullanılan malzemelerin kalitesinin artırılması için muayene-kabul komisyonları yetkin kişilerden oluşturuldu ve tedarik zincirinde süreci kısaltmak adına düzenlemeler yapıldı.
----------------------------------	--

Başvuru konularının 50 yaş üzeri ve 50 yaş altı olmak üzere yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, 482 başvurunun (%69,1) 50 yaş altı, 216 başvurunun (%30,9) 50 yaş üzeri bireyler tarafından yapıldığı görülmüştür. Tablodaki veriler incelendiğinde 50 yaş altı bireylerin geri bildirim noktasında 50 yaş üzeri bireylere göre daha istekli oldukları gözlenmiş olup, randevu alamamak konu başlığı 50 yaş üzeri ve altı bireylerde ilk sırada yer almaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Başvuru Konularına Göre Yaş Grubu Dağılımı

Sağlık Hizmeti	2016	2019	Değişim (%)	Konu*
İletişim	29	17	6.0	7.8
Teşhis-Tedavi Memnuniyetsizlik	101	32	20.8	14.9
Randevu Alamamak	131	73	27.2	33.7
Sağlık Çalışanına Şiddet	31	9	6.5	4.2
Sağlık Kurulu Hizmetleri	22	4	4.5	1.9
Tedavi Talebi	96	41	19.9	18.9
Fiziki Şartlar	31	16	6.5	7.4
Medikal Malzeme/Cihaz Arızası	41	24	8.6	11.2
Toplam	482	216	100	100

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız SABİM başvurularının, A1 dal statüsünde bir onkoloji hastanesi tarafından sunulan sağlık hizmetlerine katkısını inceleyen ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır.

Çalışmamızda cinsiyet dağılımı, başvuruları yapan bireylere göre değerlendirildiğinde, kadın ve erkekler arasında birbirine yakın olduğu görülmektedir. Kadınların %49,7, erkeklerin ise %50,3 oranında başvuruda bulunduğu gözlemlenmiştir (Tablo 2). Bu durum, cinsiyet açısından belirgin

bir fark olmadığını, her iki cinsiyetin de SABİM üzerinden sağlık hizmetlerine yönelik şikâyet ve taleplerini iletmede eşit derecede istekli olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, başvuru konularına göre cinsiyet farklılıkları daha detaylı incelendiğinde (Tablo 3), bazı şikâyet konularında kadınların, bazılarında ise erkeklerin daha fazla başvuruda bulunduğu görülebilir. İletişim sorunları ve fiziki şartlarla ilgili şikâyetlerde kadınların başvurularının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların, hizmet kalitesine ve sağlık personeliyle olan iletişime daha fazla önem verdikleri bilinmektedir (Öztaş, B.E., vd, 2019). Teşhis ve tedavi memnuniyetsizliği gibi konularda ise erkeklerin başvuru oranları daha yüksek tespit edilmiştir. Erkeklerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları güçlükler veya memnuniyetsizliklerini daha fazla dile getirdikleri söylenebilir. Bu konudaki geçmiş araştırmalara bakıldığında, Bostan ve arkadaşlarının 17.766 başvuru üzerinden yaptıkları bir çalışmada, başvuruyu yapan erkeklerin oranını %56, kadınlarınkini ise %44 olarak tespit etmiştir (Bostan, S., vd, 2014). Yakın dönemlerde yürütülen bazı çalışmalarda ise kadın oranlarının erkek oranlarından fazla olduğu görülmüştür. Hasta şikâyetlerini konu alan bu çalışmalarda (Hoşgör, H., ve Tosun, N., 2020, Kar, A., vd, 2018, Yaman, Z., ve Kavuncu, B., 2020) şikâyette bulunanların çoğunluğunun kadın olduğu görülmüştür.

Çalışmamız kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 43,12'dir. Kadın hastaların yaş ortalaması 41,92 iken, erkek hastaların yaş ortalaması 43,88'dir. 50 yaş altı ve üstü hasta kıyaslaması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6). 50 yaş altı bireylerin başvuru sayısı 482 olup toplam başvurulara oranı 69,1 dir. Bu oran 50 yaş üzeri başvuru yapan bireylere göre belirgin olarak yüksektir. Bu durum 50 yaş altı bireylerin geri bildirim sistemlerini 50 yaş üzeri bireylere göre, daha etkin ve sık kullandıklarını göstermiştir. Benzer araştırmalara göz atıldığında ise 30-39 olan yaş aralığı %21 ile ilk sırada yer alırken, 60 yaş ve üstünü temsil eden grubun ise %3 ile son sırada yer aldığı görülmektedir (Bostan, S., 2014). Toprak ve arkadaşlarının araştırmalarında, orta yaş grubunun en fazla şikâyette bulunan grup olduğu sonucuna varılmıştır. 2006-2009 yılları içerisinde yapmış olduğu başka bir araştırmada ise, şikâyet başvurusu yapan yaş grupları arasında ilk sırada % 30,7 ile 41 yaş ve üzeri hastalar olurken, en sonda bulunan grup %13 ile 25

yaş ve altı hastalar olarak belirlenmiştir (Toprak, D.K., ve Şahin, B., 2012).

Yapılan çalışmalarda, şikâyet konularıyla ilgili sıralamalar değişebilmektedir. Toprak ve arkadaşlarının çalışmasında birinci sıradaki şikâyet konusu, %45,2 ile hizmetten genel olarak faydalanamama olmuştur. Bostan ve arkadaşlarının çalışmasında da ilk sıradaki şikâyet, %44 ile hizmetten yararlanamamadır. İrlanda'da 30 hastane üzerinde yapılan son 5 yıldaki 12.178 şikâyet incelendiğinde bunların 1.642'si hekimleri ilgilendirmektedir (Greg, B., 2007). Şikâyetleri yapanların % 81'i, tedavilerinden memnun olmamıştır ve onlara göre sistem doktorları korumaktadır. Bu duruma karşı şikâyet edilen doktorlar, şikâyetleri anlamsız ve yanıltıcı oldukları için cezalandırılması gereken şikâyetler olarak değerlendirmişlerdir. Semyonov ve arkadaşlarının hasta şikâyetleri üzerine yaptığı araştırmada, sınıflandırmayı iletişim üstünden ele almıştır. Bu araştırmada tıbbi hizmette memnuniyet seviyesinin, hastalar ve hasta yakınları açısından, hastane çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına karşı davranış niteliklerinin öncelikli olduğu belirtilmiştir (Semyonov-Tal, K., 2021). Çalışmamızda SABİM'e yapılan şikâyetlerin; %29,2'si randevu alamamak, %19,6'sı tedavi talebi, %19,1'i teşhis-tedavi memnuniyetsizliği, %9,3'ü medikal malzeme ve cihaz, %6,7'si fiziki şartlar, %6,6'sı iletişim, %5,7'si sağlıkta şiddet, %3,7'si sağlık kurulu konularını kapsamaktadır (Tablo 3). SABİM aracılığıyla yapılan geri bildirimler analiz edildiği takdirde sağlık hizmetlerine önemli katkılar verebilmektedir.

Yakın zamanda Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada randevu almakta zorluk yaşayan hastalara yönelik kurgulanan ofisler aracılığıyla şikâyetlerin önemli oranda azaldığı tespit edilmiştir (Özkan, A., ve Karan, Ç., 2024). Çalışmamıza konu olan hastanede SABİM aracılığıyla yapılan geri bildirimler sağlıkta kalite standartları çerçevesinde oluşturulan bir komisyon tarafından incelenmiş ve düzeltici iyileştirici faaliyet (DİF) kapsamına alınmıştır. DİF sonrası bazı düzenlemeler ve iyileştirmeler yapılmıştır. Bu düzenlemeleri alt başlıklarına göre sıralayacak olursak: 1. Personel iletişimi: Personel eğitimlerinin sıklığı arttırılmış, alanında uzman kişiler tarafından empati, diksiyon, yeterli bilgilendirme ve yönlendirme konularında hizmet içi eğitimler düzenlenmiştir.

Ayrıca şikayete konu olan personeller ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiş, çalışma şartları, beklentileri ve yeterlilikleri gözden geçirilmiştir (Tablo 5). 2. Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinin Yeterliliği: Servis yatak sayısı, yatak doluluk oranı, evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen hasta sayısı, asistan hekim sayısı, eğitim kliniği sayısı, BT çekim sayısı, MR çekim sayısı, röntgen işlem sayısı, doppler cihaz ve işlem sayısı, EKO cihaz ve işlem sayısı, Mamografi işlem sayısı, EEG cihaz ve işlem sayısı, ritim holter işlem sayısı, EMG işlem sayısı, odyometre işlem sayısı, kemoterapi hazırlama cihaz sayısı ve işlem sayısı, cyberknife tedavi seans sayısı, tomoterapi tedavi seans sayısı, PET çekim sayısı parametrelerinde artış sağlandığı görülmektedir (Tablo 4). Ayrıca teşhis ve tedavi süreçlerinde görev alan sağlık profesyonellerinin süreçlere daha etkin katılım sağlaması amacıyla eğitim programları planlanmıştır. Sertifikalı onkoloji hemşireliği eğitimi, onkoloji alanında farklı başlıklarda sempozyumlar, hasta ve hasta yakınlarına yönelik bilgilendirme toplantıları periyodik olarak düzenlenmiştir (Tablo 5). 3. Muayene ve Tetkike Ulaşım: Poliklinik sayısı 145’den 197’ye, ayaktan muayene sayısı 89912’den 119049’a yükselmiş olup poliklinik hizmetlerinin artmasına bağlı olarak acil muayene sayısı azalmış ve Bakanlık politikalarına uygun bir yaklaşım sergilenmiştir (Tablo 4). Randevu sistemlerinin iyileştirilmesi için muayene sonrası kontrol randevusu hasta kayıt birimleri aracılığıyla verilmeye başlanmış, 65 yaş üstü hastalar için ayrı bir randevu personeli görevlendirilmiş, hem poliklinik sayısı hem de randevu sıklığı artırılarak kapasite artırılmıştır (Tablo 5). Tetkike ulaşım konusunda yapılan iyileştirmeler ‘Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinin Yeterliliği’ başlığı altında verilmiştir (Tablo 4). 4. Sağlık Çalışanına Şiddet: Beyaz kod uygulamasının çalışıp çalışmadığı rutin kontrollere tabi tutulmuştur. Uygulamayı başlatan personelin yasal süreci takip edilmiş ve öncesinde yüz yüze görüşme gerçekleştirilerek prosedür hakkında bilgilendirilmiştir. Hastane içinde güvenlik noktaları yeniden kurgulanmış ilgili personellerin görev yerleri tanımlanarak, sabit ve mobil olacak şekilde görev yapması sağlanmıştır (Tablo 5) . 5. Sağlık Kurulu Hizmetleri: Sağlık kurulunda randevu süresini kısaltmak için kapasite artırımı yapılmış, kurulda görevli hekimleri özendirmek için ek ödemeleri arttırılmıştır. Ayrıca kurul sonrası rapor yazım süresi kısaltılmıştır. Bakanlığın talimatı doğrultusunda elektronik alt yapı kurulmuş ve tek merkez ile entegre olan kurul raporları e-imzalı olarak çıkarılmaya başlanmıştır (Tablo 5). 6. Tedavi Talebi: Tedavi talebiyle ilgili rutin uygulama devam etmiş ilgili hekimin görüşü doğrultusunda

hasta merkezimize davet edilmiş ya da ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirme adına bilgilendirmeler yapılmıştır. Tedavi süresinin uzatılmasıyla ilgili talepler bölüm doktoruna iletilmiştir (Tablo 5). 7. Fiziki Şartların Yeterliliği: Servis yatak sayısı ve nitelikli yatak sayısı arttırılmıştır (Tablo 4). Her hastaya bir dolap planlanmıştır. Ayrıca refakatçi koltuğu uygun sayıda tedarik edilmiş, mevcut olanlarda ise tadilat yapılmıştır. Poliklinik odalarının tefrişatı yenilenmiş, hasta karşılama için sekreterlik alanları oluşturulmuştur. Hastane içi yönlendirmeler yeniden düzenlenmiş, dağınık olan branş poliklinikleri yakın mesafeye konumlandırılmıştır. Hasta kayıt birimlerine ve kan alma birimlerine KIOSK sistemi kurulmuştur. Tüm poliklinik alanlarında bekleme koltuğu sayısı arttırılmış, ayaktan kemoterapi ünitesi yeniden düzenlenmiştir (Tablo 5). 8. Medikal Cihaz ve Malzeme Ulaşımı: Cihaz sayılarındaki artış ‘Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinin Yeterliliği’ başlığı altında gösterilmiştir (Tablo 4). Malzeme temini öncesinde hastane bünyesinde var olan İhtiyaç Tespit Komisyonu’nun daha sık aralıklarla toplanması sağlanmış, kullanılan malzemelerin kalitesinin artırılması için muayene-kabul komisyonları yetkin kişilerden oluşturulmuş ve tedarik zincirinde süreci kısaltmak adına düzenlemeler yapılmıştır (Tablo 5).

Özetle sağlık hizmetlerine yönelik talep başvuruları incelendiğinde, daha etkili olan bir sağlık sisteminin, birey ve toplumların sağlık sisteminden bekledikleri hizmet çeşitliliğine ve kalitesine olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır. Bu veriler gerek kurum bazında değerlendirildiğinde gerekse bütün veriler ışığında oluşturulan genel sağlık sistemi politikalarına etkisi düşünüldüğünde, SABİM’in, sağlık hizmeti sunan ve alan arasındaki iletişim eksikliğini giderdiği görülmektedir. Dolayısıyla sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik oluşturulan politikaların uygulanabilir ve ihtiyaca yönelik olması adına, SABİM verileri oldukça önemlidir. SABİM verileri toplumdan direkt olarak alınan geri bildirimlerdir. Sağlık politikalarının amacı genel toplum refahını yükseltmek olduğu için, bu verilerin işlenip, değerlendirilmesi ve istatistiklerinin rutin olarak düzenlenmesi gerekmektedir. SABİM gibi gelişmiş sistemler, güncel sağlık politikalarının yönünün belirlenmesini ve hangi kısımlarda eksik kaldığını belirlemede etkilidir.

Çıkar Çatışması : Makalede hiçbir suç unsuruna veya kanuna aykırı ifadeye yer verilmemiş, araştırma yapılırken araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir. Çalışmamız, SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH.etik kurulu tarafından 2022-09/166 tarih ve sayı ile onaylandı.

KAYNAKLAR

- Aksaraylı, M., Kıdak, L. B. (2008). Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 87-122.
- Alabay, M. N. (2012). Müşteri şikayetleri yönetimi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 8(16), 137-157.
- Asri, İ., Bostan, S., Çorumluoğlu, Ö., Özlü, T., Çatal, H., Kalaycı, İ. (2011). Türkiye geneli sağlık alanındaki şikâyet verilerinin coğrafi bilgi sisteminde analizi. 13. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı 18-22 Nisan: Ankara.
- Bostan, S., Kılıç, T., Çiftçi, F. (2014). Sağlık Bakanlığı 184 sabim hattına yapılan şikâyetlerin karşılaştırmalı analizi. *Global Journal of Economics and Business Studies*, 3(5), 32-40.
- Durmuş, A. (2017). Algılanan değer in hasta davranış ve tavsiye niyetine etkisi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- Durmuş, A. (2021). Sağlık hizmetleri sunumunda hasta beklentilerinin belirlenmesi. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya.
- Greg, B. (2007). Council calls for national system for patient complaints over doctors. *Irish Medical Times*, 41, 1.
- Hoşgör, H., Cengiz, E. (2020). Sağlık hizmetlerinden şikâyetçi olan bireylerin genel profili ve şikâyet nedenleri: Türkiye merkezli bir sistematik derleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1), 191-217.
- Hoşgör, H., Tosun, N. (2020). Sağlık sektöründe hasta memnuniyetini ele alan lisansüstü tezlerin tüketici davranışları çerçevesinde içerik değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(3), 973-999.
- Kar, A., Kandemir, A., Yılmaz, A., Akca, N. (2018). Sağlık hizmetleri kalitesinin hasta perspektifi ile değerlendirilmesi: Bir üniversite hastanesi uygulaması. *Social Sciences Studies Journal (SSS Journal)*, 4(22), 4219-4228.
- Kuzhan, H. (2009). Bir sağlık kuruluşunda hizmet kalitesinin ölçümü ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Özkan, A., Karan, Ç. (2024). Hasta memnuniyeti yönetiminde iyi uygulama örneği: Size nasıl yardımcı olabiliriz? ofisleri. *Göbeklitepe International Journal of Health Sciences*, 7 (16), 47-56.

- Öztaş, B. E., Dirican, O., Tengilimoğlu D. (2019). Sağlık işletmelerinde hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(4), 108-119.
- Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge .(2003, 15 Ekim). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı: 19499).
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektöründe hizmet talebi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 430- 457.
- Semyonov-Tal, K. (2021). Complaints and satisfaction of patients in psychiatric hospitals: The case of Israel. *Journal of Patient experience*, 8, 1-9.
- Taşlıyan, M., Gök, S. (2012). Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.
- Toprak, D.K., Şahin, B. (2012). Sağlık bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3(1), 1-28.
- Yalçınkaya, D., Güçlü, A. (2023). Hastanelerde hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi: Bir vakıf üniversite hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(1), 65-84 .
- Yaman, Z., Kavuncu, B. (2020). Özel hastanelere yapılan çevrimiçi şikayetlerin içerik analizi ile incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(2), 281-297.

COVID-19 Hastasının Biyokimyasal Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma

Geliş Tarihi:24.08.2024

Kabul Tarihi:24.08.2024

Aydın BALCI¹

Ahmet DUMANLI²

Suphi AYDIN³

Muhammed Emin Düz⁴

Hatip AYDIN⁵

ÖZ

Giriş ve Amaç: Yüksek ölüm oranına sahip koronavirüs (COVID-19), dünya çapında araştırmaya konu olmuş ve sağlık sistemini zora sokmuştur. Buna göre çalışmamız, Türkiye'deki bir üniversite hastanesindeki COVID-19 hastalarının biyokimyasal parametrelerini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışmamız; 2020 Haziran ve Aralık ayları arasında 366 COVID-19 hastası üzerinde yürütülmüştür. Hastaların biyokimyasal parametreleri ve demografik verileri (yaş, cinsiyet, üre, kreatinin [Cr], laktat dehidrogenaz [LDH] ve kreatin kinaz [CK] dahil) elektriksel tıbbi kayıtlarından elde edilmiştir. COVID-19 sonucuna göre hastalar ölüm ve sağ kalım olarak iki gruba ayrılmış ve COVID-19'un biyokimyasal parametreleri ve sonuçları analiz edilmiştir.

Bulgular: 366 hastanın; 188'i erkek ve 178'i kadın, yaş ortalaması ise 57,6±11,8 idi. 366 hastadan 260'ı (%71,03) şiddetli olmayan tipteydi ve COVID-19'dan iyileşti. Hastaların 43'ü (%11,7) kritik şiddetli tipe geçerek öldü. LDH \geq 280 olan hastalarda mortalite daha çok gözlemlendi. Tek örneklem t- testi ile elde edilen veriler; COVID-19 hastalarında üre, Cr, CK ve LDH'nin ortalama değerlerinin referans aralıklarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğunu gösterdi (hepsi için $P<0,001$).

Sonuçlar: COVID-19 hastalarında dinamik varyasyonların değerlendirilmesinde bazı biyokimyasal parametreler etkilidir. Sonuçlardan biyokimyasal parametrelerin ve LDH'nin güçlendirilmesinin COVID-19 sonucunun değerlendirilmesinde yararlı olabileceği sonucuna varılabilir.

Anahtar Kelimeler: OVID-19, Biyokimyasal Parametreler, LDH

Evaluation of Biochemical Characteristics of COVID-19 Patient: A Retrospective Study

ABSTRACT

Introduction and Objective: Coronavirus (COVID-19), which has a high mortality rate, has been the subject of worldwide research and has put a strain on the healthcare system. Accordingly, our study aimed to retrospectively evaluate the biochemical parameters of COVID-19 patients in a university hospital in Turkey.

Methods: Our study; It was conducted on 366 COVID-19 patients between June and December 2020. Biochemical parameters and demographic data of patients (including age, gender, urea, creatinine [Cr], lactate dehydrogenase [LDH] and creatine kinase [CK] were obtained from electrical medical records. According to the COVID-19 result, patient were divided into two groups as death and survival, and the biochemical parameters and consequences of COVID-19 were analyzed.

Findings: Of 366 patients; there were 188 men and 178 women and the average age was $57,6 \pm 11,8$ years. Of the 366 patients, 260 (11.7%) passed to the critical severe type and died. Mortality was observed more frequently in patients with $LDH \geq 280$. Data obtained by one-sample t-test; it showed that the mean values of urea, Cr, CK and LDH in COVID-19 patients were significantly higher compared to the reference ranges (for all $P < 0,001$).

Results: Some biochemical parameters are effective in evaluating dynamic variations in COVID-19 patients. From the results, it can be concluded that enhancing biochemical parameters and LDH may be useful in evaluating the outcome of COVID-19.

Key Words: COVID-19, Biyokimyasal Parametreler, LDH

¹ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs hastalıkları AD, Afyonkarahisar, Türkiye. e-mail: draydnbal@gmail.com. ORCID NO: 0000-0002-6723-2418

² Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs hastalıkları AD, Afyonkarahisar, Türkiye. e-mail: ahmet_dumanli@hotmail.com. ORCID NO: 0000-0002-5768-7830

³ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Afyonkarahisar, Türkiye. e-mail: dr_suphi@hotmail.com. ORCID NO: 0000 0003 2102 0484

⁴ Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Amasya, Türkiye. e-mail: cerrahemin@gmail.com. ORCID NO: 0000-0002-1837-6415

⁵ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye. e-mail: hatipaydm@gmail.com. ORCID NO: 0009-0002-75132-2002

1. GİRİŞ

Şiddetli akut solunum yolu sendromu hastalığına neden olan koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) , Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 30 Ocak 2020 tarihinde küresel pandemi olarak ilan edilmiştir (Lai, C.C., et al., 2020, Zhou, P., et al., 2020). Bu hastalığın insanlarda yaygın bulaş yolları, özellikle öksürme ve hapşırma sırasında oluşan solunum damlacıkları yoluyla doğrudan bulaşmayı içerir (To, K.K., et al., 2020). Bunun yanında, kontamine yüzeyler (örneğin metal, cam ve plastik) yoluyla dolaylı bulaşma, ikincil enfeksiyon kaynağı olarak düşünülebilir (Petrosino, F., et al., 2021, Choi, H., et al., 2021).

COVID-19 kuluçka döneminden sonra çoğu hasta solunum yolu hastalığı, ateş, kuru öksürük, yorgunluk, kas ağrısı ve nefes darlığı gibi bazı klinik belirtiler göstermiştir. Tedavi için özel bir protokole gerek yoktur ve hastalar evde kalarak iyileşebilir (Guan, W. J., et al., 2020). Hipertansiyon, diyabet, obezite ve kanser gibi altta yatan hastalıkların yanı sıra kardiyovasküler, böbrek, karaciğer ve kronik solunum yolu hastalıkları olanlarda hastalık daha şiddetli görülür (Gao, Yd., et al., 2021, Zaki, N. et al., 2020).

COVID-19'un şiddeti üç aşamada tanımlanır; erken enfeksiyon, pulmoner faz ve hiperinflamasyon fazı. Bu üç aşamada biyokimyasal parametreler farklı şekillerde değişir (Yang, W., et al., 2020). İlk aşama virüsün infiltrasyonu sırasında meydana gelir. Bu aşamada lenfositopeni ve trombositopeni oluşur ve protrombin zamanı (PT), C-reaktif protein (CRP), laktat dehidrogenaz (LDH) ve D-dimer'in biyokimyasal seviyeleri artar. Pulmoner faz, biyokimyasal özellikler (lenfopeni gibi) ve artmış CRP, alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat aminotransferaz (AST) seviyeleri ile belirlenir. COVID-19'un hiperinflatuar fazı en şiddetli aşamadır. Bu aşamada, CRP, prokalsitonin (PCT), LDH, D-dimer, ferritin, kardiyak troponin (cTn), B tipi natriüretik peptit (BNP)/N-terminal pro-B tipi natriüretik peptit (NT-proBNP) ve kreatinin (Cr) gibi biyokimyasal parametrelerin yanı sıra, birden fazla inflamatuvar biyobelirteç (sitokinler gibi) belirgin şekilde artmıştır (Ciaccio, M. and Agnello, L., 2020). Birçok biyokimyasal parametre, klinik bakımı göstermek amacıyla kötü sonuçlarla ilişkilendirilmiş ve COVID-19'un şiddetli prognozu için risk kalıplarını temsil etmiştir. Bunlar arasında lenfopeni, trombositopeni, lökosi-

toz, CRP, PCT, LDH, AST, ALT, D-dimer ve cTn, COVID-19'un en şiddetli öngörücüleridir (Guan, W.J., et al., 2020).

Retrospektif çalışmada COVID-19 hastalarının hem sağ kalma hem de ölüm gruplarında biyokimyasal parametreleri analiz edilmiştir; bu da kritik faktörleri belirlemeye ve erken dönemde uygun klinik müdahaleyi sağlamaya yardımcı olabilir. Buna göre, bu amaca ulaşmak ve ilgili bilgileri elde etmek için COVID-19 hastalarıyla ilgili böbrek fonksiyon testleri (üre ve Cr), kas ve kalp hasarının biyokimyasal indeksi (kreatin kinaz [CK]) ve karaciğer hastalığının biyokimyasal indeksi (laktat dehidrogenaz [LDH]) kullanarak bazı biyokimyasal parametreler ölçülmüştür.

Bu nedenle, bu endekslerin serum düzeylerini ölçmek, COVID-19 hastalarının daha iyi yönetimini sağlamak için bu çalışmanın temelleri planlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Nüfus Çalışması

30 Haziran 2020 ile 30 Aralık 2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve tedavisi düzenlenen 366 hastadan (188 erkek ve 178 kadın; yaş ortalaması $57,6 \pm 11,8$) elde edilen veriler kullanıldı. Hastaların biyokimyasal parametreleri ve demografik verileri, hastane bilgi sisteminden elde edildi. Bu çalışma retrospektif bir çalışma olduğundan, hastalar için potansiyel bir risk ve hastalar ile araştırmacılar arasında bir bağlantı yoktu. COVID-19'un laboratuvar doğrulaması, Hastalık Kontrol ve Önleme Yönergeleri'ne uygun olarak bir nazofaringeal sürüntü örneğinin ters transkriptaz-polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) analizi kullanılarak SARS-CoV-2 RNA'sının tespitine dayanıyordu.

2.2. Gözlem Endeksleri

Hastaların yaş, cinsiyet, mortalite, iyileşme ve kan biyokimyasal indeksleri retrospektif olarak analiz edildi. Vakalar ölüm ve sağ kalım grupları olarak ikiye ayrıldı. Kan biyokimyasal analizi üre, Cr, LDH ve CK'yi içeriyordu. Majör kan biyokimyasal indeksleri ile ölüm ve sağ kalım arasındaki ilişkiler ve yaş ile cinsiyet arasındaki ilişkiler, yukarıda belirtilen parametrelerin COVID-19 sonucu üzerindeki etkilerini anlamak için analiz edildi. Ayrıca,

COVID-19 hastalarındaki majör kan biyokimyasal indeksleri değerlendirildi ve bunlar referans aralıklarıyla karşılaştırıldı.

2.3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel tanımlama ve test verilerinin analizi için SPSS 2020 programı kullanıldı. Sürekli değişkenler uygunsa medyan veya basit aralıklar olarak ifade edildi. Kategorik değişkenler sayım ve yüzde olarak özetlendi. Sürekli değişkenlerin dağılımının normalliğini doğrulamak için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Biyokimyasal parametre düzeylerini (ortalama \pm SD) referans aralıklarıyla karşılaştırmak için tek örneklem t testi yapıldı. Anlamlı farklılıklar * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$ ve **** $P < 0,0001$ olarak gösterildi.

3. BULGULAR

Bu çalışmaya dahil edilen 366 hastanın demografik ve biyokimyasal özellikleri özetlenmektedir. 366 hastadan 260'ı (%71,03) şiddetli olmayan tipteydi ve COVID-19'dan iyileşti ve 43'ü (%11,7) kritik şiddetli tipe geçerek öldü. Tüm hastaların yaş ortalaması $57,6 \pm 11,8$ idi. Ayrıntılı olarak, ölüm ve sağkalım gruplarındaki deneklerin yaş ortalamaları sırasıyla $66,4 \pm 8,6$ ve $51,5 \pm 12,5$ idi. 140 hasta (%38,25) ≥ 40 – < 60 yaşındaydı, bu hastalardan 8'i (%2,2) öldü ve 132'si (%97,8) iyileşti. 80 hasta (%21,85) < 40 yaşındaydı, bu hastalardan 5'i (%6,25) öldü ve 75'i (%93,75) iyileşti.

Ancak 146 hasta (%39,9) ≥ 60 yaşındaydı, bunlardan 30 hasta (%20,54) öldü ve 116 hasta (%79,46) iyileşti. Bu veriler; mortalite oranının yaşla birlikte, özellikle 65 yaş üstü hastalarda arttığını açıkça gösterdi. Bu popülasyonda prevalans oranı erkeklerde (188 hasta; %52,2) kadınlara göre (178 hasta; %47,8) gerçekten daha yüksekti. Ayrıca mortalite oranı erkeklerde (30 ölüm) kadınlara göre (13 ölüm) daha yüksekti. Ardından sağkalım oranı erkeklerde kadınlara göre daha düşüktü.

Üre $15 <$, < 15 -45 arası ve ≥ 45 mg/dL olan hastalarda mortalite ve sağ kalım oranları sırasıyla 1(0,36), 12 (%3,27) ve 30 (%8,4) idi. $p < 0,001$

Cr düzeyi $\geq 0,5$ – $< 1,2$ ve $\geq 1,2$ mg/dL olan hastalarda mortalite ve sağ kalım oranları sırasıyla 2 (%0,5), 12 (%3,27), 29 (%7,96) olarak bulundu. $p < 0,001$

LDH düzeyi <140 , ≥ 140 – <280 ve ≥ 280 U/L olan hastalarda mortalite ve sağ kalım oranları sırasıyla 2 (%0,5), 8 (%2,18) ve 33 (%9,01) olarak bulundu. Sonuçlarımıza göre en yüksek mortalite LDH ≥ 280 olan hastalarda görüldü. Ayrıca CK düzeyi ≥ 20 – <200 ve ≥ 200 U/L olan hastalarda mortalite ve sağ kalım oranları sırasıyla 5 (%1,36), 10 (%2,73) ve 26 (%7,1) olarak bulundu. $p < 0,001$

4. TARTIŞMA

COVID-19 hastalarının klinik özellikleri ve sonuçları oldukça karmaşıktır (Bennett, S., et al., 2021). Hem semptomatik hem de asemptomatik COVID-19 hastaları, enfeksiyonun yayılmasının başlıca kaynaklarıdır. Başka bir deyişle, enfeksiyon esas olarak solunum damlacıkları ve kapalı bir ortamda uzun süreler boyunca aerosol iletimi yoluyla yakın temasla yayılır (Cortellessa, G., et al., 2021). COVID-19 hastaları hakkında net kılavuzlar ve araştırmalar bulunmamaktadır (Stamn, T.A., et al., 2021). Biyokimyasal parametreler genellikle organların metabolik durumunu ve sağlığını izlemek için erken parametreler olarak değerlendirilir. COVID-19 hastalarında bu parametrelerin ölçümü, hastalığın sonuçlarıyla ilgili değerli bilgiler elde etmek için çok önemlidir (Statsenko, Y., et al., 2021).

Çalışmamızda ülkemizdeki bir üniversite hastanesindeki COVID-19 hastalarının, salgının ortalarındaki altı ay boyunca retrospektif olarak biyokimyasal parametrelerini ve sonuçlarını tanımladık. Genel olarak, bu çalışmaya COVID-19'lu toplam 366 hasta dahil edildi. Tüm hastalarda laboratuvar değerlerinin profili izlendi. Bulgularımız, üre, CK ve LDH'nin hastalığın sonuçlarını tahmin etmede belirli avantajlara sahip olduğunu gösterdi. Gerçekten de üre, CK ve özellikle LDH düzeyleri arttıkça ölüm oranı arttı. Bu bağlamda, benzer makalelerde olduğu gibi LDH ≥ 280 U/L'nin çok kötü bir sonucu ve prognozu vardı, böylece hastaların genel durumları kötüleştiğinde, biyokimyasal parametrelerin, özellikle LDH'nin değerleri önemli ölçüde arttı. LDH düzeyi 280 U/L'den yüksek olan hastalarda ölüm oranı özellikle yüksekti (Mir, M.S., et al., 2021).

Bu nedenle, LDH değerlerinin erken tespiti büyük bir prognostik değere sahiptir. Bu bağlamda, Dang Wang ve arkadaşları, LDH gibi bazı biyokimyasal parametrelerin COVID-19 hastalarında prognostik bir belirteç olarak değerlendirilebileceğini öne sürmüşlerdir. Bu, bizim sonuçlarımızla da

tutarlıdır (Mir, M.S. et al., 2021, Wang, D., et al., 2020). Verilerimiz, toplam ölümlerin (n = 43) 20'sinde anormal CK ve 36'sında anormal LDH olduğunu göstermiştir. Bu verilerde Deng ve arkadaşlarının sistematik ve meta-analiz incelemesiyle tutarlıdır; CK düzeylerinin hastaların %13'ünde anormal olduğunu ve hastaların %52'sinde yüksek LDH düzeyine sahip olduğunu göstermişlerdir (Deng, X., et al., 2020).

Ancak, sonuçlarımız COVID-19 hastalarında Cr düzeylerinin azaldığını gösterirken, Deng ve arkadaşları COVID-19 hastalarının %8'inde Cr düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir (Deng, X., et al., 2020). Ayrıca, retrospektif bir çalışmada, 100 COVID-19 hastasının 35'inde (%35) serum üre azotu (SUN) ve Cr düzeylerinin yükseldiği gösterilmiştir (Mahmoudi, H., et al., 2020). İlişkili sonuçlarımız çalışmamızın küçük örneklem büyüklüğünden kaynaklanıyor olabilir ve daha fazla çalışma ile doğrulanması gerekmektedir.

Çalışmamız, COVID-19 hastalarının çeşitli organların işlev bozukluğunu gösterebilecek farklı düzeylerde değişmiş biyokimyasal parametrelere sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca, LDH gibi biyokimyasal belirteçler COVID-19 hastalarının izlenmesinde kullanılabilir ve hastalığın şiddetini ve sonucunu yansıtabilir. Dahası, verilerimiz biyokimyasal değerlerin diğer çalışmalarda da gösterilen referans değerlerden farklı olduğunu göstermiştir (Yağcı, S. et al., 2021, Huang, D., et al., 2021). Mevcut çalışma ayrıca, diğer etkileyen koşullar dikkate alınmadığında yaşın hastalık sonucunu etkilediğini göstermiştir.

Beklendiği gibi, en yüksek ölüm oranı ≥ 60 yaş hastalarda tespit edildi. Gerçekten de 60 yaş üstü ölen hastaların oranı fazlayken, genel ölüm oranı ülkeler arasında değişti (Letelier, P., et al., 2021). En düşük ölüm oranı ≥ 80 yaş hastalarda Çin'de (%3,1) gözlemlendi ve en yüksek oranlar New York Eyaleti'nde (%20,99) ve Birleşik Krallık'ta (%20,8) gözlemlendi (Letelier, P., et al., 2021). Verilerimiz, ülkemizde ≥ 60 yaş hastalarda ölüm oranının diğer ülkelerle karşılaştırıldığında benzer olduğunu ve bu hastaların önleyici tedbirler konusunda önceliklendirilmesi gerektiğini gösterdi. Çalışmamızın bazı bariz sınırlamaları vardı. Veri çıkarma süresi ve hasta sayısı sınırlıydı ayrıca hastaların klinik öyküsü ve diğer laboratuvar testleri eksikti.

5. SONUÇ

Biyokimyasal parametrelerin etkisi, COVID-19'un uygun yönetiminde sonuçları değerlendirmek için çok önemlidir. Bu biyokimyasal faktörlerdeki değişiklikler COVID-19 progresyonunu ve ölüm riskini gösterir. Üre, CK ve LDH düzeylerindeki artışlar, şiddetli COVID-19'un öngörücüleridir.

Biyokimyasal parametreler göz önüne alındığında >60 yaş hastalarda LDH >240 U/L'nin COVID-19'un mortal seyri ile alakalı olabilir. Biyokimyasal parametreler, COVID-19 hastalarındaki dinamik varyasyonların değerlendirilmesinde de etkilidir. Bu nedenle, biyokimyasal parametrelerin ve takviyeli LDH'nin COVID-19 sonucunun değerlendirilmesinde yararlı olabileceğini öngörebiliriz. Bu göstergeleri değerlendirerek ve bunların demografik özelliklerle (yaş ve cinsiyet gibi) ilişkisini kullanarak COVID-19'un seyri hakkında daha net öngörülerde bulunabileceği kanaatindeyiz.

Çıkar Çatışması : Makalede hiçbir suç unsuruna veya kanuna aykırı ifadeye yer verilmemiş, araştırma yapılırken araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir. Çalışmamız, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu tarafından 2021/42 tarih ve sayı ile onaylandı.

KAYNAKLAR

- Bennett, S., Tafuro, J., Mayer, J., Darlington, D., Wong, C.W., Muntean, E.A., et al. (2021). Clinical features and outcomes of adults with coronavirus disease 2019: A systematic review and pooled analysis of the literature. *Int. J. Clin. Pract*, 75(3).
- Choi, H., Chatterjee, P., Coppin, J.D., Martel, J.A., Hwang, M., Jinadatha, C., et al. (2021). Current understanding of the surface contamination and contact transmission of SARS-CoV-2 in healthcare settings. *Environ. Chem. Lett*, 1–10.
- Ciaccio, M., Agnello, L. (2020). Biochemical biomarkers alterations in coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis* (Berlin, Germany) 7(4), 365–372.
- Cortellessa, G., Stabile, L., Arpino, F., Faleiros, D.E., Bos, Wvd., Morawska, L., et al. (2021). Close contact risk assessment for SARS-CoV-2 infection. ArXiv preprint arXiv:210410934.
- Deng, X., Liu, B., Li, J., Zhang, J., Zhao, Y., Xu, K. (2020). Blood biochemical characteristics of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systemic review and meta-analysis, 1.
- Gao, Y.d., Ding, M., Dong, X., Ji, Zhang, Kursat, Azkur A., Azkur, D., et al. (2021). Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. *Allergy*, 76(2), 428–455.
- Guan, W.J., Ni Z.-Y., Hu Y., Liang, W.H., Ou, C.Q., He, J.X., et al. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med*, 382(18), 1708–1720.
- Guan, W.J., Ni, Z.Y., Hu, Y., Liang, W.H., Ou, C.Q., He, J.X., et al. (2020). Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *MedRxiv*, 382(18), 1708–1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
- Huang, D., Yang, H., Yu, H., Wang, T., Chen, Z., Yao, R., et al. (2021). Diagnostic value of hematological and biochemical parameters combinations for predicting coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected patients. *Am. J. Med. Sci*, 362(4), 387–395. doi: 10.1016/j.amjms.2021.04.006.

- Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int. J. Antimicrob. Agents*, 55(3).
- Letelier, P., Encina, N., Morales, P., Riffo, A., Silva, H., Riquelme, I., et al. (2021). Role of biochemical markers in the monitoring of COVID-19 patients. *J. Med. Biochem*, 40(2):115.
- Mahmoudi H., Alikhani M.Y., Taheri N.M., Behzadi A. 2020. Assessment of changes in blood urea and creatinine levels in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19).
- Mir, S.M, Tahamtan, A., Nikoo, H.R, Arabi, M.S, Moradi, A.W., Ardakanian, S., Tabarraei, A. (2022). Evaluation of biochemical characteristics of 183 COVID-19 patients: A retrospective study. *Gene Rep.* 2022 Mar, 26, 101448. doi: 10.1016/j.genrep.2021.101448. Epub 2021 Nov 27. PMID: 34869941; PMCID: PMC8626347.
- Petrosino, F., Mukherjee, D., Coppola, G., Gaudio, M.T., Curcio, S., Calabro, V., et al. (2021). Transmission of SARS-Cov-2 and other enveloped viruses to the environment through protective gear: a brief review. *Euro-Mediterr. J. Environ. Integr*, 6(2),1–13.
- Stamm, T.A., Andrews, M.R., Mosor, E., Ritschl, V., Li, L.C., Ma, J.K., et al. (2021). The methodological quality is insufficient in clinical practice guidelines in the context of COVID-19: Systematic review. *J. Clin. Epidemiol*, 135, 125–135. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.03.005.
- Statsenko, Y., Al, Zahmi F., Habuza, T., Neidl-Van, Gorkom K., Zaki, N. (2021). Prediction of COVID-19 severity using laboratory findings on admission: Informative values, thresholds, ML model performance. *BMJ Open*. 2021, 11(2).
- To, K.K.W., Tsang, O.T.Y., Yip, C.C.Y., Chan, K. H., Wu, T.C., Chan, J.M.C., et al. (2020). Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin. Infect. Dis*, 71(15), 841–843.
- Wang, D., Li, R., Wang, J., Jiang, Q., Gao, C., Yang, J., et al. (2020). Correlation analysis between disease severity and clinical and biochemical characteristics of 143 cases of COVID-19 in Wuhan, China: A descriptive study. *BMC Infect. Dis*, 20(1), 1–9.

- Yağcı, S., Serin, E., Acicbe, Ö., Zeren, M.İ., Odabaşı, M.S. (2021). The relationship between serum erythropoietin, hepcidin, and haptoglobin levels with disease severity and other biochemical values in patients with COVID-19. *Int. J. Lab. Hematol*, 43(1),142–151. doi: 10.1111/ijlh.13479.
- Yang, W., Cao, Q., Qin, L., Wang, X., Cheng, Z., Pan, A., et al. (2020). Clinical characteristics and imaging manifestations of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): A multi-center study in Wenzhou city, Zhejiang, China. *J. Infect*, 80(4), 388–393.
- Zaki, N., Alashwal, H., Ibrahim, S. (2020). Association of hypertension, diabetes, stroke, cancer, kidney disease, and high-cholesterol with COVID-19 disease severity and fatality: A systematic review. *Diabetes Metab. Syndr*, 14(5), 1133–1142.
- Zhou, P., Yang, X. L., Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., et al. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270–273.

Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihsel Perspektiften İncelenmesi

Seferiye BOZ¹

Dilek ÖZSOY²

Geliş Tarihi: 28.03.2024

Kabul Tarihi:09.09.2024

ÖZ

İnsanlığın ortaya çıkışıyla birlikte sağlıkla alakalı bütün konular önemli bir gereklilik halini almıştır. Bu bağlamda bütün çağlarda insan sağlığını korumak ve geliştirmek için çeşitli önlemlerin alındığı söylenebilir. İçinde bulunduğumuz yüzyılda gelişen ve sürekli olarak ilerleyen bilimsel ve teknolojik gelişmeler ise insan sağlığının korunabilmesi için ciddi adımlar atıldığını göstermektedir. Sanayi devrimi ile birlikte yaşanan gelişmeler sağlıkta uzmanlaşma konusunda önemli bir role sahip olmuş ve zaman içerisinde sağlıkla alakalı bir sistem geliştirilmiştir. Bu bağlamda Türkiye'deki sağlık sisteminin tarihsel gelişimini ve sağlık politikalarının evrimini incelemek amacıyla hazırlanan bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinin nasıl şekillendiğini ve bu süreçteki temel dinamikleri anlamaktır. Çalışma, sağlık politikalarının ülkenin siyasi ve toplumsal yapısıyla nasıl etkileşimde bulunduğunu ve bu politikaların insan sağlığı üzerinde nasıl etkiler yarattığını ortaya koyarak, bu alandaki boşlukları doldurmayı hedeflemektedir. Çalışmamız, Türkiye'nin sağlık sisteminin gelişimini tarihsel bir perspektiften ele alarak, sağlık politikalarının zaman içindeki evrimini anlamaya katkıda bulunmasından kaynaklı önem arz etmektedir. Çalışmada Türkiye'deki sağlık sisteminin, Sanayi devrimi'nden itibaren önemli adımlar attığı, Cumhuriyet sonrası dönemde yapısal reformlarla güçlendirildiği ve 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile modern sağlık hizmetlerine yönelik önemli ilerlemeler kaydedildiği tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanı, hukuki boyutu ve sosyal belirleyiciler gibi faktörlerin sağlık politikalarının şekillenmesinde kritik rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Politikaları, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi, Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlık Sistemleri

1 Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul, Turkey, e-mail:seferiyeboz@gmail.com. Orcid: 0009-0002-2380-3052

2 Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul, Turkey, e-mail:dilek.ozsoy@nisantasi.edu.tr. Orcid: 0000-0002-7527-2196

Development of Health System and Review of Health Policies in Turkey

ABSTRACT

Health has become the most crucial agenda item, with the emergence of humanity. It can be said that throughout the ages, various measures have been taken to protect and improve human health. The ongoing scientific and technological advancements in the current century indicate significant strides being taken to preserve human health. The developments following the Industrial Revolution played a crucial role in the specialization of healthcare, eventually leading to the establishment of organized health systems. This study aims to examine the historical development of Turkey's healthcare system and the evolution of its health policies. The objective is to understand how healthcare services have been shaped over time and to identify the key dynamics involved. The study also explores the interaction between health policies and the country's political and social structures, highlighting the impact of these policies on public health. The significance of the study lies in its contribution to understanding the historical evolution of Turkey's healthcare system and its policies. The findings indicate that significant progress has been made in Turkey's healthcare system since the Industrial Revolution, with structural reforms after the Republic's establishment and notable advancements achieved through the Health Transformation Program initiated in 2003. Additionally, the study concludes that factors such as healthcare financing, legal frameworks, and social determinants have played a critical role in shaping health policies.

Key Words: Health Policies, Health Services in Turkey, Development of Health Services, Health Policies During the Republican Era, Health Systems

1. GİRİŞ

Kişinin yaşamsal faaliyetlerine ek olarak hayatını idame ettirecek faaliyetleri de gerçekleştirebilmesi için ilk olarak sağlıklı olması gereklidir. Sağlığını büyük ölçüde kaybeden kişiler toplumda kendine düşen en temel görevleri dahi yerine getiremeyecektir. Bu durum da kişinin çevresine, topluma veya ailesine fayda sağlayamamasına yol açacaktır. Ülkelerin genel yapılarına bakıldığında bireysel sağlığı kontrol etmeyi amaçlayan sağlık sektörünün çok farklı şekillerde sürdürüldüğü dikkat çekmektedir. Sağlık sistemleri, birbirinden farklı özelliklere sahip olan pek çok ülkenin sürdürdüğü farklı temellere dayanmaktadır. Bu bağlamda ülkelerin sunduğu sağlık hizmetlerinin de farklı şekillerde gerçekleştirildiğinden bahsedilebilir. Meydana gelen bu durum ülkeler özelinde farklı sağlık politikalarının uygulandığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin ve politikalarının tarihsel perspektiften ele alınması, toplumsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kritik bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmetleri, bireylerin temel yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için hayati öneme sahiptir ve bu hizmetlerin erişilebilirliği, kalitesi ve sürdürülebilirliği toplumsal refahın temel taşlarını oluşturmaktadır. Sanayi devrimi ile birlikte dünya genelinde sağlıkta uzmanlaşmanın artması, sağlık sistemlerinin organize bir yapıya kavuşmasını sağlamış ve bu bağlamda Türkiye'deki sağlık sisteminin gelişimi de benzer bir evrim süreci izlemiştir. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık politikalarında yapılan reformlar, Türkiye'nin sağlık hizmetlerini modernize etme ve yaygınlaştırma çabalarının bir parçası olmuştur. Özellikle 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'nin sağlık sistemi üzerinde önemli etkiler yaratmış, modern sağlık hizmetlerinin toplumun geniş kesimlerine ulaşmasını sağlamıştır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimini ve bu süreçte şekillenen sağlık politikalarının dinamiklerini anlamaktır. Çalışma aynı zamanda bu politikaların ülkenin siyasi ve toplumsal yapısıyla olan etkileşimini de inceleyerek, sağlık hizmetlerinin sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerle olan ilişkisini ortaya koymayı hedeflemektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve bu hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak, ülkelerin kalkınma stratejilerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir ve bu bağlamda hazırlanan çalışma Türkiye’de bu alanda yapılan önemli adımları ve elde edilen sonuçları sunmayı amaçlamaktadır. Bu şekilde çalışmanın genel çerçevesi çizilmiş olup, sağlık hizmetleri ve politikalarının tarihsel gelişimi, toplumsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından kritik bir alan olarak ele alınmaktadır. Çalışmanın bu bağlamda sunduğu katkılar, Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel evriminin anlaşılmasına ve bu alandaki mevcut politikaların daha iyi değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

1.1. Kavramsal Olarak Sağlık ve Sağlıkta Sosyal Belirleyiciler

Sağlık kavramı ilk kez 1950 yılında tanımlanmış ve o günden bugüne önemi giderek artmıştır (SRI, 2010: 3). Türkçede 'sağ olmak' eyleminden türeyen 'sağlık' kelimesi, İngilizce’de 'bütünlük' ve 'sağlamlık' anlamlarına gelen köklerden türemiştir. Sağlık kavramı işlevsel olarak ele alındığında, kişinin günlük ihtiyaçlarını ve aktivitelerini eksiksiz bir şekilde yerine getirebilme durumu olarak tanımlandığı görülmektedir (Yorulmaz, R., ve Erdem, R., 2021: 59). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de sağlık kavramını yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmaması olarak değil, aynı zamanda sosyal, ruhsal ve fiziksel anlamda da iyi olma hali olarak tanımlamaktadır (Ünsal, E., 2000: 13). Sağlıkla ilgili yapılan tanımlamaların odak noktası ise sağlıkta sosyal belirleyiciler kavramıdır. Bu bağlamda, sağlığın kişisel, sosyoekonomik ve çevresel faktörler doğrultusunda değişim gösterdiğini söylemek mümkündür. Sağlıkta sosyal belirleyicilerden biri kişisel faktörlerdir (Günler, O. E., 2022: 351). Bu faktörler arasında cinsiyet, yaş ve zihinsel veya fiziksel engellilik gibi durumlar bulunmaktadır. Bu faktörler, özellikle gelişmişlik düzeyi düşük olan toplumlarda, bireylerin sosyal hayatını olumsuz etkileyebilir. Zihinsel veya fiziksel engelliliğe sahip bireyler arasında bu olumsuz durumlar daha sık gözlemlenmektedir (Özdemir, H.,2023: 24). Bir diğer sosyal belirleyici sosyoekonomik faktörlerdir. Bu faktörler, toplumda statü farklılıklarına yol açmaktadır. Eğitimsizlik veya işsizlik gibi durumlar, bireylerin hem psikolojik hem de fizyolojik anlamda olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Özdemir, H.,2023: 24). Çevresel faktörler ise Sanayi Devrimi ile birlikte önem kazanmış ve sağlıkla ilgili belirleyiciler arasında yer almaya başla-

mıştır. Düzensiz konut yapımı veya endüstriyel ürünlerin kullanımı sırasında meydana gelen zararlı atıklar, ciddi çevre kirliliğine yol açmakta ve insan sağlığını olumsuz etkilemektedir (Inyinbor, Adejumo, A., vd., 2018: 34-36).

Dünya Sağlık Örgütü (2023), sağlıkta sosyal belirleyicileri, insanların sağlığını etkileyen sosyoekonomik ve çevresel faktörler olarak tanımlamaktadır. Bu sosyal belirleyiciler arasındaki eşitsizlikler, ülkeler arasında ve içinde sağlık eşitsizliklerine yol açmaktadır. Özellikle düşük gelirli ülkelerde ekonomik eşitsizlikler, yüksek sağlık risklerine ve mortalite oranlarına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre, ekonomik sistemlerdeki eşitsiz dağılım, sağlık eşitsizliklerinin temel nedenlerinden biridir. Türkiye'de ise ekonomik eşitsizlikler, gelir dağılımındaki dengesizlikler ve işsizlik oranları gibi faktörlerle kendini göstermekte, düşük gelirli bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim daha zor hale gelmektedir.

DSÖ raporundaki verilere göre, düşük eğitim seviyesine sahip olan kişiler genellikle daha kısa ve sağlıksız yaşam sürelerine sahiptir. Bu durum, eğitim ve sosyoekonomik statünün sağlık üzerindeki güçlü etkisini göstermektedir. Türkiye özelinde eğitim seviyesindeki farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olma olasılığında önemli bir rol oynamaktadır. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı daha düşük seyretmektedir. DSÖ tarafından yayınlanan rapor, iklim değişikliği, şehirleşme, çevresel bozulma ve göç gibi küresel çevresel faktörlerin sağlık eşitsizliklerini daha da derinleştirdiğini belirtmektedir. Küresel ölçekte çevreyle ilgili risklerin artışı, sağlık üzerindeki olumsuz etkileri artırmaktadır. Türkiye'de sanayileşme, hava kirliliği ve düzensiz kentleşme, sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde çevre kirliliği, solunum yolu hastalıklarını artırmaktadır. DSÖ raporu yapısal ayrımcılığın, sağlık eşitsizliklerinin önemli bir belirleyicisi olduğunu vurgulamaktadır. Cinsiyet ve ırk ayrımcılığı gibi yapısal faktörler, sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkilere sahiptir ve bu durumun iyileştirilmesi için uluslararası düzeyde daha fazla çaba gösterilmesi gerektiğini belirtmektedir. Türkiye'de ise cinsiyet, etnik köken ve engellilik gibi farklı kategorilerdeki bireyler yapısal ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum da sağlık hizmetlerine erişimde adaletsizlikler yaratmaktadır.

Görüldüğü gibi sağlıkta sosyal belirleyiciler, bireylerin ve toplumların sağlık durumunu derinlemesine etkileyen çeşitli faktörlerdir. Türkiye'deki sosyal belirleyiciler, küresel eğilimlerle paralellik gösterirken, ülkenin kendine özgü ekonomik, sosyal ve çevresel dinamikleri de bu belirleyicilerin etkisini şekillendirmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Toplumların sağlığını koruyabilmek, bireysel anlamda tedavileri sağlayabilmek ya da sakat bireylerin çevresindekilere bağımlı olmadan hayatına devam etmesini sağlamak tamamiyle sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Tüm bunlara ek olarak toplumların sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak da yine sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilmektedir. T. C. 1961 Anayasası'nda yer alan 48. maddede yer aldığı hali ile sağlık hizmetleri; “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin görevidir” şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. 1961 Anayasası, md.48). Sonrasında kabul edilen 1982 tarihli Anayasa'da bulunan 41. maddede ise sağlık hakkı ile alakalı “Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır” ifadesine yer verilmiştir. Yine 1982 tarihli Anayasa'da yer alan 56. madde gereğince tüm bireylerin sağlıklı olma ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu üzerinde durulmuştur (T.C. 1982 Anayasası, md.56). Tüm bu anayasal düzenlemelerde de görüldüğü üzere sağlıkla alakalı düzenlemelerin pek çoğu anayasal düzeyde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapıldığında ise koruma, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetlerin yer aldığı görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri olarak da adlandırılabilir. Bu hizmetler, sağlıklı bireylerin hastalanmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Yani koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla sunulan tüm hizmetleri kapsamaktadır (Orhan, Ö., 2006: 44). Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ise kişinin hastalanmasından sonra muayene ve tedaviyi içeren hizmetleri kapsar (Altay, A., 2007: 35).

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri, hastalık veya kaza sonrası engelli duruma düşen bireylerin eski yaşam düzenine dönmesini sağlayacak çabaları içermektedir (Özkara, Y., 2006: 76). Bu hizmetler, hastalığın tedavisinden sonra oluşan sakatlıkların giderilmesi ve bireyin yeniden iş hayatına dönebilmesi için gerçekleştirilen tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Akdur, R., 1998: 5). Sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler ise bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek için sürdürülen tüm çalışmaları ve hizmetleri kapsamaktadır (Demir, Ş., 2019: 8).

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplum sağlığının hem iyileştirilmesi hem de korunmasına dair tüm faaliyetler bireyin sağlığı üzerinde direkt etki yaratmaktadır. Aynı zamanda maliyetin artış göstermesi ve ortaya çıkan finansmanla alakalı sıkıntılar, sağlık hizmetlerine özel sektörün de dâhil olmasını gerektirmiştir (Okursoy, A., 2010:66). Okursoy'a (2010) göre sağlık hizmetlerinin özellikleri, hizmetlerin doğası gereği depolanamaz, elle tutulamaz ve gözle görülemez olmasını içerir. Bu hizmetler, sunulan kişiye ve koşullara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Dolayısıyla hizmet kalitesinin sabit olmadığını söylemek mümkündür. Ayrıca araştırmacı sağlık hizmetleri kaynağından, yani sağlık profesyonellerinden ayıramaz olduğunu vurgulamaktadır. Bu özellik hizmetin doğrudan bu profesyonellerin bilgi ve becerilerine bağlı olduğu anlamına gelmektedir.

Waitzberg ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan bir çalışmada ise, sağlık hizmetlerinin özellikleri erişilebilirlik, süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon olarak sıralanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden biri, hizmetlerin herkes tarafından erişilebilir olmasıdır. Bu coğrafi, ekonomik veya sosyal engellerin olmadığı bir erişimi ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin adil bir şekilde sağlanması, toplum sağlığını iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ise, bireylerin ihtiyaç duydukları her an bu hizmetlerden yararlanabilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık gereksinimlerinin tümünü karşılayacak şekilde kapsamlı olmalıdır. Kapsamlılık, sağlık hizmetlerinin hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri içermesini gerektirmektedir.

Son olarak araştırmacılar sağlık hizmetlerinin etkinliğinin, bu hizmetlerin farklı sağlık profesyonelleri ve kurumları arasında iyi koordine edilmesiyle artacağını ifade etmektedir. Koordinasyon, hastaların farklı hizmetler arasında sorunsuz bir şekilde geğiş yapmasını ve tüm bakım sürecinin entegre bir şekilde yürütülmesini sağlamaktadır. Bütün bu özellikler, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkililiğini artırmak için kritik öneme sahip olmaktadır.

2.2. Sağlık Hizmeti Sunucuları

Sağlık hizmetleri öncelikli olarak kişinin sonrasında da içinde yaşanılan toplumun sağlıklı olabilmesine ve sağlıklı olma halinin süreklilik göstermesine yardımcı olan bütün hizmetleri kapsamaktadır (Altay, A., 2007: 34). Bu bağlamda dünya genelinde tüm vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerinin farklı şekillerde kategorize edildiği söylenebilir. Bunlar folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektör olarak ifade edilmektedir.

Folk sektör, sağlık ya da hastalığa yönelik olarak resmi bir diploması bulunmayan, bununla birlikte toplumun bu konuda uzman olarak atfettiği kişilerden olmaktadır. Bu kişilerin sağlığa dair herhangi bir eğitimi ya da belgesi de bulunmamaktadır (Çatalca, H., 2000:6). Popüler sektöre bakıldığında ise tıbbi konulara yönelik olarak herhangi bir eğitimi veya uzmanlığı olmayan, sadece edindiği tecrübeler doğrultusunda danışmanlık hizmeti veren bireylerden oluştuğu söylenebilir (Çatalca, H., 2000: 6). DSÖ popüler sektörün, total sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamında ortaya çıktığını ifade etmektedir (Sağlık Platformu, 2023: 1). Bütün bunlara ek olarak sağlık hizmetlerinde esas yetkin uygulamaları sürdüren profesyonel sektörün, aldığı eğitimde uzmanlaşan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu bireylerin sahip olduğu uzmanlık resmi kurumlar tarafından da onaylanmıştır (Çatalca, H., 2000: 7).

3. SAĞLIK HİZMETİNİN HUKUKİ BOYUTU

Uluslararası sağlık hukuku, özellikle salgın hastalıklar ve küresel sağlık tehditlerine karşı önlem almayı amaçlayan yasal düzenlemeleri ve uluslararası anlaşmaları kapsamaktadır. 2024 yılında DSÖ'nün 77. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilen Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne yönelik yeni değişiklikler, bu alandaki mevcut eksiklikleri gidermeye yönelik önemli adımlar içermektedir. Bu düzenlemeler küresel sağlık güvenliğini güçlendirmeyi hedeflerken, özellikle "eşitlik ve dayanışma" ilkelerini vurgulamaktadır. Değişiklikler salgın acil durumlarının daha hızlı tespiti ve müdahale edilmesi, sağlık ürünlerine eşit erişim sağlanması ve gelişmekte olan ülkelere finansal destek sağlanması gibi önemli yenilikler getirmektedir. Ancak bu değişikliklerin büyük bir kısmı esnek mekanizmalar üzerine kurgulandığından, zorlayıcı değil, daha çok danışma ve gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu durum uluslararası toplumun, ülkelerin iç işlerine müdahaleden kaçınma eğilimi gösterdiğini ve katı hesap verebilirlik mekanizmalarından çekindiğini ortaya koymaktadır (Berman, A., ve Sharma, K., 2024).

T. C. Anayasası'nda yer alan sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler bölümünde bulunan 56. madde, sağlık hakkını net bir şekilde ortaya koymaktadır (Temiz, Ö., 2014:168). Sağlık hakkı aynı zamanda ikinci kuşak haklar arasında değerlendirilmektedir (Oğuz, M.Y., 1997:50). T. C. Anayasası'nda bulunan 60. madde, tüm vatandaşların ilk olarak sosyal güvenlik hakkına sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Devletin ise bu noktadaki rolü, güvenliği sağlayacak tedbirlerin alınmasıyla sınırlandırılmıştır (T.C. Anayasası, 1982, md.60). Sağlık hizmetinin hukuki boyutuna kronolojik bir şekilde bakıldığında ise aşağıda yer alan maddelerle özetlenmesi mümkündür.

- Kanun-i Esasi'nin 1876 yılında kabul edilmesi ile birlikte Osmanlı Devleti'nde ilk kez bir Anayasa kabul edilmiştir. Ancak ilgili Anayasa'da sağlık hakkında yönelik olarak herhangi bir ibarenin bulunmadığı söylenebilir. Vatandaşların temel hak ve özgürlüklerine yer verilen bu Anayasa'da kişinin yalnızca özgürlüğüne ve güvenliğine değinilmiştir (Bostancı, Y., 2007:33).

- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 1921 yılında kabul edilmesi ile birlikte pek çok gelişme yaşanmış ancak ilgili Anayasa yalnızca devletin kuruluşuna ve işleyişine odaklanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1921).
- 1921 Anayasası'nda benzer şekilde 1924 yılında kabul edilmiş olan Anayasa' da da yalnızca temel hak ve özgürlüklerin üzerinde durulduğu söylenebilir. Dolayısıyla burada da sağlık hakkına yönelik olarak herhangi bir ibare bulunmamaktadır (Kuruca, M., 2012:28).
- 1924 yılında kabul edilen Anayasa' da ise özellikle salgın hastalıklar nedeniyle 78. madde getirilmiştir. Bu maddede sağlık ile alakalı yalnızca “Seferberlik ve sıkıyönetim hallerinin veya salgın hastalıklardan dolayı kanun gereğince alınacak tedbirlerin gerektirdiği kısıtların dışında yolculuk hiçbir kayıt altına alınmaz” ifadesi bulunmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1924, md.78).
- Türk hukukunda sağlık hakkı ile alakalı bir değerlendirme yapıldığında ilk kez 1961 ve 1982 Anayasaları'nda sağlık hakkına yönelik düzenlemeler yapıldığı söylenebilir. Bu yıllara gelinceye dek sağlıkla alakalı hukuki herhangi bir anayasal düzenleme gerçekleştirilmemiştir (Temiz, Ö., 2014:166). 1961'de kabul edilmiş olan Anayasa' da 48. ve 49. maddeler sağlıkla alakalı temel belirleyiciler üzerinde durmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1961, md.48, md.49). Aynı yıl kabul edilmiş olan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” da vatandaşa sunulacak sağlık hizmetlerinin sürekli bir şekilde ve entegre olarak sunulması gerektiği vurgulanmaktadır (Yıldırım, A., 1994:48). İlgili tüm uygulamalarla birlikte zaman içerisinde çeşitli gelişmeler yaşanmış ve halkın sağlık hizmetlerine çok daha kolay bir şekilde erişimi sağlanmaya çalışılmıştır (Kol, E., 2015:140- 141).
- 1982 yılında kabul edilmiş olan Anayasa' da ise sağlık hakkına dair son düzenlemelerin yer aldığını söylemek mümkündür. Anayasa'da yer alan 56. madde, tüm toplumların dengeli ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkına sahip olduğunu vurgulamaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.56).

- Genel kapsamlı bir değerlendirme yapıldığında sağlık hakkının İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde ikinci kuşak haklar arasında yer aldığı söylenebilir. İlgili bildirmede yer alan 25. madde bütüncül bir şekilde sağlık hakkına odaklanılmaktadır. Bu madde gereğince kişinin hem kendisinin hem de ailesinin sağlık hakkı bulunduğu ifade edilmektedir (Alptekin, 2004: 137; BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948).
- 1961 yılında imzalanmış olan Avrupa Sosyal Şartı da 11. maddesi gereğince sağlığın korunması konusuna dikkat çekmektedir (Avrupa Sosyal Şartı, 1961, md.11).
- Son olarak 1978 yılında Kazakistan'da gerçekleştirilen “Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı” ile birlikte sağlık hizmetlerinin önemi net bir şekilde ortaya koyulmuştur. 1973 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık alanında ortaya çıkan yetersizliklere vurgu yapması ilgili konferansın gerçekleştirilmesinin en önemli sebepleri arasında yer almaktadır. 1978 yılında gerçekleştirilen konferansla birlikte 2000 yılına yönelik sağlık uygulamaları belli bir sisteme oturtulmuş ve katılımcı olan ülkeler adına kalkınmanın bir parçası halinde değerlendirilmiştir (Kıvanç, M. M., 2015:163).

Uluslararası sağlık hukuku ve Türkiye'deki sağlık hukuku, farklı tarihsel ve hukuki bağlamlarda gelişmiş olsalar da, her ikisi de toplum sağlığını korumaya yönelik önemli düzenlemeler içermektedir. Uluslararası sağlık hukuku, küresel sağlık tehditleri ve salgın hastalıklarla mücadele etmek amacıyla 19. yüzyıldan itibaren gelişmeye başlamıştır. Özellikle DSÖ'nün rehberliğinde yapılan uluslararası anlaşmalar ve düzenlemeler, küresel sağlık güvenliğini sağlamak için temel teşkil etmektedir.

2024 yılında DSÖ tarafından kabul edilen yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü değişiklikleri, eşitlik ve dayanışma ilkelerine vurgu yaparak, salgın hastalıkların hızlı tespiti ve müdahalesi, sağlık ürünlerine eşit erişim gibi konularda önemli yenilikler getirmiştir. Ancak bu düzenlemeler, büyük ölçüde gönüllülük esasına dayandığı için ülkelerin katı hesap verebilirlik mekanizmalarından çekindiği görülmektedir. Türkiye'deki sağlık hukuku ise, Osmanlı İmparatorluğu'ndan Cumhuriyet'e

uzanan süreçte, sağlık hakkının anayasal güvence altına alınmasıyla şekillenmiştir. Osmanlı dönemi anayasalarında sağlık hakkına ilişkin herhangi bir düzenleme yer almazken, 1961 ve 1982 Anayasaları ile bu hak anayasal güvence altına alınmıştır. 1982 Anayasası'nın 56. maddesi, tüm bireylerin dengeli ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkını vurgulamaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve halkın bu hizmetlere erişiminin kolaylaştırılması amacıyla 1961 yılında çıkarılan yasalar da bu sürecin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi uluslararası sağlık hukuku, küresel iş birliği ve dayanışma üzerine kuruluyken, Türkiye'deki sağlık hukuku, ulusal düzeyde sağlık hakkını anayasal bir güvence altına alarak vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini sağlamayı amaçlamaktadır. Her iki hukuk sistemi de kendi bağlamlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik önemli adımlar atmıştır.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak sunulan sağlık hizmetine yönelik finansal kaynakların kullanılmasını kapsamaktadır (Güvercin, A., vd., 2016:83). Sağlık hizmetinin sunumu esnasında ortaya çıkabilecek maliyetleri gidermek adına ihtiyaç duyulan maddi kaynaklara ulaşılması da sağlık hizmetleri finansmanı kapsamında değerlendirilmektedir (İstanbuluoğlu, H., vd., 2010:89). Sağlık ile alakalı finansmanın, özel ve kamusal finansman olarak iki şekilde incelendiği söylenebilir. Burada kamu tarafından sağlanan finansman kaynakları genel olarak prim ya da vergi gelirlerine dayanmaktadır. Özel finansmana bakıldığında ise özel sağlık sigortaları ile birlikte gerçekleştirilen cepten ödemelerin kullanıldığı görülmektedir. Bu sistemde hastalanan kişi sağlık hizmeti ile alakalı maliyetleri kendisi de karşılayabilir (Doğru, E., 2019:16). 2012 yılında çıkan Genel Sağlık Sigortası sistemi de Türkiye'de sürdürülen kamu finansman sisteminin en iyi örneklerindedir. Günümüzde halen uygulanan Genel Sağlık Sigortası'nın birinci hedefi toplumun genelini kapsayacak bir şekilde sürdürülen sağlık hizmetini bütün vatandaşlara eşit bir şekilde sunmaktır (Pekten, A., 2006:120). Özel sigortalar ise sağlıkla ilgili sürdürülen uygulamaların en önemlisi olarak varsayılmaktadır.

Özel finansman kaynakları kapsamında bulunan bu kaynağa bakıldığı zaman özel sağlık sigorta kuruluşlarının ödeme yaptığı görülmektedir (Doğru, E., 2019:17). Tüm bunlara ek olarak sürdürülen bir diğer uygulama cepten harcamalar olarak belirtilebilir. Bu harcamalar bilinen eski harcama türü şeklinde görülmekle birlikte kişinin aldığı sağlık hizmetinin karşılığını kendisinin vermesi olarak ifade edilebilir (İstanbulluoğlu, H., vd., 2010:90). Sağlıkta finansman yöntemleri dolaylı ve doğrudan finansman yöntemleri olarak iki şekilde kategorize edilmektedir. Doğrudan finansman yöntemleri, sağlık hizmetini alan kişinin direkt olarak finansman gerçekleştirilmesi ile sağlanmaktadır. Dolaylı finansman yönetiminde ise ortaya çıkan ödeme, sosyal sigorta ya da özel sağlık sigortası gibi çeşitli araçlarla karşılanmaktadır (Mutlu ve Işık, A. K., 2012:288). Dolaylı finansman dahilinde aracı kuruma belli bir ödeme yapılmaktadır. Hastalık öncesinde hastalık riskine karşı korunmak için gerçekleştirilen tüm bu ödemeler Sosyal Güvenlik Kurumu veya özel sigorta kapsamında yapılabilir (Ekici, D., 2013:15). Medeniyetlerin en önemli simgesi olan sosyal güvenlik kavramı tarihi süreç içerisinde tüm insanlık için evrensel bir değer meydana getirmiştir. İnsanların ortaya çıkabilecek herhangi bir tehditte korunma ihtiyacı neticesinde ortaya çıkan sosyal güvenlik kavramı, kişinin temel seviyede korunmasını amaçlamaktadır (Ayhan, A., 2012:45).

5. SAĞLIK REFORMU VE SAĞLIK POLİTİKASI

1980'li yıllardan sonra Türkiye'de pek çok reformun gerçekleştiği söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan maliyet artışları da sağlık hizmetlerine yönelik olarak çeşitli reformların yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Günaydın, D., 2011:327). İlgili dönemde farklı ülkelerdeki sağlık hizmetlerine yönelik çeşitli analizler gerçekleştirilmiş ve ilgili analizlere yönelik raporlar hazırlanmış ve bu bağlamda sağlık krizlerinin meydana gelebileceği konusuna değinilmiştir. İlk kez Şili'de uygulanan sağlık reformları sonrasında Yeni Zelanda, Hindistan ve Arjantin'de uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'ye bakıldığında 1986'da bu reformlarla ilgili ilk adımların atıldığı görülmektedir (Hamzaoğlu, O. , 2011:26-27). Ülkelerin kendi yapısına uygun bir şekilde sürdürdüğü resmi sağlık politikalarının ilgili ülkeye yönelik en önemli sağlık göstergelerinden olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye özelinde vatandaşların sağlık hakkı

1982 Anayasasında yer alan 56. maddeyle koruma altına alınmaktadır. İlgili madde tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu vurgulamakta ve bu korumanın devletin görevi olduğunu ifade etmektedir (Sargutan, E., 2005, 2016). Sağlık politikalarının hazırlanmasının yanı sıra uygulanması ve denetlenmesi gibi tüm süreçler devlet tarafından sürdürülmektedir. Aynı zamanda sağlık sektörünün sahip olduğu hassas yapı göz önünde tutulduğunda devlet kontrolü bulunmaksızın sağlık politikalarının hazırlanması mümkün görülmemektedir (Başol, E., ve Işık, A . 2015: 2016).

Dünya genelinde tüm ülkeler vatandaşlarının sağlığını muhafaza edebilmek ya da hasta vatandaşları tedavi edebilmek için çeşitli sağlık sistemleri geliştirmiştir (Culyer, A.J., ve Newhouse, J., 2000:13-19). İlgili sağlık sistemleri ile alakalı genel bir sınıflandırma yapılamasa da en temel sistem modellerinin üçe ayrıldığı söylenebilir. Bunlar; Beveridge modeli, Bismarck modeli ve genel sağlık sigortası modeli olarak sınıflandırılmaktadır (McCanne, D., 2010:2). Alman siyasetçi Otto von Bismarck tarafından ilk kez 1877 yılında ortaya koyulan Bismarck modeli, sağlık sistemi finansmanının kazanca bağlı sigorta primlerine dayanmasını ifade etmektedir. Aynı zamanda sosyal sigortanın bir zorunluluk olması ve hizmet sağlayıcılarının hem özel sektör hem de kamudan faydalanması, ilgili modelin temel özelliklerindedir (Lameire, N. J., vd, 1999:3). II. Dünya Savaşı sonrasında William Beveridge tarafından ortaya koyulan Beveridge Modeli ise sağlık hizmetlerinin bütüncül bir şekilde devlet tarafından finanse edilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Immergut, E. M. 1992: 5). Bütün bunlara ek olarak Genel Sağlık Sigortası Modeli ise karma model olarak tanımlanabilir. Diğer sistemlerle kıyaslandığı zaman daha kolay bir yönetime ve organizasyona sahip olan bu sistem ilk kez Kanada'da kabul edilmiştir. Sonrasında Tayvan ve Güney Kore gibi ülkelerde de bu sistemin uygulanmaya başladığı görülmektedir (Woolhandler, S., vd., 2003:773).

6. TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ KRONOLOJİK GELİŞİMİ

Osmanlı imparatorluğu dönemi incelendiğinde sağlık ile ilgili politika ve uygulama süreçlerinde monarşinin izlerine rastlandığı görülmektedir (Akdur, R . , 1998:2). Osmanlı Devleti'nde sağlık işlerini sürdüren

herhangi bir resmi kurum bulunmamaktadır (Beylik, U.,2015: 184). Osmanlı döneminde sağlıkla alakalı yaşanan gelişmelerden en önemlisi 1839 yılında "Beynelmilel Sıhhiye Meclisi"nin kurulmasıdır. İlgili meclis, dönemde bütün sivilleri kapsayan en kapsamlı sağlık kuruluşu olarak görülmüştür. 1849 yılında hekim başı kurumunun kaldırılmış, 1862 yılında ise hekimlik uygulamalarına dair nizamname hazırlanmıştır (Beylik, U., 2015:185). 1867 yılında İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi yayınlanmıştır. 1906 da ise Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuştur (Akdur, R. , 1998:3).

1920 yılında Sağlık Bakanlığı kurularak sağlıkla alakalı en önemli adımlardan birisi atılmıştır. İlgili dönemde Sağlık Bakanlığı'nın kurucusunun Adnan Adıvar olduğu bilinmektedir (Özdemir, H. , 2023: 27). 1923 yılına gelinceye dek savaşın olumsuzluklarının sürmesi bu dönemde sağlıkla alakalı en etkin uygulamaların savaşın yaralarının sarılması olduğunu göstermektedir (İstanbul Tabip Odası, 2021). Cumhuriyetin ilanı ile birlikte Sağlık Bakanı görevini Refik Saydam üstlenmiştir (İstanbul Tabip Odası, 2021). Refik Saydam ile birlikte sağlık teşkilatında dikey bir yapılanmaya geçilmiş ve tedavi edici-koruyucu hekimlik hizmetleri birbirinden ayrılmıştır (Çavmak, Ş., ve Çavmak, D., 2017:50). İlgili yıllarda sağlıkla alakalı pek çok kanun kabul edilmiş ve bu kanunlar sağlık hizmetlerinin şekillenmesine büyük ölçüde fayda sağlamıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

1946-1960 yılları arasına bakıldığında ise II. Dünya Savaşı'nın yıkımlarının halen etkilerini hissettirdiği görülmektedir. Bu dönemde Uluslararası Sağlık Konferansı düzenlenmiş ve konferansa katılan ülkelerle birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası meydana getirilmiştir (T. C. Dışişleri Bakanlığı, 2023). Refik Saydam'ın bulaşıcı hastalıklara dair pek çok gelişmeye önayak olması beraberinde ilk aşular üretilmeye ve uygulanmaya başlamıştır (Özdemir, H., 2023:27). Behçet Uz sağlık bakanlığı görevine gelmiş ve "Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı'nı" uygulamaya koymuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023). 1960 yılında yaşanan darbe neticesinde sağlıkla alakalı pek çok öneri gündeme gelmeye başlamıştır. Dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair bir görüş birliğine varıldığı da söylenebilir (Özdemir, H., 2023: 28).

1961 yılında kabul edilen Anayasa tarafından öngörüldüğü haliyle sağlık alanında farklı bir örgütlenmeye gidilmiştir. Yıllarda Sağlık Bakanlığı görevi yapan Nusret Fişek önderliğinde, 1960 yılında “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” kabul edilmiştir (Altındağ, Ö., ve Yıldız, A., 2020:166).

1961 yılında yaşanan gelişmelerden sonra sosyal devlet anlayışı kabul edilmeye başlanmış ancak 1980 yılından sonra dünyayı tamamıyla neoliberal akımlar etkilemeye başlamıştır. Bu dönemde Türkiye’de de çeşitli olumsuzlukların ortaya çıktığını söylemek mümkündür (Özdemir, H., 2023:29). 1980 yılında yaşanan askeri darbeyle birlikte toplum büyük bir baskı altında kalmış ve sağlık politikaları da köklü bir şekilde değişmeye başlamıştır (Altındağ, Ö., ve Yıldız, A., 2020:167). Bu dönemde 2514 Sayılı “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” kabul edilmiştir (Akdur, R., 2008: 9).

2002 yılında hükümet tarafından gerçekleştirilen Acil Eylem Planı açıklamasında sağlıkla alakalı öncelikler vurgulanmıştır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığının yönetsel olarak yeniden yapılandırılması gerekliliği üzerinde durulmuştur. (Çilhoroz, Y., ve Arslan, İ., 2018:801). Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında gerçekleştirilecek tüm gelişmeler, temelde sağlık hizmetlerinde meydana gelen problem ve aksaklıklara çözüm olabilmek için ortaya çıkmıştır (Memişoğlu, D. , 2016: 65–74). Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir dönüm noktası olduğunu söylemek mümkündür (Özgen, D., 2023: 61).

7. TÜRKİYE'NİN VE DİĞER ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI

Dünya genelinde sağlık harcamalarına bakıldığında çeşitli eşitsizliklerin görüldüğü söylenebilir. Gelir düzeyi daha yüksek olan ülkeler küresel sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmını oluştururken sağlık harcamalarının %40'ından fazlasının Amerika Birleşik Devletleri tarafından gerçekleştirildiğini söylemek de mümkündür. Yüksek gelirli ülkeler incelendiğinde kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarının, düşük gelirli ülkelere nazaran daha yüksek olduğu daha dikkat çekmektedir (WHO, 2021). Sağlık harcamaları ile ilgili Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan bir tanımda sağlık harcamaları kapsa-

mında değerlendirilmesi gereken ögelerin; ilaçlar, tedavi malzemeleri, tedavi aletleri, sağlık ürünleri ya da ek tüketim harcamaları olduğu ifade edilmektedir (TÜİK, 2020).

TÜİK verilerine göre 2013 ve 2022 yılları arasında sağlık harcamalarının, 2020 yılından sonra ivmeli bir şekilde artış gösterdiği görülmektedir. Koronavirüs pandemisi ile birlikte ortaya çıkan bu etki, 2022 yılında ortaya koyulan verilerin önceki yıla nazaran %71,5'lik bir artışa uğramasına sebep olmuştur. Yani 2022 yılında 606 milyar 835 milyon TL'lik harcama yapıldığını söylemek mümkündür. Genel sağlık harcamalarında ise önceki yıllara göre %65,4'lük artış yaşandığı dikkat çekmektedir. Özel sektör verileri 2022 yılında daha önceki yıla nazaran %94,4'lük bir artış ortaya çıktığını göstermektedir (TÜİK, 2022). Pandemi sürecinde dünya genelinde hem vatandaşlar hem de sağlık sektörü için büyük olumsuzluklar meydana gelmiştir. Dünya genelinde en gelişmiş ülkeler olarak kabul edilen ülkelerde bile sağlık sektöründe ortaya çıkan eksiklikler, pandemi etkileri ile birlikte belirgin hale gelmiştir. Ancak bu noktada sağlığa daha geniş bir bütçe ayıran ülkelerin sağlıkta ortaya çıkan sorunlarla baş etme konusunda daha avantajlı olduğu söylenebilir (Euronews, 2022). Dünya genelinde sağlığa ne kadar önem verildiği, yalnızca gerçekleştirilen sağlık harcamaları ile değil, mevcut ekonomik büyüklükle de ilintilidir. 1990 ve 2000 yılların başına bakıldığında zaman Avrupa Birliği ülkelerinin genel olarak daha kapsamlı sağlık harcamaları yaptığı dikkat çekmektedir (OECD, 2023). 2020 yılında ise Avrupa Birliği'nin gayrisafi yurtiçi hasılasının %10,9'unun sadece sağlık hizmetlerine ayrıldığını söylemek mümkündür. Benzeri görülmeyen bu sağlık harcamaları pek çok ülkede benzer şekilde sürdürülmüştür. Fransa ve Almanya özelinde bir değerlendirme yapıldığında oranın %12 olduğu, Hollanda, Belçika, Avusturya ve İsveç'te ise bu oranın %11 olduğu görülmektedir. Sağlıkla alakalı ekonomik çıktının en düşük payları ise Lüksemburg (%5,8), Romanya (%6,3), Polonya (%6,5) ve İrlanda'da (%7,1) ortaya çıkmıştır. Türkiye özelinde bakıldığında ise %4,6'lık bir oran ile, sağlık alanına en az payı ayıran ülke olduğu görülmektedir (OECD, 2023). 2022 verileri incelendiğinde ise Almanya'nın sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payının %12,8 olduğu dikkat çekmektedir. İlgili oran Fransa'da %12,2, İngiltere'de ise %12 olarak ortaya çıkmıştır. Lüksemburg,

Hırvatistan ve Türkiye’de yine %6’nın altında kalan sağlık harcamaları payı ile birlikte, sağlığa en az payı ayıran ülkelerdendir (OECD, 2023).

Tüm bu veriler sağlık harcamalarının ülkeler arasındaki farklılıkları ve bu harcamaların ülkelerin ekonomik büyüklükleriyle olan ilişkisini ortaya koymaktadır. Yüksek gelirlilerde, düşük gelirlilerde göre kişi başına düşen sağlık harcamaları daha yüksek olmaktadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dünya genelindeki sağlık harcamalarının %40’ından fazlasını gerçekleştirerek küresel sağlık harcamalarında büyük bir payı meydana getirmektedir. Bu durum ABD’nin sağlık sistemine büyük kaynaklar ayırdığını göstermekte aynı zamanda, Avrupa Birliği ülkeleri de sağlık harcamalarına önemli bir pay ayırmaktadır. 2020 yılında Avrupa Birliği’nin Gayrisafi Yurtiçi Hasılasının (GSYİH) %10,9’u sağlık hizmetlerine ayrılmış, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde bu oran %12’ye kadar çıkmıştır. Ancak Türkiye’nin sağlık harcamalarına bakıldığında Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla oldukça düşük olduğu görülmektedir. OECD verilerine göre, Türkiye 2022’de GSYİH’sının sadece %4,6’sını sağlık harcamalarına ayırmıştır, bu da onu sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülkeler arasında göstermektedir. Özellikle pandemi sürecinde sağlık harcamalarının artmasına rağmen, Türkiye’nin sağlık bütçesi diğer gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır.

Bu veriler, sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gücü ile doğrudan ilişkili olduğunu ve bu harcamaların sağlık sistemlerinin pandemiler gibi kriz durumlarında ne kadar dayanıklı olabileceğini belirlediğini ortaya koymaktadır. Sağlığa yeterince bütçe ayıran ülkelerin, pandemi gibi krizlerle daha etkili bir şekilde başa çıkabilmeleri mümkün olacaktır. Türkiye’nin sağlık harcamaları oranını arttırması durumunda bu tür krizlere karşı savunma gücünün artacağı öngörülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sanayi devriminden sonra göçlerin hızlı bir şekilde yaşanması ve beraberinde gelen nüfus artışı sağlık sorunlarının ciddi boyutlara ulaşmasına yol açmış ve bu durum da sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması konusunu gündeme getirmiştir. Tüm vatandaşlara eşit bir şekilde sunulması amaçlanan sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması ile beraber, farklı şekillerde sınıflandırılan sağlık hizmetleri refah devletle-

rinde evrensel hak anlayışıyla yapılandırılmıştır. Kapitalist sistemlerde ise emeğe dayalı bir şekilde sürdürüldüğü söylenebilir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre sağlık harcamalarının kontrol edilebilmesi için gerçekleştirilen çalışmalarının temeli ise ilgili harcamaları azaltmak ve aynı zamanda hizmet etkinliğinin artırılmasına dayandırılmıştır. Türkiye’de sağlıkla alakalı gerçekleştirilen en önemli gelişmenin 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yaşandığını söylemek mümkündür. Bu program kapsamında genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve hastane bağlantıları gibi farklı düzenlemeler yapılmıştır. İlgili gelişmeler neticesinde sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin artmasına ve etkinliğinin geniş kapsamlı bir şekilde sürdürülmesine yardımcı olmuştur. Bu bağlamda nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesi ve aynı zamanda sağlık harcamalarının kontrollü bir şekilde yapılması ilgili reformların başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için kritik bir rolü üstlenmektedir.

Çıkar Çatışması : Makalede hiçbir suç unsuruna veya kanuna aykırı ifadeye yer verilmemiş, araştırma yapılırken araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Akdur, R. (1998). Türkiye'de sağlık politika ve hizmetleri. Erişim adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1445/36-akdur-r-tu-rkiyede-sag-lik-politika-ve-hizmetleri-yeni-tu-rkiye-4-23-24-1984-1995-eylu-l-aralik-1998.pdf>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008). Ankara. Erişim adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1372/04-akdur-r-cumhuriyetten-gu-nu-mu-ze-tu-rkiye-sag-lik-12ulusal-halk-sag-lig-i-kongresi-21-25-ekim-2008-ankara-kitabi-sayfa-45-71.pdf>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- Alptekin, K. (2004). Sağlık hakkı ve insan hakları üzerine bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi*, 12(2).
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.
- Altındağ, Ö., Yıldız, A. (2020). Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 157-184.
- Avrupa Sosyal Şartı. (1961). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/media/3680/avrupasosyalsarti.pdf>. Erişim tarihi: 12.12.2023.
- Ayhan, A. (2012). Sosyal güvenlik kavramı ve sosyal güvenlik ilkeleri. *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(1), 41-55.
- Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye'de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: Sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. *International Anatolian Academic Online Journal Dergisi*, 2, 1-26.
- Berman, A., Sharma, K. (2024). The new amendments to the International Health Regulations (77th WHA, 2024). NUS Centre for International Law.
- 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.
- BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, (1948). Erişim adresi: <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/>. Erişim Tarihi: 01.11.2023.
- Bostancı, Y. (2007). Sosyal güvenlik hukukunda genel sağlık sigortası. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Culyer, A. J., Newhouse, J. (2000). Introduction: The state and scope of health economics, handbook of health economics (1A). Elsevier Science B.V., (Amsterdam, The Netherlands).

- Çatalca, H. (2000). Sağlık hizmetleri yöneticilerinin yönetim eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi: Kocaeli örneği. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çilhoroz, Y., Arslan, İ. (2018). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının değerlendirilmesi: Akademisyenler üzerinde nitel bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(28), 798-810.
- Demir, Ş. (2019). Sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizliklerin analizi ve türkiye örneği. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Doğru, E. (2019). Uzun dönemli kamu sağlık harcamalarında sosyoekonomik belirleyiciler: Türkiye örneği. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Dünya Sağlık Örgütü (2023). World Health Organization, Social determinants of health Progress of the World Report on Social Determinants of Health Equity, EXECUTIVE BOARD EB154/21 154th session 18 December 2023 Provisional agenda item 19.
- Ekici, D. (2013). Sağlık bakım hizmetinin yönetimi. Sim Matbaacılık, İstanbul.
- Euronews (2022). Sağlık harcamaları. Erişim adresi: <https://tr.euronews.com/next/2022/04/05/sagl-k-harcamalar-n-n-milli-gelire-oran-oecd-ve-ab-de-sagl-ga-en-az-pay-ay-ran-ulke-turkiye>. Erişim tarihi: 28.12.2023.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 1, 60.
- Günler, O. E. (2022). Social inequality in aging. *Current Perspectives in Social Sciences*, 26(4), 350-360.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Hamzaoğlu, O. (2011). 1980 sonrası sağlık reformları, kapitalizmin krizi ve sağlık.
- Immergut, E. M. (1992). Health politics: Interests and institutions in Western Europe. Cambridge University Press Archive.

- Inyinbor, Adejumo, A., Adebesin, Babatunde, O., Oluyori, Abimbola, P., Adelani-Akande, Tabitha, A., Dada, Adewumi, O. and Orefofe, Toyin, A. (2018). Water pollution: Effects, prevention, and climatic impact. InTech.
- İstanbul Tabip Odası (2021). Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları ve örgütlenme, 1920-1960 - Necati Dedeoğlu. Erişim adresi: <https://www.istabip.org.tr/6738-cumhuriyet-donemi-saglik-politikalari-ve-orgutlenme-1920-1960-necati-dedeoglu.html>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2012). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kıvanç, M. M. (2015). Evrensel sağlık bildireleri ve türkiye’de sağlık reformları. Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_2_3_162_166.pdf. Erişim tarihi: 01.11.2023.
- Kol, E. (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Journal Of Social Securty, 1(1).
- Kuruca, M. (2012). Genel sağlık sigortası. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Lameire, N., Joffe, P., Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: An overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 3-9.
- McCanne, D. (2010). Health care systems-four basic models; Physicians for a National Health Program (PNHP). Erişim adresi: https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php. Erişim Tarihi: 31.10.2023.
- Memişoğlu, D. (2016). Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta dönüşüm programı. *Yasama Dergisi*, (34), 62–93.
- Mutlu, A. Işık, A. K. (2012). Sağlık ekonomisine giriş. Ekin Kitapevi, Bursa.
- OECD. (2023). Health expenditure in relation to GDP, Erişim adresi: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/788a13b4-en/index.html?itemId=/content/component/788a13b4-en>. Erişim tarihi: 28.12.2023.
- Oğuz, N. Y. (1997). Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 5, 50-5.
- Okursoy, A. (2010). Türkiye’de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

- Orhan, Ö. (2006). Küreselleşme süreci ve Türkiye'de sağlık politikaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Kamu Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi.
- Özdemir, H. (2023). Türk sağlık sisteminin sağlık göstergelerine etkileri ve OECD ülkeleri ile karşılaştırılması. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Özgen, D. (2023). Sağlık ekonomisi yüksek lisans programı sağlıkta dönüşüm programı sonrası Türkiye'de sağlık hizmetleri arzı ve arzı etkileyen faktörlerin analizi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: Bir uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Pekten, A. (2006). Genel sağlık sigortası sistemi ve getirdiği yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, (61), 119-138.
- Sağlık platformu (2023). Sağlık hizmetleri. Erişim adresi: <https://www.saglikplatformu.com/saglik-hizmetleri/>. Erişim tarihi: 03.10.2023.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8, 401-428.
- SRI. (2010). Spas and The Global wellness market: Synerges and opportunities, Prepared By Srı International.
- T. C. Dışişleri Bakanlığı (2023). Dünya Sağlık Örgütü Teşkilatı. Erişim adresi: <https://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa#:~:text=D%C3%BCnya%20Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Te%C5%9Fkiyat%C4%B1%2C%20Anayasas%C4%B1n%C4%B1n%2026,May%C4%B1s%20ay%C4%B1nda%20Cenevre'de%20d%C3%BCzenlenmektedir>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık Bakanlığının tarihçesi. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html>. Erişim Tarihi: 30.11.2023.
- T.C. 1961 Anayasası. (1961, 9 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı:334). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/oncelki-anayasalar/1961-anayasasi/>. Erişim tarihi: 02.10.2023.
- T.C. 1982 Anayasası. (18 Ekim 1982). T.C. Resmi Gazete (Sayı:2709). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>. Erişim tarihi: 02.10.2023.

- Temiz, Ö. (2014). Türk hukukunda bir temel hak olarak sağlık hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69(01), 165-188.
- TÜİK (2020). Hanehalkı Bütçe Araştırması Tüketim Harcamaları Birleşik Mikro Veri Seti 2016-2017- 2018. Erişim Adresi: <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/hanehalki-butce.pdf> (Erişim Tarihi: 26.12.2023).
- T.C. 1924 Anayasası. (20 Nisan, 1924). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1924-anayasasi/>. Erişim tarihi: 01.11.2023.
- T.C. 1921 Anayasası. (20 Ocak, 1921). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1921-anayasasi/>. Erişim tarihi: 01.11.2023.
- Ünsal, E. (2000). Sağlık mal ve hizmetlerinde piyasa aksaklıkları. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Waitzberg, R., Pfundstein, I. D, Maresso, A., Rechel, B., Van, Ginneken, E., Quentin, W. (2024). Analysis of health system characteristics needed before performance assessment. *Bull World Health Organ*, Jul 1, 102(7), 547-549.
- WHO. (2021). Global expenditure on health: public spending on the rise? Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1400583/retrieve>. Erişim tarihi: 26.12.2023.
- Woolhandler, S., Campbell, T., Himmelstein, D. U. (2003). Costs of health care administration in the united states and canada. *New England Journal of Medicine*, 349(8), 768–775.
- Yıldırım, A. (1994). 1961 Anayasasında “sosyal devlet ve sağlık hakkı”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 9(60).
- Yorulmaz, R., Erdem, R. (2021). Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7 (1), 57-74.