



Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi



Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi Journal of Health and Social Welfare Research

Yıl /Year: 2024

Cilt/Volume: 6

Sayı/No: 1

ISSN: 2667-8217



Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Haşim ÇAPAR

Baş Editör / Editor in Chief

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Haşim ÇAPAR

Editörler / Editors

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fadime ÇINAR

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Ferhat ÖZBAY

Arş. Gör. Dr. Cuma ÇAKMAK / Research Assistant Dr. Cuma ÇAKMAK

Alan Editörleri / Field Editors

Uzm. Dr. / Exp. Dr. Askeri TÜRKEN

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Mehmet Emin KURT

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet KAR

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Murat KONCA

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Mesut TELEŞ

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet YILDIZ

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Taner ABİŞ

Dr. / Dr. İsmail BIÇER

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Öğr. Gör. / Lecturer Burcu ÇELİK

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Muhammed Felat AKTAN

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Bekir Sami OĞUZTÜRK

Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim DUYAR

Arkansas Eyalet Üniversitesi

Prof. Dr. Shahrokh Waleck DALPOUR

Maine-Farmington Üniversitesi

Prof. Dr. Suat KOLUKIRIK

Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Adil AKINCI

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fadime ÇINAR

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fatma TEMELLİ

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi. / Asst. Prof. Dr. Haşim

ÇAPAR

Dicle Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Ferhat

ÖZBAY

Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Kazım

SARIÇOBAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Seham

HENDAWİ

Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Alhamzah ALNOOR

Southern Technical University

Dr. İbrahim DAĞLI

Öğr. Gör. / Lecturer Serkan AKIN

Kayseri Üniversitesi



Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Bekir Sami OĞUZTÜRK

Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim DUYAR

Arkansas Eyalet Üniversitesi

Prof. Dr. Shahrokh Waleck DALPOUR

Maine-Farmington Üniversitesi

Prof. Dr. Suat KOLUKIRIK

Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Adil AKINCI

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fadime ÇINAR

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fatma TEMELLİ

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi. / Asst. Prof. Dr. Haşim ÇAPAR

Dicle Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Ferhat ÖZBAY

Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Kazım SARIÇOBAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Seham HENDAWİ

Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Alhamzah ALNOOR

Southern Technical University

Dr. İbrahim DAĞLI

Öğr. Gör. / Lecturer Serkan AKIN

Kayseri Üniversitesi

Dergi Sekreteri / Journal Secretary

Arş. Gör. / Res. Asst. Mehmet Aziz ÇAKMAK



Amaç / Aim

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi (E-ISSN: 2667-8217), 2018 yılında yayın hayatına başlayan uluslararası kör hakemli ve açık erişimli bir e-dergidir. Derginin amacı, Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Turizmi, Medikal Turizm, Ekonomi, İşletme, Sürdürülebilir Kalkınma, Halk Sağlığı ve Sosyal Refah ile diğer multi disiplinler bilimleri kapsayan tüm alanlarla ilgili bilimsel çabalara öncülük etmek için bilim insanlarının bilgilerini paylaştıkları, alan yazına katkı sağladıkları, özgür bilimsel düşüncelerini bilimin ışığında uluslararası alanda sunabilecekleri bilimsel bir platform oluşturmaktır. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, sağlık ve sosyal refah ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri ve derleme makaleleri kabul etmektedir. Dergi Ocak ve Temmuz aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır.

Journal of Health and Social Welfare Research (E-ISSN: 2667-8217) is an international blind, peer-reviewed and open-access e-journal published in 2018. The aim of the Journal is that scientists share their knowledge and contribute to the literature to lead scientific efforts in all fields, including Health Management, Health Economics, Health Tourism, Medical Tourism, Economy, Business Administration, Sustainable Development, Public Health and Social Welfare and other multidisciplinary sciences. Journal of Health and Social Welfare Research is to create a scientific platform where they can present their free scientific ideas in the light of science internationally. Journal of Health and Social Welfare Research accepts research articles and review articles prepared in Turkish or English on all topics related to health and social welfare. The Journal is published twice a year, in January and July.

Kapsam / Scope

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Turizmi, Medikal Turizm, Ekonomi, İşletme, Sürdürülebilir Kalkınma, Halk Sağlığı ve Sosyal Refah ile diğer multi disiplinler bilimleri kapsayan tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri ve derleme makaleleri kabul etmektedir. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler Turnitin intihal programından geçirilmektedir. İntihal oranı %20'nin üzerinde olan makaleler değerlendirmeye alınmadan reddedilir. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi açık erişim politikasını benimsemiş bir e-dergidir. Dergide yayımlanan yazılardaki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarlarına aittir. Yazarlara nakit olarak telif ücreti ödenmemektedir.

Journal of Health and Social Welfare Studies accepts research articles and review articles prepared in Turkish or English on all subjects covering Health Management, Health Economics, Health Tourism, Medical Tourism, Economics, Business Administration, Sustainable Development, Public Health and Social Welfare and other multidisciplinary sciences. Evaluation fees and application fees are not collected from the articles sent to the Journal. Articles submitted for publication in the Journal must be prepared in accordance with the rules of research and publication ethics. The Journal of Health and Social Welfare Research observes the publication ethics principles, standards and recommendations set by COPE (Committee on Publication Ethics) and ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). The articles submitted for publication in the Journal are passed through the Turnitin plagiarism program. Papers with a more than 20% plagiarism rate are rejected without being evaluated. Journal of Health and Social Welfare Research is an e-journal that has adopted an open access policy. The views in the articles published in the Journal are not the views of the Journal. All responsibility belongs to the authors. No royalties are paid to authors in cash.

Dizgi / Type Setting

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Haşim ÇAPAR

Kapak Tasarım / Cover Design

Grafiker / Graphic Designer Arş. Gör. Mehmet Aziz ÇAKMAK

İletişim Adresi / Contact Info

Fabrika Mah. 818. Sok. No: 3-C, D: 12

Yenişehir, Diyarbakır / Türkiye

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/sarad/contacts>

hsmcpr07@hotmail.com

+90 5348976081



İndeksler / Indexes

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi aşağıdaki veri tabanları/bibliyografya/indeksler tarafından taranmaktadır:

Journal of Health and Social Welfare Research is indexed in the following data bases/bibliographies/indices:





Hakem Kurulu / Referee Board

- Prof. Dr. Fatih KAPLAN
Tarsus Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet GÜNGÖR
İnönü Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Halil İbrahim ŞENGÜN
Dicle Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ali ARSLANOĞLU
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Arzu BULUT
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Aslı KAYA
İstanbul Gelişim Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Cahit KORKU
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Fatma KANTAŞ YILMAZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Gülnur İLGÜN
Aksaray Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Mehmet Emin KURT
Dicle Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Nurperihan TOSUN
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Taner ABİŞ
İstanbul Altınbaş Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Fatma Yasemin ASLAN
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi
Dr. Zehra KILINÇ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Şenol DEMİRCİ
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Dr. Canan ŞEKER
Nişantaşı Üniversitesi
Dr. Birol YETİM
Hacettepe Üniversitesi
Dr. Ayşen KONUŞKAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Hakem kurulu listesi, dergimizin bu sayısında yayınlanan ve yayınlanması uygun bulunmayan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

This list of Reviewer Board constitutes of the referees that evaluate the articles that are published in this volume of our Journal and the articles that are found to be insufficient to be published. We thank all the referees for their priceless contributions to our Journal.



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Hüseyin ŞAHBAZ

Coğrafik Bir Bakış Açısıyla 2009-2019 Döneminde Türkiye'deki Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri

From a Geographical Perspective, the Death of Babies and Children Ages Under Five in Turkey in the Period 2009-2019

1-14

Araştırma Makalesi / Research Article

Arş. Gör. Furkan ALP

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ASLAN

Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Konusunda Yapılan Çalışmaların Görsel Haritalama Tekniği ile Bibliyometrik Analizi

A Bibliometric Analysis of Studies on Organizational Commitment in Healthcare with Visual Mapping Technique

15-28

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZAYDIN

Hemşire Ayten VURAL

Dr. Özden GÜDÜK

Investigation Of Turkish Nurses' Attitudes Towards Brain Drain

Türk Hemşirelerin Beyin Göçüne Yönelik Tutumlarının İncelenmesi

29-38

Araştırma Makalesi / Research Article

Doç Dr. Yunus BULUT

Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Çin ve Güney Kore Ekonomileri Üzerine Bir İnceleme

The Effects of Health Expenditures on Economic Growth: A Study on China and South Korea Economies

39-47

Sistematik Derleme ve Meta Analiz / Systematic Review and Meta-Analysis

Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN

Arş. Gör. Mehmet Beşir DEMİRBAŞ

Sağlık Turizminde Web 5.0'a Doğru Gelişmeler: Sistematik Derleme

Developments Towards Web 5.0 in Health Tourism: Systematic Review

48-65

Sistematik Derleme ve Meta Analiz / Systematic Review and Meta-Analysis

Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇAKMAKCI

Durdurulamayan Pandemi: Sağlıkta Şiddetin Sıklığı Üzerine Bir Meta Analiz Çalışması

Unstoppable Pandemic: A Meta-Analysis Study on the Frequency of Violence in Health

66-77

Derleme Makalesi / Review Article

Öğr. Gör. Feyza BÜYÜKDERE

Öğr. Gör. Mümtaz KORKUTAN

Sağlık Hizmetlerindeki Pazarlama Karması Elemanlarının İncelenmesi Üzerine Bir Değerlendirme

An Assessment on Investigation of Marketing Mix Elements in Healthcare

78-96

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. İlknur ARSLAN ARAS

Covid-19 ve Davranışsal İktisat: Küresel Bir Pandemi Sırasında İnsan Davranışını Anlamak

Covid-19 and Behavioral Economics: Understanding Human Behavior During A Global Pandemic

97-105



Derleme Makalesi / Review Article

Doç. Dr. Gökçe MANAVGAT

Sağlıkta Eşitsizlikler ve Sosyo-Ekonomik Yaklaşımlar

Health Inequalities and Socioeconomic Perspectives

106-118



YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi Ocak ve Temmuz aylarında olmak üzere yılda iki kez yayımlanan uluslararası, çift kör hakemli ücretsiz ve açık erişimli bir e-dergidir.
2. Sağlık ve sosyal refah, Sağlık ekonomisi, Sağlık yönetimi, halk sağlığı, Sağlık turizmi, Sağlık politikaları ve Sağlık kurumları yönetimi alanlarını ilgilendiren tüm konularda hazırlanmış araştırma makaleleri ve derleme makaleler gönderilebilir. Dergide yayımlanan derleme makale sayısı toplam makale sayısının % 25'ini geçemez.
3. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır.
4. Dergiye makale gönderen bir yazarın üst üste iki sayıda ve aynı yıl içerisinde birden fazla sayıda makalesi yayımlanamaz. Dolayısıyla dergide yayımlanması için birden fazla makale gönderen yazarlar bu kuralı kabul etmiş sayılmaktadır.
5. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
6. Makaleler web sayfamızdan elde edilebilecek dergi makale şablonu kullanılarak hazırlanmalıdır. Makaleler yazım derginin yazım kurallarına uygun bir şekilde hazırlanarak DergiPark sistemi üzerinden gönderilmelidir. Makaleler ile birlikte tüm yazarlar tarafından imzalanarak hazırlanmış Makale Başvuru Formunun da sisteme yüklenmesi gerekmektedir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları, iletişim bilgilerini ve ORCID bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir. DergiPark sistemi üzerinden makale gönderemeyen yazarlar hsmcpr07@hotmail.com adresine mail atarak teknik destek alabilirler.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. Anket, mülakat, odak grup çalışması, gözlem, deney ve görüşme teknikleri kullanılarak katılımcılardan veri toplanmasını gerektiren nitel ya da nicel yaklaşımlarla yürütülen her türlü araştırmadan çalışmanın ne zaman yapıldığına bakılmaksızın etik kurul izin belgesi istenmektedir. Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yöntem bölümünde ve ayrıca makale ilk/son sayfasında yer verilmelidir. Dolayısıyla etik kurul izin belgesi gerektirdiği halde bu belgeyi göndermeyen makaleler değerlendirmeye alınmayacak ve reddedilecektir.
8. Dergiye gönderilen makalelerde araştırmacıların katkı oranı beyanına, varsa destek ve teşekkür beyanına ve çatışma beyanına yer verilmelidir.
9. Dergiye gönderilen bir makale ön kontrol, değerlendirme ve yayın süreci şeklinde üç aşamadan geçmektedir. Yazarlar makaleyi gönderdikten sonra sadece ön kontrol aşamasında DergiPark sistemi üzerinden makaleyi geri çekebilirler. Diğer aşamalarda makalenin yazarlar tarafından geri çekilmesi mümkün değildir. Süreç makalenin kabul edilmesi veya reddedilmesi şeklinde tamamlanmak suretiyle sona erecektir.
10. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak ön kontrol aşamasından geçirilmektedir. Bu aşama, makale gönderildiği tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde tamamlanmaktadır. Bu aşamada makalenin derginin yayım ilkelerine, yazım kurallarına, yayın etiği kurallarına ve bilimsellik şartlarına uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmektedir. Yapılan değerlendirme çerçevesinde makalenin hakem değerlendirme sürecine geçebileceği, hakem değerlendirme sürecine geçebilmesi için belirtilen eksikliklerin giderilmesi gerektiği veya hakem değerlendirme sürecine alınması ve yayımlanmasının uygun olmadığı kararı verilebilmektedir. Makaleye ilişkin hakem değerlendirme sürecine geçebilmesi için belirtilen eksikliklerin giderilmesi gerektiği kararı verilirse yazarlar tarafından en geç 30 gün içerisinde bu eksikliklerin tamamlanması gerekmektedir. Aksi durumda makalenin değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.
11. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ön kontrol aşamasında Turnitin intihal programlarından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı % 20'den yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir. Makaleye ilişkin intihal değerlendirmesi dergi tarafından yapılacak olup, yazarların herhangi bir intihal raporu göndermesine gerek bulunmamaktadır. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
12. Ön kontrol aşamasından sonra makaleler değerlendirme aşamasına geçmektedir. Değerlendirme aşamasının başında makaleler editör kurulu veya yayım kurulu tarafından kalitesi, özgünlüğü ve bilime katkısı açısından incelenmekte ve en geç 10 gün içerisinde makalenin hakem değerlendirme sürecinin başlamasına veya hakem değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmesine karar verilmektedir.
13. Makalenin hakem değerlendirme süreci başlayabilir kararından sonra ise makale içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme (çift kör hakeme) gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Makale, hakemlerine gönderildikten sonra makaleleri değerlendirip değerlendiremeyeceği kararını en geç 10 gün



- içerisinde vermeleri, değerlendirmeyi kabul ettikleri takdirde 30 günlük süre içerisinde değerlendirme raporlarını göndermeleri istenmektedir. Verilen sürede geri dönüş yapmayan hakemlere uyarıda bulunularak en fazla iki defa olmak üzere 10'ar günlük ek süre verilmektedir. Hakemin verilen ek sürelerde de geri dönüş yapmaması durumunda makaleye yeni bir hakem atanmaktadır. Hakemler ilk tur değerlendirmesini tamamladıktan sonra ikinci ve üçüncü tur değerlendirmelere ihtiyaç duyarsa yukarıda belirtilen süreler tekrar baştan işlemektedir.
14. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin reddedilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltilmenin en geç 1 ay içerisinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir. Aksi durumda makalenin değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.
 15. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör kurulu makaleyi üçüncü bir hakeme gönderebilir veya hakem raporları çerçevesinde makalenin reddedilmesine karar verebilir. Dolayısıyla dergiye gönderilen bir makalenin yayımlanabilmesi için en az iki ayrı hakemden olumlu görüş alması gerekmektedir.
 16. Değerlendirme aşamasından başarıyla geçen makaleler kabul edilerek yayın süreci aşamasına geçmektedir. Yayın süreci aşamasında makaleler; geliş tarihi, makale türü ve yayın dili dikkate alınarak editör kurulu kararına göre yayın sürecine alınmaktadır. Bu aşamada her ne sebeple olursa olsun makalelerin yayım sürecini öne çekmeye ilişkin yazarların istekleri dikkate alınmamaktadır. Bu anlamda Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi belli bir sayıda yayımlanmak için makale kabul etmemekte, yazarlar istedikleri zaman dergiye makale gönderebilmektedir.
 17. Yayın süreci aşamasında, makalenin yayınlanma sırası geldiğinde dizgi ve mizanpaj işlemleri başlamaktadır. Dizgi ve mizanpaj işlemleri bittikten sonra makale kontrol amaçlı son bir kez yazarlarına gönderilmektedir. Yazardan gelecek geri dönüşten sonra makaleler mizanpaj editörümüzün son kontrolünden geçecek ve makaleye varsa DOI numarası verilerek yayın süreci başlayacaktır. Yazarlar kontrollere ilişkin belirtilen süre içinde geri dönüş yapmadıkları takdirde editör kurulu kararıyla makale bir sonraki sayıya kaydırılacak veya mevcut haliyle yayımlanacaktır.
 18. Dergide yayımlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir ve tüm sorumluluk yazarlarına aittir. Dergide yayımlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmemektedir.
 19. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Açık Erişim politikasını benimsemiş bir e-dergi olup, Budapeşte Açık Erişim Girişimi (BOAI) tanımına uygun olarak hakem değerlendirmesinden geçmiş bilimsel çalışmaların, internet aracılığıyla; finansal, yasal ve teknik engeller olmaksızın, serbestçe erişilebilir, okunabilir, indirilebilir, kopyalanabilir, dağıtılabılır, basılabilir, taranabilir, tam metinlere bağlantı verilebilir, dizinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olmasını kabul etmektedir. Yazarlar ve telif hakkı sahipleri bütün kullanıcıların ücretsiz olarak erişim olanağına sahip olduğunu kabul ederler. Makaleleri kabul edilen yazarlar telif hakkının korunması ve Creative Commons Attribution License altında bulunan derginin haklarının korunması için çalışmalarında yer alan bilgilerin referans gösterilerek paylaşılmasını kabul etmiş sayılırlar.
 20. Yayın ilkelerine uygun olmayan makalelerin başvuruları kabul edilmeyecektir. Eksiklikleri sonradan tespit edilen makalelerin ise hangi aşamada olduğuna bakılmaksızın değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.



YAYIN ETİĞİ

ETİK İLKELER

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Buna göre kabul edilen etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de buna dâhildir. Yayın etiği kapsamında tüm paydaşların özetle aşağıdaki etik sorumlulukları taşınması beklenmekte olup, her türlü etik vakası COPE kuralları gereğince değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlamak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmelidir.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkânı sağlamalıdır.
- Yazarlar dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleleri araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlamış olmalıdır. Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

- Araştırmayı incelemek için yeterli nitelikte olmayan veya makaleyi hızlı bir şekilde değerlendirmesinin imkânsız olacağını bilen seçilmiş herhangi bir hakem, editöre bu durumu bildirmeli ve inceleme sürecinden mazeretini istemelidir.
- Hakemler kendilerine ulaşan makaleleri gizli tutmak ve hakemlik sürecinden elde ettikleri bilgileri kişisel menfaatleri için kullanmamakla yükümlüdürler.
- Hakemler raporlarını veya makale hakkındaki bilgileri başkalarıyla paylaşmamalıdır ve editörün izni olmadan yazarlarla doğrudan iletişim kurmamalıdır.
- Hakemler makaledeki potansiyel etik meseleler konusunda özenli olmalı ve bunları editörün dikkatine sunmalıdır. Buna, değerlendirmedeki makale ile hakemin kişisel bilgi sahibi olduğu herhangi başka bir yayınlanmış çalışma arasındaki özlü benzerlik ve örtüşme dâhildir.
- Hakemlik nesnel bir şekilde yapılmalıdır. Yazarlara dair kişisel eleştirilerde bulunulmamalı, değerlendirmeler yapıcı, dürüst ve kibar olmalıdır.
- Hakemler yazarlarından herhangi biriyle rekabetçi, işbirlikçi veya başka türlü bir ilişki veya bağlantıdan kaynaklanabilecek potansiyel bir çıkar çatışmasına sahip olduğu bir makaleyi değerlendirmeyi kabul etmeden önce editöre danışmalıdır.

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

- Dergide hangi makalelerin yayınlanacağına karar vermek editör kurulunun sorumluluğundadır. Yazarların makalelerini değerlendiren editör kurulu; ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, dini inanç, etnik köken, vatandaşlık ya da politik felsefelerinden bağımsız olarak değerlendirme yapmalıdır. Alınacak karar, makalenin doğruluğu, geçerliliği ve önemi ile derginin kapsamının uygunluğuna dayanmalıdır. İftira, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili mevcut yasal gereklilikler de dikkate alınmalıdır.
- Editör veya herhangi bir editör kurulu üyesi, ilgili yazar, hakemler, potansiyel hakemler, diğer editör danışmanları ve yayıncılardan başka kimseye bir makale hakkında bilgi ifşa etmemelidir.
- Sunulan bir makalede açıklanan yayınlanmamış malzemeler, yazarın açık yazılı izni olmaksızın editörün veya editör kurulunun kendi araştırmalarında kullanılmamalıdır.



YAZIM KURALLARI

1. Makaleler dergi makale şablonu kullanılarak “MS Office Word 2010” veya üzeri bir versiyonda, A4 boyutlarında hazırlanmalıdır. Uzunluğu ise dergi formatında 30 sayfayı geçmemelidir. Sayfa düzeni; Üst: 5 cm, Alt: 2,5 cm, Sol: 2,5 cm ve Sağ: 2,5 cm olmalıdır.
2. Dergi makale şablonunda belirtilen kısımlara yazar bilgileri, makale ek bilgileri ve yazar beyanları dergi kurallarına uygun olarak eklenmelidir.
3. Başlık sayfası ve genişletilmiş özet sayfası hariç olmak üzere makale, 10 punto ve “Times New Roman” karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak yazılmalıdır. Yazımda, virgül ve noktalardan sonra bir karakter ara verilmelidir. Paragraflarda başlangıç girintisi kullanılmamalı, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında ilave boş satır bırakılmamalıdır.
4. Makalenin başlık sayfasında; tek satır aralığında ve paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk kullanılarak 11 punto olarak Türkçe ve İngilizce başlık, 9 punto olarak en az 120 en fazla 200 kelimedenden oluşan tek paragraf halinde Türkçe ve İngilizce öz, en az 3 en fazla 5 tane olmak üzere Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler ve en fazla 5 tane olmak üzere JEL (Journal of Economic Literature) sınıflandırma kodları verilmelidir. Dili İngilizce olan makalelerde başlık, öz, anahtar kelimeler ve JEL sınıflandırma kodları, önce İngilizce sonra Türkçe olarak verilmelidir.
5. Makalede, dergi sayfa formatına göre toplamda 1 sayfayı geçmeyecek şekilde minimum 700, maksimum 1200 kelimedenden oluşan genişletilmiş özet bulunmalıdır. Genişletilmiş özet, Türkçe makaleler için İngilizce, İngilizce makaleler için Türkçe hazırlanmalıdır. Genişletilmiş özet; amaç ve kapsam (purpose and scope), yöntem (design/methodology/approach), bulgular (findings) ve sonuç ve tartışma (conclusion and discussion) şeklinde dört alt başlıktan oluşmalıdır. Her alt başlık tek paragraf halinde, 9 punto, tek satır aralığı, paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk kullanılarak ve başlıklar arasında ilave boş satır bırakılmadan yazılmalıdır.
6. Makalede ana başlıklar ve alt başlıklar kalın (bold) ve sola yaslı (girintisiz) olarak **1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1.** gibi ondalıklı şekilde numaralandırılmalıdır. Numaralandırmaya “Giriş” başlığından başlanmalı ve “Sonuç” başlığına kadar devam etmelidir. Giriş ve sonuç başlıklarına alt başlık açılmamalıdır. Ana başlıkların bütün harfleri büyük yazılmalı, alt başlıkların ise sadece baş harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıkların ve alt başlıkların hem öncesinde hem de sonrasında herhangi bir satır boşluğu bırakılmamalıdır. Sadece ana başlıklarda paragraftan önce 12nk paragraftan sonra 6nk boşluk bırakılmalıdır.
7. Makale içindeki tüm tablo ve şekiller metnin uygun yerlerinde sayfaya ortalı olarak gösterilmelidir. Her tablo ve şekle kalın yazı tipinde bir sıra numarası (**Tablo 1., Şekil 2. vb. gibi**) ve normal yazı tipinde bir başlık verilmelidir. Başlık; tablolarda üstte, şekillerde altta, sayfaya ortalı, yalnızca kelimelerin baş harfleri büyük olacak şekilde, 10 punto olarak, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılarak hazırlanmalıdır. Tablo ve şekil içindeki metin Times New Roman karakteri ile 8-9 punto aralığında ve tek satır olmalıdır. Grafik, çizelge, harita, çizim ve fotoğraf gibi tüm görseller şekil olarak nitelendirilmelidir. Tüm tablo ve şekiller yukarıda verilen sayfa düzenine uygun ve kolaylıkla okunacak biçimde olmalıdır. Tablo ve şekillerde açıklama ve kaynaklar tablo ve şeklin altında 8 punto olarak, paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak verilmelidir. Tablo ve şekilden önce ve sonra satır boşluğu bırakılmamalıdır.
8. Makalede denklem, model ve formüller sola yaslı yazılmalı, her biri sıralı bir şekilde numaralandırılmalı ve numaralar parantez içerisinde sağa yaslı yazılmalıdır. Denklem, model ve formüller öncesi ve sonrasında satır boşluğu bırakılmamalıdır.
9. Makalede madde işaretli metinler sola yaslı olarak paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak verilmelidir.
10. Makalede bir kaynaktan doğrudan alınan kelime sayısı 40 kelimenin altında ise alıntı yapılacak ifadeler tırnak içerisine alınarak ve kaynak gösterilerek metin içerisinde kullanılmalıdır. Alıntı 40 kelimeyi aştığında ise alıntılar normal metinde değil; yeni bir satırda, sol ve sağdan içe 1,25 cm girintili şekilde, italik olarak, paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak ve kaynak gösterilerek yapılmalıdır.
11. Makalede “ek” yapılıcaksa eklere, ek başlığı (**Ek 1., Ek 2., vb. gibi**) verilmek suretiyle kaynakçadan sonra yer verilmelidir.
12. Dergiye gönderilen makaleler; referans sistemi, dipnot gösterme biçimi ve kaynakça düzenlenmesinde **American Psychological Association (APA 6)** stilinde hazırlanmalıdır. Bu bağlamda atıflar metin içerisinde bağlaç yöntemi kullanılarak yapılmalıdır. Açıklama notları ise sayfa altında dipnot şeklinde, iki yana yaslı, 8 punto ve Times New Roman karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak ve paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak yazılmalıdır.
13. Metin içerisinde atıflar yazar(lar)ın soyadı ve kaynağın yılı şeklinde yapılmalıdır. Yazar adı yoksa kurum adı yazar yerine kullanılmalıdır.



- Tek yazarlı yayınlarda atıf: (Çapar, 2019).
 - İki yazarlı yayınlarda atıf: (Çapar ve Çınar, 2021).
 - Birden fazla kaynağa atıf: (Çakmak, 2021; Çınar vd., 2021; Çapar ve Çınar, 2021).
 - Kaynağın tamamı için atıf: (Çapar, 2019).
 - Yazar adı olmayan kaynaklar için atıf: (MTI, 2021).
14. Üç, dört ve beş yazarlı çalışmalarda metin içindeki ilk atıfta tüm yazarların soyadları verilir. Diğer atıflarda ise ilk yazarın soyadının yanına vd. ifadesi eklenmelidir. Dergiye gönderilen makale İngilizce ise vd. yerine et al. ifadesi kullanılmalıdır.
- Metin içindeki ilk atıf: (Çapar, Çakmak ve Çilhoroz, 2021).
 - Metin içindeki diğer atıflar: (Çapar vd., 2021).
15. Altı ve daha fazla yazarı olan çalışmalarda atıf yapılırken sadece ilk yazarın soyadı belirtilir.
- Metin içindeki atıf: (Çınar vd., 2017).
16. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli ise süreli yayınlardakine benzer şekilde atıf yapılmalıdır. İnternette indirilen kaynak için tarih verilmemişse ilgili dosyaya erişim tarihi kaynağın yılı olarak kullanılmalıdır. Eğer atfın yazarı belli değilse parantez içerisinde internet sitesinin kurumu ve erişim yılı yazılmalıdır.
- Yazar adı ve yayın yılı belli olan atıf: (Çapar, 2021).
 - Yazar adı ve yayın yılı belli olmayan atıf: (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021).
17. Bir yazarın aynı yıl içinde yayınlanmış birden fazla eserine atıf yapılıyorsa, eserler yılın yanına a, b, c, şeklinde harf verilerek gösterilmelidir.
- (Çapar, 2021a).
 - (Çapar, 2021b).
 - (Çapar, 2021c).
18. Yazarın adı cümle içinde geçiyorsa aşağıdaki gibi atıf yapılmalıdır.
- Çapar'a (2021) göre,...
19. Makalede kullanılan her türlü kaynak kaynakça bölümünde yer almalıdır. Kullanılan kaynaklar nitelik (tez, kitap, makale, rapor vb.) ayrımı yapılmaksızın yazar soyadına göre alfabetik olarak sıraya konulmalıdır. Aynı yazarın eserleri "en eski tarihli" olandan başlanarak kaynakçaya yerleştirilmelidir. Kaynaklar ilk satır sola yaslı, sonraki satırlar 1,25 cm sol içeriden başlatılmalıdır. Bunun için paragraf seçeneğindeki "ilk satır" kısmı "asılı" olarak değiştirilmeli ve değer olarak 1,25 girilmelidir. Kaynakçada dergi adı hariç tüm yayınlarda (makale adı, kitap adı, bölüm adı, tez adı, vb) başlığın ilk harfi büyük, diğerleri ise özel isim veya kısaltma değilse küçük harfle yazılmalıdır. Dergi adında ise her kelimenin ilk harfi büyük olarak yazılmalıdır. Kaynakça aşağıda belirtilen örneklere uygun olarak hazırlanmalıdır.

Kitaplar:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Kitabın adı. Basım yeri: Yayınevi.

Çapar, H. (2021). Sağlık Turizminde Öne Çıkan Ülkeler. Ankara: Nobel Yayınları.

Arslandoğlu, A. ve Gemlik H. N. ve Bektumur G. (2019). Sağlık Hizmetleri Dört Boyut. İstanbul: Detay Yayıncılık.

Korkmaz, A., Dulupçu, M. A., Gövdere, B. ve Songur, H. (2013). İnsani ücret. İstanbul: İGİAD Yayınları.

Çeviri Kitaplar:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Kitabın adı. Çevirmenin adının baş harfi. Çevirmenin soyadı (Çev.), Basım yeri: Yayınevi.

Drucker, P. (1994). Kapitalist ötesi toplum. B. Çorakçı (Çev.), İstanbul: İnkilap Kitabevi.

Editörlü Kitaplar:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Bölümün adı. Editörün adının baş harfi. Editörün soyadı (Ed.), Kitabın adı içinde (Bölümün sayfa aralığı), Basım yeri: Yayınevi.

Okçu, M., Aktel, M. ve Kerman, U. (2007). İki süreci anlamak: Kamu yönetiminde küreselleşme ve Avrupalılaşma. A. Yılmaz ve Y. Bozkurt (Ed.), Küresel esintiler ve yerel etkiler sarmalında Türk kamu yönetimi içinde (43-67), Ankara: Gazi Kitabevi.

Makaleler:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Makalenin adı. Derginin adı, Cilt(Sayı), Sayfa aralığı. Varsa Doi numarası.

Çapar, H. (2019). Sağlık Alanında Meslekleşme ve Türkiye'nin Yaşadığı Sorunlar: Yeni Mesleklere Doğru. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3), 803-816.



Çapar, H., ve Aslan, Ö. (2020). Factors Affecting Destination Choice in Medical Tourism. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 8(2), 80-88. doi: 10.34172/ijtmgh.2020.13.

Çınar, F., Çapar, H. ve Ekinçi, G. (2021). Effect of COVID-19 anxiety on perceived risks and avoidance behaviors. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 10(4), 1-18.

Tezler:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Tez başlığı. Yüksek Lisans Tezi / Doktora Tezi, Kurum Adı, Yayın yeri. Çapar, H. (2018). Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler: Yabancı Potansiyel Medikal Turistlerin Türkiye Algısını Ölçmeye Yönelik Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sempozyum/Konferanslar:

Yazarın Soyadı, Yazarın Adının Baş Harfi. (Yıl). Bildirinin adı., Sempozyum/Konferans Adı, Düzenleyen Kurum, Düzenlenme Tarihi, Düzenlenme Yeri, Sayfa Aralığı.

Çapar, H., Çınar, F. ve Arıcı, H. (2014). Communication Problems with People on the Streets during COVID-19 in terms of Social Well-being. 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 20-22 Mayıs 2021, Isparta, 158-169.

Araştırma Raporları:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Çalışmanın başlığı (Rapor No. xxx). Yayın yeri: Yayıncı.

Pamuk, Ş. (2007). Economic change in twentieth-century Turkey: Is the glass more than half-full? (Working Paper No.41). Paris: The American University of Paris.

İnternet Kaynakları:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yayınlanma tarihi / Erişim tarihi). Başlık. Erişim adresi: İnternet Adresi, (Erişim Tarihi).

Bebbington, J. ve Song, E. (2004). The adoption of IFRS in the EU and New Zealand. Erişim adresi: <http://www.europe.canterbury.ac.nz/>, (14.07.2008).

Medikal Turizm Derneği. (2021). COVID-19'un Medikal turizm Üzerindeki Etkileri. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901355/>, (13.06.2021).



PUBLICATION PRINCIPLES

1. Journal of Health and Social Welfare Researches is an international, double-blind, peer-reviewed, free and open access e-journal published twice a year, in January and July.
2. Research articles and compilation articles prepared on all subjects related to the fields of health and social welfare, health economics, health management, public health, health tourism, health policies and health institutions management can be sent. The number of review articles published in the journal cannot exceed 25% of the total number of articles.
3. Evaluation fee and application fee are not collected from the articles sent to the journal.
4. An author sending an article to the journal cannot have two articles in a row or more than once in the same year. Therefore, authors who submit more than one article for publication in the journal are deemed to have accepted this rule.
5. Articles must be written in Turkish or English.
6. Articles should be prepared using the journal article template available on our website. Articles should be prepared in accordance with the writing rules of the journal and sent through the DergiPark system. Along with the articles, the Article Application Form signed by all authors must be uploaded to the system. Writers; should add their titles, institutions they work for, contact information and ORCID information to the system completely. Authors who cannot submit articles through the DergiPark system can receive technical support by sending an e-mail to hsmcpr07@hotmail.com.
7. Articles submitted for publication in the journal must be prepared in accordance with the rules of research and publication ethics. Ethics committee permission is requested from all kinds of research conducted with qualitative or quantitative approaches that require data collection from the participants by using survey, interview, focus group work, observation, experiment and interview techniques, regardless of when the study was conducted. Ethics committee approval must be obtained separately for studies conducted and for studies on clinical and experimental humans and animals that require an ethical committee decision, and this approval must be stated and documented in the article. In studies requiring ethics committee permission, information about the permission (name of the committee, date and number) should be included in the method section and also on the first/last page of the article. Therefore, the articles that do not send this document even though the ethics committee requires a permit will not be evaluated and will be rejected.
8. In the articles sent to the journal, the contribution rate statement of the researchers, the support and thank you statement, if any, and the conflict statement should be included.
9. An article sent to the journal goes through three stages as pre-control, evaluation and publication process. After submitting the article, the authors can withdraw the article through the DergiPark system only during the pre-control phase. At other stages, it is not possible for the article to be withdrawn by the authors. The process will end with the acceptance or rejection of the article.
10. The articles submitted for publication in the journal are first pre-checked. This stage is completed within 30 days at the latest from the date of submission of the article. At this stage, it is checked whether the article has been prepared in accordance with the journal's publication principles, spelling rules, publication ethics and scientific conditions. Within the framework of the evaluation, it can be decided that the article can go to the referee evaluation process, that the stated deficiencies should be corrected in order to enter the referee evaluation process, or that it is not appropriate to be included in the referee evaluation process and published. If it is decided that the stated deficiencies should be corrected in order for the article to be passed to the referee evaluation process, these deficiencies must be completed by the authors within 30 days at the latest. Otherwise, the evaluation process of the article will be terminated and the article will be rejected.
11. The articles submitted for publication in the journal are passed through Turnitin plagiarism programs at the pre-control stage. Articles with a similarity index rate higher than 20% are rejected without being included in the evaluation process. The plagiarism evaluation of the article will be made by the journal, and the authors do not need to submit any plagiarism report. Authors submitting their work; declares that he has not plagiarized the article in any way, that all responsibilities arising from plagiarism belong to them, and that the journal has no responsibility in this regard.
12. After the pre-control phase, the articles go to the evaluation phase. At the beginning of the evaluation phase, the articles are examined by the editorial board or the editorial board in terms of quality, originality and contribution to science, and it is decided to start the referee evaluation process or to reject the article within 10 days at the latest.
13. After the decision that the referee evaluation process of the article can begin, the article is sent to at least two referees (double-blind referees) for review in terms of content and format. The authors are not informed about the identities of the referees who evaluated the article, and the referees are not informed about who the article belongs to. After the article is sent to the referees, it is requested that they decide whether to evaluate the articles within 10 days at the latest, and if they



accept the evaluation, they are asked to send the evaluation reports within 30 days. Referees who do not respond within the given time are warned and given an additional 10-day period, at most twice. If the referee does not respond in the additional time given, a new referee is assigned to the article. If the referees need second and third round evaluations after completing the first round evaluation, the above-mentioned times are running again.

14. In line with the evaluation reports from the referees, it will be decided to publish the article, request correction from the author or reject the article. If a correction is requested from the author, the correction must be made within 1 month at the latest and sent to our journal. Otherwise, the evaluation process of the article will be terminated and the article will be rejected.
15. If one of the referee reports is positive and the other is negative, the editorial board may send the article to a third referee or decide to reject the article within the framework of the referee reports. Therefore, in order for an article sent to the journal to be published, it must receive positive opinions from at least two different referees.
16. The articles that pass the evaluation stage successfully are accepted and go to the publication process stage. Articles during the publication process; It is taken into the publication process according to the decision of the editorial board, taking into account the arrival date, article type and publication language. At this stage, the wishes of the authors to bring forward the publication process of the articles, for whatever reason, are not taken into account. In this sense, the Journal of Health and Social Welfare Researches does not accept articles for publication in a certain number, and the authors can send articles to the journal whenever they want.
17. At the stage of the publication process, when it is time for the article to be published, the typesetting and layout processes begin. After the typesetting and layout processes are completed, the article is sent to the authors for the last time for checking. After the feedback from the author, the articles will go through the final control of our layout editor and the publication process will begin by giving the DOI number to the article, if any. If the authors do not respond to the controls within the specified time, the article will be moved to the next issue or published in its current form with the decision of the editorial board.
18. The opinions in the articles published in the journal are not those of the journal and all responsibility belongs to the authors. No cash royalties are paid to the authors of the articles published in the journal.
19. Journal of Health and Social Welfare Researches is an e-journal that has adopted the Open Access policy, and in accordance with the Budapest Open Access Initiative (BOAI), peer-reviewed scientific studies are published online; It accepts that it can be freely accessed, read, downloaded, copied, distributed, printed, scanned, linked to full texts, indexed, transferred as data to the software and used for any legal purpose, without financial, legal and technical barriers. The authors and copyright holders agree that all users have access to it free of charge. Authors whose articles are accepted are deemed to have accepted the sharing of the information in their works by reference in order to protect the copyright and the rights of the journal under the Creative Commons Attribution License.
20. Applications of articles that do not comply with the publication principles will not be accepted. Regardless of the stage at which the deficiencies are detected later, the evaluation process will be terminated and the article will be rejected.



PUBLICATION ETHICS

Journal of Health and Social Welfare Research observes the publication ethics principles, standards and recommendations determined by COPE (Committee on Publication Ethics) and ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). Accordingly, all articles that do not comply with accepted ethical standards are removed from the publication. This includes articles with possible irregularities and inconsistencies detected after publication. Within the scope of publication ethics, all stakeholders are expected to have the following ethical responsibilities, and all ethical cases will be evaluated in accordance with COPE rules.

Ethical Responsibilities of Authors:

- Authors should not have published the articles they sent to the journal elsewhere or sent them for publication.
- Authors should have cited all citations used in their articles.
- The authors declare that the article is their own work, that they do not plagiarize in any way, that all responsibilities arising from plagiarism belong to them, and that the journal has no responsibility in this regard.
- Authors should ensure that they contribute scientifically to the article and it should be known that all authors have equal responsibility for the article.
- Corresponding author must ensure that all co-authors named in the article consent to publication and to be named as co-authors. All persons who have made significant contributions to the work should be named as co-authors. Other people should be included in the thank you section.
- Authors are responsible for declaring the organizations, financial resources or conflicts of interest that support the work they submit.
- Authors should provide access to the data sets in the article, if deemed necessary.
- Authors must have prepared the articles submitted for publication in the journal in accordance with the rules of research and publication ethics. Ethics committee approval must be obtained separately for studies conducted and for studies on clinical and experimental humans and animals that require an ethical committee decision, and this approval must be stated and documented in the article.

Ethical Responsibilities of Referees:

- Any selected reviewer who is not qualified to review the research or who knows that it will be impossible to evaluate the article quickly should notify the editor of this situation and seek excuses from the review process.
- The referees are obliged to keep the articles they receive confidential and not to use the information they obtained from the refereeing process for their personal benefits.
- Reviewers should not share their reports or information about the article with others and should not communicate directly with the authors without the permission of the editor.
- Reviewers should be mindful of potential ethical issues in the manuscript and bring them to the attention of the editor. This includes substantive similarity and overlap between the review article and any other published work of which the reviewer has personal knowledge.
- Refereeing should be done in an objective manner. Personal criticism of the authors should not be made, evaluations should be constructive, honest and polite.
- Reviewers should consult the editor before agreeing to review a manuscript for which they have a potential conflict of interest, which may arise from a competitive, collaborative, or other relationship or affiliation with any of its authors.

Ethical Responsibilities of the Editorial Board:

- It is the editorial board's responsibility to decide which articles will be published in the journal. The editorial board evaluating the articles of the authors; should evaluate regardless of race, gender, sexual orientation, religious belief, ethnicity, citizenship or political philosophies. The decision to be taken should be based on the accuracy, validity and importance of the article and the appropriateness of the scope of the journal. Current legal requirements regarding libel, copyright infringement, and plagiarism should also be considered.
- The editor or any member of the editorial board should not disclose information about an article to anyone other than the corresponding author, reviewers, potential reviewers, other editorial advisors, and publishers.
- Unpublished material described in a submitted article should not be used in the editor's or editorial board's own research without the express written consent of the author.



SPELLING RULES

1. Articles should be prepared in “MS Office Word 2010” or higher version, in A4 size, using the journal article template. Its length should not exceed 30 pages in journal format. Page layout; Top: 5 cm, Bottom: 2.5 cm, Left 2.5 cm and Right: 2.5 cm.
2. Author information, additional article information and author statements should be added to the sections specified in the journal article template in accordance with journal rules.
3. Except for the title page and the extended summary page, the article should be written in 10 font size, "Times New Roman" and single line spacing. In the text, a character break should be given after commas and periods. Starting indent should not be used in paragraphs, 6 pt space should be left before and after the paragraph. No additional blank lines should be left between paragraphs.
4. On the title page of the article; Title in Turkish and English in 11 points, in a single line spacing and before and after the paragraph using 3 pt space, in 9 points, in a single paragraph consisting of at least 120 and maximum 200 words in Turkish and English, at least 3 and at most 5 in Turkish and English keywords and maximum 5 JEL (Journal of Economic Literature) classification codes should be given. In the articles whose language is English, the title, abstract, keywords and JEL classification codes should be given in English first and then in Turkish.
5. The article should contain an extended summary of minimum 700 and maximum 1200 words, not exceeding 1 page in total, according to the journal page format. Extended abstract should be prepared in English for Turkish articles and in Turkish for English articles (For authors who do not speak Turkish, Turkish extended abstracts for English articles will be prepared by the journal secretariat). Extended summary; it should consist of four subtitles: purpose and scope, method (design/methodology/approach), findings, and conclusion and discussion. Each subheading should be written in a single paragraph, 9 font size, single line spacing, using 3nk space before and after the paragraph, and without leaving any additional blank lines between the headings.
6. The headings and subheadings should be appeared in 10 font size, bold and left justified and also numbered decimally such as **1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1.** The numbering should be initiated from the “Introduction” part and should be continued till the “Conclusion” part. No titles for introduction and result part should be used. All the letters in main headings should be capital; only the first letters of the words in the sub-headings should be capital. No spacing should be made before and after the main and sub-headings. Only in the main headings 12nk spacing before the paragraph, and 6nk spacing after the paragraph should be applied.
7. All the tables and figures in the article should be given centered and in their proper places. All the tables and figures should be numbered in bold (**Table 1., Figure 2., etc.**) and given titles in normal fonts. For the Tables, the titles should be given above while it should be given under the Figures. The titles should be centered, should be written in 10 font size, only the initial letters should be capitalized, and 6nk distance must be set before and after the paragraph. The text inside the Tables and Figures should be written in Times New Roman with 8-9 font sizes and with single spacing. All the visuals such as graphs, charts, maps, drawings and photographs should be specified as Figures. All the Tables and Figures should fit the aforementioned rules and should be legible. The sources in Tables and Figures should be given under the Table and Figure with 8 font size and 3nkt distance must be set before and after the paragraph. No blank line should be given before and after the Tables and Figures.
8. The equations, models and formulas in the article should be left justified, all of them should be numbered and the numbers should be written in parentheses and right justified. No blank line should be given before and after the equations, models and formulas.
9. The bulleted texts in the article, should be left justified and 3nk distance must be set before and after the paragraph.
10. If the quotation from a source is less than 40 words, the expressions should be in quotation marks and the study quoted should be cited intext. If the quotation is more than 40 words, the quotation should be given italic and in a new line; 1.25 cm tabbed from left and right, 3nk distance must be set before and after the paragraph and the study quoted should be cited.
11. If the article include any “appendix”, titles (Appendix 1., Appendix 2., etc.) should be given to them and they should be given after the References part.
12. Intext citations, footnotes and reference lists in the papers should be prepared according to **American Psychological Association (APA 6) style**. The intext references should be given with author-date method. The explanations should be given at the button of the page as a footnote, as justified, with 8 font size and Times New Roman, single line spacing and 3nk distance must be set before and after the paragraph



13. Intext citations should include the surname of the author(s) and year of the source respectively. If the papers do not have an author then the name of the institution should be given instead of author's name.
 - Works by a single author: (Çapar, 2019).
 - Works by two authors: (Çapar and Çınar, 2021).
 - Citing more than one source: (Çakmak, 2021; Çınar et al., 2021; Çapar and Çınar, 2021).
 - Citing whole source: (Çapar, 2019).
 - Citing publications without the name of the author: (MTI, 2021).
14. In the first quotation of a study that is prepared by three, four or five authors the surnames of all authors should be given. In the following quotations, only the surname of the first author and et al. should be written.
 - The first citation intext: (Çapar, Çakmak and Çilhoroz, 2021).
 - Other citations intext: (Çapar et al., 2021).
15. For those papers having six or more authors, only the surname of the first author should be mentioned.
 - Intext citations: (Çınar et al., 2017).
16. If the reference is taken from a web site and the author is known, reference should be made like periodic publications. If the date of the downloaded source is not given, access date should be used. If the date of the downloaded source is not given, date of access should be used. Also if no publisher name is available, use the name of website and data of Access.
 - If the author's name and publication year is known: (Çapar, 2021).
 - If the author's name and publication year is not known: (Turkish Statistical Institute, 2021).
17. If you are citing more than one work by the same author in the same year, put the letters a, b, c next to the year.
 - (Çapar, 2021a).
 - (Çapar, 2021b).
 - (Çapar, 2021c).
18. If the name of the author is used in the text, the reference should be given as follows:
 - According to Çapar (2021),.....
19. In the articles, all kind of sources should be included in the References part. All the sources, without discriminating according to the type (thesis, book, article, report etc.), should be sorted alphabetically according to the surname of the authors. The studies of a particular author should be sorted in the References part from the oldest to the newest. Sources should be left justified in the first line, and 1.25 cm tabbed from left in the following lines. For that purpose, in the paragraph preferences "first line" should be adjusted to "hanging" and the value should be adjusted to 1.25 cm. In the References part, the first letter of the name of all publications (article title, book title, chapter title, thesis title etc.) except Journal title should be capital, and the rest of the title should be lower case, if they are not proper name or abbreviation. For the title of a journal, the first letters of all words should be capital. The reference page should be prepared according to example shown below.

Books:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Name of the book. Place of publication: Publisher.

Çapar, H. (2021). Sağlık Turizminde Öne Çıkan Ülkeler. Ankara: Nobel Yayınları.

Arslandoğlu, A., Gemlik H. N., and Bektemur G. (2019). Sağlık Hizmetleri Dört Boyut. İstanbul: Detay Yayıncılık.

Korkmaz, A., Dulupçu, M. A., Gövdere, B., and Songur, H. (2013). İnsani ücret. İstanbul: İGİAD Yayınları.

Translated Books:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Name of the book. First letter of the translator. Surname of the translator (Trans.), Place of publication: Publisher.

Drucker, P. (1994). Kapitalist ötesi toplum. B. Çorakçı (Trans.), İstanbul: İnkilap Kitabevi.

Edited Books:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Section title. First letter of the editor. Surname of the editor (Ed.), Title of the book in (Pages of the section), Place of publication: Publisher.

Okçu, M., Aktel, M. ve Kerman, U. (2007). İki süreci anlamak: Kamu yönetiminde küreselleşme ve Avrupalılaştırma. A. Yılmaz ve Y. Bozkurt (Ed.), Küresel esintiler ve yerel etkiler sarmalında Türk kamu yönetimi içinde (43-67), Ankara: Gazi Kitabevi.

Articles:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Title of the article. Journal title, Vol(No), Pages.

Çapar, H. (2019). Sağlık Alanında Meslekleşme ve Türkiye'nin Yaşadığı Sorunlar: Yeni Mesleklere Doğru.

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3), 803-816.

Çapar, H., and Aslan, Ö. (2020). Factors Affecting Destination Choice in Medical Tourism. International Journal



of Travel Medicine and Global Health, 8(2), 80-88. doi: 10.34172/ijtmgh.2020.13.

Çınar, F., Çapar, H., and Ekinci, G. (2021). Effect of COVID-19 anxiety on perceived risks and avoidance behaviors. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 10(4), 1-18.

Thesis:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Thesis title. Master's Thesis/ Ph.D. Dissertation, Name of Institution, Place of publication.

Çapar, H. (2018). Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler: Yabancı Potansiyel Medikal Turistlerin Türkiye Algısını Ölçmeye Yönelik Bir Çalışma. Master thesis, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Symposiums/Congresses:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Title of the paper. Symposiums/Congresses Name, Organizing institute, Date of organization, Place of organization, Pages.

Çapar, H., Çınar, F., and Arıcı, H. (2014). Communication Problems with People on the Streets during COVID-19 in terms of Social Well-being. 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 20-22 Mayıs 2021, Isparta, 158-169.

Research Reports:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Title of the paper (Report No. xxx). Place of publication: Publisher.

Pamuk, Ş. (2007). Economic change in twentieth-century Turkey: Is the glass more than half-full? (Working Paper No.41). Paris: The American University of Paris.

Internet Sources:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Date of publication / Date of access). Title. Access address: Internet address, (Date of access).

Bebbington, J. and Song, E. (2004). The adoption of IFRS in the EU and New Zealand. Access address: <http://www.europe.canterbury.ac.nz/>, (14.07.2008).

Medikal Turizm Derneği. (2021). COVID-19'un Medikal turizm Üzerindeki Etkileri. Access address: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901355/>, (13.06.2021).

NOTE: In cases not mentioned here regarding the spelling rules, the points adopted in scientific articles should be taken into consideration.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

COĞRAFİ BİR BAKIŞ AÇISIYLA 2009-2019 DÖNEMİNDE TÜRKİYE'DEKİ BEBEK VE BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜMLERİ

FROM A GEOGRAPHICAL PERSPECTIVE, THE DEATH OF BABIES AND CHILDREN AGES UNDER FIVE IN TURKEY IN THE PERIOD 2009-2019

Dr. Hüseyin ŞAHBAZ¹

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, 2009-2019 döneminde Türkiye nüfusundaki bebek ve beş yaş altı ölümlülük durumunu coğrafi açıdan incelemektir. Çalışmadan elde edilen bulgular şunlardır: Yılda azalsa da bebeklerin ve beş yaşın altındaki çocukların ölümleri, Türkiye'de devam etmektedir. Nitekim 2009-2019 döneminde ülkede sözü edilen kategorilerde ölenlerin sayısı, 200.591'dir. Bunların %79,95'ini bebekken ölenler oluşturmaktadır. Bebek ölümlerininse %64,62'si neonatal dönemde meydana gelmiştir. Ülkedeki kaba bebek ölüm hızının en yüksek olduğu il, nüfusuna oranla en fazla Suriyeli sığınmacıya ev sahipliği yapan, Kilis'tir. Beş yaş altı çocuk ölümlerinin yüksek olduğu illere bakıldığında Hakkâri'nin %21,85'le ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Genel olarak bebek ve gerekse beş yaş altı çocuk ölüm hızının en yüksek olduğu iller, Türkiye'de toplam doğurganlık hızı ortalamasının en yüksek ve 15 yaş ve üzerindeki toplam nüfus içinde okuryazar oranının ülkede en düşük olduğu yerlerdir. Ülkede kaba bebek ölüm hızının ve de beş yaş altı çocuk ölüm hızının en düşük olduğu il ise Kırklareli'dir. Genel olarak ülkede bebek ve gerekse beş yaş altı çocuk ölüm hızının en düşük olduğu iller, toplam doğurganlık hızı ortalamasının en düşük ve 15 yaş ve üzerindeki toplam nüfus içinde okuma yazma bilenlerin oranının en yüksek olduğu yerlerdir.

Anahtar Kelimeler: Bebek, Beş Yaş Altı Çocuk, Ölümler, Nüfus Özellikleri, Türkiye.

JEL Sınıflandırma Kodları: H51, H52, I14, I15, I25.

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the infant and under-five mortality situation in the Turkish population in the period of 2009-2019 geographically. The findings from the study are: Although it decreases from year to year, neonatal, infant and child deaths under the age of five continue in Turkey. As a matter of fact, the number of people who lost their lives in the aforementioned categories in the country during the period of 2009-2019 is 200,591. 79.95% of them are those who lost their lives in infancy. 64.62% of infant deaths occurred in the neonatal period. The province with the highest crude infant mortality rate in the country is Kilis, which hosts the highest number of Syrian refugees relative to its population. When we look at the provinces with the highest mortality rate of children under the age of five, it is seen that Hakkâri ranks first. In general, the provinces with the highest infant and under-five mortality rates are the places with the highest average fertility rate in Turkey and the lowest literacy rate among the total population aged 15 and over. The province with the lowest crude infant mortality rate and the lowest infant mortality rate in the country is Kırklareli. In general, the provinces with the lowest infant and under-five mortality rates are the places with the lowest average fertility rates and the highest literacy rate among the population aged 15 and over.

Keywords: Infant, Child Under Five, Mortality, Population Characteristics, Turkey.

JEL Classification Codes: H51, H52, I14, I15, I25.

¹ Ağrı İl Millî Eğitim Müdürlüğü, huseviniyesuh@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The aim of this study is to examine the infant and under-five mortality situation in the Turkish population in the period of 2009-2019 geographically.

Design/methodology/approach:

Annual statistical information on the research subject was obtained from the Death Statistics database of the Turkish Statistical Institute (TUIK). In addition, various types of resources prepared on the subject were obtained through the literature review. Afterwards, using these data, the situations of children who died in infancy or under the age of five in the country between the years specified were discussed within the framework of the principles of quantitative research and geography.

Findings:

Although it decreases from year to year, neonatal, infant or child deaths under the age of five continue in Turkey. As a matter of fact, the number of people who lost their lives in the aforementioned categories in the country during the period of 2009-2019 is 200,591. 79.95% of them are those who lost their lives in infancy. 64.62% of infant deaths occurred in the neonatal period. In the specified period, most of the babies who died in the first 4 weeks of life in Turkey died in the very early neonatal period (the first 24 hours). This shows that the riskiest period for newborn babies is the first days of life.

The province with the highest crude infant mortality rate in the country is Kilis, which hosts the highest number of Syrian refugees relative to its population. In addition, Şanlıurfa, Gaziantep, Şırnak, Hakkari, Siirt, Ağrı, Muş, Mardin and Bingöl located in the Eastern and Southeastern Anatolia Regions are the other provinces where the crude infant mortality rate is high in the country.

On the other hand, the province with the lowest crude infant mortality rate in the country is Kırklareli. It is followed by provinces such as Edirne, Karabük, Yalova, Ankara, Bolu, Rize, İstanbul, Giresun, Zonguldak, Antalya, Bursa, Trabzon, Bilecik, Muğla, Kocaeli, Tekirdağ, Kastamonu, Tunceli, Erzincan, Bartın, İzmir, Yozgat, Artvin, Amasya, Bayburt, Eskişehir, Kırşehir, Çorum, Balıkesir, Gümüşhane, Samsun, Çankırı, Çanakkale, Nevşehir, Aydın, Ordu, Düzce, Denizli, Sakarya, Sinop, Niğde, Kayseri and Sivas, respectively.

When we look at the death rate of children who lost their lives under the age of five in Turkey in the mentioned period, it is seen that there is a decrease from year to year. As a matter of fact, the under-five mortality rate, which was 17.49‰ in 2009, decreased to 10.9‰ in 2019. This shows that the country has made significant progress in child health over the years.

It is noteworthy that there is a bipolar structure in the distribution of deaths of children under the age of five in Turkey in the specified period according to the provinces. As a matter of fact, in terms of deaths in question, high values are observed in the provinces in the southeast of the country, and low in the provinces in the northwest. The provinces between these two are a transit area.

When we look at the provinces with the highest mortality rate of children under the age of five, it is seen that Hakkâri ranks first. This province is followed by Şanlıurfa, Şırnak, Siirt, Muş, Kilis, Ağrı, Gaziantep, Bingöl, Van, Mardin, Bitlis and Batman, respectively. Accordingly, it is possible to say that the provinces in the Eastern Anatolia and South-eastern Anatolia Regions lead the deaths of children under the age of five in the country.

On the other hand, the province with the lowest under-five mortality rate in the country is Kırklareli. It is followed by provinces such as Edirne, Karabük, Bolu, Yalova, Ankara, Bilecik, İstanbul, Rize, Tunceli, Muğla, Zonguldak, Tekirdağ, Bursa, Kocaeli, Trabzon, Antalya, Bartın, İzmir, Giresun, Eskişehir, Çanakkale, Erzincan, Kastamonu, Balıkesir, Artvin, Çorum, Yozgat, Kırşehir, Çankırı, Nevşehir, Ordu, Amasya, Denizli, Samsun, Düzce, Aydın, Sakarya, Bayburt and Gümüşhane, respectively.

Conclusion and Discussion:

In general, the provinces with the highest infant and under-five mortality rates are the places with the highest average fertility rate in Turkey and the lowest literacy rate among the total population aged 15 and over. The provinces with the lowest infant and under-five mortality rates in the country are the provinces with the lowest average total fertility rate in Turkey and the highest literacy rate among the total population aged 15 and over. Accordingly, it is possible to deduce that if the rate of literacy among the population aged 15 and over rises in provinces where infant and under-five mortality rates are high, the number of deaths in question will decrease there as well. Considering that women constitute a large part of the illiterate population in these provinces, it would be appropriate to focus on this gender group as the target group in reducing infant and under-five mortality rates. For this, it is necessary to make illiterate women literate and to increase the participation of girls in formal education to the highest possible level through campaigns to be organized. In addition, it is possible to say that if the total fertility rate is reduced, the infant and under-five mortality rate will decrease. Because *less than 2 years between two pregnancies and being under the age of 18 or over the age of 35 and being pregnant more than 4 times is defined as a risky pregnancy. Such pregnancies can be very dangerous for both mother and baby health* (Özvarış, Keskin and Şanver, 2016). For this reason, it should be ensured that couples in the aforementioned provinces have sufficient knowledge about the importance of family planning and contraceptive methods.

1. GİRİŞ

Bireyler; doğum veya göçler sonucunda dâhil oldukları nüfustan, ölüm veya başka sebeplerle ayrılırlar. Eğer bir popülasyonun çevre şartlarında değişiklik olmazsa, nüfusta da herhangi bir değişiklik olmaz. Fakat çevre şartları değişirse, nüfusun miktarında da artma ya da azalmalar meydana gelir (Aksu, 2011). Doğum, ölüm, evlenme, boşanma ve göç, beşerî coğrafyanın en önemli konuları arasındadır (Bozkurt, 2007). Bunlardan nüfusta azalmaya sebep olan olaydan birisi olan ölüm, canlı bir varlığın dolaşım ve solunum fonksiyonlarının kalıcı olarak durması olarak nitelendirilmektedir (Bernat, 2010).

Günümüzde ülkelerin en önemli kalkınma göstergelerinden birisi de sağlık koşullarıdır. Bu koşullar arasındaysa bebek ve beş yaş altı çocuk ölümlerinin, ayrı bir yeri vardır (Kaya-Tataroğlu, 1994, s.1-2). Nitekim bunlardan bebek ölümleri, bir toplumun kalkınmışlık seviyesinin belirlenmesinde göz önünde bulundurulmuş başlıca öğelerden biridir (Danış, t.y.). Bebek, yaşı 12 ayın altında olan çocukları ifade eder (Türk Gıda Kodeksi..., 2019). Başka bir deyişle de daha çok bir yaşını doldurmayan çocuklar için kullanılan bir tabirdir. Bundan başka yine bebeklik süreci içinde neonatal olarak anılan bir dönem de vardır. Neonatal ise yenidoğan olarak da adlandırılan, yaşamın ilk 4 haftasını kapsayan bir dönemdir (Ukşal, 2011). Ülkelerin gelecek ve umudunda çok önemli role sahip olan bebek ve çocukların sağlıklı bir biçimde doğup büyümelerini sağlayacak ortamın oluşturulması, birçok devletin öncelikli hedefleri arasındadır (Şamkar ve Güner, 2018).

Bebek ve çocuk ölüm hızları son 50 yılda dünya çapında önemli oranda azalmış fakat gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki derin sosyoekonomik farklar nedeniyle söz konusu ölümler görülmeye devam etmiştir (Ergin ve Hassoy, 2011). Nitekim 2021 yılında dünyada, 2,3 milyonu yeni doğan olmak üzere, beş yaşın altında olan 5 milyondan fazla çocuk hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin çoğu; kaliteli sağlık hizmeti, aşı, uygun gıda, temiz su ve hıfzıssıhha gibi; önlenebilir veya tedavi edilebilir sebepler yüzünden meydana gelmiştir (UN IGME, 2023).

Dünyada bebek ve beş yaşın altındaki çocuk ölümlerinin önemli oranda devam ettiği ülkelerden biri de Türkiye'dir. Nitekim konuyla ilgili OECD'nin veri tabanından (OECD Data) alınan veriler kullanılmak suretiyle yaptığımız hesaplamaya göre 2009-2019 döneminde bu örgüte üye 38 ülke içinde Kolombiya (%19,63) ve Meksika (%14,3)'nin ardından en fazla bebek ölüm oranı %8,51 ile Türkiye'de gerçekleşmiştir. Ayrıca beş yaşın altındaki çocuk ölümleri açısından Türkiye'nin OECD ülkeleri arasındaki yerini belirlemek amacıyla Dünya Bankası verileri (The World Bank) kullanılarak tarafımızca bir hesaplama daha yapılmıştır. Buna göre aynı dönemde Meksika (%16,86) ve Kolombiya (%16,21)'nin ardından Türkiye, %14,2 oranla beş yaş altı çocuk ölümlerinin sözü edilen örgüt içinde en yüksek olduğu üçüncü ülkedir. Her iki kategoride yaşamını yitirenlerin oranının bu kadar yüksek olması, ülke açısından endişe verici bir durumdur. Bu nedenle konunun farklı disiplinlerce ele alınması ülke açısından önem arz etmektedir.

İşte bu çalışmada da Türkiye'deki bebek ve beş yaş altındaki çocuk ölümlerinin coğrafya biliminin; nedensellik, dağılım ve bağlantı ilkeleri ışığında ele alınması amaçlanmıştır. Çalışma, 2009-2019 arasındaki, 11 yıllık zaman dilimini kapsamaktadır.

2. MATERYAL VE METOT

Araştırma konusuyla ilgili yıllık olarak istatistiki bilgiler TÜİK'in Ölüm İstatistikleri veri tabanında, 2009 yılından itibaren, mevcuttur. Bu nedenle çalışma, 2009 yılından başlayarak en son istatistiki verinin bulunduğu 2019 yılını kapsayacak şekilde ele alınmıştır. Covid-19 pandemisinin Türkiye'yi büyük ölçüde etkisi altına aldığı 2020 ve 2021 yıllarına ilişkin ölüm verileri ise çalışmanın tamamlandığı tarih itibarıyla (Şubat 2023) sözü edilen veri tabanında hâlâ yayımlanmadığı için araştırmaya dâhil edilememiştir. Sözü edilen istatistiki veriler kullanılarak araştırmaya ilişkin; tablo, grafik ve dağılım haritaları hazırlanmıştır.

Ayrıca yapılan literatür taramasıyla konuyla ilgili hazırlanan çeşitli türdeki kaynaklar da temin edilmiştir. Literatür taraması yapılırken konuyla ilgili anahtar kavramlar aracılığıyla erişilenlerden daha çok; makale, bildiri metni ve tez gibi akademik niteliğe sahip olan birincil ya da ikincil kaynaklar dikkate alınmıştır.

Sonrasında da elde edilen tüm bu materyaller kullanılarak belirtilen yıllar arasında ülkede bebeklerin ve beş yaşın altında ölen çocukların durumları; nicel araştırma ve meta-sentez yöntemi ile coğrafya biliminin prensipleri ışığında ele alınmıştır. Bu çalışmada ikincil veriler kullanıldığından etik kurul onayı gerektirmemektedir.

Çalışmanın Etik Durumu

Bu çalışma ikincil verilerden hazırlandığı için etik kurul onayına gerek duyulmamıştır.

3. BULGULAR

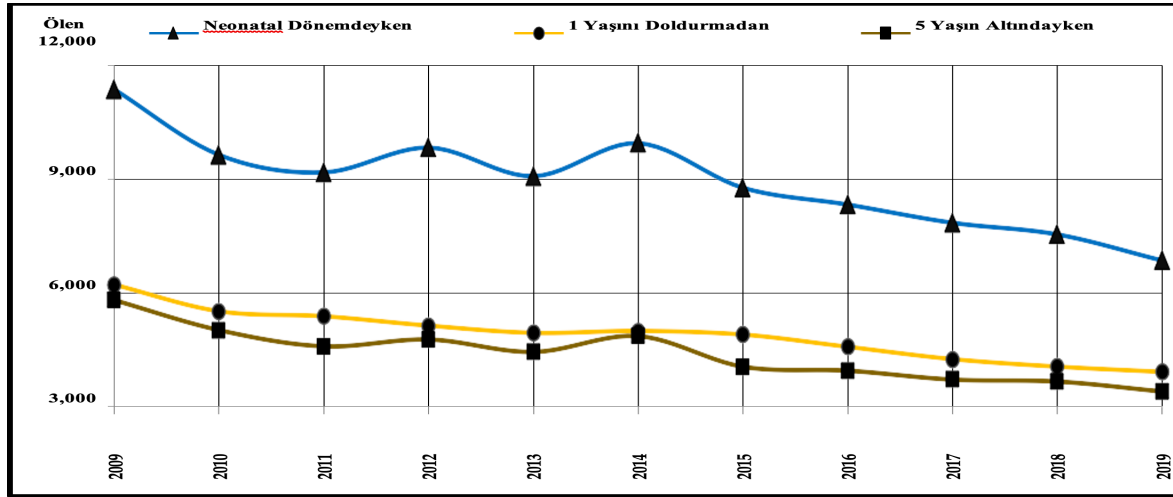
3.1. Yıllara Göre Türkiye’de Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri

Yıldan yıla azalsa da bebeklerin ve beş yaşın altındaki çocukların ölümleri, Türkiye’de de devam etmektedir. Nitekim konuyla ilgili hazırlanan Tablo 1 ve Şekil 1’de de görüleceği üzere 2009-2019 döneminde ülkede sözü edilen kategorilerde ölenlerin sayısı, 200.591’dir.

Tablo 1. Yıllara Göre Türkiye’de Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölümüne İlişkin Tablo (2009-2019)

Yıl	Bebek		5 Yaşın Altında Çocuk	Toplam	%’si
	Neonatal Dönemde	1 Yaşını Doldurmadan			
2009	11.381	6.220	5.811	23.412	11,67
2010	9.648	5.516	5.018	20.182	10,06
2011	9.183	5.384	4.589	19.156	9,55
2012	9.838	5.136	4.770	19.744	9,84
2013	9.082	4.945	4.440	18.467	9,21
2014	9.955	4.996	4.860	19.811	9,88
2015	8.777	4.900	4.050	17.727	8,84
2016	8.333	4.577	3.946	16.856	8,40
2017	7.852	4.251	3.710	15.813	7,88
2018	7.545	4.053	3.659	15.257	7,61
2019	6.856	3.914	3.396	14.166	7,06
Toplam	98.450	53.892	48.249	200.591	100,00
%’si	49,08	26,87	24,05	100,00	-

Kaynak: TÜİK Ölüm İstatistikleri.



Şekil 1. Yıllara Göre Türkiye’de Bebek ve Beş Yaşın Altında Çocuk İken Ölenlere İlişkin Grafik (2009-2019)

Hayatını kaybedenlerin zaman içindeki seyrine bakıldığında en fazla ölümün (23.412) 2009 yılında meydana geldiği görülmektedir. 2012 ve 2014 gibi takip eden yıllarda bir miktar artsa da genel olarak ölüm sayıları azalmış, 2019 yılına gelindiğindeyse en az (14.166) seviyesine ulaşmıştır.

Söz konusu ölümlerin kendi içindeki dağılımına bakıldığında %49,08 ile neonatal (yaşamın ilk 4 haftası) dönemdeki hayatını kaybedenlerin en büyük paya sahip olduğu, %26,87 ile 1 yaşını doldurmadan ölenlerin ikinci sırada olduğu ve %24,05 ile de beş yaşın altındayken ölenlerin de onu takip ettiği görülmektedir.

3.2. Bebek Ölümleri

Bebek Ölümleri adını taşıyan bu başlık altında gerek bir yaşını doldurmadan hayatını kaybedenlerin ve gerekse de neonatal dönemdeki ölenlerin ortak yanları ele alınmış, alt başlıklardaysa her iki konuya ayrıca değinilmiştir.

2009-2019 döneminde Türkiye’deki bebek ölümlerinin illere göre dağılımını ortaya koyabilmek amacıyla Tablo 2 hazırlanmıştır. Sözü edilen tablo, belirtilen döneme ilişkin kaba bebek ölüm hızı verilerinin illere göre

Ortalamalarının bulunup en fazla olandan en aza doğru sıralanmasıyla oluşturulmuştur. Sonrasında da bu tabloya bağlı olarak da bir dağılım haritası (Şekil 2) çizilmiştir.

Tablo 2. Kaba Bebek Ölüm Hızının 11 Yıllık Ortalaması Açısından Türkiye'nin İllerinin Durumunu Gösterir Tablo (2009-2019)

Ölüm Hızı Ortalaması (%)	İl Adı	Ölüm Hızı Ortalaması (%)	İl Adı	Ölüm Hızı Ortalaması (%)	İl Adı
17,25	Kilis	11,30	Uşak	9,04	Eskişehir
16,46	Şanlıurfa	11,16	Manisa	8,99	Bayburt
16,45	Gaziantep	11,11	Isparta	8,95	Amasya
15,48	Şırnak	11,08	Aksaray	8,94	Artvin
15,33	Hakkâri	10,96	Afyonkarahisar	8,93	Yozgat
15,24	Siirt	10,78	Karaman	8,90	İzmir
14,94	Ağrı	10,69	Mersin	8,89	Bartın
14,85	Muş	10,64	Iğdır	8,89	Erzincan
14,49	Mardin	10,64	Kırıkkale	8,88	Tunceli
14,28	Bingöl	10,47	Burdur	8,82	Kastamonu
13,59	Malatya	10,29	Sivas	8,82	Tekirdağ
13,57	Van	10,17	Kayseri	8,74	Kocaeli
13,29	Batman	10,10	Niğde	8,72	Muğla
13,16	Bitlis	9,98	Sinop	8,71	Bilecik
12,95	Adıyaman	9,96	Sakarya	8,61	Trabzon
12,57	Erzurum	9,92	Denizli	8,52	Bursa
12,45	Elazığ	9,77	Düzce	8,51	Antalya
12,43	Kahramanmaraş	9,76	Ordu	8,48	Zonguldak
12,41	Diyarbakır	9,71	Aydın	8,47	Giresun
12,07	Tokat	9,50	Nevşehir	8,45	İstanbul
12,03	Kars	9,45	Çanakkale	8,38	Rize
12,03	Osmaniye	9,40	Çankırı	8,14	Bolu
12,02	Konya	9,39	Samsun	7,94	Ankara
11,70	Hatay	9,18	Gümüşhane	7,87	Yalova
11,54	Kütahya	9,15	Balıkesir	7,37	Karabük
11,51	Ardahan	9,15	Çorum	7,27	Edirne
11,45	Adana	9,05	Kırşehir	6,95	Kırklareli

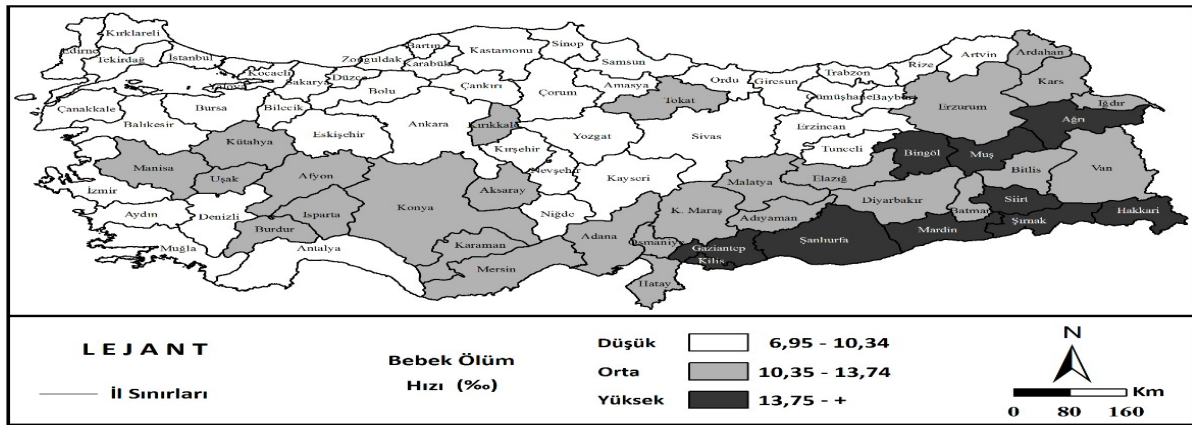
Kaynak: TÜİK Ölüm İstatistikleri.

İlgili tablo ve haritaya göre illere bakıldığında, Kilis'in %17,25'le kaba bebek ölüm hızı açısından ülkede ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Kilis, nüfusuna oranla en fazla Suriyeli sığınmacının bulunduğu ildir. Nitekim 2011 yılında Suriye'de başlayan ve yıllardır devam eden iç savaş yüzünden milyonlarca Suriyeli, uyguladığı "açık kapı" politikasının da etkisiyle Türkiye başta olmak üzere dünyanın dört bir yanına göç etmiştir. Sözü edilen ülkeye coğrafi yakınlığı, sınır kapısının mevcudiyeti, barınma merkezlerinin varlığı ve Türkiye'nin diğer şehirlerine geçişte bir güzergâh noktası olarak görülmesi gibi nedenlerle Kilis, Suriyeli sığınmacılar tarafından yoğun bir şekilde tercih edilmektedir (Harunoğulları ve Ağcadağ-Çelik, 2019).

Kilis'ten başka Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu (GDA) Bölgesi'nde bulunan; Şanlıurfa, Gaziantep, Şırnak, Hakkâri, Siirt, Ağrı, Muş, Mardin ve Bingöl, kaba bebek ölüm hızının ülkede yüksek olduğu diğer illerdir. Göç İdaresi Başkanlığına göre 23 Aralık 2021 tarihi itibarıyla adı geçen illerdeki geçici koruma kapsamında kaydedilen Suriyelilerin il nüfusuna oranına bakıldığında; Kilis'te %75,51, Gaziantep'te %22,08, Şanlıurfa'da %20,27, Mardin'de %10,72 ve Şırnak'ta %2,78 olduğu görülmektedir (Göç İdaresi Başkanlığı, 2021). Buradan ülkenin Suriye sınırında yer alan ve bu nedenle de yoğun bir Suriyeli nüfusa ev sahipliği yapan illerinde, kaba bebek ölüm hızının oldukça yüksek olduğu sonucunu çıkarmak mümkündür.

Nitekim konuyla ilgili yapılan bir çalışma Türkiye'ye göç eden Suriyeli kadınların; erken yaşta evlendiklerini, çocuklarının olmaması durumunda çoğul evlilikleri normal kabul ettiklerini, içinde buldukları toplumun çocuk doğurma konusunda kendilerine baskı yaptığını, kontraseptif yöntem bilgilerinin ve kullanımlarının yetersiz olduğunu, sahip oldukları yüksek doğurganlık hızından memnun olduklarını ve bu tutumlarını burada da devam ettirmek istediklerini ancak güvenli annelik konusundaysa yetersiz olduklarını göstermiştir (Karakaya vd., 2017).

Ayrıca gerek Suriyelilerin yoğun bir şekilde yaşadığı yukarıda adı geçen iller ve gerekse kaba bebek ölüm hızının ülkede yüksek olduğu; Hakkâri, Ağrı, Muş ve Bingöl gibi iller, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı ortalamasının en yüksek olduğu yerler olmasıyla da dikkat çekmektedir. Nitekim bir kadının doğurgan olduğu dönem olarak kabul edilen süreçte dünyaya getirebileceği ortalama çocuk sayısını ifade eden toplam doğurganlık hızı (Aydın, Aslantaş-Bostan ve Özgür, 2018) açısından bakıldığında 2009-2020 döneminde ülkede; 4,326 ortalama ile Şanlıurfa’nın birinci, 3,974 ortalama ile Şırnak’ın ikinci, 3,785 ortalama ile Ağrı’nın üçüncü, 3,591 ortalama ile Siirt’in dördüncü, 3,5 ortalama ile Muş’un beşinci, 2,79 ortalama ile Hakkâri’nin on dördüncü ve 2,433 ortalama ile Bingöl’ün on dokuzuncu sırada (Şahbaz, 2022) yer aldığı görülmektedir.



Şekil 2. Kaba Bebek Ölüm Hızının 11 Yıllık Ortalaması Açısından Türkiye’nin İllerinin Durumunu Gösterir Harita (2009-2019)

Bundan başka genel olarak adı geçen iller, 15 yaş ve üzerindeki toplam nüfus içinde okuryazar oranının Türkiye’de en düşük olduğu yerlerdir. Nitekim ülkede okuma yazma bilenlerin oranının en düşük olduğu iller içinde; Mardin, Şanlıurfa, Ağrı, Şırnak, Siirt ve Muş’un olması (Şahbaz, 2022) da bunu doğrulamaktadır. Bu illerdeyse okuryazar olmayan nüfus içinde kadınların oranı, erkeklere nazaran oldukça fazladır (Üççam Karagel, 2009).

Buna karşın kaba bebek ölüm hızının ülkede en düşük olduğu il ise %6,95 oranıyla Kırklareli’dir. Onu sırasıyla; Edirne, Karabük, Yalova, Ankara, Bolu, Rize, İstanbul, Giresun, Zonguldak, Antalya, Bursa, Trabzon, Bilecik, Muğla, Kocaeli, Tekirdağ, Kastamonu, Tunceli, Erzincan, Bartın, İzmir, Yozgat, Artvin, Amasya, Bayburt, Eskişehir, Kırşehir, Çorum, Balıkesir, Gümüşhane, Samsun, Çankırı, Çanakkale, Nevşehir, Aydın, Ordu, Düzce, Denizli, Sakarya, Sinop, Niğde, Kayseri ve Sivas gibi iller takip etmektedir. Ülkenin güneybatısından başlayarak batısı, kuzeybatısı ve iç kısımlara doğru kuzeyi boyunca uzanan bu iller, genel olarak toplam doğurganlık hızı ortalamasının Türkiye’de en düşük olduğu yerlerdir. Nitekim burada adı geçen illerden bazılarının toplam doğurganlık hızı ortalamalarına bakıldığında; Edirne’nin 1,445 ile ülkede seksen birinci, Kırklareli’nin 1,457 ile ülkede seksen ikinci, Eskişehir’in 1,464 ile ülkede yetmiş dokuzuncu, Çanakkale’nin 1,522 ile ülkede yetmiş yedinci, Karabük’ün 1,526 ile ülkede yetmiş altıncı, Zonguldak’ın 1,535 ile ülkede yetmiş beşinci, Bartın’ın 1,548 ile ülkede yetmiş dördüncü, Bolu’nun 1,568 ile ülkede yetmiş üçüncü, Tunceli’nin 1,579 ile ülkede yetmiş ikinci, Kastamonu’nun 1,596 ile ülkede yetmiş birinci ve İzmir’in 1,603 ile ülkede yetmişinci sırada (Şahbaz, 2022) yer aldığı görülmektedir.

Ayrıca genel olarak bu iller, 15 yaş ve üzerindeki toplam nüfus içinde okuma yazma bilenlerin oranının ülkede en yüksek olduğu yerlerdir. Nitekim ülkede okuryazarlık oranının en yüksek olduğu iller içinde; Afyonkarahisar hariç Ege Bölgesi'nin tamamı, İstanbul, Çanakkale, Bursa, Yalova ve Sakarya hariç Marmara Bölgesi'nin tamamı; İç Anadolu Bölgesi'nden ise sadece Ankara ve Eskişehir'in bulunması (Şahbaz, 2022) da bunu doğrulamaktadır.

Ayrıca 2006-2010 döneminde konuyla ilgili ülkede yapılan bir araştırma, daha önce belirtilen sebeplerle, yerleşme tipine göre bebek ölüm hızının kentsel alanlardakine (%11,4) nazaran kırsalda (%13.03) daha yüksek (İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2011) olduğunu da ortaya koymuştur.

3.2.1. Neonatal Dönemdeyken Ölenler

Neonatal süreçte ölen bebekleri kendi içinde; *çok erken (ilk 24 saat)*, *erken (1-6. gün)* ve *geç (7-29. gün) neonatal dönem olmak üzere 3 gruba ayırmak mümkündür* (Yavuz-Emik ve Önal, 2019). Buna göre 2009-2019 döneminde Türkiye'de yaşamın ilk 4 haftası içindeyken ölen bebeklerin kaç günlükken hayatını kaybettiklerini ortaya koyabilmek amacıyla, Tablo 3 hazırlanmıştır. Bu tabloda da görüleceği üzere ülkede yaşamın ilk 4 haftası içindeyken ölen bebeklerin büyük bir kısmı, çok erken neonatal dönemdeyken hayatını kaybetmiştir. Nitekim dünyaya geldiğinin daha ilk 24 saati içindeyken hayata gözlerini yuman bebeklerin oranı, neonatal dönemde yaşamını yitirenlerin %21,54'üdür. Bundan daha ileriki günlere doğru gidildikçe ölen bebeklerin oranının azaldığı görülmektedir. Örneğin yaşamın ilk 4 haftası içindeyken yaşamını yitiren bebekler içinde; bir günlükken ölenlerin oranı %14,74, iki günlükken ölenlerin oranı %12,09, üç günlükken ölenlerin oranı %8, dört günlükken ölenlerin oranı %5,41, beş günlükken ölenlerin oranı %4,38 ve altı günlükken ölenlerin oranı %3,48'dir. Bu da yenidoğan bebekler için en riskli dönemin, yaşamın ilk günleri olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Türkiye'de Neonatal Dönemde Ölen Bebeklerin Kaç Günlükken Hayatlarını Kaybettiklerini Gösterir Tablo (2009-2019)

Gün	0	1	2	3	4	5	6	7-29	Toplam	%'si
2009	3.010	1.703	1.366	949	547	461	363	2.982	1.1381	11,56
2010	2.179	1.525	1.256	772	536	384	344	2.652	9.648	9,80
2011	2.064	1.457	1.266	725	455	393	291	2.532	9.183	9,33
2012	2.045	1.555	1.295	761	534	477	345	2.826	9.838	9,99
2013	1.945	1.320	1.060	718	465	391	336	2.847	9.082	9,22
2014	2.222	1.430	1.124	836	577	396	337	3.033	9.955	10,11
2015	1.859	1.167	1.033	688	497	387	316	2.830	8.777	8,92
2016	1.573	1.232	1.006	670	454	365	281	2.752	8.333	8,46
2017	1.594	1.062	852	592	456	358	304	2.634	7.852	7,98
2018	1.387	1.131	886	616	427	374	261	2.463	7.545	7,66
2019	1.325	926	754	548	383	327	252	2.341	6.856	6,96
Toplam	21.203	14.508	11.898	7.875	5.331	4.313	3.430	29.892	98.450	100,00
%'si	21,54	14,74	12,09	8,00	5,41	4,38	3,48	30,36	100,00	

Kaynak: TÜİK Ölüm İstatistikleri.

Bundan başka doğumu müteakiben ilk 24 saat içindeyken ölen bebeklerin söz konusu dönem içindeki seyrine bakıldığında, yıldan yıla bir azalma olduğu da görülmektedir. Nitekim 2009 yılında çok erken neonatal dönemde ölen bebek sayısı 3.010 iken bu sayı 2019 yılına gelindiğinde 1.325'e kadar gerilemiştir. Bu da ülkedeki; doğum öncesi bakımın ve doğumun daha sağlıklı şartlarda gerçekleştiğini ve doğum hizmetlerine kadınların daha sağlıklı bir şekilde eriştiğini göstermektedir (Yavuz-Emik ve Önal, 2019).

Çok erken neonatal dönemde ölenlerden başka yaşamın ilk 4 haftası içindeyken ölen diğer bebeklere bakıldığında; bunların %48,1'lik bir kısmının erken (1-6. gün), %30,36'lık bir kısmının ise geç (7-29. gün) neonatal zaman diliminde yaşamını kaybettikleri görülmektedir.

Ayrıca 2006-2010 döneminde konuyla ilgili Türkiye'de yapılan bir araştırma, yerleşme tipine göre neonatal ölüm hızının, kentsel alandakilere (%6.69) nazaran kırsalda (%8.17) daha yüksek (İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2011) olduğunu da göstermiştir. Bu durum kırsalda yaşayan vatandaşların; maddi imkân yetersizliği, sağlık kurumunun uzak olması ve ulaşım güçlüğü gibi sebeplerle sağlık hizmetlerine erişimde birtakım sıkıntılar yaşamasından (Gürsoy ve Dodurka, 2016) kaynaklanmaktadır.

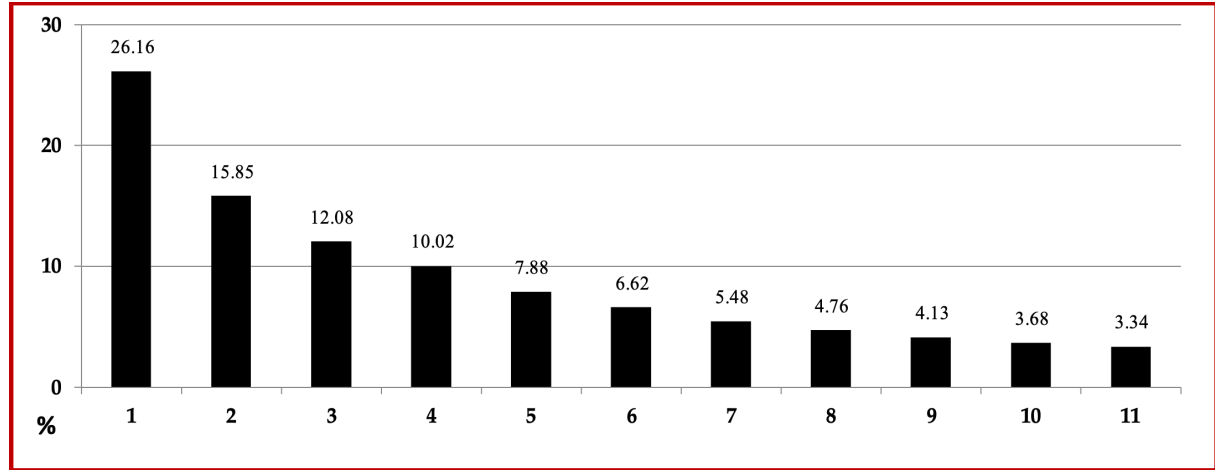
3.2.2. Bir Yaşını Doldurmadan Ölenler

2009-2019 döneminde Türkiye’de bir yaşını doldurmadan ölen bebeklerin kaç aylıkken hayatlarını kaybettiklerini ortaya koyabilmek amacıyla Tablo 4 ve Şekil 3 hazırlanmıştır. Bunlarda da görüleceği üzere sözü edilen dönem boyunca ülkede ölen 53.892 bebek içinde en büyük pay, %26,16 ile doğumdan sonraki ilk 1 ay içinde yaşamını yitirenler aittir. Daha sonraki aylara doğru gidildikçe bebek ölümleri, kademeli bir şekilde azalmakta ve 11 aylık olanlarda %3,34’e kadar düşmektedir. Bundan başka ülkedeki bebek ölümlerinin yıllara göre azaldığı da görülmektedir. Nitekim 2009 yılında 6.220 bebek hayatını kaybetmişken bu sayı yıldan yıla azalmış ve nihayet 2019 yılına gelindiğinde 3.914’e kadar düşmüştür. Bunu, yıllar içerisinde ülkenin sağlık alanında önemli bir ilerleme kaydettiği şeklinde yorumlamak mümkündür.

Tablo 4. Türkiye’de 1 Yaşını Doldurmadan Ölen Bebeklerin Kaç Aylıkken Hayatlarını Kaybettiklerini Gösterir Tablo (2009-2019)

Ay	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2009	1.548	1.014	764	639	496	445	345	287	242	232	208
2010	1.307	881	727	577	419	365	322	264	226	218	210
2011	1.304	852	705	535	430	369	311	256	249	191	182
2012	1.310	815	631	544	384	329	272	245	236	199	171
2013	1.332	787	586	482	383	304	280	234	197	185	175
2014	1.425	793	581	463	414	310	252	234	184	152	188
2015	1.283	768	555	514	392	297	283	242	218	172	176
2016	1.193	771	525	449	347	310	246	226	173	192	145
2017	1.232	637	494	424	355	263	238	192	152	144	120
2018	1.099	625	479	391	334	287	192	206	199	145	96
2019	1.067	597	465	380	294	289	213	178	148	151	132
Toplam	14.100	8.540	6.512	5.398	4.248	3.568	2.954	2.564	2.224	1.981	1.803
%si	26,16	15,85	12,08	10,02	7,88	6,62	5,48	4,76	4,13	3,68	3,34

Kaynak: TÜİK Ölüm İstatistikleri.



Şekil 3. Türkiye’de 1 Yaşını Doldurmadan Ölen Bebeklerin Kaç Aylıkken Hayatlarını Kaybettiklerini Oransal Olarak Gösterir Grafik (2009-2019)

Bebeklerin ölüm nedenlerine bakıldığında, prematürite (gebeliğin 37. haftasından önce doğan) ve konjenital anomalilerin (yani doğumda mevcut olan yapısal, fonksiyonel, davranışsal ve metabolik bozuklukların) ön plana çıktığı görülmektedir (Çatak ve Öner, 2018).

3.3. Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri

2009-2019 döneminde Türkiye’de beş yaşın altındayken ölen çocuk sayısının 48.249 olduğuna daha önce değinilmişti. Bu ölümlerin oransal açıdan yıllara göre dağılımına bakıldığında (Tablo 5) en büyük payın, %12,04

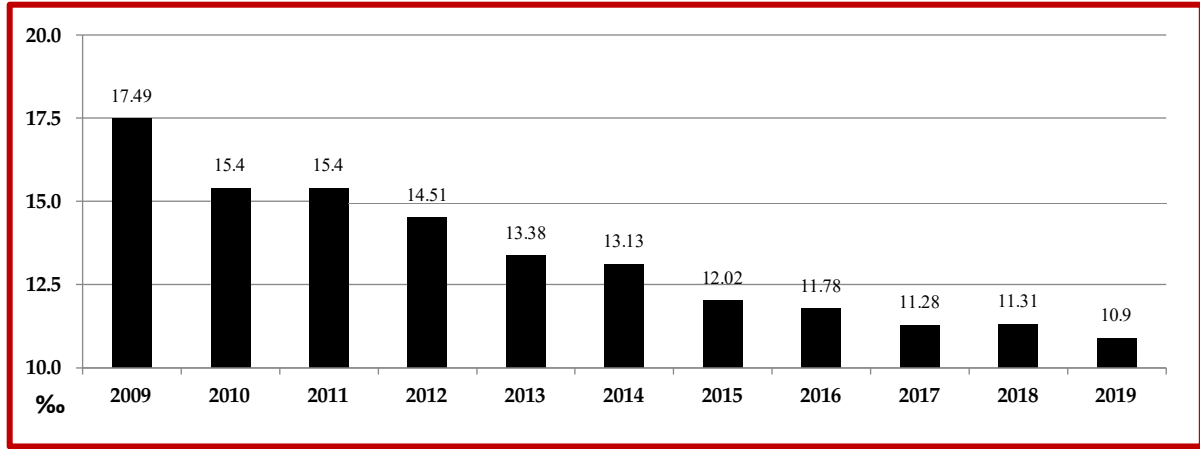
ile 2009 yılında yaşamını yitirenlere ait olduğu görülmektedir. Sonraki yıllarda beş yaşın altındayken ölen çocukların oranı kademeli bir şekilde azalmış ve 2019 yılında %7,04'e kadar düşmüştür.

Yine Tablo 5'e ve bu tabloya bağlı olarak hazırlanan Şekil 4'e göre sözü edilen dönem boyunca Türkiye'de yaşamını yitiren beş yaş altı çocukların ölüm hızları da yıldan yıla azalmıştır. Nitekim 2009 yılında %17,49 olan beş yaş altı çocuk ölüm hızı 2019 yılına gelindiğinde, %10,9'a kadar düşmüştür. Bu da yıllar içerisinde ülkenin çocuk sağlığı konusunda da önemli ilerlemeler kaydettiğini göstermektedir. Türkiye'de beş yaş altı ölüm hızında ciddi azalmalar sağlanmasında; ishali hastalıklar ve zatürre gibi çocuk ölümlerine yol açan nedenlere yönelik yürütülen kontrol programlarının, beslenme ve bağışıklama çalışmalarının büyük bir katkısı olmuştur (HSGM, t.y.).

Tablo 5. Yıllara Göre Türkiye'de Beş Yaşın Altındayken Ölen Çocuklara İlişkin Sayısal Verileri Gösterir Tablo (2009-2019)

Yıl	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ölen Sayısı*	5.811	5.018	4.589	4.770	4.440	4.860	4.050	3.946	3.710	3.659	3.396
Ölen %'si*	12,04	10,4	9,51	9,89	9,2	10,07	8,4	8,18	7,69	7,58	7,04
Ölüm Hızı (%o)	17,49	15,40	14,86	14,51	13,38	13,13	12,02	11,78	11,28	11,31	10,90

Kaynak: TÜİK Ölüm İstatistikleri. *Beş yaş altı çocuk ölüm sayılarından bebek ölüm sayılarının çıkarılmasıyla bulunmuştur.



Şekil 4. Yıllara Göre Türkiye'de Beş Yaşın Altındayken Ölen Çocuklara İlişkin Ölüm Hızını Gösterir Grafik (2009-2019)

2009-2019 döneminde Türkiye'deki beş yaş altı çocuk ölümlerinin illere göre dağılımını ortaya koyabilmek amacıyla Tablo 6 hazırlanmıştır. Bu tabloyu oluşturabilmek için önce TÜİK'in belirtilen dönemde her ile ilişkin beş yaş altı çocuk ölüm hızı verilerinin ortalaması bulunmuştur. Sonrasında da en fazla olandan en aza doğru bu ortalamalar sıralanmıştır. Ardından da bu tabloya bağlı olarak bir dağılım haritası (Şekil 5) çizilmiştir.

İlgili tablo ve haritaya göre Türkiye'de beş yaş altı çocuk ölümlerinin dağılımında iki kutuplu bir yapının bulunduğu dikkat çekmektedir. Nitekim söz konusu ölümler açısından ülkenin; güneydoğusundaki illerde yüksek, kuzeybatısındaki illerdeyse düşük değerler görülmektedir. Bu ikisi arasında kalan illerinse bir geçiş sahası olduğunu söylemek mümkündür.

Bunlardan beş yaş altı çocuk ölümlerinin yüksek olduğu illere bakıldığında Hakkâri'nin %21,85'le ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bu ili sırasıyla; Şanlıurfa, Şırnak, Siirt, Muş, Kilis, Ağrı, Gaziantep, Bingöl, Van, Mardin, Bitlis ve Batman takip etmektedir. Buna göre ülkedeki beş yaş altı çocuk ölümlerinde Doğu Anadolu ve GDA Bölgesi'ndeki illerin başı çektiğini söylemek mümkündür.

Türkiye'nin de üyesi olduğu Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) ülkelerindeki beş yaş altı çocuk ölüm sayıları ve bunun üzerinde etkili olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi regresyon analizi yardımıyla inceleyen bir araştırma, doğum sayısı ile beş yaş altı çocuk ölüm sayıları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Şamkar ve Güner, 2018). Bu ilişkiyi, Demografik Geçiş Teorisi'yle de açıklamak mümkündür. Nitekim sözü edilen teoriye göre genel olarak ekonomik gelişmenin yeterince gerçekleşmediği, tarımla uğraşan toplumlarda hem doğumlar hem de ölümler yüksek düzeydedir. Böyle toplumlarda doğumlar büyük ölçüde, beslenme, tedavi ve bakım koşullarının yetersizliği gibi sebeplerle meydana gelen yüksek düzeydeki ölümleri gidermeye yönelmiştir (Başar, 2010). Bu da ülkenin güneydoğusunda bireyler ya da aileler tarafından doğumların bilinçli olarak kontrol edilmesini sağlayan toplumsal dönüşümün, henüz yeterince gerçekleşmediğini göstermektedir (Yüceşahin, 2009). Zira "Bebek Ölümleri" başlığı altında da değinildiği üzere beş yaş altı çocuk ölümlerinin yüksek olduğu iller, aynı zamanda ülkede toplam doğurganlık hızı ortalamasının da en yüksek olduğu illerdir.

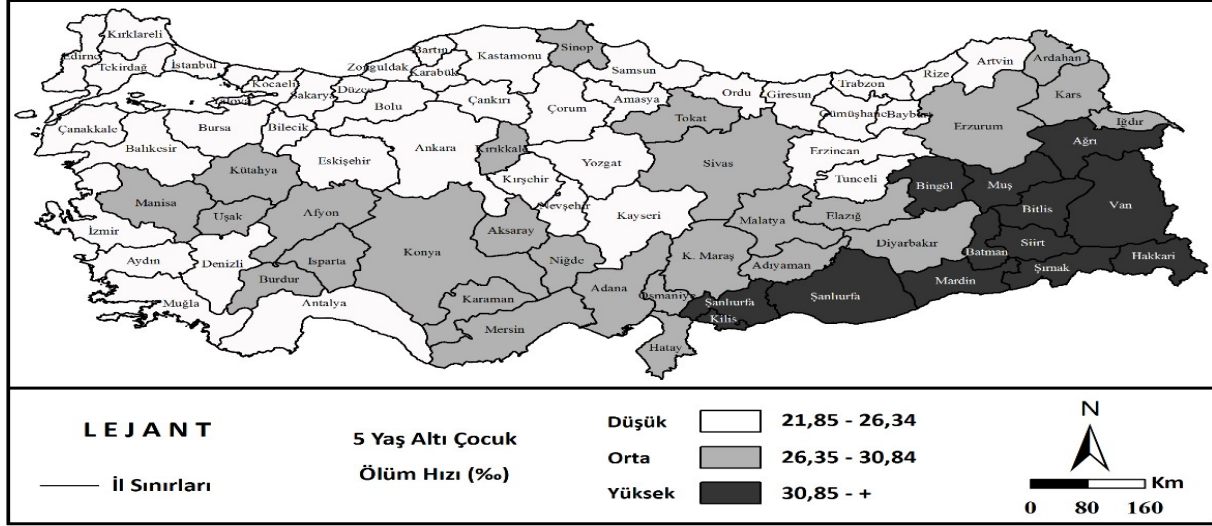
Tablo 6. Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızının 11 Yıllık Ortalaması Açısından Türkiye'nin İllerini Gösterir Tablo (2009-2019)

Ölüm Hızı Ortalaması (%)	İl Adı	Ölüm Hızı Ortalaması (%)	İl Adı	Ölüm Hızı Ortalaması (%)	İl Adı
21,85	Hakkâri	13,48	Kütahya	11,28	Çorum
21,73	Şanlıurfa	13,38	Afyonkarahisar	11,01	Artvin
21,19	Şırnak	13,35	Aksaray	11,01	Balıkesir
20,95	Siirt	13,26	Mersin	10,85	Kastamonu
20,29	Muş	13,25	Manisa	10,72	Erzincan
19,81	Kilis	13,23	Karaman	10,70	Çanakkale
19,55	Ağrı	13,17	Uşak	10,70	Eskişehir
19,39	Gaziantep	12,94	Kırkkale	10,68	Giresun
18,68	Bingöl	12,82	Isparta	10,62	İzmir
18,53	Van	12,72	Niğde	10,55	Bartın
18,50	Mardin	12,53	Sivas	10,47	Antalya
17,58	Bitlis	12,45	Burdur	10,45	Trabzon
17,45	Batman	12,41	Kayseri	10,40	Kocaeli
16,49	Diyarbakır	12,22	Sinop	10,39	Bursa
16,28	Kars	11,84	Gümüşhane	10,33	Tekirdağ
16,15	Erzurum	11,81	Bayburt	10,33	Zonguldak
16,10	Malatya	11,80	Sakarya	10,29	Muğla
15,70	Adıyaman	11,78	Aydın	10,29	Tunceli
15,29	Kahramanmaraş	11,74	Düzce	10,17	Rize
15,05	Elâzığ	11,72	Samsun	10,16	İstanbul
15,05	Iğdır	11,62	Denizli	10,08	Bilecik
14,60	Osmaniye	11,59	Amasya	9,69	Ankara
14,57	Tokat	11,53	Ordu	9,69	Yalova
14,48	Konya	11,47	Nevşehir	9,35	Bolu
14,28	Hatay	11,43	Çankırı	8,85	Karabük
13,88	Ardahan	11,37	Kırşehir	8,68	Edirne
13,76	Adana	11,30	Yozgat	8,35	Kırklareli

Kaynak: TÜİK Ölüm İstatistikleri.

Buna karşın beş yaş altı çocuk ölüm hızının ülkede en düşük olduğu il ise %8,35 ile Kırklareli'dir. Bu ili sırasıyla; Edirne, Karabük, Bolu, Yalova, Ankara, Bilecik, İstanbul, Rize, Tunceli, Muğla, Zonguldak, Tekirdağ, Bursa, Kocaeli, Trabzon, Antalya, Bartın, İzmir, Giresun, Eskişehir, Çanakkale, Erzincan, Kastamonu, Balıkesir, Artvin, Çorum, Yozgat, Kırşehir, Çankırı, Nevşehir, Ordu, Amasya, Denizli, Samsun, Düzce, Aydın, Sakarya, Bayburt ve Gümüşhane takip etmektedir. Bu da kentleşme, sosyoekonomik kalkınma ve endüstrileşme düzeyleri bakımından daima önde oldukları bilinen Marmara Bölgesi'ndekiler başta olmak üzere batıdaki illerin, ülkedeki demografik geçiş sürecine öncülük ettiğini göstermektedir. Bu açıdan sözü edilen illerin, demografik geçiş sürecini tamamlamış Avrupa ülkeleri ile büyük bir benzerlik gösterdiğini söylemek mümkündür (Yüceşahin, 2009).

Ayrıca 2006-2010 döneminde konuyla ilgili yapılan bir çalışma, yerleşme tipine göre beş yaş altı ölüm hızının kentsel yerleşim alanlarındakine (%13,18) nazaran kırsalda (%16,11) daha yüksek oranda olduğunu (İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2011) da ortaya koymuştur.



Şekil 5. Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızının 11 Yıllık Ortalaması Açısından Türkiye'nin İllerini Gösterir Harita (2009-2019)

4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

2009-2019 döneminde Türkiye nüfusundaki bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm durumunu coğrafi açıdan incelemeyi amaçlayan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bunlara ilişkin öneriler şunlardır:

Dünyada bebek ve beş yaşın altındaki çocuk ölümlerinin önemli oranda devam ettiği ülkelerden biri de Türkiye'dir. Nitekim 2009-2019 döneminde OECD'ye üye 38 ülke içinde Türkiye; bebek (%8,51) ve beş yaş altı çocuk (%14,2) ölüm oranının en yüksek olduğu üçüncü ülkedir.

Çalışma döneminde ülkede sözü edilen kategorilerde ölenlerin sayısı, 200.591'dir. Bu ölümlerin %79,95'ini bebekken yaşamını yitirenler oluşturmaktadır. Bebek ölümlerininse %64,62'si neonatal dönemdeyken (yaşamın ilk 4 haftası içinde) meydana gelmiştir.

Belirtilen dönemde Türkiye'de yaşamın ilk 4 haftası içinde ölen bebeklerin büyük bir kısmı, çok erken neonatal dönemdeyken (ilk 24 saat) hayatını kaybetmiştir. Nitekim bu süreçte hayata gözlerini yuman bebeklerin oranı, neonatal dönemde yaşamını yitirenlerin %21,54'üne tekabül etmektedir. Çok erken neonatal dönemden sonraki günlerde ölen bebeklerin oranı, kademeli bir şekilde azalmaktadır. Bu da yenidoğan bebekler için en riskli dönemin, yaşamın ilk günleri olduğunu göstermektedir.

Çok erken neonatal dönemde ölenlerden başka yaşamın ilk 4 haftası içindeyken ölen diğer bebeklere bakıldığında bunların; %48,1'lik bir kısmının erken (1-6. gün), %30,36'lık bir kısmının geç (7-29. gün) neonatal olarak adlandırılan zaman diliminde yaşamını kaybettiği görülmektedir. Bu da anne adaylarının ve annelerin yenidoğan bakımı konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bu nedenle, en geç hastaneden taburcu olmadan, doğum yapmış kadınlara yenidoğan bakımı ve bunun önemi konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi büyük bir önem arz etmektedir (Yavuz-Emik ve Önal, 2019).

Çalışma döneminde Türkiye’de ölen bebeklerin kaç aylıkken hayatlarını kaybettiklerine bakıldığında, 53.892 bebek içinde, en büyük payın %26,16 ile doğumdan sonraki ilk 1 ay içinde yaşamını yitirenler için olduğu görülmektedir. Daha sonraki aylarda bebek ölümleri kademeli bir şekilde azalmış ve 11 aylık olanlarda %3,34’e kadar düşmüştür.

Ülkedeki bebek ölümlerinin sebeplerine bakıldığında, konjenital anomalilerin ve prematüritenin ön plana çıktığı görülmektedir (Çatak ve Öner, 2018). Bunlardan konjenital anomalilerin önlenmesi için; akraba evliliklerinin azaltılması, ileri yaş gebeliklerinin önlenmesi, doğum öncesi dönemde anomalilere yönelik taramaların tüm gebelere ulaştırılması, gebelik çağındaki kadınların primer aşı şemasına göre tüm aşlarının yapılması, hepsinden önce gelen ve tümünü kapsayan bir yaklaşım olarak da toplumun fetüsü etkileyen genetik ve çevresel etkenler konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir (Ütine ve Boduroğlu, 2013).

Belirtilen dönemde Türkiye’deki kaba bebek ölüm hızının illere göre dağılımına bakıldığında, Kilis’in %17,25’le ülkede ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Kilis’ten başka Doğu Anadolu ve GDA Bölgesi’nde bulunan; Şanlıurfa, Gaziantep, Şırnak, Hakkâri, Siirt, Ağrı, Muş, Mardin ve Bingöl, kaba bebek ölüm hızının ülkede yüksek olduğu diğer illerdir. Göç İdaresi Başkanlığına göre 23 Aralık 2021 tarihi itibarıyla adı geçen illerdeki geçici koruma kapsamında kaydedilen Suriyelilerin il nüfusu içindeki paylarına bakıldığında; Kilis’te %75,51, Gaziantep’te %22,08, Şanlıurfa’da %20,27, Mardin’de %10,72 ve Şırnak’ta %2,78 oranında bir mevcutla (Göç İdaresi Başkanlığı, 2021) karşılaşılmaktadır. Buradan nüfusa oranla en fazla Suriyeli sığınmacının Kilis’te barındığı ve Suriye sınırında yer aldığı için yoğun bir Suriyeli nüfusa ev sahipliği yapan illerde kaba bebek ölüm hızının oldukça yüksek çıktığı sonucuna ulaşmak mümkündür. Ayrıca gerek Suriyelilerin yoğun bir şekilde yaşadığı yukarıda adı geçen iller ve gerekse de kaba bebek ölüm hızının ülkede yüksek olduğu; Hakkâri, Ağrı, Muş ve Bingöl, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı ortalamasının en yüksek olduğu iller olmasıyla da dikkat çekmektedir. Bundan başka genel olarak adı geçen iller, 15 yaş ve üzerindeki toplam nüfus içinde okuryazar oranının Türkiye’de en düşük olduğu yerlerdir.

Buna karşın kaba bebek ölüm hızının ülkede en düşük olduğu il ise %6,95 oranıyla Kırklareli’dir. Onu sırasıyla; Edirne, Karabük, Yalova, Ankara, Bolu, Rize, İstanbul, Giresun, Zonguldak, Antalya, Bursa, Trabzon, Bilecik, Muğla, Kocaeli, Tekirdağ, Kastamonu, Tunceli, Erzincan, Bartın, İzmir, Yozgat, Artvin, Amasya, Bayburt, Eskişehir, Kırşehir, Çorum, Balıkesir, Gümüşhane, Samsun, Çankırı, Çanakkale, Nevşehir, Aydın, Ordu, Düzce, Denizli, Sakarya, Sinop, Niğde, Kayseri ve Sivas gibi iller takip etmektedir. Ülkenin güneybatısından başlayarak, batısı, kuzeybatısı ve iç kısımlara doğru uzanan kuzeyi boyunca uzanan bu iller, genel olarak toplam doğurganlık hızı ortalamasının Türkiye’de en düşük olduğu yerlerdir. Ayrıca genel olarak bu yerler, 15 yaş ve üzerindeki toplam nüfus içinde okuma yazma bilenlerin oranının ülkede en yüksek olduğu illerdir.

Buna göre kaba bebek ölüm hızının yüksek çıktığı illerde de 15 yaş ve üzerindeki toplam nüfus içinde okuma yazma bilenlerin oranının yükselmesi/yükseltilmesi durumunda, buralarda da söz konusu ölümlerin azalacağı çıkarımında bulunmak mümkündür. Bu illerde okuma yazma bilmeyen nüfusun büyük bir kısmını da kadınların oluşturduğu göz önünde bulundurulursa, kaba bebek ölüm hızının azaltılmasında hedef kitle olarak bu cinsiyet grubuna odaklanılması uygun olacaktır. Bunun için de düzenlenecek kampanyalarla okuma yazma bilmeyen kadınların okuryazar duruma getirilmesi ve kız çocuklarının da örgün eğitime katılımlarının mümkün olan en üst seviyelere çıkarılması şarttır.

Bundan başka toplam doğurganlık hızının düşürülmesi durumunda da kaba bebek ölüm hızının azalacağını söylemek mümkündür. Zira başta iki gebelik arasında 2 yıldan daha az süre bulunması olmak üzere 18 yaşın altında veya 35 yaşın üzerinde ve 4’ten fazla sayıda gebe kalmak, riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır. Bu tür gebeliklerse gerek anne ve gerekse bebek sağlığı açısından oldukça tehlikeli olabilmektedir (Özvarış, Keskin ve Şanver, 2016). Bunun için de adı geçen illerdeki çiftlerin, aile planlamasının önemi ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterince bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.

Sözü edilen dönemde Türkiye’de beş yaş altındayken yaşamını yitiren çocukların ölüm hızlarına bakıldığında, yıldan yıla bir azalma olduğu görülmektedir. Nitekim 2009 yılında %17,49 olan beş yaş altı çocuk ölüm hızı 2019’a gelindiğinde, %10,9’a kadar düşmüştür. Bu da yıllar içerisinde ülkenin çocuk sağlığı konusunda önemli bir ilerleme kaydettiğini göstermektedir.

Belirtilen dönemde Türkiye’deki beş yaş altı çocuk ölümlerinin illere göre dağılımında iki kutuplu bir yapının bulunduğu dikkati çekmektedir. Nitekim söz konusu ölümler açısından ülkenin; güneydoğusundaki illerde yüksek,

kuzeybatısındaki illerdeyse düşük değerler görülmektedir. Bu ikisi arasında kalan illerinse bir geçiş sahası olduğunu söylemek mümkündür.

Bunlardan beş yaş altı çocuk ölümlerinin yüksek olduğu illere bakıldığında Hakkâri'nin %21,85'le ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bu ili sırasıyla; Şanlıurfa, Şırnak, Siirt, Muş, Kilis, Ağrı, Gaziantep, Bingöl, Van, Mardin, Bitlis ve Batman takip etmektedir. Buna göre ülkedeki beş yaş altı çocuk ölümlerinde Doğu Anadolu ve GDA Bölgesi'ndeki illerin başı çektiğini söylemek mümkündür.

Buna karşın beş yaş altı çocuk ölüm hızının ülkede en düşük olduğu il ise %8,35 ile Kırklareli'dir. Onu sırasıyla; Edirne, Karabük, Bolu, Yalova, Ankara, Bilecik, İstanbul, Rize, Tunceli, Muğla, Zonguldak, Tekirdağ, Bursa, Kocaeli, Trabzon, Antalya, Bartın, İzmir, Giresun, Eskişehir, Çanakkale, Erzincan, Kastamonu, Balıkesir, Artvin, Çorum, Yozgat, Kırşehir, Çankırı, Nevşehir, Ordu, Amasya, Denizli, Samsun, Düzce, Aydın, Sakarya, Bayburt ve Gümüşhane gibi iller takip etmektedir.

Beş yaş altı çocuk ölümlerinin daha da azaltılabilmesi için en önemli rol, kadınlara düşmektedir. Bununla birlikte kadınların eğitilip bilinçlendirilmesi yanında gerek doğum öncesi ve gerekse doğum sonrası sağlık hizmetlerinin onlara ulaştırılması da devlete ait bir görevdir. Dahası maddi imkânları yetersiz olan kadınlara bu hizmetlerin ücretsiz sağlanabilmesi için milli gelirden sağlık harcamalarına ayrılan payın artırılması, bebek ve çocuk ölümlerinin daha da azaltılması açısından önem arz etmektedir (Şamkar ve Güner, 2018).

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, çalışmanın tamamına tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

- Aksu, L. (2011). Dünya'da ve Türkiye'de Nüfus Analizleri. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, 0(25), 219-311.
- Aydın, O., Aslantaş-Bostan, P. & Özgür, E. M. (2018). Mekânsal veri analizi teknikleriyle Türkiye'de toplam doğurganlık hızının dağılımı ve modellenmesi. *Coğrafya Dergisi*, 37, 27-45. doi: 10.26650/JGEOG434650
- Başar, E. (2010). *Demografiye Giriş*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Bernat, J. L. (2010). How the Distinction between 'Irreversible' and 'Permanent' Illuminates Circulatory-Respiratory Death Determination. *Journal of Medicine and Philosophy*, 35(3), 242-55. doi: 10.1093/jmp/jhq018
- Bozkurt, N. (2007). Nüfus. *İslâm Ansiklopedisi*. 33, 293-294, İstanbul: TDV İSAM.
- Çatak, B. & Öner, C. (2018). Bebek ölümlerinin temel nedenleri açısından gelişmiş ülkelere mi benziyoruz? 13. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri içinde (39. ss.). Zonguldak.
- Ergin, I. & Hassoy, H. (2011). Bebek ölümlülüğünde eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki duruma dair bir değerlendirme. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 1(3), 98-104.
- Göç İdaresi Başkanlığı. (2021). İkamet İzinleri, Geçici Koruma. <https://www.goc.gov.tr/ikamet-izinleri> adresinden ulaşılmıştır.
- Harunoğulları, M. & Ağcadağ-Çelik, İ. (2019). Kilis yerel halkının algısında Suriyeli sığınmacılar ve toplumsal etkileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(67), 581-600.
- Karakaya, E., Margırıt Coşkun, A., Özerdoğan, N. & Yakıt, E. (2017). Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: Kalitatif bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(48), 417-428.
- Kaya-Tataroğlu, N. (1994). *Hastaneye Yatan 0-4 Yaş Grubu Çocuklarda Mortaliteyi Etkileyen Faktörler ve Ölüm Nedenleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- OECD Data. Infant mortality rates. <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm> adresinden ulaşılmıştır.
- Özvarış, Ş.B., Keskin, C. & Şanver T.M. (2016). Güvenli Annelik. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/toplumayonelik/guvenliannelik.pdf> adresinden ulaşılmıştır.

- Şahbaz, H. (2022). Coğrafi bir bakış açısıyla 2001-2020 döneminde Türkiye'deki boşanmalar. ETÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14, 21-58. doi: 10.29157/etusbed.956891
- Şamkar, H. & Güner, D. (2018). OECD ülkelerindeki beş yaş altı çocuk ölüm sayılarının yanlış tahmin teknikleriyle modellenmesi. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 21, 273-284. doi: 10.18092/ulikidince.398068
- The World Bank. Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births) – Türkiye. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?contextual=similar&end=2021&locations=TR&start=1960&view=chart> adresinden ulaşılmıştır.
- TÜİK. (2021). Doğum İstatistikleri, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229#:~:text=Toplam%20do%20C4%9Furganl%20C4%B1k%20h%20C4%B1z%20C4%B1%201%2C76,1%2C76%20%20C3%A7ocuk%20olarak%20ger%20C3%A7ekle%20C5%9Fti> adresinden ulaşılmıştır.
- TÜİK. Ölüm İstatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> adresinden ulaşılmıştır.
- Türk Gıda Kodeksi Bebek ve Küçük Çocuklara Yönelik Gıdalar ile Vücut Ağırlığı Kontrolü İçin Diyetin Yerini Alan Gıdalar Yönetmeliği. (2019, 2 Temmuz). TC Resmî Gazete (30819).
- Ukşal, Ü. (2011). Yenidoğan dermatozları. Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, 45 (2), 68-72. doi: 10.4274/turkderm.45.s12
- UN IGME. (2023). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2022, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund.
- Yavuz-Emik, K. & Önal, A. E. (2019). 2009-2016 yıllarında Türkiye'deki ölümlerin epidemiyolojik yönden incelenmesi ve ölüm bildirim sisteminin önemi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 82(3): 149-55. doi: 10.26650/IUITFD.364558
- Yüceşahin, M. M. (2009). Türkiye'nin demografik geçiş sürecine coğrafi bir yaklaşım. Coğrafi Bilimler Dergisi, 7(1), 1-25. doi: 10.1501/Cogbil_0000000096
- Üççam Karagel, D. (2009). Doğu Anadolu Bölgesi Kırsalında Kadın Nüfusun Okuryazarlığı (2000). Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 8(1), 14-23.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL BAĞLILIK KONUSUNDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN GÖRSEL HARİTALAMA TEKNİĞİ İLE BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

A BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF STUDIES ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT IN HEALTHCARE WITH VISUAL MAPPING TECHNIQUE

Arş. Gör. Furkan ALP¹
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ASLAN²

ÖZ

Örgütsel bağlılık, örgütsel amaç ve hedeflere ulaşmak için çalışanların yüksek düzeyde çaba gösterme isteğini ve örgütte kalma yönündeki güçlü isteklerini ifade eder. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinde örgütsel bağlılık konusundaki çalışmaların görsel haritalama tekniği ile bibliyometrik analizinin yapılmasıdır. Araştırmada "Organizational Commitment" ve "Healthcare" anahtar kelimeleri ile Web of Science veri tabanında 1991-2023 (ilk 6 ay) yılları arasında toplam 1827 çalışmanın yayımlandığı tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde örgütsel bağlılık konusunda yapılan çalışmaların 2021 yılı haricinde sistematik bir artış gösterdiği, en fazla atıf alan makalenin Ingersoll ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan "Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent" olduğu, örgütsel bağlılık kavramı ile ilgili en fazla yayın yapan yazarın 1356 atıf ve 13 yayım ile Laschinger, H.K. Spence olduğu, en fazla yayın yapan ülkenin Amerika Birleşik Devletleri olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaların en fazla Wiley'de (262), hemşirelik (584) ve yönetim (542) temel alanında yayımlandığı bulunmuştur. Ortak yazar bağlantılarının ABD, Kanada, İngiltere ve Hollanda gibi ülkelerde yoğunlaştığı görülmüştür. Çalışma sonuçları, sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili araştırmaların yıllar içerisinde belirgin bir şekilde arttığını, gelişmiş ülkelerde bu konu ile ilgili çalışmalara daha fazla yer verildiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik analiz, Örgütsel bağlılık, Sağlık hizmetleri, Web of science (WoS).

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I12, I19.

ABSTRACT

Organizational commitment refers to employees' willingness to exert a high level of effort to achieve organizational goals and objectives and their strong desire to stay in the organization. The aim of this study is to conduct a bibliometric analysis of studies on organizational commitment in health services with visual mapping technique. In the study, it was determined that a total of 1827 studies were published in the Web of Science database with the keywords "organizational commitment" and "healthcare" between 1991-2023 (six months). It was determined that the studies on organizational commitment in health services showed a systematic increase except for 2021, the most cited article was "Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent" by Ingersoll et al. (2002), the author who published the most on the concept of organizational commitment was Laschinger, H.K. Spence with 1356 citations and 13 publications, and the country with the most publications was the United States of America. The findings indicate that most of the studies were published in Wiley journals (262), primarily in the field of nursing (584) and management (542). Co-author links were found to be concentrated in countries such as the USA, Canada, the UK, and the Netherlands. This study shows that research on organizational commitment in health has increased significantly over the years and that research on this subject is more common in developed countries.

Keywords: Bibliometric Analysis, Organizational Commitment, Health Services, Web of Science (WoS).

JEL Classification Codes: I10, I12, I19.

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, furkan.alp@medeniyet.edu.tr

² Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yaseminaslan@bandirma.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Studies on the concept of organizational commitment are important which has a close relationship with many variables such as motivation, job satisfaction, turnover intention, satisfaction, job performance, organizational trust and productivity in the health sector. Having information about these studies can guide corporate governance policies and serve as a reference for further research on the same subject. In an increasingly competitive environment, the importance of qualified human resources has increased in order for organizations to survive. Especially in sectors with low tolerance for error, such as the health sector, the role of qualified employees in ensuring patient and employee safety is very important. In order to provide quality service, it is important for institutions to retain their valuable human resources and to have information about the factors affecting their commitment to the organization and to develop strategies to retain them. Organizational commitment refers to employees' willingness to exert high levels of effort to achieve organizational goals and objectives and their strong desire to stay in the organization. The aim of this study is to conduct a bibliometric analysis of studies on organizational commitment in health services with visual mapping technique.

Design/methodology/approach:

In this study, bibliometric analysis of the studies on the subject of "Organizational Commitment in Health Services" was conducted with visual mapping technique. In the research, studies on health services from Web of Science (WoS) categories were evaluated and research articles were taken as the unit of analysis. In this context, it was determined that a total of 1827 studies were published between 1991-2023 (six months) in the Web of Science Core Collection database with the keywords "Organizational Commitment" and "Healthcare". Information on the distribution of studies on the concept of organizational commitment in healthcare institutions by years, the number of most cited publications, the number of authors with the most publications, the number of countries, universities/institutions and journals with the most publications, and the list of the main fields with the most publications were obtained from the "Topic" section of the Web of Science Core Collection database and transferred to Microsoft Excel file. In addition, information on co-author network analysis, network analysis of two independent authors in different articles at the same time, joint university/institution network analysis, joint country density map and keyword density map were analyzed through VOSviewer 1.6.19.0 software program, which is a visual mapping technique.

Findings:

It was determined that a total of 1827 studies on organizational commitment in health services were published between 1991-2023 (six months) using the keywords "Organizational Commitment" and "Healthcare" in the Web of Science Core Collection database. It was observed that the studies on the subject showed a systematic increase except for 2021. The most cited articles are "Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent" by Ingersoll et al. (2002); "Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment" by Ho et al. Karsh, Booske & Sainfort (2005) found that "Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover", the author who published the most on the concept of organizational commitment was Laschinger HKS with 1356 citations and 13 publications, the country with the most publications was the United States of America and the institutions with the most publications were the University of California and Harvard University. It was found that most of the studies were published in Wiley (262), nursing (584) and management (542). Co-author links were found to be concentrated in the USA, Canada and the UK. It was found that the most commonly used keywords in articles related to organizational commitment were "job satisfaction" (145) and "organizational commitment" (125). Co-author links were concentrated in the USA, Canada, the UK and the Netherlands, authors such as "Meyer, JP.", "Laschinger, HKS" and "Podsakof, PM" had high citation (link) power with each other, and according to the university/institution network analysis, the co-author links of the studies were concentrated at the University of Toronto, the University of Carolina and the University of San Francisco. These institutions are the universities where the clustering of the concept of organizational commitment in health institutions is large and the network connection is high. It was determined that the most commonly used keywords in the articles on organizational commitment were "job satisfaction" (145) and "organizational commitment" (125).

Conclusion and Discussion:

The results of the study show that research on organizational commitment in healthcare institutions has increased significantly over the years, and studies on this subject are more common in developed countries. This situation suggests that with the intensification of competition in health services, the advancement of technology, and the importance of quality and accreditation studies, efforts to retain qualified human resources have gained value. However, since studies on organizational commitment have gained weight in developed countries, it is valuable to conduct studies on the subject in underdeveloped and developing countries in order to evaluate the current situation.

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri insan hayatı için vazgeçilmez, genellikle aciliyet arz eden ve ertelenemez nitelikte, insan sağlığını öncelikle geliştirmeye ve korumaya, gereklilik halinde ise tedavi edilmesine ve rehabilitasyonuna yönelik sunulan hizmetlerdir. Sağlık, ulusal ve uluslararası metinlerle güvence altına alınan temel insan haklarından biri olduğu için bu sektörde görev yapan çalışanların hizmet sunumundaki özverili çalışmaları hizmetlerin etkili ve verimli bir şekilde sunulması için son derece önemlidir. Sağlık çalışanları açısından hizmet sunumunda hedeflenen çıktılara ulaşılmasını etkileyen faktörlerden biri örgüte bağlılık duygusu ve aidiyet hissinin yüksek olmasıdır. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde bağlılık “Bağlı olma durumu, merbutiyet” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Örgütsel bağlılık kavramının 1950’li yıllarda literatüre girdiği kabul edilmektedir (Becker, 1960; Gouldner, 1960). Bu kavram farklı bilim insanları tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Grusky (1966) örgütsel bağlılığı, bireylerin çalıştığı örgüte olan bağının gücü şeklinde tanımlarken, Sheldon (1971), örgütün olumlu değerlendirmesi ve amaçları doğrultusunda çalışma niyeti, Buchanan (1974), bir örgütün amaç ve değerlerine, çalışanların bireysel amaç ve değerlerinden ayrı olarak örgütün çıkarları için hissedilen duygusal bir bağlılık, Hrebiniak ve Allutto (1972), maaş, statü veya mesleki yeterlilik artışları veya daha fazla meslektaş arkadaşlığı için örgütten ayrılmaya isteksizliği, Wiener (1982) ise örgütsel hedef ve çıkarlara katkı sağlamak amacıyla öncüller ve sonuçlar arasında tutumsal bir müdahale yapısı olduğu varsayarak, bu tutumsal sürecin bilişsel olmaktan çok duygusal olarak içselleştirilmiş normatif kabullerin bütünü şeklinde tanımlamıştır. Örgütsel bağlılık konusunda dikkat çeken çalışmalardan biri 1990’lı yıllarda Allen ve Meyer tarafından yapılmıştır. Allen ve Meyer (1990) örgütsel bağlılığı, çalışanın örgüte karşı psikolojik olarak kurmuş olduğu olumlu bağı, örgütte kalma yönündeki istekliliği şeklinde tanımlamıştır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde örgütsel bağlılık konusu oldukça fazla çalışılmış olup, bu çalışma içerisinde bibliyometrik analiz kapsamında değerlendirilerek gelecek çalışmalar için yol gösterici olması amaçlanmıştır.

2. ÖRGÜTSEL BAĞLILIK KAVRAMI

Örgütsel bağlılık temelde bir çalışanın örgüt adına yüksek düzeyde çaba gösterme isteğini, örgütte kalmaya yönelik güçlü bir isteği ve örgütün ana amaç ve değerlerini kabul etmesi şeklinde tanımlanabilir. Bilim insanlarının geliştirmiş olduğu tanımlar arasında birtakım farklılıklar olsa da örgütsel bağlılık, bireyler ve örgütler arasındaki bir tür psikolojik bağ olarak değerlendirilebilir. Bireyler genellikle amaçlarına ulaşmak ve aidiyet duygusu hissetmek için örgütlerde çalışmak isterler. Örgütsel bağlılık, bir çalışanın bütün olarak sistemle ilişkisinin niteliğini ifade eder. Bu nedenle örgütün başarısı büyük oranda örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanlara bağlıdır.

Bir kişinin örgüte bağlılığının gücünü etkileyen iki temel faktör bulunmaktadır. Bunlardan ilki bireyin örgütten aldığı ödüller, ikincisi ise bu ödüller elde etmek için katlanmak zorunda kaldığı çabalarıdır. Bir örgüte bağlılığın gücü, kişinin örgüt tarafından değer göreceğine olan inancının gücüyle pozitif ilişki içerisinde olmalıdır (Grusky, 1966). Allen ve Meyer (1990), örgütsel bağlılığı duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık olarak üç boyutta değerlendirmiştir. Örgütsel bağlılığın duygusal bileşeni, çalışanların örgütle duygusal bağ kurması, özdeşleşmesi ve katılımı anlamına gelirken, devam bileşeni, çalışanların örgütten ayrılmaya ilişkin maliyetlere dayalı bağlılığı ifade eder. Normatif bileşen ise çalışanların örgütte kalma zorunluluğuna yönelik duygularını ifade eder. Duygusal bağlılıkta, çalışanların örgütteki diğer çalışanlarla ve yöneticilerle kurmuş olduğu duygusal yakınlık nedeniyle örgüte bağlılığı söz konusuysen, devam bağlılığında çalışanın hayatını devam ettirmek için ihtiyaç duyduğu ekonomik kazanç menfaati nedeniyle örgüte bağlılığı söz konusudur. Normatif bağlılıkta ise birey örgüte karşı beslediği minnet, sadakat ve sorumluluk gibi ahlaki değerler nedeniyle örgüte bağlı kalmayı tercih etmektedir.

Örgütsel bağlılık çalışanların iş performansını, iş doyumunu, örgütsel güveni, örgüt kültürünü, işten ayrılmayı, çalışan motivasyonunu ve verimliliğini etkilemektedir (Özyurt ve Özgen, 2020; Sürücü ve Maşlakçı, 2018; Ye ve Sripicharn, 2017; Ramalho Luz, Paula ve Oliveira, 2018). Özellikle örgütlerde rekabet avantajı elde edilmesini sağlayan en önemli öğelerden birinin insan kaynağı olduğunun fark edilmesiyle birlikte, örgütsel bağlılık kavramı da bütün sektörlerde önem kazanmaya başlamıştır (Pinho vd., 2018). Hosmer (1996), küresel ölçekte rekabetin artması ve gelişen teknolojik karmaşıklığın etkisiyle örgütlerin diğer paydaşları ile birlikte çalışanların güvenine daha fazla ihtiyaç duyduğunu vurgulamıştır.

Günümüzde tüm kurumlarda ekip ruhu oluşturmak, çalışanlara değer vermek, çalışanları kurum ile özdeşleştirmek ve çalışanlarının başarılı olmasını sağlamak gün geçtikçe daha anlamlı hale gelmektedir. Bu sebeple çalışan sadakatine katkıda bulunan örgütsel bağlılığa ihtiyaç artmaktadır. Çalışanların gerek imalat sektöründe gerek

hizmet sektöründe örgütün hedeflerine ulaşmasında önemli bir rolü bulunması nedeniyle; örgütü ile özdeşleşen bireyler, personel devir hızını, devamsızlığı, kaliteyi ve performansı etkileyebilecektir (Şenel, 2019). Bu noktada sağlık sektöründe de kurumsal amaç ve hedeflere ulaşabilmek, hasta ve çalışma güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak amacıyla çalışanların kuruma bağlılığı önemli unsurlardan biridir. Aydın ve Alacahan (2023), örgütsel bağlılığa etki eden bireysel faktörleri tespit etmek amacıyla hastanede görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yürüttükleri bir çalışmada, erkeklerin, genç yaş grubunun, bekârların, lisansüstü eğitim seviyesine sahip ve kıdem süresi 20 yılın üzerinde çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada katılımcıların devam bağlılığı düzeyinin duygusal ve normatif bağlılıktan yüksek olduğu görülmüştür. Filiz'in (2020) sağlık kurumlarındaki liderlik tarzıyla örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi incelediği bir sistematik derleme çalışmasında yazar, örgütsel bağlılık üzerinde pozitif yönde en çok etkili olan liderlik tarzının dönüşümcü liderlik yaklaşımı olduğunu tespit etmiştir. Özdemir'in (2020), özel sağlık kuruluşlarında görev yapan çalışanların dahil edildiği bir çalışmada, katılımcıların yaşları ve eğitim düzeyleri ile örgütsel bağlılıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını, çalışanların kıdem süreleri ile örgütsel bağlılıkları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu tespit etmiştir. Aynı çalışmada, çalışanların örgütsel bağlılıkları ile örgütsel adalet algıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır. Altaş'ın (2021), sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada örgütsel desteğin, örgütsel bağlılığı, örgütsel güveni ve örgütsel özdeşleşmeyi pozitif yönde etkilediği ve bu değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunduğunu bulmuştur. Özata ve Topçu (2018), sağlık çalışanlarının motivasyonu ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi incelemiş, bu iki değişken arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişkinin bulunduğu sonucuna varmıştır. Bektaşoğlu ve Şengün (2020)'ün örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmada, örgütsel iletişim arttıkça örgütsel bağlılığın da arttığı sonucuna varılmıştır. La Falce ve arkadaşları (2023), sağlık sektöründe tükenmişlik sendromunun çalışanın örgüte olan duygusal bağlılığını ve devam bağlılığını olumsuz etkilediğini tespit etmiştir. Hemşirelerde iş rotasyonu ve stresin iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, iş doyumunun örgütsel bağlılık üzerinde olumlu bir etkisinin olabileceği, rol stresinin örgütsel bağlılık üzerinde olumsuz bir etkisinin olabileceği belirtilmiş ve hemşireleri elde tutmanın kuruluşun değerli insan kaynaklarının kaybına yol açan yüksek devir hızını azaltarak maliyet avantajı sağlayabileceği bulunmuştur (Ho vd., 2009). Top ve arkadaşları (2015), Türk sağlık sektöründe hem kamu görevlilerinin hem de özel sektör çalışanlarının (dış kaynak kullanımı) dönüşümcü liderlik, örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş tatmini algılarını inceledikleri çalışmada, kamu çalışanlarına göre özel sektör çalışanlarında örgütsel bağlılığın boyutlarının (dönüşümcü liderlik, iş doyum ve örgütsel güven) yordayıcıları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Abou Hashish (2017), etik çalışma iklimi ile hemşirelerin örgütsel destek, örgütsel bağlılık, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti algıları arasındaki ilişkileri incelediği çalışmada, hemşirelerin genel etik çalışma ortamı algısı ile algılanan örgütsel destek, bağlılık ve iş tatmini arasında pozitif anlamlı korelasyonlar olduğunu, ancak hemşirelerin işten ayrılma niyeti ile bu değişkenlerin her biri arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunduğunu tespit etmiştir. Etik ve destekleyici çalışma ortamlarını ve ayrıca işle ilgili faydaları teşvik etme ve geliştirme stratejilerinin hemşirelerin bağlılığını ve memnuniyetini artırma ve işten ayrılma niyetlerini azaltma noktasında etkili olabileceği sonucuna varılmıştır. Gupta ve arkadaşlarının (2016), algılanan örgütsel destek, duygusal bağlılık, psikolojik sözleşme ihlali, örgütsel vatandaşlık davranışı ve işe tutkunluk arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmada, duygusal bağlılığın, algılanan örgütsel destek ile iş çıktıları (işe bağlılık, örgütsel vatandaşlık davranışı) arasındaki pozitif ilişkilere aracılık ettiği bulunmuştur.

Sağlık sektöründe motivasyon, iş doyum, işten ayrılma niyeti, memnuniyet, iş performansı, örgütsel güven, verimlilik gibi çok sayıda değişkenle yakın bir ilişki içerisinde bulunan örgütsel bağlılık kavramı ile ilgili yapılan çalışmalar önemlidir. Bu çalışmalar hakkında bilgi sahibi olunması, kurumsal yönetim politikalarına yön verebilir ve aynı konu ile ilgili yapılmak istenen ileri düzey araştırmalar konusunda referans teşkil edebilir. Artan rekabet ortamında kurumların varlığını sürdürebilmesi için sahip olduğu nitelikli insan kaynağının önemi artmıştır. Özellikle sağlık sektörü gibi hataya toleransı düşük sektörlerde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında nitelikli çalışanların rolü oldukça büyüktür. Kaliteli hizmet sunumu amacıyla kurumların sahip olduğu değerli insan kaynağını elinde tutması ve onların örgüte bağlılığını etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olması ve elde tutması için stratejiler geliştirmesi önemlidir.

3. MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada "Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Bağlılık" konusu ile ilgili yapılan çalışmaların görsel haritalama tekniği ile bibliyometrik analizi yapılmıştır. Araştırmada Web of Science (WoS) kategorilerinden sağlık hizmetleri

temel alan çalışmaları değerlendirmeye tabi tutulmuş olup analiz birimi olarak araştırma makaleleri temel alınmıştır. Bu kapsamda “Organizational Commitment” ve “Healthcare” anahtar kelimeler ile Web of Science Core Collection veri tabanında 1991-2023 (ilk 6 ay) yılları arasında toplam 1827 adet çalışmanın yayımlandığı tespit edilmiştir. Aşağıda yer alan ilk 7 soruya ilişkin bilgiler Web of Science Core Collection veritabanının “Topic” (Konu) kısmından elde edilerek Microsoft Excel dosyasına aktarılmıştır. Temel araştırma sorularına yönelik olarak yıl, en çok atıf alan yayın sayısı, en çok yayın yapan yazar sayısı, en çok yayın yapılan ülke, üniversite/kurum ve dergi sayısı ve en çok yayın yapılan temel alan listeleri tablolar halinde sunulmuştur. Son 5 soru ise görsel haritalama tekniği olan VOSviewer 1.6.19.0 yazılım programı aracılığıyla analiz edilmiştir. VOSviewer programı, çalışmaların içeriklerini belirli parametrelere göre kümeleyen ve kümeleri farklı renklerle sınıflandırmaya yarayan bir görsel haritalama tekniğidir (Gacar ve Keser, 2023). Vosviewer programı programı tüm kullanıcılara açık erişim olarak sunulmaktadır ve bu program aracılığıyla bibliyografik verilere dayalı haritalama yapılabilir. VOSviewer programı üzerinde “ortak yazarlık” (Co-Authorship), “birlikte bulunma” (Co-occurrence), “Atıf” (Citation), “bibliyografik eşleştirme” (bibliographic-coupling) ve “ortak atıf” (co-citation) analizleri yapılabilmektedir (Kurutkan ve Orhan, 2018). Seçilen parametreler çerçevesinde VOSviewer programı ile bağlantıları güçlü kavramlar üzerinde haritalandırma yapılabilmektedir.

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık kavramına yönelik bibliyometrik analizler kapsamında çalışmaların; ortak yazar ağ analizi, ortak üniversite/kurum ağ analizi, ortak ülke yoğunluk haritası ve anahtar kelime yoğunluk haritası elde edilmiştir. Çalışma kapsamında yer alan sorular aşağıda yer almaktadır;

1. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yıllar itibarıyla makale sayılarındaki artış veya azalış ne durumdadır?
2. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en etkili (en çok atıf alan) çalışmalar hangileridir?
3. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en çok çalışması olan yazarlar ve atıf sayıları nedir?
4. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en çok çalışma yapan ülkeler hangileridir?
5. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık alanında en çok çalışma yapan üniversiteler/kurumlar hangileridir?
6. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en çok çalışmanın yayımlandığı akademik dergiler hangileridir?
7. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en çok çalışma yapılan temel alanlar hangileridir?
8. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayınlanan makalelerde ortak yazarlık ağ analizi ne şekildedir?
9. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık alanında yayınlanan makalelerde iki bağımsız yazarın farklı makalede aynı anda bulunma ağ analizi ne şekildedir?
10. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayınlanan makalelerde ortak üniversite/kurum ağ analizi ne şekildedir?
11. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayınlanan makalelerde ortak ülke yoğunluk analizi ne şekildedir?
12. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayınlanan makalelerde anahtar kelime yoğunluk analizi ne şekildedir?

Tablo 1. Arama Çerçevesi

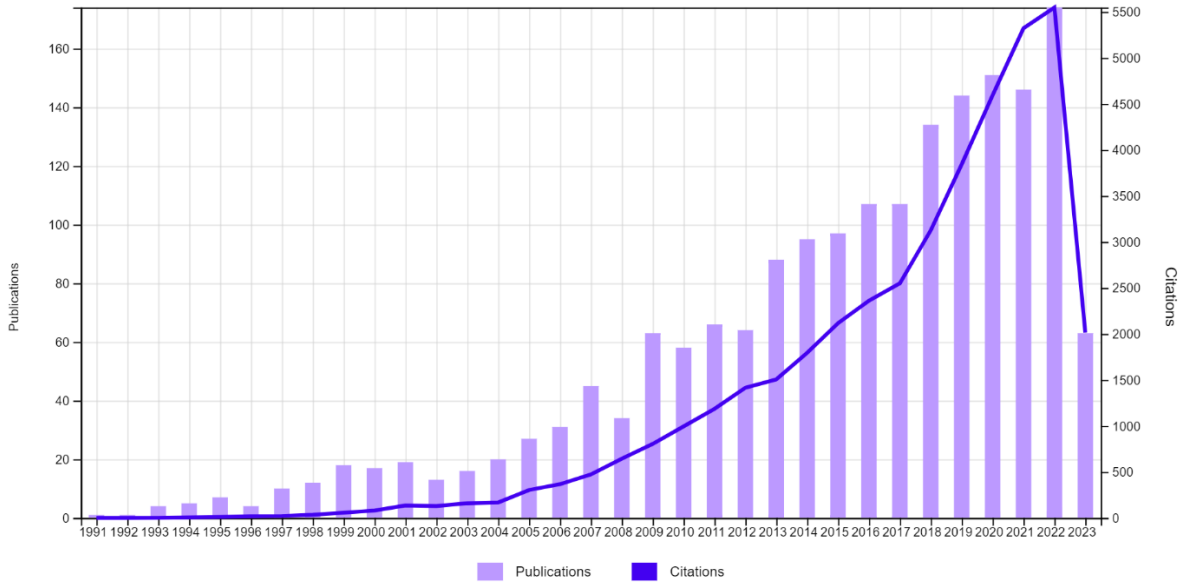
PARAMETRELER	SEÇİM
Seçim yaklaşımı	Bibliyometrik analiz
Kullanılan veritabanı	Web of Science Core Collection “Topic”
Analiz için kullanılan araçlar	VOSviewer
Arama sorgusu	Örgütsel bağlılık, Sağlık Hizmetleri
Belgenin niteliği	Makale
Zaman aralığı	1991-2023 (İlk 6 ay)
Dil	İngilizce

Çalışmanın Etik Durumu

Bu çalışmanın verileri açık erişim kaynağı olan Web of Science Core Collection veritabanından alınması sebebiyle etik kurul alınmamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık kavramı ile ilgili çalışmaların yıllara göre dağılımı, en çok atıf alan yayın sayısı, en çok yayın yapan yazar sayısı, en çok yayın yapılan ülke, üniversite/kurum ve dergi sayısı, en çok yayın yapılan temel alan listesi, ortak yazar ağ analizi, iki bağımsız yazarın farklı makalede aynı anda bulunma ağ analizi, ortak üniversite/kurum ağ analizi, ortak ülke yoğunluk haritası ve anahtar kelime yoğunluk haritasına yönelik bulgulara yer verilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Kavramı ile İlgili Yıllara Göre Yayın ve Atıf Sayısı

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayın yapılan yıl ve atıf sayılarına ilişkin bilgiler Şekil 1’de verilmiştir. Şekil 1’e göre sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili çalışmaların 2021 yılı haricinde sürekli artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durumun en önemli nedenlerinin sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ölçeğinin oldukça fazla kullanılması ve sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık konusunun farklı kavramlar ile çalışılması olarak görülebilir.

Tablo 2. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Kavramı ile İlgili En Fazla Atıf Alan İlk 10 Makaleye İlişkin Bilgiler

NO	Makale Adı	Yazarlar	Yıl	Dergi	Atıf Sayısı
1	“Nurses’ job satisfaction, organizational commitment, and career intent”	Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J.	2002	The Journal of Nursing Administration	643
2	“Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment”	Ho, W. H., Chang, C. S., Shih, Y. L., & Liang, R. D.	2009	BMC Health Services Research	482
3	“Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover”	Karsh, B., Booske, B. C., & Sainfort, F.	2005	Ergonomics	430
4	“Examining transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in Turkish hospitals: public servants versus private sector employees”	Top, M., Akdere, M., & Tarcan, M.	2015	The international Journal of Human Resource Management	388
5	“Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England”	Ahmad, N., & Oranye, N. O.	2010	Journal of Nursing Management	385
6	“Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses’ organizational commitment”	Smith, L. M., Andrusyszyn, M. A., & Spence Laschinger, H. K.	2010	Journal of Nursing Management	352

NO	Makale Adı	Yazarlar	Yıl	Dergi	Atf Sayısı
7	“Effects of management communication, opportunity for learning, and work schedule flexibility on organizational commitment”	Ng, T. W., Butts, M. M., Vandenberg, R. J., DeJoy, D. M., & Wilson, M. G.	2006	Journal of Vocational Behavior	314
8	“The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement”	Gupta, V., Agarwal, U. A., & Khatri, N.	2016	Journal of Advanced Nursing	302
9	“Relationship between ethical work climate and nurses’ perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent”	Abou Hashish, E. A.	2017	Nursing Ethics	299
10	“Nursing assistants’ job commitment: Effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being”	Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfeifferle, S. G., & M. Zincavage, R.	2008	The Gerontologist	198

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en fazla atf alan ilk 10 makaleye ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir. Araştırma göstergelerine göre sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en fazla atf alan çalışmaların; Ingersoll ve arkadaşları (2002), Ho ve arkadaşları (2009) ve Karsh, Booske & Sainfort (2005) olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Kavramı ile İlgili En Fazla Yayın Yapan Yazarlar ve Atf Sayıları (İlk 10)

Yazar Adı	Yayın Sayısı	Atf Sayısı
Laschinger, Heather K. Spence	13	1356
Rodwell, John J.	8	148
Weiner, Bryan J.	7	173
Rundall, Thomas	7	83
Top, Mehmet	6	166
Hartmann, Christine W.	6	63
Fleury, Marie-Josée	6	39
Bartram, Timothy	5	266
Leggat, Sandra G.	5	266
Wallin, Lars	5	151

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en fazla yayın yapan yazarlara ilişkin bilgiler Tablo 3’te verilmiştir. Tablo 3’e göre en çok yayın yapan yazar 13 yayın ile Laschinger, Heather K. Spence olarak tespit edilmiştir. Laschinger, Heather K. Spence’i 8 yayın ile Rodwell, John J. ve 7 yayın ile Weiner, Bryan J. izlemektedir. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayın yapan yazarlar arasında 6 yayın ile Prof. Dr. Mehmet TOP yer almaktadır.

Tablo 4. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Kavramı ile İlgili En Fazla Yayın Yapan Ülkeler (İlk 10)

ÜLKE	N	%
Amerika Birleşik Devletleri	710	38.566
Kanada	214	11.624
İngiltere	159	8.637
Avustralya	124	6.735
Hollanda	109	5.921
İsveç	88	4.78
ÜLKE	N	%
İtalya	69	3.748
Çin	68	3.694

İran	66	3.585
İsviçre	62	3.368

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en fazla yayın yapan ülkeler Tablo 4’te sunulmuştur. En fazla yayın sayısına sahip ülkelere bakıldığında 710 yayın ile Amerika Birleşik Devletleri açık ara ile zirvede yer almaktadır.

Tablo 5. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Kavramı ile İlgili En Fazla Yayın Yapan Üniversite/Kurum Adı (İlk 10)

ÜNİVERSİTE / KURUM	N	%
University of California System	66	3.585
Harvard University	53	2.879
University of Toronto	53	2.879
World Health Organization	53	2.879
Us Department Of Veterans Affairs	52	2.825
Veterans Health Administration VHA	51	2.77
University of London	50	2.716
University of North Carolina	48	2.607
N8 Research Partnership	43	2.336
State University System of Florida	40	2.173

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili en fazla yayın yapan üniversite ve kurumlara ilişkin bilgiler Tablo 5’te verilmiştir. Tablo 5’e göre ‘‘University of California System ve Harvard University’’ en çok yayın yapan kurumlar olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Kavramı ile İlgili Çalışmaların Yayımlandığı Yayıncı Kuruluş Listesi (İlk 10)

DERGİ	N	%
Wiley	262	14.231
Springer Nature	208	11.298
Elsevier	196	10.646
Lippincott Williams & Wilkins	173	9.397
Sage	147	7.985
Taylor & Francis	128	6.953
Emerald Group Publishing	127	6.898
Oxford Univ Press	61	3.313
MDPI	50	2.716
Frontiers Media	35	1.901

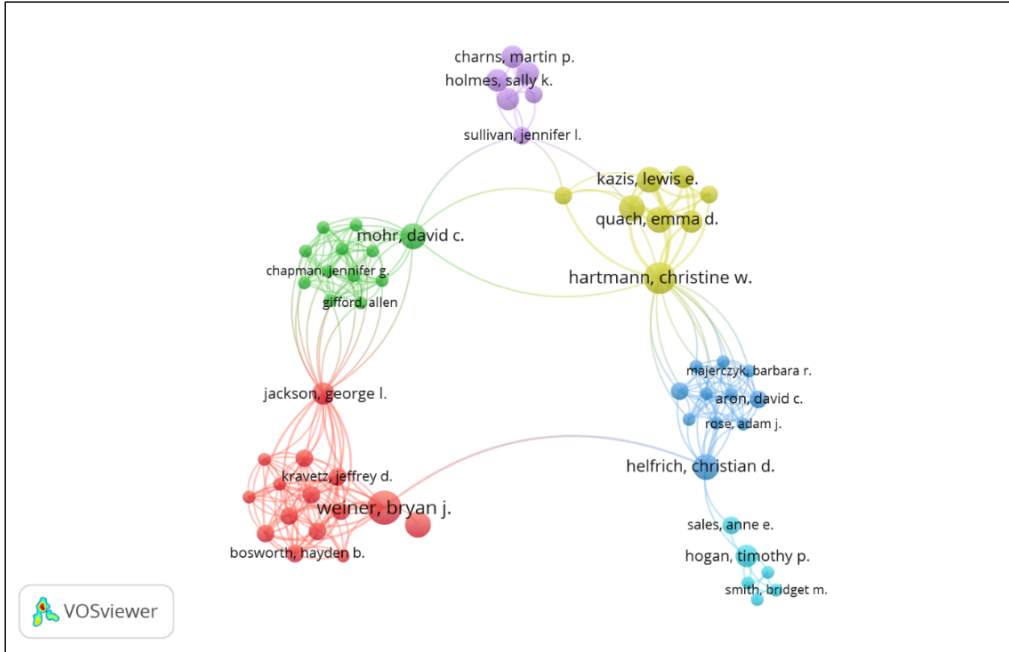
Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili çalışmaların yayımlandığı dergi listesine ilişkin bilgiler Tablo 6’da verilmiştir. Tablo 6’ya göre Wiley sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık kavramı ile ilgili yayınlamış olduğu 262 yayın ile en fazla makale yayınlayan dergi olarak tespit edilmiştir. Springer Nature 208 yayın ve Elsevier 196 yayın ile en fazla makale yayınlayan diğer dergiler olarak görülmektedir.

Tablo 7. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık Kavramı ile İlgili Yayın Yapılan Alan Listesi (İlk 10)

TEMEL ALAN	N	%
Hemşirelik	584	31.722
Yönetim	542	29.441

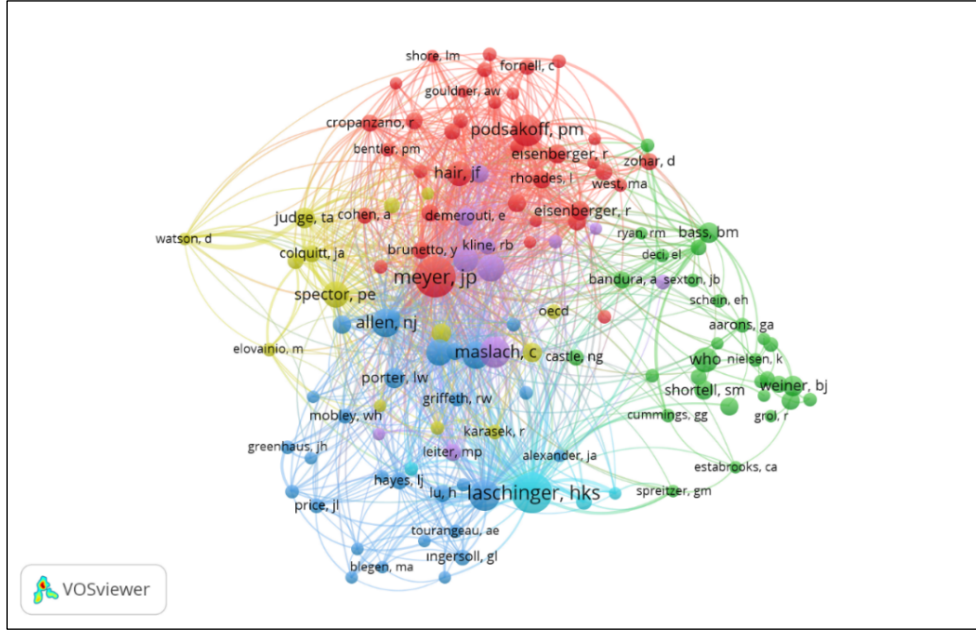
Sağlık Politikaları	127	6.898
Palyatif Bakım	62	3.368
Psikiyatri	52	2.825
Psikiyatri ve Psikoloji	40	2.173
Cinsiyet Çalışmaları	27	1.467
Sosyal Psikoloji	24	1.304
HIV	23	1.249
Güvenlik ve Bakım	22	1.195

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayın yapılan temel alan listesine ilişkin bilgiler Tablo 7’de verilmiştir. Tablo 7’ye göre sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili yayın yapılan temel alan; 584 çalışma ile Nursing (Hemşirelik) alanı olarak tespit edilmiştir. 542 yayın ile Management (Yönetim) ve 127 yayın ile Healthcare Policy (Sağlık Politikası) temel alanları takip etmektedir.



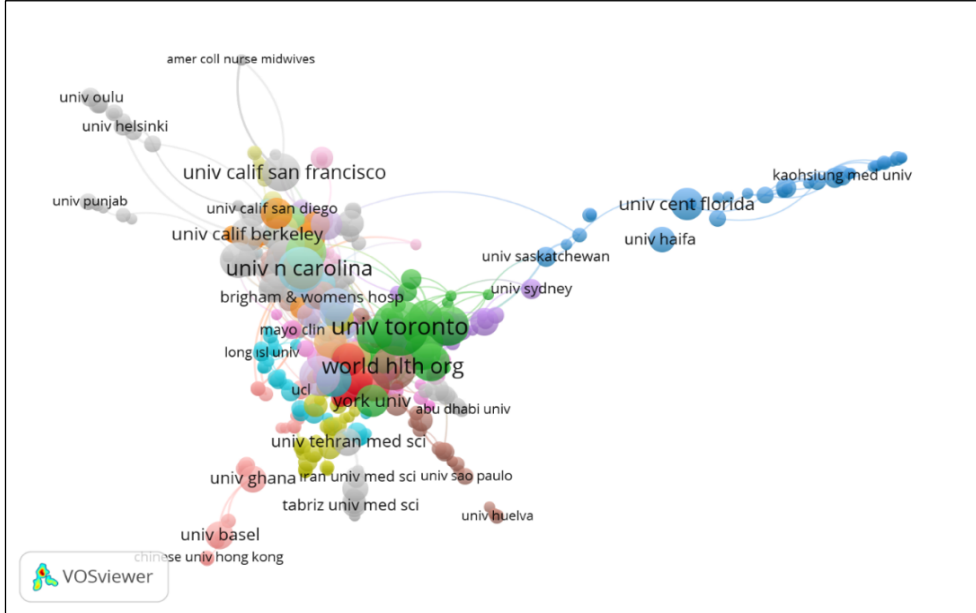
Şekil 2. Ortak Yazarlık Haritası

Şekil 2’de ortak yazarlık bağlantısının ağ grafiği sunulmuştur. Şekil 2’ye göre yapılan çalışmalarda 6 farklı grupta ortak yazarlık bağlantılarının olduğu görülmektedir.



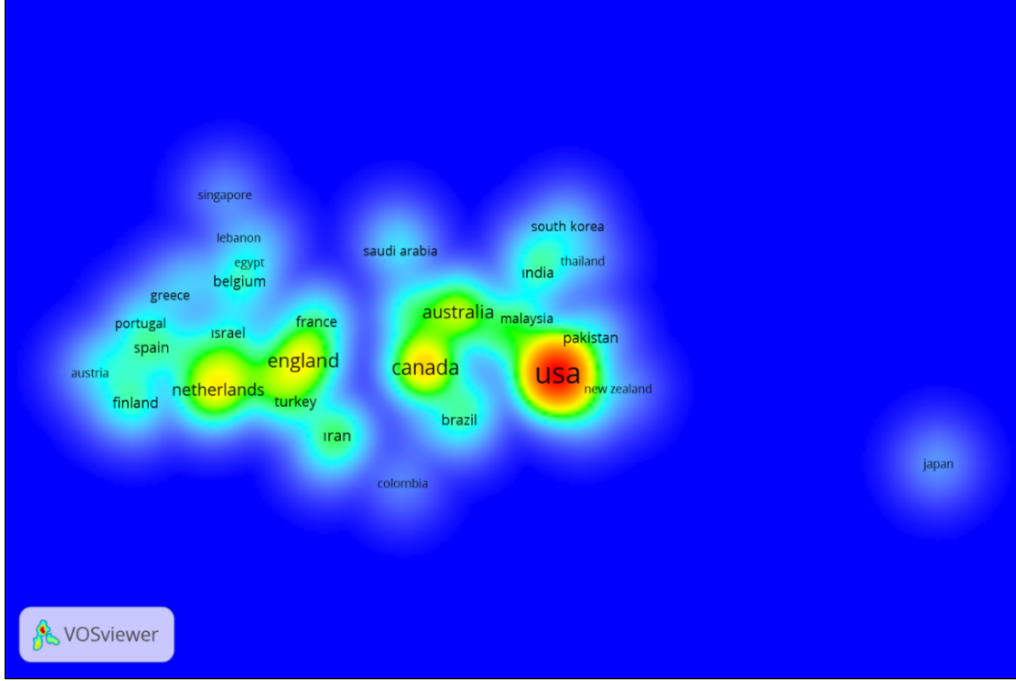
Şekil 3. İki Bağımsız Yazarın Farklı Makalede Aynı Anda Bulunma Ağ Grafığı

Şekil 3'te iki bağımsız yazarın farklı bir çalışmada aynı anda kaç kez alıntılanmış olduğu görülmektedir. Şekil 3'e göre "Meyer, JP.", "Laschinger, HKS" ve "Podsakof, PM" gibi yazarların birbirleriyle olan alıntılanma (bağlantı) güçlerinin yüksek olduğu görülmektedir.



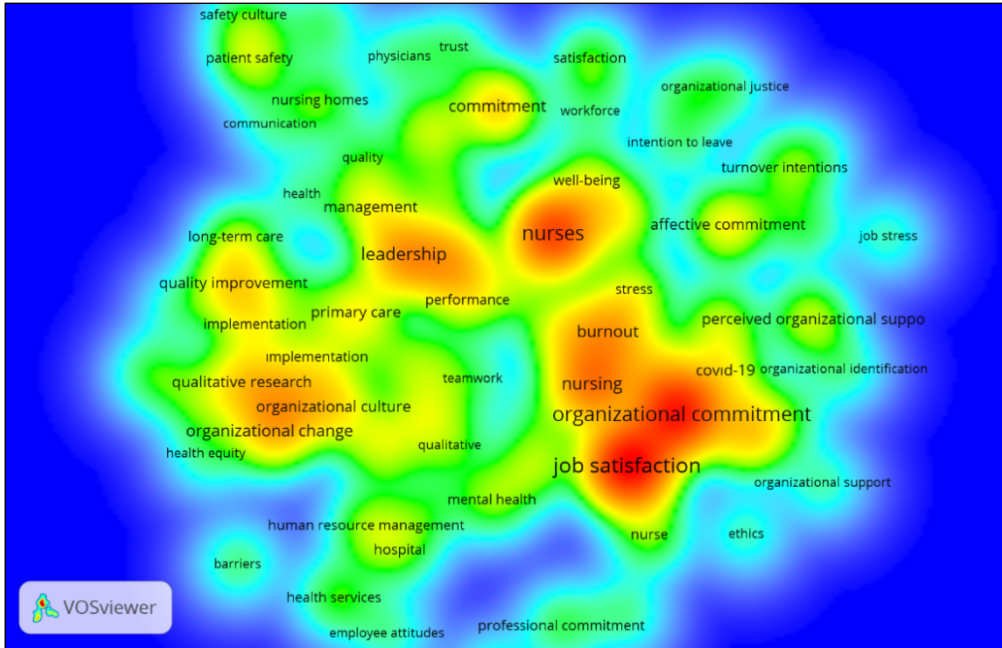
Şekil 4. Ortak Yazar Bağlantılı Üniversite/Kurum Analizi

Şekil 4'te ortak yazar bağlantılı üniversite/kurumları gösteren ağ grafiği sunulmuştur. Şekil 4'e göre yapılan çalışmaların ortak yazar bağlantılarının; Toronto Üniversitesi, Carolina Üniversitesi ve San Francisco Üniversitesi'nde yoğunlaştığı görülmektedir. Söz konusu kurumlar; sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık kavramına ilişkin kümelenmenin büyük ve ağ bağlantısının yüksek olduğu üniversitelerdir.



Şekil 5. Ortak Yazarlar Bağlantılı Ülkelerin Yoğunluk Analizi

Şekil 5'te ortak yazar bağlantılı ülke yoğunluk grafiği görülmektedir. Kırmızı en yoğun, koyu mavi ise en az yoğun kısımları temsil etmektedir. Buna göre ABD, Kanada, İngiltere ve Hollanda ortak yazar bağlantısının yoğun olduğu ülkelerdir.



Şekil 6. Anahtar Kelime Yoğunluk Analizi (n>10)

Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili makalelerde en çok kullanılan anahtar kelimeler Şekil 6'da verilmiştir. Toplamda 288 farklı anahtar kelime kullanılmakla birlikte en çok kullanılan anahtar kelimeler sırasıyla;

Job Satisfaction (145), Organizational Commitment (125 kez), Nursing (105 kez), Leadership (57 kez), Burnout (47 kez) ve Organizational Culture (35 kez) olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde örgütsel bağlılık ile ilgili Web of Science Core Collection veri tabanında “Organizational Commitment” ve “Healthcare” anahtar kelimeleri kullanılarak 1991-2023 (ilk 6 ay) yılları arasında toplam 1827 adet çalışmanın yayımlandığı tespit edilmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmaların 2021 yılı haricinde sistematik bir artış gösterdiği görülmüştür. En fazla atıf alan makalenin Ingersoll ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan “Nurses’ job satisfaction, organizational commitment, and career intent” olduğu, örgütsel bağlılık kavramı ile ilgili en fazla yayın yapan yazarın 1356 atıf ve 13 yayın ile Laschinger HKS olduğu, en fazla yayın yapan ülkenin ise; Amerika Birleşik Devletleri olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaların en fazla Wiley ve Springer Nature’da yayımlandığı görülmüştür. Temel alanlar değerlendirildiğinde hemşirelik ve yönetim alanlarının ilk sıralarda yer aldığı bulunmuştur. Ortak yazar bağlantılarının ABD, Kanada, İngiltere ve Hollanda’da yoğunlaştığı, örgütsel bağlılık ile ilgili makalelerde en çok kullanılan anahtar kelimelerin ise “job satisfaction” ve “organizational commitment” olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları, sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık ile ilgili araştırmaların yıllar içerisinde belirgin bir şekilde arttığını, gelişmiş ülkelerde bu konu ile ilgili çalışmalara daha fazla yer verildiğini göstermektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde rekabetin yoğunlaşması, teknolojinin ilerlemesi, kalite ve akreditasyon konusundaki çalışmaların önem kazanmasıyla birlikte nitelikli insan kaynağını elde tutma yönünde gösterilen çabaların değer kazandığını düşündürmektedir. Bununla birlikte Tablo 4’e göre örgütsel bağlılık ile ilgili yapılan çalışmaların gelişmiş ülkelerde ağırlık kazandığı görülmektedir. Bu durumun nedenleri olarak; yüksek eğitilmiş bireylerin alternatif iş imkanlarının ve kendilerini geliştirebilecek birçok uzmanlık alanlarının olabildiği sebebiyle kuruma olan bağlılıklarının güçlendirilmesi oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde de konu ile ilgili çalışmaların yapılması, mevcut durumun değerlendirilmesi açısından değerlidir. Türkiye açısından ise; sağlık kurumlarında çalışanların örgütsel bağlılığı önemli bir unsur teşkil etmektedir. Ülkemizde oldukça genç ve dinamik bir sağlık işgücü yapısının bulunmasıdır. Bu noktada hastanelerde insan kaynaklarının sürdürülebilirliğinin sağlanması ve bu doğrultuda yerine getirilecek uygulamalar büyük önem kazanmaktadır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abou Hashish, A., & Aly, E. (2017). Relationship between ethical work climate and nurses’ perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing Ethics*, 24(2), 151-166.
- Ahmad, N., & Oranye, N. O. (2010). Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England. *Journal of nursing management*, 18(5), 582-591.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x>.
- Altaş, S. (2021). Sağlık çalışanlarının örgütsel özdeşleşme, örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve örgütsel destek algıları arasındaki ilişkiler. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 875-891. <https://doi.org/10.20491/isarder.2021.1171>.
- Aydın, S., & Alacahan, O. (2023). Examination of individual factors affecting organizational commitment through healthcare workers. *Journal of Economics and Administrative Sciences*, 24(2), 241-256. <https://doi.org/10.37880/cumuiibf.1243376>.
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*, 66(1), 32-42.

- Bektaşoğlu, A., & Şengün, H. (2020). Sağlık sektöründe örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık üzerine etkilerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6(2), 155-182.
- Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S. G., & M. Zincavage, R. (2008). Nursing assistants' job commitment: Effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being. *The Gerontologist*, 48(suppl_1), 36-45.
- Buchanan, B. (1974). Building organizational commitment: The socialization of managers in work organizations. *Administrative Science Quarterly*, 19(4), 533-546.
- Filiz, M. (2020). Sağlık kurumlarında liderlik tarzı ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sistematik derlemesi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(20), 276-296.
- Gacar, B. K., & Keser, İ. K. (2023). Fonksiyonel Veri Analizi: Bilim Haritalama Tekniği ile Bir İnceleme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 276-294.
- Gouldner, H. P. (1960). Dimensions of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, 4(4), 468-490. <https://doi.org/10.2307/2390769>.
- Grusky, O. (1966). Career mobility and organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, 10(4), 488-503. <https://doi.org/10.2307/2391572>.
- Gupta, V., Agarwal, U. A., & Khatri, N. (2016). The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2806-2817. <https://doi.org/10.1111/jan.13043>.
- Ho, W. H., Chang, C. S., Shih, Y. L., & Liang, R. D. (2009). Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Services Research*, 9(8), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-8>.
- Hosmer, L. T. (1996). Response to 'Do good ethics always make for good business?'. *Strategic Management Journal*, 17(6), 501.
- Hrebiniak, L. G., & Alutto, J. A. (1972). Personal and role-related factors in the development of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, 17(4), 555-573. <https://doi.org/10.2307/2393833>.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263.
- Karsh, B., Booske, B. C., & Sainfort, F. (2005). Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*, 48(10), 1260-1281.
- Kurutkan, M. N., & H Orhan, F. (2018). *Sağlık Politikası Konusunun Bilim Haritalama Teknikleri ile Analizi*. İKSAD Yayınları.
- La Falce, J. L., Santos, C. B., De Muiyde, C. F., VerwaaL, E., & De Vasconcelos Machado Guimaraes, L. (2023). Influence of burnout on the organizational commitment of healthcare professionals. *Revista de Administração de Empresas*, 63(3), 1-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020230305>.
- Ng, T. W., Butts, M. M., Vandenberg, R. J., DeJoy, D. M., & Wilson, M. G. (2006). Effects of management communication, opportunity for learning, and work schedule flexibility on organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), 474-489.
- Özata, M. & Topçu, T. (2018). Sağlık personelinde motivasyon ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin araştırılması: Bandırma Devlet Hastanesi örneği. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-9.
- Özdemir, H. Ö. (2020). Sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık algılarının örgütsel adalet algıları ile diğer faktörlerden yordanması. *İşletme Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 172-181. <https://doi.org/10.33416/baybem.702316>.

- Özyurt, M. & Özgen, Ç. (2020). Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık konulu tezlerin bibliyometrik analizi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(10), 231-243.
- Pinho, A. P. M., da Silva, C. R. M., de Oliveira, E. R. S., & Oliveira, L. V. C. (2018). Relationship between organizational commitment and practices of training and performance assessment. *Revista Brasileira de Estratégia*, 11(1), 91-108. <https://doi.org/10.7213/rebrae.11.001.AO06>.
- Ramalho Luz, C. M., Luiz de Paula, S., & de Oliveira, L. M. (2018). Organizational commitment, job satisfaction and their possible influences on intent to turnover. *Revista de Gestão*, 25(1), 84-101. <https://doi.org/10.1108/REGE-12-2017-008>.
- Sheldon, Mary E. (1971). Investments and involvements as mechanisms producing commitment to the organization. *Administrative Science Quarterly*, 16(2), 143-150. <https://doi.org/10.2307/2391824>.
- Smith, L. M., Andrusyszyn, M. A., & Spence Laschinger, H. K. (2010). Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *Journal of nursing management*, 18(8), 1004-1015.
- Sürücü, L., & Maşlakçı, A. (2018). Örgütsel bağlılık üzerine kavramsal inceleme. *International Journal of Management and Administration*, 2(3), 49-65. <https://doi.org/10.29064/ijma.397853>.
- Şenel, M. F. (2019). *Hizmet ve İmalat Sektöründe Örgütsel Bağlılık Farkları*. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı.
- Top, M., Akdere, M., & Tarcan, M. (2015). Examining transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in Turkish hospitals: public servants versus private sector employees. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(9), 1259-1282, <http://dx.doi.org/10.1080/09585192.2014.939987>.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri (TDK). (2023). Bağlılık. <https://sozluk.gov.tr/>
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: A Normative View. *Academy of Management Review*, 7(3), 418-428.
- Ye, Y. Y., & Sripicharn, D. (2017). The relationship between teachers' organizational commitment and job satisfaction at No. 2 basic education high school, Loikaw, Kayah State, Myanmar. *Scholar: Human Sciences* 9(2), 97-105.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

INVESTIGATION OF TURKISH NURSES' ATTITUDES TOWARDS BRAIN DRAIN

TÜRK HEMŞİRELERİN BEYİN GÖÇÜNE YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Assist. Prof. Dr. Özlem ÖZAYDIN¹

Hemşire Nurse Ayten VURAL²

Dr. Özden GÜDÜK³

ABSTRACT

Background and Aims: In recent years, there has been a significant brain drain in the health sector due to healthcare workers migrating abroad to work. This study analyzes the push and pull factors that prompt nurses to leave the country.

Methods: The sample of the cross-sectional and descriptive study consists of 270 nurses working in Istanbul. The researchers used a questionnaire to collect data on the nurses' demographic information, work history, and attitudes toward brain drain. The data collected was analyzed using statistical tests such as Chi-Square, Independent two sample T-test, Kruskal Wallis, and Pearson Correlation test. A statistical significance level of 0.05 was used to determine the significance of the results.

Results: The mean age of the nurses was 33.6±8.95 years, and the mean working period was 10.8±9.27 years. Most were female, married, and had a bachelor's degree. Fifteen percent of the participants had attempted to go abroad, 53% were only at the thought stage, and 32% stated that they did not want to go abroad. The scores for both push and pull factors were significantly higher among those who wanted to go abroad than those who did not ($p<0.01$). Additionally, nurses working in specialized units had more positive thoughts about migration abroad ($p<0.05$). A negative correlation was found between age and the pull factor score ($p<0.05$), and working time in the profession was negatively correlated with push and pull factor scores ($p<0.01$). However, there was no difference in the mean scores of the push and pull factors among those who stated that they wanted to go abroad regarding gender, marital status, length of service, and units of employment.

Conclusions and Suggestions: Young nurses, nurses with fewer working years, and nurses working in specialized units have more positive attitudes toward brain drain. Nurses are an integral part of the healthcare workforce, and Türkiye may face severe consequences due to the potential effects of brain drain in the near future. Therefore, policymakers in the healthcare sector must take necessary measures to prevent this from happening.

Keywords: Nurse, Brain Drain, Health Management, Türkiye.

JEL Classification Codes: I18, I10.

ÖZ

Giriş ve Amaç: Son yıllarda sağlık çalışanlarının çalışmak için yurt dışına göç etmesi nedeniyle sağlık sektöründe önemli bir beyin göçü yaşanmaktadır. Bu çalışmada hemşireleri ülkeyi terk etmeye iten ve çeken faktörler analiz edilmektedir.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki çalışmanın örneklemini İstanbul İlinde görev yapan 270 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmacılar, hemşirelerin demografik bilgileri, çalışma geçmişi ve beyin göçüne karşı tutumları hakkında veri toplamak için bir anket kullandı. Toplanan veriler Ki-Kare, Bağımsız iki örnek T testi, Kruskal Wallis ve Pearson Korelasyon testi gibi istatistiksel testler kullanılarak analiz edildi. Sonuçların anlamlılığını belirlemek için 0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 33,6±8,95 yıl, ortalama çalışma süresi 10,8±9,27 yıl idi. Çoğu kadın, evli ve lisans mezunuydu. Katılımcıların yüzde 15'i yurt dışına çıkma girişiminde bulunduğunu, yüzde 53'ü henüz fikir aşamasında olduğunu, yüzde 32'si ise yurt dışına çıkmak istemediğini belirtti. Yurt dışına çıkmak isteyenlerin, istemeyenlere göre hem itici hem de çekici faktörlere ilişkin puanları anlamlı derecede yüksekti ($p<0,01$). Ayrıca özellikle birimlerde çalışan hemşirelerin yurt dışına göç konusunda daha olumlu düşünceleri olduğu belirlendi ($p<0,05$). Yaş ile çekme faktörü puanı arasında negatif korelasyon ($p<0,05$), meslekte çalışma süresi ile itme ve çekme faktörü puanı arasında negatif korelasyon bulundu ($p<0,01$). Ancak yurtdışına gitmek istediğini belirtenlerin cinsiyet, medeni durum, kıdem süresi ve çalıştıkları birim açısından itici ve çekici faktörler puan ortalamalarında farklılık bulunmadı.

Sonuç ve Öneriler: Genç hemşirelerin, çalışma yılı daha az olan hemşirelerin ve özellikle birimlerde çalışan hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutumları daha olumludur. Hemşireler sağlık iş gücünün ayrılmaz bir parçasıdır ve Türkiye yakın gelecekte beyin göçünün potansiyel etkileri nedeniyle ciddi sonuçlarla karşı karşıya kalabilir. Bu nedenle sağlık sektöründeki politika yapıcıların bu durumun önlenmesi için gerekli tedbirleri alması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Beyin Göçü, Sağlık Yönetimi, Türkiye.

JEL Sınıflandırma Kodları: I18, I10.

¹ Istinye University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Department of Healthcare Management, ozlem.ozaydin@istinye.edu.tr

² Sureyyapasa Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, Hemovigilance Unit, avgule@gmail.com

³ ozdenguduk@gmail.com

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Amaç ve Kapsam:

Yüksek eğitim düzeyine sahip, vasıflı işgücünün çalışma ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ülkelere göç etmesi “beyin göçü” olarak tanımlanmaktadır (Sarcan, 2022). Bu göç çeşidi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeleri kapsamakta birlikte, Birleşmiş Milletlere göre yalnızca sanayileşmiş dünyaya fayda sağlayan tek yönlü bir harekettir (Dzinamarira & Musuka, 2021). Beyin göçü ülkelerin demografik yapısını değiştirmenin yanı sıra, özellikle bazı iş kollarında yoğun göç yaşanması çalışma hayatını da etkilemektedir. Beyin göçünün hızlı artışı gösterdiği sektörlerden biri de sağlık hizmetleridir. Özellikle doktorların ve hemşirelerin beyin göçü, son yıllarda pek çok ülkenin mücadele ettiği bir politika kaygısı haline gelmiştir (Quamruzzaman, 2020).

Hemşire göçünün belirleyicilerinin ülkelerde değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulduğunda, her ülkenin kendi sağlık politikasını şekillendirmek için ülkeye özgü çalışmaların yapılması önemlidir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin çalışmak amacıyla yurtdışına göç sebeplerini itici ve çekici faktörler açısından incelemektir. Çalışmadan elde edilen sonuçların hemşire göçünü önlemek/azaltmak için sağlık politika yapıcılara yol göstereceği düşünülmektedir.

Yöntem:

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Çalışmanın evreni, İstanbul’da hastanelerde çalışan hemşirelerdir. Kolayda örneklem yöntemi ile ulaşılan 270 hemşire çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır. Veri toplamada katılımcılara çevirim içi bir anket uygulanmıştır. Anket Google Form alt yapısı kullanılarak hazırlanmış ve bağlantı linki katılımcılara cep telefonu üzerinden mesajlaşma uygulamaları ile gönderilmiştir. Anket iki bölümden meydana gelmektedir. Birinci bölümde hemşirelerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu) ve çalışma hayatı ile ilgili sorular (çalışılan birim, hemşirelikte toplam çalışma süresi, yurtdışında çalışmak için herhangi bir girişimde bulunma durumu) yer almaktadır.

Hemşirelerin demografik ve çalışma hayatına dair verileri frekans dağılımları ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma için Bağımsız İki Örneklem T testi ve One-way ANOVA testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkileri incelemek için Ki Kare Analizi ve Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinde kabul edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmada 270 hemşireden veri toplanmış olup, hemşirelerin yaş ortalaması 33,6±8,95 yıl bulunmuştur. Hemşirelerin ortalama 11 yıl çalışma süresi olduğu, çoğunluğunun kadın, evli, lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmüştür. Göç etme niyeti olan ve olmayan hemşirelerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, göç etme niyetinde olan hemşirelerin hem itici hem de çekici faktörlerde anlamlı derecede yüksek ortalama puanlara sahip olduğu görülmüştür. Tüm hemşireler dikkate alınarak hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalıştıkları birimlere göre göç niyetleri Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Sonuçta, yalnızca çalışılan birime göre gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Tüm hemşirelerden toplanan veriler, yaş, çalışma süresi, ortalama itme faktörü puanı ve ortalama çekme faktörü puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için analiz edilmiştir. Çalışmada yaş ile çekme faktörü puanı arasında anlamlı ancak düşük düzeyde negatif bir ilişki olduğu ($r = -0,154$; $p < 0,05$) ve benzer şekilde çalışma süresi ile her iki faktör puanları arasında da negatif ve düşük düzeyde bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla $r = -0,134$; $p < 0,05$ ve $r = -0,158$; $p < 0,01$). Son olarak göç etmek isteyen hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma süresine göre itici ve çekici faktör puanları karşılaştırılmıştır. Ancak bu değişkenlerin hiçbirinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç ve Tartışma:

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de son yıllarda sağlık hizmetlerinde beyin göçü önemli bir gündem konusudur. Doktorlarla başlayan göç furyası, hemşireler ile devam etmektedir. Hem mevcut çalışma hem de yakın zamanda yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalar Türkiye’de hemşirelerin çok büyük oranda başka bir ülkede çalışmayı düşündüğünü ortaya koymaktadır. Çalışmada yurtdışında çalışmayı düşündüğünü ifade eden hemşirelerin beyin göçü tutumları diğerlerine kıyasla anlamlı düzeyde yüksektir. Özellikle birimlerde çalışan hemşireler göçe daha olumlu bakmaktadırlar. Bununla birlikte yurtdışına çıkmayı düşünenlerin itici faktörlerden daha fazla etkilendiklerini söylemek mümkündür. Hemşireler bir ülkenin sağlık sisteminin vazgeçilmez unsurlarından biridir. Bu nedenle hemşire arzı sağlık bakanlıklarının önemli konularından biridir. Türkiye hemşire arzında OECD ülkeleri arasında en alt sıralarda bulunmaktadır. Bu durum ülkenin geliştirmesi gereken bir sorun iken beyin göçü nedeniyle mevcut hemşirelerin kaybının, sağlık sunumunda ciddi sorunlara yol açabileceği muhtemeldir.

1. INTRODUCTION

The term "brain drain" refers to the migration of highly educated and skilled workers to countries that offer a higher quality of work and life. According to the United Nations, this phenomenon is observed in both developed and developing countries but is typically a one-way movement that benefits only the industrialized world (Dzinamarira & Musuka, 2021).

In addition to changing the demographic structure of countries, brain drain also has an impact on working life, particularly in certain business sectors. One such sector is healthcare, where the migration of doctors and nurses has become a significant policy concern in many countries (Quamruzzaman, 2020).

Nurses play a critical role in the healthcare industry. With an aging population, longer life expectancy, and increased chronic diseases, multimorbidity, and disability, the demand for nurses has been rapidly growing worldwide. However, despite the increasing demand, health systems across the globe are struggling with a shortage of qualified nurses, making nurse shortages a global problem in recent years (Xu et al., 2021; Marufu et al., 2021; Baker, 2022; Parzonka et al., 2023; Baumann & Crea-Arsenio, 2023). Additionally, the demand for health workers is projected to rise significantly in the coming years. According to the World Health Organization (WHO) and the World Bank, by 2030, approximately 40 million new health and social care jobs will be created worldwide, and an additional 18 million health workers will be required (WHO, 2016).

A nurse shortage happens when the demand for nurses in a country exceeds the number of nurses available for employment (Drennan & Ross, 2019). This shortage contributes to the international recruitment of health workers from low-resource settings, leading to global labor mobility (WHO, 2016).

Nurse migration places an additional burden on the health systems of the sending countries. It is known that in countries where nurse migration has become unavoidable, the health system has come to a standstill (BBC News Turkish). Migration reduces the quality of care provided to patients (Peters et al, 2020) and negatively affects the achievement of health-related Sustainable Development Goals in developing countries (Dzinamarira & Musuka, 2021). Furthermore, it imposes a financial burden on the country. According to a Kirigia et al (2006), every doctor who migrates from Kenya to developed countries results in the country losing approximately USD 517,931, and for every nurse who migrates, the country loses approximately USD 338,868.

According to classical economic theory, income is considered the most crucial factor in motivating individuals to switch jobs or labor markets. However, another perspective suggests that job-related factors besides pay influence such decisions. Existing studies on health worker migration identify two categories of factors that determine migration decisions: push factors in the source country and pull factors in the recipient country. Push factors refer to circumstances in the country of origin that prompt professionals to leave, while the policies and actions of the recipient country that unintentionally or intentionally attract health professionals are called pull factors (Kirigia et al, 2006; Ogaboh et al, 2020; Adovor et al, 2021; Drennan & Ross, 2019).

The main push factors include the weakness of the health system in the country, organizational problems such as unsafe workplaces with violence, excessive workload, low job satisfaction, low wages, lack of professional development opportunities, lack/absence of established career opportunities, lack of measures for employee health, management shortcomings, nepotism in recruitment and promotion, and poor living conditions, political unrest/civil wars, personal security issues, widespread poverty, and poor governance in the country (Kirigia et al., 2006; Ogaboh et al., 2020).

On the other hand, pull factors include increased demand for health professionals in recipient countries (e.g., the need to care for an aging population), availability of knowledge in the destination country, better wages, training opportunities, career development, improved working conditions, easy access to communication and technology, availability of employment opportunities, safe and favorable living conditions and opportunities for intellectual development (Kirigia et al., 2006; Ogaboh et al., 2020).

In addition, brain drain in healthcare is also supported by the policies pursued by developed countries to increase human resources (Drennan & Ross, 2019). Adovor et al. (2021) report that offering permanent residence in destination countries is one of the most effective policies in attracting healthcare workers. Moreover, the ease of finding a job in developed countries, facilitating visa applications and completion of procedures, aggressive targeted recruitment by countries to fill vacancies, tax reductions, removal of bilateral visa restrictions, or recognition of foreign diplomas are other facilitators (Kirigia et al., 2006; Adovor et al., 2021). These migration policies to attract highly skilled workers also have a significant impact on medical brain drain (Adovor et al, 2021).

The fact that nurses have been included in the occupational shortage list for inward migration by the government of a particular country implies a shortage of nurses in that country (Drennan & Ross, 2019). Nowadays, many developed countries are welcoming health professionals, including nurses, with open arms. The governments of Germany, the UK, and Canada have recently launched new programs to aid the visa procedures for nursing professionals by including nursing in the list of professions in need (make-it-in-germany.com; GOV.UK, July 14, 2020; canada.ca, June 28, 2023). Türkiye is ranked fifth from the bottom among OECD countries regarding the number of nurses per thousand people (2.8) (OECD, 2023). Although policies have been implemented to increase the number of health personnel in the country, there are still not enough employees (Çetin et al., 2022).

Furthermore, there has been a significant increase in the number of nurses migrating abroad in recent years. While there are no published statistics on nurse migration (Bilim ve Sağlık Haber Ajansı, June 13, 2023), the Nurse Migration Tendency Study Report prepared by the Turkish Nurses Association (THD, 2023) suggests that this number will continue to rise in the coming years. Given that the reasons for nurse migration may differ from one country to another, it is essential to conduct country-specific studies to develop relevant health policies. This study aims to examine the push and pull factors that motivate nurses to migrate abroad for work. It is expected that the findings of the study will help health policymakers to reduce nurse migration.

2. MATERIAL & METHOD

2.1. Study Design

This study is a descriptive cross-sectional analysis of 270 nurses employed at public hospitals in Istanbul. The participants were chosen via a convenience sampling method.

2.2. Data Collection Tool and Methodology

Data collection was conducted through an online questionnaire, which was created using Google Form platform. The link to the questionnaire was shared with the participants via messaging applications on their mobile phones. Data collected between the dates of 10/09/2023 and 10/11/2023. The questionnaire is divided into two parts. The first part covers demographic information such as age, gender, education level, and marital status of the nurses. Additionally, this part contains questions related to their work life, including the unit of employment, total working time in nursing, and opinions and attempts on working abroad.

The nurses' workplace was analyzed under two categories: specialized and non-specialized units. According to the Ministry of Health, emergency services, oncology, adult and pediatric cardiovascular surgery services, intensive care services, burn unit, hand surgery services, bone marrow transplantation services, and genetic disease diagnosis centers require special planning in Türkiye (MoH, 2011). Nurses working in these units are classified as specialized, while the other category includes all units such as inpatient services, outpatient clinics, and administrative units that do not require specialized planning.

The working years of nurses were calculated in years. Those who had worked for less than one year were considered to have worked for one year. Those who did not declare a full year of working time were rounded up to a full year. For instance, 6 years and 7 months of working time were considered as 7 years.

Nurses' thoughts about working abroad and their previous efforts were evaluated with a multiple-choice question. Those who chose the option, "I do not intend to go abroad", are considered to have "no intention of migrating". Those who have already applied or are trying to establish the necessary conditions for their application, as well as those who are still at the thinking stage, are considered to have an "intention of migrating".

The second part of the questionnaire includes the Attitude Towards Brain Drain Scale, which was developed by Öncü et al. in 2018. This is a single-factor, two-component scale that is presented in a 5-point Likert format, with "strongly agree" representing 5 and "strongly disagree" representing 1. The two components of the scale are known as "pull factors" and "push factors", and it consists of a total of 16 statements. The lowest possible score that can be obtained from the scale is 16, while the highest score is 80. Higher scores indicate a positive attitude towards migration and an increased tendency to migrate.

2.3. Statistical Analysis

Frequency distributions of nurses' demographic and working life data are shown as mean and standard deviation. Independent Two Sample T test and One-way ANOVA test were applied for comparison between groups. Chi Square Analysis and Pearson Correlation Analysis were applied to examine the relationships between variables. Statistical significance was accepted at the 0.05 level.

2.4. Ethical Aspects of the Study

Approval was obtained from the Istinye University Social and Human Sciences Research Ethics Committee, numbered 93, and dated 07.09.2023, prior to conducting the study. The study adhered to the rules of the Declaration of Helsinki. Moreover, all participants whose data were collected in the study provided their consent before the survey was administered.

3. RESULTS

The study collected data from a total of 270 nurses. The mean age of the nurses included in the study was 33.6 ± 8.95 years. The study revealed that on average, the nurses had worked for 11 years. The majority of the nurses were female, married, and had undergraduate education. Additionally, most of the nurses did not work in a specialized unit, as shown in Table 1.

Table 1. Demographic and Working Life Data

Variable	Mean± (standard deviation)	Min-Max
Age (year)	33.6±8.95	21-58
Work Experience (year)	10.8±9.27	1-38
	Number	Percent
Gender		
Female	226	83.7
Male	41	15.2
Unspecified	3	1.1
Marital Status		
Single	120	44.4
Married	150	55.6
Education Level		
High School & associate degree	38	14.1
Bachelor's degree	194	71.9
Postgraduate	38	14.1
Working Unit		
Specialized Units	111	41.1
Non- specialized Units	157	58,2
Unspecified	2	0.7

The comparison of mean scores between nurses with and without intention to migrate revealed that those who intended to migrate had significantly higher mean scores in both push and pull factors, as shown in Table 2.

Table 2. Comparison of Push and Pull Factor Scores

Factors	Groups	n	Mean	SD	t / df / p
Push Factors	Non- intention of migrating	85	2.84	0.79	-12,877 / 268 / <0.01
	Intention of migrating	185	4.04	0.67	
Pull Factors	Non- intention of migrating	85	2.70	0.81	-12,138 / 268 / <0.01
	Intention of migrating	185	3.87	0.70	

SD: Standard Deviation

Considering all nurses, migration intentions of nurses according to gender, marital status, educational level and units of employment were analyzed by Chi-square test. The results showed that a significant difference was observed only in the unit of employment category (Table 3).

Table 3. An Inter-group Investigation of Nurses' Migration Intentions

Groups		Non- intention of migrating	Intention of migrating	Total	Value / df / p
Gender					
Female	Count	74	152	226	
	Expected Count	71.9	154.1	226.0	0.559
Male	Count	11	30	41	1
	Expected Count	13.1	27.9	41.0	0.455
Total	Count	85	182	267	
	Expected Count	85.0	182.0	267.0	
Marital Status					
Single	Count	33	87	120	
	Expected Count	37.8	82.2	120.0	1.587
Married	Count	52	98	150	1
	Expected Count	47.2	102.8	150.0	0.208
Total	Count	85	185	270	
	Expected Count	85.0	185.0	270.0	
Education Level					
High School & associate degree	Count	15	23	38	
	Expected Count	12.0	26.0	38.0	
Bachelor's degree	Count	56	138	194	2.247
	Expected Count	61.1	132.9	194.0	2
Postgraduate	Count	14	24	38	0.325
	Expected Count	12.0	26.0	38.0	
Total	Count	85	185	270	
	Expected Count	85.0	185.0	270.0	
Working Unit					
Specialized Units	Count	25	86	111	
	Expected Count	35.2	75.8	111.0	7.395
Non- Specialized Units	Count	60	97	157	1
	Expected Count	49.8	107.2	157.0	0.005
Total	Count	85	183	268	
	Expected Count	85.0	183.0	268.0	

The data collected from all nurses was analyzed to examine the correlation between age, working time, mean push factor score, and mean pull factor score, as shown in Table 4. The study found a significant but low-level negative relationship between age and pull factor score ($r = -0.154$; $p < 0.05$). Similarly, there was a negative and low-level relationship observed between working time and both factors' scores ($r = -0.134$; $p < 0.05$ and $r = -0.158$; $p < 0.01$, respectively).

Table 4. The Relationship between Age, Duration of Employment, and Push and Pull Factors

	1	2	3
1. Age			
2. Duration of Employment	0.929**		
3.Push	-0.105	-0.134*	
4.Pull	-0.154*	-0.158**	0.873**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

The study compared the push and pull factor scores of nurses who intended to migrate based on their gender, marital status, educational level, and working time. However, there was no statistically significant difference found between the groups in any of these variables ($p > 0.05$) according to Table 5.

Table 5. Intergroup Comparison of Push-Pull Factors in Those with Migration Intention (n=185)

	Groups	n	Mean (SD)	t / F	p	
Gender						
	Push	Female	152	4.04 (0.68)	0.514	0.608
		Male	30	3.98 (0.63)		
	Pull	Female	152	3.85 (0.72)	-0.675	0.501
Male		30	3.94 (0.61)			
Marital Status						
Push	Single	87	4.01 (0.73)	-0.475	0.635	
	Married	98	4.06 (0.62)			
Pull	Single	87	3.84 (0.74)	-0.489	0.625	
	Married	98	3.89 (0.67)			
Education Level						
Push	High School & associate degree	23	4.20 (0.62)	0.778	0.461	
	Bachelor's degree	138	4.01 (0.66)			
	Postgraduate	24	4.05 (0.79)			
Pull	High School & associate degree	23	4.09 (0.59)	1.381	0.254	
	Bachelor's degree	138	3.83 (0.69)			
	Postgraduate	24	3.88 (0.83)			
Working Unit						
Push	Specialized Units	86	4.03 (0.64)	-0.151	0.880	
	Non- Specialized Units	97	4.04 (0.71)			
Pull	Specialized Units	86	3.89 (0.69)	0.340	0.734	
	Non- Specialized Units	97	3.85 (0.72)			

4. DISCUSSION

The sustainability of healthcare systems depends on the health workforce. Health workers play a crucial role in strengthening the resilience of communities and healthcare systems to cope with disasters caused by natural or man-made hazards, as well as environmental, technological, and biological risks (WHO, 2016). Nurses, in particular, are key to ensuring the delivery of high-quality care (Marufu et al., 2021). However, there is a global shortage of nurses (Baker, 2022; Parzonka et al., 2023; Baumann & Crea-Arsenio, 2023). This shortage is further exacerbated by the migration of nurses from developing countries to developed countries, which poses a significant challenge for some nations.

A study was carried out to investigate the reasons why nurses choose to work abroad, considering the push and pull factors. The study had 270 participants, of which 15% tried to go abroad, while 53% were only in the contemplation stage. This finding suggests that most nurses have a positive inclination toward brain drain. Similarly, a recent study conducted by the Turkish Nurses Association reported that the proportion of nurses who wanted to practice nursing abroad was relatively high (73%) (THD, 2023). The results of both studies reveal the fact that Türkiye may face a shortage of nurses in the near future.

Nursing emigration has been a global problem for a long time (Pang et al, 2002), which has left the health systems of some developed countries in a significant crisis. International professional organizations of nurses say that the brain drain of health professionals from poor countries is "out of control". As reported by the BBC earlier this year, Ghanaian nurses have applied for jobs in the UK's National Health Service (NHS) due to higher salaries and living conditions, which has caused their country's health system to collapse (BBC News Turkish). A similar situation is seen in Nigeria and Zimbabwe. In 2021 and 2022, 2600 nurses left Zimbabwe, as reported by The Guardian on August 14, 2023. In Nigeria, 12% of the total number of nurses had migrated as of 2000 (Okafor & Chimereze, 2020). While nurse emigration has not yet caused a significant crisis in Türkiye, there are indications that it may become a problem in the near future.

The study found a negative correlation between attitudes towards brain drain and age. In simpler terms, young people tend to have a more positive attitude towards brain drain. This aligns with the general population's attitude towards migration, as statistics from TurkStat show that the highest number of migrants in 2022 were in the 25-29 age group (TurkStat, July 24, 2023). Furthermore, pull factors like living and working conditions have a significant impact on young people's migration attitudes.

The brain drain phenomenon is characterized by individuals migrating to other countries in search of better opportunities. As a result, this could lead to a development and welfare gap between the emigrating and receiving

countries (Sarcan, 2022). This trend is observable in the migration pattern of health professionals from Türkiye, who often opt for Germany and England as destinations (Şen Olgay & Yurt, 2023; Beştaş, 2023).

However, in this study, the mean score of push factor (4.04 ± 0.67) was higher than the mean score of pull factor (3.87 ± 0.70). Several studies have been conducted on the reasons for brain drain among healthcare workers. According to Filiz et al. (2022), push factors such as problems in the country and lack of opportunities were found to be more effective than pull factors in the tendency of medical faculty students to migrate. Another study by Şen Olgay & Yurt (2023) identified political, economic reasons and future anxiety as push factors, while economic prosperity was found to be a pull factor. On the other hand, Ogaboh et al. (2020) concluded that remuneration, worker safety, and working conditions were significantly responsible for migration among healthcare workers in Nigeria. Similarly, Hashish & Ashour (2020) found that economic and environmental factors were the most important factors affecting nurse brain drain in Egypt. Based on these studies, it can be inferred that nurse migration in Türkiye is likely to be influenced by similar push-pull factors observed in other developing countries.

The migration of highly skilled health personnel is generally considered a loss of talent and an economic setback for a country (Kirigia et al, 2006; Adovor et al, 2021). This study found that working in a specialized unit had a significant association with migration. There could be two reasons behind this result. Firstly, nurses working in specialized units in Türkiye are generally young and have less work experience. Secondly, these nurses may have higher levels of professional self-confidence compared to others.

Nursing in a specialty unit requires many years of experience and in-service training for a certain period of time in appropriate certificate programs (SKS Hospital Set, 2020). Thus, nurses working in specialized units cannot be replaced quickly. For this reason, the migration of nurses working in specialized units can be considered as a separate sub-heading in studies aimed at preventing nurse migration.

Limitation: This study has limitations. Firstly, the sample includes nurses who work in public hospitals in Istanbul. Given the differences in personnel policies and working conditions between private and public hospitals in Türkiye, the results for nurses working in private hospitals may differ. Secondly, the survey's application relied on the voluntary participation of participants, thereby limiting the study's sample size. Future studies with larger samples and including private sector employees are recommended.

4. CONCLUSION

The issue of brain drain in health services has become a major concern in Türkiye and the rest of the world. The migration trend, which started with doctors, has now extended to nurses. Recent studies indicate that a significant number of nurses in Türkiye are considering working abroad. Among the nurses who expressed their interest in working abroad, the study found that their attitudes towards brain drain were significantly higher compared to others. Nurses working in specialized units showed a more positive attitude towards migration. However, those who are considering going abroad are mostly influenced by push factors. Nurses play a crucial role in any country's health system, and the supply of nurses is a significant issue for health ministries. Unfortunately, Türkiye has one of the lowest nurse supplies among OECD countries. This is already a problem, and the loss of existing nurses due to brain drain is likely to cause serious problems in health service delivery.

DECLARATION OF THE AUTHORS

Declaration of Contribution Rate: The first author contributes 40% while the second author contributes 30% and third author contributes 30%.

Declaration of Support and Thanksgiving: No support is taken from any institution or organization.

Declaration of Conflict: There is no potential conflict of interest in the study.

REFERENCES

- Adovor, E., Czaika, M., Docquier, F., Moullan, Y. (2021). Medical brain drain: how many, where and why?. *Journal of Health Economics*, 76, 102409, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102409>.
- Baker, D. W. (2022). Addressing the nursing shortage in the United States: An interview with Dr. Peter Buerhaus. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(5), 298.

- Baumann, A., Crea-Arsenio, M. (2023, July). The crisis in the nursing labour market: Canadian policy perspectives. In *Healthcare*, 11(13), 1954).
- BBC News Turkish. Access address: <https://www.bbc.com/turkce/articles/c25v0j4zj7xo>, (01.10.2023).
- Beştaş, İ. (2023). Doktor istifaları ve yurt dışı göçü (2020-2022) medya yansımaları. *Sosyal Bilimlere Çok Yönlü Yaklaşımlar: Tarih, Turizm, Eğitim, Ekonomi, Siyaset ve İletişim*, Bölüm 10. s.213-271. Gaziantep. Özgür Yayınları.
- Bilim ve Sağlık Haber Ajansı, 13 Haziran 2023. Access address: <https://www.bsha.com.tr/thd-baskani-ozbastan-hemsire-gocu-degerlendirmesi-tutamiyoruz/>, (14.10.2023).
- Çetin, M. E., Bükey, A. M., Denli, M. B. (2022). Sağlık harcamalarına etki eden faktörler: hekim ve hemşire istihdamı üzerine bir çalışma. *JOEEP: Journal of Emerging Economies and Policy*, 7(2), 224-232.
- Drennan, V. M. & Ross, F. (2019). Global nurse shortages: the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130(1), 25-37.
- Dzinamarira, T., Musuka, G. (2021). Brain drain: An ever-present; significant challenge to the Zimbabwean public health sector. *Public Health in Practice*, 2,100086.
- Filiz, M., Karagöz, M. B., Karagöz, N. (2022). Tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(27), 679-692.
- GOV.UK (14 July 2020). Access address: <https://www.gov.uk/government/news/government-launches-health-and-care-visa-to-ensure-uk-health-and-care-services-have-access-to-the-best-global-talent>, (27.08.2023).
- Government of Canada. Access address: <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/news/2023/06/canada-announces-new-immigration-stream-specific-to-health-workers.html>, (14.10.2023).
- Hashish, E. A., Ashour, H. M. (2020). Determinants and mitigating factors of the brain drain among Egyptian nurses: a mixed-methods study. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 699-719.
- Kirigia, J. M., Gbary, A. R., Muthuri, L. K., Nyoni, J., Seddoh, A. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Services Research*, 6(1), 1-10. doi:10.1186/1472-6963-6-89.
- Make it Germany. Access address: <https://www.make-it-in-germany.com/en/working-in-germany/job-listings>, (01.10.2023).
- Marufu, T.C., Collins, A., Vargas, L., Gillespie, L., Almghairbi, D. (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(5), 302-308.
- MoH Türkiye (2011). Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri (2011-2023). Access address: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21993/0/Turkiyede-ozellikli-planlama-gerektiren-saglik-hizmetleripdf.pdf>, (26.08.2023).
- OECD (2023). Nurses (indicator). doi: 10.1787/283e64de-en. Access address: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses/indicator/english_283e64de-en, (24.08.2023).
- Ogaboh, A. A., Udom, H. T., Eke, I. T. (2020). Why brain drain in the Nigerian health sector. *Asian J Appl Sci*, 8(2),95-104.
- Okafor, C., Chimereze, C. (2020). Brain drain among Nigerian nurses: Implications to the migrating nurse and the home country. *International Journal of Research and Scientific Innovation*, 7(1), 15-21.
- Öncü, E., Selvi, H., Vayisoğlu, S. K., Ceyhan, H. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği geliştirilmesi: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 43(Ek 1), 207-215.
- Pang, T., Lansang, M. A., Haines, A. (2002). Brain drain and health professionals: a global problem needs global solutions. *Bmj*, 324(7336), 499-500.
- Parzonka, K., Ndayishimiye, C., Domagała, A. (2023). Methods and tools used to estimate the shortages of medical staff in European Countries—scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2945.
- Peters, A., Palomo, R., Pittet, D. (2020). The great nursing brain drain and its effects on patient safety. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 9(1), 1-3.

- Quamruzzaman, A. (2020). Exploring the impact of medical brain drain on child health in 188 countries over 2000–2015. *Societies*, 10(4), 73.
- Sarcan, E. (2022). Yüksek vasıflı işgücünün göçü: beyin göçü. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 69-75.
- SKS Hospital Set. (2020). Sürüm 6.1. ISBN: 978-975-590-766-6, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1156. Access address: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>, (15.10.2023).
- Şen Olgay S, Yurt S. (2023). Türkiye'den İngiltere'ye göç eden sağlık çalışanlarının göç nedenleri ve yaşam doyumlarının belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 10(1),99-107. doi: 10.54304/SHYD.2023.60565.
- THD (2023). Hemşire Göç Eğilim Çalışması Raporu. Türk Hemşireler Derneği. Access adress: https://www.thder.org.tr/uploads/subeler/THD%202023/hemsire_goc_egilimi_calismasi_ra.2023-.pdf, (26.08.2023).
- the Guardian, 14 Ağustos 2023. Access address: <https://www.theguardian.com/global-development/2023/aug/14/africa-health-worker-brain-drain-acc>, (14.10.2023).
- TurkStat, 24 Temmuz 2023. Access address: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Göç-Istatistikleri-2022-49457#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Yurt%20d%C4%B1%C5%9F%C4%B1nda n%20T%C3%BCrkiye'ye%20g%C3%B6%C3%A7,%C3%BCn%C3%BC%20ise%20yabanc%C4%B1%20uyruklular%20olu%C5%9Fturdu>, (13.10.2023).
- WHO (2016). World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Access address: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>, (24.08.2023).
- Xu, G., Zeng, X., & Wu, X. (2023). Global prevalence of turnover intention among intensive care nurses: A Meta-Analysis. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 159-166.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: ÇİN VE GÜNEY KORE EKONOMİLERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

THE EFFECTS OF HEALTH EXPENDITURES ON ECONOMIC GROWTH: A STUDY ON CHINA AND SOUTH KOREA ECONOMIES

Doç. Dr. Yunus BULUT¹

ÖZ

Bu makale, 2000-2020 yılları arasında Çin ve Güney Kore'nin sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi detaylı bir şekilde incelemekte ve özellikle eşbütünleşme analizi sonuçlarına odaklanmaktadır. Araştırmanın temel bulgularına göre, her iki ülkede sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çin'deki sonuçlar, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi %4.46 oranında azalttığını göstermektedir. Öte yandan, Güney Kore için bu oran %0.94 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, her iki ülkede sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde farklı etkileri olduğunu göstermektedir. Çin'de sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi olumsuz etkilemesi, muhtemelen sağlık sistemlerinin yapısal farklılıkları, harcama alanlarındaki öncelikler ve ekonomik büyüme stratejilerindeki değişikliklerle ilişkilidir. Öte yandan, Güney Kore'de daha düşük bir negatif etki, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye daha uyumlu bir şekilde entegre edildiğini veya ekonomik büyümeyi desteklemek amacıyla daha etkili bir şekilde kullanıldığını işaret edebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme, Uzun Dönemli İlişki, Çin, Güney Kore.

JEL Sınıflandırma Kodları: H51, N10, C19.

ABSTRACT

This paper examines in detail the relationship between health expenditures and economic growth in China and South Korea between 2000 and 2020, focusing particularly on the results of cointegration analysis. According to the main findings of the study, there is a significant relationship between health expenditures and economic growth in both countries. The results in China show that an increase in health expenditures reduces economic growth by 4.46%. On the other hand, this rate was determined to be 0.94% for South Korea. These findings show that health expenditures have different effects on economic growth in both countries. The negative impact of the increase in health expenditures on economic growth in China is probably related to structural differences in health systems, priorities in spending areas, and changes in economic growth strategies. On the other hand, a lower negative impact in South Korea may indicate that health expenditures are more harmoniously integrated into economic growth or used more effectively to support economic growth.

Keywords: Health Expenditures, Economic Growth, Long-Term Relationship, China, South Korea.

JEL Classification Codes: H51, N10, C19.

¹ İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Bölümü, ybulut79@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

This research was conducted to understand the relationship between health expenditures and economic development in China and South Korea between 2000 and 2020. The primary motivation of the study is to elucidate the long-term relationship between health expenditures and economic growth in both countries and to comprehend how this relationship, particularly through cointegration analysis, has evolved. In countries with large economies such as China and South Korea, the impact of health expenditures on economic development is a significant topic due to the complex relationships between the potential for improving individuals' quality of life and the growth in the healthcare sector with economic dynamics. In this context, the main objective of the study is to explain the relationship between health expenditures and economic growth from a long-term perspective, assess the effects on the overall health status of the economy, and analyze the changes in this relationship over time. Specifically, cointegration analysis is employed as a method to identify the long-term relationship between health expenditures and economic growth. This analysis helps reveal the long-term equilibrium relationship between variables, providing a better understanding of the impact of health expenditures on economic growth.

Design/methodology/approach:

This research employs cointegration analysis to delve more deeply into the relationship between health expenditures and economic growth. The study encompasses the period from 2000 to 2020 and underscores the fact that the findings may have been influenced, particularly in the context of the COVID-19 pandemic, which could have altered the patterns of health expenditures and economic growth. The primary focus of the research is to identify potential relationships between health expenditures and economic growth and to comprehend the changes in these relationships over time. Cointegration analysis emerges as a prominent method used to reveal the long-term equilibrium states of these relationships. Through this method, the impacts of health expenditures on economic growth can be more clearly understood.

Findings:

A detailed examination of the cointegration analysis reveals the existence of a solid, consistent, and long-term link between health expenditures and economic development in China and South Korea. One of the standout results of the research, focusing specifically on China, shows that the overall increase in healthcare spending reduces economic growth by 4.46%. This important finding highlights how critical it is to better understand the effects of health spending on China's economic growth strategies and to control potential limits on health spending's economic resource allocation. While the study analyzed this relationship between health expenditures and economic growth, China's large economy and rapid development were especially taken into account. The fact that the decreasing effect of the increase in health expenditures on economic growth was determined to be 4.46% represents a key element in understanding the complexity of this relationship and the effects of policy decisions in the health sector on economic growth. On the other hand, the fact that the increase in health expenditures in South Korea reduced economic growth by 0.94% reveals a different picture compared to China. This highlights the country-specific differences between economic structure and health systems and suggests that caution should be exercised regarding the generalizability of overall results. This highlights the need for each country to shape its health expenditure policies by taking into account its own conditions and priorities. This particular relationship between South Korea's economic growth and healthcare spending reflects the unique dynamics of the economic structure and healthcare systems in the country. Therefore, it is important to note that the overall results may not be the same as the situation in other countries, and each country should be evaluated in its own context. The results highlight that a single approach is not sufficient to understand the effects of health expenditures on economic growth and that each country must take into account its own specific conditions.

Conclusion and Discussion:

This research, drawing upon an extensive body of literature, aims to examine the relationship between health expenditures and economic growth and underscores the significance of health as a crucial component of economic development. The findings of the study emphasize the direct impact of health on economic growth and highlight the critical role of health in the development of human capital. In this context, the study argues that investments in health expenditures can act as a stimulus for economic growth and can be a significant aid in achieving sustainable development goals. The impact of health expenditures on economic growth encompasses the potential of a healthy population to be more productive and increase the overall efficiency of the workforce. Therefore, the argument is made that investments in health expenditures not only improve individuals' health but also have the potential to support economic growth and contribute significantly to sustainable development goals.

1. GİRİŞ

Ekonomik büyüme, toplumsal refahı ve gelişmişliği artırmayı amaçlayan temel bir hedefi temsil eder. Bu çerçevede, ekonomik büyümenin sürdürülebilirliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin makroekonomik amaçları arasındadır. Günümüzde ekonomik düşünce, ekonomik büyümenin sadece kısa vadeli bir hedef olmanın ötesinde, uzun vadeli sürdürülebilirliği ve yaşam standardını artırıcı politikalara odaklanmayı gerektirdiğini vurgulamaktadır (Alper, 2019). Ekonomik büyümenin, sadece maddi refahın değil aynı zamanda sosyal adaletin ve çevresel sürdürülebilirliğin de bir parçası olması gerektiği modern ekonomik düşünce tarafından vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, ekonomik büyümenin toplumsal eşitsizlikleri azaltıcı ve çevresel etkileri minimize edici politikalara odaklanması önem arz etmektedir. Ayrıca, ekonomik büyümenin niteliksel yönleri, eğitim ve sağlık gibi insan sermayesi unsurlarına yapılan yatırımları içererek, yaşam kalitesini artırmayı hedeflemelidir. Bu yaklaşım, ekonomik büyümenin sürdürülebilir ve kapsayıcı bir kalkınmanın anahtarı olabileceğini vurgulamaktadır.

Ekonomik büyüme üzerine yapılan araştırmalarda, ülkeler arasındaki büyüme oranlarının farklı olduğu gözlemlenmektedir. Bu farklılıkların altında yatan önemli faktörlerden biri de beşeri sermayedir. Beşeri sermaye, kişinin ya da toplumun sahip olduğu sağlık, eğitim seviyesi, beceri, kabiliyetler, ve toplumsal ilişkiler gibi unsurları içermektedir. Bu bağlamda, beşeri sermayenin oluşturulması ve geliştirilmesi sürecinde sağlığın önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Nitelikli insan kaynağının kalkınma için kritik bir öneme sahip olduğu, ancak sağlıklı bir toplumla mümkün olabileceği ifade edilmektedir (Biro ve Demirgil, 2022). Bu noktada, sağlığın ekonomik büyümedeki etkisi, sadece bireylerin sağlık durumunu değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığını da içermektedir. Sağlıklı bir nüfus, işgücü verimliliğini artırabilir, eğitim başarılarını destekleyebilir ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi tetikleyebilir. Bu bağlamda, sağlık politikalarının ekonomik büyüme stratejilerinin ayrılmaz bir parçası olması, uzun vadeli sürdürülebilir kalkınma için kritik öneme sahiptir.

Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmamasını değil, ayrıca kişilerin potansiyelini yaşamları süresince geliştirme kapasitesini belirtmektedir. Bu bağlamda, Barro (1996) sağlığın sadece bir sağlık durumu olmanın ötesinde, sermaye üreten bir varlık ve ekonominin bir motoru olarak kabul edildiğini belirtmektedir. Bu önemli kavramsal çerçeve, ekonomik büyüme ve beşeri sermaye arasındaki ilişkiyi derinlemesine anlamamıza yardımcı olmaktadır. Literatürde yer alan bu temel prensipler, ekonomik politika yapıcılarına sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için beşeri sermayenin güçlendirilmesine yönelik etkili stratejiler geliştirme konusunda rehberlik etmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, sağlığın sadece bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmekle kalmayıp aynı zamanda toplumun genel ekonomik performansına olumlu katkıda bulunduğu anlaşılmaktadır. Sağlıklı bir nüfus, daha verimli bir işgücü, yüksek iş performansını ve inovasyon kapasitesine sahip bir toplumun oluşumunu destekleyerek ekonomik büyümeyi tetikleyebilir. Bu nedenle, sağlık yatırımları, uzun vadeli sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için stratejik bir araç olarak görülmelidir.

Sağlık, demografik faktörlerden işgücü katılımına, işçi verimliliğinden toplumun gelir ve refahına kadar bir dizi beşeri sermaye faktörü üzerinde doğrudan etkiler taşımaktadır (Antonio ve Zamora, 2000). Sağlık bireylerin en değerli varlığı olmanın ötesinde, aynı zamanda toplumun genel refahının temel bir kaynağı olarak da önemli bir rol oynamaktadır. Toplumun sağlık seviyesi ve ekonomik kalkınma ilişkili olarak ele alınmaktadır. Ekonomik gelişmişlik seviyesi yükseldikçe, toplumlar sağlığa daha çok kaynak ayırmakta ve sağlık bilinci artmaktadır. Günümüzde, toplumlar sağlığın önemini daha fazla kavramış durumdadır. İnsanların sağlıklı bir yaşam sürmeleri, hastalıklardan korunmaları ve var olan sağlık sorunlarını yönetmeleri için sağlık harcamalarına verilen önem artmaktadır. Ayrıca, sağlık alanında yapılan yatırımların sadece bireylerin sağlığını korumakla kalmayıp aynı zamanda ekonomik getiriler de sağladığı gözlemlenmektedir. Sağlıklı bir nüfus, daha etkin bir işgücü oluşturarak işçi verimliliğini artırabilir ve dolayısıyla toplumun ekonomik büyümesine olumlu bir katkıda bulunabilir. Bu nedenle, sağlık harcamaları, sadece acil durum müdahaleleri değil, aynı zamanda uzun vadeli ekonomik sürdürülebilirlik ve kalkınma açısından stratejik bir yatırım olarak da değerlendirilmelidir. Sağlık konusundaki bilinçlenme ve kaynak ayırma eğilimi, toplumların daha dirençli ve sürdürülebilir sağlık sistemleri oluşturmalarına olanak tanımaktadır. Bu, salgın hastalıklar gibi küresel zorluklara daha etkili bir şekilde yanıt verebilmelerini sağlamaktadır. Sonuç olarak, toplumların sağlık alanına yaptıkları yatırımlar hem bireylerin hem de toplumların genel refahını artırarak daha kapsamlı bir sosyal ve ekonomik kalkınma sağlamaktadır.

Sağlık harcamalarına dayalı büyüme hipotezi, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olumlu etkisi olduğunu savunan bir görüştür. Bu hipoteze göre, sağlık harcamaları, insan sermayesi olarak adlandırılan bireylerin sağlığını iyileştirerek, iş gücü verimliliğini artırmakta ve dolayısıyla ekonomik büyümeye katkıda bulunmaktadır (Akar, 2014). Yani, sağlık sektörü yatırımları ekonomik büyümeye katkıda bulunmaktadır. Bloom ve Canning (2000)

tarafından ifade edilen görüşe göre, sağlık harcamalarının artırılması, bir ülkenin ekonomik büyüme ve refahını olumlu yönde etkilemektedir. Sağlıklı bir nüfus, iş gücü verimliliğini artırmakta, hastalıkların azalması ekonomik kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlamakta ve uzun vadeli sağlık maliyetlerini düşürmektedir. Sağlığa dayalı büyüme hipotezi, sadece ekonomik büyümeye doğrudan katkıda bulunmakla kalmayıp aynı zamanda sosyal ve ekonomik göstergelerde genel iyileşme sağlayarak toplumsal refahın artmasına da olanak tanıdığı için önemli bir yaklaşımdır. Sağlık harcamalarının artırılması, sadece iş gücü verimliliğini değil, aynı zamanda eğitim ve gelir eşitsizliklerini azaltarak toplumun genel refahını artırabilir. Bu bağlamda, sağlık sektörü yatırımları, sadece ekonomik büyümeyi desteklemekle kalmayıp aynı zamanda kapsayıcı ve sürdürülebilir bir kalkınmanın temelini oluşturabilir. Bloom ve Canning'in vurguladığı gibi, sağlıklı bir nüfusun uzun vadeli ekonomik ve sosyal kazançları, sağlık harcamalarının stratejik bir şekilde artırılmasıyla elde edilebilir.

Bu çalışmanın temel amacı, 2000-2020 yılları arasında Çin ve Güney Kore'nin sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkilerini kapsamlı bir şekilde incelemektir. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkilerini nicel olarak değerlendirerek, bu iki önemli Asya ülkesinin sağlık sektörü dinamiklerini ve ekonomik performanslarını anlama amacı taşımaktadır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, literatürde geniş bir şekilde incelenmiştir ve bu konudaki çalışmalar geçmişten günümüze önemli bir bilgi birikimine ulaşmıştır. Bu bağlamda, ilişkinin temelini atanlardan biri olan Grossman'ın (1972) perspektifine göre, sağlık hizmetlerine yönelik yapılan harcamaların ekonomik büyümeyi olumlu bir biçimde etkilediği öne sürülmektedir. Bu görüş, sağlık harcamalarının üretim artışını destekleyerek ekonomik büyümeye katkı sağladığını vurgular. Aynı dönemde, Newhouse (1977), ulusal düzeydeki GSYH'nın sağlık harcamalarını olumlu bir şekilde etkilediğini iddia ederek, ekonomik büyüme ile tıbbi bakım harcamaları arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğunu ileri sürmüştür. Gerdtham ve Löthgren'in (2002) araştırması, 25 OECD ülkesinde ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasında uzun vadeli bir ilişkinin varlığını göstermiştir. Weil (2006), 1960-2000 yılları arasındaki 80 ülkede sağlık harcamalarının ekonomik büyümenin temel belirleyicilerinden olduğunu ifade etmiştir. Nixon ve Ulmann (2006), 1980-1995 yılları arasında Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık harcamaları ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi inceledi. Sonuçlar, bebek ölümleri ve sağlık harcamaları arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu gösterirken, yaşam süresi (LEXP) durumunda ise daha sınırlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu. Narayan vd. (2010) 1974-2007 yılları arasında Tayland, Endonezya, Sri Lanka, Nepal ve Hindistan gibi beş Asya ülkesinde, sağlığın ekonomik büyümeyi pozitif etkilediği ve uzun dönemli bir eşbütünleşik ilişki olduğunu belirtmiştir. Rengin (2012), Türkiye'de uzun vadede ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi bulunduğunu belirtmiştir. Gok vd. (2018) tarafından yürütülen çalışma, 2008-2012 yılları arasında BRICS ülkelerinde, ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırabileceği sonucuna ulaşmıştır. Somé vd. (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışma, 48 Afrika ülkesinde ekonomik büyüme, tıbbi endüstri ve sağlık endüstrisi arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Çalışma, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi doğrudan etkilediğini ve toplam sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi teşvik ettiğini göstermiştir. Rizvi (2019), Güneydoğu Asya ve Pasifik bölgesindeki 20 gelişmekte olan ülkede, sağlık harcamalarının kaliteye uyum sağlanarak %100 artırıldığında, büyümede %5'lik bir artış olacağını ortaya koymuştur. Yang (2019), 21 gelişmekte olan ülkede ekonomik büyüme ile ulusal sağlık harcamaları ilişkisinin insan sermayesi seviyelerine bağlı olduğunu göstermiştir. Şahin ve Yalçınkaya (2020) 2000-2016 yılları arasında MINT ülkelerinde, GSYİH ve kamu harcamalarının sağlık harcamalarını artırdığını, genç ve yaşlı bağımlılıklarınınsa sağlık harcamalarını azalttığını tespit etmişlerdir. Sökmen (2021) 2000-2018 yılları arasında BRICS-T ülkelerinde, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında ilişkinin varlığını belirlemiştir. Birol ve Demirgil (2022) 2000-2018 yılları arasında MIST ülkelerinde, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında nedensel ilişkiler olduğunu bulmuşlardır. Esen ve Keçili (2022) tarafından yapılan çalışma, Türkiye'deki sağlık harcamalarının 1975-2018 dönemindeki etkilerini incelemiştir. Araştırma, sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru nedensel ilişki olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışma, literatürde geniş bir şekilde incelenen sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ilişkisini Çin ve Güney Kore üzerinde ayrı ayrı ele alarak, bu iki ülkenin özgün ekonomik ve sağlık sistemlerindeki dinamikleri ve ilişkileri detaylı bir şekilde analiz etmeyi amaçlamaktadır.

3. MATERYAL VE METOT

Bu çalışmanın temel amacı, 2000-2020 döneminde Çin ve Güney Kore'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri incelemektir. Çalışmada kullanılan model aşağıdaki gibidir:

$$eb_t = \beta_0 + \beta_1 sh_t + \varepsilon_t \quad (1)$$

Burada, β_0 sabit terimi ve ε_t hata terimini belirtmektedir. β_1 sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisini göstermektedir. Tablo 1’de ampirik modelde dikkate alınan değişkenlere ilişkin detaylı bilgiler sunulmaktadır:

Tablo 1. Değişkenler ve Kaynakları

Sembol	Değişken	Kaynak
eb	Kişi başına GSYH büyümesi (yıllık %)	WDI
sh	Cari sağlık harcamaları (GSYİH’nin yüzdesi)	WDI

Seriler için tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon matrisi Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler

	Çin		Güney Kore	
	eb	sh	eb	sh
Ortalama	8.076	4.553	3.368	5.841
Medyan	7.638	4.417	2.696	5.917
Maksimum	13.635	5.593	8.152	8.364
Minimum	1.995	3.674	-0.846	3.897
Standart Sapma	2.493	0.493	2.140	1.311
Çarpıklık	0.011	0.343	0.429	0.306
Basıklık	3.727	2.483	3.084	2.118
Jarque-Bera	0.463	0.645	0.651	1.009
Olasılık Değeri	0.793	0.724	0.722	0.603

Tablodaki verilere göre, Çin’deki ekonomik büyüme ve sağlık harcamalarındaki standart sapma değerleri, sırasıyla 2.493 ve 0.493 ile Güney Kore’ninkinden daha yüksektir, bu da Çin’in ekonomik göstergelerinde ve sağlık harcamalarında daha fazla varyans veya dalgalanma olduğunu gösterir. Çin’deki ekonomik büyüme ve sağlık harcamalarındaki çarpıklık ve basıklık değerleri, sırasıyla en büyük çarpıklık (0.011) ve basıklık (3.727) ile Güney Kore’ninkinden daha düşüktür. Bu durum, Çin’in ekonomik göstergelerinin ve sağlık harcamalarının genellikle daha simetrik bir dağılıma sahip olduğunu ve aykırı değerlerin daha az olduğunu gösterir. Güney Kore’deki ekonomik büyüme ve sağlık harcamalarındaki çarpıklık ve basıklık değerleri ise sırasıyla en küçük çarpıklık (0.343) ve en küçük basıklık (2.483) ile Çin’e göre daha düşüktür. Bu, Güney Kore’nin ekonomik göstergelerinde ve sağlık harcamalarında genellikle daha simetrik bir dağılıma sahip olduğunu ve daha sınırlı bir değişkenlik gösterdiğini işaret eder. Normallik testi sonuçları, Jarque-Bera testinin yüksek olasılık değerleri ile her iki ülkenin veri setlerinin genellikle normal dağılıma yakın olduğunu göstermektedir.

3.1. Christopoulos ve Leon-Ledesma (2010) Fourier ADF Birim Kök Testi

Christopoulos ve Leon-Ledesma (2010), yapısal değişimleri göz önünde bulundurarak test yapılması için Fourier terimlerinin eklenmesini önerdiği yöntemin veri üretme sürecini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

$$y_t = \delta_0 + \delta_1 \sin\left(\frac{2\pi kt}{T}\right) + \delta_2 \cos\left(\frac{2\pi kt}{T}\right) + v_t \quad (2)$$

Burada, t zaman terimini, k frekans sayısını ve T örneklem uzunluğunu ifade etmektedir.

Serinin birim köklü olduğunu belirten temel hipotez $H_0: v_t = \mu_t$ ve $\mu_t = \mu_{t-1} + h_t$ şeklindedir.

h_t sıfır ortalamayla durağan bir süreç olduğu varsayılmaktadır. Test sürecinde ilk adım, uygun frekansın belirlenmesidir. Daha sonra, model için EKK kalıntıları aşağıdaki gibi elde edilmekte ve bu kalıntılara klasik ADF testinin uygulanması önerilmektedir:

$$\hat{v}_t = y_t - \left[\hat{\delta}_0 + \hat{\delta}_1 \sin\left(\frac{2\pi kt}{T}\right) + \hat{\delta}_2 \cos\left(\frac{2\pi kt}{T}\right) \right] \quad (3)$$

Kalıntılara uygulanan birim kök testi için doğrusal model şu şekildedir:

$$\Delta v_t = \alpha_1 v_{t-1} + \sum_{j=1}^p \beta_j \Delta v_{t-j} + u_t \quad (4)$$

Birim kökün varlığına yönelik oluşturulan temel hipotez reddedilirse (1) eşitliği için $F_\mu(\tilde{k})$ F testiyle $H_0: \delta_1 = \delta_2 = 0$ temel hipotezi $H_1: \delta_1 = \delta_2 \neq 0$ alternatif hipotezine karşı test edilerek Fourier terimlerin anlamlılığı sınanmış olur. Bu aşamada, temel hipotez reddedilirse, Fourier terimlerinin anlamlı olduğu sonucuna varılır. Ancak, eğer Fourier terimleri anlamlı değilse, klasik ADF testinin uygulanması önerilmektedir.

3.2. Banerjee vd. (2017) Fourier ADL Eşbütünleşme Testi

Banerjee ve diğerleri (2017) geliştirdiği eşbütünleşme testi, geleneksel eşbütünleşme testlerinden farklı olarak, yapısal kırılmaların sayısı, konumu ve formu önsele ihtiyaç duymadan güçlü sonuçlar elde etmektedir. Bu test, zaman içinde veri setlerinde meydana gelen yapısal değişiklikleri belirlemede daha etkili bir yöntem sunarak, ekonometrik analizlerde daha kesin ve güvenilir sonuçlara ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu test, sert kırılmaların yanı sıra yumuşak geçişli kırılmaları da yüksek bir başarı oranıyla tespit etmektedir, böylece analizdeki yapısal değişimleri belirleme sürecinde büyük bir esneklik sağlamaktadır. Trigonometrik terimlerle zenginleştirilen bu yeni eşbütünleşme testi, analizdeki yapısal değişimleri daha hassas bir şekilde belirleme yeteneğiyle ön plana çıkmaktadır. Bu sayede, Fourier fonksiyonları kullanılarak yapılan eşbütünleşme testi, analizdeki kırılmaların sayısını, konumunu ve formunu daha etkili bir şekilde belirleyebilmekte ve bu alandaki geleneksel sınırlamalara bir çözüm sunmaktadır.

Fourier ADL eşbütünleşme testine ait denklem aşağıdaki gibidir:

$$\Delta Y_t = d(t) + \beta_1 Y_{t-1} + \gamma_1 X_{t-1} + \phi \Delta X_t + u_t$$

Burada, $d(t) = \alpha_0 + \gamma_1 \sin(2\pi kt/T) + \gamma_2 \cos(2\pi kt/T)$ şeklindedir. FADL testi için kritik değerler, Banerjee vd. (2017) çalışmasında yer almaktadır.

Çalışmanın Etik Durumu

Bu çalışmada ikincil veriler kullanıldığından etik kurul onayı alınmamıştır.

4. BULGULAR

FADF birim kök testi bulguları Tablo 3'te belirtilmiştir:

Tablo 3. FADF Birim Kök Testi Sonuçları

Ülkeler	Değişkenler	Min. KKT	F İst.	<i>l</i>	<i>k</i>	Fourier ADF
Çin	eb	31.881	10.973	1	1	-1.506
	Δ eb	28.597	12.987	4	5	-4.889***
	sh	0.426	30.801	3	1	-1.411
	Δ sh	0.390	22.436	1	4	-4.305***
Güney Kore	eb	42.362	21.271	1	4	-0.994
	Δ eb	105.825	20.961	1	5	-9.183***
	sh	0.433	10.188	1	2	-1.611
	Δ sh	0.495	12.058	0	2	-9.619***

Not: ***p<0.01. F istatistiği için kritik değerler Becker vd. (2016); Fourier ADF birim kök testi için kritik değerler Christopoulos ve Leon-Ledesma (2010) çalışmasında yer almaktadır. "*l*" uygun gecikme uzunluğunu ve "*k*" uygun frekans sayısını göstermektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde, yapılan F testi sonuçları, incelenen tüm değişkenlerin Fourier fonksiyonlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Fourier fonksiyonlarının anlamlılığına yönelik elde edilen bulguların ardından gerçekleştirilen FADF birim kök testi sonuçları, tüm değişkenlerin birinci farkta durağan hale geldiğini göstermektedir. Bu durum, incelenen değişkenlerin zaman içindeki eğilimlerinin ortadan kaldırıldığını ve veri setinin durağanlık özelliklerine sahip olduğunu ifade etmektedir.

Serilerin durağanlık bulgusu ardından Çin ve Güney Kore'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için uygulanan Fourier ADL eşbütünleşme analizi sonuçları Tablo 4'te sunulmuştur:

Tablo 4. FADL Eşbütünleşme Analizi Sonuçları

Ülkeler		Min. KKT	<i>k</i>	Test İstatistiği
Çin	eb-sh	3.702	2.000	-12.581***
Güney Kore	eb-sh	3.386	4.000	-5.450***

Not: *** $p < 0.01$. Kritik değerler Banerjee vd. (2017) çalışmasında yer almaktadır. “*k*” uygun frekans sayısını göstermektedir.

Eşbütünleşme analizi sonuçları, Çin ve Güney Kore'nin sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun vadeli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durum, artan sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi destekleyebileceği ve daha sağlıklı bir nüfusun ekonomik performansı olumlu etkileyebileceği şeklinde yorumlanabileceğini göstermektedir.

Değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişki bulgusunun ardından incelenen uzun dönem katsayı tahminleri Tablo 5'te sunulmuştur:

Tablo 5. FMOLS Katsayı Tahmin Sonuçları

Bağımlı Değişken: eb	Katsayı	Standart Hata	t İstatistik Değeri	Olasılık Değeri
Çin sh	-4.467	0.443	-10.074	0.000***
Çin Sabit Terim	28.515	2.032	14.033	0.000***
Güney Kore sh	-0.941	0.193	-4.890	0.000***
Güney Kore Sabit Terim	8.739	1.168	7.484	0.000***

Not: *** $p < 0.01$.

Uzun dönem katsayı tahminleri, Çin'de sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi %4.46 oranında azalttığı tespiti, sağlık harcamalarının ekonomik kaynak tahsisi açısından sınırlayıcı bir faktör olabileceğine işaret etmektedir. Bu durum, Çin'in ekonomik büyüme stratejileri üzerinde sağlık harcamalarının etkilerini anlamak ve yönetmek açısından önemlidir. Öte yandan, Güney Kore için ise sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi %0.94 oranında azalttığını göstermektedir. Bu durum, Güney Kore'nin ekonomik yapısının ve sağlık sistemlerinin Çin'den farklı olabileceğini, bu nedenle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerinin de farklılık gösterebileceğini düşündürülebilir. Bu bulgular, her iki ülkenin politika yapıcıları için, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan etkilerini daha etkili bir şekilde değerlendirebilmeleri ve gelecekteki stratejilerini şekillendirebilmeleri açısından önem taşımaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, 2000-2020 yılları arasında Çin ve Güney Kore'nin sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan eşbütünleşme analizi sonuçları, her iki ülkenin sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Ancak, elde edilen bulguların COVID-19 salgını bağlamında değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Salgın, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyüme üzerinde baskı oluşturarak elde edilen eşbütünleşme sonuçlarının daha geniş bir perspektiften değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Çin için gerçekleştirilen analizler, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi %4.46 oranında azalttığını ortaya koymaktadır. Bu durum, Çin'in ekonomik büyüme stratejileri üzerinde sağlık harcamalarının etkilerini anlamak ve yönetmek açısından kritik önem taşımaktadır. Özellikle, sağlık harcamalarının ekonomik kaynak tahsisi açısından sınırlayıcı bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan, Güney Kore'de sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi %0.94 oranında azalttığını göstermektedir. Bu durum, Güney Kore'nin ekonomik yapısı ve sağlık sistemlerinin Çin'den farklılıklar gösterdiğini ve bu nedenle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerinin de farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, çalışmanın tamamına tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Antonio, J. ve Zamora, C. (2000). Investment in health and economic growth: A perspective from Latin America And The Caribbean. *XXXV Meeting of The Advisory Committee on Health Research*, Havana, Cuba, 17-19 July, Division of Health and Human Development, Washington, DC.
- Banerjee, P. Arcabic, V. ve Lee, H. (2017). Fourier ADL cointegration test to approximate smooth breaks with new evidence from crude oil market. *Economic Modelling*, 67, 114-124.
- Barro, R. J. (1996). Determinants of economic growth: A cross-country empirical study. *NBER Working Paper*, 5698.
- Becker, R., Enders, W. ve Lee, J. (2006). A stationarity test in the presence of an unknown number of smooth breaks, *Journal of Time Series Analysis*, 3(5), 381-409.
- Biröl, Y. E. ve Demirgil, B. (2022). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: MIST ülkeleri üzerine uygulamalı bir çalışma. *Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, Yaz Sayısı*, Haziran, 69-78.
- Bloom, D. E. ve Canning, D. (2000). *Policy forum: The health and wealth of nations*. Science (New York, N.Y.), 287(5456), 1207-1209. <https://doi.org/10.1126/science.287.5456.1207>.
- Christopoulos, D. K. ve León-Ledesma, M. A. (2010). Smooth breaks and non-linear mean reversion: Post-Bretton Woods real exchange rates. *Journal of International Money and Finance*, 29(6), 1076-1093.
- Esen, E. ve Keçili, M. H. (2022). Economic growth and health expenditure analysis for Turkey: Evidence from time series. *Journal of the Knowledge Economy*, 13, 1786-1800.
- Gerdtham, U. G. ve Löthgren, M. (2002). New panel results on cointegration of international health expenditure and GDP. *Applied Economics*, 34, 1679-1686.
- Gok, M. S., Ongel, V. ve Altındag, E. (2018). Analysis the interplay between economic growth and health expenditures: The case of emerging economies. *Journal of Global Strategic Management*, 12(2), 53-62.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-55.
- Narayan, S., Narayan, P. K. ve Mishra, S. (2010). Investigating The relationship between health and economic growth: Empirical evidence from a panel of 5 Asian countries. *Journal of Asian Economics*, 21, 401-411.
- Newhouse, J. (1977). Medical care expenditure: A cross national survey. *Journal of Human Resources*, 12(1), 115-125.
- Nixon J. ve Ulmann P. (2016). The relationship between health care expenditure and health outcomes. *The European Journal of Health Economics*, 7, 7-18.
- Piabuo, S. M. ve Tieguhong, J. C. (2017). Health expenditure and economic growth - a review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries. *Health Economics Review*, 7, 1-13. doi: 10.1186/s13561-017-0159-1.
- Rengin A. K. (2012). The relationship between health expenditure and economic growth: Turkish case. *International Journal of Business Management and Economics Research*, 3(1), 404-409.
- Rizvi, S. A. F. (2019). Health expenditures, institutional quality and economic growth. *Empirical Economic Review*, 2(1), 63-82.
- Somé, J., Pasali, S. ve Kaboine, M. (2019). Exploring the impact of healthcare on economic growth in Africa. *Applied Economics Finance*, 6(3), 45-57.
- Sökmen, F. Ş. (2021). BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi etkiliyor mu? Ampirik bir inceleme. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 13(24), 1-10.
- Şahin, G. ve Yalçınkaya, E. (2020). Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki: MINT ülkelerinden ampirik kanıtlar. *Current Research in Social Sciences*, 6(1), 52- 69.

- Weil, D. N. (2006). Accounting for the effect of health on economic growth, *NBER Working Paper Series*, Working Paper 11455, 1-60.
- Yang, X. (2019). Health expenditure, human capital, and economic growth: An empirical study of developing countries. *International Journal Health Economics and Management*, 20(2), 163–176.



SİSTEMATİK DERLEMELER VE META ANALİZ / SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSIS

SAĞLIK TURİZMİNDE WEB 5.0'A DOĞRU GELİŞMELER: SİSTEMATİK DERLEME

DEVELOPMENTS TOWARDS WEB 5.0 IN HEALTH TOURISM: SYSTEMATIC REVIEW

Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN¹
Arş. Gör. Mehmet Beşir DEMİRBAŞ²

ÖZ

Günümüzde internet teknolojisi hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Gazeteler, televizyonlar gibi geleneksel medyalarla olan ilgi gün geçtikçe azalma eğilimi göstermektedir. Teknoloji bugün tüm alanlarda kullanıldığı gibi sağlık turizminde de kullanımı önemlidir. Bu kapsamda çalışma, Web 4.0 ve Web 5.0 teknolojilerinin sağlık turizmi açısından önemi, kullanım alanları ve potansiyel yeniliklerini keşfetmeyi amaçlamaktadır. Sistematik derleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışmada literatürdeki makaleler, raporlar, kitaplar ve tezler incelenerek sağlık turizminde WEB tabanlı dijital teknolojilerin kullanımına ilişkin kapsamlı bir tarama yapılmıştır. Yapılan sistematik derleme sonucunda, Metaverse, Oyunlaştırma, Sanal Gerçeklik, Sosyal Medya, Mobil Uygulamalar ve WEB teknolojilerinin sağlık turizmi açısından değerlendirilmesi muhtemel alanlar olduğu belirlenmiştir. Bu teknolojilerin sağlık turizmi alanında özellikle ülke tanıtımları, iletişim, konaklama ve güvenlik gibi konularda sağlık turistlerine rehberlik etme potansiyeli bulunmaktadır. Bu da sağlık turistlerinin tercih etme davranışını olumlu yönde etkileyebilir. Türkiye gibi sağlık turizmi açısından önemli bir ülkenin, tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinde bu teknolojileri kullanması büyük bir avantaj sağlayabilir. Ayrıca, Metaverse, Oyunlaştırma ve Sanal Gerçeklik gibi teknolojilere yönelik projelerin desteklenmesi ve bu alanda faaliyet gösteren kurumların teşvik edilmesi, Türkiye'nin sağlık turizmi alanındaki rekabet gücünü artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Dijitalleşme, Sağlık Turizmi, WEB Teknolojileri, WEB 4.0, WEB 5.0.

JEL Sınıflandırma Kodları: L83, O33, M31, I11.

ABSTRACT

Internet technology has become an indispensable part of our lives today. The interest in traditional media such as newspapers and television is decreasing day by day. The use of technology is important in health tourism as technology is now used in all fields. In this context, this study aims to investigate the importance, application areas and potential innovations of Web 4.0 and Web 5.0 technologies in relation to health tourism. In this research, using the systematic compilation method, a comprehensive search was conducted on the use of WEB -based digital technologies in health tourism by examining the articles, reports, books, and dissertations in the literature. As a result of the systematic review, it was determined that Metaverse, Gamification, Virtual Reality, Social Media, Mobile Applications, and WEB technologies are possible areas that should be evaluated with regard to health tourism. These technologies have the potential to guide health tourists in health tourism, especially in issues such as country promotion, communication, accommodation, and safety. This can have a positive impact on health tourists' preference behavior. For a country like Turkey, which is of great importance for health tourism, it can be of great benefit to use these technologies in its promotional and marketing activities. In addition, supporting projects for technologies such as metaverse, gamification, and virtual reality and promoting institutions working in this field can increase Turkey's competitiveness in the field of health tourism.

Keywords: Digitalization, Health Tourism, WEB Technologies, WEB 4.0, WEB 5.0.

JEL Classification Codes: L83, O33, M31, I11.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, betul.akalin@sbu.edu.tr

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mehmet_besir94@hotmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The aim of this study is to examine the importance, usage areas and potential innovations of Web 4.0 and Web 5.0 technologies in terms of health tourism. The use of technology in health tourism plays an important role in every field today and internet technology has become an indispensable part of our lives. This systematic review study aims to conduct comprehensive research by scanning articles, reports, books and theses in the literature on the use of WEB-based digital technologies in health tourism. The focus of the research is what opportunities Web 4.0 and Web 5.0 technologies can offer in the field of health tourism, how they can be used and the innovations that they can potentially bring to the sector. The systematic compilation process includes screening all published studies on the subject and examining them according to the specified inclusion and exclusion criteria. The research results will be synthesized to reveal the potential usage areas of Metaverse, Gamification, Virtual Reality, social media, Mobile Applications and WEB technologies in terms of health tourism. The results of this study will be an important guide for organizations and countries operating in the health tourism sector. It aims to provide strategic guidance to the stakeholders in the sector by focusing on the issues where the use of Web 4.0 and Web 5.0 technologies can provide advantages in the field of health tourism, affect preference behaviors and make a difference in international competition.

Design/methodology/approach:

This study was carried out using the systematic review method. Systematic review is a research method that aims to comprehensively scan all published studies and research on the subject, examine them according to certain inclusion and exclusion criteria, and synthesize the findings. Databases such as Google Scholar, Science Direct, ULAKBİM, PubMed and ProQuest were used for literature review. Studies published between 2010 and 2022 were included in the scope of the research. Studies published in Turkish and English were examined in accordance with the language criteria of the research. During the literature review, Turkish keywords such as "WEB in Health Tourism", "WEB 4.0", "WEB 5.0", "WEB in Tourism", "Digitalization in Health Tourism", "Digital Tourism" and "Health Tourism with WEB" and "WEB in Health" English keywords such as "Tourism", "In Tourism WEB", "Digitalization in Health Tourism", "Digital Tourism" and "Health Tourism with WEB" are used. Inclusion and exclusion criteria were established. Inclusion criteria were considered, such as the studies being published between 2010-2022, being accessible, published in Turkish or English, and addressing any of the topics of health tourism, digitalization and the WEB. Exclusion criteria were applied if the studies covered before 2010, were inaccessible or inaccessible, were written in a language other than Turkish or English, did not cover the research topic, and were repeated studies.

Findings:

As a result of the systematic compilation, it has been determined that there are various usage areas of Web 4.0 and Web 5.0 technologies in health tourism. Metaverse, Gamification, Virtual Reality, social media, Mobile Applications and WEB technologies are potential areas that can be evaluated in health tourism. These technologies can facilitate health tourists' access to country promotions, improve their communication, speed up accommodation reservations and increase security measures. Especially during the pandemic period, it is seen that digital technologies have become even more important in health tourism. By taking advantage of these technologies, the health tourism sector can offer a better experience to health tourists and increase their preference rates. Countries that stand out in health tourism such as Turkey can take a step forward in international competition by using Web 4.0 and Web 5.0 technologies effectively in their promotion and marketing activities. These findings can guide future studies on digital technologies in the health tourism sector.

Conclusion and Discussion:

As a result, it has been seen that the use of Web 4.0 and Web 5.0 technologies in health tourism can offer significant advantages. These technologies can provide great convenience in meeting the needs of health tourists, in accessing information and in communication. It can also play an active role in country promotion, accommodation reservations, health care monitoring and security measures. Countries like Turkey, which are in a competitive position in health tourism, can increase their tourist attraction power by using these technologies in their promotion and marketing strategies. However, in order for technology to be used effectively in the health tourism sector, appropriate infrastructure, training and resources must be provided. In addition, data security, privacy and ethical issues should be considered. Future studies should examine more specific use cases to further increase the effectiveness of these technologies in the health tourism sector and improve the tourist experience. As a result, Web 4.0 and Web 5.0 technologies have significant potential in health tourism, and the effective adoption of these technologies by the actors in the sector can provide great benefits.

1. GİRİŞ

Günümüzde internet teknolojisi hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Gazeteler, televizyonlar gibi geleneksel medyalarla olan ilgi gün geçtikçe azalma eğilimi göstermektedir. Devrim olarak nitelendirilebileceğimiz geleneksel medyadan sanal medyaya geçişte hiç şüphesiz sosyal medya uygulamalarının gelişimi önemli bir rol oynamıştır. Bu kapsamda Twitter, Facebook, Google, YouTube, Instagram, LinkedIn, WhatsApp ve daha pek çok sosyal ağ sitesi yaygın olarak kullanılmaktadır (David, San Pascual ve Torres, 2019). Anlık olarak internet kullanıcı sayısı ve sosyal medya kullanımını sayan bir internet sitesine göre dünya çapında yaklaşık 6.1 milyar kullanıcı İnternet'i, 2,3 milyar kişi ise web sitelerini kullanmaktadır. Günlük olarak, küresel web'de dolaşan yaklaşık 150 milyon e-posta, Google motorunda arama yapan 4,6 milyar kişi, günlük yazılan 5.900 blog yazısı, atılan 680 bin tweet, 5 Milyar 650 bin YouTube videosu görüntüleme, Instagram'a yüklenen 400 bin fotoğraf ve 550 bin Skype görüşmesi yapılmaktadır (İnterlivestats, 2023). Bu rakamlar sosyal medya platformlarının hayatımızın merkezinde nasıl yer aldığını gösteren önemli veriler olarak dikkat çekmektedir.

Gelişim ve sürekli yeniyi arama iç güdüsü insanları yüzyıllar içerisinde çok farklı noktalara taşımıştır. Sürekli gelişen, değişen ve evrimleşen insan beyni yenilikler ve icatlar ile dünya üzerinde varlığını iyiden iyiye kabul ettirmiş durumdadır. Sürekli gelişim ve değişimle birlikte insanoğlu hayatını kolaylaştıracak olan teknolojiyi de zaman içerisinde geliştirmiştir. Bu gelişimi oynadığımız oyunlara benzetmek mümkündür. Nasıl ki bir oyuna en basit seviyeden başlıyorsak ve o seviyelerin asıl amacı bize oyunu öğretmekse gerçek hayatı da bu oyunlara benzetebiliriz. Çalışmanın ilerleyen zamanlarında da açıklanacağı üzere teknoloji ve internetin gelişimi ile beraber insanoğlu seviye atlamış, iletişim, sağlık, turizm, ekonomi, sanat, tarih ve eğitim gibi birçok alanda internet ile birlikte devrim yapmıştır. 1990'lı yıllarda (Web) 1.0 olarak ortaya çıkan internet ilk olarak basit ve küçük işler için kullanılmaktayken zamanla gelişerek Web 2.0, Web 3.0, Web 4.0 ve Web 5.0 olarak evrimleşmeye devam etmiştir.

İnternetin hayatımıza girişi ile birlikte yaşam tarzımızda da kalıcı değişimler ortaya çıkmıştır. İnternet sayesinde sosyal mecralarda sosyalleşebilir, dünyanın en ücra köşesindeki ülkeleri anlık olarak izleyebilir ve dünyada yaşanan her gelişmeyi takip edebiliriz. Bu durum dünyanın birbiri ile olan etkileşiminin oldukça güçlenmesine ve ülkeler arası sınırların yalnızca fiziki olarak varlığını sürdürmesine sebep olmuştur. Hatta dünyayı küresel bir köye benzetmek yanlış olmayacaktır. Bu durumun sağlık alanında yansımaları en çok sağlık turizmini etkilemektedir. Sağlık alanında her geçen gün gelişen yeni teknolojiler ve sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan ülkeler arası farklılıklar bireyleri sağlıkları ile ilgili uygulamalarda ülke sınırları dışında uygun ve etkin tedavi seçenekleri bulma arayışına itmektedir. Sağlık Turizmi dünya çapında 2019 yılı verileri dikkate alındığında 720 milyar dolarlık bir pazara sahipti ancak küresel çapta yaşanan pandeminin de etkisi ve kısıtlamalarla birlikte bu pazarın değeri 2020 yılında 436 milyar dolar seviyesine gerilemiştir. Bununla beraber pandemi sürecinin ardından sağlık turizminde yıllık hareketliliğin %20,9 oranında artış göstererek 2025 yılında 1,1 trilyon dolar seviyesine yükseleceği öngörülmektedir (Global Wellness Institute, 2022). Türkiye'de sağlık turizmi verileri 2019 yılında yaklaşık 1 milyar 65 milyon dolarlık gelir elde edildiğini gösterirken yine pandemi sürecinin etkisiyle bu kazanç 2020 yılında 548 milyon dolar düzeyine gerilemiştir. Pandemi sonrası 2021 yılı ve 2022'nin ilk çeyreği incelendiğinde toplamda yaklaşık 2 milyar dolarlık sağlık turizmi gelirin sahip olduğu görülmektedir (USHAŞ, 2022). Ekonomik getirisi ve prestiji göz önüne alındığında sağlık turizminde güncel gelişmelerin takipçisi olmak yerel zenginlikler ile teknolojiyi birlikte değerlendirmenin küresel rekabette avantaj sağlayıcı bir unsur olacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda çalışmanın amacı Web 4.0 ve Web 5.0'ın sağlık turizmi açısından önemi, kullanıma alanları ve muhtemel yeniliklerin keşfedilmesidir.

2. WEB'İN EVRİMİ

Geçmişte matbaanın dağıttığı bilgiye erişebilenler ile o bilgiye ulaşamayanlar arasında güçlü bir ayrım ortaya çıkmıştır. Benzer bir ayrım, dönüşüm hızıyla ilgili ek sorunla birlikte Web'de de ortaya çıkmıştır. World Wide Web'in evrimindeki her yeni dönem, işlerin yürütülme şeklini ve şirketlerin kendilerini dönüştürmüştür (Kambil, 2008). Web'in evrimi, 1990 yılında Burners-Lee ve arkadaşları tarafından Web'in ilk versiyonunun tanıtılmasıyla başlamıştır. Bu dönemde insanlar, interneti daha çok bilgi aramak, e-posta veya forumlar aracılığıyla basit bir şekilde iletişim kurabilmek amacıyla kullanmışlardır. Web'in başlangıcında, web sayfaları aşağıdaki özelliklere sahipti (Fleerackers ve Meyvis, 2018);

- **Statik sayfalar:** O yıllarda, web sitesi ziyaretçilerinin davranışlarını takip etmek veya yönlendirmek imkânsız olarak değerlendirilmiştir.

- **Web dosyalarında saklanan içerik:** WEB sürüm 1'de tüm içerik bağımsız veri tabanı yerine web dosyalarında saklanmaktaydı.
- **Profil olarak site kullanımı:** Genellikle bu sürüm, web portalında uygun bilgileri sağlayan bir içerik dağıtım ağı olarak kullanılmıştır.
- **Ziyaretçi Defterleri:** Bugün web sitesinde yorum bölümünün altında yorum yapabilmekteyiz, ancak web sürüm 1'de bir sayfaya doğrudan yorum yapma seçeneği yoktu, herhangi bir yorum eklemek için bir ziyaretçi defteri sayfası kullanılmalıydı.

Sosyal ağ sitelerinin yavaş yavaş popüler hale gelmeye başladığı 2005 yılında Web 2.0 olarak adlandırılan dönem başlamış oldu. Web 2.0 döneminde sosyal ağ siteleri, bloglar ve podcastler vasıtası ile video, fotoğraf ve metin mesajları yabancı insanlarla paylaşılmaya başlanmıştır. Web 2.0, yeni çevrimiçi topluluklar oluşturmak ve mevcut farklı toplulukları birbirine bağlamak için fırsatlar sunan bir altyapıya sahiptir. Bu hem geliştiricilerin hem de tüketicilerin bir web sitesinin içeriğine katkıda bulunmalarına olanak tanımaktadır. Başka bir deyişle, Web 2.0, 'bireyler arası' etkileşime sahip olma fırsatı sunmaktadır. Bu nedenle Web 2.0 ayrıca katılımcı medya veya işbirlikçi web olarak da bilinmektedir. Bu özellikleri ile Web 2.0 turizm sektörü ve bağlı diğer sektörler için değerli bir araç haline gelmiştir. Kullanıcılar deneyimlerini web günlüklerinde, bloglarında, sosyal ağlarda ve çevrimiçi videolarla Youtube gibi mecralarda paylaşma fırsatı bulmuşlardır (Tavakoli ve Wijesinghe, 2019). Bu durum farklı ülkeler arasında insanların birbirleri ile iletişim kurabilmesine haliyle ülke tanıtımlarının da bu yeni alanlarda yapılmasının önü açılmış oldu.

İnternet tabanlı ağlarda yaşanan hızlı gelişimin bir sonucu olarak 2007 yılına gelindiğinde Web 3.0'ın yerini alması da gecikmemiştir. Web 3.0 diğer dönemlerin aksine web aramalarında bağlam analizlerine ve kelime anlamlarına odaklanmıştır. Bu kapsamda e-ticaret ve e-sağlık alanlarına yönelik veri akışları artarken sağlık ve turizm sektörü de dahil olmak üzere birçok sektör internetin gücünün farkına varmış ve burada yerini almaya başlamıştır. Web 3.0'ın temel fikri, çeşitli uygulamalar arasında daha etkili keşif, otomasyon, entegrasyon ve yeniden kullanım için yapı verilerini tanımlamak ve bunları birbirine bağlamaktır. Böylece, veri yönetimini iyileştirebilir, mobil internetin erişilebilirliği desteklenebilir, yaratıcılığı ve yeniliği simüle edebilir, küreselleşme olgusunu teşvik edebilir, müşteri memnuniyeti artırılabilir ve sosyal ağlarda iş birliğini organize etmeye yardımcı olabilir. 2010 yılı, insan makine etkileşimine imkân veren, programlar veya uygulamalara ihtiyaç duymadan çalışabilen yapay zekâ tabanlı Web 4.0'ın doğuşuna sahne olmuştur. Bu dönem turizm ve konaklama endüstrisi için bir devrim niteliği taşımaktadır. Web 4.0 veya "mobil web" in ortaya çıkışı, İnterneti ve potansiyelini tamamen değiştirmemiştir ancak mevcut İnternet'in bir çeşit alternatif versiyonunu sunmuştur. Böylece, web'i mobil çevreye uyarlayan Web 4.0, hem gerçek hem de sanal dünyadaki mevcut tüm cihazları gerçek zamanlı olarak birbirine bağlama imkanı sunmuştur (Choudhury, 2014).

Sağlık sektöründe, Web 4.0 araçlarıyla geliştirilen ve entegre edilen tele-tıp, tele-sağlık ve akıllı duyuşal cihazlar gibi zeki dijital sağlık teknolojilerinin hızlı bir şekilde yaygınlaştığı görülmektedir. Akıllı dijital sağlık teknolojileri, birbiri arasında gelişmiş, uzaktan hasta bakımı, klinik görüntü yönetimi, kardiyoloji, doğum, jinekoloji ve radyoloji için iyi tasarlanmış raporlama sistemi sağlamaktadır (Aziz ve Madani, 2015). Bununla birlikte, hastaların duyuşal durumunu izlemek ve müdahale etmek için duyuşal yeterliliklerden yoksundurlar. Bu nedenle, gelecek nesil web teknolojisi, duyuşal bir duyuşal Web'in gelişimini gerekli kılmıştır. Günümüze en yakın gelişimin adı ise Web 5.0 olarak adlandırılmıştır. Web 5.0 şu anda, zihin kontrollü arayüzler aracılığıyla mümkün kılınan, insanlar ve makineler arasındaki etkileşime dayanan bir "simbiyotik ağ" olarak temsil edilmektedir. Daha ayrıntılı olarak, Web 5.0'ın özündeki fikir, makinelerin web içeriğini okuyabileceği ve bunlara tepki vererek, yürütülecek eyleme özerk olarak karar verebileceğidir (Patel, 2013). Ancak Web 5.0 henüz gelişimini tam anlamıyla tamamlamış durumda değildir. Bu sebeple günümüzde aktif olarak yer aldığımız Web 4.0 çalışmanın ana konusunu oluşturmaktadır. İnternet ve teknoloji her dönem sağlıkla iç içe olmuş iki alandır. Günümüzde özellikle ulaşım imkanlarının artması, sosyal ağların gücü ve teknolojiye yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık turizmi de aynı şekilde gelişimini sürdürmektedir.

2.1. WEB 4.0 Teknolojisi ve Sağlık Turizminde Dijitalleşme

Web 4.0, simbiyotik web olarak tanımlanmaktadır. Simbiyotik ağın arkasındaki hedef ise insanlar ve makineler arasındaki etkileşimi mümkün kılmaktır. Web 4.0'ı kullanarak zihin kontrollü arayüzler gibi daha güçlü arayüzler oluşturmak mümkündür. Tıpkı Web 3.0 gibi insan ihtiyaçlarını ön planda tutan Web 4.0 bu ihtiyaçları daha sistematik ve organize bir şekilde karşılamaktadır. Bu yönüyle insan ve makine etkileşiminde aradaki zekâ sınırlarını ortadan kaldırmaktadır. Yapay zeka, makine öğrenimi ve nesnelere interneti gibi kavramların kullanımı

ile birlikte, ekonomi, işletme, siyaset, kişiselleştirilmiş tıp ve genom, akıllı şehirler, robotik uygulamalar ve büyük veri gibi özel alanlarda gelişim ve değişim oldukça kuvvetli bir biçimde devam etmektedir (Pal, S & Sarkar, 2021). Web 4.0 birçok şekilde tanımlanmış ve farklı birçok alanı içerdiği düşünülmüştür. Yapılan tanımlar ayrı ayrı incelendiğinde Web 4.0'ı, gerçek ve sanal nesnelerin ortak değer yaratmak için bir araya getirildiği, artırılmış gerçeklik kavramıyla iç içe, kullanıcının sosyal ağları kullanarak duygu ve düşüncelerini paylaşabildiği duygusal ve simbiyotik Web olarak tanımlamak mümkündür (Bauman ve Bachmann, 2017).

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşmeye yönelik dönüşümler ve e-Sağlığın artan kullanımı, mevcut sağlık ihtiyacında yaşanan sorunlar için bir çözüm olarak kabul edilmektedir (Lindberg, Lindberg ve Söderberg, 2017). Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insan sayısı ile bu ihtiyaçları karşılamak için mevcut kaynaklar arasında uyumsuzluğa neden olan demografik değişiklikler, kronik hastalıklarla yaşayan daha fazla insan ve artan sağlık hizmeti maliyetleri, sağlık hizmetlerinde dönüşümü gerektiren zorluklardan bazılarıdır (Johansen ve van den Bosch, 2017). Dijital sağlık hizmetleri zaman tasarrufu sağlamayı, doğru teşhisi, sağlık hizmetlerinden alınan verimi arttırmayı hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmada, Nesnelerin İnterneti, Artırılmış Gerçeklik, Blok Zinciri, Teletıp, E-Sağlık gibi teknolojilerin kullanılması önemlidir. Bu teknolojik yaklaşımlar sağlık hizmetlerinde hasta hekim iletişimi, sağlık ekonomisinin kontrolü, bulaşıcı hastalık riski ve veri depolama gibi sağlık yönetimi uygulamalarını da kolaylaştırmaktadır. Dijital sağlık araçları, hastalıkları etkili bir şekilde tespit etme ve tedavi etme kapasitesini arttırmayı aynı zamanda bireysel sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Tüm bu teknolojilerle beraber mobil ve internet teknolojisinin de günümüzde hasta takibi ve bilgiye erişim noktasında oldukça önemli olduğu bilinmektedir (Javaid ve diğerleri, 2020). Tüm bu teknolojilerin sağlık hizmetlerinde kullanılması ülkelerin tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinde sağlık turistinin ilgisini ve güvenini sağlamada oldukça faydalı olduğu düşünüldüğünde, ülkeler arası rekabette avantaj sağlayıcı bir unsur olduğu açıktır. Bu kapsamda Türkiye'de de sağlık hizmetlerinde dijital sağlık imkanlarının kullanılması sağlık turizmi ülkeleri arasında avantajlı bir konuma getirecektir.

2.2. Sağlık Turizminde WEB 4.0'dan 5.0'a

1841'de Thomas Cook, Leicester'den Loughborough kaplıcalarına gitmek amacıyla 570 kişilik bir tur düzenlemiştir. Bu, bir seyahat acentesi tarafından düzenlenen, tarihsel olarak belgelenmiş ilk tur olarak gösterilmektedir. Bununla birlikte, eski kayıtlarda Antik Yunan'daki insanların tıbbi tedaviye erişmek için önemli mesafeler kat ettiklerini ortaya koyan yayınlar vardır. Bu durum insanların yüzyıllar boyunca içgüdüsel olarak sağlığa erişebilecekleri destinasyonlara seyahat etme çabasında olduklarını göstermektedir (Enzensberger, 1996).

Günümüzde insanlar, sağlık problemlerinin yanı sıra fiziksel ve ruhsal zindelik arayışı içinde seyahat etmeye devam etmektedir. Bu artan talebe yanıt olarak ülkeler, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile konaklama ve turizm kuruluşları daha geniş tıp, sağlık ve zindelik turizmi deneyimleri sunmak için çalışmalar yapmışlardır. Sağlık veya tedavi arayışı, diğer birçok sektörle güçlü bağları olan önemli bir endüstridir. Turizm ve seyahat, sağlık ve bilgi teknolojileri ile iletişim arasında sıkı bir bağlantı vardır. Sağlık sektörünün seyahatle uyumlu yeni formu, sağlıkta ya da diğer bir deyişle sağlık turizminde öne çıkan bir hareket yaratmıştır. Sağlık turizminin artması ile birlikte insan hareketliliğinde önemli bir artış yaşanmıştır. Sağlık turisti ise farklı nedenlerle sağlık, tıp ve/veya sağlıklı yaşam hizmetlerini aramak ve almak için başka bir yere seyahat eden turist olarak tanımlanmaktadır (Erdem ve Özyaral, 2021). Son yıllarda, işgücü maliyetini azaltma ve hizmet verimliliğini iyileştirmedeki avantajlarından dolayı konaklama ve turizm işletmelerinde yapay zekanın kullanımında önemli bir artış yaşanmış, internet gibi temel teknolojiler ve akıllı teknolojiler aşılanmıştır. COVID-19 salgını sırasında her yerde yaygın hale gelen, sosyal medya, sanal gerçeklik (VR)/ artırılmış gerçeklik (AR), akıllı hizmet masaları ve hizmet robotları gibi çeşitli uygulamaların yanında nesnelerin interneti (IoT), büyük veri, bulut bilişim, ses ve yüz tanıma gibi teknolojilerin kullanımı turizm sektörüne ışık tutmuştur. Bu teknolojilerin kullanımı, hizmet sektörlerindeki müşterilerle sanal etkileşimleri arttırmıştır. Sonuç olarak, teknoloji sağlık ve turizm algısını kısmen değiştirirken, AI teknolojileri kullanılarak toplanan veriler sayesinde sağlık yönetiminde karar vermede önemli düzeyde fayda sağlanmıştır (Zhao, Ahmed ve Faraz, 2020).

Sanal gerçeklik (VR) teknolojisi, simüle edilmiş bir ortam oluşturmak için bir bilgisayar kullanan ve kullanıcı ile çevre arasındaki doğrudan etkileşimi gerçekleştirmek için çeşitli özel ekipmanlar aracılığıyla kullanıcıların çevreyi deneyimlemesini sağlayan bir teknolojidir. Bilgisayar grafikleri, multimedya, yapay zekâ, çoklu sensör, ağ, paralel işleme ve diğer teknolojilerin en son gelişme başarılarını birleştirerek, gerçek zamanlı etkileşimli peyzaj gösterimini ve üç boyutlu peyzajın gerçek zamanlı dolaşımını mümkün kılmaktadır. Bu yönüyle sanal gerçeklik teknolojisi, görme, işitme, dokunma ve diğer duyuların simülasyonlarını sağlayabilen bir sanal turizm ortamı

oluşturmak için turistik cazibe merkezlerini gerçekte simüle etmek veya eski haline getirmek için kullanılmaktadır (Wei, 2022).

Artırılmış gerçeklik (AR), sanal gerçeklik temelinde geliştirilen gelişmekte olan bir teknolojidir. Kullanıcı tarafından görülen gerçek sahne üzerine bilgisayar tarafından oluşturulan sanal nesnelere, sahneleri veya sistem komut istemi bilgilerini bindirebilir, böylece gerçek dünyanın gelişimini gerçekleştirir. AR teknolojisi, turizm ve sağlık turizmi endüstrisi için büyük bir öneme sahiptir ve bu alanlarda uygulama beklentileri çok geniştir. AR, bilgisayar tarafından oluşturulan grafik görüntüleri gerçek dünyaya kusursuz bir şekilde yerleştirilerek insanların gerçeklik algısını geliştirir. AR teknolojisi sağlık turizminde genel olarak dört senaryoda uygulanabilir. Bunlar; reklam pazarlaması, tur rehberi, navigasyon ve alışveriş rehberidir (Wei, 2022).

Sağlık hizmeti, tıp teknolojilerindeki yeni gelişmelerle her zaman etkileşim halinde olan dinamik bir süreçtir (Deloitte, 2019; Lobo, 2020). Sağlık arayanlar için her zaman yeni gelişmeler olmasına rağmen, bunun bir sınırı olmadığı, gelişimin önümüzdeki yıllarda da artarak devam edeceği düşünülmektedir. Artık sağlık turizminin sofistike ve kültürlü tıbbi tedavilere ve özellikle kişiselleştirilmiş tedavi cihazlarına olan ihtiyaçla entegrasyonunu yavaş yavaş sürdürdüğü yeni bir dönem içinde yer almaktayız (Bhattacharyya, 2020). Bu nedenle, içinde bulunduğumuz Web 4.0, Web 5.0 ve sonrası için sağlık turizminin de bu teknoloji içerisinde yer alması kaçınılmaz olacaktır.

Dijital ekonomi, paydaş katkılarıyla pazarlama stratejilerinin ve deneyimlerinin birlikte oluşturulduğu yeni destinasyon modelleri sunarak dünya genelinde şehirlerin, bölgelerin ve ülkelerin rekabetçi, bilişsel ve sosyal alanlarını yeniden şekillendirerek bölgesel kalkınmaya katkı sağlamaktadır (Trunfio ve Della Lucia, 2020). Sanal ortamlarda, destinasyon aktörleri ve turistler arasındaki teknoloji odaklı etkileşimler, bir yandan kullanıcı katılımı ve açıklığı, diğer yandan ağ faaliyetleri ve destinasyon yönetiminde paydaş katılımı ile desteklenen bilgi tabanlı süreçleri mümkün kılmaktadır (Buhalis ve Law, 2008).

Blockchain teknolojisinin, havacılık ve konaklama endüstrisi hizmetleri, sağlık turizmi ve tatil turizmi gibi birden fazla turizm hizmeti ile birlikte kullanımının mümkün olduğu düşünülmektedir. Havacılık ve konaklama sektörlerinde, blockchain teknolojisi, potansiyel alıcıların oteller ve tur operatörleri ile doğrudan iletişim kurmasına yardımcı olurken bagaj kaybı oranlarını da azaltmaktadır (Calvaresi, Leis, Dubovitskaya, Schegg ve Schumacher, 2019). Sağlık turizmi ve akıllı turizm destinasyonları ile birleştiğinde, topluluklarla işbirliği yaparak turist deneyimi ve sadakatini geliştirebilir etkisi olacağı düşünülmektedir.

Hükümetler de blok zincirini kullanarak turizm ve türevlerini daha kolay ve güvenilir şekilde yönetebilme imkanına sahip olacaklardır. Örneğin Hırvatistan Turizm Bakanlığı, akıllı destinasyonların geliştirilebilmesi amacıyla blok zincir teknolojisine dayalı Rijeka Market adlı dijital bir platform oluşturmuştur. Blockchain, akıllı sağlık turizmi ve ekonomi açısından devlet hizmetlerinin verimliliğini artırmak ve maliyetleri azaltmak için olanaklar sağlamaktadır. Blockchain, noterlik hizmetleri, belge tasdik, pasaport ve vize işlemleri gibi idari süreçlerin hızlanmasını sağlayarak daha verimli bir deneyim sunabilir. Bu kapsamda Dubai ve İsviçre, akıllı kapılar ve tarayıcılarda çalışan dijital pasaportlar oluşturmak için blok zinciri teknolojisinden destek almaktadır (D'Cunha, 2017).

3. MATERYAL VE METOT

Çalışmada sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Bu kapsamda dahil etme ve dışlama kriterleri kullanılarak sağlık turizminde WEB 4.0 ve 5.0 çerçevesinde uygulanabilecek teknolojiler araştırılmıştır. Bu çalışmanın amacı, sağlık turizminde WEB teknolojisinin kullanım alanlarını WEB 4.0 ve 5.0 çerçevesinde uygulanabilecek teknolojileri incelemektir. Sağlık turizmi alanında, WEB teknolojisinin nasıl kullanılabileceği, WEB 4.0 ve 5.0 teknolojilerinin sağlık turizmi için sunduğu olanaklar ve bu teknolojilerin ülkeler arası sağlık turizmi rekabetinde sağladığı avantajlar araştırılmıştır. Çalışmanın odaklandığı konu, sağlık turizmindeki WEB teknolojisi kullanımı ve gelecekteki WEB teknolojilerinin sağlık turizmi alanında potansiyel etkileridir. Araştırma, sağlık turizminin dijital dönüşüm sürecine katkı sağlayacak teknolojilere dair kapsamlı bir literatür taraması yaparak, bu alandaki güncel bilgileri ve potansiyel faydaları sunmayı hedeflemektedir.

Sağlık turizmi, insan sağlığını ön planda tutmanın yanı sıra ekonomik getirisinin her geçen yıl daha da artmasıyla ülkeler açısından gözde bir sektör olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda ülkeler arasında sağlık turisti cazibe merkezi olma yönünde atılan adımlar karşımıza çıkmaktadır. Teknoloji ve WEB sektörü de rekabet ortamında avantaj sağlayıcı bir faktördür. Bu çerçevede sistematik derlemede aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- Sağlık turizminde WEB teknolojisinin kullanım alanları nelerdir?

- WEB 4.0 ve WEB 5.0 sağlık turizmi için neler vadetmektedir?
- Bu teknolojilerin ülkeler arası sağlık turizmi rekabetinde avantajları nelerdir?

Literatürde yer alan çalışmalar üzerinden yapılan bu sistematik derleme çerçevesinde etik kurul izni alınmasına ihtiyaç duyulmamıştır. Dahil edilen çalışmalar kaynakçada yer almıştır.

3.1. Araştırmanın Dizaynı ve Stratejisi

Bu çalışma, sistematik incelemeler ve meta-analizler için tercih edilen raporlama öğeleri PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols) grubu kılavuzu çerçevesinde hazırlanmıştır.

Sistematik bir inceleme, açıkça tanımlanmış bir araştırma sorusunun yanıtlarını bulmak için konuyla ilgili yayınlanan tüm çalışma ve araştırmaların kapsamlı bir şekilde taranarak ve bu amaçla, incelemeye dahil edilecek çalışmaları belirlemek için çeşitli dahil etme ve hariç tutma kriterlerini kullanmak ve ardından bulguları sentezlemek amacıyla kullanılmaktadır. Sonuçların yorumlanması için istatistiksel yöntemlerin kullanılması, meta-analiz içeren sistematik bir inceleme anlamına gelmektedir (Moher, Liberati, Tetzlaff ve Altman, 2009). Bu çalışmada istatistiksel bir analiz kullanılmadığı için meta-analiz yöntemine ihtiyaç duyulmamıştır.

Sistematik derleme kapsamında kullanılmak üzere çalışmalar araştırmacılar tarafından; Google Akademik, Science Direct, ULAKBİM, PubMed ve ProQuest veri tabanları taranmıştır. Literatür taraması yapılırken 2010 ile 2022 yılları arasında yayınlanan çalışmalar araştırmaya kapsamına alınmıştır. Dil konusunda literatürde yer alan İngilizce ve Türkçe çalışmalar araştırmaya dahil edilmiştir. Dahil etme kriterlerinin de göz önüne alındığı sistematik derlemede Türkçe tarama yapılırken “Sağlık Turizminde WEB”, “WEB 4.0”, “WEB 5.0”, Turizmde WEB”, Sağlık Turizminde Dijitalleşme”, Dijital Turizm” ve “WEB ile Sağlık Turizmi” kelimeleri taranırken İngilizce taramalar için ise “WEB in Health Tourism”, In Tourism WEB”, “Digitalization in Health Tourism”, “Digital Tourism” and “Health Tourism with WEB” kelimeleri kullanılmıştır.

3.1.1 Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırma kapsamında uygunluk kriterleri belirlenmiştir. Bu çerçevede dahil etme kriterleri;

- Çalışmaların 2010-2022 arasında yayınlanmış olması,
- Erişilebilir olması,
- Türkçe veya İngilizce yayınlanmış olması,
- Çalışmaların sağlık turizmi, dijitalleşme ve WEB konularından herhangi biri hakkında yapılmış olması

Dışlama kriterleri ise şu şekildedir;

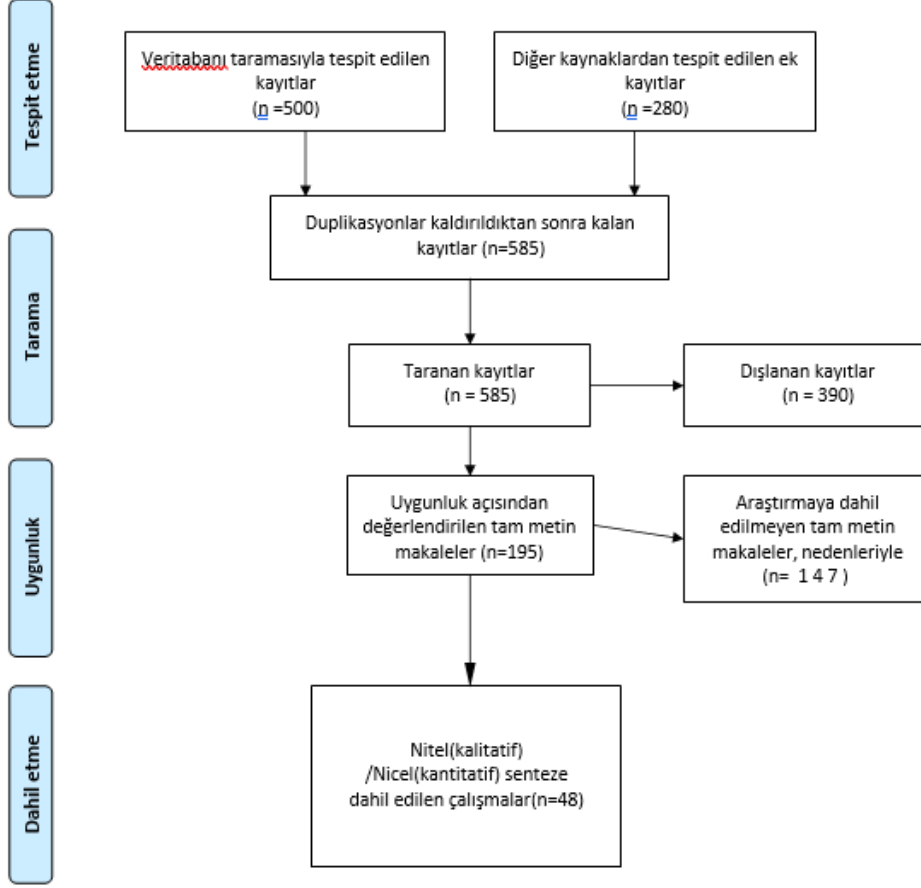
- Çalışmaların 2010 yılı öncesini kapsamaması,
- Erişime kapalı veya ulaşılamaz olması,
- Türkçe veya İngilizce dışında herhangi bir dilde yazılmış olması,
- Çalışmaların araştırma konusunu kapsamaması,
- Tekrarlanan çalışmalar olması durumunda

3.2. Çalışmanın Etik Durumu

Bu çalışmada ikincil veriler kullanıldığından etik kurul onayı alınmamıştır.

4. BULGULAR

Sistematik derlemeye yukarıda bahsi geçen amaç ve kriterler doğrultusunda ulaşılan çalışmaların özet ve başlık kısımları incelemeye alınarak başlanmıştır (n=780). Tekrar eden başlık ve özetler dikkate alınarak duplikasyon önlenmeye çalışılmıştır (n=195). Araştırmanın amacı ile uyumlu olmayan çalışmalar tespit edilerek araştırma dışı tutulmuştur (n=537). Bu çerçevede araştırmanın amacına uygun olduğu tespit edilen çalışmalar (n= 390) belirlenmiştir. Son adımda dahil etme kriterlerine uygun olan 48 çalışma incelenmiştir. Tüm bu süreçler sayısal verilerle birlikte PRISMA Akış Diyagramında Şekil 1’de yer almıştır.



Şekil 1. Sistematik Derleme PRISMA Akış Şeması

PRISMA Akış Diyagramında da belirtildiği üzere sistematik tarama sonucunda araştırmaya dahil edilen 48 çalışma Tablo 1’de verilmiştir. Dahil edilen çalışmaların içerikleri incelenerek sağlık turizminin WEB 3.0, 4.0 ve 5.0 kapsamında kullanabileceği teknolojiler gruplandırılarak 6 ana başlık altında toplanmıştır. Bu çerçevede sağlık turizminde kullanılan veya kullanılacak teknolojiler şunlardır; Metaverse, oyunlaştırma, mobil uygulamalar, web teknolojileri, sanal gerçeklik ve sosyal medyadır.

Tablo 1. Sistematik Derleme Sonucu Erişilen Çalışmalar ve Konu Başlıkları

Çalışma Konuları	Türkçe Kaynaklar	İngilizce Kaynaklar
Metaverse	(Babur, 2022; Çetin, 2019; Çilesiz ve Aydın, 2022; F. Yılmaz, Mete, Fidan Türkön ve İnce, 2022).	(Buhalis, Lin ve Leung, 2022; Dewi ve Darma, 2022; Go ve Kang, 2022; Kilmer, 2010; Petrigna ve Musumeci, 2022; Shaygani, Marzaleh ve Peyravi, 2022; Thomason, 2021).
Oyunlaştırma	(Sever, Sever ve Kuhzady, 2015)	(Lunt, Hardey ve Mannion, 2010; Negruşa, Toader, Sofică, Tutunea ve Rus, 2015; Xu, Buhalis ve Weber, 2017)
Mobil Uygulamalar	(Bektas ve Simsek, 2016; Tezcan, 2016; Yıldırım, 2022)	(Brumen, Planinc, Špindler, Gorenak ve Štuhec, 2020; Costa ve diğerleri, 2019; Natarajan, 2015; Ribeiro, Silva, Barbosa, Silva ve Metrólho, 2018).
WEB Teknolojileri	(Bayrak ve Dalkıran, 2020; Birdir ve Buzcu, 2014; Çallı, 2021; Doğramacı, 2020; Kapan ve Üncel, 2020; Öksüz	(Cormany ve Baloglu, 2011; Pencarelli, 2020)

	ve Altıntaş, 2017; H. Yılmaz, Yılmaz, Turizmi, Dijitalleşme ve Turizmi, 2022)	
Sanal Gerçeklik	(Aylan ve Aylan, 2020; Baran ve Baran, 2021; Öngider ve Yazıcı, 2020; Özdemir A., 2020)	(Browning, Mimnaugh, van Riper, Laurent ve LaValle, 2020; Dávideková, Mjartan ve Greguš, 2017; Nayyar, Mahapatra, Le ve Suseendran, 2018; Schiopu, Hornoii, Padurean ve Nica, 2021; Yung ve Khoo-Lattimore, 2019)
Sosyal Medya	(Ekiyor, Özçelik ve Şeremet, 2020; Kılınç ve Koçarlan, 2022; Mesci ve Sağlık, 2020)	(Bay, 2018; Milano, Baggio ve Piattelli, 2011; Nieamah ve Purwoko, 2021; Tuclea, Vrânceanu ve Năstase, 2020; Zhang, Zhen, Wang, Li ve Qin, 2022)

Tablo 2. Dahil Edilen Çalışmalara Ait Bilgiler

Yazar	Yıl	Amaç	Yöntem	Bulgular/Sonuç
Söyler S., ve Averbek G. S.	2022	Metaverse teknolojisinin sağlık alanında uygulamalarını araştırmak.	Araştırma Makalesi	Metaverse teknolojisi sağlığın birçok alanında kullanıma uygundur. Bu alanlar içerisinde sağlık turizmi de mevcuttur.
Thomasson J.	2021	Metaverse'in gelecekte sağlık hizmetlerini değiştirmek, geliştirmek ve dönüştürmek için kullanılabileceği yollar araştırılmaktadır.	Araştırma Makalesi	Dünya çapında artırılmış gerçeklikten yararlanma fırsatı, sağlık çalışanı eksikliğinin üstesinden gelmenin yolunu açmaktadır.
Shaygani F., Marzaleh M. A., ve Peyravi M.	2022	Sağlık alanında en karlı endüstrilerden biri olan medikal turizme özel önem vererek Metaverse'nin önemini ve bununla ilgili fırsat ve zorlukları vurgulamayı amaçlamaktadır.	Editöre Mektup	Metaverse'nin bu alanda kullanımına ilişkin gerekli dijital ekipmanların yüksek maliyeti ve hastanın mahremiyet kaybı gibi bazı endişeler bulunmaktadır.
Yılmaz F., vd.	2022	Metaverse teknolojisinin sağlık hizmetlerinde kullanım alanları, maliyet ve özelliklerinin araştırılması.	Derleme	Sağlık turistlerinin gideceği ülkeyi önceden ziyaret edebilmesi ve dilde yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak metaverse teknolojisinin kullanımı mümkündür.
Babur Y.	2022	Turizm sektöründe metaverse kullanım alanlarının incelenmesi.	Araştırma Makalesi	Metaverse ağı ile birlikte kripto paraların da kullanımı önemlidir. Bu süreci hızlandıracağı gibi turizmin gelişimini de olumlu yönde etkileyecektir.
Dewi Y, S., ve Darma G, S.	2022	Araştırma, Metaverse dönemiyle değişen iş stratejisinin etkinliğini belirlemeyi ve değerlendirmeyi amaçlamaktadır.	Nitel ve Nicel	Teletıp gibi dijitalleşme hizmeti yeniliklerinin varlığıyla, elektronik tıbbi kayıtların ve randevuların uygulanması ve sanal tedavi ile robotik cerrahi yapılmasının planlanması mümkün olacaktır.
Buhalis vd.	2022	Metaverse'in konaklama ve turizm yönetimi pazarlaması için sunduğu fırsatları ve zorlukları keşfetmeyi amaçlamaktadır.	Derleme	Konaklama ve turizm kuruluşlarının, hibrit sanal ve fiziksel deneyimleri özelleştirmek ve birlikte oluşturmak için Metaverse'i stratejik olarak kullanması gerekmektedir.
Petrigna L., ve Musumeci G.	2022	Metaverse kullanım alanlarının incelenmesidir.	Derleme	Metaverse literatürü yetersizdir. Dahil edilen çalışmalardan sağlık hizmetlerinde yatırımların artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır.
Çilesiz E., ve Aydın N.	2022	Metaverse ve turizm sektörü kullanım alanlarının araştırılması.	Derleme	Metaverse turizm ve turizme bağlı tüm sektörler için önemli bir yeniliktir. Bu kapsamda metaverse kullanımının yaygınlaşması için çalışmalar yapmak teşvik edilmelidir.
Go H., ve	2022	Bu çalışmanın amacı, metaverse turizmini tanımlamak ve sürdürülebilir turizm potansiyeli açısından metaverse turizmine ilişkin bir bakış açısı ve ileri araştırmalar sağlamaktır.	Derleme	Araştırma, metaveri ürünlerinin ve deneyimlerinin, turizm kaynakları yelpazesini genişletmeye yardımcı olabileceğini ve alternatif karlı kaynaklar sağlayarak sürdürülebilir turizmi destekleyebileceği sonucuna ulaşmıştır.
Çetin T.	2019	Medikal turizm pazarlaması ve mevcut medikal turizm durumunu ortaya koymak.	Nicel ve SWOT	Medikal turizmde teknolojinin ve yapay zekanın kullanımı avantaj sağlayıcı olacaktır.

Ribeiro F. R., vd.	2018	Turizm ve turizme bağlı sektörlerde mobil uygulama kullanımının araştırılması.	Araştırma Makalesi	Erişilebilir turizm amacıyla mobil uygulama önerisi sunulmuştur.
Natarajan K.	2015	Hindistan medikal turizminin mevcut durumu ve gelişiminin araştırılması.	Derleme	Etkin hasta bakımı için turizm, sağlık, bilgi ve iletişim departmanlarının birlikte çalışması aynı zamanda mobil uygulama ve benzeri imkanların da kullanılması gerekmektedir.
Costa V. L., vd.	2019	Bu makale, giyilebilir cihazlar ve mobil cihazlar için tasarlanmış, çoklu emsal inceleme sistemine dayalı olarak kullanıcıları kendi bağlamlarına ve mobilite koşullarına göre özelleştirilmiş bir dizi görev ve rotaya dahil eden bir dijital uygulama önermektedir.	Araştırma Makalesi	Önerilen uygulama, rehabilitasyon ve iyileşme tekniklerinin ötesine geçerek önleyici olarak oyunlaştırma, yaşlı turizm ve sağlıklı yaşam pazarlaması alanına katkıda bulunmaktadır.
Brumen B., vd.	2020	Araştırmada doğal sağlık tesislerinin mobil çözümleri web sitelerine ne ölçüde uyarlayıp entegre ettiğini araştırılmaktadır.	Araştırma Makalesi	Araştırma sonuçlarına göre, Web sitelerinin neredeyse yarısı mobil uyumlu olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
Yıldırım B. F.	2022	Sağlık turizmi yetki belgesine sahip dijital hastane olma sürecindeki hastanelerin hby gibi sistemler ve mobil uygulamaların hastalar için önemi araştırılmıştır.	Nicel	Sağlık turizminde mobil uygulama kullanımı sektörün sürdürülebilir olmasına katkı sağlamaktadır.
Tezcan C.	2016	Sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı ve mobil sağlık hizmetlerinin incelenmesi.	Nicel	Ülkemizde mobil sağlık uygulamalarının kullanımı sınırlıdır bu sebeple mobil hizmet kullanımına özel önem verilerek teşvik edilmesi gerekmektedir.
Bektaş G., ve Şimşek F.	2016	Yaşlı turizmüne dikkat çekmek ve bu alanda mobil sağlık hizmetlerinin kullanımını araştırmak.	Derleme	Sağlığı koruyucu etkisi ve düşük maliyeti göz önüne alınarak mobil sağlık hizmetlerinin ileri yaş turizminde kullanımı tamamlayıcı ve avantaj sağlayıcı olacaktır.
Öndiger M. U., ve Yazıcı S.	2020	3D Sanal videoların seyahat motivasyonunu etkileme düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır.	Deneysel Araştırma	Sanal gerçeklik ile hazırlanan videoların seyahat motivasyonu açısından pozitif bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.
Özdemir M. A.	2020	Covid-19 sonrası turizmin etkilerinin araştırılması.	Araştırma Makalesi	Araştırma sonuçlarına göre, Covid-19 sonrasında turizm zarar görmüş olsa da yeni teknolojiler ve avantaj sağlayacak yenilikler ile birlikte turizmin tekrar canlanması mümkün olacaktır.
Aylan F. K., ve Aylan S.	2020	Çalışmanın hedefi, sanal gerçeklik ve artırılmış gerçeklik teknolojilerinin kullanıldığı dijital rekreasyonun kapsamını tanımlamak ve dijital rekreasyon etkinliklerini sınıflandırmaktır.	Nitel araştırma	Araştırmada, sanal gerçeklik odaklı dijital rekreasyon etkinliklerinin özellikle spor, kültür ve doğa alanlarında yoğunlaştığı, artırılmış gerçeklik temelli dijital rekreasyon faaliyetlerinin ise özellikle spor, kültür ve sanatla ilişkili alanlarda geliştiği tespit edilmiştir.
Baran Z., ve Baran H.	2021	Turistik gezilerin yeni gerçekliği olan sanal uzamın araştırılması.	Deneysel Araştırma	Sanal gerçeklik ile deneyimlenen turizm deneyiminin kişinin algısında olumlu etki bıraktığı sonucuna varılmıştır.
Browning M. H. E. M., vd.	2020	Sanal deneyim ile dış dünyada yaşanan deneyim arasında farklılık olup olmadığı araştırılmaktadır.	Deneysel Araştırma	Her iki doğaya maruz kalma türünün de fizyolojik uyarılmayı artırdığını, olumlu ruh hali düzeylerine fayda sağladığını ve doğanın olmadığı bir iç mekan ortamıyla karşılaştırıldığında onarıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Dávideková M., vd.	2017	Bu makale, Slovak Cumhuriyeti'ndeki çeşitli ekonomi sektörlerinde çalışanların eğitiminde VR uygulamalarının mevcut durumunu analiz etmektedir.	Nicel	Nitelikleri ve özellikleri nedeniyle eğitimde sanal gerçekliğin önemi artmaktadır. Uygulanması, yaratıcı ve yanal düşünmeyi teşvik edebilir, öğrenme sürecini hızlandırabilir ve çalışanları sürdürülebilir kişisel gelişimi için gerekli becerilerin geliştirilmesi konusunda katkı sağlayabilir.

Yang R., ve Lattimore C. K.	2019	Bu çalışma, turizmde VR/AR araştırmalarına ilişkin sistematik bir literatür taraması yapmayı hedeflemektedir.	Derleme	VR ve AR'de teoriye dayalı araştırma eksikliğinin yanı sıra terminoloji kullanımında heterojenlik sorunları olduğu ortaya çıkmıştır.
Nayyar A., vd.	2018	Bu araştırma makalesinin amacı AR ve VR ile ilgili olarak Turizm ve Otelcilik için en iyi teknolojileri vurgulamaktır.	Araştırma Makalesi	Yapay zekâ destekli sohbet robotları, turizm ve otelcilik sektörü için faydalı yeni bir uygulama alanı olarak dikkat çekmektedir.
Schiopu A. F., vd.	2021	Bu araştırma, COVID-19 salgını zamanlarında genişletilmiş bir turizmde VR kullanımını incelemektedir.	Deneysel Araştırma	Bu makalenin teorik ve pratik sonuçları vardır. Uzun vadede turizmle ilgili VR faaliyetlerinin teşvik edilmesi, virüsün yayılma riskini azaltabilir, bu tür salgın olayların bu sektör üzerinde oluşturduğu baskıyı azaltabilir ve sürdürülebilirliğini artırabilir.
Kılıç H., ve Koçarslan H.	2022	Araştırmanın amacı, sağlık turizminde elektronik ağızdan ağıza pazarlamanın bölgesel güven ve seyahat niyeti üzerine etkisini ölçmektir.	Nicel	Çalışma ike sağlık turizminde elektronik ağızdan ağıza pazarlamanın bölgesel güvenin %21'lik kısmını, seyahat niyetinin ise %13,7'lik kısmını etkilediği sonucuna varılmıştır.
Milano R., vd.	2011	Bu makale, çevrimiçi sosyal ağların turizm web sitelerinin popülaritesi üzerindeki etkisini doğrulamayı amaçlamaktadır.	Araştırma Makalesi	Araştırmaya göre çevrimiçi sosyal ağlar turizm web sitelerini olumlu yönde etkilemektedir.
Şahin G. G., ve Şengün G.	2015	Bu çalışmanın amacı turizm pazarlamasında sosyal medyanın önemini tartışmaktır.	Nicel	Araştırmanın sonuçlarına göre, genç neslin turizm kararları diğer kullanıcıların sosyal medyadaki yorumlarından ve kişisel deneyimlerinden güçlü bir şekilde etkilendiğinden, sosyal medyanın turizm sektörünü hem olumlu hem de olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.
Zhang S., vd.	2022	Bu makale, turist tercihini analiz etmek ve turistin karar verme sürecini simüle etmek için sosyal medyayı ve aracı tabanlı modellemeyi birleştiren yeni bir yaklaşım sunmaktadır.	Nicel	Sosyal medya her ne kadar turist tercihlerini etkilese de yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple sosyal medya ile birlikte aracı tabanlı modelleme yaklaşımı faydalı olacaktır.
Mesci G., ve Sağlık E.	2020	Çalışmanın amacı, JCI belgesine sahip hastanelerden sağlık hizmeti almak isteyen turistlerin kullanabildikleri dijital iletişim araçlarının belirlenmesidir.	İçerik analizi	Araştırma sonucuna göre hastaneler dijital iletişim kaynaklarını etkili kullanmalarına rağmen sosyal medya platformlarında yetersiz kalmaktadırlar.
Niemah K. F., ve Purwoko Y.	2021	Bu çalışmanın amacı sağlık turizminin gelişiminin bileşenlerini belirlemek ve sağlık turizmini geliştirme stratejisini ortaya çıkarmaktır.	Nitel	Bu araştırmanın sonucu, sağlık turizminin gelişiminin bileşenlerinin yeterli tesis, nitelikli insan kaynağı, profesyonel sağlık personeli, uygun fiyat, pazarlama ve bilgi teknolojisi olduğudur.
Tuclea C. E., vd.	2020	Bu araştırma, destinasyonun sağlık güvenliğine özel önem vererek, bir turizm destinasyonunun çekiciliğini değerlendirmede sosyal medyanın rolünü belirlemeyi amaçlamaktadır.	Nicel	Bir turizm destinasyonunun sağlık güvenliği hakkında bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanmayı düşünen kişilerin tatil için o destinasyonu seçme olasılıkları daha yüksektir.
Ekiyor A., vd.	2020	Bu kitabın amacı sağlık turizmini deneyimlemek isteyen ya da sağlık turizmi hizmeti veren kurumların dijital platformlara olan ihtiyaçlarının ortaya konmasını amaçlamaktadır.	İçerik analizi	Kurumsal web siteleri açısından değerlendirildiğinde, genel beklentileri karşılamakla birlikte prosedürler, karşılaşılabilecek olumsuz durumlar ve finansmanla ilgili bilgilerin eksikliği dikkat çekmektedir.
Çallı F.	2021	Bu çalışma, turizm sektörü paydaşlarının dijital dönüşüm kapsamında sürdürülebilirliklerini sağlamak için benimsemeleri gereken teknolojilere ve bu teknolojilere yapılan uyarılma örneklerine odaklanmaktadır.	Araştırma Makalesi	Turizm ve turizme bağlı diğer sektörlerin gelişimi için yenilikçi teknolojilerin kullanımını kaçınılmazdır. Yapay zeka, bulut bilişim ve nesnelerin interneti gibi teknolojilerin bu sektöre uyarlanması gerekmektedir.
Yılmaz H., ve Yılmaz N.	2022	Sağlık turizmi hizmeti veren web platformlarının incelenmesi.	Araştırma Makalesi	Web siteleri tek tek analiz edildiğinde hem artı hem eksi yönlerinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Birdir K., ve Buzcu Z.	2014	Türkiye'de sağlık turizmi hizmeti veren kurumların web sitelerinin incelenmesi.	Nicel	İncelenen web siteleri genel anlamda hastalara yardımcı olmak ve yönlendirmek açısından yeterli olsa da gün geçtikçe teknolojiye farklı gelişmeler yaşanmaktadır. Bu sebeple gelişmeler çerçevesinde web sitelerinin sürekli günceli takip etmesi tavsiye edilmektedir.
Öksüz B., ve Altıntaş V.	2016	Çalışmanın amacı, JCI belgesine sahip hastanelerin sağlık turistlerine ulaşmak için kullandıkları dijital iletişim kanallarının incelenmesidir.	İçerik analizi	Araştırma sonunda hastanelerin dijital iletişim kanallarını yeterince kullanmadığı belirlenmiştir.
Doğramacı Y. G.	2020	Çalışmada, sağlık turizminde teletıp ve benzeri teknolojileri kullanmanın getirdiği yasal sorumluluklar ve hukuksal karşılığının araştırılmaktadır.	Araştırma Makalesi	Sonuç olarak, teletıp hizmetlerine ilişkin gerekli yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ancak öncelikle, sağlık hizmetlerinin Avrupa Birliği hukukunda olduğu gibi tüketici hukuku kapsamından çıkarılması gerekmektedir.
Bayrak Ö. A., ve Dalkıran G.B.	2020	Sağlık turizmi aracı kurumlarının web sitelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.	İçerik analizi	Araştırma sonucuna göre aracı kurumların web siteleri bilgi ve yönlendirme açısından yeterlidir.
Pencarelli T.	2019	Seyahat ve turizm sektöründeki dijital değişimin araştırılması amaçlanmıştır.	Araştırma Makalesi	Yakın gelecekte turizm ekosistemlerinin ve bölgelerinin yalnızca dijital yenilikleri hesaba katmasının mümkün olmayacağı, sürdürülebilirlik, döngüsel ekonomi, turizm kalitesi gibi akıllı turizm perspektiflerini de içermesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
Kapan K., ve Üncel R.	2020	Gelişen web teknolojilerinin Türkiye turizmine etkileri araştırılmaktadır.	Araştırma Makalesi	WEB teknolojileri gelişim gösterdikçe ülkelerin pazarlanması da daha kolay olmaktadır. Bu sebeple turizm ve turizme bağlı sektörlerin de web teknolojilerine bağlı gelişimlere ayak uydurması ülkeler arası rekabette avantaj sağlayıcı olacaktır.
Cormany D., ve Baloğlu Ş.	2011	Bu çalışma, medikal turizm kolaylaştırıcılarının web sitelerinde potansiyel gezginlere sunulan hizmetleri araştırmaktadır.	İçerik analizi	Yazışma analizinin uygulanması yoluyla, hem web sitesi içeriğindeki hem de sunulan hizmetlerdeki farklılıkların, kolaylaştırıcının faaliyet gösterdiği kıtaya göre değiştiği keşfedildi.
Lunt N., vd.	2010	Bu makale, Medikal Turizmdeki en son gelişmelere kısa bir genel bakış sunmakta ve bunun, uzmanlaşmış internet web sitelerinin ortaya çıkışıyla nasıl bağlantılı olduğunu incelemektedir.	Araştırma Makalesi	Bu makale ile hem bu alandaki ampirik kanıtları güçlendirmeye hem de medikal turizm araştırmalarının daha geniş bir kavramsal çerçeveye entegre edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
Negruşa A. L., vd.	2015	Bu çalışmanın temel amacı konaklama ve turizm endüstrisindeki kuruluşların sürdürülebilir faaliyetlerini geliştirmek için kullandıkları oyunlaştırma tekniklerini ve uygulamalarını belirlemektir.	Araştırma Makalesi	Turizm ve bağlı sektörlerde oyunlaştırmanın uygulanması iletişim ve tercih edilirliliği olumlu yönde etkilemektedir.
Sever N. S., vd.	2015	Oyunlaştırmanın teorik arka planı gözden geçirilerek makale, çevrimiçi turizm pazarlamasında oyunlaştırmanın potansiyellerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.	Araştırma Makalesi	Araştırma sonuçları, veri yönlendirmeyi, müşteri sadakatini, marka bilinirliğini, kullanıcı tarafından oluşturulan içeriği, canlılığı, çevrimiçi etkileşimi ve geliri artıran oyunlaştırmanın, çevrimiçi reklamcılık faaliyetlerinin başarısı için yararlı bir araç olabileceğini göstermiştir.
Xu F., vd.	2016	Makalede genel anlamda oyun oynamayı ve belirli turizm alanlarındaki uygulamasını incelemektedir.	Araştırma Makalesi	Bu makale sadece birkaç örnek olayla turizm bağlamında oyunlaştırmayı kavramsallaştırmaya çalışan keşfedici bir araştırmadır.

Tablo 2’de çalışmaya dahil edilen 48 araştırma daha detaylı olarak yer almaktadır. Tabloda araştırmaların amacı, yayın yılı, yöntemi ve sonucu ile ilgili kısa bilgiler verilmiştir. Araştırmalar incelendiğinde 2010 yılından

günümüze kadar teknolojiye yaşanan gelişmelerin turizm sektörü başta olmak üzere sağlık turizmi, medikal veya wellness sektörlerinde de birçok yeni teknoloji kullanılmaktadır. Kullanılan bu teknolojilerin yeterli olup olmaması önemli bir konuyken yapılacak yenilikler ve güncellemeler ile sağlık turistlerinin destinasyon tercihinin buna paralel olarak değişeceği düşünülmektedir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık turizmi başka bir deyişle hasta hareketliliği, küreselleşme ile dünyada en hızlı büyüyen sektör haline gelmiş ve bu durum ülkeler arasında ciddi rekabete neden olmuştur. Bu sektörden pay alabilmek için her ülke kendi cazibe merkezlerini oluşturmak için çeşitli yatırımlar ve projeler geliştirmektedir. Sağlık turizmi birçok ülkenin gayri safi milli hasılasında önemli bir rol oynamanın yanı sıra istihdam, meslek çeşitliği, yatırım ve dış ticaret dengesi gibi ülkelerin ekonomisini doğrudan ilgilendiren alanları geliştirmektedir. Sağlık turizmi, doktorların, sağlık hizmetlerinin, sağlık tesislerinin ve o ülkenin teknolojisinin küresel tanıtımıyla gelişerek ülkeler arası rekabette avantaj sağlamaktadır. Herhangi bir ülkedeki sağlık hizmetleri ile ilgili her türlü tanıtım yurtdışında tedavi olmak isteyen hastaları bilgilendirmek, ikna etmek ve yönlendirmek için kullanılmaktadır. Sağlık turizmine katılan uluslararası hastaların ülke seçimini etkileyen birçok faktör vardır: ülkeler arasındaki kültürel farklılıklar, ülkenin siyasi ve ekonomik istikrarı, ülkenin hastaya uzaklığı, sağlık hizmetlerine erişilebilirliği ve ülkedeki sağlık teknolojisi sağlık turistinin ülke seçiminde önemli faktörlerdir. Bu çerçevede ülkelerin rekabet avantajını sağlayabilmesi için rekabet stratejileri ve teknolojiyi yakından takip etmesi kaçınılmaz olacaktır. Sağlık hizmetleri, sahip olduğu medikal teknolojilerle her zaman aşamalı olarak gelişmektedir. Ancak yeni hastalıklar ile yeni tedaviler de gündeme gelmektedir ve bu tedaviler her zaman kişinin tercih ettiği yerde sunulmamaktadır. Bu sebeple, teknolojiye ilerleme yalnızca tıbbi hassasiyeti ve kaliteyi artırmakla kalmamakta, aynı zamanda sağlık hizmetlerini hastalara daha yakın ve daha hızlı hale getirerek sağlık hizmetinin çeşitliliğini de arttırmaktadır. Sağlık turizmi, bahsi geçen ilerlemenin de etkisiyle ülkeler açısından teknoloji ve web hizmetlerinin gelişimini ihtiyaç haline getirmiştir.

Sağlık turizmi hem sağlık hem de turizm sektörü ile iç içe olan dinamik bir sektördür. Bu iki sektörün dinamiklerini bir araya getiren sağlık turizmi incelendiği zaman içerisinde birçok detay barındırmaktadır. Hasta memnuniyeti, iletişim, reklam ve pazarlama, kalite, otelcilik hizmetleri, ulaşım hizmetleri, tercümanlık hizmetleri, hukuksal durum ve teknoloji sağlık turizminin içinde bulundurduğu birtakım dinamiklerdir. Web 4.0 süreci ve daha sonra gelmesi hedeflenen Web 5.0 süreci tüm bu dinamiklerin entegre bir biçimde işlenmesini hedefleyecek uygulamalara ihtiyaç duyacaktır. Web 4.0 döneminde bir hasta, hasta memnuniyetini video veya yazılı bir biçimde dünyanın çok farklı noktalarına ulaştırabilmektedir. Bununla birlikte sosyal medya bugün hemen her mobil cihaz kullanıcısı tarafından kullanılmaktadır. Bu da mobil uygulama sektörünün sağlık turizmi için de gelecekte ve hatta günümüzde birçok fırsat yaratacağı düşünülmektedir. Örneğin, yapay zekâ destekli artırılmış gerçeklik teknolojisi ile canlı olarak herhangi bir ülkenin turistik bir bölgesini gezebilecek, oranın dokusunu hissedebileceksiniz. Bu durumun yaygınlaşması olası sağlık turistlerinin gidilecek destinasyonlar hakkında fikirlerini oldukça etkileyecek önemli bir yenilik olacaktır. Bir sağlık turisti öncelikle güven ve iletişim konusuna dikkat edecektir. Web 4.0 ile gelen siber güvenlik önlemleri Web 5.0 sürecinde hasta mahremiyeti noktasında yapılacak üst düzey siber güvenlik duvarları ve şifreleme yöntemleriyle tamamen korunaklı hale gelecektir.

Web sitelerinin getirdiği başka bir teknoloji de diller arasında çeviri kolaylığı sağlaması olarak karşımıza çıkmaktadır. Google çeviri ilk çıktığı zamanlarda çoğunlukla basit çevirileri yapmaktaydı ancak 2016 yılında yapay zekâ teknolojisine entegre olarak bugün birçok dilde çeviriyi saniyeler içerisinde ve kaliteli bir şekilde yapmaktadır. Kültür ve diller arasındaki farklılıkları da göz önüne alan Google, botları sayesinde derin öğrenme tekniğini kullanarak zaman içerisinde kusursuza yakın bir çeviri deneyimi sunmayı hedeflemektedir. Sağlık turizminde bu çeviri araçlarının kullanımı mümkündür. Bununla beraber bluetooth destekli çeviri kulakları da günümüzde kendisine yer bulmaya başlayan başka bir çeviri aracıdır. Bir mobil uygulamaya bağlanan kulaklıklar karşından gelen kişinin sesini algılayarak anında ve doğru bir şekilde birkaç dil desteğiyle birlikte çevirmektedirler. Bu teknoloji Web 4.0 ve Web 5.0 dönemlerinde çok daha kaliteli ve daha fazla dili kapsayan bir şekilde geliştirilmeyi beklemektedir. Dil çeşitliliği sınırlı olsa da günümüzde bluetooth çeviri kulaklıkları, kongreler, konferanslar, konsey toplantıları, basın toplantıları, seminerler, vb. gibi çeşitli faaliyetlerde kullanılmaktadır. Bu teknoloji sayesinde belki de çok yakın bir gelecekte sağlık turistleri ile sağlık turizmi personelleri arasında hiçbir iletişim sorunu yaşanmamasını sağlayarak sağlık hizmetlerinde kalite ve verimi arttıracaktır. Böylece ülkeler arasında rekabetin yoğun yaşandığı sağlık turizmi endüstrisinde Türkiye kendine yer bulacaktır.

Yukarıda bahsi geçen yeni teknolojilere atıf yapan birçok çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çerçevede Metaverse evreninin kullanım alanlarına yönelik olarak araştırma yapan Thomasson J. (2021), geleceğin dünyasında gerçeklik algısının tamamen değişeceğini sağlıktan spora, mimariden turizme kadar birçok alanda sanal dünyalar inşa edileceğine işaret etmektedir (Thomasson, 2021). Sağlık turizmi açısından bakıldığında destinasyonların tanıtım ve pazarlamasının yapılması, turistik tanıtımlar, sağlık kuruluşların kendi sanal hastanelerini oluşturarak sağlık turistinin kurumlarını başka bir gerçeklikte ziyaret etmeleri bununla beraber toplantıların metaverse evreninde gerçekleştirilmesi de mümkün olmaktadır. Ülkeler arası rekabette en önemli konulardan biri olan sağlık turistine ulaşım ve tercih oranlarının artırılması konuları metaverse teknolojisi beraberinde kripto paraların da kullanımıyla daha etkili olacaktır.

Covid 19 dönemi tüm dünyanın aynı zamanda evlere kapandığı sokağa çıkma tedbirleri aldığı bir dönem olarak tarihe geçmiştir. Bu dönemde eğitimden sanata birçok alanda sosyal medya, mobil uygulamalar ve web siteleri kullanılarak hayatın bir şekilde sürdürülmesi sağlanmıştır. Sağlık turizminin etkinliği bu dönemde azalmış olsa da bu durum bizlere web teknolojilerinin ne kadar kıymetli olduğunu göstermiştir. Özellikle mobil uygulamalar Brumen ve arkadaşları (2020) tarafından pazarlama, satış ve satış sonrası takip için önerilmektedir. Sağlık turizminde mobil uygulamaların kullanımı hastanın destinasyon tercihi, kolay satın alma, algı yönetimi ve kişiselleştirilmiş hizmetler açısından kullanılabilir olmaktadır. Öngider ve arkadaşları (2020)'nin yaptığı çalışmada 360 derece sanal turların turist algısını etkilediğini ve ülke tercihi noktasında pozitif anlamda katkı sağladığını göstermiştir. Sağlık turizminin pazarlanması açısından metaverse evreni gibi bu sanal 360 derece turlarında etkili olması muhtemeldir. Türkiye gerek coğrafi konumu gerekse de 4 mevsimi yaşayan iklimi ile zaten bir cazibe merkezidir. Ancak, bilginin ışık hızında yayılıp unutulduğu günümüzde sürekli gündemde kalarak sürekli gelişim ile birlikte tanıtım ve pazarlamanın ortaya konması sürdürülebilir sağlık turizmi olgusunu da kuvvetle destekleyecektir.

Uygun fiyat avantajı tek başına yeterli kalmamaktadır. Özellikle son yıllarda dövizde yaşanan değişim ile beraber gelişmiş ülkeler ile diğer ülkeler arasında ekonomik makasın açılmasına sebebiyet vermiştir. Bu durumun etkilediği ilk olgu gelişmiş ülkeler açısından ucuz sayılabilecek ülkelerin artmış olması bir diğer olgu ise bu ucuz ülkeleri birbirinden ayırabilecek rekabette avantaj sağlayacak gelişmelerin daha aktif bir şekilde takip edilmesinin gerekliliğinin ortaya konması olmuştur. Tablo 1 ve 2'de açıklamaları verilen çalışmaların hemen hemen hepsi ülkelerin rekabet avantajı sağlamalarının yolunun yeni teknolojilerin takip edilmesi ve kullanılması ile mümkün olacağı konusunda hemfikirlerdir. Çalışmalar şunu göstermektedir ki teknolojinin gelişimi her geçen gün artmaktadır. Sanal dünyalar, sanal turlar, yapay zekâ uygulamaları, mobil uygulamalar, sosyal medya, web teknolojileri, kişiselleştirilmiş hizmetler ve daha birçok yeni teknoloji hayatımızın gerçeği olacaktır. Türkiye olarak bu gelişmelerin yakın takipçisi ve hatta üreticisi olmak sadece sağlık turizmi nezdinde değil diğer birçok sektörde de söz sahibi ülke konumuna gelmemizi sağlayacaktır.

Sonuç olarak rekabetin yoğun olduğu, teknolojik gelişmelerin her geçen gün katlanarak artışını izlediğimiz bu çağda Türkiye olarak sağlık turizmi alanında atmamız gereken ilk adım zamanın gerektirdiği teknolojileri kullanmaktan ziyade bu teknolojilerin daha iyi nasıl gelişeceğini araştırmak ve buraya yatırım yapmaktır. Teknolojiyi üreten ülke olmak günümüz bilgi çağında hemen her sektörde öncelikli hedef haline gelmelidir. Gelişmekte olan ülke sıfatını gelişmiş ülke sıfatına yükseltecek olan şey vizyonumuzun çağın ötesinde olması bilime, sanata, eğitime ve sağlığa yatırımların çok daha üst düzeylerde olması. Yukarıda bahsi geçen tüm teknolojilere erişim noktasında Türkiye yeterli imkân ve donanıma sahiptir. Bu imkanları doğru yerde ve doğru zamanda kullanmak sağlık yöneticileri ve sağlık turizmi alanında görevli sektörlerin görevidir. Yapılan çalışma sağlık turizminde Web 4.0 ve Web 5.0 dönemlerinin getirdiği veya getireceği muhtemel teknolojilerinin sağlık turizmi alanında nasıl kullanılabileceğinin incelenmesini içermektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oramı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Aylan, F. K. ve Aylan, S. (2020). Sanal gerçeklik ve artırılmış gerçeklik uygulamalarının rekreatif faaliyetlere yansımaları: Dijital Rekreasyon. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 2746–2760. doi:10.26677/TR1010.2020.
- Aziz, H. A. ve Madani, A. (2015). Evolution of the web and its uses in healthcare. *American Society for Clinical Laboratory Science*, 28(4), 245–249. doi:10.29074/ascls.28.4.245
- Babur, Y. (2022). Metaverse çağında turizm endüstrisinin rolü the role of the tourism industry in the metaverse. *Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 91–101.
- Baran, Z. ve Baran, H. (2021). Dijital teknolojiler bağlamında turistik gezilerin yeni gerçekliği: sanal UZAM. *Sivas İnterdisipliner Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 175–188.
- Bauman, A. ve Bachmann, R. (2017). Online consumer trust: trends in research. *Journal of Technology Management and Innovation*, 12(2), 68–79. doi:10.4067/S0718-27242017000200008
- Bay, S. W. (2018). The effects of social media on consumer behaviour in tourism: A study among university students, 4(5), 772–786. <http://eprints.utar.edu.my/2930/1/IA-2018-BSW-1400267.pdf> adresinden erişildi.
- Bayrak, Ö. A. ve Dalkıran, G. B. (2020). Sağlık turizminde aracı kurumların web sitelerine yönelik bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 06(özel sayı), 171–180.
- Bektas, G. ve Simsek, F. (2016). Importance of mobile health services on old age tourism. *Health Care Academician Journal*, 3(4), 179. doi:10.5455/sad.13-1483621208
- Bhattacharyya, S. B. (2020). Medical tourism market size worth around \$162 billion by 2026: acumen research and consulting. 4 Eylül 2022 tarihinde <https://www.asianhnm.com/healthcare-management/medical-tourism-telemedicine> adresinden erişildi.
- Birdir, K. ve Buzcu, Z. (2014). JCI Akreditasyon belgesine sahip olan sağlık kuruluşlarının web sitelerinin medikal turizm açısından değerlendirilmesi. *Evaluation of WEB Sites of The Organizations Which Have JCI Certified Healthcare in Terms of Medical Tourism.*, 11(1), 1–19.
- Browning, M. H. E. M., Mimnaugh, K. J., van Riper, C. J., Laurent, H. K. ve LaValle, S. M. (2020). Can simulated nature support mental health? comparing short, single-doses of 360-degree nature videos in virtual reality with the outdoors. *Frontiers in Psychology*, 10(January), 1–14. doi:10.3389/fpsyg.2019.02667
- Brumen, B., Planinc, P., Špindler, T., Gorenak, M. ve Štuhec, T. L. (2020). Use of mobile technologies in tourism: natural health resorts study. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 11(4), 1. doi:10.36941/mjss-2020-0036
- Buhalis, D. ve Law, R. (2008). Progress in information technology and tourism management: 20 years on and 10 years after the Internet-the state of etourism research. *Tourism Management*, 29(4), 609–623. doi:10.1016/j.tourman.2008.01.005
- Buhalis, D., Lin, M. S. ve Leung, D. (2022). Metaverse as a driver for customer experience and value co-creation: implications for hospitality and tourism management and marketing. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. doi:10.1108/IJCHM-05-2022-0631
- Çallı, F. (2021). Turizm endüstrisinin dijital geleceği. *Journal of New Tourism Trends*, 2(1), 97–107.
- Calvaresi, D., Leis, M., Dubovitskaya, A., Schegg, R. ve Schumacher, M. (2019). Trust in tourism via blockchain technology: results from a systematic review. *Information and Communication Technologies in Tourism 2019* içinde (ss. 304–317). Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-030-05940-8
- Çetin, T. (2019). Sağlık turizmi kapsamında medikal turizm pazarlaması: Türkiye medikal turizm şirketleri üzerine bir uygulama. *Yüksek lisans tezi*.
- Choudhury, N. (2014). World Wide Web abd its journey from Web 1.0 to Web 4.0. *IJCSIT*, 5(6), 8096–8100. doi:10.1186/1471-2105-9-82
- Çilesiz, E. ve Aydın, N. (2022). Metaverse ve Turizm: Kuramsal Bir Yaklaşım. *Journal of Academic Tourism Studies*, 1(1), 32–44. doi:10.29228/jatos.62009

- Cormany, D. ve Baloglu, S. (2011). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*, 32(4), 709–716. doi:10.1016/j.tourman.2010.02.008
- Costa, L. V., Veloso, A. I., Arnab, S., Loizou, M., Tomlins, R. ve Sukumar, A. (2019). Scaffolding in indoor and outdoor mobility a wearable and mobile application for senior tourism in a Playable City. *Iberian Conference on Information Systems and Technologies, CISTI, 2019-June*(June), 19–22. doi:10.23919/CISTI.2019.8760927
- D’Cunha, S. D. (2017). Dubai sets its sights on becoming the world’s first blockchain-powered government (2017). 11 Ekim 2022 tarihinde <https://www-forbes-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.forbes.com/sites/suparnadutt/2017/12/18/dubai-sets-sights-on-becoming-the-worlds-first-blockchain-powered-government/amp/> adresinden erişildi.
- David, C. C., San Pascual, R. S. ve Torres, E. S. (2019). Reliance on Facebook for news and its influence on political engagement. *PLoS ONE*, 14(3), 1–15. doi:10.1371/journal.pone.0212263
- Dávideková, M., Mjartan, M. ve Greguš, M. (2017). Utilization of Virtual reality in education of employees in Slovakia. *Procedia Computer Science*, 113, 253–260. doi:10.1016/j.procs.2017.08.365
- Deloitte. (2019). *2019 Global health care outlook Shaping the future. Design Issues.* <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/> <http://dx.doi.org/10.1016/j.bios.2016.09.038> <https://pdfs.semanticscholar.org/956b/6ee61> adresinden erişildi.
- Dewi, Y. S. ve Darma, G. S. (2022). Shifting business strategy of international standard hospital in metaverse Era. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*, 11(1), LAYOUTING. doi:10.18196/jmmr.v11i1.14207
- Doğramacı, Y. G. (2020). Teletıp, Sağlık turizmi ve uzaktan sağlık hizmetleri: mesafeli sözleşmeler. *İstanbul Hukuk Mecmuası*, 78(2), 657–710. doi:10.26650/mecmua.2020.78.2.0014
- Ekiyor, A., Özçelik, T. ve Şeremet, H. (2020). *Sağlık Turizminde Dijital Pazarlar.* (A. Ekiyor, E. Y. Ekiyor ve F. Altan, Ed.). Ankara: İksad Yayınevi.
- Enzensberger, H. M. (1996). A theory of tourism. *DUKE Universty Press*, 1(68), 117–135.
- Erdem, H. ve Özyaral, O. (2021). National innovative health tourism and entrepreneurship. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXX(Nº1), 668–672. doi:10.24205/03276716.2020.2062
- Fleerackers, T. ve Meyvis, M. (2018). Web 1.0 vs Web 2.0 vs Web 3.0 vs Web 4.0 vs Web 5.0 – A bird’s eye on the evolution and definition. *Society*. 27 Ağustos 2022 tarihinde <https://flatworldbusiness.wordpress.com/flat-education/previously/web-1-0-vs-web-2-0-vs-web-3-0-a-bird-eye-on-the-definition/> adresinden erişildi.
- Global Wellness Institue. (2022). Statistics & Facts - Global Wellness Institute. *Empowering Wellness Worldwide.* 23 Ekim 2022 tarihinde <https://globalwellnessinstitute.org/press-room/statistics-and-facts/> adresinden erişildi.
- Go, H. ve Kang, M. (2022). Metaverse tourism for sustainable tourism development: tourism agenda 2030. *Tourism Review*, (August). doi:10.1108/TR-02-2022-0102
- Interlivestats. (2023). İnternet canlı istatistikleri - internet kullanımı ve sosyal medya istatistikleri. 3 Ekim 2023 tarihinde <https://www.internetlivestats.com/> adresinden erişildi.
- Javaid, M., Haleem, A., Vaishya, R., Bahl, S., Suman, R. ve Vaish, A. (2020). Industry 4.0 technologies and their applications in fighting COVID-19 pandemic. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14(4), 419–422. doi:10.1016/j.dsx.2020.04.032
- Johansen, F. ve van den Bosch, S. (2017). The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. *Futures*, 89, 60–73. doi:10.1016/j.futures.2017.04.004
- Kambil, A. (2008). What is your Web 5.0 strategy? *Journal of Business Strategy*, 29(6), 56–58. doi:10.1108/02756660810917255

- Kapan, K. ve Üncel, R. (2020). Gelişen web teknolojilerinin (Web 1.0- Web 2.0- Web 3.0) Türkiye Turizmine etkisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 276–289. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1164473> adresinden erişildi.
- Kilmer, P. D. (2010). Review Article: Review Article. *Journalism*, 11(3), 369–373. doi:10.1177/1461444810365020
- Kılınç, H. ve Koçarslan, H. (2022). Sağlık Turizminde Elektronik Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Bölgesel Güven Ve Seyahat Niyeti Üzerine Etkisi: Yabancı Hastalar Üzerine Bir Araştırma. *Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi*, (1), 43–65.
- Lindberg, I., Lindberg, B. ve Söderberg, S. (2017). Patients' and healthcare personnel's experiences of health coaching with online self-management in the renewing health project. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2017. doi:10.1155/2017/9306192
- Lobo, F. A. (2020). Industry 4.0: Manufacturing and the future of medical things. *Asian Hospital & Healthcare Management*. 4 Eylül 2022 tarihinde <https://www.asianhnm.com/technology-equipment/industry-manufacturing-future-medical-things> adresinden erişildi.
- Lunt, N., Hardey, M. ve Mannion, R. (2010). Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information. *The Open Medical Informatics Journal*, 4(1), 1–11. doi:10.2174/1874431101004010001
- Mesci, G. ve Sağlık, E. (2020). Sağlık turizminde dijital iletişim JCI akreditasyon belgesini almış hastaneler üzerinde bir araştırma. *Journal of Hospitality and Tourism Issues*, 2(1), 74–90.
- Milano, R., Baggio, R. ve Piattelli, R. (2011). The effects of online social media on tourism websites. *Information and Communication Technologies in Tourism 2011*, 471–483. doi:10.1007/978-3-7091-0503-0_38
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. ve Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ (Online)*, 339(7716), 332–336. doi:10.1136/bmj.b2535
- Natarajan, K. (2015). Tourism industry in India – with special reference to health care tourism. *IOSR Journal of Business and Management Ver. I*, 17(2), 2319–7668. doi:10.9790/487X-17213741
- Nayyar, A., Mahapatra, B., Le, D. N. ve Suseendran, G. (2018). Virtual Reality (VR) & Augmented Reality (AR) technologies for tourism and hospitality industry. *International Journal of Engineering and Technology(UAE)*, 7(2), 156–160. doi:10.14419/ijet.v7i2.21.11858
- Negruşa, A. L., Toader, V., Sofică, A., Tutunea, M. F. ve Rus, R. V. (2015). Exploring gamification techniques and applications for sustainable tourism. *Sustainability (Switzerland)*, 7(8), 11160–11189. doi:10.3390/su70811160
- Nieamah, K. F. ve Purwoko, Y. (2021). Strategi pengembangan health tourism di yogyakarta. *Journal of Tourism and Economic*, 4(1), 38–46. doi:10.36594/jtec.v4i1.109
- Öksüz, B. ve Altıntaş, V. (2017). Sağlık turizminde dijital iletişim kanallarının kullanımı* the use of digital communication tools in health tourism. *Journal of Travel and Hospitality Management Kabul Tarihi*, 14(1), 59–75. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/290559> adresinden erişildi.
- Öngider, M. U. ve Yazıcı, S. (2020). 360° Sanal gerçeklik videolarının turistlerin seyahat motivasyonuna etkisi üzerine deneysel bir araştırma. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 121–136. doi:10.26677/TR1010.2020.
- Özdemir A., M. (2020). Covid - 19 salgını sonrası alınan önlemlerle turizm: muhtemel senaryolar. *Journal of Recreation and Tourism Research*, 7(2), 222–238.
- Pal, S & Sarkar, P. (2021). Web 4 . 0 and new reformation in education. *World Bulletin of Social Sciences (WBSS)*, 2, 66–72. <https://scholarexpress.net/index.php/wbss/article/view/94> adresinden erişildi.
- Patel, K. (2013). Incremental Journey for world wide web: introduced with web 1.0 to recent web 5.0 – a survey paper. *International Journal of Advanced Research in Computer Science and Software Engineering*, 3(10), 410–417.
- Pencarelli, T. (2020). The digital revolution in the travel and tourism industry. *Information Technology and Tourism*, 22(3), 455–476. doi:10.1007/s40558-019-00160-3

- Petrigna, L. ve Musumeci, G. (2022). The metaverse: a new challenge for the healthcare system: a scoping review. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 7(3). doi:10.3390/jfmk7030063
- Ribeiro, F. R., Silva, A., Barbosa, F., Silva, A. P. ve Metrólho, J. C. (2018). Mobile applications for accessible tourism: overview, challenges and a proposed platform. *Information Technology and Tourism*, 19(1-4), 29-59. doi:10.1007/s40558-018-0110-2
- Schiopu, A. F., Hornoiu, R. I., Padurean, M. A. ve Nica, A. M. (2021). Virus tinged? Exploring the facets of virtual reality use in tourism as a result of the COVID-19 pandemic. *Telematics and Informatics*, 60(July 2020), 101575. doi:10.1016/j.tele.2021.101575
- Sever, N. S., Sever, G. N. ve Kuhzady, S. (2015). The evaluation of potentials of gamification in tourism marketing communication. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 5(10), 188-202. doi:10.6007/ijarbss/v5-i10/1867
- Shaygani, F., Marzaleh, M. A. ve Peyravi, M. (2022). Metaverse: A modern approach to medical tourism industry. *Iranian Journal of Public Health*, 51(12), 2844-2845.
- Tavakoli, R. ve Wijesinghe, S. N. R. (2019). The evolution of the web and netnography in tourism: A systematic review. *Tourism Management Perspectives*, 29(August 2018), 48-55. doi:10.1016/j.tmp.2018.10.008
- Tezcan, C. (2016). *Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık*. TÜSİAD-T/2016-03/575. İstanbul.
- Thomason, J. (2021). Journal of metaverse meta health-how will the metaverse change health care? *Journal of Metaverse*, 1(1), 13-16. [https://www.influencive.com/flickplays-3d-social-media-platform-adresinden erişildi](https://www.influencive.com/flickplays-3d-social-media-platform-adresinden-erişildi).
- Trunfio, M. ve Della Lucia, M. (2020). Toward web 5.0 in italian regional destination marketing. *Symphony. Emerging Issues in Management*, (2), 60-75. doi:10.4468/2016.2.07trunfio.dellalucia
- Tuclea, C. E., Vrânceanu, D. M. ve Năstase, C. E. (2020). The role of social media in health safety evaluation of a tourism destination throughout the travel planning process. *Sustainability (Switzerland)*, 12(6661), 1-17. doi:10.3390/su12166661
- USHAŞ. (2022). Health Tourism Data - USHAŞ : USHAŞ. *Uluslararası Sağlık Turizmi Anonim Şirketi*. 23 Ekim 2022 tarihinde <https://www.ushas.com.tr/en/health-tourism-data/> adresinden erişildi.
- Wei, D. (2022). Gemiverse: The blockchain-based professional certification and tourism platform with its own ecosystem in the metaverse. *International Journal of Geoheritage and Parks*, 10(2), 322-336. doi:10.1016/j.ijgeop.2022.05.004
- Xu, F., Buhalis, D. ve Weber, J. (2017). Serious games and the gamification of tourism. *Tourism Management*, 60, 244-256. doi:10.1016/j.tourman.2016.11.020
- Yıldırım, B. F. (2022). Dijital hastane modelinin gerçekleşmesi bağlamında mobil cihazların sağlık turizmi alanındaki rolü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(3), 250-257. doi:10.52880/sagakadereg.1077015
- Yılmaz, F., Mete, A. H., Fidan Türkön, B. ve İnce, Ö. (2022). Sağlık hizmetlerinin geleceğinde metaverse ekosistemi ve teknolojileri: uygulamalar, fırsatlar ve zorluklar. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 6(1), 12-34. doi:10.52148/ehta.1082705
- Yılmaz, H., Yılmaz, N., Turizmi, S., Dijitalleşme, S. ve Turizmi, W. S. (2022). Dünyada ve Türkiye’de dijital sağlık turizmi uygulamaları. *Health Care Acad J • Year*, 9(1), 64-72. doi:10.52880/sagakadereg.900867
- Yung, R. ve Khoo-Lattimore, C. (2019). New realities: a systematic literature review on virtual reality and augmented reality in tourism research. *Current Issues in Tourism*, 22(17), 2056-2081. doi:10.1080/13683500.2017.1417359
- Zhang, S., Zhen, F., Wang, B., Li, Z. ve Qin, X. (2022). Coupling social media and agent-based modelling: a novel approach for supporting smart tourism planning. *Journal of Urban Technology*, 29(2), 79-97. doi:10.1080/10630732.2020.1847987
- Zhao, F., Ahmed, F. ve Faraz, N. A. (2020). Caring for the caregiver during COVID-19 outbreak: Does inclusive leadership improve psychological safety and curb psychological distress? A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103725. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103725



SİSTEMATİK DERLEMELER VE META ANALİZ / SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSIS

DURDURULAMAYAN PANDEMİ: SAĞLIKTA ŞİDDETİN SIKLIĞI ÜZERİNE BİR META ANALİZ ÇALIŞMASI*

UNSTOPPABLE PANDEMIC: A META-ANALYSIS STUDY ON THE FREQUENCY OF VIOLENCE IN HEALTH

Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇAKMAKCI¹

ÖZ

Bu meta-analizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı ile ilişkili makalelerin sistematik olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma nicel araştırma yöntemlerinden biri olan meta-analiz yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Belirlenen anahtar kelimelerle Google Akademik, Web of Science, Scopus, Science Direct, EKUAL, Google Akademik EBSCOhost, MEDLINE, PUBMED ve ULAKBİM TIP elektronik veritabanları taranmıştır. Araştırmaya 2015-2023 yılları arasında ulusal ve uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan 45 araştırma makalesi dahil edilmiştir. Verilerin analizinde "Comprehensive Meta Analysis Academic/Non-profit Pricing (Version 4)" lisanslı yazılımı kullanılmıştır. Ortalama etki büyüklüğü değerinin pozitif çıkması, işlem etkisinin deney grubu lehine olduğunu göstermiştir. Bu sonuca göre; sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma sıklığına yönelik genel etki büyüklüğünün 3.360 (G. A.; 2.378- 4,749; p= 0.000) değeri ile Odss oranı olan +1 değerinin üstünde çıkması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (%95 G.A: Güven Aralığı). Elde edilen bu sonuca göre araştırma sorularında biri olan "Sağlık profesyonellerinin karşılaştığı şiddetin sıklığı ne düzeydedir?" cevabının oldukça yüksek oranda şiddete maruz kaldıkları ve bu oranın 3 kat fazla etkisinin olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Sağlıkta Şiddet, Sağlık Çalışanları, Meta Analiz.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, C10, I14, I19.

ABSTRACT

In this meta-analysis, it was aimed to systematically examine the articles related to the frequency of violence against healthcare workers. This research was conducted using meta-analysis method, which is one of the quantitative research methods. Google Scholar, Web of Science, Scopus, Science Direct, EKUAL, Google Scholar EBSCOhost, MEDLINE, PUBMED and ULAKBİM MEDICAL electronic databases were searched with the determined keywords. The study included 45 research articles published in national and international refereed journals between 2015 and 2023. The licensed software "Comprehensive Meta Analysis Academic/Non-profit Pricing (Version 4)" was used to analyze the data. The positive average effect size value showed that the treatment effect was in favor of the experimental group. According to this result, the overall effect size for the frequency of exposure of health professionals to violence was found to be statistically significant with a value of 3.360 (I.A.; 2.378- 4.749; p= 0.000), which is above the Odss ratio of +1 (95% I.A: Confidence Interval). According to this result, it was determined that the answer to one of the research questions, "What is the frequency of violence encountered by health professionals?" is that they are exposed to violence at a very high rate and this rate is 3 times more effective.

Keywords: Health Management, Violence in Health, Health Workers, Meta Analysis.

JEL Classification Codes: I10, C10, I14, I19.

* Bu makale "Durdurulamayan Pandemi: Sağlıkta Şiddet Üzerine Bir Meta-Analiz Çalışması" başlıklı Yüksek Lisans Tezinden hazırlanmıştır.

¹ İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Yönetimi Bölümü, bsrfndk@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

In this meta-analysis study, the frequency of violence against healthcare workers was carried out in order to systematically review national and international studies and evaluate and interpret the data obtained using the meta-analysis method.

Design/methodology/approach:

In the method section, statistical data of the systematic review and meta-analysis application steps of the study titled "Unstoppable Pandemic: A Meta-Analysis Study on the Frequency of Violence in Health" were included. Additionally, the data collection, criteria, coding, study characteristics and data analysis stages that constitute the research were explained. All 45 studies evaluating the frequency of violence in health included in the meta-analysis were research articles and published in peer-reviewed journals. Thesis studies are not evaluated. The sample size of the studies included in the analysis is 31,428. Sample numbers vary between 60 and 4891. The average number of samples is 687. The creation of keywords will be based on research questions. MeSH (Medical Subjects Headings) content was used for English keywords and Turkish Science Terms (TBT) content was used to create the Turkish equivalent of English keywords. Created, " Turkish, "health", "violence", "violence in health", "frequency of violence", "types of violence in health", "hospital- Screening was carried out using the keywords "hospital", "health worker" and their combination. 43 studies included in the study were descriptive-cross-sectional, 1 prospective and 1 correlational. The publication years of the studies are between 2015-2023. There are 8 studies from 2015, 4 studies from 2016, 14 studies from 2017, 5 studies from 2018, 5 studies from 2019, 2 studies from 2020, 3 studies from 2021, 4 studies from 2023.

Findings:

It was determined that the health professionals in the study population were 25 years old and over, 82% were nurses and physicians, and 76% experienced workplace violence. It has been determined that these professional groups are most exposed to violence by patients' relatives and, to a lesser extent, by patients. It was determined that most people were exposed to verbal violence as a type of violence. When the data regarding the place where violence occurs is examined, it is stated that violence occurs most frequently in clinics within hospitals, especially in emergency rooms, and second most frequently in psychiatric clinics. While national studies show that violence is higher in surgical branches, some studies conducted abroad have found that violence is higher in internal medicine branches. Studies have shown that violence occurs most frequently in emergency rooms as a hospital environment, but wards and outpatient clinics are also safe environments and risky areas for violence. Waiting rooms, parking lots, corridors and cafeterias are also stated as risky areas. As causes of violence; Factors that increase the risk of violence: 24-hour uninterrupted service, presence of stressed family members, working in shifts or single, deficiencies reflected in the provision of services due to cost reduction initiatives in the health care industry, insufficient training, and experience of health care personnel in dealing with aggressive behavior, lack of communication. It is located between.

Conclusion and Discussion:

It has been revealed that the violence experienced by professionals working in the health sector is an important problem. According to research, most healthcare professionals in the study population are nurses and physicians, 82% of whom are 25 years of age or older. It was found that 76% of these professionals experienced workplace violence. It has been determined that violence is generally committed by patients' relatives, but to a lesser extent by patients. It has been observed that verbal violence is especially common. Places where violence frequently occurs include clinics within hospitals, especially emergency rooms, and psychiatric clinics, which are the second most common. While national studies show that there is more violence in surgical branches, some international studies point to higher rates of violence in internal medicine branches. It has been stated that emergency rooms are the scene of most frequent violent incidents, but wards and polyclinics cannot be considered safe environments either. Areas such as waiting rooms, parking lots, corridors and cafeterias were also highlighted as risky areas where violence frequently occurs. There are many reasons for violence. These reasons include factors such as 24-hour uninterrupted service, the presence of stressed family members, shift or single working status, shortages caused by cost reduction efforts in the health care industry, lack of training and experience of health care personnel in dealing with aggressive behavior, and lack of communication. These reasons lead to the spread of violence and negative effects on health professionals. To solve this problem, effective strategies need to be developed both within the institution and at the national level. Steps such as providing more training to healthcare workers on dealing with violence, strengthening communication skills and improving working conditions can be effective measures to reduce violence.

1. GİRİŞ

Toplumsal bir sorun olan şiddet kavramının dünya üzerinde birçok tanımı bulunmaktadır. Bu tanımlar farklı bakış açıları ile yazılmış olsa da aynı noktaya temas etmektedir. Şiddet her alanda ve her toplumda kendini gösteren devamlı bir problemdir. Şiddet kavramı toplumlarda gün geçtikçe artan insan hayatını olumsuz yönde etkileyen ciddi bir sorundur. İnsanın var oluşu ile ortaya çıkan şiddet kavramı insanın var olduğu her yerde kendini göstermeye devam etmektedir. Şiddet, her bireyin doğrudan ya da dolaylı olarak karşısına çıkan, birçok bireyin yaralanma ya da ölümüyle sonuçlanan ve zaman ilerledikçe varlığına rastlanma olasılığı yükselen büyük bir sosyal sorundur. (Yılmaz ve Karaaziz, 2023). Kolektif ve bireysel olarak gerçekleşebilen şiddet olgusu, toplumsal hayatta her geçen gün kendini daha sık ve farklı biçimlerde kendini göstermekte; çocuk ve kadın istismarlarından, okul ve iş yaşamına, intiharlardan, savaşlara kadar çeşitli alanlarda ve şekillerde meydana gelmektedir (Güneri Yöyen, 2017).

Dünya üzerinde ciddi bir şekilde artış gösteren sağlıkta şiddet olayları mesleki bir tehlike oluşturmaktadır. Şiddet bir problem çözme aracı olarak görülmekte ve kullanılmaktadır. Ancak şiddet bir suçtur. Uygulanan bu şiddet sağlık çalışanlarının motivasyonlarını düşürüp olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddet, sağlık profesyonellerinin hem sağlığını hem de güvenliğini tehdit eden evrensel bir sorundur (Ramacciati ve Giusti, 2020; Baig vd., 2022). Şiddet, açık veya gizli bir şekilde sağlık çalışanlarının güvenliğine ve sağlığına yönelik olabilir. Şiddet sadece sağlık kuruluşunda değil kimi zaman işyerine geliş ve gidiş güzergahında da gerçekleşebilir (Mento vd., 2020). Sağlık çalışanlarının farklı şekillerde tezahür eden şiddete maruz kalma türleri arasında psikolojik şiddet, fiziksel şiddet ve cinsel şiddet yer almaktadır (Gayır ve Özçelik, 2020). Sağlık kuruluşlarının tıbbi bölümleri arasında şiddetin yaşanma ve görülme sıklığı farklılık göstermektedir. Hastanelerde acil servisler ile dâhili ve cerrahi servislerde yaşanan şiddet olayları; yoğun bakımlar, ameliyathaneler, radyoloji ve laboratuvarlarda yaşanan şiddet olaylarından daha fazladır (Yıldız, 2019). Acil sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddet olaylarıyla ilişkili ve özel dikkat gerektiren iki hasta grubunu; psikiyatri hastaları ile uyuşturucu veya alkol bağımlılığı olan hastalar oluşturmaktadır (Kleissl-Muir vd., 2018; Nikathil vd., 2017). Sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının görevini yaparken şiddete maruz kalmaktan dolayı endişe duyduğu ortaya konulmuştur. Bu sürekli endişe hâlinin sağlık çalışanlarında genellikle anksiyete bozukluklarına sebebiyet verebileceği görülmüştür (Chang vd., 2019). Hemşireler arasında şiddete maruz kalanların işe yönelik duygusal bağlılık düzeyinin düşük olduğu ortaya konulmuştur (Acar, 2022). Sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddetin sıklığı da çalışanları olumsuz etkilemektedir (Yücens ve Oğuzhanoglu, 2020). Bu meta-analiz çalışmasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı ulusal ve uluslararası 45 makalenin sistematik bir şekilde gözden geçirilerek elde edilen verileri meta analiz yöntemiyle değerlendirilip, yorumlanması amaçlanmıştır.

2. MATERYAL VE METOT

2.1. Araştırma Amacı

Bu araştırma sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmaların sistematik bir şekilde gözden geçirilip, bu çalışmalara ait verilerin meta analiz yöntemiyle analizlerinin yapılması ve yorumlanması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırma Tipi

Araştırmanın tipi sistematik sentezleme yöntemlerinden biri olan meta analiz yöntemidir. Meta analiz yöntemi araştırmalardan elde edilen bulguların analiz, sentez ve yorumunu içeren bir yöntemdir (Borenstein et. al., 2022).

2.3. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın sorusu "Sağlık profesyonellerinin karşılaştığı şiddetin sıklığı ne düzeydedir?" şeklinde olmuştur.

2.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaları dahil etme kriterleri;

- Randomize kontrollü çalışmalar, yarı deneysel çalışmalar, gözlemsel kesitsel, vaka-kontrol, kohort, tanımlayıcı çalışmalar
- Konu ile ilgili yayınlanmış açık erişimli ve tam metni olan çalışmalar
- Sağlıkta şiddeti içeren son 8 yıla ait (Ocak 2015-Kasım 2023) makaleler
- Kalite değerlendirme aracından "orta" ya da "güçlü" puan alanlar
- Türkçe ve İngilizce dilinde yayınlanan çalışmalar

Çalışmaları dışlama kriterleri;

- i. Nitel çalışmalar, olgu sunumları
- ii. Derleme, tez, kitap ve editöre mektup şeklinde olan çalışmalar
- iii. Çalışma protokolleri, rehberler, pilot çalışmalar, kongre bildirileri
- iv. Açık erişim olmayan ve tam metin olarak ulaşılamayan çalışmalar

2.5. Verilerin Toplanması

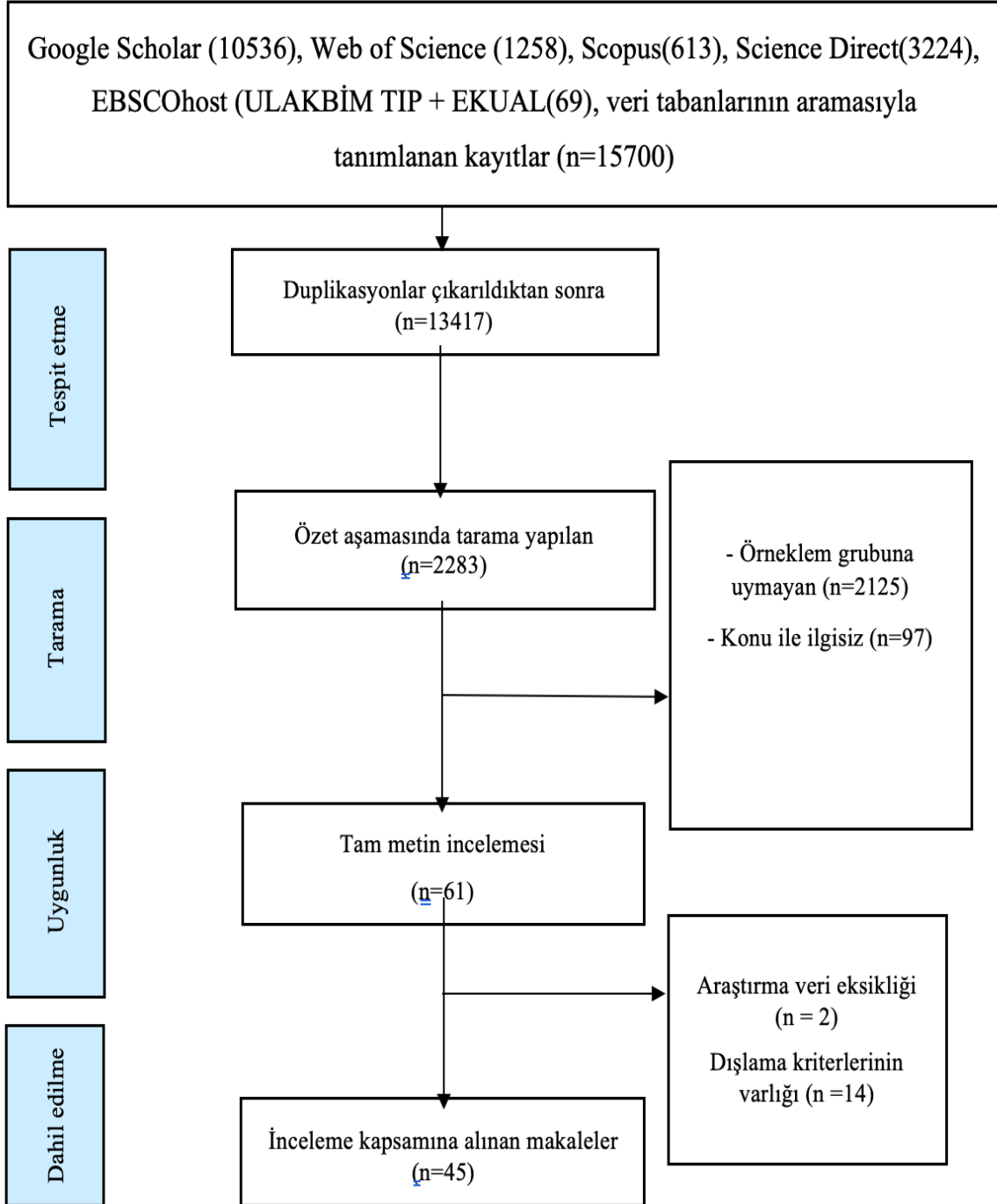
Meta analize dahil edilen çalışmaların belirlenmesi ve bu çalışmaların verilerinin analiz edilmesi için öncelikle konu ile ilişkili anahtar kelimeler literatür taraması yapılarak belirlenmiştir. Anahtar kelimeler ile genel olarak en yaygın kullanılan veri tabanlarından tarama yapıldı

2.6. Veri tarama stratejisi ve taramada kullanılan "anahtar sözcükler".

Anahtar kelimelerin oluşturulmasında araştırma soruları temel alınmıştır İngilizce anahtar kelimeler için MeSH (Medical Subjects Headings) ve İngilizce anahtar kelimelerin Türkçe karşılığını oluşturmak için Türkiye Bilim Terimleri (TBT) içeriğinden yararlanıldı. Oluşturulan, " Türkçe, "sağlık-health", "şiddet-violence", "sağlıkta şiddet-violence in health", "şiddetin sıklığı-frequency of violence", "sağlıkta şiddet türleri-types of violence in health", "hastane-hospital", "sağlık çalışanı-health staff" anahtar kelimeleri ve bunların kombinasyonu kullanılarak tarama gerçekleştirildi.

2.7. Tarama yapılan kaynaklar ve veri tabanları

Taramalar başlangıçta belirlenen anahtar kelimeler doğrultusunda Google Scholar, Pubmed, Medline, Web of Science, ULAKBİM, Scopus ve Science Direct veri tabanları, ulusal ve uluslararası üniversitelerin çevrimiçi (online) kütüphaneleri, veri tabanları aracılığıyla gerçekleştirildi. 2015-2023 yıl aralığında son 8 yıla ait (Ocak 2015-Kasım 2023) çalışmalar tarandı. Veri tabanlarının taranması bir aylık bir zaman (01-31/1/2023) sürecinde gerçekleşti. Araştırmanın ilk aşamasında taramayı gerçekleştiren araştırmacı tarafından başlık ve özetler konu ile uygunluk açısından; ikinci aşamada iki bağımsız araştırmacı tarafından özetler ve tam metinler dahil edilme kriterleri ve kalite puanlaması yapılarak değerlendirildi. Konu ile ilgisiz bulunan makaleler detaylı olarak sınıflandırıldı ve çalışma dışında bırakıldı. Dahil edilme kriterlerine uyan çalışmalar meta analize alındı. Taramalar kaydedilirken End Note (EndNote X8) programı kullanıldı. Yapılan taramada toplamda 15700 çalışmaya ulaşılmıştır, 13417 tanesi duplikasyon nedeniyle elenmiş, 2283 çalışma incelenmiş ve 2222 çalışma araştırmanın nitel çalışma olması, çalışma popülasyonun farklılığı, konu ile ilgisiz olması gibi nedenlerden başlıklara dayalı olarak elendi. Tarama sonucunun, meta analize dahil edilen çalışmaya nasıl indirgendini gösteren akış diyagramı (PRISMA 2020 Akış Diyagramı) şekil 1'de gösterildi.



Şekil 1. PRISMA 2 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Statement) Akış şeması

2.8. Kodlama Yöntemi

Bu çalışmada araştırma soruları doğrultusunda geliştirilmiş olan ve içeriğinde yazarlar, çalışma yılı, çalışmanın tipi, toplam örneklem büyüklüğü, sağlıkta şiddetin sıklığı, türü, nedeni ve gerçekleştiği ortamı içeren ana çıktılarının bulunduğu bir kodlama formu kullanıldı. Başlangıçta dahil etme ve dışlama kriterlerine göre saptanan tüm çalışmaların başlık ve özetleri incelendi, seçilen yayınların ise tam metni değerlendirmeye alındı. Seçilen makaleler iki bağımsız değerlendirici tarafından detaylı incelendi ve farklı görüşte olunan makaleler hakkında ortak bir karar ile kodlama protokolüne aktarıldı.

2.9. Makalelerin Kalite Değerlendirmesi

Makalelerin incelenmesi sonucunda kalan 45 yayın için Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendiren 12 sorudan oluşan ölçüt kullanıldı (Polit ve Beck 2009). Bu ölçütler çalışmaların amaçları, örneklem özellikleri, bulguları ve sonuç üzerinden genel bir değerlendirme yapmaya olanak sağlamaktadır. Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacılar tarafından ayrı olarak değerlendirildi ve her bir maddeyi tam karşılaması durumunda "bir puan" karşılamadığı durumda "sıfır puan" değeri verildi. Çalışmanın kriterlere göre alabileceği puanlar 0 ila 12 arasında değişmektedir. Çalışmada bütün alt gruplara ait makaleler iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelendi. Her iki araştırmacı tarafından makalelere verilen puanlar ayrı ayrı toplandı ve aritmetik ortalamaları alınarak makalenin kalite puanı hesaplandı. Kalite puanı 7 ve üzeri olan makaleler kaliteli olarak değerlendirildi. Bu değerlendirmeye göre çalışmalar metodolojik açıdan "zayıf" "orta" ve "güçlü" olarak değerlendirildi; "orta" ve "güçlü" olarak seçilen çalışmalar meta analize dahil edildi. Toplamda 0-6 puan alan zayıf, 7-8 puan orta ve 9-12 puan güçlü kaliteye sahip makale olarak değerlendirildi. Zayıf puan alan makale saptanması.

2.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın bir meta analiz çalışması olması nedeniyle literatür tarama modeli kullanıldı. Literatür tarama doğrudan insanlar ve hayvanlar üzerinde bir etki içermemesi nedeniyle etik kurul onayı alınmadı.

2.11. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde "Comprehensive Meta Analysis Academic/Non-profit Pricing (Version 4)" lisanslı yazılımı kullanıldı. Dahil edilme kriterlerini sağlayan tüm makalelerin verileri CMA yazılımına girildi, makalelerin heterojenite durumları değerlendirildi. Heterojenite testinde $p < 0,05$ olan grup analizlerinde rastgele etkiler modeli, $p > 0,05$ olan grup analizlerinde ise sabit etkiler modeli altında tüm çalışmaların etki büyüklükleri, çalışma ağırlıkları, %95 güven aralıkları ve genel etki büyüklüğü hesaplandı. İkili veriler için yapılan analizlerde genel etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde "RR ve OR" değerleri esas alındı. Ortalamaların karşılaştırılmasında ve genel etki büyüklüğünün hesaplanmasında "Cohen's d" katsayısı kullanıldı ve bu katsayı alanlar arasında etkililiğin karşılaştırılabilmesi için OR katsayısına dönüştürüldü. Genel etkinin değerlendirilmesinde istatistiki anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Değerlendiriciler arası uyum için SPSS programında kappa istatistiği kullanıldı. Yayın yanlılığını test etmek amacı ile Huni grafiği (Funnel Plot) incelemesi yapıldı, Classic Fail Safe N ve Tau katsayısı hesaplaması sonuçları kullanıldı. Çalışmanın hazırlanması ve raporlanmasında PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses statement) kriterleri esas alındı (Page,2020).

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma çalışmanın başlığına uygun olarak belirlenmiş anahtar kelimeler Ocak 2015-Kasım 2023 tarih aralığında yayımlanan ulusal ve uluslararası Türkçe ve İngilizce 45 araştırma makaleleri ile sınırlıdır.

2.13. Çalışmanın Etik Durumu

Bu çalışmada ikincil veriler kullanıldığından etik kurul onayı alınmamıştır.

3. BULGULAR

3.1. Çalışmaların Metodolojik Kalite (Kanıt Kalitesi) Değerlendirmesi

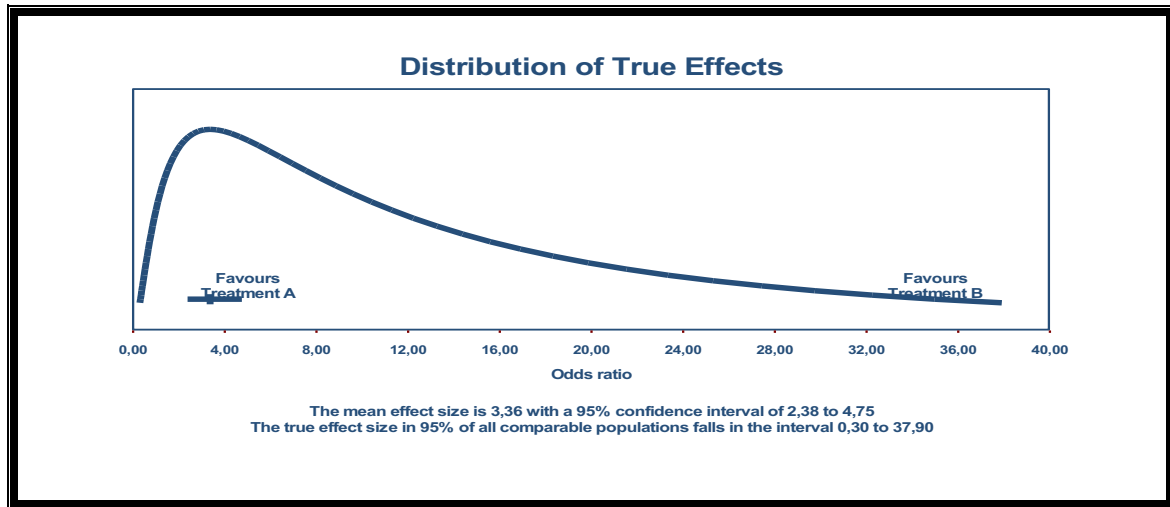
Kalite değerlendirmesi yapılan çalışmaların 40'i "güçlü", 3'ü "orta" ve 2'si "zayıf" olarak değerlendirildi. Güçlü ve orta kalitede değerlendirilen çalışmalar meta analize dahil edileceği için toplamda 45 çalışma meta analize dahil edildi. Kalite değerlendirme puanına göre kodlayıcılar arası uyumun 0,845 olduğu bulundu. Bu çalışmadaki kodlayıcılar arası mükemmel düzeyde uyum olduğunu göstermektedir. Güvenirlik analizinde Cohen's F 0,84 %95 güven aralığındadır [Güven Aralığı (GA: 0,783- 0,884)] (Dincer,2014).

3.2. Sağlık Profesyonellerinin Maruz Kaldığı Şiddetin Sıklığı İçin Heterojenlik Testi

Araştırmaya dâhil edilen makalelerdeki sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarının sıklığını belirlemek için heterojenlik testi uygulandı. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0,05'ten küçük ve Q (4831,368) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma durumlarına göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. Q-istatistiği, analizdeki tüm çalışmaların ortak bir etki büyüklüğünü paylaştığına dair boş hipotezin test edilmesini sağlar. Eğer tüm çalışmalar aynı gerçek etki büyüklüğünü paylaşıyor olsaydı, Q'nun beklenen değeri serbestlik derecesine (çalışma sayısı eksi 1) eşit olurdu. Q değeri 46 serbestlik derecesi ve $p < 0,001$ ile 4831,368'dir. Kriter alfa 0,100 kullanılarak, gerçek etki büyüklüğünün tüm bu çalışmalarda aynı olduğuna dair boş hipotezi reddedebiliriz. Etki büyüklüğü endeksi odds oranıdır. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi. Analizdeki çalışmaların, potansiyel çalışmalardan oluşan bir evrenden rastgele bir örneklem olduğu varsayılmaktadır ve bu analiz, söz konusu evrene ilişkin bir çıkarım yapmak için kullanılmıştır (Borenstein, 2019; Borenstein vd., 2021; Higgins & Thomas, 2019). Z-değeri, ortalama etki büyüklüğünün 1.000 olduğu sıfır hipotezini test eder. Z-değeri $p < 0,001$ ile 6,867'dir. Kriter alfa 0,050 kullanılarak sıfır hipotezi reddedilir ve analizdekilerle karşılaştırılabilir popülasyonlar evreninde ortalama etki büyüklüğünün tam olarak 1.000 olmadığı sonucuna varılır. I^2 istatistiği %99'dur, bu da bize gözlemlenen etkilerdeki varyansın %99'unun örnekleme hatasından ziyade gerçek etkilerdeki varyansı yansıttığını söyler. Gerçek etki büyüklüklerinin varyansı olan Tau-kare, log birim cinsinden 1.416'dır. Gerçek etki büyüklüklerinin standart sapması olan Tau, log birimi cinsinden 1.190'dır. Gerçek etkilerin normal dağıldığını (log birimlerinde) varsayarsak, tahmin aralığının 0,298 ile 37,901 olduğunu tahmin edebiliriz. Karşılaştırılabilir tüm popülasyonların %95'inde gerçek etki büyüklüğü bu aralıkta yer almaktadır (Borenstein, 2019, 2020; Borenstein vd., 2021; Higgins ve Thomas, 2019).

Tablo 1. Şiddete Maruz Kalma Değişkeni İçin Heterojenlik Testi Sonuçları

Model		Effect size and 95% interval			Test of null (2-Tail)				Prediction Interval			Tau-squared		
Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	Df(Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standart Error	Variance	Tau
Fixed	45	3,639	3,522	3,760	77,293	0,000	4831,368	46	0,000	99,048	1,416	0,122	0,015	1,190
Random	45	3,360	2,378	4,749	6,887	0,000								



Şekil.2. Şiddete Maruz Kalma Etki Büyüklüğü Grafiği

Şekil 2’de sağlık profesyonellerinin maruz kaldığı şiddetin sıklığını inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 45 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Ortalama etki büyüklüğü değerinin (Odss Oranı) (+3.360) pozitif çıkması, işlem etkisinin deney grubu lehine olduğunu gösterir. Bu sonuca göre sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma sıklığına yönelik genel etki büyüklüğünün 3.360 (G.A.;2.378- 4,749; p= 0.000) değeri ile Odss oranı olan +1 değerinin üstünde çıkması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (%95 G.A: Güven Aralığı). Elde edilen bu sonuca göre araştırma sorularında biri olan “Sağlık profesyonellerinin karşılaştığı şiddetin sıklığı ne düzeydedir?” cevabının oldukça yüksek oranda şiddete maruz kaldıkları ve bu oranın 3 kat fazla etkisinin olduğu belirlendi.

Tablo 3. Sağlık Profesyonellerinin Maruz Kaldığı Şiddetin Sıklığına Ait Forest Grafiği

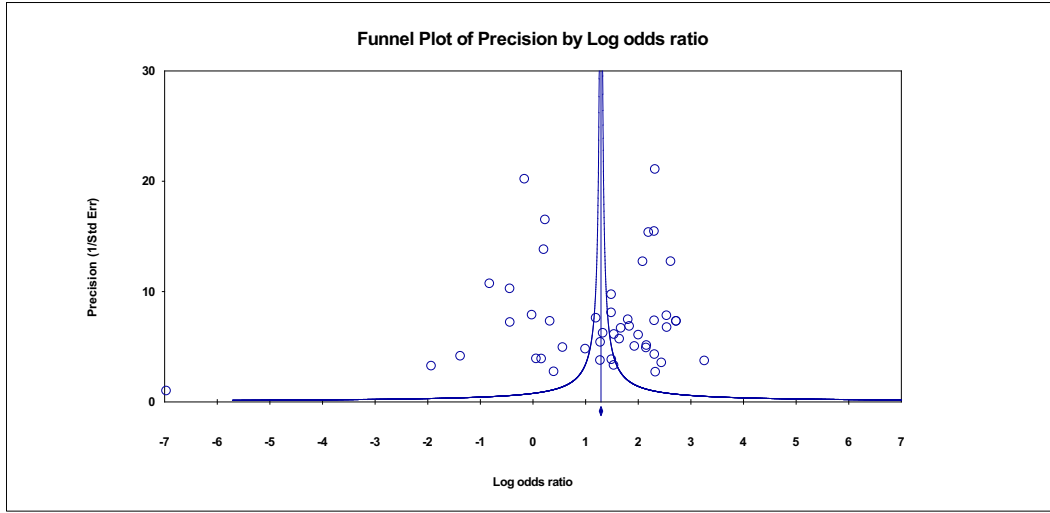
Study Name	Odds ratio	Lower limit	Upper limit	Z- Value	p- Value	Study Name	Odds ratio	Lower limit	Upper limit	Z- Value	p- Value
Cheung cvd.2017	0,647	0,535	0,784	-4,454	0,000	Copeland ve diğ., 2017	4,67	2,579	8,457	5,087	0,000
Mahani vd.,2017	6,926	4,689	10,23	9,724	0,000	Wu ve diğ., 2015	3,604	2,136	6,079	4,805	0,000
Sun S. vd.2017	4,479	2,682	7,484	5,729	0,000	Kaya ve diğ.2016	1,284	1,683	4,231	3,524	0,000
Lafra ve Falah.,2018	15,284	11,683	19,994	19,894	0,000	Yıldız,2019	1,387	1,068	1,814	2,387	0,017
Bayram vd.,2017	12,749	9,918	16,387	19,871	0,000	Biliş,2016	0,146	0,085	0,267	-6,242	0,000
Li ve diğ.,2017	13,78	11,811	16,078	33,336	0,000	Er ve diğerleri 2021	8,629	5,778	12,887	10,53	0,000
Sun, vd.,2017	10,064	8,864	11,426	35,647	0,000	Millet ve Yanık,2017	3,798	2,771	5,205	8,297	0,000
Ferri ve diğ.,2016	0,652	0,495	0,853	-3,103	0,002	Eğici ve öztürk 2018	11,566	6,645	20,132	8,657	0,000
Kvasave Seliakh,2015	6,116	4,7	7,959	13,482	0,000	Peihang ve diğ.2017	0,253	0,157	0,406	-5,681	0,000
Fahlora ve diğ.,2015	10,307	4,976	21,351	6,279	0,000	Yüce ve kalkan Öguzhanoglu,2020	0,441	0,367	0,529	-8,771	0,000
Partridge Aflecka,2017	2,719	1,805	4,096	4,783	0,000	Türkmenoğlu ve diğ.,2017	0,984	0,767	1,263	-0,127	0,899
Baykan vd.,2015	4,449	3,492	5,673	12,047	0,000	Abou-ElWafa vd.,2015	10,131	6,414	16,001	9,93	0,000
Gormleyvd.,2015	9,029	7,946	10,258	33,774	0,000	Pich ve diğ.,2017	6,277	4,713	8,361	12,564	0,000
İkişık ve diğ.2021	5,067	3,321	8,625	24,341	0,000	Shea ve diğ.,2016	10,229	9,32	11,226	48,982	0,000
Fisekovi vd.,2015	1,234	1,745	1,422	2,895	0,004	Aydemir ve diğ.2019	1,185	0,712	1,954	0,643	0,520
Jiao vd.,2015	3,323	2,567	4,304	9,108	0,000	Babaci ve diğ.,2018	7,453	5,39	10,305	12,151	0,000
Groenewold ve diğ., 2018	0,856	0,777	0,943	-3,143	0,002	Singh ve diğ., 2019	5,196	3,681	7,335	9,369	0,000
Cheung, Lee ve Yip, 2017	5,345	3,983	7,173	11,167	0,000	Ozen ve Cals 2021	1,068	0,646	1,766	0,257	0,798
Yenalem vd.,2019	12,799	9,566	17,124	17,164	0,000	Şahin ve Yıldırım 2020	1,494	0,728	3,067	1,094	0,274
Polat ve Çirak, 2019	4,688	3,401	6,462	9,433	0,000	Uğurlu ve Şantaş 2023	8,696	5,923	12,167	11,04	0,000
Rees ve diğ., 2018	1,267	1,125	1,427	3,902	0,000	Quinn ve Koopman 2023	0,001	0,003	0,007	-6,858	0,000
Ridenour ve diğ., 2017	26,168	15,426	44,39	12,107	0,000	Jakobsson ve diğ., 2023	1,767	1,187	2,631	2,805	0,005
Wubneh vd., 2023	3,618	2,515	5,204	6,934	0,000	Pooled	3,36	2,378	4,749	6,867	0,000

3.3. Şiddetin Sıklığı İçin Yayın Yanlılığının Analizi

Meta analiz veri setinin görsel bir özeti olarak da değerlendirilen ve yayın yanlılığının olasılığını gösteren huni saçılım grafiğinin sonuçları Şekil 4’te gösterilmektedir. Şekil 4’te görüldüğü gibi, araştırmaya dâhil edilen 45 çalışmanın büyük bir çoğunluğu birleştirilmiş etki büyüklüğüne çok yakın bir konumda ve üst kısımlarda yer almaktadır. Belirli bir düzeyin üzerindeki yayın yanlılığı hesaplanacak ortalama etki büyüklüğünü etkiler ve olması gerekenden daha yüksek gösterir (Borenstein vd. 2013). Şekil 4’e göre yayın yanlılığına ilişkin bir görüntü olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada yayın yanlılığı; huni saçılım grafiği, Classic fail-safe N, Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları istatistiği yöntemleriyle test edilmiştir. Classic fail-safe N istatistiğinde çalışmanın gücü ve p değerinin alfa değerinden büyük olması için analize dâhil edilmesi gereken çalışma sayısı öğrenilebilir (Dinçer, 2014). Yapılan analiz de p değerinin 0,05’ten büyük olması için gerekli çalışma sayısı 3949 adettir. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma ve nedenlerini inceleyen 3902 çalışmaya daha ulaşılması olası olmadığından dolayı, bu sonuç yayın yanlılığı olmadığına göstergesi olabilir. Yayın yanlılığını belirlemenin diğer bir yolu ise Begg ve Mazumdar

sıra korelasyonları istatistikidir. Buna istatistikte, Kendall'ın tau b katsayısı hesaplanır. Yayın yanlılığının olmaması durumunda bu katsayının 1'e yakın olması ve çift kuyruklu p değerinin anlamlı bir fark yaratmaması yani p değerinin 0,05'ten büyük olması beklenmektedir (Dinçer, 2014). Bu istatistikte hesaplanan değerlere göre meta analize dâhil edilen çalışmalarda p değeri 0,255'tir yayın yanlılığının olmadığı belirlenmiştir.



Şekil 3. Şiddetin Sıklığı İçin Huni Saçılım Grafiği(Funnel Pilot)

4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sektöründe şiddet, özellikle çalışanları etkileyen "endemik" bir tür şiddettir. Uluslararası Çalışma Bürosu, Uluslararası Hemşireler Konseyi, Dünya Sağlık Örgütü ve Kamu Hizmetleri Uluslararası gibi saygın kuruluşlar tarafından 2003 yılından bu yana sağlık hizmeti ortamlarında şiddeti ele almak için yayımlanan yönergelerle aktif önlemler alınmasına rağmen, bu sorun küresel ölçekte hala devam etmektedir (Ramacciati, 2023). Söz konusu literatür bilgisine paralel sonuçlar elde edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin maruz kaldığı şiddetin sıklığını inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 45 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Ortalama etki büyüklüğü değerinin (Odss Oranı) (+3.360) pozitif çıkması, işlem etkisinin deney grubu lehine olduğunu gösterir. Bu sonuca göre sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma sıklığına yönelik genel etki büyüklüğünün 3.360 (G.A.;2.378- 4,749; p= 0.000) değeri ile Odss oranı olan +1 değerinin üstünde çıkması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (%95 G.A:Güven Aralığı).Elde edilen bu sonuca göre araştırma sorularında biri olan “Sağlık profesyonellerinin karşılaştığı şiddetin sıklığı ne düzeydedir?” cevabının oldukça yüksek oranda şiddete maruz kaldıkları ve bu oranın 3 kat fazla etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Ulusal çalışmalar da cerrahi branşlarda şiddetin sıklığının daha fazla olduğunu gösterirken, yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda dâhili branşlarda şiddetin daha fazla olduğuna saptanmıştır. Çalışmalarda hastane ortamı olarak en sık acil odalarında şiddet oluşmakla birlikte servisler ve poliklinikler de güvenli ortamlar şiddet uygulanması yönünden riskli alanlardır. Bekleme salonları, park yerleri, koridorlar ve kafeteryalar da riskli alanlar olarak belirtilmiştir. Şiddetin nedenleri olarak; 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, vardiya halinde veya tek çalışma, sağlık bakım endüstrisinde maliyeti azaltma girişimleri nedeniyle hizmete sunumuna yansıyan eksiklikler, saldırgan davranışla baş etme konularında sağlık bakım personeline eğitim ve deneyim yetersizliği, iletişim yetersizliği şiddet riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır.

Zhang et al., (2023) tarafından yapılan çalışmada; İtalya Genova Üniversitesi liderliğinde çeşitli İtalyan üniversitelerinden araştırmacıların yer aldığı CEASE-IT adlı bir çalışma ve Ulusal Hemşirelik Profesyonel Düzeni Federasyonu (FNOPI) tarafından yayımlanan ulusal çalışmanın ön verileri incelenmiştir. İncelenen verilere göre, acil ve yoğun bakım hizmetleri ile tıbbi alanlar, şiddete en çok maruz kalan sağlık sektörleri olup, sırasıyla %27,3 ila %28,4 arasında bir yaygınlığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmasında Acil ve Yoğun Bakım hizmetlerinde şiddet yaygınlığı %59,4'tür, bu yüksek bir yüzdendir ancak bir diğer ulusal acil hemşirelerine yönelik yapılan bir ankete kıyasla daha düşüktür, burada hemşirelerin %91,5'i son 12 ay içinde şiddet eylemlerinin (sözlü, fiziksel veya her ikisi) kurbanı olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma popülasyonundaki

sağlık profesyonellerinin 25 yaş ve üzerinde olduğu, %82'sinin, hemşirelerin ve hekimlerden oluştuğu, %76'sinin işyerinde şiddeti yaşadığı belirlenmiştir. Bu profesyonel meslek gruplarının en çok hasta yakınları tarafından, daha az oranda ise hastalar tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddet türü olarak büyük çoğunluğu sözel şiddette maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddetin gerçekleştiği yerle ilgili veriler incelendiğinde hastane içinde kliniklerde ve özellikle de en sık acil servislere ve ikinci sıklıkta psikiyatri kliniklerinde şiddetin olduğu belirtilmiştir.

Kalite değerlendirmesi yapılan çalışmaların 40'i "güçlü", 3'ü "orta" ve 2 tanesi "zayıf" olarak değerlendirildi. Güçlü ve orta kalitede değerlendirilen çalışmalar meta analize dahil edileceği için toplamda 45 çalışma meta analize dahil edildi. Kalite değerlendirme puanına göre kodlayıcılar arası uyumun 0,845 olduğu bulundu. Bu çalışmadaki kodlayıcılar arası mükemmel düzeyde uyum olduğunu göstermektedir. Güvenirlilik analizinde Cohen's F 0,84 %95 güven aralığındadır [Güven Aralığı (GA: 0,783- 0,884)] (Dincer,2014).

Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgular rehberliğinde; sağlık çalışanlarının gün geçtikçe artan oranda yaşadığı şiddet olaylarının sıklığını önleyebilmek ve şiddet oluşmadan ortadan kaldırmak için şiddetin nedenlerini minimum seviyeye indirmek hatta ortadan kaldırmak gerekmektedir. Sağlık çalışanlarına yapılan şiddet eylemleri caydırıcı cezalar ile mevzuatta düzenlenmeli şiddet oluşumu ile devreye girecek hukuksal bir yapı oluşturulmalıdır. Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri düzenlenmeli ortaya yorgunluk ve stresten çıkabilecek şiddet olayları önlenmelidir. Şiddeti meydana çıkaracak personel eksikliği, tıbbi tedavi eksikliği ortadan kaldırılarak güvenli ve rahat bir çalışma ortamı sağlanmalıdır. İletişim sorunu için tüm sağlık çalışanlarına belli aralıklarla iletişim beceri eğitimleri ve psikolojik destek programları hazırlanmalıdır. Bu çalışmalar rehberliğinde sağlık çalışanları kaynaklı oluşacak şiddet olaylarının önüne geçmek mümkündür. Sağlıkta şiddetin sıklığı yasal düzenlemeler, iletişim sorunlarının çözüme kavuşturması ve eksikliklerin tamamlanması ile incelenerek literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar çalışmaya tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abou-Elwafa, H. S., El-Gilany, A. H., Abd-El-Raouf, S. E., Abd-Elmouty, S. M., & El-Sayed Hassan El-Sayed, R. (2015). Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses In Mansoura University Hospitals, Egypt. *Journal Of Interpersonal Violence*, 30(5), 857-872.
- Aydemir, İ., Rabia, Ü. Ç. L. Ü., & Aydoğan, A. (2020). Acil Servis Personeline Göre Şiddetin Nedenleri. *Journal Of Istanbul Faculty of Medicine*, 83(1), 60-68.
- Babaei, N., Rahmani, A., Avazeh, M., Mohajjelghdam, A. R., Zamanzadeh, V., & Dadashzadeh, A. (2018).
- Baykan, Z., Öktem, İ. S., Çetinkaya, F., & Naçar, M. (2015). Physician Exposure to Violence: A Study Performed In Turkey. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(3), 291-297.
- Bayram, B., Çetin, M., Oray, N. Ç., & Can, İ. Ö. (2017). Workplace Violence Against Physicians In Turkey's Emergency Departments: A Cross-Sectional Survey. *BMJ Open*, 7(6), E013568.
- Bekar, E. Ö., & Çevik, E. (2021). Beyaz Kod Verileri Işığında Düzce İlindeki Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 298-304.
- Bilişli, Y., & Hizay, D. (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Üniversite Hastanesi Örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 11(52), 473-486
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2017). Workplace Violence Towards Nurses In Hong Kong: Prevalence and Correlates. *BMC Public Health*, 17(1), 1-10.
- Cheung, T., Lee, P. H., & Yip, P. S. (2017). Workplace Violence Toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates In Macau. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 879.

- Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, And Recommendations. *Journal Of Trauma Nursing, 24*(2), 65-77.
- Das, G., & Avci, I. A. (2015). The Effect of Anger Management Levels and Communication Skills of Emergency Department Staff on Being Exposed To Violence. *Med Glas (Zenica), 12*(1), 99-104.
- Eğici, M. T., & Öztürk, G. Z. (2018). Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Ankara Medical Journal, 18*(2), 224-231.
- Fafiora, E., Bampalis, V. G., Zarlas, G., Sturaitis, P., Lianas, D., & Mantzouranis, G. (2016). Workplace Violence Against Nurses In Three Different Greek Healthcare Settings. *Work, 53*(3), 551-560.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorenzo, R. (2016). Workplace Violence In Different Settings and Among Various Health Professionals In An Italian General Hospital: A Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management, 263-275*.
- Fisekovic, M. B., Trajkovic, G. Z., Bjegovic-Mikanovic, V. M., & Terzic-Supic, Z. J. (2015). Does Workplace Violence Exist In Primary Health Care? Evidence From Serbia. *The European Journal of Public Health, 25*(4), 693-698.
- Gormley, M. A., Crowe, R. P., Bentley, M. A., & Levine, R. (2016). A National Description of Violence Toward Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care, 20*(4), 439-447.
- Groenewold, M. R., Sarmiento, R. F., Vanoli, K., Raudabaugh, W., Nowlin, S., & Gomaa, A. (2018). Workplace Violence Injury In 106 US Hospitals Participating In The Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. *American Journal Of Industrial Medicine, 61*(2), 157-166.
- İkişik, H., Yılmaz, F. K., Karacanoğlu, A., Kadayif, A., Güven, İ., Özdemir, G. M., ... & Maral, I. (2021). Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sağlıkta Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. *Abant Tıp Dergisi, 10*(1), 55-64.
- Jakobsson, J., Örmön, K., Axelsson, M., & Berthelsen, H. (2023). Exploring Workplace Violence on Surgical Wards In Sweden: A Cross-Sectional Study. *Bmc Nursing, 22*(1), 1-10.
- Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., ... & Hao, Y. (2015). Workplace Violence Against Nurses In Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *BMJ Open, 5*(3), E006719.
- Kaya, S., Demir, I. B., Karsavuran, S., Ürek, D., & Ilgün, G. (2016). Violence Against Doctors and Nurses In Hospitals In Turkey. *Journal Of Forensic Nursing, 12*(1), 26-34.
- Kvas, A., & Seljak, J. (2015). Sources Of Workplace Violence Against Nurses. *Work, 52*(1), 177-184.
- Lafta, R. K., & Falah, N. (2019). Violence Against Health-Care Workers In A Conflict Affected City. *Medicine, Conflict and Survival, 35*(1), 65-79.
- Li, Z., Yan, C. M., Shi, L., Mu, H. T., Li, X., Li, A. Q., ... & Mu, Y. (2017). Workplace Violence Against Medical Staff of Chinese Children's Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Plos One, 12*(6), E0179373.
- Madzhadzhi, L. P., Akinsola, H. A., Mabunda, J., & Oni, H. T. (2017). Workplace Violence Against Nurses: Vhembe District Hospitals, South Africa. *Research And Theory for Nursing Practice, 31*(1), 28-38.
- Milet, M., & Yanık, A. (2017). Sağlık Çalışanlarına Karşı İşyeri Şiddeti. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3*(2), 25-36.
- Partridge, B., & Affleck, J. (2017). Verbal Abuse and Physical Assault In The Emergency Department: Rates of Violence, Perceptions of Safety, And Attitudes Towards Security. *Australasian Emergency Nursing Journal, 20*(3), 139-145.
- Pich, J. V., Kable, A., & Hazelton, M. (2017). Antecedents And Precipitants of Patient-Related Violence In The Emergency Department: Results from The Australian VENT Study (Violence In Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal, 20*(3), 107-113.
- Polat, Ö., & Çırak, M. (2019). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy, 15*(4).
- Quinn, J. M., & Koopman, J. M. (2023). Violence Risk Assessment In The Emergency Department. *Journal Of Emergency Nursing, 49*(3), 352-359.

- Rees, C., Wirihana, L., Eley, R., Ossieran-Moisson, R., & Hegney, D. (2018). The Effects of Occupational Violence on The Well-Being and Resilience Of Nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(9), 452-458.
- Ridenour, M. L., Hendricks, S., Hartley, D., & Blando, J. D. (2017). Workplace Violence and Training Required by New Legislation Among NJ Nurses. *Journal Of Occupational and Environmental Medicine*, 59(4), E35-E40.
- Shea, T., Cooper, B., De Cieri, H., Sheehan, C., Donohue, R., & Lindsay, S. (2018). Postincident Support for Healthcare Workers Experiencing Occupational Violence and Aggression. *Journal Of Nursing Scholarship*, 50(4), 344-352.
- Singh, G., Singh, A., Chaturvedi, S., & Khan, S. (2019). Workplace Violence Against Resident Doctors: A Multicentric Study from Government Medical Colleges Of Uttar Pradesh. *Indian Journal of Public Health*, 63(2), 143-146.
- Sun, P., Zhang, X., Sun, Y., Ma, H., Jiao, M., Xing, K., ... & Yin, M. (2017). Workplace Violence Against Health Care Workers In North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 96.
- Sun, S., Gerberich, S. G., & Ryan, A. D. (2017). The Relationship Between Shiftwork and Violence Against Nurses: A Case Control Study. *Workplace Health & Safety*, 65(12), 603-611.
- Sun, T., Gao, L., Li, F., Shi, Y., Xie, F., Wang, J., ... & Fan, L. (2017). Workplace Violence, Psychological Stress, Sleep Quality and Subjective Health In Chinese Doctors: A Large Cross-Sectional Study. *BMJ Open*, 7(12), E017182.
- Şahin, Ö., & Yıldırım, E. (2020). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Üniversite Hastanesi Örneği. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 7-14.
- Tuğçe, E. R., Ayoğlu, F., & Açıkgöz, B. (2021). Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Turkish Journal Of Public Health*, 19(1), 69-78.
- Türkmenoğlu, B., & Sümer, H. E. (2017). Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı. *Ankara Medical Journal*, 17(4)
- Uğurlu, H., & Şantaş, F. (2023). Sağlıkta Şiddete İlişkin Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 305-334.
- Wu, J. C., Tung, T. H., Chen, P. Y., Chen, Y. L., Lin, Y. W., & Chen, F. L. (2015). Determinants Of Workplace Violence Against Clinical Physicians In Hospitals. *Journal Of Occupational Health*, 57(6), 540-547.
- Wubneh, C. A., & Kassew, T. (2023). Prevalence And Forms of Workplace Violence Against Nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 19, 100620.
- Yenealem, D. G., Woldegebriel, M. K., Olana, A. T., & Mekonnen, T. H. (2019). Violence At Work: Determinants & Prevalence Among Health Care Workers, Northwest Ethiopia: An Institutional Based Cross Sectional Study. *Annals Of Occupational and Environmental Medicine*, 31(1), 1-7.
- Yücens, B., & Oğuzhanoglu, N. K. (2020). Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algısı, Şiddete Uğrama ve Şiddetten Etkilenme Durumları Sağlık Çalışanlarında Şiddet. *Pamukkale Medical Journal*, 13(2), 321-329.



DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ PAZARLAMA KARMASI ELEMANLARININ İNCELENMESİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

AN ASSESSMENT ON INVESTIGATION OF MARKETING MIX ELEMENTS IN HEALTHCARE

Öğr. Gör. Feyza BÜYÜKDERE¹

Öğr. Gör. Mümtaz KORKUTAN²

ÖZ

Bu çalışmada temel amaç mal üreten işletmelerde uygulanan pazarlama karması stratejileri ile sağlık hizmeti üreten işletmelerde uygulanan pazarlama karması stratejilerini karşılaştırmaktır. Bu çerçevede veriler literatür taranarak toplanmıştır. Çalışmada konuyla ilgili makale, kitap ve tez araştırmaları incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Mal üreten işletmeler ile sağlık hizmeti üreten işletmelerin pazarlama karması stratejilerinin birbirinden farklı olduğu literatür bulguları ile saptanmıştır. Sonuç olarak; hizmet çıktısının değerlendirilmesinin güç olması ve dolayısıyla fayda düzeyinin ölçülmesinde zorluk yaşanması, tüketimin hizmet sunumuyla eş zamanlı olması, sağlık hizmetlerinin ikamesinin mümkün olmaması, hizmet boyutunun hizmeti sunan sağlık profesyonelleri tarafından belirlenmesi, mal ve diğer hizmetlerin reklamlarına kıyasla sağlık kuruluşlarının reklamlarının sınırlı olması, insan unsurunun birebir pazarlama karması elemanı olması sebebiyle algılanan hizmet kalitesinin aynı koşullar altında dahi farklı değerlendirilmesi gibi etmenler sağlık işletmelerinde pazarlama karması stratejilerini diğer işletmelerdeki pazarlama karması stratejilerinden ayıran en önemli farklılıklar olarak tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pazarlama, Pazarlama Karması, Sağlık, Sağlık Sektörü, Sağlıkta Pazarlama

JEL Sınıflandırma Kodları: Ben10, Ben11, I19, M31.

ABSTRACT

The main purpose of this study is to compare the marketing mix strategies applied in companies producing goods and the marketing mix strategies implemented in companies producing health services. In this framework, the data were collected by scanning the literature. In the study, articles, books and thesis researches related to the subject were examined and evaluated. Continuing with the management of the literature that reducing the profit marketing of the enterprises that produce goods and the enterprises that produce health services are different from each other. As a result; service output is difficult to evaluate and therefore, it is difficult to measure the level of benefit, simultaneous consumption with service delivery, the inability to substitute health services, determining the service dimension by the health professionals providing the service, limited advertisements of health institutions compared to advertisements of goods and other services, factors such as the different evaluation of the perceived service quality even under the same conditions due to the fact that the human element is a one-to-one marketing mix element have been identified as the most important differences that distinguish marketing mix strategies in health businesses from marketing mix strategies in other businesses.

Keywords: Health, Health Sector, Marketing, Marketing in Healthcare, Marketing mix

JEL Classification Codes: Ben10, Ben11, I19, M31.

¹ Bitlis Eren Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı
fbuyukdere@beu.edu.tr

² Bitlis Eren Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı,
mkorkutan@beu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

In order to differentiate between developing technology and increasing competition conditions, businesses apply various marketing methods and develop strategies accordingly. Marketing strategy is all of the efforts made, from the idea of a product to its development, the pricing of the product, what efforts are made to promote it, and how to distribute it. It is seen that the concept of marketing in businesses providing health services has developed in recent years. In Turkey, especially with the implementation of the Health Transformation Program (SDP), the significant increase in the number of private health enterprises and the intense competition conditions it brings have resulted in the institutions providing health services to understand how important their marketing strategies are day by day and to increase their efforts. Hereby, it is seen that healthcare businesses develop and implement a wide variety of marketing strategies. In this direction, it has been understood that examining the marketing mix elements in health services is of great importance for marketing activities. In this context, the differences between the marketing mix (7P) elements used in health services and the marketing mix elements used in other businesses were tried to be examined. The main purpose of the study is to determine these differences.

Design/methodology/approach:

Literature review, which is a type of qualitative research, was used as the method of the research. To obtain the literature, scientific articles, books and reports on the subject were examined. After the data were collected by the researchers, they were evaluated, and a conclusion was reached.

Findings:

Health institutions have an extremely dynamic structure. Intensive specialization and rapid developments in the field of technology, the pressures created by the increase in costs continue, funding becomes more difficult day by day, the number of health enterprises is increasing day by day, services can be imitated quickly and easily, and emerging idle capacities, It has been determined that competition has become much more intense and challenging day by day, various legal regulations, differentiations in the relations between patients and doctors, and serious advances in health technology. It has been seen that health institutions should develop different strategies against this change and development. It has been determined that the marketing mix elements are the same for all businesses, but the practices in health services are different. It was observed that this difference was caused especially by human health. In addition, it has been observed that there are some differences due to legal regulations. In terms of marketing mix elements, the following findings were determined when the companies were compared one by one.

Product: while packaging, branding, diversification, labeling, and after-sales support elements are objective in companies that produce goods, it is clear that these elements cannot be evaluated in terms of products, since products are not physical in companies that produce health care services. While there is support such as warranty, installation, and repair of the product in terms of after-sales support; Since the health service is "abstract", instead of such after-sales services, re-checks after the delivery of health services, additional tests, treatments, or new treatment protocols can be applied.

Price: while factors such as demand forecasting, cost elements, competition, profit margin provide objective data in determining the price in companies that produce goods, it is more difficult to determine profit margin and cost elements in healthcare businesses. Competition is less than in other sectors because health services are generally carried out by the public.

Promotion: in companies that produce goods, a promotion plan is made according to factors such as the characteristics of the market, the characteristics of the product, the position of the product in the life cycle. Methods such as face-to-face sales, personal sales, internet/phone sales can be applied, mainly advertisements. The methods used by the companies producing goods in their promotion activities can also be used in the marketing of health services in general. Since the product is intangible in health enterprises, it is very difficult to determine its qualities. Because the presentation and quality of the service varies according to the person who buys the service. Although the average characteristics of the market can be determined, there is subjectivity since the production and consumption of the service are simultaneous. In terms of providing health services to customers, one of the important points that distinguishes companies that provide health services from other businesses is that it is legally forbidden to share the services with advertisements.

Place: while distribution strategies alternatives (intensive, selective, direct, indirect, etc.) can be applied frequently in physical products, the production and consumption of services in health enterprises are simultaneous. For this reason, distribution strategy implementation is not as diverse as physical products. It is not possible to standardize distribution in health services due to its subjectivity and intangibility. At the same time, due to the consumption of health services as soon as they are produced; middlemen used in physical product distribution are not used.

Physical evidence: in enterprises producing goods; products are already physical, and no extra physical elements are needed in the product presentation. However, since there is intangibility in health services, it is imperative that the service is linked to physical evidence.

People: in businesses that produce goods, the product is directly used by people and provides benefits. There is no need for human intervention to derive benefit from goods. Although physical elements are used while providing services in health institutions, the person who provides the service and the person who receives the benefit is the person and the main benefit is obtained from the service itself.

Process: if the process is mentioned in the enterprises producing goods; products provide benefits to consumers as they are consumed/used. In health enterprises, after-service benefits are generally obtained, and a process must be passed to see or feel this benefit. For example, it can be determined whether there is a benefit after certain treatment protocols for the treatment of cancer.

Conclusion and Discussion:

Healthcare-producing sectors differ from goods-producing sectors in many ways. Changes and developments in the field of health services have gained a different course all over the world since the 2000s. We see that factor such as increased competition, widespread private sector initiatives, changes in the patient profile and public awareness shape marketing strategies in healthcare providers. Businesses producing healthcare services must use modern marketing techniques to achieve their own goals and to achieve maximum patient satisfaction. Different from other businesses, the marketing activities of health institutions, which strategies are used and what kind of differences are seen in terms of marketing mix elements have been investigated. As a result; It is difficult to evaluate the service output in health enterprises and therefore it is difficult to measure the level of benefit, consumption is simultaneous with service delivery, it is not possible to substitute health services, the size of the service is determined by the health professionals (mostly physicians) providing the service, the advertisements of health institutions are compared to the advertisements of goods and other services. It has been determined that the most important differences that distinguish marketing in health enterprises from marketing in other enterprises.

1. GİRİŞ

Profesyonel bir araştırma ve uygulama disiplini olarak pazarlama 1950'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmış, takip eden yıllarda hızla gelişerek diğer ülkelere yayılmıştır. Öncesinde sadece satış, satış yönetimi ve fiziksel dağıtım gibi konular üzerinde durulmuşken, 1960'lerden sonra pazarlama yönetimi, pazarlama karması, örgütsel pazarlama, sosyal pazarlama, hizmet pazarlaması ve uluslararası pazarlama gibi kavramlar geliştirilmiş, böylelikle pazarlamaya daha geniş bir bakış açısı kazandırılmıştır. Müşteri memnuniyetini amaç edinen ve tüketici isteklerini ön plana alan günümüz modern pazarlama anlayışına ulaşıncaya kadar meydana gelen gelişmeleri kronolojik bir sıralamaya göre aşağıdaki şekilde göstermek mümkündür (Altunışık, Özdemir ve Torlak, 2017: 9):

- a. Üretim Yaklaşımı (Production Concept)
- b. Ürün Anlayışı (Product Concept)
- c. Satış Anlayışı (Sales Concept)
- d. Pazarlama Anlayışı (Marketing Concept)

a. Üretim Yaklaşımı (Production Concept)

19. Yüzyılın ikinci yarısında İngiltere'de başlayan Sanayi Devrimi'nden sonra ortaya çıkan bilimsel ve teknolojik gelişmelerle, işletmeler büyük miktarlarda üretebilmeye ve ölçek ekonomilerinin meyvelerini toplamaya başlamışlardır. Bu gelişmeler tüketiciler için birim fiyatlarının ucuzlamasını sağlamış ve bunun sonucu olarak talep hızla yükselme eğilimine geçmiştir. İşletme yöneticileri tek yapmaları gerekenin yeni makineler kullanarak ve bilimsel yönetim esaslarını uygulayarak üretimlerini arttırmak ve mümkün olduğunca maliyetleri düşürmek olduğunu düşünmüşlerdir. Bu anlayışın temel varsayımları şöyle sıralanabilir:

- ✓ Üretilen ürünlerin satış sorunu yoktur.
- ✓ Ürün ve hizmetlerin talepleri arzlarından daha fazladır.
- ✓ Tüketicilerin isteklerini öğrenmeye gerek yoktur.

“Her arz kendi talebini yaratır”; “Ne üretirsem satarım”; “Siyah olmak koşuluyla otomobilinizi istediğiniz renkte alabilirsiniz (*Any customer can have a car painted any color that he wants so long as it is black*)” ifadeleri üretim anlayışını benimseyen işletmelerin yönetim konusundaki tavırlarını özetlemektedir. Üretim anlayışını bugün de benimseyen firmalar mevcuttur. Bu firmalar mümkün olan en fazla miktarda ürünü en ucuza üreterek potansiyel tüketici ve müşteri kitlelerine yabancılaşmış ve onlardan uzaklaşmakta olduklarını fark edememişlerdir (Koç, 2008: 51).

b. Ürün Anlayışı (Product Concept)

1. Dünya Savaşı'nın sonu ile 2. Dünya Savaşı'nın arasında kalan dönemde geçerlilik kazanan pazarlama düşüncesi, üretilen ürünün kalitesine ve performansına odaklanmıştır. Bu çerçevede ortaya çıkan ürüne yönelik pazarlama anlayışı, tüketicilerin kendilerine sunulan en yüksek performanslı, daha kaliteli ve nitelikli özellikler taşıyan ürünleri tercih edeceklerini kabul etmektedir (Bayes Araştırma, 2023). “Rakiplerinizden daha iyi ürünler ürettiğiniz sürece tüketiciler sizin ürününüzü tercih edecektir” ifadesi bu anlayışın ana temasını oluşturmaktadır (Altunışık, vd., 2017: 9). Kısacası bir firmanın tercih edilmesinin sebebi olarak rakiplerden daha fazla ve farklı özelliklere sahip ürünler üretmek olduğu inancı yaygınlaşmıştır.

c. Satış Anlayışı (Sales Concept)

Zaman içinde sürekli olarak kaliteli ve özellikli ürün üretme çabası sonrası aynı tipte ürün üreten firma sayısına paralel olarak rekabet de artmış ve arz-talep dengesizliği oluşmaya başlamıştır. Bazı sektörlerde arz, talepten daha fazla olmaya başlayınca elde kalıp satılamayan ürünler ve dolayısıyla heba olan kaynak sorunu da beraberinde gelmiştir. Böylelikle asıl sorunun üretmekten çok üretileni “satmak” olduğu ortaya çıkmış ve işletmeler yoğun bir şekilde satış çabalarına yönelmiştir. Bu dönemin tipik düşünce tarzı “ne üretirsem satarım, yeter ki satmasını bileyim.” şeklinde ifade edilebilir (Mucuk, 2001: 9). Bu yüzdendir ki ürünlerden çok “satış elemanları” aranmıştır. Ayrıca bu dönemde aldatıcı-yanıltıcı beyanlar ya da reklamların çok olduğu görülmektedir (Bayes Araştırma, 2023).

d. Pazarlama Anlayışı (Marketing Concept)

Mal ve hizmetlerin pazarlanmasında tüketiciyi ve tüketici tatminini ön plana çıkaran yönetim felsefesi pazarlama anlayışı olarak tanımlanmaktadır. Bu anlayış, tüketici istek ve ihtiyaçlarını tüm pazarlama faaliyetlerinin odak noktası yapan gerekli örgütsel düzenlemelerle tüketiciye yönelik tutumu bütünleşmiş bir biçimde örgütün tüm birim ve çalışanlarına benimseten ve bu sayede koordineli çalışmalarla tüketicileri maksimum düzeyde tatmin etme yolunda satışları ve uzun vadede kârı sağlamayı esas alan bir pazarlama anlayışıdır. Bu anlayış 1960'lı yıllarda ABD'de 1970'li yıllarda ise diğer ülkelerde yaygınlaşmıştır (Mucuk, 2007: 7). Pazarlamanın sadece satmaktan ibaret olmadığı, sonrasında da bazı hizmetlerin beklenir olduğu, böylelikle sağlam bir pazar araştırması yapılarak ihtiyaç ve isteklerin belirlenmesinin ne kadar önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Satış yaklaşımı ile pazarlama yaklaşımının çoğunlukla birbirine karıştırıldığı görülmektedir. Oysa satış yaklaşımında odak nokta ürünlerin nakde dönüştürülmesi iken, pazarlama yaklaşımında odak noktanın tüketici istek ve ihtiyaçlarının tatmini üzerine olduğu bilinmektedir (Altunışık, vd., 2017: 11).

İşletmelerin, temel amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek için ürettikleri mal ve hizmetleri tüketicilere ulaştırmaları gerekmektedir. Bu kapsamda işletmelerin; tüketicilerin ihtiyaçlarını tanıması, bu ihtiyaçların hangilerini karşılayabileceğini belirlemesi ve potansiyel tüm tüketicileri işletme müşterisine dönüştürecek bir mal veya hizmeti geliştirmesi gerekmektedir. Bu istendik durum ancak uygun pazarlama teknikleri ile mümkündür. Dolayısıyla pazarlama kavramından bahsedebilmek için; değişimle ilgilenen iki veya daha çok tarafın varlığı, tarafların değer taşıyan bir şeye sahip olması ve tarafların haberleşme ve teslim etme gücüne sahip olması gerekmektedir.

1.1. 2000'lerin Başında Pazarlamanın Değişen Yüzü ve Yeni Trendler

İnternet, 1960'lı yıllarda ABD Savunma Bakanlığı'nca askeri amaçlar için geliştirilmiştir. Ancak bunun hızla yaygınlaşması ve ticarileşmesi 1990'lı yılların başlarında özellikle www (World Wide Web) web tarayıcısının kullanılması ile hız kazanmaya başlamıştır. Bunun yanı sıra bilgi teknolojisindeki hızlı gelişmeler, iş hayatının özellikle internetten ticaretin artmasıyla birlikte hızla küreselleşmesi ve değişen dünya ekonomisi gibi unsurlar pazarlamada yeni trendlerin oluşmaya başlamasını hızlandırmıştır. Gelişmiş ekonomilerdeki pazarların doyum noktasına yaklaşması ve artan küresel rekabet ile işletmeler "yeni müşteriler" bulmanın "mevcut müşteriyi elde tutmak"tan daha maliyetli olduğunu fark ettikleri için bir müşteri veri tabanı oluşturmaya yönelmiş ve müşteri değeri kavramının önemini daha iyi anlamışlardır (Mucuk, 2001: 13). 1990'larda ortaya çıkıp günümüzde de devam eden ilişkisel pazarlama (relationship marketing) ya da ilişki anlayışı ile müşteri tatmini ön plana çıkmış ve müşteri ile uzun süreli ilişkiler geliştirilmeye odaklanılmıştır (Boone ve Kurtz, 2019: 355). Ayrıca her ne kadar da pazarlama kavramı akla kâr amacı güden işletmeleri getirirse de "kâr amacı gütmeyen" kuruluşların da pazarlama faaliyetlerinde yer alarak, kâr amacı güden işletmelerle ticari iş birlikleri yaptıkları görülmektedir. Dinî organizasyonlardan siyasal kampanyalara kadar kâr amacı güdülmeyen birçok alanda pazarlama anlayışının kullanıldığı görülmektedir. Kâr amacı gütmeyen kuruluşların genelde geleneksel olmayan pazarlama yöntemlerinden kişi, olay, yer, organizasyon pazarlaması ve amaca yönelik pazarlama türlerini uygulayabildikleri görülmektedir (Boone ve Kurtz, 2019: 356-359).

Pazarlamanın müşterilerin bir parçası olduğu; durumları ve olayları veriye, verileri bilgiye, bilgileri bir yarar/ürün/sunuya, bunları bir iletişim fikrine, fikri ilişkiye, ilişkiyi marka değerine, marka değerini sürekliliğe/sadakate dönüştürmeye yönelik bir süreç olduğu gerçeği gittikçe daha açık fark edilir olmaktadır. Sürekli yenilenen, gelişen ve dolayısı ile sürekli yeni kavramların da ortaya çıktığı görülmektedir. Bu kapsamda viral pazarlama, yeşil pazarlama, nöropazarlama, saldırgan pazarlama, renk pazarlama, şehir pazarlama, davranışsal pazarlama gibi yüzlerce yeni pazarlama kavramı/trendinden bahsedilebilir (Kaya, 2009: 7).

Özellikle 2000'li yıllardan sonra özel sektörde markalaşma çabalarının olduğu görülmektedir. Sağlık sektöründe markalaşma faaliyetleri, hastalar ile güçlü ilişkilerin kurulmasını ve bu ilişkilerin uzun süreli olmasını sağlamaktadır. Bu durum sağlık işletmelerinin marka değerini artırmaktadır. Nitekim Tengilimoğlu, 2011 yılında yaptığı çalışmada; markalaşma kararının verilmesinden, marka ismi seçimine, ambalaja, etiketlenen, marka stratejisine kadar firma tarafından markayla ilgili alınan pek çok karar ve ürünle ilgili geçmiş kullanım tecrübelerinden satış sonrası hizmetlere uzanan tüketiciyle ilgili pek çok faktörün, tüketicinin markayla ilgili bir değerlendirme yapmasına ve bunları zihninde depolamak suretiyle markaya belli bir değer atfetmesine neden olduğunu ifade etmiştir. İşte "Güçlü Marka", ancak tüketicinin zihninde yüksek bir derecede konumlanmak, bunu

sürdürmek ve sonra da hedef pazarı kapsayacak şekilde bu değeri hedef kitle için genelleştirmeyi başarmakla yaratılabilir.

2. SAĞLIK KURUMLARINDA PAZARLAMA

Sağlık kurumları pazarlaması; sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaçlarının belirlenerek sağlık hizmetlerinin bunlara uygun bir hale getirilmesi ve hizmet kullanıcılarının/hastaların bu hizmetleri kullanmaya teşvik edilmesidir (Tengilimoğlu, 2020: 33). Sağlık kurumlarında pazarlama faaliyetlerinin yapılıp yapılmayacağı ile ilgili sağlık yöneticilerinin 1980'li yıllara kadar hep şüphe ile yaklaştığı bilinmektedir. Bu zamana kadar pazarlamanın sağlık kuruluşları arasında rekabet yaratacağı, bunun sağlık kuruluşları için iyi bir durum olmadığı, sağlık kuruluşlarının rekabetten çok birlik ve beraberlik içinde çalışması gerektiği ve pazarlama ile ilgili yapılacak tüm harcamaların gereksiz olduğu düşünülmüştür (Tengilimoğlu, 2000: 188). Ancak hizmet sektörü geliştikçe ve bilhassa sağlık hizmetlerine olan talepler de çeşitlendikçe; ayrıca sağlık hizmetini sunmada gerekli fiziksel ürünlerin de teknolojinin gelişmesi ile üretilmesi ve dolayısıyla bu ürünlere ait pazarın da oluşmasıyla birlikte sağlık işletmelerinde pazarlama önem atfedilen bir kavram olmuştur.

Devitt, (1992) hastanelerdeki yöneticilerin pazarlamayı benimseme sürecini dört evre şeklinde ifade etmektedir. Birinci ve ikinci aşamalarda üretim uyumu, üçüncü ve dördüncü aşamalarda ise pazar uyumu ele alınmıştır (Aktaran: Tengilimoğlu ve Akdoğan, 1997: 24).

Üretim uyumu açısından *birinci aşamada*; hastanelerde içe dönük bir politikanın izlendiği ve dış çevre ile pek irtibatın olmadığı, pazarlama ihtiyacının farkında olunmadığı, pazarlama araştırmalarının yapılmadığı, pazarlama karar vericilerinin en üst düzey yöneticiler olduğu, stratejik ve taktik kararların verilmediği ifade edilmiştir. *İkinci aşamada*; hastanenin tanıtımına olan ihtiyacın arttığına farkına varıldığı, hastaneyi tanıtmak adına kendi çapında ve kendi ifadelerinin kullanılarak halkla ilişkiler faaliyetlerinin başladığı, pazarlama araştırmalarının hastane imajı ve hasta tatmini açısından yapılmaya başlandığı, pazarlama karar vericilerinin üst düzey yöneticilere ek olarak halkla ilişkiler yöneticisi de olabildiği görülmektedir. Pazar uyumu açısından değerlendirilen *üçüncü aşamada* ise pazarlama potansiyelinin sınırlı da olsa farkına varıldığı, pazarlama karması yolu ile hasta tatmininin aranmaya başlandığı, kısıtlı da olsa bilgi sistemlerinin pazarlama araştırması için kullanıldığı, hasta davranış biçimleri, hekim araştırmaları ve hasta tatmin araştırmalarının da kısıtlı da olsa yapıldığı şeklinde değerlendirilmiştir. Son olarak *dördüncü aşamaya* gelindiğinde hastanelerin de kendi pazarlama potansiyelinin farkına vardığı, tam bütünleştirilmiş stratejik taktik uygulandığı, pazarlama çabaları yolu ile maksimum müşteri tatmininin sağlandığı, bütünlük pazarlama bilgi sistemlerinin kullanıldığı, pazar bölümlendirme çalışmalarının yapıldığı, hasta orijinal pazarlama araştırmalarına önem verildiği, pazarlama karar vericisinin üst düzey profesyonel pazarlama yöneticisi olduğu ifade edilmiştir (Tengilimoğlu ve Akdoğan, 1997: 24).

Berkowitz (1996), sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetlerinin başlama ve gelişiminin ticari işletmelerde yaşanan gelişimlere paralel olarak yaşandığını ifade etmiştir. Bu kapsamda 3 temel aşamadan bahsedilmiştir. *Birinci aşama*; pazarlama faaliyetleri açısından hedeflenen, üretim işletmelerinde üretim maliyetlerinin düşürülmesi iken, sağlık işletmelerinde klinik kalitenin yükseltilmesi olarak belirtilmiştir. *İkinci aşamada*; yine pazarlama faaliyetleri açısından satışa önem verilmiş, üretim işletmelerinde satış hacminin artırılması hedeflenirken sağlık işletmelerinde temel hedef hastane yatak doluluk oranlarının artırılması olmuştur. *Üçüncü aşamada* da modern pazarlama esas alınarak üretim işletmeleri açısından pazarlama faaliyetlerine bakıldığında tüketici tatmininin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılırken, bu durum sağlık işletmelerinde hasta memnuniyetinin artırılması şeklinde tezahür etmiştir (Berkowitz, 1996: 12). Bu çerçevede pazarlamanın; üretim, satış ve pazarlama aşamalarında üretim işletmelerinin odak noktası ile hastanelerin odak noktasını karşılaştırmak ve aradaki farkı tespit etmek elzemdir. Üretim işletmeleri; ürün kalitesi üzerine odaklanırken, hastaneler klinik kalite üzerinde odaklanmaktadır. Üretim işletmeleri; satış hacmini artırmaya çalışırken, hastaneler yatakların doluluk oranını artırmaya çalışmaktadır. Üretim işletmeleri; tüketicilerin ihtiyaç ve isteklerinin tatmini ile ilgilenirken, hastaneler tüketicilerin sağlık ihtiyacını belirleme ve karşılama durumlarıyla ilgilenmektedir.

Günümüzde gelişmiş ülkelerde sağlık işletmeleri çağdaş pazarlama anlayışına sahipken, ülkemizde sağlık kurumlarındaki pazarlama anlayışının hâlâ satış anlayışı aşamasında olduğunu görmekteyiz. Bunun temel sebebi hekimlerin büyük bir çoğunluğunun pazarlamaya karşı bir direnç göstermesi ve hastane yönetimlerinin de sadece halkla ilişkiler faaliyetleri ile yetinmesiyle ilgilidir. Sağlık hizmetleri pazarlamasına getirilen eleştiriler özellikle konunun ahlâki yönü vurgulanarak yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri pazarlaması teorik ve pratik yaklaşımlar olarak yanlış anlaşılmaktadır. Pazarlama kavramı satış ile özdeşleştirilmekte, çoğu zaman halkla ilişkiler ve reklâm

ile aynı olarak kabul edilmektedir. Özellikle tutundurma ve reklâm, sağlık hizmeti pazarlamasındaki hassas konular olarak görülmektedir. Tutundurma ve reklâmın gereksiz masraf olduğu gerekçesiyle reddedilmesi, sağlık sektöründeki profesyonellerin tüm pazarlama alanlarını reddetmelerine yol açmaktadır.

Sağlık hizmetleri pazarlamasına getirilen bazı eleştiriler; kaynakların gereksiz harcamalara sebep olduğu, saldırgan bir anlayış olduğu, sağlık hizmetlerindeki kalitenin düşmesine sebep olduğu, yönlendirici ve etik olmadığı, gereksiz bir talebin oluşmasına sebep olduğu, hastalar arasında ayrımcılığa vesile olduğu ve temel sağlık hizmetlerine yeteri derecede önem verilmemesine yol açtığı şeklinde sıralanmaktadır (Tengilimoğlu ve Akbolat, 2018: 281). Söz konusu eleştirileri tek tek incelediğimizde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- ✓ İşletmelerin tutundurma faaliyetleri (reklam, halkla ilişkiler gibi) için gereksiz harcama yaptığı özellikle var olan kıt kaynaklarla yatırım yerine paraların tutundurma faaliyetlerine harcanmasının uygun olmadığı anlayışına karşın; tutundurma faaliyetlerinin gereksiz olmadığı aksine işletmeler için yeni gelir kaynakları yaratabilecek çalışmalar olduğu sonucuna varılmıştır.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde yapılan pazarlama faaliyetlerin bir kısmının insanların mahremiyetine karıştığı dolayısıyla kişiye özel veri ve bilgilerin paylaşıldığı düşünülmektedir. Yoğun reklam ve kampanyaların da insanları huzursuz ettiği düşüncesi yaygın olmasına karşın, ilgili mevzuata uygun pazarlama stratejileri gerçekleştirildiği sürece herhangi bir şekilde gizlilik ve mahremiyetin zarar göremeyeceği öngörülmektedir.
- ✓ Üçüncü bir eleştiri pazarlamanın sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini düşüreceği yönündedir. Pazarlama faaliyetleri yürüten sağlık kuruluşları olayın ambalajına yani görünen yüzüne önem verecektir. Fakat sağlık teknik bir konudur, yöneticiler için hastanelerin bekleme salonlarının estetik açıdan güzelliği değil ameliyathanelerin kalitesi daha önemlidir. Ayrıca hekimler arası haksız rekabete yol açabileceği düşünülmektedir. Dolayısı ile sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüreceği fikri ileri sürülmektedir. Bu anlayışa karşın uygulanacak pazarlama stratejilerinin, hastane yöneticilerinin birbirleriyle rekabete girerek birbirlerinden daha kaliteli hizmet sunma fikrini doğuracağı dolayısıyla kendi kurumlarına olan talebi artırma çabalarına girecekleri düşünülmektedir. Nitekim son zamanlarda devlete bağlı sağlık kurumlarının da bu durumlardan etkilendiği, özel sektörü kendine rakip görüp hizmet kalitesini artırdığı gözlenmektedir (Tengilimoğlu ve Akbolat, 2018: 281).
- ✓ Sağlık hizmetleri pazarlamasına yöneltilen bir başka eleştiri, pazarlamanın birçok konuda korku yaratarak davranış değiştirmeye çalıştığı ve kişileri kendi istekleri dışında davranmaya zorladığı konusudur. Hastaya müşteri gözü ile bakmak doğru değildir. Çünkü hasta gelir kaynağı olarak görülürse hizmet verenler insancıl olmaktan uzaklaşacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları, hasta hakları ve etik açıdan olumsuz sonuçlar doğurabilir.
- ✓ Pazarlama; kişileri, aileleri ve örgütleri aşırı tüketime itebilmektedir. Özellikle eğitimsiz bireyler bu tür reklâm kampanyalarına karşı korunmalıdır. Çok sayıda hekim estetik cerrahide gereksiz talep yaratıldığını düşünmektedir (Keskin, 2015: 97). Dolayısıyla bu tür operasyonların sağlık kuruluşlarında kaynak israfına neden olabileceği sonucuna varılmıştır.
- ✓ Sağlık sektöründe pazarın bölümlendirilmesi durumunda hastalar ve müşteriler farklı muameleyle karşı karşıya kalacaktır. Bu anlayışa göre, sağlık hizmetleri pazarda alınıp satılan ve bu yolla fiyatı oluşan herhangi bir mal ya da hizmet gibi düşünülmemelidir. Sağlık temel bir ihtiyaç ve bir haktır. Sağlık hakkı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda "sosyal ve ekonomik haklar" arasında düzenlenmiştir. Dolayısıyla fiyatı, ne miktarda ve nerede alınıp satılacağı pazar güçlerine bırakılmamalıdır. Bu nedenle sağlığın serbest rekabet düzenine bırakılmasına ve sıkı bir denetim olmaksızın özel girişim eliyle üretimine izin verilmemesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
- ✓ Sağlığı koruma-geliştirme yerine sırf daha fazla para kazanmak için tedavi hizmetlerine yönelim olursa daha fazla hastaya ihtiyaç duyulacaktır. Bu durumda sürekli hizmet yerine bir tek hastalık durumunda hizmet sunan bir anlayış gelişir. Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli ehemmiyetin verilemeyeceği endişesi yaratılmaktadır. Halbuki Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi bir alanda yasalarla koruma altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısında doğrudan Halk Sağlığı kapsamında hizmet veren birimler bulunmakla beraber başka teşkilatlarında da temsilcilikler mevcuttur. Bu sebeplerden ötürü Tengilimoğlu ve Akbolat (2018); pazarlama faaliyetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerini engelleyebileceği düşüncesinin pek mümkün olmayacağını savunmuşlardır.

Teknolojinin gelişmesiyle ve bilgiye ulaşmanın kolaylaşması ile insanların hizmetlere ulaşması daha kolay hale gelmiş, yaşam kalitesinin yükselmesiyle de insan ömrünün uzaması söz konusu olmaya başlamıştır. Bununla birlikte artan ve yaşlanan bir nüfus konjonktürü, kronik hastalıklara maruz kalma süresinin artması, kentleşme ve

global düzeyde mobilite artışı, küresel ısınma ve çevre sorunları gibi birçok neden hem dünyada hem de ülkemizde sağlık hizmetlerine olan talebin yoğunlaşmasına sebebiyet vermiştir. Hızla artan talep, beraberinde tüketici istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunumunu zorunlu hale getirmeye başlamıştır. Bu sayılan durumlar ise sağlık kuruluşları yöneticilerini pazarlama programları ve uygulamalarından yararlanma yoluna (Akkılıç, 2002: 207) götürmüştür. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine yönelik planlanan pazarlama stratejilerinin mevzuat çerçevesinden çıkılmadığı sürece toplumların sağlık statüsünü iyileştireceği ve topluma daha kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulacağı düşünülmektedir.

2.1. Sağlık İşletmelerinde Pazarlama Yönetimi ve Pazarlama Planlaması

Sağlık hizmetlerinde pazarlama yönetimi, hedef pazarın ihtiyaçlarını ve isteklerini anlama yöntemini belirlemek ile ilgilidir denilebilir. Pazarlama yönetiminin asıl amacına baktığımızda da en başta örgütü, analizi, planlamayı ve uygulamayı, bir de sağlık bakım hizmet sistemini kontrol eden ve bütünleştiren bir anlayış biçimi sağlamak olduğu görülmektedir (Tengilimoğlu, 2020: 33).

Günümüzde çok az sayıdaki sağlık hizmeti organizasyonu; amaçları, hedefleri, stratejileri ve taktikleri belirlenmiş pazarlama planlarına sahiptir. Bu konuda yapılan araştırmalar, birçok hastanenin pazarlama yöneticisi bulunmasına rağmen çok az sayıda yazılmış pazarlama planlarına sahip olduklarını ortaya koymuştur (Clarke ve Shyavipz, 1992: 4). Bu durumun sebebi de etkin bir pazarlama planı geliştirmenin, sağlık hizmeti sağlayanlar için giderek daha karmaşık bir hâle gelmesi olarak belirtilmektedir. Hastalara her zaman doğrudan cevap verilememektedir. Hastaların onaylamak durumunda oldukları kararlarda; mevcut bakım hizmet planları, işverenler, hükümet birimleri, bireysel tüketiciler, ara bulucular gibi çeşitli gruplar etkin olmaktadır. Buradaki her bir grup, müşteri olarak değer kazanmakta ve her birisinin, sağlık hizmeti sağlayanlarca, pazarlama planı geliştirirken dikkate almak zorunda olduğu değişik beklentileri olmaktadır. Her bir grubun farklı beklentiler içinde olması, sağlık hizmetleri fonksiyonlarının karmaşıklığını artırmakta, planlamayı güçleştirmekte ve sıradan insanların akıllarında birçok problemin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Genel olarak bir pazarda alıcılar ve satıcılar arasında iyi bir etkileşim söz konusudur. Alıcılar mal ve hizmetler için satıcılara doğrudan ödeme yaparlar. Örneğin bir mağazadan bir elbise almak normal bir pazarlama faaliyetidir. Hem alıcılar ve satıcılar elbisenin fiyatı ve kalitesi konusunda aynı bilgiye sahiptirler. Alım işlemi müşteriler tarafından planlanır ve gerçekleşir. Bu durumda beklenmeyen bir durum ortaya çıkmaz lakin ortaya beklenmeyen bir durum çıksa bile alınan elbise iade edilebilir. Sağlık hizmetlerinin pazar ortamı içinde benzer durumun yaratılması ancak hastanın önceden belirlenen ve beklenen hizmetlerin miktar ve kalitesi için doğrudan doktor ya da hastaneye bir ödeme yapması şeklinde olabilir. Sağlık hizmetlerinde çoğu zaman bu işlemler sık sık beklenildiği gibi gerçekleşmez ve hizmet kalitesi, tıbbi olayların ortaya çıkmasına kadar bilinmez. Bu işlemin önceden tahmin edilememesinin nedeni, tıbbi rahatsızlığın beklenmedik bir şekilde aniden ortaya çıkmasıdır. Tıbbi hizmetlerin miktar ve kalitesi, tıbbi problemin henüz teşhis edilememesi ve uygun tedavinin ne olduğunun bilinmemesinden dolayı başlangıçta belirsizdir. Ayrıca sağlık hizmet sunucuları, hastalara sağlık hizmeti sunabilmek için nisbi anlamda birçok bilgiyle donatılmışlardır. Bu bilgi olabildiğince hastaları bilgilendirme yolunda kullanılmaktadır. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde pazarlama planlamasının diğer işletmelerde olduğundan daha güç bir durumda olduğunu söylememiz mümkündür (Velioğlu, 2000: 209). Sağlık sektöründe profesyonel olarak pazarlama faaliyetlerinin yapılabilmesi için ilk adım olarak sağlık işletmesine uygun ve ona özgü bir pazarlama planının hazırlanıp uygulanması gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerindeki pazarı tanımlamak, amaç ve hedef oluşturmak ve buna yönelik stratejiler belirlemek, hedef pazarı belirlerken tüketiciyi/hastayı etkileyen faktörleri belirlemek, rakipleri analiz etmek, pazarın yapısı ve sınırlılıklarını tespit etmek gibi hususlar dikkate alınmalıdır. Ardından hedef pazara yönelik hizmet karması değerlendirilerek bu durum netleştirilir. Amaç ve hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirilir. Sağlık hizmetinin sunumuna yönelik faaliyetler belirlenir. Son olarak kontrol aşamasında uygulamaya dair sonuçlar değerlendirilerek gerekli ise stratejilerde düzeltmeler yapılır (Karaçor ve Arkan, 2014: 95).

2.2. Pazarlama Karmasının Oluşturulması

İlk olarak 1964 yılında McCarthy'nin ortaya attığı pazarlamada 4P (Price, Promotion, Place, Product) yani temel olarak "Pazarlama Karması" kavramı, ilerleyen teknoloji ile tüketici istek ve ihtiyaçlarının çeşitlenmesi, dolayısıyla tüketicilere sunulan ürün ve hizmet çeşitliliğinin artması ile yetersiz kalmaya başlamıştır. Teknoloji, internet, sosyal medya üçlüsü ve en önemlisi tüketicinin rolündeki değişimler McCarthy'nin "Pazarlamanın 4P'si" olarak bilinen "Pazarlama Karması" elemanlarının, modern ve post-modern pazarlamaya ayak uyduramamasına yol açarak, özellikle hizmet sektöründe eksik olduğu görülerek Booms ve Bitner'in 1981 yılında yaptığı

çalışmalarında 7P olarak adlandırılan yeni “Pazarlama Karması” elemanlarından söz edilmiştir. Klasik 4P kavramına 3P (People, Physical Evidence, Process) öğeleri eklenerek, hizmetlerde 7P (Ürün, Fiyat, Tutundurma, Dağıtım, İnsan, Fiziksel olanaklar, Süreç) kavramından bahsedilmeye başlanmıştır (Gümü, 2019: 20). Sağlık kurumlarındaki pazarlama karmasının elemanları (7P) detaylı bir şekilde aşağıda açıklanmıştır.

a. Ürün (Product)

Ürün genel anlamıyla, insanların istek ve ihtiyaçlarını karşılaması amacıyla pazara sunulan mal veya hizmetlerdir şeklinde tanımlanabilir. Pazara sunulan ürünler fiziksel varlığı olan mallar olabileceği gibi fikir, organizasyon, servis, bilgi gibi soyut varlıklar da olabilir. Kotler, ürünün değerler seti olduğunu, insanların satın alırken sadece ürünü değil ürünle birlikte sunulan değerlerin tamamını satın aldığını ve bu değerler setinin 5 seviyesi olduğunu ifade etmektedir (Kotler, 2000: 394). Bu ürün seviyeleri şunlardır:

- ✓ Öz Ürün
- ✓ Temel Ürün
- ✓ Beklenen Ürün
- ✓ Genişletilmiş Ürün
- ✓ Potansiyel Ürün

Öz ürün; tüketicinin ürünü satın alma amacıyla ya da ürünün tüketicie sağlayacağı fayda ile ilgilidir. *Temel ürün*; ürünün faydasının somut hale dönüşmesiyle ilgilidir. Örneğin; ekme alınırken açlık hissiyatıyla satın alınır ve esas açlığı gidermesi “öz ürün” kavramıyla ilişkilendirilirken, ekmeğin belli bir şekilde ya da dilimler halinde, pakette satılması da “temel ürün” kavramıyla ilişkilendirilebilir. *Beklenen ürün* ise ürünün tüketicinin beklentilerine uygun olması ile ilgilidir (Aksoy, 2012: 99-100). Örneğin; bir hastaneye kanser tedavisi için başvuran bir kimse genel olarak kemoterapi alacağını tahmin edebilmektedir. Ancak son dönem geliştirilen tedavi yöntemleri ile kemoterapinin vermiş olduğu zararlar minimuma indirilebilmiştir. Söz gelimi saç, kaş ve kirpikler dökülmeden kemoterapi tedavisi yapılabilmektedir. İşte bu şekilde insanlar üründen klasik faydalarının dışında farklı özellikler de beklemektedir. *Genişletilmiş ürün* denildiğinde de ürüne ek faydalar ya da özellikler eklenerek ürün setinin faydası artırılmış olur. Böylelikle tercih edilme olasılığı yükseltilmiş olur (Aksoy, 2012: 100). Örneğin; gebelik takibinin düzenli olarak yapıldığı bir hastanede, gebelik sırasında bazı testlerin ya da görüntülemelerin sürekli müşterilere indirimli yapılması, doğum sonrası da bazı ek hizmetlerin verilebilmesi buna örnek gösterilebilir. Son olarak *potansiyel ürün* ise ürünü daha da genişletecek her türlü yaratıcı fikrin, çabanın devam etmesiyle ilgilidir (Aksoy, 2012: 100). Ürünü bu değerler seti kapsamında bir bütün olarak değerlendirmek gereklidir.

Sağlık hizmetleri açısından ürün denildiğinde de hem somut hem de soyut bazı hizmetler akla gelmektedir. Ancak asıl olan tıbbi bakım yani iyileştirme, tedavi etme, önleme hizmetleridir. Bu hizmetleri yürütürken ya da bu hizmetlere bağlı olarak da ürünler sunulmaktadır (Gümü, 2019: 27). Örneğin; dişi çürümüş ve dişini kaybetmek üzere olan bir hastaya dolgu tedavisi düşünülüyorsa, burada asıl ürün dişin tedavi edilip kurtarılmasıyla ilgili olsa da dolgunun hangi maddeden yapılacağını seçiminin hastaya bırakılmasıyla da ürünün diğer boyutları ortaya çıkmaktadır.

b. Fiyat (Price)

Kâr amaçlı olsun ya da olmasın bütün kuruluşlar ürettikleri mal ya da hizmetlere fiyat biçmek zorundadırlar. Dar anlamda fiyat; mal ya da hizmet için tüketiciden talep edilen bedeldir, şeklinde tanımlanabilir. Geniş anlamda fiyat ise tüketicinin bir mal ya da hizmete sahip olma ya da onu kullanmaktan dolayı sağladığı faydalar karşılığında katlanılan değerlerin toplamı olarak değerlendirilebilir (Altunışık vd., 2017: 101). Fiyat satın alma kararlarını maksimum oranda etkiler. Özellikle düşük gelir gruplarında ve genel olarak hâlâ satın alma kararlarında etkili olmaktadır (Kotler, 2000: 456).

Fiyat her sektör için farklı şekillerde adlandırılmıştır. Bankalarda faiz fiyatı, apartman daireleri için kira fiyatı, sigorta şirketi için prim, memur için maaş, işçi için ücret, hastaneler ve hekimler için muayene ücreti gibi birçok şekilde adlandırma mevcuttur. Çok çeşitli olan bu fiyatları belirlemek de fiyat değişkeninin kompleks bir yapıya sahip olmasından dolayı oldukça güçtür. Özellikle sağlık kurumları gibi hizmet sektörü aktörleri için pazardaki rekabetçi konumunu korumak, faaliyetlerin devamını sağlamak ve yatırımların genişletilerek kârlılığın yükseltilmesini sağlamak gibi sebeplerle fiyatlandırma kararlarının isabetli olarak verilmesi şarttır (Tengilimoğlu, 2020: 218). Sağlık sektöründe fiyatlandırma hususu oldukça kompleks bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla sağlık

yöneticileri fiyatlandırma konusunda etkili olan tüm iç (maliyet, işletme yönetimi ve stratejileri, pazarlama karması unsurları) ve dış (talep durumu ve tüketicilerin özellikleri, dağıtım kanalı üyeleri ve rakiplerin fiyatları, Pazar koşulları, ekonomik durum ve yasal/politik koşullar) faktörleri değerlendirerek sağlıklı kararlar verebilmelidirler. Bu anlamda da sağlık yöneticilerinin bu konuda gerekli eğitimleri almaları ya da yöneticilerin bu anlamda tecrübe sahibi olmaları şarttır. Çünkü hizmetler ürünlere göre daha çok tecrübe ve güven özellikleri içermektedirler (Karafakioğlu, 1998: 162-165). Ayrıca birçok hizmetten alınan fayda genellikle hizmetin kullanımı sırasında veya daha sonrasında belirlendiği için faydanın ölçülebilmesi zorlaşmaktadır. (Tengilimoğlu, 2020: 203).

c. Tutundurma (Promotion)

Tutundurma, Türkçe “tutunma” kavramından türetilmiş, esas olarak pazarda ürünün “tutunmasını” ifade etmektedir. İngilizce karşılığı ise “promotion”dır. “Promotion” kelimesi ise bir mal veya hizmetin tüketicilere benimsetilmesi anlamını taşımaktadır. Tutundurma; pazarlama stratejisi oluşturulurken işletmenin kontrolü altında yürütülen planlanmış etkinliklerden oluşan bir iletişim biçimidir şeklinde de ifade edilebilir. (Büyükbaykal, 2001: 530).

Sağlık Hizmetleri açısından tutundurma; hedef kitlenin sağlık hizmetine dair bilgisinin olması, farkına varması, hizmeti satın alması ve benimsemesi için sağlık hizmetinin hedeflenen kitleye farklı iletişim kanallarıyla duyurulmasıdır. Tutundurma bileşeni olarak reklam, tanıtma, halkla ilişkiler, satış özendirme ve yüz yüze satış teknikleri kullanılır (Erkaya, 2007: 14). Tutundurma faaliyeti olarak diğer sektörlerde daha çok reklam ve halkla ilişkiler kullanılmasına rağmen sağlık sektöründe sunulan hizmetler ve çalışmalar konusunda toplumda olumlu imaj yaratmak açısından halkla ilişkiler daha ön plandadır (Öztürk, 2003: 31).

Sağlık hizmetlerinde tutundurmanın amacı, hastayı gereksiz yere tüketime sürüklemek değil aksine hastayı bilgilendirmek teşhis ve tedavi sürecinde katılımcı rolü kazandırmak, bu şekilde hizmet sunumunu kolaylaştırmaktır. Doğru şekilde kullanılan tutundurma karmasındaki, örneğin reklam aracı birçok hastalığın erken teşhis edilmesine fayda sağlayabilir (Karaçor ve Arkan, 2014: 36).

d. Dağıtım (Place)

Üretilen ürünlerin ihtiyacı olan tüketicilere ihtiyacı olan yerde ve zamanda, istediği şekilde ve fiyatta ulaştırılması amacıyla yapılan faaliyetlerin bütünü, pazarlama karması elemanlarından olan dağıtım/place kavramını ifade eder.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanlarından biri olan dağıtımda asıl amaç hizmetlerin etkin bir biçimde hedef kitleye ulaştırılmasıdır. Bununla ilgili uygulama ve kararları kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin dağıtımında; sağlık kuruluşunun tümüyle görünümü, uzmanlık düzeyi, hizmetlere ulaşmada harcanan zaman, tıbbi ve tıbbi olmayan personelin davranış biçimi de konu içerisinde değerlendirilmektedir (Narinç Salman ve Uydacı, 2011: 47). Esas olarak hizmetlerde, hizmeti veren ve hizmeti alan birebir karşı karşıya geldikleri için, fiziksel ürünlerde olduğu gibi dağıtım kanalları her zaman olmayabilir. Nitekim asıl hizmetin depolanması, paketlenmesi, etiketlenmesi gibi durumlar söz konusu olmadığından ve hizmet üretildiği an tüketildiğinden dolayı dağıtım kanalında bulunan araçların varlığı sağlık hizmetlerinin sunumunda mümkün olmamaktadır.

Öte yandan birinci basamak sağlık hizmetleri ele alındığında, diğer uzmanlık gerektiren sağlık hizmetlerine nazaran fazla bir ihtisas ve beceri gerektirmediği düşünülürse, “yaygın dağıtım” politikası izlenerek pazarlamasının yapılabildiği söylenebilir. Örneğin; ABD’de Presbyterian Hospital 1997 yılında yalnızca Newyork ve Manhattan’da hizmet verirken, 10 yıl sonra “Biz 20 farklı adresteyiz ve gelecek yüzyılda daha da fazla desantralize olacağız” sloganıyla hizmet vermeye başlamıştır.

Daha fazla uzmanlık bilgisi gerektiren ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine bakıldığında da bu tür hizmetlerin ulaştırılmasında seçimli veya sınırlı dağıtım politikalarının izlenebildiği ABD Massachusetts’deki The Joselin kliniği diyabet hastalığı konusunda uluslararası bir üne sahip olup başka bir yerde ya da farklı bir ülkede uydu hastanesi bulunmamaktadır. Bunun aksine yine daha özellikli sağlık hizmetleri veren ve dünya çapında tanınan Mayo Clinic, ABD’nin birçok eyaletinde uydusu bulunan bir hastanedir (Tengilimoğlu, 2020: 301-302).

e. İnsan (People)

Sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerinden biri de üretim ve tüketiminin eş zamanlı olması yani üretildiği anda tüketilmesiyle ilgilidir. Hizmeti üreten de tüketen de insandır. Yani insanın emeği ve faydalanması söz konusudur. Dolayısıyla insan (people), hizmet sürecinin vazgeçilmez bir elemanıdır. Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında

da sağlık hizmetini sunan sağlık personelinin, hastaların ve doğrudan ya da dolaylı ilgisi olabilecek diğer insanların sağlık hizmetlerinin verilmesi sürecinde yer aldıkları görülmektedir.

James Heskett ve arkadaşlarının öne sürdüğü Hizmet-Kâr Zinciri modellerinde işletme kârlılığı ile işgören ve tüketici tatminlerinin ilişkisi araştırılmıştır. Hizmet-Kâr Zinciri teorisinin temel prensibi, müşteri memnuniyetinin iyi bir çalışma ekibi ve işletmenin kendi çalışanlarına iyi muamele etmesi gerçeği etrafında döner. Çalışanlar, çalışma koşullarından ve işlerinden her anlamda memnun ise değer yaratacak, yaratılan bu değer hizmet kalitesini de beraberinde getirecek ve müşteri de aynı oranda memnun kalacaktır. Müşterinin memnuniyeti de müşteri sadakatini ve beraberinde kârlılığı getirecektir (Tengilimoğlu, 2020, 307).

Bu bağlamda sağlık işletmeleri değerlendirilecek olursa, hastaların memnuniyet derecesinin genellikle doktorların sergilemiş olduğu tavırlar ve hizmet süresince hizmet veren diğer personellerin de nezaket, tutum ve davranışlarından etkilendiği ortaya çıkmaktadır. (Tengilimoğlu vd., 2010: 165-179).

Hizmetlerin pazarlanmasında çalışanlar açısından “İnsan/People” kavramının önemini vurgulayan bir diğer kavram da 1980’li yıllarda literatürde yerini almaya başlayan “İçsel Pazarlama” kavramıdır. Fisk, Brown ve Bitner’e göre İçsel Pazarlama, hizmet pazarlaması literatüründe önemli bir konudur ve bu kavramın altında iki temel düşünce yatmaktadır. Birinci, örgütteki herkesin bir müşterisi vardır; ikincisi de içsel müşteriler, nihai müşteriye daha etkin hizmet götürülmesi için işlerinde mutlu olmalıdırlar (Ay ve Kartal, 2003: 15).

Bütün bunlar bir arada değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanı olarak “insan” ögesinin, üzerinde durulması gereken ve sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran bir faktör olduğu açıktır. Sağlık işletmeleri açısından da dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

f. Fiziksel Ögeler (Physical Evidence)

Genel olarak hizmetlerde fiziksel öğeleri temel ve yan kanıtlar olarak ele almak mümkündür. Temel fiziksel öğelere bakıldığında, hizmetle bütünleşmiş ve müşteri sahipliğine geçmeyen öğeler olduğu söylenebilir. Örnek olarak sağlık hizmetleri verilen bir hastanenin binası ve hasta odası verilebilir. Yan kanıtlar adı verilen fiziksel öğeler ise hizmetle birlikte satın alınan ve hizmetten ayrı olarak bir değer ifade etmeyen öğelerdir. Örneğin; bir hastanenin dışındaki bekleme alanları, onların ergonomik olarak tasarımı, ancak hastaların o alandan faydalanması durumunda bir değer ifade eder ve sağlık hizmetinden bağımsız bir değer ifade etmez. Bu gibi yan kanıtlar ancak hizmeti somutlaştırmak ve hizmeti alanların diğer çeşitli ihtiyaçlarını gidermek için vardır (Öztürk, 2003: 109-110). Böylelikle hizmetin kalitesinin artmasını sağlayarak, sunulan hizmet konusunda olumlu bir izlenim edinilmesine yardım eder.

Ayrıca hastane ziyareti esnasında verilen giriş fişleri, yapılan tahlil ve tetkiklerin sonuçlarının basılı hali, yapılan radyolojik görüntülemelerin DVD kayıtları, ameliyat raporları gibi birçok çıktının, sağlık hizmetlerini somutlaştırıcı birtakım öğeler olduğu da eklenmelidir. Bunlar temel sağlık hizmetine bağlı olan fiziksel öğelerdir.

Hastaların, sağlık hizmeti alırken yaptığı bekleme esnasında bulunduğu ortam da çok önemlidir. Bunun için hastanelerde bekleme alanları oluşturulmuştur. Bekleme alanlarında ve yakınlarında birçok hastalık ile ilgili kamusal bilgilendirmeler olduğu gibi, hasta hakları, hastanede uyulması gereken kurallar, hastane yerleşim şeması, hastanede verilen diğer bazı hizmetler gibi konularda da yönlendirmeler olduğu görülmektedir.

Hastaneler, insanların genel olarak hastalandıkları zaman bir çare arama umuduyla gittiği yerler olduğu için, güven ve korku sorununun da birlikte olduğu görülmektedir. Hastaların bu sorunlarla baş edebilmesi için de ona göre hastane iç tasarımının yapılması şarttır. Çünkü her ne kadar da tek başına fiziksel dizayn hastanın psikolojik olarak motivasyonunu düzeltmek için yeterli olmasa da en azından hastaneye girdiği andan itibaren güven ve huzur verici bir ortamın olduğunu görmesi hastayı rahatlatarak, duygusal tepkilerine olumlu anlamda katkıda bulunacaktır. Yeterli ışıklandırılması olan, ferah renklerle donatılmış ve ferah bir kokunun hâkim olduğu ortama girmek hasta psikolojisi üzerinde olumlu etkiler sağlayacaktır.

g. Süreç (Process)

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre süreç; “Aralarında birlik olan veya belli bir düzen veya zaman içinde tekrarlanan, ilerleyen, gelişen olay ve hareketler dizisi olarak tanımlanmıştır.

Genel olarak süreç; bir girdi ile başlayan ve bu girdiye katma değer katılarak belirli bir çıktı üreten, birbiriyle bağımlı belirli etkinlikler dizisidir. Süreç, girdisi ve çıktısı olan birbiriyle alakalı işlemler bütünüdür (Tengilimoğlu, 2020: 316-317).

Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında, sağlık kuruluşunun işleyişinde çeşitli süreçler olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki ve en önemlisi “Hasta Tedavi Süreci” olduğu söylenebilir. Hastanın tedavisi sağlık kuruluşunun varoluş amacıdır şeklinde bir yargıya varmak yanlış olmayacaktır. Hastanın tedavisi hasta talebi ile başlar, sonra profesyonel sağlık çalışanlarının, hastanın durumunu tetkiki ile hastaya gerekli yönlendirmeler yapılarak devam eder. Tamı konularak bu doğrultuda teşhis konulmaya çalışılır. Bu esnada çeşitli işlemler (tahlil, görüntüleme vb.) yapılarak sonuca ulaşılmaya çalışılır. Her türlü değerlendirme yapılarak hastanın tedavi planı başlatılır. Süreç, gerekirse kontrollerle devam eder ya da sonuç vermeyen protokoller var ise yerine yeni protokoller denenmesi yoluna da gidilebilir. Sonuç olarak sağlık hizmeti; fiziksel malların tüketiminde olduğu gibi tek seferlik değil, belli bir süreç kapsamında tüketilir ya da kullanılır.

Bunun dışında sağlık kuruluşunda başka süreçler de bulunmaktadır. Sağlık kuruluşunda kullanılacak mal veya malzemelerin temini için yapılan satın almaların süreçleri (ihale veya kiralama süreçleri gibi), bütçe süreçleri, ödeme süreçleri, hizmet içi eğitim süreçleri, hasta eğitim süreçleri gibi birçok iş ve işlem, süreçlere örnek olarak verilebilir.

3. LİTERATÜR TARAMASI

Sağlık kurumları, müşteri sayısını artırmak, daha geniş bir kitleye hizmet vermek ve kurumun tanıtımını yapmak amacıyla pazarlama çalışmalarına başvururlar. Ancak, sağlık sektöründe yapılan pazarlama çalışmaları özel bir hassasiyet gerektirir. Sağlık kurumlarındaki pazarlama stratejileri ve pazarlama karması elemanları bakımından pazarlama faaliyetlerinin mal üreten işletmeler ile sağlık hizmeti üreten işletmeler arasındaki farklar üzerine yapılan bu çalışmada temelde 26 ayrı akademik makale incelenmiş ve bu makalelerden elde edilen sonuçlar tek tek değerlendirilmiştir. Söz konusu bu makale sonuçları aşağıda görüldüğü şekilde açıklanmıştır.

Narinç Salman ve Uydacı “butik hastanelerdeki pazarlama stratejileri” (*butik hastaneler: büyük özel hastanelerden farklı olarak bir veya birkaç branşta uzmanlaşmış, hasta memnuniyetinde sağlık açısından kritik olmayan öğelere önem verilen, lüks süit odalar, özel yemek servisi, özel hemşire/doktor imkânı, alanında uzmanlaşmış, nitelikli tıbbi ve idari kadrodan oluşan, sahipliğini genellikle hekimlerin oluşturduğu hastanelerdir*) üzerine 2012 yılında yaptıkları çalışmada; hastalar/müşteriler daha zengin ve özellikli bir kesim olduğu için pazarlama stratejilerinin daha fazla detaylandırılarak oluşturulması gerektiğinden bahsetmektedirler. Çünkü butik hastanelerin hasta profiline bakıldığında beklemekten hoşlanmayan ve bunun için belli bir ücreti ödemeye gönüllü olan, gece veya gündüz fark etmeksizin doktoruna özel olarak ulaşım sağlayabilen, belli gün ve saatte randevusu verilen insanlardan oluştuğu görülmektedir. Şüphesiz ki her insan bu beklentilere sahip olmakla beraber, bu hizmet kalitesini satın alabilenlerin sayısı sınırlıdır. Butik hastaneler işte bu noktada hastalarına/müşterilerine daha fazla imkân sağlayabilmekte ve üst düzey hizmet kalitesi sunmaktadırlar. Bir başka çalışmada ise pazarlama faaliyetlerinin gereksiz talep oluşumuna sebep olmakla birlikte özellikle erken teşhis ve tedavinin hayati öneme sahip olduğu hastalıklarda pazarlama faaliyetlerinin önemli olduğu vurgusu yapılmıştır. Ancak özellikle devlet ağırlığının fazla olduğu bir hizmet olan sağlık hizmetlerinde, hasta ve hekim arasındaki bilgi asimetrisinden dolayı gereksiz hizmet üretildiğini, bunun önlenmesi için güncel pazarlama yaklaşımlarının incelenebileceği ve uygulanabileceği önerisinde bulunmuşlardır (Şantaş ve Şantaş, 2020: 440). Erin (2006) çalışmasında, hedef kitlenin tespiti, fiyatlandırma kararları, tutundurma ve hizmetin sunum şekli ile uygun yerin bulunması konularında stratejilerin belirlendiğini tespit etmiştir.

Şantaş, Kurşun ve Kar’a göre; (2016) hastanelerin tercih edilme sebepleri konusunda ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda en önemli faktörlerin genel olarak hekimin bilgi ve becerisi, hekimin hasta ile olan iletişimi, çalışanların tutum ve davranışları, sağlık kuruluşunun hijyen ve temizliği, hastanenin tıbbi ve teknik donanımı ile hastanenin güvenilirliği gibi konuların olduğu saptanmıştır. Bunların aksine özellikle pazarlama faaliyetleriyle ilintili olan hastanenin tabelası, renk, logo ve mimari tasarımı, işletmenin kafeterya hizmetlerinin kalitesi, sağlık işletmesi ile ilgili medyada yer alan haberler gibi unsurların tercih edilme sebepleri arasında çok önemli faktörler olmadığı tespit edilmiştir. Oysa bu faktörler, fiziksel ürünlerin pazarlanmasında çok önemli, pazarlamacılar tarafından fazlasıyla üstünde durulan ve tüketicilerin o malı tercih etmesinde önemli etkileri olan faktörlerdir.

Yücel (2013) Abdi İbrahim ilaç firması esas alınarak bir çalışma yapmış ve çalışmaya ürün, hedef kitle ve tutundurma çabaları yönüyle yaklaşmıştır. Hedef kitlenin nihai tüketiciden ziyade doktorların olduğu, çünkü bir doktorun ilaca inanmasıyla ilacın satışının başladığı tespit edilmiştir. Nitekim hasta doktora inanır ve güvenir. Yine eczacılar da tıbbi mümessillerin tanıtım yaptığı hedef kitle arasında sayılabilir. Ayrıca sağlık gibi geri dönülmeyecek sonuçları olabilecek bir konuda hata yapılmaması adına bütün çalışanlarla birlikte farkındalık içinde oldukları ve ürünleri bu kapsamda ortaya çıkardıklarından söz edilmiştir. Tutundurma faaliyetlerinin ise sağlık sektöründeki etik sorunlar ve yasalar dolayısı ile reklamlarının kısıtlı olduğu, ancak gıda takviyesi ya da destek ürünleri kapsamında iyi hazırlanmış reklamların etkili olduğu, satışları arttırdığı ve söz konusu firmanın bunları en ince ayrıntısına kadar kullandığı tespit edilmiştir.

Bostan ve Tehci'nin (2019) iki şehirdeki özel hastanelerle yürütülen çalışmalarına bakıldığında, özellikle kaliteli hizmet ve hastalara gösterilen güler yüz ile ilginin onları memnun ettiği, bu şekilde hastaneye karşı olan memnuniyetin ağızdan ağıza tanıtım yoluyla diğer hastalara aktararak müşteri kitlesinin arttığı tespit edilmiştir. Ağızdan ağıza pazarlama stratejisinin temel strateji olduğu, sağlık hizmetlerinde bunun geçerli bir yöntem olduğu ancak daha farklı konularda da araştırma yapılması gerekliliği de ortaya konmuştur. Ayrıca sosyal medya mecralarında da hastanelerin pazarlama faaliyetlerini yürütebileceği tavsiyesinde bulunulmuştur.

Yılmaz (2022) çalışmasında; medikal turizm pazarlama karması elemanları açısından değerlendirildiğinde, medikal turizm ile sadece sağlık hizmeti değil konaklama, seyahat, eğlence hizmetleri gibi unsurlara da önem verildiği görülmüştür. Bu unsurların eklenmesiyle birlikte medikal turizmin fiyatı artmaktadır. Dolayısıyla medikal turizm yapan işletmelerin fiyatlandırma kararları, süreç yönetimi ve dağıtım kanallarını iyi belirlemeleri gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca Üçpunar'ın (2013) sağlık ve termal turizmi açısından sağlık hizmetleri pazarlaması faaliyetlerini incelediği çalışmasında; Türkiye'nin Avrupa'da hatırı sayılır termal kaynaklara sahip olmasına rağmen bu potansiyeli pazarlama açısından kullanamadığı, pazarlama faaliyetlerinin yapılamadığı, sigorta şirketleri ile yeterli irtibat kurulamadığı, fiyat belirlemede zorluklarla karşılaştığı ve kamu hastanelerinin hantal bürokratik yapısı ile yetersiz altyapısının, sağlık turizminin gelişimine olumsuz katkıda bulunduğu gibi sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçta Türkiye'nin bu alanda gelir elde etmesini engelleyen en büyük etkenlerin reklam ve propaganda faaliyetleri olduğu, bunlarla ilgili olumsuzlukların ortadan kaldırılmasına ilişkin çalışmalar yapıp uygulandığında, bu olumsuz etkenlerin de düzeltilebileceği kanısına varılmıştır.

Çetin'in yapmış olduğu çalışmada (2018), sağlık hizmeti veren kuruluşlarda güncel pazarlama teknikleri 7P açısından incelenmiş olup, sağlık kuruluşlarında yapılan hizmetlerin bir bütün şeklinde ele alınarak pazarlama çalışmalarının içinde değerlendirilmesi gerektiği kanısına varılmıştır. Ayrıca devletin reklam ya da fiyat gibi bazı hususlarda kısıtlama yapmış olmasının sağlık kuruluşunu kısıtlamak yerine, yeni geliştirilecek pazarlama faaliyetleri konusunda yaratıcılığının artması yönünde etki yaptığı savunulmuştur. Ayrıca Gümüş (2018) çalışmasında da incelenen pazarlama karması elemanlarından dağıtım ve fiyat konularına, araştırma kapsamındaki kişilerin pek önem vermediği, en iyi ve kaliteli hizmet nerede sunuluyorsa fiyatına bakılmadan hizmeti satın alabildikleri sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte reklam ve tanıtım faaliyetlerinden ziyade ağızdan ağıza pazarlamanın daha etkili olduğu saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanlarını özel sağlık sigortalı hastalar açısından değerlendiren Dedeoğlu (2016), tutundurma ile fiyat, dağıtım ve fiziksel ortam arasında pozitif yönlü, düşük kuvvette, anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Bunun yanında sağlık kuruluşunun ulaşılabilirliğinin süreç unsuruna pozitif etkide bulunduğu da vurgusu yapılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanında bir pazarlama karması elemanı olarak fiyatı esas alan eserlerinde Vural ve Baltacı (2022), hastaların fiyat/performans, kalite, değer gibi subjektif değerlendirmelerine ek olarak çevrelerindeki insanların yorumlarının, rakiplerin fiyatlarının da fiyata dair algıları üzerinde etkili olabileceğini belirtmiştir.

Tokay'ın (2000) Eskişehir Devlet Hastanesi üzerinde yaptığı, sağlık hizmetlerinin pazarlamasında kalite ve hasta tatmini çalışmasında, pazarlamanın 4P'si dışında özellikle insan (katılımcılar/personel) unsurunun da çok önemli bir etken olduğunu vurguladığı görülmüştür.

Cantürk'ün (2012) sağlık sektöründe hizmet konumlandırması çalışmasına bakıldığında da pazarlama karması elemanlarının anlaşılmasında benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Nitekim ileri teknolojik cihazların kullanılıyor olması ve personelin samimiyet ve ilgisi en çok önem verilen konular olurken, hastaların genel bir sağlık kurumunu seçim kriterleri içinde evlerine ya da iş yerlerine yakın olması ve sağlık kurumunun yapmış olduğu tanıtımların daha az etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Karaçor ve Arkan'ın (2014) yaptığı çalışmada ise hizmetin fiyattan daha üstün olduğu ve fiyatın ikinci planda kaldığı, aynı zamanda personelin tutum ve davranışlarının da belirleyici rol oynadığı, sonuçta pazarlama karması elemanlarına genel olarak önem verildiği tespit edilmiştir.

Çakır'ın (2015) sağlık hizmetleri pazarlamasında hasta memnuniyetinin önemi üzerine yaptığı çalışmasında özellikle son yıllarda özel hastanelerin rekabeti arttırdığı ve hasta memnuniyetinin öneminin gittikçe arttığına vurgu yapılmıştır. Hastanın hastaneye geldiği andan itibaren ilgili personelin, doktorun, hemşirenin kendisine olan yaklaşımı yani onu karşılaması, ona yardımcı olması, güler yüzlü davranması, temiz ve düzenli görünümü, hastayı bilgilendirme düzeyleri, beceri ve yeterlilikleri, ayırım yapılmaksızın saygı ve kültürel değerlere uygun davranışta bulunup bulunmadıkları; hastanenin fiziki yapısının, birimler arası ulaşımın, çevresel koşullarının, donanımın göze hoş gelir olması, temizlik hizmetlerinin iyi olması hasta memnuniyetinde önem taşıyan faktörler olarak ifade edilmiştir.

Işık'ın (2012) sağlık hizmetleri pazarlamasında reklam üzerine yaptığı çalışmasına katılanlar genel olarak akraba, eş ya da dost tavsiyelerinin etkili olduğu, reklamların buna kıyasla etkisiz kalabileceği görüşünde olmuşlardır. Bunun yanında reklamların hastaneyi tanıtabileceği ancak yeterli bilgi vermeyeceği hatta yanıltıcı bilgi verebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Böylelikle gereksiz hizmet sunumu, maliyetlerde artış, haksız rekabet gibi unsurların ortaya çıkacağı da çalışmanın sonuçları arasında yer almaktadır.

Kıyat, vd., (2017) çalışmalarında; sağlık hizmetlerinin soyutluk, değişkenlik, ayrılmazlık ve dayanıksızlık gibi özelliklerle ürün sektöründen ayrıldığı ifade etmişlerdir. Çünkü her şey mükemmel olsa bile müşteri/hasta memnuniyeti açısından işler bir anda değişebilmektedir. Teknoloji ne kadar gelişirse gelişsin, memnuniyet ve sadakat kavramlarının teknolojiden ziyade kişisel iletişimle sağlanabileceği açıktır. Hele ki sağlık hizmetlerinin uzmanlık gerektirmesi ve genelde hasta olanların iyileşme umuduyla hastanelere başvurması sebebiyle özel bir ilgilenme ve takip gerektirmektedir. Son olarak sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında kazan-kazan anlayışının sektöre hâkim olmasının, sağlık hizmetleri pazarlamasının başarılı bir biçimde yürütülmesine katkı sağlayacağı yönünde öneride bulunulmuştur.

Çavmak'ın (2021) sağlık hizmetlerinde dijital pazarlama uygulamaları üzerine yaptığı çalışmasında son dönemlerde pazarlama kapsamında trend olan hususların; tüketici beklentilerine duyarlı ve kolay kullanımlı web sayfalarının tasarlanması, google dostu bir web sitesine sahip olma (bağlantı linkleri, SEO, bilgi içeriği sunulması vb.), etkin içerikler ile desteklenmiş SEO yönetimi, tüketicilere duyarlı olarak hazırlanmış bir içerik pazarlama stratejisi, pazarlama kampanyalarının multimedya içerikleri ile desteklenmesi ve hizmetlere online erişim şansının sağlanması vb. olduğunu ifade etmiştir.

Tatarlı (2017) çalışmasına göre hasta memnuniyetinin ve tatmininin unsurları araştırılmış, diğer birçok çalışmada olduğu gibi en önemli unsurun doktorlar ve hemşireler başta olmak üzere tüm hastane çalışanlarının hastaya güler yüzlü davranması, hastaya değer verdiğini göstermesi, hastayla ilgilenmesi gibi unsurlar olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanında en önemli unsurun da "Fiziksel Öğeler" olduğu tespit edilmiş, pazarlama karması elemanlarından biri olan fiziksel unsurların da hasta tatminini önemli oranda etkilediği saptanmıştır.

Akkılıç'ın (2002) Elazığ'daki devlet hastanesi, SSK hastanesi, Fırat Üniversitesi Hastanesi ve özel bir hastane hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında hastaların memnuniyet ve hizmet kalitesi bakımından en üst düzeyde olan hastanenin özel hastane olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, pazarlama faaliyetlerine devlet hastanelerine kıyasla daha çok önem veren özel sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyeti ve sadakati açısından daha avantajlı olduğunu, bu açıdan bakıldığında iyi planlanmış bir pazarlama karmasının sağlık hizmetleri açısından ne kadar kıymetli olduğunu kanıtlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında markanın önemini araştıran Öztürk (2007); pek çok sağlık kuruluşunda pazarlama departmanının olmadığını ve pazarlama faaliyetlerinin halkla ilişkiler birimi tarafından yapıldığını, bunun da hizmetin kalitesini etkileyerek hastanenin marka değerini düşürebileceğini bildirmiş, ayrı bir pazarlama departmanının olmasının fayda sağlayacağını belirtmiştir. Böylelikle hizmet sunumu, markalama, fiyatlama gibi unsurlar açısından hastane yöneticileri daha sağlıklı kararlar alarak hastanenin marka imajını güçlendirmiş olacaktırlar.

Kurumehmet'in (2018) çalışmasına göre; yabancı uyruklu hastalar üzerinde yapılan çalışmada, beklenen aksine yaşlı nüfustan ziyade genç nüfusun başka bir ülkeye gidip tedavi olma konusunda daha elverişli olduğu tespit edilmiştir. Yine tüm katılımcılar arasında özellikle kadın katılımcıların pazarlama karması elemanlarına karşı daha

duyarlı olduğu tespit edilmiştir. Bu hususlar dikkate alınarak pazarlama karması elemanlarının planlanması gerektiği, ağızdan ağıza reklam aracılığıyla daha fazla yabancı hastaya ulaşılacağı ifade edilmiştir.

Cengiz'in (2014) de ifade ettiği gibi sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı her ne kadar tartışılmalı ve bazı yasaklar söz konusu olsa da birçok sağlık kuruluşunun bilmeden de olsa pazarlama unsurlarını bir şekilde kullandığı ve pazarlama faaliyetlerinin içinde olduğu açıktır. Dolayısıyla sağlık kuruluşlarının da pazarlama karması elemanlarını iyi planlaması ve buna en uygun pazarlama tekniği ya da tekniklerini kullanması neredeyse zorunlu hale gelmiştir.

Yurtdışında yapılan çalışmalardan Groot vd., (2012) yaptığı çalışmada sağlık hizmeti tüketicilerinin sağlık kurumu seçiminde önem verdiği unsurlardan ilkinin doktorun becerisi ve bilgisi, sonrasında da hastanenin büyüklüğü ve uzmanlık alanı olduğu sonucuna varılmıştır. Pentescu vd. (2013) özel hastane üzerine yapmış oldukları çalışmada ise pazarlama faaliyetleri açısından en çok önemsenen unsurların, hizmetin kalitesi, kuruluşun güvenilirliği ve sunduğu hizmetin fiyatı olduğu tespit edilmiştir.

Bütün bu çalışmalara da bakıldığında özellikle Türkiye açısından en çok önem verilen pazarlama karması elemanlarının insan/katılımcılar/people ve ürün/hizmet/product olduğu, bunun yanında fiziksel unsurlar/öğelerin de önemli ölçüde sağlık kuruluşunun tercih edilmesini etkilediği ortaya çıkmaktadır. Fiyat unsurunun ise malların/fiziksel ürünlerin aksine sağlık hizmetlerinde ikinci planda kaldığı görülmektedir. Çünkü hastalar ve hasta yakınlarının en çok istediği sağlıklarına kavuşmak veya sevdiklerinin sağlıklarına kavuştuğunu görmektir. Bu uğurda hasta ve hasta yakınları ellerindeki imkânların son raddesine kadar ödemeye hazırdırlar ve iyi bir hizmete, iyileştirici bir hizmete ödenen bedel tartışılmamaktadır. Bunlar dışında kalan pazarlama karması elemanlarından tutundurma, dağıtım/yer, süreçler konusunda da sağlık kuruluşlarının ayrı bir pazarlama departmanı oluşturarak bunlara göre pazarlama stratejisi geliştirmeleri faydalı olacaktır. Burada aslolan hastanın memnuniyetini ve beraberinde sadakatini sağlamaktır. Hekime bağlı bir hastane olmaktan ziyade, en çok tercih edilen hekim olmadığında bile tercih edilen hastane olabilmek birçok hastanenin hedefleri arasında olmalıdır. Bu da kuruma karşı olan güvenin ve sadakatin sağlanmasıyla mümkündür.

4. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

DSÖ'ye göre sağlık kişinin hasta ya da sakat olmayışı değil aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Kişinin sağlığı aynı zamanda toplumun sağlığıdır ilkesinden hareketle, sağlığın tüm toplumlar için öncelikli hizmet alanlarından biri olduğu karşımıza çıkmaktadır. Nitekim sağlık hizmeti üreten sektörler mal üreten sektörlerden birçok yönden farklılık arz etmektedir. Sağlık hizmetleri alanındaki değişim ve gelişmeler 2000'li yıllardan itibaren tüm dünyada farklı bir seyir kazanmıştır. Özellikle rekabetin artması, özel sektör girişimlerinin yaygınlaşması, teknolojik yeniliklerin ve bilgi aktarımının hız kazanmasıyla birlikte hasta profilindeki değişiklikler ile toplumun bilinçlenmesi gibi etmenlerin, sağlık hizmeti üreten işletmelerde pazarlama stratejilerine yön verdiğini görmekteyiz. Sağlık hizmeti üreten işletmeler hem kendi amaçlarına ulaşmak hem de hasta memnuniyetini maksimum düzeyde gerçekleştirmek için modern pazarlama tekniklerini kullanmak durumundadırlar. Sağlık kurumlarının pazarlama faaliyetleri son dönemlerde araştırmacıların dikkatini çekmiş ve diğer işletmelerden farklı olarak hangi stratejilerin kullanıldığı merak konusu olmuştur. Bu sebepten dolayı araştırmada sağlık hizmetlerinin pazarlaması, pazarlamada uygulanan stratejiler ve pazarlama karması elemanları literatür taranarak incelenmeye çalışılmıştır.

Yapılan literatür incelemesi sonucunda; sağlık işletmelerinde hizmet çıktısının değerlendirilmesinin güç olması ve dolayısıyla fayda düzeyinin ölçülmesinde zorluk yaşanması, tüketimin hizmet sunumuyla eş zamanlı olması, sağlık hizmetlerinin ikamesinin mümkün olmaması, hizmetin boyutunun hizmeti sunan sağlık profesyonelleri (çoğunlukla hekimler) tarafından belirlenmesi, mal ve diğer hizmetlerin reklâmlarına kıyasla sağlık kuruluşlarının reklâmlarının sınırlı olması gibi etmenler sağlık işletmelerinde pazarlamayı diğer işletmelerdeki pazarlamadan ayıran en önemli farklılıklar olarak tespit edilmiştir.

Ayrıca pazarlama karması elemanları bakımından mal üreten işletmeler ile sağlık hizmeti üreten işletmeler tek tek kıyaslandığında şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır:

1. Mal üreten işletmelerde üründe ambalaj, markalama, çeşitlendirme, etiketleme, satış sonrası destek unsurları objektifken, sağlık hizmeti üreten işletmelerde ürünler fiziksel olmadığından bu unsurların ürün açısından değerlendirilemeyeceği açıktır. Söz gelimi; verilen sağlık hizmetinin ambalajlanması, etiketlenmesi,

depolanması vs. söz konusu değildir. Ancak ürünün varlığını destekleyen “Fiziksel Unsurlar – Physical Evidences” söz konusudur. Ürünlerde satış sonrası destek konusunda da ürünün garantisi, kurulumu, tamiri gibi destekler söz konusu iken; sağlık hizmetinin “soyut” olması dolayısı ile bu tür satış sonrası hizmetler yerine daha çok sağlık hizmetinin sunumu sonrası tekrar kontroller, ek olarak önerilecek testler, tedaviler veya yeni tedavi protokolleri uygulanabilir. Yine ürünlerde standartlaştırma yapmak oldukça yaygın ve kolay bir unsur iken, sağlık hizmetinde standartlaştırma yapmak kolay değildir. Ancak ürüne bağlı fiziksel unsurlar açısından standartlaştırma yapılabilir, verilen hizmetin standartlaştırılması mümkün değildir. Aynı hizmeti aynı kişi sunsa bile sunduğu hizmetin birebir aynısını sunması mümkün olmayacaktır.

2. Mal üreten işletmelerde talep tahmini, maliyet unsurları, rekabet, kâr marjı gibi unsurlar fiyatı belirlemede objektif veriler sunarken; sağlık işletmelerinde kâr marjı ve maliyet unsurlarını belirlemek daha zor olmaktadır. Rekabet diğer sektörlere göre daha azdır çünkü sağlık hizmetleri genel olarak kamu eliyle yürütülmektedir. Özel sektör eli ile yürütülen sağlık hizmetlerinde de rakip sayısı sınırlıdır. Yönetmelikler, genelge ve tebliğler ile bazı hizmetlerin fiyatları zaten devlet tarafından sınırlandırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin fiyatı büyük oranda SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) ile belirlenmektedir.
3. Mal üreten işletmelerde pazarın nitelikleri, ürünün nitelikleri, ürünün yaşam eğrisindeki konumu gibi unsurlara göre tutundurma planı yapılmaktadır. Reklamlar ağırlıklı olmak üzere yüz yüze satış, kişisel satış, internet/tefondan satış gibi yöntemler uygulanabilir. Mal üreten işletmelerin tutundurma faaliyetlerinde kullandığı yöntemler genel olarak sağlık hizmetleri pazarlamasında da kullanılabilir. Sağlık işletmelerinde ürün soyut olduğundan niteliklerini belirlemek oldukça güçtür. Çünkü hizmeti satın alan kişiye göre hizmetin sunumu ve kalitesi değişmektedir. Pazarın aşağı yukarı olarak özellikleri belirlenebilse de hizmetin üretim ve tüketimi eş zamanlı olduğu için sübjektiflik söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin müşterilere arz edilmesi hususunda, sağlık hizmeti sunan işletmelerden diğer işletmelerden ayıran önemli noktalardan bir tanesi de hizmetlerin reklam boyutu ile paylaşılmasının hukuken yasak olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin Anayasa’da da kabul edildiği gibi bir kamu hizmeti olması, sağlığın ticarileştirilmesinin önüne geçmiştir. Bu çerçevede 1219 sayılı Kanun’un 24. maddesi ve bu maddeye paralel olarak Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 9. maddesine göre sağlık kuruluşlarının “Hekim adlarını, ihtisaslarını, unvanlarını, hasta kabul ettikleri yer ve saatlerini” bildiren ilânlar verebilmeleri mümkün olup başka amaçla reklam yapmaları yasaktır. Ayrıca Tüzüğü’nün 8. Maddesinde ise “tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilmeyeceği, hekimlerin yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur oldukları, ne suretle olursa olsun yazılarında kendi reklamlarını yapamayacakları, gazete gibi iletişim araçlarında reklam niteliğinde teşekkür ilanları yazdıramayacakları” açıkça belirtilmiştir. Ticari amaç ve reklam yasağı başlıklı hekimlik meslek etiği kuralları 11. Maddesi “hekim mesleğini icra ederken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bakamaz, insanları yanıltıcı, yanlış yönlendirici, paniğe düşürücü ve haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz” ifadesiyle reklam yapılamayacağı hususunu net bir şekilde belirtmiştir. Son olarak özel hastanelerin reklam yapmasının hukuken önüne geçilebilmesi maksadıyla özel hastaneler Yönetmeliği 60. Maddesinde geçen “Reklam ve Tanıtım” ibaresi “Bilgilendirme ve Tanıtım” olarak değiştirilmiştir. Sonuç olarak; sağlık işletmelerindeki ürünlerin reklam boyutu hukukumuzda yasaklanmış olup etik olarak kabul edilmemektedir. Buna karşın mal üreten işletmelerde herhangi bir reklam sınırlandırılması görülmemektedir. Bu farklılığın en önemli sebebinin ise sağlık işletmelerinin vermiş olduğu hizmetin doğrudan insan sağlığını etkilemesi olduğu anlaşılmaktadır.
4. Fiziksel ürünlerde dağıtım stratejileri alternatifleri (yoğun, seçimli, doğrudan, dolaylı vs.) sıklıkla uygulanabilirken sağlık işletmelerinde hizmetlerin üretimi ve tüketimi eş zamanlıdır. Bu sebepten dolayı dağıtım stratejisi uygulaması fiziksel ürünlerdeki gibi çeşitli olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde dağıtımın standardizasyonunu sağlamak, sübjektiflik ve soyutluk özelliğinden dolayı mümkün değildir. Aynı zamanda sağlık hizmetinin üretildiği anda tüketilmesinden dolayı da; fiziksel ürün dağıtımında kullanılan araçlar kullanılmamaktadır. Dağıtım kanalı sınırlıdır.
5. Mal üreten işletmelerde; ürünler zaten fizikseldir ve ürün sunumunda ekstra fiziksel öğelere ihtiyaç duyulmamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde soyutluk söz konusu olduğundan, hizmetin fiziksel kanıtlara bağlanması şarttır. Sağlık işletmelerinde hizmet soyut bir kavram olsa da hizmeti sunmada gerekli fiziksel öğeler iyi belirlenmelidir. Bir hastalığın tedavisini yapabilmek için kullanılan ilaçlar, görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar testleri buna örnek olarak verilebilir. Fiziksel öğeler, hizmetin esas maliyetini belirlemede önemli unsurlardır.
6. Mal üreten işletmelerde ürün direkt olarak insan tarafından kullanılıp fayda sağlar. Mallardan fayda elde etmek için bir insanın aracılığına gerek yoktur. Sağlık işletmelerinde her ne kadar hizmet sunulurken fiziksel

öğeler kullanılsa da hizmeti sunan da faydasını alan da insandır ve esas fayda hizmetin kendisinden elde edilmektedir.

7. Mal üreten işletmelerde süreçten bahsedilecek olursa; ürünler tüketildiği/kullanıldığı gibi tüketicilere fayda sağlamaktadır. Sağlık işletmelerinde genelde hizmet sonrası fayda elde edilmekte ve bu faydayı görmek ya da hissetmek için bir süreçten geçilmesi gerekmektedir. Örneğin; kanser hastalığının tedavisi için belli tedavi protokolleri sonrası fayda görülüp görülmediği tespit edilebilir.

Bu alanda çalışma yapacak akademisyenlere daha derinlemesine saha araştırmaları veya nicel araştırma ağırlıklı çalışmalar yapması önerilmektedir. Çalışmamızın gerek akademisyenlere ve özel sağlık sektör temsilcilerine, gerekse politika yapıcılarına ve kamu temsilcilerine yol gösterici bir rehber olacağı düşünülmektedir. Çalışmamız göstermiştir ki özellikle pazarlama karması elemanlarından “Dağıtım” ve “Süreç” unsurları üzerine çalışmalar geliştirilebilir ve bunun sağlık hizmetlerinin pazarlanmasındaki yeri ve önemi tartışılabilir. Böylelikle sağlık hizmetlerinde yapılacak pazarlama faaliyetlerinin hem hizmet kalitesini geliştirmesi hem de adaletsiz sağlık hizmeti dağıtımını engelleyecek şekilde organize edilmesi üzerine çalışmalar yapılabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar, bu çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Akkılıç, M. E. (2002). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama (Tüketicilere Yönelik Anket Uygulaması). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1), 203- 218.
- Aksoy, R. (2012). *İnternet Ortamında Pazarlama*. Seçkin Yayınevi, Ankara.
- Altunışık, R., Özdemir, Ş. ve Torlak, Ö. (2017). *Pazarlamaya Giriş*, Sakarya Yayıncılık.
- Ay, C. Ve Kartal, B. (2003). *İşsel Pazarlama: Literatür İncelemesi*. *Öneri Dergisi*, 5 (20), 15 -25. <https://doi.org/10.14783/maruoneri.680615>.
- Bayes Araştırma. (2023). *Pazarlama Anlayışının Gelişimi*. Erişim Tarihi: 03.01.2023. <https://www.bayesarastirma.com.tr/pazar-anlayisinin-gelisimi-hakkinda-detayli-bilgi/>.
- Berkowitz, E. N. (1996). *Essentials Of Health Care Marketing*. An Apsen Publication, Maryland.
- Bostan, S. ve Tehci, A. (2020). Sağlık Hizmetleri Pazarlama Stratejileri: Bir Nitel Araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (26): 181-194. <https://doi.org/10.18092/ulikidince.590734>.
- Booms, B., ve Bitner, M. (1981). *Marketing Strategies And Organisation Structures For Service Firms*'in Donnelly, J., And George, W., (Eds), *Marketing Of Services*, American Marketing Association, Chicago, pp. 47-51.
- Boone, L. E. ve Kurtz D. L. (2019). *Contemporary Business – Çağdaş İşletme*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Büyükbaykal, G. (2002). *Günümüzde Tutundurma Kavramı ve Önemi*. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 0 (15), 529-533.
- Cantürk, Ö. (2012). *Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Cengiz, E. (2014). *Sağlık Pazarlaması*. *Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi*, 3(1), s.11
- Çavmak, D. (2021). *Sağlık Hizmetlerinde Dijital Pazarlama Uygulamaları*. Tor Kadioğlu, C (Ed.). *Dijital Pazarlamada Güncel Araştırmalar içinde* (ss. 103-120) *Artikel Akademi Yayınları*.
- Çakır, D. (2015). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti: Bir Uygulama*, (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Çetin, L. (2018). *Sağlık Hizmetleri Veren Kurumlarda Güncel Pazarlama Teknikleri*, (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Dedeoğlu, S. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanlarının Özel Sağlık Sigortalı Hastalar Açısından Değerlendirilmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Medipol Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Erin, F. (2006). *Hastane Hizmetlerinde Pazarlama Stratejileri ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Bir Uygulama*, (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Erkaya, E. (2007). *Özel Hastanelerde Pazarlama ve Müşteri İlişkileri Yönetimi*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Groot J. B., Otten W., Elsinga J. D., Kievit J. and Mheen P. J. (2012) *Choosing Between Hospitals: The Influence of the Experiences of Other Patients*. *Medical Decision Making* 32(6): 764-778.
- Gümüş, R. (2018). *Pazarlama Faaliyetlerinin Sağlık Sektörüne Uygulanması: Bir Literatür İncelemesi*. *Bulletin of*

- Economic Theory and Analysis, 3(4). <https://doi.org/10.25229/beta.472977>
- Gümüş, R. (2019). Sağlık Kurumlarında Pazarlama Bileşenlerinin Kullanıcıların Tekrar Satın Alma Niyetine Etkisi, (Doktora Tezi) İstanbul Kültür Üniversitesi/Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Heskett, J. L., Jones, T. O., Loveman, G. W., Sasser, J., ve Schlesinger, L. A. (1994). Putting The Service-Profit Chain To Work. Harvard Business Review, 72(2), 164-170.
- Işık, F. (2012). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Tutundurma Politikası; Sağlık Personeli ve Hastaların Reklama Yönelik Görüşlerine İlişkin Uurla Devlet Hastanesi Örneği, (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Karaçor, S. ve Arkan, A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. Selçuk İletişim, 8(2), 90-118.) <https://dergipark.org.tr/tr/pub/josc/issue/19028/200862>
- Karafakioğlu, M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, Yayın No:271, İstanbul.
- Kaya, İ. (2009). Müşterinize Dokunmanın 375 Yolu-Pazarlama Bi'Tanedir. Erişim Tarihi: 16.03.2023 <https://docplayer.biz.tr/829585-Pazarlama-bi-tanedir.html>.
- Keskin, M. (2015). Güzellik Cerrahisi ve Hukuki Durumu. Sağlık Düşüncesi Dergisi, Sayı 35, Issn: 1307-2358. Erişim Tarihi: 03.07.2023, https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2023-01/SD_Dergi_Sayi35.pdf.
- Kıyat, G. B. D., Şimşek, H. ve Özgüleş, B. (2017). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Diğer Pazarlama Dalları İçindeki Yeri ve Önemi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4 (3), 147-154. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sagakaderg/issue/46725/586024>.
- Koç, E. (2008). Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri-Global ve Yerel Yaklaşım. Seçkin Yayınevi. Kotler, P. (2000). Pazarlama Yönetimi. Millenium Baskı, (Çeviri Nejat Muallimoğulları) Beta Yayınevi.
- Kurumehmet, T. (2018). Sağlık Hizmetlerinin Uluslararası Alanda Pazarlanmasında Pazarlama Karması Elemanlarının Yabancı Uyruklu Hastalar Açısından Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi). Medipol Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Mucuk, İ. (2001). Pazarlama İlkeleri. Türkmen Kitabevi.
- Mucuk, İ. (2007). Pazarlama İlkeleri (ve örnek olaylar). Türkmen Kitabevi.
- Narınç Salman, A. ve Uydacı, M. (2012). Butik Hastanelerde Pazarlama Stratejileri. Öneri Dergisi, 9 (35), 45-50. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maruoneri/issue/17898/187756>
- Öztürk, H. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Markanın Önemi, (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk, S. A. (2003). Hizmet Pazarlaması. Ekin Kitabevi.
- Pentescu A., Cetina L. and Dumitrescu L. (2013) The Positioning of the Private Healthcare Providers in Romania-an Important Strategic Approach. Indian Journal of Applied Research 3(9): 388-390.
- Şantaş, F., Kurşun, A. ve Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(1), 17-33. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/552653>
- Şantaş, G. ve Şantaş, F. (2020). Güncel Pazarlama Yaklaşımlarının Sağlık Hizmetlerinde Uygulanabilirliği. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (22), 432-443. <https://doi.org/10.32709/akusosbil.482305>.
- Tatarlı, N. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Cilt 55-1, Ocak-Mart. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbf/issue/3221/44855>.
- Tengilimoğlu, D. (2020). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. ve Akdoğan, M., (1997). 2000'li Yıllarda Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt 3 Yıl 1, Kasım.
- Tengilimoğlu, D. ve Akbolat, M. (2018). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayınevi
- Tengilimoğlu, D., Atilla, E. A., Yılık, P., ve Öztürk, G. (2010). Hasta Hakları Birimine Yapılan Şikâyetlerin Değerlendirilmesi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 165-180.
- Tokay, M. (2000). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlamasında Kalite ve Hasta Tatmini (Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Araştırma), (Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.7
- Üçpunar, G. (2013). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sağlık ve Termal Turizmi. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Velioglu, M. (2000). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Pazarlama Planının Yeri ve Önemi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 1 (1), 200-217. <https://doi.org/10.11616/AbantSbe.21>.

- Vural, A. ve Baltacı, A. (2022). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bir Pazarlama Karması Elemanı Olarak Fiyat (1. Baskı). Ankara: IKSAD Yayınevi.
- Yılmaz, V. (2022). Medikal Turizmin Pazarlama Karması Unsurları Açısından Bir Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 13 (35), 1056-1078. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1023773>.
- Yücel, E. (2013). Reklamı Yasak Olan Ürünlerin Pazarlama İletişimi Faaliyetleri, İlaç Sektöründe Bir Uygulama Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). Gediz Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.



DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

COVID-19 VE DAVRANIŞSAL İKTİSAT: KÜRESEL BİR PANDEMİ SIRASINDA İNSAN DAVRANIŞINI ANLAMAK

COVID-19 AND BEHAVIORAL ECONOMICS: UNDERSTANDING HUMAN BEHAVIOR DURING A GLOBAL PANDEMIC

Dr. İlknur ARSLAN ARAS¹

ÖZ

COVID-19 salgını; yalnızca önemli sağlık sorunları ortaya çıkarmakla kalmamış, insan davranışı ile halk sağlığı sonuçları arasındaki karmaşık ilişkiyi de ortaya çıkarmıştır. Davranışsal iktisat alanı, salgının davranışsal yönlerini anlamak için değerli bilgiler sunmaktadır. Buna ek olarak politika yapıcılara salgının etkisini etkili bir şekilde azaltmaları için bir çerçeve sağlamaktadır. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 ile davranışsal iktisadın ilişkisini, davranışsal iktisat ile ilgili temel kavramları ve bunların pandemi müdahale stratejilerindeki uygulamalarını vurgulamaktır. Literatür incelendiğinde COVID-19 döneminde davranışsal iktisat ilkelerinden olan; çerçeveleme, bilişsel önyargılar, varsayılan seçenekler, teşvik etme ve dürtmenin doğru kullanımıyla salgının yönünü pozitif şekilde değiştirebileceği görülmektedir. Davranışsal iktisat sayesinde, salgının yayılmasının önüne geçmek için aşı, el yıkama, sosyal mesafe ve maske kullanımına teşvik etmek de etkili olacaktır. İnsanların başkalarının davranışlarından etkilenme, dürtme gibi davranışsal iktisat ilkelerinin etkisi altında olduğu düşünüldüğünde, insan davranışlarının değiştirilmesine yardımcı olacaktır. Salgının zorluklarını aşarken, davranışsal iktisadi halk sağlığı girişimlerine entegre etmek, davranışı şekillendirmede ve kalıcı sağlık davranışına teşvik etmede etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Davranışsal İktisat, İnsan Davranışları


JEL Sınıflandırma Kodları: D9, I10, I12.

ABSTRACT

COVID-19 pandemic; It has not only revealed important health problems but also revealed the complex relationship between human behavior and public health outcomes. The field of behavioral economics offers valuable information for understanding the behavioral aspects of the epidemic. In addition, it provides a framework for policymakers to effectively mitigate the impact of the epidemic. The aim of this study is to highlight the relationship between COVID-19 and behavioral economics, the basic concepts of behavioral economics and their applications in pandemic response strategies. When the literature is examined, one of the behavioral economics principles in the COVID-19 period; It seems that framing, cognitive biases, default options, encouragement, and the right use of nudging can positively change the course of the epidemic. Thanks to behavioral economics, it will also be effective to encourage the use of vaccines, hand washing, social distancing and masks to prevent the spread of the epidemic. Considering that people are under the influence of behavioral economics principles such as being influenced by the behavior of others, nudging will help change human behavior. While overcoming the challenges of the epidemic, integrating behavioral economics into public health initiatives is thought to be effective in shaping behavior and encouraging lasting health behavior.

Keywords: Behavioral Economics, COVID-19, Human Behavior

JEL Classification Codes: D9, I10, I12.

¹  Bağımsız Araştırmacı, ilknur.arslann@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The COVID-19 pandemic has revealed not only important health issues but also the complex relationship between human behavior and public health outcomes. The field of behavioral economics offers valuable information for understanding the behavioral aspects of the epidemic. In addition, it provides a framework for policymakers to effectively mitigate the impact of the epidemic. By combining psychological and economic principles, behavioral economics sheds light on why people may engage in certain behaviors during a crisis and how policymakers can encourage individuals to adopt desirable actions. The purpose of this study is to highlight the relationship between COVID-19 and behavioral economics, the basic concepts, and their applications in pandemic response strategies.

Design/methodology/approach:

In this study, various studies examining the relationship between COVID-19 and behavioral economics were examined and the importance of behavioral economics in changing human behavior was tried to be revealed. While conducting the research, COVID-19 and human behavior were examined under 3 main headings as behavioral economics and its use in health services, and the relationship between COVID-19 and behavioral economics.

Findings:

When the literature is examined, there are various studies examining the relationship between behavioral economics and COVID-19. The COVID-19 vaccine made by Saleska and Choi (2021) was discussed from the perspective of behavioral economics. In the study, it was revealed that confirmation bias, negativity bias and optimism bias affect people's decisions under the behavioral economics framework. The main behavioral biases exhibited by people during the COVID-19 outbreak were examined by Faure (2020). In the study, it was emphasized that the importance of conveying information correctly, being aware of our own prejudices and individual responsibility is essential to get out of this crisis. The COVID-19 pandemic has had a profound impact on human behavior and has led to significant changes in various aspects of daily life. Individuals and communities around the world have had to adapt their behavior to comply with public health measures and reduce the spread of the virus. As a result of the research, the effects of behavioral economics principles on COVID-19 were examined under 4 headings: expectancy theory and risk perception, social norms and peer effects, time reduction and impulsivity, nudging and behavioral interventions. In this study, the COVID-19 outbreak emphasized the importance of understanding human behavior in designing effective public health strategies. In addition, the relationship between COVID-19 and behavioral economics was examined. When the literature is examined, it is revealed that framing, cognitive biases, default options, encouragement, and nudge, which are behavioral economics principles, can positively change the direction of the epidemic in the COVID-19 period. The COVID-19 pandemic has caused significant changes in human behavior, driven by the need to prevent virus transmission and adapt to the challenges posed by the pandemic. The adoption of preventive measures, its impact on mental health, and changes in mobility and travel behavior are just some of the profound impacts of the pandemic. Understanding these behavioral changes is crucial for policymakers and public health officials to develop effective strategies and interventions to combat the virus and support individuals in coping with the challenges posed by COVID-19.

Behavioral economics provides a valuable framework for understanding the psychological and economic factors that influence decision-making during a crisis. By combining concepts such as prospect theory, social norms, time reduction and nudging, policymakers can resort to interventions that encourage individuals to adopt behaviors that are crucial to contain the virus' spread.

Conclusion and Discussion:

Behavioral economics, a field that combines insights from psychology and economics, plays a crucial role in understanding and addressing vaccination behavior. The decision to vaccinate, which is critical and changing the course of the epidemic, is influenced by many factors, including cognitive biases, social norms, and individual beliefs. Behavioral economics sheds light on these key mechanisms, providing valuable information for policymakers and health professionals seeking to increase immunization rates. Understanding the psychological underpinnings of vaccine decision making is crucial to achieving high vaccination rates and reducing the impact of infectious diseases such as COVID-19. By understanding the impact of framing effects, social norms, and putative options, policymakers can design interventions that effectively address vaccine hesitancy and promote vaccine acceptance. Incorporating behavioral economic principles into communication strategies and vaccine delivery systems can help maximize vaccination rates, curb the spread of the virus, and protect public health. Thanks to behavioral economics, it will also be effective to encourage the use of vaccines, hand washing, social distancing and masks to prevent the spread of the epidemic. Considering that people are under the influence of behavioral economics principles such as being influenced by the behavior of others, nudging will help change human behavior. While overcoming the challenges of the epidemic, integrating behavioral economics into public health initiatives is thought to be effective in shaping behavior and encouraging lasting health behavior.

1. GİRİŞ

SARS-COV-2'nin neden olduğu COVID-19 pandemisi, birçok ülkeyi hastalığın yayılmasını sınırlamak için katı önlemler uygulamaya yöneltmiştir (Allcot ve diğerleri, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), salgınla mücadeleye yönelik küresel çabaları koordine etmede ön saflarda yer almıştır. WHO (2020)'ye göre, COVID-19 öncelikle enfekte bir kişi öksürdüğünde, hapşırıldığında veya konuştuğunda solunum damlacıkları yoluyla bulaşmaktadır. Bu damlacıklar yakın çevredeki kişiler tarafından solunabilir ve yeni enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Ek olarak, virüs, virüs bulaşmış yüzeylere dokunduktan sonra yüze, ağza veya gözlere dokunarak da yayılabilir. Bulaşma yollarının anlaşılması, enfeksiyon riskini azaltmak için fiziksel mesafe, maske takma ve el hijyeni gibi önleyici tedbirlerin uygulanmasında çok önemli olmuştur. Hem hükümetler hem de bilim adamları tarafından savunulan bu önlemler, gönüllü sosyal mesafe ve maske takmadan zorunlu evde kalma politikalarına kadar uzanmaktadır (Hsiang ve diğerleri, 2020). Aşıların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, salgınla mücadelede çok önemli olmuştur. Birden fazla aşı, sıkı testlerden geçmiş ve acil kullanım izinleri alınmıştır. Polack ve diğerleri (2020), tarafından yapılan bir çalışmada Pfizer-BioNTech COVID-19 aşısının güvenilirliği ve etkinliği değerlendirilmiştir. Araştırmacılar tarafından, aşının COVID-19 enfeksiyonunu önlemede yüksek etkinlik gösterdiği, virüsün yayılmasını kontrol etmede ve hastalığın şiddetini azaltmada hayati bir araç sağladığı bulunmuştur. Bu salgın sırasında, insanları önleyici davranışları benimsemeye ve sürdürmeye teşvik etmek, COVID-19'un yayılmasını azaltmayı amaçlayan halk sağlığı politikalarının odak noktasıdır (Soofi ve diğerleri, 2020).

COVID-19 salgını, insan davranışının halk sağlığı üzerindeki karmaşık etkilerini ortaya koyarak, yalnızca önemli sağlık sorunlarına işaret etmemiştir. Davranışsal iktisat, salgının davranışsal yönlerini anlamak için değerli bilgiler sunar ve politika yapıcılara etkili bir şekilde salgının etkisini azaltma konusunda bir çerçeve sağlamaktadır. Bu disiplin, psikolojik ve ekonomik ilkeleri birleştirerek, insanların kriz dönemlerinde neden belirli davranışlar sergileyebileceklerini ve politika yapıcıların bireyleri istenen eylemleri benimsemeye teşvik etme yöntemlerini anlamaya yardımcı olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 ile davranışsal iktisat arasındaki ilişkiyi, temel kavramları ve bu kavramların pandemi müdahale stratejilerindeki uygulamaları vurgulamaktır.

2. COVID-19 VE İNSAN DAVRANIŞLARI

COVID-19 salgını, insan davranışları üzerinde derin bir etkiye sahiptir ve günlük yaşamın çeşitli yönlerinde önemli değişikliklere yol açmıştır. Dünya çapında bireyler ve topluluklar, davranışlarını halk sağlığı önlemlerine uyacak ve virüsün yayılmasını azaltacak şekilde uyarlamak zorunda kalmıştır. COVID-19'un insan davranışı üzerindeki dikkate değer etkilerinden biri, önleyici tedbirlerin daha fazla benimsenmesidir. İnsanlar kendilerini ve başkalarını virüsten korumaya çalışırken yüz maskelerinin kullanılması, sosyal mesafeye uyulması ve sık sık el hijyeni sağlanması yaygınlaştırmıştır. Aschwanden (2020) tarafından yürütülen çalışmada bu önleyici davranışların uygulanmasının COVID-19'un bulaşmasında bir azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışma, davranış değişikliğinin virüsün yayılmasını kontrol etmede oynadığı kritik rolü vurgulamaktadır.

Pandeminin bir diğer önemli etkisi de ruh sağlığı ve esenliği üzerindeki etkisidir. Salgınla ilişkili enfeksiyon korkuları, sosyal izolasyon ve ekonomik aksamlar gibi belirsizlikler ve stres etkenleri, insanların zihinsel sağlığını olumsuz etkilemiştir. Czeisler ve diğerleri (2020) tarafından pandemi sırasında kaygı ve depresyon semptomlarında önemli bir artış olduğu ortaya koyulmuştur. Bulgular, COVID-19'un psikolojik etkisini ele almak ve bireylerin ruh sağlıklarını yönetmelerini desteklemek için hedefe yönelik müdahalelere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

3. DAVRANIŞSAL İKTİSAT VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI

Davranışsal iktisat, insan davranışı ve karar verme süreçlerine ilişkin içgörü sağlama yeteneği nedeniyle sağlık alanında önemli bir popülerlik kazanmıştır. Araştırmacılar ve politika yapıcılar, karmaşık sağlık davranışlarını açıklamada geleneksel ekonomik modellerin sınırlamalarının farkındadır ve sağlıkla ilgili zorlukları daha iyi anlamak ve ele almak için davranışsal iktisada yönelmiştir. Halpern ve diğerleri (2017) tarafından yapılan bir çalışmada davranışsal iktisadın sağlıkta artan popüleritesini araştırılmış, sağlık sonuçlarını iyileştirme ve politika müdahalelerini bilgilendirme potansiyeli vurgulanmıştır.

Sağlıkta davranışsal iktisat müdahalelerinin etkinliği, popüleritesinin artmasına katkıda bulunmuştur. Çok sayıda çalışma, sağlıklı davranışları teşvik etmek ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için davranışsal müdahalelerin potansiyeli olduğunu göstermiştir. Örneğin, Patel ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada kilo vermeyi teşvik etmek için finansal teşvikler ve kişiselleştirilmiş geri bildirim gibi davranışsal iktisat stratejileri kullanmanın

etkisini incelenmiştir. Çalışmada bu müdahalelerin geleneksel yaklaşımlara kıyasla daha fazla kilo vermeyi sağladığını gösterilmektedir. Bu bulgular, insan davranışından yararlanarak olumlu sağlık sonuçları elde etmeyi hedefleyen müdahalelerin tasarımında davranışsal iktisadın pratik faydasını vurgulamaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin tanınması da sağlıkta davranışsal iktisadın popülerliğini artırmıştır. Davranışsal iktisat, sağlık davranışlarının yalnızca bireysel seçimlerden değil aynı zamanda sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerden de etkilendiğini kabul eder. Araştırmacılar, sağlık kararlarının verildiği bağlamı inceleyerek sosyal normları, akran etkilerini ve davranışı şekillendiren yapısal faktörleri belirleyebilirler. Bu daha geniş perspektif, sağlık üzerindeki sosyal ve çevresel etkileri göz önünde bulunduran müdahalelerin geliştirilmesine izin vererek davranış değişikliği için daha etkili stratejilerin ortaya çıkmasına katkıda bulunur (Halpern ve diğerleri, 2017). Literatürde davranışsal iktisatla ilgili yapılan çalışmaların hangi alanlarda yoğunlaştığını belirlemek için Web of Science veri tabanında 23.05.2023 tarihinde tarama yapılmıştır. Taramada behavioral economics” ve “COVID-19” anahtar kelimeleri kullanılarak “topic” seçeneğiyle arama yapılmış ve 77 çalışmaya ulaşılmıştır. Ulaşılan bu çalışmaların kategorileri şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Davranışsal İktisat ve COVID-19 konulu çalışmaların kategorileri

Şekil 1 incelendiğinde davranışsal iktisat ve COVID-19 konulu 77 çalışmanın 14’ü ekonomi, 12’si kamu çevre sağlığı, 6’sı sağlık bilimleri hizmetleri alanlarında yapıldığı gözlemlenmiştir.

4. DAVRANIŞSAL İKTİSAT VE COVID-19 İLİŞKİSİ

Literatür incelendiğinde davranışsal iktisat ve COVID-19 ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Saleska ve Choi (2021) tarafından yapılan COVID-19 aşısı davranışsal iktisat bakış açısıyla ele alınmıştır. Çalışmada, davranışsal iktisat çerçevesi altında doğrulama yanlılığı (kişilerin kendi inançlarını, düşüncelerini ve varsayımlarını destekleyen ya da teyit eden bilgileri kayırma, dikkate alma ve öne çıkarma eğilimi), olumsuzluk yanlılığı (olumsuz şeyleri olumlu şeylerden daha yoğun bir şekilde fark edilmesi ve hissedilmesi) ve iyimserlik yanlılığının (iyi şeylerin sizin için daha olası olduğuna ve kötü şeylerin sizin için daha az olası olduğuna inanmak) insanların kararlarını etkilediği ortaya koyulmuştur. Faure (2020) tarafından yapılan çalışmada insanların COVID-19 salgını sırasında sergilediği temel davranışsal önyargılar incelenmiştir. Çalışmada bilgiyi doğru iletmenin, kendi önyargılarımızın farkında olmanın önemi ve bu krizden çıkmak için bireysel sorumluluğun esas olduğu vurgulanmıştır. Haushofer ve Metcalf (2020) tarafından yapılan çalışmada salgın döneminde enfeksiyon yayılımını azaltmak için el yıkama gibi önlemlerin teşvik edilmesinde davranışsal iktisat müdahalesinin önemi vurgulanmıştır.

Dürtme herhangi bir seçeneği yasaklamadan veya teşvikleri önemli ölçüde değiştirmeden, insanların davranışlarını tahmin edilebilir bir şekilde değiştiren hamleler olarak tanımlanmaktadır. Dürtme, kişinin içsel motivasyonu veya

dış çevresel etkiler aracılığıyla isteklerini veya tercihlerini belirli bir yönde yönlendirmesini sağlamaktadır (Thaler ve Sunstein, 2008). Literatür incelendiğinde dürtme ve COVID-19 ilişkisini inceleyen çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Karagöl (2020) tarafından yapılan çalışmada salgında dürtmenin etkili kullanılmasıyla bireylere ve kamu otoritelerine katkı sağlayacağı ifade edilmektedir. Aldemir ve Kaya (2020) tarafından yapılan çalışmada politika yapım sürecinde dürtmenin COVID-19 politikaları üzerindeki olumlu etkisi ortaya koyulmuştur. Ağan (2020) tarafından yapılan çalışmada COVID-19 sürecinde insanların satın alma davranışları davranışsal iktisat çerçevesinde incelenmiştir. Çalışma sonucunda salgın sürecinde karar verirken kaygılar risk almayı azaltırken heyecan bireyleri daha fazla risk almaya yönlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Literatür incelendiğinde davranışsal iktisadın COVID-19 üzerinde etkisi konulu çalışmalar beklenti teorisi ve risk algısı, sosyal normlar ve akran etkileri, zamanlar arası seçim ve dürtüsellik, dürtme, ödüllendirme ve cezalandırma ve çerçeveleme üzerine yoğunlaşmıştır. Buna dayanarak bu çalışmada davranışsal iktisat ve COVID-19 ilişkisi yukardaki ilkeler dahilinde 5 başlık altında incelenmiştir.

4.1. Beklenti Teorisi ve Risk Algısı

Kahneman ve Tversky (1979) tarafından geliştirilen beklenti teorisi, bireylerin belirsizlik koşulları altında nasıl karar verdiklerini açıklamaktadır. COVID-19 salgını sırasında insanlar, maske takmak, sosyal mesafeyi korumak ve aşı olmak gibi önleyici tedbirlere uymalarını etkileyen çeşitli risk algıları sergilemektedir. Kayıptan kaçınma ve kullanılabilirlik önyargısı gibi risk algısıyla ilişkili önyargıları anlamak, politika yapımcıların etkili halk sağlığı kampanyaları tasarlamasına yardımcı olabilir (Kahneman & Tversky, 1979). Örneğin, COVID-19 risklerini potansiyel kayıplar açısından çerçevelemek ve aşılardan mevcudiyetini vurgulamak, bireyleri aşılama itebilir

4.2. Sosyal Normlar ve Akran Etkileri

İnsan davranışı, sosyal normlardan ve başkalarının eylemlerinden güçlü bir şekilde etkilenir. Pandemi sırasında, sosyal normlar önleyici tedbirlere uyumu şekillendirmede çok önemli bir rol oynadı. Araştırmalar, bireylerin maske takma gibi güvenlik önlemlerine, bunu toplulukları içinde sosyal bir norm olarak algıladıklarında uyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Bicchieri ve diğerleri, 2020). Halk sağlığı kampanyaları, çoğunluğun önleyici davranışlara bağlılığını vurgulayarak sosyal normlardan yararlanabilir ve genel nüfus arasında uyumu teşvik edebilir. Yani, bu kampanyalar, insanları bir davranışı benimsemeye teşvik etmek için çoğunluğun bu davranışı gerçekleştirdiği ve desteklediği sosyal normları vurgulamaktadır. Böylelikle insanlar, çoğunluğa uymak ve sosyal kabul görmek isteğiyle önleyici davranışları benimsemeye daha eğilimli hale gelmektedir. (Seale ve diğerleri, 2021).

4.3. Zamanlar Arası Seçim ve Dürtüsellik

Zamanlar arası seçim (Can, 2012) bireylerin anlık ödüllere gelecekteki faydalardan daha fazla değer verme eğilimini ifade etmektedir (Loewenstein ve Thaler, 1989). COVID-19 bağlamında, insanlar kısa vadeli arzulara (ör. sosyal toplantılara katılmak) uzun vadeli sağlık hususlarına (ör. kalabalık alanlardan kaçınmak) göre öncelik verilebilir. COVID-19 salgınıyla ilişkili olarak insanların karar verme süreçlerinde rol oynayabilir.

Dürtüsellik, bir kişinin anlık tatmin arayışına yönelme, düşünmeden hareket etme ve zevk alma eğilimini ifade etmektedir (Loewenstein, 1996). Dürtüsellik, COVID-19 salgınıyla ilişkili olarak, insanların riskli davranışlara yönelme eğilimini ifade edebilir. Salgın döneminde, dürtüsellik bazı insanları önleyici önlemleri ihmal etmeye veya salgının yayılmasına katkıda bulunan riskli davranışlar sergilemeye yönlendirebilir. Örneğin, dürtüsellik, tatmin arayışıyla maske takmama, sosyal mesafe kurallarını ihlal etme veya kalabalık ortamlara katılma gibi davranışlara neden olabilir. Bu tür davranışlar, salgının yayılma hızını artırabilir ve toplum sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, salgın döneminde dürtüsellikle mücadele etmek ve önleyici davranışları sürdürmek önemlidir. Bilinçli karar alma, bilgilendirme, toplumun sağlık bilincini artırma ve uygun destek mekanizmaları sağlama gibi önlemler, dürtüsellik etkisini azaltmada yardımcı olabilir.

4.4. Dürtme, Ödül ve Cezalandırma

Thaler ve Sunstein (2008) tarafından popüler hale getirilen bir kavram olan dürtme, bireyleri uzun vadeli hedefleriyle uyumlu kararlar almaya yönlendirmek için seçimlerin yapılandırılmasını içermektedir. Dürtmeler, pandemiyle ilgili çeşitli bağlamlarda başarıyla uygulanmıştır. İstenilen davranışları teşvik etmek veya istenmeyen davranışları caydırmak için ödül ve cezalandırma mekanizmaları kullanılabilir. Örneğin, maske takan ve sosyal

mesafeye uyan kişilere belirli ayrıcalıklar veya teşvikler sunulabilir. Aynı zamanda, önlemlere uymayan veya riskli davranışlar sergileyenlere belirli yaptırımlar uygulanabilir.

4.5. Çerçeveleme

Çerçeveleme etkisi, bilgi veya olayları farklı perspektiflerden sunarak insanların kararlarını ve davranışlarını etkileme yeteneğini ifade etmektedir. Bir konuyu veya durumu nasıl sunulursa, insanların algılamasını ve karar verme süreçleri o yönde etkilenmektedir. Çerçeveleme etkisi, psikoloji ve davranışsal iktisat alanlarında yaygın olarak araştırılan bir konudur (Kahneman ve Tversky, 1979). Salgın anında, risk çerçevesi hastalara önemli risk bilgileri sağlayarak tıbbi müdahaleyi kabul etme veya reddetme veya ilaç alma kararını ifade etmektedir (Mazur ve Hikhan, 1997). Örneğin, birçok haber kaynağı, ölüm oranlarını ve enfekte olma riskini vurgulayarak insanları salgına karşı daha ciddi bir şekilde korumaya teşvik edebilir. Bu, insanların salgınla ilgili daha fazla endişe duymalarına ve alınması gereken önlemleri daha ciddiye almalarına neden olabilir. Jordan ve diğerleri (2021) tarafından yapılan çalışmada halka tehdit ima eden mesajların pandeminin ilk dönemlerinde daha etkili olduğunu ortaya koyulmuştur.

5. AŞILAMA VE DAVRANIŞSAL İKTİSAT

Davranışsal iktisatta COVID-19 aşılmasıyla ilgili önemli bir kavram, çerçeveleme etkisidir. Araştırmalar, aşılara ilgili bilgilerin çerçevesi bireylerin karar verme sürecini önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermiştir. Örneğin, Betsch ve diğerleri (2020), tarafından yapılan bir çalışmada aşılama kampanyalarının etkinliğini artırmak için iletişim stratejilerindeki önemi vurgulanmaktadır. Bireyleri aşılama teşvik etmek için, aşılamanın kişisel sağlık faydalarının yanı sıra toplum sağlığına katkılarının da vurgulanması gerekmektedir. Bu çalışma çerçevesinin aşı kabulü üzerindeki etkisini ve iletişim stratejilerini buna göre uyarılmasının önemini göstermektedir.

Sosyal normlar COVID-19 aşılama davranışını şekillendirmede çok önemli bir rol oynamaktadır. İnsanlar genellikle çevrelerindeki davranışlarından ve fikirlerinden etkilenirler. Van Bavel ve diğerleri (2020), tarafından yapılan çalışmada başkalarının ne yaptığına ilişkin algıları yansıtan tanımlayıcı normların rolünü vurgulanmıştır. Çalışmada, belirli gruplar veya topluluklar arasındaki yüksek aşılama oranları hakkında bilgi vermenin, bireylerin aşı olma niyetini artırdığı bulunmuştur. Bu, aşı alımını teşvik etmede sosyal normların gücünü vurgulamaktadır. Aşılama belirli referans grupları içinde yaygın olarak kabul edildiğini vurgulayarak, bireylerin aşılama normu olarak algılaması ve ona uyması daha olasıdır. Bicchieri ve diğerleri (2021), tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin akranları arasındaki yüksek aşılama oranları hakkında bilgilendirilmesinin aşı olma olasılıklarını önemli ölçüde artırdığı ortaya koyulmuştur. Bu çalışma topluluklar içinde aşı kabulünü teşvik etmek için sosyal normlardan ve sosyal kanıttan yararlanmanın önemini vurgulamaktadır.

Davranışsal iktisat, varsayılan seçeneklerin karar verme üzerindeki etkisini de kabul etmektedir. Politika yapımcılar tarafından varsayılanlardan yararlanarak aşı kabul oranlarını artırılabilir. Ferraro ve diğerleri (2021), tarafından yapılan bir çalışma varsayılan seçeneklerin COVID-19 aşılama teşvik etmedeki etkinliği gösterilmiştir. Araştırmacılar tarafından, bireylerin bir aşılama randevusunu kendileri aktif olarak planlamak yerine otomatik olarak planladıklarında, aşı oranlarının önemli ölçüde arttığını tespit edilmiştir. Bu, eyleme geçmenin önündeki engellerin aşılmasında ve karar verme sürecinin basitleştirilmesinde varsayılanların gücünü vurgulanmaktadır. Brewer ve diğerleri (2017), tarafından yürütülen bir çalışmada ebeveynlerin çocuklarını aşılama aktif olarak vazgeçmeleri gerektiğinde, aşılama oranlarının önemli ölçüde arttığı bulunmuştur. Bu durum davranış şekillendirmede varsayılanların gücünü göstermektedir ve aşı kabulünü teşvik etmek için devre dışı bırakma sistemlerini kullanma potansiyelini ortaya koymaktadır.

Bilişsel önyargılar ayrıca aşılama kararı vermede önemli bir rol oynamaktadır. Davranışsal iktisat, bireylerin aşılama riskleri ve yararları algılarını etkileyebilecek kayıptan kaçınma, mevcut önyargı veya aşırı güven gibi önyargılar sergileyebileceğini kabul etmektedir. Bu önyargıları anlamak, etkili aşılama kampanyaları tasarlamak için çok önemlidir. Örneğin araştırmalar, aşıyla ilgili bilgileri potansiyel kayıplar (örneğin aşı olmamanın riskleri) açısından çerçevesinin, yalnızca faydalara odaklanmaktan daha ikna edici olabileceğini göstermiştir. Bu yaklaşım, bireylerin aşı olmamanın potansiyel olumsuz sonuçlarını vurgulayan mesajlara daha duyarlı olmalarını sağlayan kayıptan kaçınma önyargılarından yararlanmaktadır (Tversky & Kahneman, 1981).

6. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışmada COVID-19 salgını, etkili halk sağlığı stratejileri tasarlamada insan davranışını anlamının önemi vurgulanmıştır. Bu çalışma ile literatür de yer alan çalışmalar incelenerek COVID-19 salgınında davranışsal iktisat ilkeleri yardımıyla salgına nasıl yön verildiği ortaya koyulmuştur. Ayrıca COVID-19'un davranışsal iktisat arasındaki ilişki incelenmiştir. Literatür incelendiğinde COVID-19 döneminde davranışsal iktisat ilkelerinden olan çerçeveleme, sosyal normlar ve akran etkileri, varsayılan seçenekler, teşvik etme ve dürtmenin doğru kullanımıyla salgının yönünü pozitif şekilde değiştirebileceği ortaya konulmuştur. COVID-19 salgını, virüs bulaşmasını önleme ve salgının dayattığı zorluklara uyum sağlama ihtiyacından kaynaklanan insan davranışında önemli değişikliklere neden olmuştur. Önleyici tedbirlerin benimsenmesi, ruh sağlığı üzerindeki etkisi, hareketlilik ve seyahat davranışlarındaki değişiklikler, pandeminin derin etkilerinden sadece birkaçını oluşturmaktadır. Bu davranış değişikliklerini anlamak, politika yapımcılar ve halk sağlığı yetkililerinin virüsle savaşmak için etkili stratejiler ve müdahaleler geliştirmesi ve bireylerin COVID-19'un getirdiği zorluklarla başa çıkma yöntemlerini desteklemesi için çok önemlidir.

COVID-19 aşılama kampanyalarında çerçeveleme etkisini kullanarak aşılama niyetlerini artırmak için aşağıda verilen örneklerden bazıları kullanılabilir: Aşı kampanyası, aşının toplum içinde kabul gören bir davranış olduğu vurgulanabilir. Örneğin, "Çoğunluk aşı oluyor, sen de katıl!" gibi mesajlarla toplumsal normları destekleyebilir. Bu çerçeve, bireylerin aşılama kararı üzerinde sosyal baskıyı artırabilir ve aşılama niyetlerini güçlendirebilir. Felezko ve diğerleri (2021) tarafından yapılan çalışmada bir kişinin sevdiğinin/ailesinin/arkadaşlarının veya güven ve saygı duyduğu bir toplum figürünün aşı olup olmamasının kişinin aşı olma isteğini etkileyeceği tespit edilmiştir. Seale ve diğerleri (2021) tarafından Avustralyalıların COVID-19 aşısı olma istekliliği üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların %78'i aşı olmak için ailelerinden ve arkadaşlarından destek aldığı ortaya koyulmuştur. Aşı kampanyası, bireylerin aşı olmanın kendi sağlıkları üzerindeki olumlu etkileri vurgulayabilir. Örneğin, aşının hastalığa yakalanma riskini azalttığı, ciddi semptomları hafiflettiği ve hastaneye yatış ihtimalini düşürdüğü gibi bilgiler verilebilir. Bu çerçeve, bireylerin kendi sağlıklarını koruma motivasyonunu artırabilir. Aşı kampanyası, aşının bulaşma riskini azaltarak toplumun genel sağlığını korumada önemli bir rol oynadığını vurgulayabilir. Örneğin, aşının yayılmasını yavaşlatarak salgının kontrol altına alınmasına yardımcı olduğu ve savunmasız popülasyonları koruduğu gibi bilgiler verilebilir. Bu çerçeve, bireylerin toplumsal sorumluluklarını ve başkalarını koruma motivasyonunu artırabilir. Aşı kampanyası, COVID-19'un ciddi sağlık riskleri taşıdığını ve aşının bu riskleri azaltmada etkili olduğu ifade edilebilir. Özellikle yaşlılar, kronik hastalığı olanlar ve diğer risk altındaki gruplar için aşının önemi vurgulanabilir. Bu çerçeve, insanların kendilerini ve sevdiğilerini koruma motivasyonunu artırabilir. Peng ve diğerleri (2021) tarafından COVID-19 aşısı olma istekliliği üzerine yapılan çalışmada kayıp çerçevesi altındaki ikna etkisinin kazanç çerçevesi altındakinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Kazanç çerçevesi mesajın ikna etkisi, düşük risk altındayken daha güçlü bir şekilde algılanırken kayıp çerçevesi mesajın etkisi, yüksek risk altındayken daha güçlü bir şekilde algılanmaktadır (Updegraff ve diğerleri, 2015).

İletişim, COVID-19 hakkında bilgilendirme ve farkındalık oluşturma açısından önemli bir rol oynamıştır. Salgının başlangıcında, yetkililer halka sağlık önlemlerini uygulamaları gerektiği konusunda bilgilendirme yaparken, olumlu bir çerçeve kullanarak insanların bu önlemlere daha olumlu bir şekilde tepki vermelerini sağlamaya çalışılmıştır. Örneğin, insanlara "evde kal" yerine "evde sevdiğinizinizi koruyun" mesajı iletilerek insanların evde kalmayı bir sosyal sorumluluk olarak görmeleri amaçlanabilir. Grand ve Hoffman (2011) tarafından yapılan çalışmada toplumu korumak için el yikamayı teşvik etmede daha etkili olduğu gösterilmiştir.

COVID-19'un değişen varyantlarla dünya çapında insanların yaşamlarını etkilemeye devam edeceği öngörülmektedir. Ancak bu eğilime rağmen virüsün gelişimini görmezden gelerek rehavete kapılan insanlar arasında çok sayıda can kaybı yaşanacağı aşıkardır (Türken ve Çapar, 2023). Davranışsal iktisat, bir kriz sırasında karar vermeyi etkileyen psikolojik ve ekonomik faktörleri anlamak için değerli bir çerçeve sağlamaktadır. Politika yapımcılar, beklenti teorisi, sosyal normlar, zamanlar arası seçim ve dürtme gibi kavramları birleştirerek, bireyleri virüsün yayılmasını engellemek için çok önemli davranışları benimsemeye teşvik eden müdahalelere başvurabilir. Ayrıca psikoloji ve ekonomiden elde edilen içgörülerini birleştiren bir alan olan davranışsal iktisat, aşılama davranışını anlama ve ele almada çok önemli bir rol oynamaktadır. Salgının seyirini değiştiren ve son derece önemli olan aşı olma kararı, bilişsel önyargılar, sosyal normlar ve bireysel inançlar dahil olmak üzere çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Davranışsal iktisat, aşılama oranlarının arttırmak isteyen politika yapımcılar ve sağlık uzmanları için değerli bilgiler sunarak bu temel mekanizmalara ışık tutmaktadır. Aşıya karar vermenin psikolojik temellerini anlamak, yüksek aşılama oranlarına ulaşmak ve COVID-19 gibi bulaşıcı hastalıkların etkisini azaltmak

için çok önemlidir. Politika yapımcılar, çerçeveleme etkilerinin, sosyal normların ve varsayılan seçeneklerin etkisini anlayarak, aşı tereddütünü etkili bir şekilde ele alan ve aşı kabulünü teşvik eden müdahaleler tasarlayabilir. COVID-19 aşılama kampanyalarında bireysel fayda, toplumsal fayda, riskli gruplar vurgulanarak ve “çoğunluk aşı oluyor, sende katıl!” gibi sosyal normlar kullanarak bireylerin aşılama niyetleri artırılabilir. Davranışsal iktisat COVID-19 salgınında bireylerin riski anlaması için “daha fazla ölüm veya enfekte” vurgulanarak çerçeveleme etkisi oluşturabilir. Bireylerin karantina süreçlerine ve kuralları uymaları için “evde sevdiğinizizi koruyun” şeklinde olumlu çerçeveleme yaparak insanların evde kalmayı bir sosyal sorumluluk olarak görmeleri amaçlanabilir.

Davranışsal iktisat ilkeleri iletişim stratejilerine ve aşı dağıtım sistemlerine dahil etmek, aşılama oranlarını en üst düzeye çıkarmaya, virüsün yayılmasını engellemeye ve halk sağlığını korumaya yardımcı olabilir. Ayrıca COVID-19 salgınıyla mücadelede zamanlar arası seçim veya dürtüsellik etkisini azaltmak için bilinçli çaba gerekmektedir. Sağlık otoriteleri ve politika yapımcılar, insanlara salgının uzun vadeli etkilerini, sağlık risklerini ve önlemlerin önemini vurgulamalıdır. Bilgilendirme kampanyaları, farkındalık artırma çabaları ve toplumun uzun vadeli sağlık faydalarını göz önünde bulundurmasını teşvik eden stratejiler, bu etkilerin azaltılmasına yardımcı olabilir. Salgın döneminde, zamanlar arası seçim insanların salgının uzun vadeli etkilerini ve önlemlerin gelecekteki faydalarını göz ardı etmelerine veya azaltmalarına neden olabilir. Birçok insan, anlık tatmin ve kısa vadeli dürtülerin etkisi altında kalarak, uzun vadeli sağlık risklerini veya toplumun genel refahını göz ardı edebilir. Örneğin, bir kişi, biraz zaman geçirmek veya normal aktivitelere geri dönmek için salgın önlemlerini ihmal etme eğiliminde olabilir. Bu, zamanlar arası seçimin bir sonucu olabilir, çünkü insanlar gelecekteki sağlık risklerini ve sonuçlarını bugünkü anlık tatminlerden daha düşük bir değere sahip görebilirler. Bu durum, salgının yayılmasını artırabilir ve toplumun sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Davranışsal iktisat sayesinde, salgının yayılmasının önüne geçmek için aşı, el yıkama, sosyal mesafe ve maske kullanımına teşvik etmek de etkili olacaktır. İnsanların başkalarının davranışlarından etkilenme, dürtme gibi davranışsal iktisat ilkelerinin etkisi altında olduğu düşünüldüğünde, insan davranışlarının değiştirilmesine yardımcı olacaktır. Salgın döneminde insanlara duygusal ve sosyal destek sağlamak, stresle başa çıkmak için iletişim kanallarını açık tutmak oldukça önemlidir. Online destek grupları, danışmanlık hizmetleri ve iletişim hatları gibi kaynaklar sağlanarak insanların psikolojik ve duygusal ihtiyaçları karşılanabilir. Salgının zorluklarını aşarken, davranışsal iktisatı halk sağlığı girişimlerine entegre etmek, davranışı şekillendirmede ve kalıcı sağlık davranışına teşvik etmede etkili olacağı düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, bu çalışmaya tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluşun destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Ağan, B. (2020). Davranışsal iktisatta Covid-19 pandemi süreci: kaygı hızlarının sosyo ekonomik karar alma davranışları üzerine etkisi. *Elektronik Türkçe Çalışmalar*, 15 (6), 1001-1016.
- Aldemir, C., ve Kaya M., (2020). Dürtme fikrinin bir kamu politikası aracı olarak Covid-19 döneminde hükümetler tarafından uygulanması. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 19 (covid-19 özel sayı), 122-142.
- Allcott, H., Boxell, L., Conway, J., Gentzkow, M., Thaler, M., & Yang, D. (2020). Polarization and public health: partisan differences in social distancing during the coronavirus pandemic. *Journal of Public Economics*, 191, 104254,1-11.
- Betsch, C., Böhm, R., & Korn, L. (2020). Inviting free-riders or appealing to prosocial behavior? Game-theoretical reflections on communicating herd immunity in vaccine advocacy. *Health Psychology*, 39(3), 212-217.
- Bicchieri, C., Fatas, E., Aldama, A., Casas, A., Deshpande, I., Lauro, M., ... & Wen, R. (2021). In science we (should) trust: expectations and compliance across nine countries during the COVID-19 pandemic. *Plos One*, 16(6), 1-17, E0252892.
- Bicchieri, C., Lindemans, J. W., Jiang, T., & Zhang, L. (2020). It's not a game anymore: changing social norms in the pandemic. *Nature Human Behaviour*, 4(10), 1026-1032.

- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Rothman, A. J., Leask, J., & Kempe, A. (2017). Increasing vaccination: putting psychological science into action. *Psychological Science in The Public Interest*, 18(3), 149-207.
- Can, Y. (2012). İktisatta psikolojik insan faktörü: davranışsal iktisat. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 91-98.
- Cifuentes-Faura, J. (2020). The importance of behavioral economics during COVID-19. *Journal Of Economics And Behavioral Studies*, 12(3 (j)), 70-74.
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., ... & Rajaratnam, S. M. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—united states, june 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049.
- Ferraro, P. J., Miranda, J. J., & Price, M. K. (2021). The effectiveness of default options to increase COVID-19 vaccine uptake. *Nature Communications*, 12(1), 1-9.
- Grant, A. M., & Hofmann, D. A. (2011). It's not all about me: Motivating hand hygiene among health care professionals by focusing on patients. *Psychological science*, 22(12), 1494-1499.
- Halpern, D., French, S., & Small, M. L. (2017). Behavioral economics and the study of health inequalities. *Journal of Health And Social Behavior*, 58(3), 268-284.
- Hsiang, S., Allen, D., Annan-Phan, S., Bell, K., Bolliger, I., Chong, T., ... & Wu, T. (2020). The effect of large-scale anti-contagion policies on the covid-19 pandemic. *Nature*, 584(7820), 262-267.
- Jordan, J. J., Yoeli, E., & Rand, D. G. (2021). Don't get it or don't spread it: Comparing self-interested versus prosocial motivations for COVID-19 prevention behaviors. *Scientific reports*, 11(1), 20222, 1-17.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: an analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263-292.
- Karagöl, V. (2020). Covid-19 salgını ile mücadelede davranışsal iktisadın rolü. *Düzce İktisat Dergisi*, 1 (1), 1-10.
- Loewenstein, G., & Thaler, R. H. (1989). Anomalies: intertemporal choice. *Journal of economic perspectives*, 3(4), 181-193.
- Mazur, D. J., & Hickam, D. H. (1997). Patients' preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 114-117.
- Oliver, E. J., Rigby, E., & Reay, G. (2020). The effect of default options in vaccination choice. *Medical decision making*, 40(7), 881-891.
- Patel, M. S., Volpp, K. G., Rosin, R., Bellamy, S. L., Small, D. S., Fletcher, M., ... & Asch, D. A. (2016). A randomized trial of social comparison feedback and financial incentives to increase physical activity. *American journal of health promotion*, 30(6), 416-424.
- Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., ... & Pérez, J. L. (2020). Safety and efficacy of the bnt162b2 mrna covid-19 vaccine. *New england journal of medicine*, 383(27), 2603-2615.
- Saleska, J. L., & Choi, K. R. (2021). A behavioral economics perspective on the COVID-19 vaccine amid public mistrust. *Translational behavioral medicine*, 11(3), 821-825.
- Soofi, M., Najafi, F., & Karami-Matin, B. (2020). Using insights from behavioral economics to mitigate the spread of covid-19. *Applied health economics and health policy*, 18, 345-350.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale university press.
- Türken, A., & Çapar, H. (2023). Vaccine hesitancy in patients with COVID-19 who have back pain. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 14(2), 100.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.
- Updegraff, J. A., Brick, C., Emanuel, A. S., Mintzer, R. E., & Sherman, D. K. (2015). Message framing for health: moderation by perceived susceptibility and motivational orientation in a diverse sample of Americans. *Health psychology*, 34(1), 20.
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Drury, J. (2020). Using social and behavioural science to support covid-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471.
- WHO. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted?* Retrieved from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>. Erişim tarihi: 11.02.2023



DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE SOSYO-EKONOMİK YAKLAŞIMLAR

HEALTH INEQUALITIES AND SOCIOECONOMIC PERSPECTIVES

Doç. Dr. Gökçe MANAVGAT¹

ÖZ

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler, toplumda belirli grupların daha az sağlıklı olmasına neden olmakta ve bu grupların daha sık hastalanıp, daha erken yaşta ölmesine yol açmaktadır. Bu durum, kişinin en temel hakkı olan yaşam hakkının sağlanması ilkesine aykırıdır. Bu eşitsizliklerin iyi açıklanması, en aza indirgenmesi ya da en iyi ifadeyle ortadan kaldırılması ise ülkelerin sağlık sistemlerinin etkin yönetilmesinde birincil amacı oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık alanında ortaya çıkan eşitsizliklerin anlaşılması için ortaya konulan yaklaşımların irdelenmesi önemlidir. Bu derleme çalışmada, sağlık eşitsizliklerine yol açan sosyoekonomik nedenler ve bunları açıklamada kullanılan hipotezlere yer verilmektedir. Eşitsizliklerin ele alınmasında, Grossman modeli, doğrudan gelir ve gelir dağılımı hipotezi, sağlık hizmet erişimi hipotezi, allostatik yük hipotezi ve tutumlu fenotip hipotezi açıklanmış ve sağlık düzeyindeki eşitsizlikleri açıklayan teorik yaklaşımlar çok yönlü olarak ele alınmıştır. Ayrıca, eşitsizlikleri azaltmak için atılabilecek adımlara ilişkin politikalar sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Eşitsizlik, Sosyoekonomik Faktörler, Grossman Modeli, Sağlık Politikası.

JEL Sınıflandırma Kodları: I1, I14, I15.

ABSTRACT

In health, socioeconomic inequalities cause certain groups in society to be less healthy, leading them to get sick more frequently and die at a younger age. This situation is contrary to the principle of ensuring the fundamental right to life. Explaining, minimizing, or ideally eliminating these inequalities is the primary goal in the effective management of a country's healthcare system. There are many reasons for the inequalities in the field of health. For this reason, it is crucial to examine the approaches put forward to understand the inequalities that arise in the health. This review study discusses socioeconomic factors that lead to health inequalities and the hypotheses used to explain them. In addressing these inequalities, the Grossman model, the direct income and income distribution hypothesis, the healthcare access hypothesis, the allostatic load hypothesis, and the thrifty phenotype hypothesis are explained, and theoretical approaches explaining health disparities are considered from various angles. Additionally, policies aimed at reducing inequalities are discussed.

Keywords: Health Inequality, Socioeconomic Factors, Grossman Model, Health Policy.

JEL Classification Codes: I1, I14, I15.

¹ Toros Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, gokce.manavgat@toros.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

The traditional welfare economy is an approach representing the neoclassical economic perspective, and it makes policy distinctions between increasing justice and improving efficiency goals. While state intervention is necessary on one hand to achieve social equality, on the other hand, state intervention can lead to "market failure" as it results in resource allocation in private markets that is less than optimal (and therefore "inefficient"). In the field of health policy, it addresses policy goals related to differences in health levels and the efficiency of health services among different segments of society. The traditional welfare economy discusses policies in the health sector prioritizing both equality-justice and efficiency-based policies. Achieving these two goals simultaneously is challenging in most cases for other goods and service markets, but it is deemed necessary in the field of health and health services. Indeed, health is a human right, and therefore, individuals cannot be excluded from this service. On the other hand, efficient use of resources related to health is important in terms of service dissemination and cost. However, for health-based policies, the primary goal of the welfare economy is still based on the principle of ensuring equality and justice. Reducing inequalities in health is socially and economically important.

Health inequalities are defined as "systematic differences in the health of individuals in society who are in unequal positions" (McCartney et al., 2013). Similarly, health inequalities, as described by Braveman (2006), involve systematically experiencing worse health or greater health risks by socially disadvantaged groups in health (such as the poor, racial/ethnic minorities, women, or other groups that have consistently experienced social disadvantage or discrimination) compared to more advantaged social groups.

The failure to understand and address health inequalities, especially from a social perspective, results in inefficient utilization of a country's human resources and an increasing economic burden caused by these inequalities. Therefore, the elimination of health inequalities is a priority goal for policymakers. In the policies implemented to tackle health inequalities, it is crucial to provide effective answers to questions such as: Will it reduce health inequality? Will it improve overall health and well-being? Will it lead to monetary savings and reduce public expenditures? Even in developed economies today, health inequalities remain an unresolved issue that cannot be completely eradicated (Mackenbach et al., 2008; Bartley, 2017).

In this study, health inequalities are examined from a socioeconomic perspective, and theoretical approaches such as the Grossman model, income hypothesis, access to health services hypothesis, allostatic load hypothesis, and thrifty phenotype hypothesis are explored as frameworks to explain the complexity of health inequalities. While each theory is primarily explained within the framework of the Grossman model, they each bring specific and distinct approaches to explaining inequalities. The hypotheses, including the direct income and income distribution hypothesis, access to health services hypothesis, allostatic load hypothesis, and thrifty phenotype hypothesis, suggest that greater wealth or a higher socioeconomic status leads to better health. These approaches essentially summarize the causal structure of the Grossman model. The Grossman model suggests that investments in health and healthy behaviors contribute to individuals' capital accumulation, thereby influencing their health status. This situation implies that individuals allocate resources to their health based on their socioeconomic status (income and income distribution hypothesis, access to health services hypothesis). Additionally, these socioeconomic differences can lead to different disease burdens and stress levels among individuals (allostatic load and thrifty phenotype hypotheses), negatively affecting health levels and triggering health inequalities. Therefore, there is a bidirectional relationship between health and socioeconomic status.

The importance of socioeconomic approaches in reducing health inequalities is significant. Understanding and addressing the complexity of health inequalities require a multidisciplinary approach. Collaboration among fields such as social sciences, medicine, public health, economics, and public policy can contribute to the creation of a fairer and healthier society. Goals such as increasing societal well-being, improving access to health services, and achieving social justice should be the focal points of policies aimed at reducing health inequalities.

1. GİRİŞ

Geleneksel refah ekonomisi, neoklasik ekonomik perspektifi temsil eden bir yaklaşımdır ve adaleti artırma ve verimliliği iyileştirme hedefleri arasında politika ayrımları yapar. Bir yandan toplumsal eşitliğin sağlanmasında devlet müdahalesi gerekliken öte yanda devlet müdahalesi, özel piyasalardaki kaynak dağılımının optimalden daha az (ve dolayısıyla "verimsiz") sonuçlara neden olduğundan "pazar başarısızlığına" da yol açabilmektedir. İşte sağlık politika alanı da toplum kesimlerinin, sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkları ve sağlık hizmet verimlilikleri üzerine politika hedeflerini ele alır. Geleneksel refah ekonomisi; sağlık alanında, bir yandan eşitliği- adaleti önceliklerken, diğer taraftan verimlilik temelli politikaları da tartışır. Bu iki hedefin aynı anda gerçekleşmesi, diğer mal ve hizmet piyasası için çoğu durumda güç olsa da söz konusu sağlık olduğunda bunu gerekli kılmaktadır. Nitekim sağlık bir insan hakkıdır ve dolayısıyla bireylerin bu hizmetten dışlanması mümkün değildir. Diğer taraftan, sağlığa ilişkin kaynakların da verimli kullanılması, hizmetin yaygınlaştırılması ve maliyeti açısından önemlidir. Ancak yine de sağlık temelli politikalar için refah ekonomisinin ilk hedefi eşitliğin ve adaletin sağlanması ilkesine dayalı önceliklidir (WHO, 2013). Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması sosyal ve ekonomik açıdan önemlidir.

Sağlık, hayatın temel bir gerekliliğidir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler, bireylerin gündelik hayatını devam ettirme ya da iş görebilme yeteneğindeki eşitsizlikleri oluşturur. En yüksek düzeyde sağlığa ulaşma hakkı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. Maddesiyle garanti altına alınmıştır. Ancak, dünyadaki çoğu insan biyolojik olarak mümkün olan sağlıklı olma durumunu tam anlamıyla yaşayamamaktadır. Özellikle sosyal ve ekonomik olarak dezavantajlı olanlar genellikle daha kötü sağlık düzeylerine sahiptir (WHO, 2008; Mackenbach vd. 1997).

Sağlık eşitsizlikleri (health inequalities²), "toplumda eşitsiz konumlarda bulunan insanların sağlığındaki sistemli farklılıklar" olarak tanımlanır (McCartney vd., 2013). Benzer şekilde sağlıkta eşitsizlikler, sağlıkta dezavantajlı toplumsal grupların (yoksullar, ırksal/etnik azınlıklar, kadınlar veya sürekli olarak sosyal dezavantaj veya ayrımcılık yaşamış diğer gruplar) daha avantajlı toplumsal gruplardan sistemli bir şekilde daha kötü sağlık veya daha büyük sağlık riskleri deneyimlemesidir (Braveman, 2006).

Sağlıkta eşitsizlik özellikle sosyal ve ekonomik etkenlerdeki eşitsizlikler ya da sağlık sistemindeki yetersizliklerin etkisiyle ortaya çıkmakta ve bireylerin veya toplumun sağlığında önenebilir ve kabul edilemez bozulmaların meydana gelmesine neden olmaktadır. Sağlıkta eşitlik (health equity) ise sağlık eşitsizliğine yol açan farklı etkenlerin ortadan kaldırılması ve herkesin eşit şartlarda sağlık hizmetlerine erişebilmesidir (Braveman vd., 2018). Bu açıdan, iki kavram birinin tersi olmanın ötesinde sağlık politika hedeflerine ulaşmadaki başarı kritiği olarak ele alınabilmektedir. Sağlıkla ilgili eşitsizlikler; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik bir sorun olmanın ötesinde ahlaki bir sorun olarak da ele alınmalıdır.

Sağlık eşitsizliklerin varlığı, toplumun genel sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemekle kalmaz, aynı zamanda sosyal adalet, ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınma gibi daha geniş toplumsal hedefleri de tehdit etmektedir. Sağlığın korunması ve toplumsal refahın artırılması amacıyla, sosyal politika ve sağlık hizmetlerinin, sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmaya yönelik stratejiler içermesi kritik öneme sahiptir (WHO,2015). Bu nedenle, sağlıkta eşitsizliklerle mücadele, hem bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamak hem de daha adil ve kapsayıcı bir toplumun inşası için önemli bir adımdır.

Dünya genelinde tespit edilen sağlık eşitsizlikleri, tüm ülkeler için ortak bir soru olarak gündemini korumaktadır. Bu sorun, etik bir prensip, sosyal adalet meselesi ve ahlaki bir zorluk olarak görülmektedir (Tekingündüz vd., 2016; Reutter ve Kushner, 2010).

² Sağlık eşitsizlikleri, sağlık farklılıkları (health disparities) olarak da ele alınmaktadır. Burada sözü edilen "eşitsizlik" kavramı sosyal adaletin yanında bireylerin sağlık düzeyleri arasındaki sistematik farklılıkların bir ölçüsünü ifade etmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerin iyi anlaşılabilmesi ve çözülememesi, özellikle sosyal açıdan, ülkelerin insan kaynaklarından verimli bir şekilde yararlanamamasına ve eşitsizliklerin yol açtığı ekonomik yükün artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, politika yapıcılar için öncelikli bir hedefdir. Sağlık alanında eşitsizliklerle başa çıkılmada uygulanan politikalarda: Sağlık eşitsizliğini azaltacak mı? Genel sağlık ve refahı iyileştirecek mi? Parasal tasarruf sağlayacak ve kamu harcamalarını azaltacak mı? sorularına etkili cevap verebilmesi önemlidir (WHO, 2013:13). Günümüzde gelişmiş ekonomilerde bile sağlıkta eşitsizlikler, tamamen çözülemeyen bir sorun olarak hala gündemde yer almaktadır (Mackenbach vd., 2008; Bartley, 2017).

Bu derleme çalışmada, girişi takip eden ikinci bölümde sağlıkta eşitsizlikler ve nedenleri üzerinde durulmuş, üçüncü bölümde bunlara ilişkin teorik yaklaşımlara yer verilmiş ve dördüncü bölümde ise sonuca ilişkin genel bir değerlendirme yapılmıştır.

2. SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ VE NEDENLERİ

Sağlık eşitsizlikleri, toplum içinde farklı konum ve statülerde bulunan gruplar arasındaki sağlık durumundaki - kimi zaman haksız- farklılıklardır. Diğer bir ifadeyle, sağlık eşitsizlikleri, bir toplumun ya da bir grubun, diğer bir toplum ya da grup üzerinde oluşturduğu baskı ve sosyo-ekonomik nedenlerle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişiminin engellenmesi ya da sağlık durumlarında olumsuz etkilenmeleri olarak tanımlanabilir. Bu eşitsizlikler, toplum içindeki farklı sosyal, ekonomik, kültürel ve coğrafi faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabilir ve dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda engeller oluşturarak sağlık statülerinin düşmesine yol açabilir. Sosyal açıdan sağlık eşitsizlikleri, en çarpıcı ve derin eşitsizlikleri temsil eder çünkü doğrudan yaşam hakkını tehdit etmektedir (Braveman, 2006, Uphoff vd.,2013, Corna, 2013)

1980 yılında yayınlanan "Siyah Rapor-1980" (Black Report of 1980) sağlık eşitsizliklerinin nedenlerini anlamak ve bunları azaltmaya yönelik eylemleri belirlemek amacıyla ele alan ilk sistematik çalışmalardan biri olmuştur. "Siyah Rapor-1980" (Black Report of 1980) sağlık eşitsizliklerinin kökenlerini; sağlık seçimi, davranışsal/kültürel farklar ve yapısal düzeyde açıklamıştır (McCartney, 2013).

Günümüzde sağlık eşitsizliklerini açıklayan birçok yaklaşım bulunmaktadır. Bunlara ilişkin nedenler ise şöyle ifade edilebilir:

Genetik nedenler: Sağlık eşitsizliklerinde, genetik farklılıklar yani biyolojik sebepler önemlidir. Genetik nedenler, sağlık ve hastalıkların temelinde yatan biyolojik ve genetik faktörlere odaklanmaktadır. Eşitsizliklerin açıklanmasında bu yaklaşım, bireyler arasındaki biyolojik farklılıklar ve genetik varyasyonları inceleyerek hastalıkların gelişimi, teşhisi ve tedavisi üzerindeki etkileri dikkate alır. Biyolojik nedenler, aynı hastalığın farklı genetik yatkınlığa sahip olan bireyler arasındaki farklı sonuçlanmasına neden olmalıdır. Hastalıklara genetik yatkınlık; bazı hastalıklara dirençli ya da dirençli olmama açısından önemli bir rol oynar. Kalıtsal hastalıklar, genlerdeki değişiklikler ya da var olan genetik yatkınlık sonucu ortaya çıktığından, bireyler arasındaki sağlık düzeylerinin farklı olmasına neden olabilir. Ayrıca bu durum, kişinin sağlık düzeyinde genetik özelliklerinin şans faktörüne de bağlı olabileceğini ortaya koyar.

Davranışsal/Kültürel nedenler: Bireylerin davranışları ve sahip oldukları kültürleri sağlık eşitsizliklerini açıklayabilir. Sağlık eşitsizliklerinin temel nedenleri, gruplar arasındaki sigara içme, alkol tüketimi, yasadışı madde kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite gibi davranışların yaygınlığındaki farklılıklar veya gruplar arasındaki baskın kültürlerdeki farklılıklar olabilir. Pek çok çalışma, sigara içme gibi davranışsal risk faktörlerinin sağlık sonuçlarındaki eşitsizliğin büyük bir kısmını açıkladığını göstermektedir (Gruer vd., 2009). Farklı kültürel normlar ve değerler; sağlık davranışları ve sağlık düzeyi açısından farklılıklara yol açabilir. Örneğin, bazı toplumlarda obezite kabul gören bir durumken, diğer toplumlarda olumsuz bir görüşe sahip olabilir (Puhl ve Heuer, 2010). Yine sigara ve uyuşturucu gibi madde tüketimine karşı tutumda, toplumsal kabul görmedeki farklılıkların derecesi kültürel yaklaşımla ilişkili olabilmektedir (Bobo ve Husten, 2000). Diğer taraftan beslenme kültürüne veya davranışlarına dayalı alışkanlıklar, hastalıkların ortaya çıkmasında önemli olduğundan sağlık eşitsizliklerinin oluşmasında diğer bir faktördür.

Sosyo-ekonomik nedenler: Sağlık eşitsizliklerinde genetik, davranışsal ve kültürel faktörler önemli rol oynamasına rağmen, temelde bu faktörler önemli ölçüde sosyoekonomik etmenlerden etkilenebilmektedir. Sağlık, kullanılan ölçümlerden ve kurumsal ortamdan bağımsız olarak, sosyoekonomik statü ile güçlü bir ilişki içindedir. Özellikle sağlık davranışlarında, sosyoekonomik nedenler sağlık düzeyi eşitsizliklerinde etki değişici (effect modifier) güce sahiptir (McCartney, 2013). Ayrıca düşük sosyo-ekonomik gruplarda pek çok sağlıksız davranışın

daha yaygın olduğu bilmektedir (Smith vd.,1998). Olumsuz sağlık davranışları ile düşük sosyal statü arasındaki bağlantı, bazı toplumlarda zamanla neredeyse ortadan kalkmıştır, ancak düşük sosyal statü ile ölüm arasındaki bağlantı zayıflamadan devam etmektedir (Stringhini vd., 2011). Ayrıca, sağlık eşitsizlikleri işgücüne katılım, gelir ve servet üzerinde önemli bir "ters nedensellik" yaratmaktadır. Yani, sağlık düzeyi ve eşitsizlikleri işgücüne katılımı, geliri ve serveti olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Grossman 1972a, b; Galama ve Van Kippersluis, 2013).

Biyomedikal/biyoteknolojik nedenler: Gelişmiş biyoteknolojik tedavilerin maliyeti olması daha zengin veya belirli ülkelerdeki insanların bu tedavilere erişebilmesine neden olmaktadır. Bu durum, düşük gelirli veya gelişmekte olan ülkelerdeki insanların daha az fayda sağlamasına ve sağlık eşitsizliklerinin artmasına yol açabilmektedir. İlaç ve biyomedikal araştırmalar için ayrılan ekonomik kaynakların her yerde eşit olmaması sağlık çıktılarını da farklılaştırmaktadır. Bu durum, belirli hastalıkların nedenleri ve tedavileri hakkındaki bilgi eksikliğine ve dolayısıyla sağlık eşitsizliklerine neden olmada bir faktör haline dönüşmektedir. Aynı zamanda sağlığın iyileştirilmesinde, hekim, hemşire ve tıbbi cihaz gibi sağlık kaynaklarının adaletsiz dağılımı ya da yetersizliği veya bilgi düzeylerindeki farklılıkları sağlık eşitsizliklerinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir (Timmermans ve Kaufman, 2020).

Görüldüğü üzere, söz konusu sağlık eşitsizliklerini açıklamaya yönelik yaklaşımlar ve nedenler farklılaşmakla birlikte oldukça karmaşık ancak bir o kadar da ilişkilidir. Sağlık eşitsizlikleri çok yönlü bir konudur. Ancak, sağlık eşitsizlikleri temelde; bireysel, bireyler arası, kurumsal ve sistemsel mekanizmalar (sınıfsal veya toplumsal) ve sağlık hizmetiyle ilgili dahil olmak üzere gücün ve kaynakların eşitsiz şekilde dağılması dolayısıyla eşitsiz sosyal ve ekonomik koşullardan kaynaklı iki yapıdan oluştuğunu söylemek mümkündür.

3. SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİNDE SOSYO-EKONOMİK NEDENLER İÇİN TEORİK YAKLAŞIMLAR

Sağlıkta görülen eşitsizlikler için çok farklı teoriler ortaya atılmış olsa da bu bölümde dört teori üzerinde durulacaktır. Bunlar: Grossman modeli, gelir düzeyleri, sağlık hizmetlerine erişim ve tıbbi önerilere uyum göstermeyle ilişkili yaklaşımlardır.

3.1. Grossman Modeli

Grossman modeli, M. Grossman (1972a, b) tarafından geliştirilmiştir. Model sağlık eşitsizliklerine, sağlık durumunun bireylerin sağlık sermayesi (health capital) yatırımlarına dayandığını ve bu yatırımların sosyoekonomik faktörler tarafından şekillendirildiğini vurgular. Grossman modeli, insanların sağlık durumlarını iyileştirmek için yatırım yapabileceği özel bir sağlık sermayesi kavramına dayanır. Sağlık sermayesi kavramı, bireyin sağlığının, iyileştirilmiş refah ve verimlilik açısından gelecekteki faydalar elde eden bir yatırım veya sermaye şeklinde değerlendirilebileceği düşüncesine atıfta bulunur. Finansal sermaye gibi, sağlık sermayesi de bireylerin çeşitli faktörler ve kararlar temelinde zamanla biriktirilebilir ve azaltılabilir. Sağlık sermayesi, genetik, yaşam tarzı seçimleri, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Sağlık sermayesi, biriktirilmiş sağlık stoğunu da temsil etmektedir. Dolayısıyla bireylerin güçlü bir sağlık sermayesine sahip olması sağlığa yapılan yatırımlar tarafından belirlenmektedir ancak bu yatırımlar ise sağlık talebine bağlı olarak değişmektedir.

Grossman, sağlık sermayesinin geliştirilmesi ya da bir başka deyişle sağlık düzeyinin iyileştirilmesini sağlık talebine bağlamaktadır. Sağlık talebini, bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek veya korumak için kaynakları (zaman, para, çaba) yatırma isteği ve yeteneği olarak tanımlamaktadır. Bu talep, bireylerin sağlık algısına ya da tercihlerine, sağlık hizmetlerinin maliyetine, sağlık tesislerinin mevcudiyetine ve kalitesine dayanmaktadır (Grossman, 1972a).

Grossman, matematiksel modeller kullanarak sağlık sermayesinin artırılmasını sağlık talebine ilişkin yaklaşımla açıklamıştır. Buna göre; sağlık talebi iki bakımdan fayda sağlar. Bunlardan ilki; bireyler, iyi sağlığın üretim faydası için sağlık talep eder ve bu durum da sağlık, kazançları artırır (azaltılmış hastalık süresi, artan verimlilik) diğer taraftan bireyler tüketim faydası için sağlık talep ederler ve bu da sağlık faydası sağlarlar. Sağlık yatırımı talebi, türetilmiş bir taleptir: bireyler, iyi sağlık nedeniyle sağlığa yatırım yaparlar; yani, sağlık hizmeti talebinde keyfîlik söz konusu değildir. Ayrıca sağlık sermayesine yapılan yatırım sürecinin verimliliği, sağlık talebinde bilgi düzeyi ne kadar yüksek olursa o kadar artırır. Bir başka deyişle, sağlık düzeyini artırmak için bireyin eğitim düzeyi

artar ve tercihleri ne kadar bilgi içerirse sağlıktan elde edecekleri hem tüketim faydası (sağlık çıktısı) hem de üretim faydası (gelir, ücret ya da servet) artar (Galama ve Van Kippersluis, 2013).

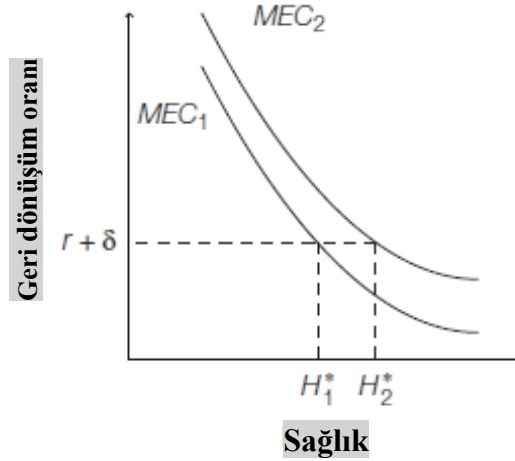
Grossman'a göre, sağlık eşitsizlikleri, bireyler arasındaki sağlık sermayesi seviyelerinin farklılıklarından kaynaklanır. Sağlık hizmetlerine olan talep, sağlık sermayesi düzeyine bağlıdır ve bu nedenle daha düşük sağlık sermayesine sahip bireyler daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilirler. Sağlık eşitsizliklerini açıklarken dört faktörü ele alır:

Gelir düzeyi: Düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve tüketim açısından kısıtlamalar yaşamaları muhtemeldir. Dolayısıyla, düşük gelirli bireylerin sağlık sermayesi düzeyleri de düşük olabilir.

Eğitim seviyesi: Eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin sağlık bilincinin artması sağlık sermayesinin artmasına neden olabilmektedir.

Yaş ve cinsiyet: Yaş ve cinsiyet, bireylerin sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerine olan taleplerini etkileyebilir. Örneğin, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyacı bulunmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerin sağlık sermayesi genç bireylere göre daha düşüktür.

Grossman modeli için sağlık sermayesine yatırım sonucu sağlık düzeyi ilişkisi Şekil 1'de gösterilmiştir. Eğriler, sağlık sermayesinin marjinal etkinliği (HCE) göstermek üzere, sağlık stoğuna yapılan yatırımlar sonucu elde edilen marjinal yatırımın yaşam boyu getirisini göstermektedir. "r" sağlık yatırımdan elde edilen getiri, "δ" ise yaşlanmaya yada sağlık düzeyindeki azalmaya bağlı olarak sağlığa yatırım yapmanın ikinci tür maliyetidir. Buna bağlı olarak, sağlık sermayesinin fiyatı ise alternatif yatırımların piyasadaki getiri oranı artı yaşanan azalmaya (r+δ) eşit olacaktır. HCE eğrisi optimal sağlığın tespit edilmesinde önemli bir araçtır. Bu eğri, her bir birim sağlıkta ne kadar yaşam süresi elde edildiğini göstermektedir. Şekil 1'deki gibi iki birey farklı HCE eğrilerine (HCE₁ ve HCE₂) sahipse diğer bütün yönlerden aynı özelliklere sahip olsalar dahi farklı optimal sağlık düzeylerini seçmektedirler.



Şekil 1. İki Birey için Sağlık Sermayesinin Marjinal Etkinliği

Kaynak: Bhattacharya vd., 2014

Şekil 1'de aynı sağlık sermayesinin marjinal getirisine sahip olan iki birey arasında (HCE₁ ve HCE₂) sağlık düzeyi bakımından (H₁ ve H₂) fark oluşmaktadır. Bunun nedeni ise sağlığa yapılan yatırım dolayısıyla sağlık verimliliği, kaynak kıtlığı, sağlık değerindeki azalma oranı gibi faktörlerden kaynaklıdır (Bhattacharya vd., 2014). Bu faktörlere bağlı olarak, sağlıkta eşitsizliklere ilişkin diğer teoriler Grossman modeli dikkate alınarak açıklanacaktır.

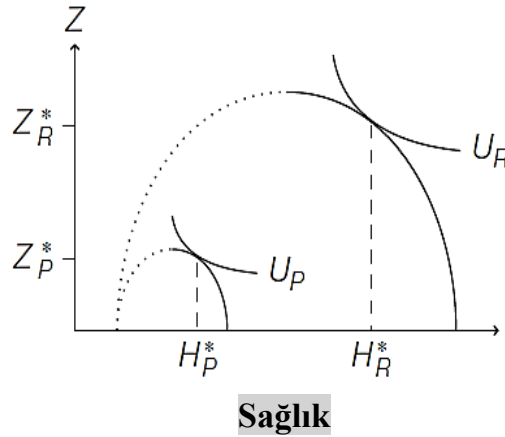
3.2. Doğrudan Gelir ve Gelir Eşitsizliği Hipotezi

Doğrudan gelir hipotezine göre, gelir düzeyindeki farklılıklar sağlıkta eşitsizlikleri artırmaktadır çünkü zenginlerin sağlıklı yatırımları daha çok kaynakları bulunmaktadır. Zenginler sahip oldukları imkanlar nedeniyle daha iyi yemekler tüketmekte, daha iyi okullarda okumakta ve daha iyi hekimlere ya da sağlık merkezlerine erişebilmektedir.

Doğrudan Gelir Hipotezi, bireylerin gelir düzeyinin, sağlık durumlarını ve hastalıklara yakalanma riskini nasıl etkilediğini anlamaya odaklanır. Temelde, bu hipoteze göre daha yüksek gelire sahip bireylerin daha iyi sağlık durumuna sahip olduğu ve daha düşük gelire sahip bireylerin ise daha yüksek hastalık yüküne maruz kaldığı öne sürülür. Bu hipotezin altında yatan temel düşünce, gelir düzeyinin bireylerin sağlıkla ilgili kaynaklara erişimini ve sağlığı koruma yeteneklerini etkilediğidir (Orach, 2009; Ray ve Linden, 2018).

Daha yüksek gelir düzeyine sahip olan bireyler, sağlıklı gıdalara, düzenli egzersize ve stresten kaçınma gibi daha sağlıklı yaşam tarzı seçeneklerine daha kolay erişebilirler. Bu da hastalıklara karşı daha dirençli olmalarına yardımcı olabilmektedir. Gelir düzeyi düşük bireyler daha düşük gelirli bölgelerde ve genellikle daha olumsuz çevresel koşullara sahiptir. Ayrıca, daha düşük gelir düzeyine sahip olmak, stres düzeyini artırabilir ve psikososyal sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Bu da fiziksel sağlıkla yakından ilişki olabilmektedir.

Grossman modeli doğrudan gelir hipotezine dayalı olarak da sağlık eşitsizliklerini açıklamıştır. Buna göre Şekil 2'de R bireyinin daha yüksek ve P bireyinin daha düşük geliri olması durumu ve diğer tüm özelliklerin de aynı olduğu varsayımına bağlı olarak sağlık eşitsizliği ele alınmıştır. Zengin R bireyi fazladan finansal gelire sahip olduğu için daha gelişmiş bir üretim imkanları eğrisine³ sahiptir. Zengin birey R'nin optimal sağlık düzeyi H_R^* ve sahip olduğu serveti Z_R , düşük gelirli birey P'nin optimal sağlık düzeyinden H_P^* yüksektir (Bhattacharya vd., 2014).



Şekil 2. Doğrudan Gelir ve Sağlık Eşitsizliği

Sağlıklı kalmak sağlıklı birey için daha kıymetlidir. Bireylerin sağlıktaki verimlilikleri karşılaştırıldığında, zengin bireyin daha fazladır ve düşük gelirli bireye göre sağlık sermayesinin marjinal etkinlik eğrisi daha yüksektir. Kaynak ne olursa olsun refahı yüksek olan bireylerin sağlık üretimi için daha fazla kaynağı bulunmaktadır. Grossman modeli, bireylerin gelir düzeyi, sağlık yatırımı yapma kapasitesini ve dolayısıyla sağlık sermayesi biriktirme potansiyelini belirlediğinde, daha yüksek gelire sahip bireylerin, daha fazla kaynağa sahip oldukları için sağlık yatırımı yapma olasılığının daha yüksek olduğunu ifade eder. Bu durum, yüksek gelirli bireylerin daha iyi

³ Üretim imkanları eğrisi, bir ekonomideki kaynakların (işgücü, sermaye, hammadde vb.) sınırlı olduğunu ve bu kaynakların farklı mal veya hizmetlerin üretimi için nasıl tahsis edilebileceğini gösterir. Eğri, farklı üretim girdileri kombinasyonuna dayalı üretimin üst sınırı belirler.

sağlık hizmetlerine erişebileceği, daha sağlıklı yaşam tarzı seçeneklerine sahip olabileceği ve stres gibi olumsuz etkilere daha az maruz kalabileceği anlamına gelir (Bhattacharya vd., 2014).

Gelir Eşitsizliği Hipotezi: Bireyler arası sağlık eşitsizlikleri, bireyin mutlak geliri değil de toplumdaki gelir dağılımı dengesizliklerinden kaynaklı olabilmektedir. Gelir dağılımı eşit olmayan toplumlarda daha kötü sağlık çıktıları ve sonuçları gözlemlenebilmektedir. Diğer bir deyişle, sağlık alanındaki eşitsizlikler doğrudan bireylerin sahip olduğu gelir düzeyleriyle ilişkili değil, gelirin toplumsal olarak nasıl dağıldığıyla ilişkilidir. Gelir eşitsizliğine dayalı sağlık eşitsizliklerinde ise politik çıkarımlar yapmak mümkündür. Zira eşitsizliğin yüksek boyutları, sağlık verimliliği üzerinde olumsuz etkilere de sahipse politika yapıcılar, ortalama sağlık verimliliğini yükseltmeyi değil aynı zamanda toplumdaki eşitsizlikleri de azaltmayı hedeflemelidir.

Toplumdaki gelir eşitsizliği ve sağlık düzeyi arasındaki bağlantıyı ele alan çalışmaların sonuçları tartışmalı ve elde edilen bilgiler ulusal, uluslararası ve bölgesel düzeyde farklı bulgular sunmaktadır. Daha fazla gelir eşitsizliği ile daha düşük nüfus sağlığı standartları arasındaki ilişkinin çoğunlukla geçerli olduğuna dair kanıtlar ise daha yaygındır. Çünkü gelir eşitsizliği sosyal tabakalaşma ölçeğinin veya bir toplumun ne kadar hiyerarşik olduğunun bir ölçüsü olduğundan sağlık eşitliklerini açıklamada da geçerli olabilmektedir. Ancak yine de eşit gelir dağılımının toplumsal sağlık çıktılarını arttırdığına yönelik konu daha fazla tartışılmaktadır (Wilkinson ve Pickett, 2006; Pickett ve Wilkinson, 2015).

3.3. Sağlık Hizmet Erişim Hipotezi

Sağlıkta eşitsizlikler için gelirin yarattığı diğer bir etki ise sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkan eşitsizliklerdir. Düşük gelirli bireyler sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşamaktadır. Daha yüksek gelire sahip olmak aynı zamanda daha iyi bir sağlık sigortasına ya da daha nitelikli sağlık hizmetleri erişimine sahip olmaya olanak tanımaktadır. Aynı zamanda düşük gelirli bireyler daha dar kapsamlı sigortaya sahip olabilmekte ve bu durum ise sağlık hizmetleri için daha yüksek ücretlere katlanmalarına da neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde sağlık sigortası önemli bir belirleyici role sahip iken sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında ise kritik sağlık politikası hedefleri arasında yer almaktadır (Baeten vd, 2018).

Uygulanacak sağlık finansman modelinde sigortanın katılım bedelinin gelir düzeyi düşük kesimler için kısıtlayıcı rolünün olmaması ise önemlidir. Zira, yoksul grupların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları daha yüksektir çünkü sağlık düzeyleri görece olarak daha düşüktür. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için katılım payı ödemek zorunda olunması özellikle toplumun dezavantajlı ve yoksul kesimlerinin sağlık hizmetlerine olan erişimlerini zorlaştırmaktadır. Diğer taraftan, bir ülkenin sosyoekonomik yapısında düşük gelirli kimseler çoğunluğu oluşturuyorsa, kişilerin sağlık hizmetlerine ayıracakları finansman kaynaklarının ağırlığı da azalacaktır. Dolayısıyla sağlık sektöründe uygulamaya konulacak olan kullanıcı katkılarının, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri taleplerinde daralma yaratacağı açıktır, böyle bir durumda ise sosyal refah kaybı ortaya çıkmakta ve sağlıkta eşitsizlikler artmaktadır (Manavgat, 2023).

Diğer koşullar eşit olmak üzere, sağlıksız davranışlarda bulunan bireyler şüphesiz daha yüksek sağlık harcaması veya talebinde bulunmaktadır. Bu bireyler, sağlık sigortası için daha yüksek prim ödememe eğiliminde olduklarından, bu durum yüksek sağlık maliyetlerini yansıtmakta ve sağlıksız davranışlarının neden olduğu birçok maliyet, sigortaya katkıda bulunan diğer kişiler tarafında karşılanmasına neden olmaktadır (WHO, 2013). Söz konusu bu durum, gelir düzeyi düşük kişilerin görece daha düşük sağlık düzeylerine sahip olması nedeniyle fazla sağlık talebine ihtiyaç duymalarına ve aynı zamanda sağlık sigorta prim ödemelerinin de mali yükünün daha iyi sağlık düzeyine sahip zengin bireyler tarafından finanse edilmesine neden olabilmektedir. Böyle bir durum ise sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ilkesi temelini geçeli kılmaktadır. Ancak yine de sağlık sigortası sahipliğinin sağlık hizmetlerine erişimde kimi zaman ahlaki tehlike⁴ sorununa da yol açtığı unutulmamalıdır.

Sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde etkileyen sigorta ya da sosyal sigorta şemsiyesinin yanı sıra ülkeler ya da bölgeler arası sağlık hizmet kaynaklarının aynı nitelikte olmaması, sağlık hizmetlerine erişim sağlansa bile sağlık çıktılarının geliştirilmesine eşit katkı sunmamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde bir toplumun sağlık sistemi içindeki hizmetlere kolaylıkla ulaşabilmesi, sigorta veya sosyal sigorta gibi finansal güvencelerin yanı sıra sağlık

⁴ *Ahlaki tehlike: Sigorta sistemini finansal denge ve sürdürülebilirlik açısından olumsuz etkileyebilecek eğilimler, sigortalı bireylerin sağlık hizmetlerini aşırı kullanma, gereksiz tıbbi prosedürler talep etme veya riskli davranışlara yönelme gibi durumları içerir.*

hizmetlerinin kalitesi, yaygınlığı ve etkinliği gibi faktörlerle de şekillenir. Sigorta veya sosyal sigorta şemsiyeleri, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırabilir. Ancak, her bireyin aynı nitelikte kaynaklara erişimi olmayabilir. Örneğin, bazı bölgelerde sağlık altyapısı, tıbbi teknoloji ve uzman personel daha gelişmiş olabilirken, diğer bölgelerde bu kaynaklar daha sınırlı olabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişim tartışmasını sadece finansal güvence ile sınırlamak yerine, sağlık altyapısı faktörlerini de içeren daha geniş bir perspektife ele alınmasını da gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi, sadece finansal güvence değil, aynı zamanda altyapı, eğitim, tıbbi teknoloji ve personel gibi çeşitli faktörlere de dayanmaktadır.

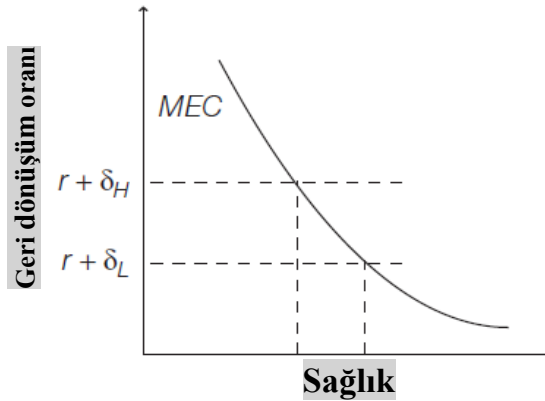
3.4. Allostatik Yük Hipotezi

Sağlıkta eşitsizlikleri açıklamada, allostatik yük (allostatic load) hipotezi, bireylerin yaşam boyu maruz kaldığı stresin ve biyolojik adaptasyonun sağlık eşitsizliklerini nasıl şekillendirdiğine dair bir perspektif sunmaktadır. Allostatik yükü hipotezi McEwen (1998) tarafından geliştirilmiştir ve yaklaşım kronik veya tekrarlayan stresin zaman içinde birikerek hastalığa ve kötü sağlığa neden olduğuna ilişkin bir model ortaya koymaktadır. Hipotez, sosyoekonomik durum ile sağlık arasında ilişkide ana mekanizmanın stres olduğunu vurgulamaktadır.

Allostatik yük, vücudun stresle başa çıkmak için kullandığı fizyolojik mekanizmaların toplamı olarak tanımlanabilir. Bu mekanizmalar, stresle mücadele etmek için hormon üretimi, kalp atış hızı artışı, inflamasyon tepkisi gibi bir dizi tepkiyi içerebilir. Ancak uzun süreli ve tekrarlayan stres maruziyeti, bu adaptasyon mekanizmalarının sürekli olarak devreye girmesine neden olabilir. Vücut sürekli yüksek bir enerji seviyesinde çalışmak zorunda kalabilir, bu da zamanla fizyolojik sistemlerin yıpranmasına ve hastalıkların ortaya çıkma riskinin artmasına yol açabilir (McEwen, 1998).

Allostatik yük, farklı sosyoekonomik gruplara ait bireylerde farklı stres düzeyleri olduğundan sağlık eşitsizliklerinde önemli rol oynayabilir. Örneğin, düşük gelirli gruplarda yaşanan ekonomik kaygılar, gündelik geçim için ihtiyaç duyulan finansal kaynaklar ve işsizlik gibi kaygılar yüksek stres düzeylerine neden olabilmektedir. Bu da allostatik yükün bu gruplarda daha yüksek olmasına ve dolayısıyla sağlık eşitsizliklerinin artmasına yol açabilir.

Grossman modeli yaklaşımına göre allostatik yük hipotezinin sağlık eşitsizliğine yol açması ise Şekil 3'teki gibi açıklanabilir (Bhattacharya vd., 2014).



Şekil 3. Uzayan Stres ile Optimal Sağlık Düzeyi Seçimi

Şekil 3'te Grossman modeli dikkate alındığında, strese dayalı yaşlanma süreci, sağlık durumu düşüş hızındaki değişim δ olmak üzere; aynı yaşta olsalar dahi, uzun süreli ve tekrarlayan stres altında kalan kişiler, daha rahat bir yaşam süren kişilere göre daha yüksek δ_H değere sahiptir. Buna göre, yüksek stres düzeyi δ_H bireyin daha düşük optimal sağlık düzeyine sahip olmasına neden olmaktadır. Çünkü sağlığa yatırım yapmak daha az değerlidir. Bu, sağlık üretiminin verimi aynı olsa da yani bireyler aynı sağlık sermayesinin marjinal etkinliği (HCE) eğrisiyle karşılaşsalar da geçerlidir (Bhattacharya vd., 2014).

Modern hayatta karşılaşılan yoğun iş temposu ve kaygısı stresi tetiklemektedir. Eğer birey sosyoekonomik olarak düşük yaşam sürecine sahipse daha fazla stresle yüzleştiğinden daha kötü sağlıkla karşı karşıya kalacaktır. Bu gruplar, daha düşük gelir düzeyleri, eğitim eksiklikleri, işsizlik gibi faktörler nedeniyle yüksek düzeyde strese maruz kalmakta ve vücutları sürekli olarak adaptasyon mekanizmalarını devreye sokma eğiliminde olduklarından zamanla sağlık sorunlarının da artması olası hale gelmektedir.

Allostatik yük hipotezinin sağlıktaki eşitsizlikleri açıklamada geçerli olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Buna göre, düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler iyi yaşam koşullarına sınırlı erişim sağladıklarından stres yoğunlukları fazladır ve genellikle daha yüksek bir allostatik yüke sahiptirler. Düşük gelirli kişiler genellikle daha düşük kaliteli konutlarda yaşamakta, sağlıklı gıdalara erişimde zorluk yaşamakta ve sağlık hizmetlerine daha az erişime sağlamaktadırlar. Bu tür zorluklar, vücudun sürekli bir "mücadele durumu" içinde olmasına ve allostatik yükün artmasına neden olmaktadır. Bu durumda sosyoekonomik temelli toplumsal sağlık eşitsizlerinde bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Segerstrom ve Miller, 2004; Brosschot vd., 2005; Mackenbah, 2012).

3.5. Tutumlu Fenotip Hipotezi

Sağlık için ayrılan kaynaklar aynı olsa da bazı bireylerin sağlık verimliliğinin düşük olması genetik sebeplere bağlı olabilmektedir. Tutumlu fenotip hipotezi, bireyler arası sağlık eşitsizlerinin açıklanmasında kalıtsal çıkarımları ele almaktadır. Tutumlu fenotip (thrifty phenotype) hipotezi, David J.P. Barker (1986) tarafından ortaya atılmıştır. İngiliz epidemiyolog ve tıp doktoru olan Barker makalesinde, erken yaşam koşullarının ilerleyen yaşlarda sağlık üzerindeki etkilerini incelemiştir. "Barker Hipotezi" olarak da bilinen bu hipoteze göre, bireylerin yaşamlarının erken dönemlerinde karşılaştığı beslenme ve diğer çevresel faktörlerin, uzun dönemli sağlık sonuçları üzerinde kalıcı etkiler yaratabileceğini öne sürer. Fetüs dönemi ve erken çocukluk döneminde yetersiz veya dengesiz beslenme, organizmanın kendisini gelecekteki kaynak sıkıntılarına karşı korumak için çeşitli adaptasyonlar geliştirmesine neden olabilmektedir. Diğer bir ifadeyle, fetüs dönemi ve erken çocukluk dönemindeki yetersiz beslenme veya stres, ilerleyen yaşlarda obezite, diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların gelişimini etkileyebilmektedir (Calkins ve Devaskar, 2011).

Düşük gelirli ailelerden gelen çocukların, gebelik ve emzirme dönemlerinde daha fazla yoksunluk yaşamaları sağlıktaki gözlenen eşitsizlikleri açıklamada bir etken olarak görülebilmektedir. Çünkü tutumlu fenotip hipotezine göre, erken dönemde yaşanan yoksunluklar yetişkinlik döneminde gen aktivasyonu sonucunda sağlık düzeyini olumsuz etkilemektedir. Kaynak yoksunluğu çekilen erken dönemlerde çocuklar, örneğin hücrede yağ üretimi sağlayan yani kıtlık dönemine uyumu artıran "tutumlu" genleri harekete geçirmeye daha yatkındır. Bu çocuklar, kıtlığa iyi uyum göstermiş olduklarından yaşamlarını zengin bir çevrede sürdürmüş olsalar dahi göreceli daha sağlıklı olmalarına sebep olmaktadır. Tutumlu genler, emzirme dönemi boyunca yaşanan yoksunluk için faydalı olsa da yetişkinlik döneminde obezite, diyabet ve bunun gibi istenmeyen olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Bir başka ifadeyle bu genleri harekete geçiren bireylerde, kayakların bol olması durumuna pek uyum sağlayamamaları sebebiyle diyabet, obezite ve diğer hastalıklar gelişebilir (Bhattacharya vd., 2014).

Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan fetal kökenli hastalıkların tutumlu genle ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların pek çoğu diyabet ve obezite üzerine yoğunlaşmaktadır. Hales ve Barker (2001) zayıf fetal ve bebek büyümesi ile tip 2 diyabet ve metabolik sendrom gelişimi arasındaki epidemiyolojik ilişkilerin, erken yaşamdaki kötü beslenmenin etkilerinden kaynaklandığını öne sürmüşlerdir. Bu etkiler, glukoz-insülin metabolizmasında kalıcı değişiklikler meydana getiren kötü beslenmenin etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Yine, Stöger (2008), obezite ve diyabetin tutumlu epigenotip (thrifty epigenotype) yapıda olduğunu, bunların nesiller boyunca miras alınabilir potansiyele sahip olduğunu göstermişlerdir. Söz konusu örnek çalışmalar, tutumlu fenotip hipotezine dayalı hastalıkların kalıtsal ve aynı zamanda bu kalıtımı belirleyen sosyal statüye dayalı erken dönem gelişme yoksunluğundan kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Sağlıktaki eşitsizliklerde, bireylerin fenotip özelliklerinin genetik ve çevresel faktörlerden etkilendiği bunun da özellikle sosyoekonomik statü tarafından da belirlendiği söylemek mümkündür.

Tutumlu fenotip hipotezi, sağlıktaki eşitsizlikleri kalıtsal açıdan ele alsa da özünde kötü erken dönem yaşam koşullarının ve çevresel etkenlerin sağlık üzerinde yarattığı etkilerin önemine dikkat çekmektedir. Erken yaşam dönemlerindeki yoksunluklar; olumsuz beslenme ve çevresel koşulların, ilerleyen yaşlarda bireyler arası gen aktarımıyla sağlık düzeyini olumsuz etkileyebileceğini bunun da sağlıktaki eşitsizliklere yol açabilecek kalıcı etkiler

yaratabileceğini öne sürmektedir. Bu açıdan eşitsizliğin kaynağı, bireysel özellikler olduğu kadar toplumsal yapıyı belirleyen sosyoekonomik statüdür.

3. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlıkta eşitsizlik; ekonomik, sosyal, kültürel/davranışsal ve sınıfsal nedenlerle ortaya çıkmakta ve bireyler ya da toplumun farklı kesimlerinde sağlıkla ilgili engellenebilir ve kabul edilemez farklılıkların oluşmasına neden olmaktadır. Sağlıkta eşitsizlikler, bireysel özelliklerden kaynaklansa da özünde sosyoekonomik kökenli olduğunu söylemek yanlış değildir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler, toplumsal yapıdaki farklılıkların sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini yansıtırken, sosyoekonomik faktörler ise bu eşitsizliklerin temel belirleyicileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu açıdan sağlıkta eşitsizliklerin sadece tıbbi müdahalelerle ya da sağlık uygulamalarıyla değil, aynı zamanda sosyoekonomik koşullar açısından da ele alınması gerekmektedir.

Sağlık eşitsizliklerinin sosyoekonomik perspektifte alındığı bu derleme çalışmada, Grossman modeli, gelir hipotezi, sağlık hizmetlerine erişim hipotezi ve allostatik yük hipotezi ve tutumlu fenotip hipotezi, sağlık eşitsizliklerinin karmaşıklığını açıklamada teorik yaklaşımlar olarak irdelenmiştir. Temelde her bir teori çoğunlukla Grossman modeli mantığı çerçevesinde açıklansa da her biri eşitsizlikleri açıklamada özel farklı yaklaşımlar getirmektedir. Ele alınan, doğrudan gelir ve gelir dağılımı hipotezi, sağlık hizmetlerine erişim hipotezi, allostatik yük hipotezi ve tutumlu fenotip hipotezi daha fazla zenginliğin veya daha iyi sosyoekonomik statünün iyi sağlığa yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu yaklaşımlar özünde Grossman modelinin nedensel yapısını özetlemektedir. Grossman modeli, sağlık yatırımlarının ve sağlıklı davranışların, bireylerin sermaye birikimine katkıda bulunduğunu ve dolayısıyla sağlık durumunu etkilediğini öne sürdüğünden bireylerin sağlıklarına yatırım yapmalarının onların ekonomik getirilerini ve sağlık sonuçlarını etkilediğini ele almaktadır. Bu durum ise bireylerin sağlığa ayıracakları kaynakları, yani onların sosyoekonomik durumlarına (gelir ve gelir dağılımı hipotezi, sağlık hizmetlerine erişim hipotezi) göre değiştirmektedir. Ayrıca bu sosyoekonomik farklılıklar aynı zamanda bireylerde farklı hastalık yükleri ve stres seviyelerine neden olabilmekte (allostatik yük ve tutumlu fenotip hipotezi) bu durum da sağlık düzeyini olumsuz etkilemekte ve sağlık eşitsizliklerini tetikleyebilmektedir. Buna göre, sağlık ile sosyoekonomik durum arasında çift yönlü bir ilişki vardır.

Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında sosyoekonomik yaklaşımların önemi büyüktür. Sağlıkta eşitsizliklerin karmaşıklığını anlamak ve çözmek, çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Sosyal bilimler, tıp, halk sağlığı, ekonomi ve kamu politikası gibi alanların bir araya gelerek iş birliği yapması, daha adil ve sağlıklı bir toplumun oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Toplumsal refahın artırılması, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sosyal adaletin sağlanması gibi amaçlar, sağlık eşitsizliklerini azaltma yolunda odak politikalar olmalıdır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, bu çalışmaya tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S. (2018). Inequalities in access to healthcare: a study of national policies 2018. European Commission.
- Bartley, M. (2017). Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods. T Polity Press, second edition, ISBN-13: 978-0-7456-9112-.
- Bobo, J. K., & Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. Alcohol Research & Health, 24(4), 225.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu. Rev. Public Health, 27, 167-194.
- Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., Acker, J., & Plough, A. (2018). What is health equity?. Behavioral science & policy, 4(1), 1-14.

- Brosschot J. F., Pieper S., Thayer J. F. (2005). Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1043–1049.
- Calkins, K., & Devaskar, S. U. (2011). Fetal origins of adult disease. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 41(6), 158-176.
- Corna, L. M. (2013). A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in life course research*, 18(2), 150-159.
- Galama, T. J., & Van Kippersluis, H. (2013). Health inequalities through the lens of health-capital theory: issues, solutions, and future directions. In *Health and inequality*, 263-284.
- Grossman M (1972b). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Grossman, M. (1972a) *The Demand for Health-A theoretical and Empirical Investigation*. New York: National Bureau of Economic Research.
- Gruer, L., Hart, C. L., Gordon, D. S., & Watt, G. C. (2009). Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28-year cohort study. *Bmj*, 338.
- Hales, C. N., & Barker, D. J. (2001). The thrifty phenotype hypothesis: Type 2 diabetes. *British medical bulletin*, 60(1), 5-20.
- Mackenbach J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 761–769.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenof F, Geurts JJM, et al. (2007) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 349:1655–1659.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Lein-salu M, et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal Medicine*, 358, 2468–8.
- Manavgat, G. (2023). Sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı, Gazi Kitabevi, ISBN: 978-625-36-51-657.
- McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications?. *Health Policy*, 113(3), 221-227.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York academy of sciences*, 840(1), 33-44.
- Orach, D. C. G. (2009). Health equity: challenges in low-income countries. *African health sciences*, 9(2), 49-51.
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., & Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International journal for equity in health*, 12, 1-12.
- Pickett, Kate E., and Richard G. Wilkinson (2015). "Income inequality and health: a causal review." *Social science & medicine* 128: 316-326.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019-1028.
- Ray, D., & Linden, M. (2018). Health, inequality and income: a global study using simultaneous model. *Journal of Economic Structures*, 7(1), 1-28.
- Reutter, L., & Kushner, K.E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280.
- Seegerstrom S. C., Miller G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601–630.

- Smith, G. D., Hart, C., Watt, G., Hole, D., & Hawthorne, V. (1998). Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(6), 399-405.
- Stöger, R. (2008). The thrifty epigenotype: an acquired and heritable predisposition for obesity and diabetes? *Bioessays*, 30(2), 156-166.
- Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., Kivimäki, M., ... & Singh-Manoux, A. (2011). Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. *PLoS medicine*, 8(2), e1000419.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., & Işık Erer, T. (2016). Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ve etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8 (4), 32-4.
- Timmermans, S., & Kaufman, R. (2020). Technologies and health inequities. *Annual Review of Sociology*, 46, 583-602.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 62(7), 1768-1784.
- World Health Organization (WHO) (2008) Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.
- World Health Organization (WHO) (2013). The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book (Vol. 3700). World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2015). Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. World Health Organization.