



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 28

Sayı/Number 2

Yıl/Year 2025

Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Bir Araştırma

Rabia ÇETİN, Fatih ŞANTAŞ

Sağlık Çalışanlarının Sanal Kaytarma Davranışlarının Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi

Çiğdem EKEN DEMİRLİKAN, Serhan ŞAHİNLİ

Yoğun Bakım Ünitelerinde Tedavi Gören Hastaların Çevresel Stresör Algısı: Koroner Yoğun Bakım Örneği

Gülcan AYDIN, Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI

Ankara İl Merkezinde Faaliyet Gösteren Özel Hastanelerin Bütçeleme Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Sabit UYGUN

Bireylerin Organ Bağışına Yönelik Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Araştırma

Fatih ŞANTAŞ, Gülcan ŞANTAŞ, Tuğba ÖZER

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının Yerel Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma

Eray ÖNTAŞ

An Investigation into the Factors Influencing the Technical Efficiency of Public Hospitals: Data Envelopment Analysis Based on Data at the Provincial Level

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Pınar YALÇIN BALÇIK

Sağlık Sektöründeki Stratejik Değişim Çalışmalarının Bibliyometrik Analizi

İsmail BİÇER

Medikalizasyon İle İlgili Yapılmış Çalışmaların Bibliyometrik Analizi: Web Of Science Örneği

Hatice GÜNEŞ, Ramazan ERDEM, Rabia TATLIDİL, Şeyma PARLAK ULU, Ayşe Gülen ERTÜMER İLHAN

Medikal Turizm Alanında Tüp Bebek Tedavilerine İlişkin SWOT Analizi: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Örneği

Ayşe ARSLAN, Levent B. KIDAK



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 28

Sayı/Number: 2

2025

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 28 Sayı: 2 Yıl: 2025

Derginin Sahibi/Publisher

Yonca İLDEŞ, Dekan
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

Yayın Kurulu Başkanı / Editor

Mehmet TOP

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı / Associate Editor

Gamze BAYIN DONAR

Teknik Editör / Editorial Manager

Gamze BAYIN DONAR

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Seda AYDAN

İngilizce Dil Editörü / English Language Editor

Pınar YALÇIN BALÇIK

Yayın Kurulu/Editorial Board

Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Fikriye YILMAZ	Başkent Üniversitesi
Gamze BAYIN DONAR	Hacettepe Üniversitesi
Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Özlem ÖZER	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi
Serap DURUKAN KÖSE	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Yüksek İhtisas Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi

Dergi Tasarım

Beyza YAPICI
Büşra AKMAN
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI

Kübra SÜTCÜ
Sibel Zararsız
Umutcan ALTUN

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi yılda dört defa yayımlanır ve hakemli bir dergidir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar ve diğer konularla ilgili yazışmalar aşağıdaki adrese yapılmalıdır:

Büşra AKMAN

H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye
E-mail: saglikidaresidergisi@gmail.com

Dergiye gönderilen yazılar, yazı yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez. Dergiye yayımlanmak üzere gönderilecek yazılar Dergi'nin son sayfasında yer alan "Yazarların Dikkate Alması Gereken Kurallar"a uygun olmalıdır.

H.U. Journal of Health Administration is a refereed journal, published four times a year. Manuscripts must conform to the requirements indicated on the last page of the Journal. Manuscripts submitted will not be returned whether they are accepted or not for publication. All correspondence should be directed to the address above.

Yayın Türü: Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)

Yayının Yönetim Yeri: Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58

Yayın Tarihi 28.06.2025

Dergimiz, TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Türk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Türk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the TUBITAK ULAKBIM Social and Human Sciences Database, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Turk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Turk Egitim Indeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Turkiye Atıf Dizini databases.

İÇİNDEKİLER

Araştırma	
Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Bir Araştırma A Study on General Health Insurance..... <i>Rabia ÇETİN, Fatih ŞANTAŞ</i>	151-184
Sağlık Çalışanlarının Sanal Kaytarma Davranışlarının Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi The Effect of Cyberloafing Behaviors of Healthcare Workers on Organizational Commitment and Job Satisfaction <i>Çiğdem EKEN DEMİRLİKAN, Serhan ŞAHİNLİ</i>	185-208
Yoğun Bakım Ünitelerinde Tedavi Gören Hastaların Çevresel Stresör Algısı: Koroner Yoğun Bakım Örneği Perception of Environmental Stressors by Patients Receiving Treatment in Intensive Care Units: The Case of Coronary Intensive Care..... <i>Gülcan AYDIN, Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI</i>	209-222
Ankara İl Merkezinde Faaliyet Gösteren Özel Hastanelerin Bütçeleme Süreçlerinin Değerlendirilmesi Evaluation of Budgeting Processes of Private Hospitals Operating in Ankara City Centre..... <i>Sabit UYGUN</i>	223-240
Bireylerin Organ Bağışına Yönelik Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Araştırma A Study on Determining Individuals' Knowledge and Thoughts on Organ Donation..... <i>Fatih ŞANTAŞ, Gülcan ŞANTAŞ, Tuğba ÖZER</i>	241-262
Sağlık Hizmetlerine Erişimde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının Yerel Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma Local Impact of Social Assistance and Solidarity Foundations on Access to Health Services: A Cross-Sectional Study <i>Eray ÖNTAŞ</i>	263-276
An Investigation into the Factors Influencing the Technical Efficiency of Public Hospitals: Data Envelopment Analysis Based on Data at the Provincial Level Kamu Hastanelerinin Teknik Etkinliğini Etkileyen Faktörler Üzerine Bir İnceleme: İl Düzeyinde Verilere Dayalı Veri Zarflama Analizi <i>Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Pınar YALÇIN BALÇIK</i>	277-292
Derleme	
Sağlık Sektöründeki Stratejik Değişim Çalışmalarının Bibliyometrik Analizi The Bibliometric Analysis of Strategic Change Studies in the Healthcare Sector <i>İsmail BİÇER</i>	293-310
Medikalizasyon İle İlgili Yapılmış Çalışmaların Bibliyometrik Analizi: Web Of Science Örneği Bibliometric Analysis of Studies on Medicalization: Web of Science Example..... <i>Hatice GÜNEŞ, Ramazan ERDEM, Rabia TATLIDİL, Şeyma PARLAK ULU, Ayşe Gülen ERTÜMER İLHAN</i>	311-328
Medikal Turizm Alanında Tüp Bebek Tedavilerine İlişkin SWOT Analizi: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Örneği SWOT Analysis of in Vitro Fertilization Treatments in Medical Tourism: A Case Study of the Turkish Republic of Northern Cyprus..... <i>Ayşe ARSLAN, Levent B. KIDAK</i>	329-348

GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA¹

Rabia ÇETİN*
Fatih ŞANTAŞ**

ÖZ

Bu çalışmada, GSS'nin güncel uygulamalarının, GSS'nin üyesi konumundaki kişilerce değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Antalya İli merkezinde ikamet eden, 18 yaşını doldurmuş; araştırmaya katılmayı kabul eden ve kendisi ya da yakını vasıtasıyla GSS kapsamında yer alan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü %99 güven düzeyinde 664 olarak hesaplanmıştır ve araştırmada ulaşılan kişi sayısı 754'tür. Araştırmada veri toplama aracı olarak 24 sorudan oluşan anket kullanılmıştır. Anket, araştırmacı tarafından alanyazın incelemeleri doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Verilerin analizinde tek örneklem ki-kare testi ve bağımsız gruplarda ki-kare testinden yararlanılmıştır. Analizler sonucunda, GSS'nin Türkiye'de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu, GSS için ödenen prim miktarı ya da oranını, GSS'den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini ve ödemeye gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödendiğini bilmeyenlerin yüzdesinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcılar; tedavisi çok pahalı olan ve çok az kişinin yararlanacağı hastalıkların tedavisi (bebeklerde SMA gibi) ve estetik amaçlı diş tedavilerinin GSS kapsamına alınmasını istemektedir. Çalışmada, katılımcıların kişisel özelliklerinin (yaş, cinsiyet, gelir, kronik hastalık) GSS'ye verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar oluşturduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik, Antalya

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu çalışma, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında ve Rabia ÇETİN tarafından hazırlanan "Genel Sağlık Sigortası: Vatandaşların Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma" (2024) başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

* Yüksek Lisans, Yozgat Bozok Üniversitesi LEE Sağlık Yönetimi ABD. rabiscet.96@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0005-1943-1745>

** Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

Gönderim Tarihi: 02.10.2024

Kabul Tarihi: 22.05.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Çetin, R. & Şantaş, F. (2025). Genel Sağlık Sigortasına ilişkin bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 151-184.

RESEARCH ARTICLE

A STUDY ON GENERAL HEALTH INSURANCE ¹

Rabia ÇETİN *
Fatih ŞANTAS **

ABSTRACT

With the help of the survey form created in this study, it was aimed to ensure that the current practices of GHI were evaluated by the members of GSS. The universe of the research; It consists of people who reside in the city center of Antalya, are over 18 years old and agree to participate in the research, and are within the scope of GHI either themselves or through their relatives. The sample size of the research was calculated as 664 at a 99% confidence level and the number of people reached in the research was 754. A survey consisting of 24 questions was used as a data collection tool in the research. The survey was prepared by the researcher in line with literature reviews and expert opinion. Single sample chi-square test and independent groups chi-square test were used to analyze the data. The percentage of those who do not know that it is compulsory for everyone residing in Turkey, the amount or rate of premium paid for GHI, how long the premium must be paid to benefit from GHI, and that the GHI premiums of poor people who cannot afford to pay are paid by the state are significantly higher. People participating in the research want the treatment of diseases that are very expensive to treat and that few people will benefit from (such as SMA in babies), dental treatments for aesthetic purposes and traditional or alternative medicine practices to be included within the scope of GSS. The study also found statistically significant differences between the answers given to the GSS and the personal characteristics of the participants (age, gender, income, chronic disease).

Keywords: General health insurance, social security, Antalya

ARTICLE INFO

¹ This study has been derived from the dissertation titled "General Health Insurance: A Research on citizens" which has been written by Rabia ÇETİN at the Master Program of department of Health Management, Yozgat Bozok University, under the consultancy of Fatih SANTAS, Assoc. Dr.

* MSc, Yozgat Bozok University Department of Health Management, rabiscet.96@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0005-1943-1745>

** Assoc. Prof., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

Received: 02.10.2024

Accepted: 22.05.2025

Cite This Paper:

Çetin, R. & Şantas, F. (2025). A study on general health insurance. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(2), 151-184.

I. GİRİŞ

İnsanlar, karşılaşılabilecekleri tehlike ve risklere karşı kendilerini koruma ihtiyacı duymaktadır ve bu nedenle de olası tehlike ve risklere karşı önlem almaya çalışmaktadır. Bu doğrultuda bireyler, bulunduğu toplumun yaşam koşullarına göre bireysel korunma ile birlikte sosyal korunma için de tedbirlere başvurmaktadır. Meslek hastalığı, iş kazası, hastalık, ihtiyarlık, maluliyet, işsizlik gibi risklere maruz kalan kişiler yarınları için endişe duyabilmektedir. Bu nedenle çalışanlar açısından sosyal güvenlik meselesi daha önemli bir ihtiyaç halini almaktadır. Sosyal güvenlik; toplumun, sosyal risklere karşı bugününü ve geleceğini korumayı ve güvence altına almayı ve dar gelirli kişilerin yaşamlarını iyileştirmeyi amaçlayan bir sistem olarak tanımlanabilir (Dilik, 1980; Şenocak, 2009). Sosyal güvenlik, insanların yarınlarından emin olma arzusuyla oluşturulmaktadır. Bu sistem kapsamında sosyal güvenliğı sağlamak için kullanılan teknikler; sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal sigortalardır. Ülkelerde, toplumların yapılarına göre farklı sigorta modelleri kullanılmaktadır. Kısacası, her ülkenin sosyal güvenlik sistemi farklıdır (Dalkılıç, 2022).

Sosyal güvenliğin üç önemli bileşeni bulunmaktadır. Bilindiğı gibi bunlar sosyal sigortalar, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerdir. Bunlardan ilki olan sosyal sigortalarda temel amaçlardan birisi, bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamalarına yardımcı olmaktır. Sosyal sigortalar, temel olarak sosyal güvenliğin primli sistemidir. Diğer bir ifadeyle, bireylerin prim ödediğı ve bunun karşılığında ise ihtiyaç duydukları anda sağlık hizmeti ihtiyacının karşılandığı sistemlerdir. Sosyal sigortaların ülke nüfusunun tamamını karşılama zorunluluğı bulunmamaktadır. Eğer uygulanan sosyal sigorta sistemi, ülke vatandaşlarının tamamını kapsar ise sistem, genel sağlık sigortası olarak adlandırılmaktadır (Çelik, 2022). Genel Sağlık Sigortası (GSS), kişilerin sağlık riskleri ile karşılaşması sonucunda oluşan durumlar için gerekli sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan ve kişilerin sağlıklarının korunmasını sağlayan bir sigorta türü olarak tanımlanmaktadır. 2006 yılında kabul edilen “5510 sayılı Sağlık Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile Türkiye genelinde zorunlu GSS uygulaması geçiş adımları atılmaya başlanmıştır. GSS, prime dayalı bir sağlık sigortası olup, bu sistem ile sağlık sistemine neredeyse herkesin dâhil edilmesi hedeflenmiştir. Bu sistemde, ekonomik gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertlerinin eşit şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanması istenmektedir. GSS; düşük gelirli olan yüksek gelirli kişiler, hastaların sağlıklı bireyler tarafından finanse edildiğı bir sistemdir (Orhaner ve Ekici, 2018).

Türkiye’de GSS’nin, 2006 yılında yasalaşıp, uygulanmaya başlanması ile birlikte sistemin avantaj ve dezavantajlarına yönelik yoğun tartışmalar yaşanmıştır. Bu konuya ilişkin memnuniyet ve düşüncelerin belirlenmesinde, paydaş görüşlerinin katkı sağlayıcı olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada oluşturulan anket ile katılımcıların GSS’ye yönelik bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.1. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası

İnsanlar, her dönemde geleceğini ve yaşamını tehdit eden unsurlar karşısında korunma ihtiyacı duymuştur. Doğal afet, yoksulluk, hastalık, yaşlılık gibi kaçınılmaz olaylarla mücadele içerisinde olunması ve bu hadiseler karşısında sosyal korunma ihtiyacı duyulması var olan ve olmaya da devam edecek bir gereksinimdir. Bu gereksinim, insanın doğumundan ölümüne kadar olan sürecini ve hatta öldükten sonra geride kalanları da kapsamaktadır. Evrensel bir hal olan sosyal korunma ihtiyacı diğer bir ifadeyle sosyal güvenlik, insanların her an karşılaşılabileceğı ve yaşamı için risk oluşturan olaylara karşı güvence arayışının bir sonucudur (Levent, 2019).

Sosyal güvenlik, insanların karşılaşılabilecekleri riskler (hastalık, yaşlılık, işsizlik, ölüm, kaza gibi) sebebiyle oluşabilecek gelir kaybı ve mal varlığında eksilmelere karşı alınan önlemler bütünüdür. Söz konusu risklerden dolayı kişilerin geçici veya sürekli olarak kazançlarını kaybetmesi sonucu yoksulluğa düşmemeleri için alınan tedbirler, sosyal güvenliğin esasını oluşturmaktadır (Boyacıoğlu ve Öçal, 2018). Bu sistemin amacı, kişiyi emniyette tutmaktır ve risklerin gerçekleşmesi halinde ortaya çıkabilecek zararı karşılamaktır (Gökmen, 2015).

Geçmişten bugüne insanlar, hayatlarını tehlikeye sokan ve kendilerini yoksulluğa iten durumlardan korunmaya çalışmaktadır. İnsanlık tarihi geliştikçe kendilerini koruma ve güvence altına alma isteği ve teknikleri de gelişmektedir (Işık Erol, 2019). Toplumlarda sosyal güvenliğin sağlanma yöntemleri, yaşam koşullarının değişmesiyle birlikte değişime uğramaktadır. En eski sosyal güvenlik tekniği, tasarruftur. Bireysel tasarrufun üstünde olan toplumsal tasarrufla büyük tehlikelere karşı sosyal güvenlik sağlanmaya çalışılmıştır (Kırdar, 2020). Her devlet için ulaşılması gereken bir hedef haline gelen sosyal güvenlik için çeşitli teknikler geliştirilmiştir. Sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal sigortalar bu hedefe ulaşmak için geliştirilen tekniklerdir (İntaş, 2014). Sigorta kelimesinin kökenine bakıldığında “güvence” anlamına gelmektedir. Kavram olarak sigorta, insanların hayatları boyunca karşılaşabilecekleri rizikoların (risklerin) sebep olacağı hasarın sigortalı ile sigortacının arasında geçen sözleşmeye göre giderilmesine dayalı bir faaliyettir. Sağlık hizmetleri açısından sigorta kâr amacı için kurulan özel sigorta hizmetleri ve kâr amacı gütmeyen sosyal güvenlik sigortası olarak iki gruba ayrılmaktadır (Yayla, 2019).

Sağlık sigortası sistemi, her ülkede farklılık göstermektedir. Ülkelerin yönetim biçimleri, toplumun yaşam biçimleri, ekonomik durumları gibi sebepler sağlık alanında yapılan çalışmaların da ülkelerin kendilerine özgü olmasına yol açmaktadır. Sağlık sigortası kavramı, modern endüstriyel dünyaya, Şansölye Otto van Bismarck'ın 1883 yılında Almanya'nın emekçi erkekleri için “sosyal” sigorta sağlama planıyla tanıtılmıştır. Almanya'daki kurulan sağlık sigortası, Avrupa'yı da etkilemiştir. Sağlık sigortası, 1888 yılında Avusturya'da ve 1989 yılında Macaristan'da kurulmuştur. Zorunlu hastalık sigortası, ikinci bir dalgayla diğer ülkelerde de kurulmuştur. Sırasıyla 1909'da Norveç, 1910'da Sırbistan, 1912'de Rusya, 1913'te Hollanda akıma dâhil olmuşlardır. Diğer Avrupa ülkelerinde ise işçilerin kendi aralarında kurdukları derneklerden yararlanılmıştır. Ancak bu süreçte, ABD herhangi bir eylemde bulunmamıştır ve ne gönüllü fonları sübvans etmek ne de sigortayı zorunlu kılma alanında bir çalışma yapılmıştır (Starr, 1982). ABD'de genel olarak sağlık sigortası, 1930'lardaki Büyük Buhran ile başlamıştır. Büyük Buhran, hastanelerin ve ardından doktorların, hizmetlerin ödemesini güvence altına almak için sigorta türlerine yönelmesine neden olmuştur (Morrissey, 2008). Bu sigorta türleri arasında en popüler olanları Mavi Haç ve Mavi Kalkan adı verilen özel sağlık sigortalarıdır (Fişek, 1976).

Sosyal sigortacılık II. Dünya savaşıdan sonra Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de görülmeye başlanmıştır. Türkiye'de sağlık sigortacılığının tarihçesi, 1920'li yıllara kadar uzanmaktadır. 1921 yılında “Ereğli Havza-i Fahriyesi Maden Amelesi'nin Hukukuna Müteallik Kanun” ile ülkemizde ilk kez ve çok sınırlı bir biçimde kamu sağlık programları oluşturulmuştur. 04.01.1950 tarih ve 5502 sayılı “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” ile sağlanan yardımlar ve güvence altına alınan halk daha da genişletilmiştir (RG: 10.1.1950- Sayı: 7402). Sosyal sigorta ve sosyal sağlık sigortası alanındaki gelişmelere bakıldığında ilk olarak 1934 ve 1947 yılları arasında kurulan 11 ayrı emekli sandığı görülmektedir. Devlet memurlarını kapsayan bu sandıklar, 1950 yılında Emekli Sandığı adı altında toplanıncaya kadar kendilerine bağlı kişilere hizmet vermişlerdir. Türkiye'de kamu çalışanları GSS kurulana kadar primsiz bir yapı ile sağlık güvencesi altında olmuştur. Aktif çalışan memurların sağlık harcamalarını kurumları, emekli memurların sağlık harcamalarını ise Emekli Sandığı karşılamıştır. Ancak memurlar emekli sandığına sadece maluliyet, yaşlılık ve ölüm için kesenek ödemişler; sağlık harcamaları Maliye Bakanlığınca karşılıksız olarak ödenmiştir. Türkiye'de sosyal sigortalar alanında olan gelişmeler incelenirken bakılması gereken diğer bir kurum ise Sosyal Sigortalar Kurumudur (SSK). 1945 yılında 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiştir. Her iki kanunun kapsamına giren konular, 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile birleşmiştir. Bir diğer sağlık sigortası, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumudur (BAĞ-KUR). BAĞ-KUR, 1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulmuştur. 1986 yılından itibaren bu kanuna tabi olan vatandaşlar sağlık sigortası yardımları almaya başlamıştır. 1979 yılında sosyal sigortaya tabi olmayan vatandaşların ve ev kadınlarının da dâhil olduğu yeni bir sistem oluşturulmuştur. 1984 yılında kendi nam ve hesabına tarımda çalışan vatandaşlara da sosyal güvenlik sağlamaya başlamıştır (Tatar, 2011). Sosyal güvenlik kapsamına giremeyen ve sağlık hizmeti için ödeme yapacak gücü olmayanlar için yeşil kart sağlık sigortası

programı oluşturulmuştur. 1992 yılında 2197628976 Gazete’de yayınlanan “3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, GSS uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık Sigortası (GSS), tüm insanların ihtiyaç duydukları her an, her yerde, maddi sıkıntı çekmeden, kaliteli sağlık hizmetlerinin tamamına erişebilmesi anlamına gelmektedir. Sağlıklı yaşamın teşvikinden, önleme, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar temel sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarını kapsar (WHO, 2025). GSS, sağlık hizmeti maliyetlerinin finansmanının bir havuzda toplandığı ve bu havuzdan kişilerin gelirine bakılmaksızın yararlanılabildiği bir sistemdir. Ülkede yaşayan herkes bu sisteme dâhil edilir ve herkesin katılımı zorunludur. Sisteme dâhil olan herkes, GSS için prim ödemekle zorunlu kılınmıştır. Kişilerin ödeyeceği primler gelirlerine göre tespit edilmektedir. Kısacası GSS prime dayalı, zorunlu ve geneli kapsayan özelliklere sahip bir sistemdir (Kızılova, 2015).

1.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Türkiye’deki Gelişimi

Türkiye’de tam anlamıyla 2012 yılında uygulanmaya başlayan GSS için yıllarca süren çalışmalar söz konusudur. İlk kez 1967 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın oluşturduğu komisyon tarafından hazırlanan GSS tasarısı Bakanlığa sunulmuştur ancak hükümete iletilmemiştir. 1969 yılında sigorta olarak TBMM’ye sunulmuş fakat komisyon tarafından görüşülememiştir. Bu alanda geniş kapsamlı çalışma, 1989 yılında Sağlık Bakanlığı’nca başlatılmıştır. Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı oluşturulmuştur fakat birçok sebepten ötürü yasalaşamamıştır (Orhaner, 2006).

GSS uygulanması için yıllarca hedefler ortaya konulmasına ve sıklıkla niyet edilmesine rağmen 2003 yılına kadar herhangi bir uygulama ortaya konulamamıştır. 2003 yılında “Sosyal Güvenlik Kurumu” ile “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası” için yasa tasarıları hazırlanmıştır. Bu tasarılar, 2006 yılında kabul edilmiştir. 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kabul edilmiştir. 16.05.2006 tarihinde “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” kabul edilmiştir. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı Kanunlar, 2008 yılında yürürlüğe girmiş; 01.01.2012 tarihinden itibaren Türkiye’de zorunlu olarak uygulanmaya başlamıştır (Orhaner, 2006; Bayın Donar, 2022).

GSS, 5510 sayılı kanuna göre; “kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta” olarak tanımlanmıştır. Kanunun amacı ise sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir.” Kanunun amacı ve tanımına bakıldığında zaman evrensel ve eşitlik kavramlarını önelediği söylenebilir. GSS ile toplumun karşılaşabileceği risklere karşı güvence oluşturulurken aynı zamanda ihtiyaç halinde sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişimin sağlanması da temel hedeftir (Bayın Donar, 2022).

1.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı

GSS; hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalıkları gibi sosyal risklere karşı alınan tedbirleri kapsayan zorunlu bir sağlık sigortasıdır. Sigortanın finansman sisteminin zorunlu olması, bireyler için hem bir hak hem de sorumluluktur. GSS sistemine herkesin dâhil edilmesi ve dâhil olmayan hiç kimsenin kalmaması hedeflenmiştir. Ödeme gücü olmayan yoksul kişilerin primlerinin devlet tarafından ödenmesi ile herkes sisteme dâhil edilmeye çalışılmıştır. 18 yaş üstünde olan kişilerden

anne veya babası genel sağlık sigortalısı olanlar lise öğrenimi için 20 yaş, üniversite öğrenimi için 25 yaşına kadar genel sağlık sigortasından faydalanmaya devam etmektedir. Öğrenciliği biten gençlerden 25 yaş altında olanlar; 25 yaşını geçmemek üzere 2 yıl daha ücretsiz genel sağlık sigortası kapsamından faydalanabilmektedir. Kişiler, yirmi beş yaşını doldurduktan sonra ise prim ödemek zorundadır. Sigorta kapsamına GSS'li ve GSS'liye bakmakla yükümlü olduğu kişiler alınmıştır (Gökmen, 2015; Bayın Donar, 2022).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 4. ve 60. maddelerinde sırasıyla “Sigortalı sayılanlar” ve “Genel sağlık sigortalısı sayılanlar” başlıkları ile kanunda kapsama dâhil edilenlerden bahsedilmiştir. Kanun 4. maddesi ve 60. gereğince sigortalı sayılanlar şu şekildedir:

- a. 5510 sayılı Kanun bakımından 4/a, 4/b ve 4/c statüsünde çalışanlar,
- b. İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
- c. Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;
 - Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar, gelir tespiti yapılmaksızın GSS sahibi bireylerin ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
 - Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler,
 - 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
 - 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ile ana ve babası olmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
 - Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
 - 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun göre aylık alan kişiler,
 - 11/10/1983 tarihli ve 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- d. Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
- e. 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği, Esnaf Ahilik Sandığı ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,
- f. Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,
- g. Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar, GSS'li sayılır.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemlerin Yönetmeliği'nde (RG, 18 Nisan 2014, Sayı 28976) GSS kapsamında yer almayan kişiler belirtilmiştir. Bu kişiler şu şekildedir:

- Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,
- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personel, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hâllerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,
- Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,
- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanlar, Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar,
- Yurt dışında çalıştıkları süreler için borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye'de ikamet etmeyenler,
- Milletvekilleri ile yasama organı üyeliği sona erenler, bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri ile dul ve yetimleri, Anayasa Mahkemesi Başkanı ve üyeleri ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, Danıştay Başkanı, Danıştay Başsavcısı, Başkanvekilleri, daire başkanları ve üyeleri ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri, Yargıtay Birinci Başkanı, başkanvekilleri, daire başkanları ve üyeleri ile Yargıtay Cumhuriyet Başsavcısı ve Yargıtay Cumhuriyet Başsavcı vekili ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri, Sayıştay Başkanı, daire başkanları ve üyeleri ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri, Genel Kurmay Başkanı, Kara Kuvvetleri Komutanı, Deniz Kuvvetleri Komutanı, Hava Kuvvetleri Komutanı, Jandarma Genel Komutanı ve Sahil Güvenlik Komutanı olarak atanmış olanlar. Orgeneral/Oramiral rütbelerinde bulunanlardan aylıklarını 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununa göre almakta olanlar ve bunların emeklileri ile bakmakla yükümlü oldukları, GSS'li ve GSS sahibi kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişiler sayılmazlar. Bu kişi ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmeti giderleri, kurumlarınca karşılanmaktadır.

1.2.3. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları

Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 67. maddesinde "Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları" başlığı ile genel sağlık sigortasından yararlanma koşulları tanımlanmıştır. Bu koşullara göre, genel sağlık sigortalı kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için aşağıdaki şartların sağlanması gerekmektedir:

1. 5510 sayılı Kanunun 4/a, 4/b ve 4/c maddeleri gereğince sigortalı sayılanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar, ülkede oturma izni almış yabancı ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması gerekmektedir.

2. Genel Sağlık sigortalısı sayılan 5510 sayılı Kanunun 4/b maddesine tabi olan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan sigortalılar ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte, tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç, 60 günden fazla prim ve prime ilişkin hiçbir borcunun bulunmaması gerekmektedir.

3. Genel sağlık sigortalısı sayılan isteğe bağlı sigortalı ve oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin hiçbir borcunun bulunmaması gerekmektedir.

4. Yabancı uyruklu öğrenciler, bir öğretim dönemine ilişkin genel sağlık sigortası primlerinin tamamını öğrenim gördükleri üniversitenin öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde ödemeleri gerekmektedir.

GSS'den faydalanmak için özel durumlar ve şartlar haricinde prim şartı aranmayan kişi ve durumlar bulunmaktadır. 5510 sayılı Kanunun 67. maddesinde sıralanan kişiler şu şekildedir:

- 18 yaşını doldurmamış olan kişiler,
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler,
- Trafik kazası halleri,
- Acil haller,
- İş kazası ile meslek hastalığı halleri,
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar,
- Madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve analık sebebiyle ayakta veya yatarak tıbbi müdahale ve tedaviler için sağlanan sağlık hizmetleri,
- Afet ve savaş hallerine bağlı nedenlerden dolayı sağlanan sağlık hizmetleri, GSS prim şartı aranmadan sunulan sağlık hizmetleridir.

GSS'den yararlanma koşulları arasından sağlık sigortası primini ödemek yer almaktadır. 5510 sayılı Kanunun 67. maddesinde "sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları" başlığının altında GSS'den yararlanma koşulları belirtilmiştir. Şu şartları sağlayan kişiler GSS' den yararlanmaktadır:

- a. 5510 sayılı Kanunun 4. maddenin (a), (b) ve (c) bentleri gereğince sigortalı sayılanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar, işsizlik ödeneğinden faydalananlar, ülkede oturma izni olan yabancı uyruklu vatandaşlar, başka ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması gerekmektedir.
- b. 5510 sayılı Kanunun 4. maddenin (b) bendinde olan kişilerin ve başka ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkın bulunmayan vatandaşların GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte tecil ve taksitlendirilerek tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması gerekmektedir.
- c. 5510 sayılı Kanun 60. maddesi gereğince sigortalı sayılanların sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması gerekmektedir.
- d. Yabancı uyruklu öğrenciler, bir öğretim dönemine ilişkin GSS primlerinin tamamını öğrenim gördükleri üniversitenin öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde ödemeleri şarttır.

Ayrıca GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmeti sunucularına başvurduklarında; acil haller hariç olmak üzere

(acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasının yapılması ve/veya nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur. Bu şartların bazı istisnai durumlar bulunmaktadır. GSS'nin 67. maddesinde şu şekilde sıralanmıştır:

- GSS'linin bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamından çıkanların GSS kapsamında olduğu tarihten itibaren otuz gün içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi içi prim ödeme gün sayısı aranmamaktadır.
- GSS'li sayılanların; herhangi bir sebeple silâh altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi, hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre; iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalının iş göremediği süre; sigortalının greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde geçen süre ve sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödeme gün sayısı hesabında dikkate alınmaz.
- 5510 sayılı kanunun 4/a, 4/b ve 4/c maddelerine göre GSS'li sayılanlar, zorunlu sigortalıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle GSS'den yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle bakmakla yükümlü olduğu kişiler dâhil sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler.
- Lise veya dengi öğrenimden mezun olanlar 20 yaşını, yükseköğrenimden mezun olanlar ise 25 yaşını geçmemek ve bakmakla yükümlü olunan kişilerin mezun oldukları tarihi izleyen günden itibaren iki yıl süreyle, prim borçlarına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olunan veya hak sahibi kişi sayılmak suretiyle sağlık hizmetinden faydalanabilirler.
- Askerlik hizmetlerini er ve erbaş ile yedek subay ve yedek astsubay öğrencileri ve adaylarından GSS' si sona erenler, terhis tarihinden itibaren 30 gün süreyle GSS' den yararlanabilirler.
- 5510 sayılı Kanunun 4/a maddesi kapsamında GSS'li sayılanların diğer iş kanunlarında ücretsiz izin sayılan süreler haricinde ayrıca bir takvim yılı içerisinde toplam bir ayı aşmayan ve işverenlerince belgelendirilen ücretsiz izin sürelerinde GSS süreçleri devam eder.

1.2.4. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Süresi

GSS Kanunu'nun 63. maddesinde GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin amaçları belirtilmiştir. Bu amaçlar; GSS'li bireylerin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmektir. Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

1. Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
2. Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler,
3. Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri. Konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler,
4. Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler,

laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72'nci maddeye (Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi) göre belirlenen tutarı,

5. Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan GSS'linin;
 - a. Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,
 - b. Kadının 23 yaşından büyük, 40 yaşından küçük olması,
 - c. Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,
 - d. Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,
 - e. Eşlerden birinin en az beş yıldır GSS'li bireylerin veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün GSS prim gün sayısının olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.
6. Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleridir.

GSS kapsamında finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri, Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 64. maddesinde yer verilmiştir. Bunlar şu şekildedir:

1. Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.
2. Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.

1.2.5. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları

Genel sağlık sigortasının finansman gelirleri; prim ödemeleri ve katılım paylarından oluşmaktadır. Toplum sağlığının korunması ve sağlık riskleri ile karşılaşılması durumunda meydana gelen harcamaların finansmanı; toplanan primler ile sağlanmaktadır. Kısa ve uzun vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası ve isteğe bağlı sigorta bakımından farklı taraflar için farklı prim ödeme yükümlülükleri bulunmaktadır. Genel sağlık sigortası prim oranları, 5510 sayılı kanunun 81. Maddesinde yer almaktadır. Tablo 1'de sigorta kollarına göre prim oranlarını, işçi ve işveren katkıları özetlenmektedir.

Tablo 1. Sigorta Kollarına Göre Prim Oranları

Sigorta Kolları	İşveren	İşçi	Toplam	İsteğe Bağlı Sigortalı
Uzun Vadeli Sigorta Kolları (Malullük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortaları)	%11	%9	%20	%20
Kısa Vadeli Sigorta Kolları (Meslek Hastalığı, İş Kazası, Hastalık ve Analık)	%2	-	%2	-
Genel Sağlık Sigortası	%7,5	%5	%12,5	%12
Toplam	%20,5	%14	%34,5	%32

Kaynak: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 81. Madde

1.2.6. Katkı Payları

Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaktadır. GSS Kanunu'nun 68. Maddesine göre ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, vücut dışı ortez ve protezler, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için alınmaktadır. GSS Kanunu'nun 69. Maddesine göre ise iş kazası ile meslek hastalığı ve askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri, Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar için katılım payı alınmamaktadır.

1.2.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), zorunlu sağlık sigortası/sistemi tarafından kapsam dışında bırakılan hizmetin tamamını ya da bir kısmını kapsayan sigorta türüdür (Mossialos ve Thomson, 2004). Tamamlayıcı sağlık sigortası ile bireyler ayaktan ve yatarak tedavide kamu sağlık sigortasının karşılamadığı miktarı cepten ödemek yerine risk paylaşarak hizmeti satın almaktadır (Foubister, vd., 2006). Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında teşhis ve tedavi giderleri, muayene giderleri, özel oda giderleri, fark ücretleri, evde bakım, ilaç harcamalarına yönelik yapılan ödemeler, doğum ödemeleri vb. yer alabilmektedir (Orhaner, 2018). TSS kapsamına alınacak hizmetler sigorta şirketlerine göre değişebilmektedir. Bu nedenle şirketlerin poliçelerinin incelenerek seçim yapılması önerilebilir. TSS'nin eleştirildiği hususlar da bulunmaktadır. Uygulamanın kronik rahatsızlığı olanları ve prim ödeyemeyecek durumda olan yoksulları olumsuz olarak etkileyebileceği, kişilerden hem GSS hem de TSS için prim alınmasının kişileri ekonomik olarak zorlayacağı ve kullanımla ilişkilendirilebilen primler nedeni ile sağlık hizmeti kullanımının ihtiyaç olması durumunda dahi azalabileceği ifade edilmektedir (TTB, 2012).

II. MATERYAL VE METOT

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın evreni, veri toplama araçları, araştırmanın analiz yöntemleri, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın etik durumu gibi başlıklara yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Antalya ili merkezinde ikamet eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve kendisi ya da yakını dolayısıyla GSS kapsamında yer alan kişileri kapsayan, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

2.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık hizmetleri finansmanı; sağlık hizmetlerinin artan maliyeti, vatandaşların ve sağlık hizmeti sunucularının sağlık sektöründen beklentilerindeki değişim nedeniyle sürekli olarak gündemde olan konular arasındadır. Ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak kamusal finansman (vergiye dayalı finansman) ve sosyal sağlık sigortası (primlerle finansman) ile finansman yöntemleri kullanılmaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler gibi finansman yöntemleri de esas finansman yöntemini destekleyici olarak kullanılmaktadır. Hangi yöntemin beklentileri karşıladığı ya da uygulanması gerektiği ülkelerin kültürel yapısı, vergi ödeme davranışı, kayıtlı istihdam oranı gibi hususlara göre farklılık göstermektedir. Bu doğrultuda Türkiye’de uzun yıllar prime dayalı sağlık sigortası uygulanmıştır ancak serbest çalışanlar, kamu görevlileri, ödeme gücü olmayan vatandaşlar için de ayrı finansman yöntemleri uygulanmıştır. Sistemin parçalı yapısının yarattığı sıkıntıların giderilmesi amacıyla 2006 yılı itibarıyla evrensel kapsam (universal coverage) olarak ifade edilen GSS uygulamasına geçilmesine karar verilmiştir. Bu amaçla 5510 sayılı Kanun çıkarılmıştır. Ancak çeşitli nedenlerle Kanun’un tüm grupları kapsayacak şekilde uygulanması ise 2012 yılını bulmuştur.

GSS kapsamının genişliğini esas alan bir sistemdir. Diğer bir ifadeyle belirlenen şartları taşıyan herkesin sisteme dâhil edildiği ve ülke vatandaşlarının neredeyse tamamının sistemde yer aldığı bir uygulamadır. Ancak sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinde kapsamın genişliği kadar kapsamın derinliği de önem arz etmektedir. Bu kavram, sağlık sigortasının kapsadığı sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Tahmin edileceği üzere kapsamın genişliği ve derinliği arttıkça sigorta sigortasının katlanması gereken maliyet de artmaktadır. Bu nedenle kapsam içerisinde yer alan hizmet, ilaç ya da tedavi yöntemleri sürekli değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle sigorta sistemi (GSS) sürekli gündemdeki yerini koruyan dinamik bir konudur.

Bu çalışmada, oluşturulan anket formu yardımıyla GSS’nin güncel uygulamalarının GSS’nin üyesi konumundaki kişilerce değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada; kişilerin GSS’ye ilişkin bilgi düzeyleri, GSS uygulamalarından memnuniyetleri, GSS’nin finansal sürdürülebilirliği, sistemi destekleyecek tamamlayıcı sağlık sigortası gibi uygulamalara bakış açısını belirlemeye yönelik sorular yöneltilerek katılımcıların değerlendirmeleri alınmıştır. Alanyazında bu kapsamda soruların yer aldığı güncel ve kapsamlı bir araştırmaya rastlanmadığından bu çalışmanın ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada cevap aranan sorular şu şekilde sıralanabilir:

- Katılımcıların GSS’ye ilişkin bilgi düzeyleri nasıldır?
- GSS’nin prim ödemeden muaf tutulan ya da Devletin bazı grupların primlerini ödemesine bakış açısı nasıldır?
- GSS’den memnuniyet nasıldır?
- Prim ve katkı paylarına bakış açısı nasıldır?
- GSS’ye dâhil edilmesi istenen bazı hizmetlere yönelik düşünce nasıldır?
- Tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelik düşünce nasıldır?

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Antalya İli merkezinde ikamet eden, 18 yaşını doldurmuş ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve kendisi ya da yakını vasıtasıyla GSS kapsamında yer alan kişiler oluşturmaktadır. Araştırma gerçekleştirildiği tarihte TÜİK tarafından açıklanan son verilere göre Antalya ili nüfusu 2.688.000 civarındadır. Bu durumda, TÜİK tarafından açıklanan rakam evren olarak kabul edildiğinde, araştırmanın örneklem büyüklüğü %99 güven düzeyinde 664 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G-Power 3.1 programı yardımıyla güç analizi de yapılmıştır. Genellikle %80 civarında güç, yeterli kabul edilmektedir. Bu çalışmada %80 güç ($Df=3$), %1 hata (α) ve %15 etki büyüklüğü için hesaplanan örneklem büyüklüğü 688 olmuştur. Bu araştırmada ulaşılan kişi sayısı 754 olup, belirlenen örneklem sayısına ulaşıldığı

söylenbilir. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre araştırma kapsamında yer almayı kabul eden herkes araştırmaya dâhil edilmiştir.

Katılımcılar, araştırmada kullanılan anketi yüz yüze olarak doldurmuştur. Katılımcılar, araştırmaya gönüllülük esasına göre katılım sağlamıştır. Kişilere istekleri halinde araştırmanın her aşamasında araştırmadan ayrılacakları ifade edilmiştir. Veri toplama süreci, 01 Haziran – 01 Ağustos 2023 tarihlerini kapsamaktadır.

2.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket, araştırmacı tarafından alanyazın incelemeleri doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Anketin geliştirilmesinde Orhaner (2006), Pekten (2006) ve Ekinci ve Orhaner (2018) tarafından yapılan çalışmalardan ve “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”ndan yararlanılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu, Sağlık Yönetimi alanından beş akademisyene gönderilerek değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşleri alındıktan sonra anket sorularının anlaşılabilirliğinin ve görselliğinin saptanması amacıyla 30 kişilik grup üzerinde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Yapılan pilot uygulamada soruların görselliği ve anlaşılabilir olması üzerinde durulmuştur. Katılımcılardan gelen öneriler sonucunda kelime, yazım ve görsellikte değişiklikler yapılmıştır. Pilot uygulamanın ardından ankete son hali verilmiştir.

Çalışmada kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel ve demografik bilgilere yönelik sorular (9 soru) yer almaktadır. İkinci bölümde ise GSS’ye yönelik sorular (24 soru) yer almaktadır. GSS’ye ilişkin sorular evet/hayır şeklinde katılım sağlanabilecek şekildedir.

2.5. Verilerin Analizi

Çalışmada verilerin analizinde SPSS v.27 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans ve yüzde) kullanılmıştır. Ayrıca GSS’ye yönelik soruların analizinde tek örneklem ki-kare testi ve bağımsız gruplarda ki-kare testinden yararlanılmıştır. Ki-kare analizlerinde bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim vb.) satıra alınmıştır ve satır yüzdeleri verilmiştir. Tabloların anlaşılabilirliğinin sağlanması için yalnızca soruya katılım sağlayanlar (evet cevabını verenler) raporlanmıştır. Analizlerde p değeri 0,05 olarak esas alınmıştır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, araştırmaya katılmayı kabul eden Antalya ili merkezinde yaşayan kişilerin görüşlerini yansıtmaktadır. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarının Antalya’nın tamamına ya da Türkiye’ye genellemesi söz konusu değildir.

2.7. Araştırmanın İzinleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan 03/15 Karar No ve 18.05.2023 tarihli onay alınmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Araştırmanın Katılımcılarının Özellikleri

Tablo 2’de araştırmaya katılan kişilerin özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Katılımcıların %50,3’ü 35 yaş ve altında, %50,3’ü erkek, %61,3’ü evli ve yaklaşık %56’sı üniversite ve üzerinde eğitim düzeyindedir. Katılımcıların %25,9’u herhangi bir işte çalışmamaktadır ve özel sağlık sigortası (%10,5) ve tamamlayıcı sağlık sigortası (%7,8) olanların yüzdesi oldukça düşüktür. Kişilerin %40,3’ünün aylık geliri 15.000 TL’nin üzerindedir ve %73,1’inin kronik hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 2. Araştırmanın Katılımcılarının Özellikleri (n=754)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş	18-35	379
	36-69	375
Cinsiyet	Kadın	375
	Erkek	379
Medeni durum	Evli	462
	Bekâr	292
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	69
	Ortaokul	38
	Lise	223
	Üniversite	369
	Yüksek Lisans/Doktora	55
Çalışma durumu	Kamu	192
	Özel	169
	Kendi işi	115
	Emekli	83
	Çalışmıyor	195
Özel sağlık sigortası	Var	79
	Yok	675
Tamamlayıcı sağlık sigortası	Var	59
	Yok	695
Aylık gelir	Asgari ücretten az	242
	Asgari ücret (8500 TL)	68
	8501-15.000 TL	140
	15.001 TL ve daha fazla	304
Kronik hastalık	Var	203
	Yok	551

3.2. Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Sorulara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 3’te GSS soruları için yapılan tek örneklem ki-kare analizi sonuçları verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre GSS’nin Türkiye’de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu, GSS için ödenen prim miktarı ya da oranını, GSS’den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini ve ödemeye gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödendiğini bilmeyenlerin yüzdesi anlamlı şekilde daha yüksektir. Buna karşın GSS için her ay prim ödeme zorunluluğu olduğunu ve GSS primlerinin SGK tarafından toplandığını bilenlerin yüzdesi anlamlı şekilde daha yüksektir. Araştırmaya katılan kişiler; GSS için her ay prim alınmasını, ödeme gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödenmesini uygun görürken; TBMM üyeleri, Yüksek Yargı Mensupları, TSK Üst Kademe Komutanları GSS kapsamında yer almayıp, sağlık hizmeti giderleri kurumlarınca karşılanmasını uygun bulmamaktadır. Türkiye’de GSS için toplanan prim ve gelirlerin yeterli olmaması nedeniyle finansal sıkıntı yaşanabileceği, GSS’nin herkese eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağladığı ve GSS’nin ihtiyaç duyulan ilaçları karşıladığı düşünülmektedir.

Tablo 3. Genel Sağlık Sigortasına (GSS) Yönelik Sorulara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ve Soruların Tek Örneklem Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754)

Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Sorular	Sayı	Yüzde	Analiz
1. GSS'nin Türkiye'de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu biliyor musunuz?			$X^2 = 45,883$ $p < 0,001$
Evet	284	37,7	
Hayır	470	62,3	
2. GSS için her ay prim ödeme zorunluluğu olduğunu biliyor musunuz?			$X^2 = 71,385$ $p < 0,001$
Evet	493	65,4	
Hayır	261	34,6	
3. GSS için ödenen prim miktarını ya da oranını biliyor musunuz?			$X^2 = 68,944$ $p < 0,001$
Evet	263	34,9	
Hayır	491	65,1	
4. GSS primlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından toplandığını biliyor musunuz?			$X^2 = 164,329$ $p < 0,001$
Evet	553	73,3	
Hayır	201	26,7	
5. GSS'den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini biliyor musunuz?			$X^2 = 103,979$ $p < 0,001$
Evet	237	31,4	
Hayır	517	68,6	
6. Ödemeye gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin Devlet tarafından ödendiğini biliyor musunuz?			$X^2 = 93,841$ $p < 0,001$
Evet	244	32,4	
Hayır	510	67,6	
7. GSS için her ay prim alınmasını uygun buluyor musunuz?			$X^2 = 92,435$ $p < 0,001$
Evet	509	67,5	
Hayır	245	32,5	
8. Ödeme gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödenmesini uygun buluyor musunuz?			$X^2 = 513,109$ $p < 0,001$
Evet	688	91,2	
Hayır	66	8,8	
9. TBMM üyeleri, Yüksek Yargı Mensupları, TSK Üst Kademe Komutanları GSS kapsamında yer almayıp, sağlık hizmeti giderleri kurumlarınca karşılanmaktadır. Bu durumu uygun buluyor musunuz?			$X^2 = 108,483$ $p < 0,001$
Evet	234	31,0	
Hayır	520	69,0	
10. Türkiye'de GSS için toplanan prim ve gelirlerin yeterli olmaması nedeniyle finansal sıkıntı yaşanabileceğini düşünüyor musunuz?			$X^2 = 146,186$ $p < 0,001$
Evet	543	72,0	
Hayır	211	28,0	
11. GSS'nin herkese eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağladığını düşünüyor musunuz?			$X^2 = 4,159$ $p = 0,041$
Evet	405	53,7	
Hayır	349	46,3	
12. GSS'nin karşıladığı sağlık hizmetlerini (teminat paketini) yeterli buluyor musunuz?			$X^2 = 1,194$ $p = 0,275$
Evet	362	48,0	
Hayır	392	52,0	
13. GSS'nin ihtiyacınız olan ilaçları karşıladığını düşünüyor musunuz?			$X^2 = 18,467$ $p < 0,001$
Evet	436	57,8	
Hayır	318	42,2	
14. GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödemeyi kabul eder misiniz?			$X^2 = 84,223$ $p < 0,001$
Evet	251	33,3	
Hayır	503	66,7	

Tablo 3. Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Sorulara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ve Soruların Tek Örneklem Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754) (Devam)

Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Sorular	Sayı	Yüzde	Analiz
15. GSS kapsamında olmasına rağmen kişilerden hastane muayenesi ve ilaçlar için alınan katılım payını uygun buluyor musunuz?			$X^2 = 6,499$ p=0,011
Evet	342	45,4	
Hayır	412	54,6	
16. Sağlık hizmeti kullanımı ve ilaçlar için alınan katılım payını öderken zorlanıyor musunuz?			$X^2 = 108,483$ p<0,001
Evet	234	31,0	
Hayır	520	69,0	
17. Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmadığını biliyor musunuz?			$X^2 = 25,995$ p<0,001
Evet	447	59,3	
Hayır	307	40,7	
18. Kişilerin hastaneye gidebilmeleri için aile hekiminden sevk alması zorunluluğu olmalı mıdır?			$X^2 = 175,724$ p<0,001
Evet	195	25,9	
Hayır	559	74,1	
19. Ekonomik gücü yüksek olan ve prim ödemek istemeyen kişilerin GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe hakkı olmalı mıdır?			$X^2 = 41,082$ p<0,001
Evet	289	38,3	
Hayır	465	61,7	
20. Kamu hastanelerinden hizmet almayacak kişilerin GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe hakkı olmalı mıdır?			$X^2 = 25,995$ p<0,001
Evet	307	40,7	
Hayır	447	59,3	
21. Tedavisi çok pahalı olan ve çok az kişinin yararlanacağı hastalıkların tedavisi (bebeklerde SMA gibi) GSS kapsamına alınmalı mıdır?			$X^2 = 635,098$ p<0,001
Evet	723	95,9	
Hayır	31	4,1	
22. Estetik amaçlı diş tedavileri GSS kapsamına alınmalı mıdır?			$X^2 = 191,512$ p<0,001
Evet	567	75,2	
Hayır	187	24,8	
23. Geleneksel ya da alternatif tıp uygulamaları GSS kapsamına alınmalı mıdır?			$X^2 = 10,743$ p<0,001
Evet	422	56,0	
Hayır	332	44,0	
24. Türkiye’de özel sağlık sigortası ya da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu duruma GSS’nin yeterli/fazla sağlık hizmetini kapsamının neden olduğu söylenebilir mi?			$X^2 = 187,501$ p<0,001
Evet	565	74,9	
Hayır	189	25,1	
25. Daha kaliteli hizmet almak ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortası zorunlu olmalı mıdır?			$X^2 = 164,329$ p<0,001
Evet	201	26,7	
Hayır	553	73,3	

Tablo 3 incelendiğinde, katılımcılar, GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödemeyi ve GSS kapsamında olmasına rağmen kişilerden hastane muayenesi ve ilaçlar için alınan katılım payı alınmasını uygun görmemektedir. Araştırmanın katılımcıları sağlık hizmeti kullanımı ve ilaçlar için alınan katılım payını öderken zorlanmamaktadır. Kişiler, aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmadığını bilmektedir ve hastaneye gidebilmek için aile hekiminden sevk alması zorunluluğuna olumsuz bakmaktadır. Araştırma kapsamında yer alan kişiler, ekonomik gücü yüksek olan ve prim ödemek istemeyen kişilerin ve kamu hastanelerinden hizmet almayacak kişilerin GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe hakkının olmasına karşıdır. Araştırmaya katılım sağlayan kişiler tedavisi çok pahalı olan ve çok az kişinin yararlanacağı hastalıkların tedavisi (bebeklerde SMA gibi) ve estetik amaçlı diş tedavilerinin GSS kapsamına alınmasını istemektedir. Katılımcılar, Türkiye’de özel sağlık sigortası ya

da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran oranın düşüklüğüne GSS'nin yeterli/fazla sağlık hizmetini kapsamamasının neden olduğunu düşünmektedir ancak daha kaliteli hizmet almak ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının zorunlu olmasına olumlu yaklaşmamaktadır.

3.3. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları

Tablo 4 incelendiğinde GSS'nin Türkiye'de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu, GSS için her ay prim ödeme zorunluluğu olduğunu, ödenen prim miktarını ya da oranını ve GSS primlerinin SGK tarafından toplandığını bilme yüzdesi istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu dört soruya ilişkin bilgi sahibi olma durumu; yaşı 36 ve üzerinde olan kişilerde, erkeklerde, evlilerde, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanlarda, kamuda çalışan ve kendi işini yapanlarda, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olanlarda, aylık geliri 15.000 TL ve üzerinde olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksektir.

Tablo 4. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754)***

Değişkenler	GSS'nin Türkiye'de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu bilme		GSS için her ay prim ödeme zorunluluğu olduğunu bilme		GSS için ödenen prim miktarını ya da oranını bilme		GSS primlerinin SGK tarafından toplandığını bilme	
	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare
Yaş								
18-35	35,1	2,149	58,6	15,612**	27,2	19,911**	66,8	16,914**
36-69	40,3		72,3		42,7		80,0	
Cinsiyet								
Kadın	37,1	0,114	49,3	84,926**	24,5	35,166**	57,9	91,385**
Erkek	38,3		81,3		45,1		88,7	
Medeni durum								
Evli	40,9	5,345*	69,7	9,802**	42,6	31,628**	76,8	7,465**
Bekâr	32,5		58,6		22,6		67,8	
Eğitim								
Eğitimi yok/ Okuryazar	18,8	24,069**	60,9	15,033**	31,9	18,384**	60,9	16,210**
İlköğretim	28,9		47,4		31,6		57,9	
Lise	36,3		67,7		40,8		78,5	
Üniversite	39,6		64,0		29,3		72,6	
YL/DR	60,0		83,6		54,5		83,6	
Çalışma durumu								
Kamu	58,9	55,926**	79,7	171,615**	41,7	99,490**	81,3	91,812**
Özel	35,5		63,9		28,4		79,3	
Kendi işi	34,8		86,1		60,9		88,7	
Emekli	30,1		70,4		51,8		81,9	
Çalışmıyor	23,6		29,7		11,3		47,7	
Özel Sağlık Sigortası								
Var	60,8	20,045**	59,5	1,353	25,3	3,554	65,8	2,552
Yok	35,0		66,1		36,0		74,2	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası								
Var	62,7	17,102**	76,3	3,352	55,9	12,489**	76,3	0,281
Yok	35,5		64,5		33,1		73,1	
Aylık gelir								
Asgari ücretten az	20,7	44,463**	44,2	94,706**	21,9	59,189**	54,5	86,958**
Asgari ücret (8500 TL)	48,5		51,5		26,5		60,3	
8501-15.000 TL	47,1		72,1		26,4		80,0	
15.001 TL+	44,4		82,2		51,0		88,2	
Kronik hastalık								
Evet	40,4	0,881	67,0	0,318	41,4	5,165*	74,4	0,154
Hayır	36,7		64,8		32,5		73,0	

*p <0.05 ** p <0.01 ***Tabloda satır yüzdeleri ve evet cevabını verenlerin yüzdesi verilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde 36 yaş ve üzeri kişilerde, erkeklerde, evlilerde, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanlarda, kamuda çalışanlarda, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olanlarda, aylık geliri 15.000 TL ve üzerinde olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda GSS'den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini ve ödemeye gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin Devlet tarafından ödendiğini bilme ve GSS için her ay prim alınmasını ve ödeme gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödenmesini uygun bulma daha yüksektir.

Tablo 5. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754)***

Değişkenler	GSS'den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini bilme		Ödemeye gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin Devlet tarafından ödendiğini bilme		GSS için her ay prim alınmasını uygun bulma		Ödeme gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödemesini uygun bulma	
	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare
Yaş								
18-35	26,1	9,973**	28,5	5,200*	59,6	21,550**	89,7	2,254
36-69	36,8		36,3		75,5		92,8	
Cinsiyet								
Kadın	19,5	49,561**	30,9	0,694	62,9	7,113**	90,7	0,314
Erkek	43,3		33,8		72,0		91,8	
Medeni durum								
Evli	37,0	17,239**	35,1	3,986*	72,7	14,823**	93,3	6,236**
Bekâr	22,6		28,1		59,2		88,0	
Eğitim								
Eğitimi yok/ Okuryazar	36,2	12,646**	21,7	13,109**	66,7	17,098**	89,9	11,810*
İlköğretim	15,8		28,9		65,8		92,1	
Lise	32,7		30,0		72,2		96,0	
Üniversite	29,0		33,3		62,1		88,1	
YL/DR	47,3		50,9		87,3		94,5	
Çalışma durumu								
Kamu	37,0	81,978**	50,5	46,286**	74,5	16,198**	90,6	5,487
Özel	30,8		21,9		68,0		83,9	
Kendi işi	51,3		34,8		69,8		87,8	
Emekli	47,0		31,3		70,7		86,4	
Çalışmıyor	8,2		22,6		56,9		92,8	
Özel Sağlık Sigortası								
Var	26,5	2,180	48,1	1,989	74,7	2,072	89,9	0,208
Yok	33,2		38,5		66,7		91,4	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası								
Var	47,5	7,627**	37,3	0,710	69,5	0,115	93,2	0,312
Yok	30,1		31,9		67,3		91,1	
Aylık gelir								
Asgari ücretten az	17,8	56,082**	18,6	32,375**	58,7	13,761**	92,6	3,688
Asgari ücret (5500 TL)	23,5		32,4		66,2		85,3	
8501-15.000 TL	26,4		40,0		72,1		92,1	
15.001 TL+	46,4		39,8		72,7		91,1	
Kronik hastalık								
Evet	36,5	3,249	39,4	6,304**	72,9	3,693	93,1	1,199
Hayır	29,6		29,8		65,5		90,6	

*p <0.05 ** p <0.01 ***Tabloda satır yüzdeleri ve evet cevabını verenlerin yüzdesi verilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde TBMM üyeleri, Yüksek Yargı Mensupları, TSK Üst Kademe Komutanları GSS kapsamında yer almayıp, sağlık hizmeti giderlerinin kurumlarınca karşılanmasını uygun bulma durumuna ilişkin analiz sonuçları anlamlı değildir (p >0.05). Tablo 5 incelendiğinde 36 yaş ve üzeri kişilerde, erkeklerde, evlilerde, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanlarda, emeklilerde ve kronik hastalığı olanlarda finansal sıkıntı yaşanacağını ve herkese eşit ve kaliteli hizmet sunulduğunu düşünme ve teminat paketini yeterli bulma daha yüksektir.

Tablo 6. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754)***

Değişkenler	TBMM üyeleri, Yüksek Yargı Mensupları, TSK Üst Kademe Komutanları GSS kapsamında yer almayıp, sağlık hizmeti giderlerinin kurumlarınca karşılanmasını uygun bulma		Türkiye’de GSS için toplanan prim ve gelirlerin yeterli olmaması nedeniyle finansal sıkıntı yaşanabileceğini düşünme		GSS’nin herkese eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağladığını düşünme		GSS’nin karşıladığı sağlık hizmetlerini (teminat paketini) yeterli bulma	
	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare
Yaş								
18-35	33,8	2,670	66,0	13,854**	44,6	25,508**	40,4	17,826**
36-69	28,3		78,1		62,9		55,7	
Cinsiyet								
Kadın	27,2	1,125	70,1	1,312	47,5	11,710**	42,9	7,705**
Erkek	24,8		73,9		59,9		53,0	
Medeni durum								
Evli	31,2	0,010	73,8	1,904	57,1	5,643*	50,0	1,892
Bekâr	30,8		69,2		48,3		44,9	
Eğitim								
Eğitimi yok/ Okuryazar	21,7	7,290	68,1	22,376**	59,4	13,587**	69,6	5,704
İlköğretim	26,3		81,6		71,1		68,4	
Lise	30,9		80,3		59,2		45,7	
Üniversite	31,4		65,0		47,7		45,5	
YL/DR	43,6		83,6		52,7		32,7	
Çalışma durumu								
Kamu	29,6	2,665	68,2	18,411**	47,4	19,657**	40,1	25,585**
Özel	32,0		68,6		49,7		40,2	
Kendi işi	31,3		69,6		57,4		57,4	
Emekli	21,7		91,6		74,7		67,5	
Çalışmıyor	25,6		71,8		52,3		48,7	
Özel Sağlık Sigortası								
Var	36,7	1,328	67,1	1,063	57,0	0,375	40,5	1,991
Yok	30,4		72,6		53,3		48,9	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası								
Var	37,5	1,066	62,7	2,749	50,8	0,211	39,0	2,090
Yok	29,6		72,8		54,0		48,8	
Aylık gelir								
Asgari ücretten az	23,6	1,779	76,0	5,461	53,3	4,914	54,5	3,061
Asgari ücret (5500 TL)	32,4		64,7		66,2		42,6	
8501-15.000 TL	38,6		67,1		50,7		42,1	
15.001 TL+	33,2		72,7		52,6		46,7	
Kronik hastalık								
Evet	29,6	0,283	81,8	13,124**	60,6	5,285*	59,1	13,719**
Hayır	31,6		68,4		51,2		43,9	

*p <0.05 ** p <0.01 ***Tabloda satır yüzdeleri ve evet cevabını verenlerin yüzdesi verilmiştir.

Tablo 7 incelendiğinde GSS’nin ihtiyaç duyulan ilaçları karşıladığını düşünme 36 yaş ve üzerinde, erkeklerde, evlilerde, eğitim olmayan/okuryazarlarda, emeklilerde, tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmayanlarda ve kronik hastalığı olan kişilerde daha yüksektir. GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödemeyi kabul etme durumu yüksek lisans/doktora eğitim düzeyinde, kamuda çalışanlarda, özel sağlık sigortası olanlarda ve aylık geliri 8500 TL’nin üzerinde olanlarda daha yüksektir.

Tablo 7’de görüldüğü gibi 36 yaş ve üzerindekiiler, erkekler, evliler, eğitimi olmayan/okuryazarlar, emekliler ve kronik hastalığı olanlar GSS kapsamında olmasına rağmen kişilerden hastane muayenesi ve ilaçlar için alınan katılım payını uygun bulmaktadır. Ayrıca 35 yaş ve altındakiler, kadınlar, ilköğretim mezunları, çalışmayanlar ve aylık geliri asgari ücret ve altında olanların sağlık hizmeti kullanımı ve ilaçlar için alınan katılım payını öderken zorlandıkları belirlenmiştir.

Tablo 7. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754)***

Değişkenler	GSS'nin ihtiyaç duyulan ilaçları karşıladığını düşünme		GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/ genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödemeyi kabul etme		GSS kapsamında olmasına rağmen kişilerden hastane muayenesi ve ilaçlar için alınan katılım payını uygun bulma		Sağlık hizmeti kullanımı ve ilaçlar için alınan katılım payını öderken zorlanma	
	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare
Yaş								
18-35	47,5	33,353**	30,3	2,978	35,1	32,403**	36,9	12,414**
36-69	68,3		36,3		55,7		25,1	
Cinsiyet								
Kadın	50,9	14,529**	30,4	2,804	37,6	18,117**	37,9	16,271**
Erkek	64,6		36,1		53,0		24,3	
Medeni durum								
Evli	62,6	10,940**	35,3	2,132	50,4	12,396**	29,2	1,834
Bekâr	50,3		30,1		37,3		33,9	
Eğitim								
Eğitimi yok/ Okuryazar	76,8	28,993**	13,0	53,492**	55,1	19,509**	18,8	16,475**
İlköğretim	71,1		15,8		52,6		42,1	
Lise	65,0		35,0		51,1		35,9	
Üniversite	49,6		32,2		37,4		31,7	
YL/DR	50,9		70,9		38,2		14,5	
Çalışma durumu								
Kamu	49,5	26,030**	49,0	51,853**	44,3	28,651**	19,8	40,035**
Özel	59,8		30,2		38,5		42,0	
Kendi işi	65,2		42,6		57,4		20,9	
Emekli	78,3		30,1		65,1		22,9	
Çalışmıyor	51,3		16,4		36,9		42,1	
Özel Sağlık Sigortası								
Var	55,7	0,164	46,8	7,292**	40,5	0,838	40,5	3,699
Yok	58,1		31,7		45,9		29,9	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası								
Var	35,6	12,972**	42,4	2,378	37,3	1,682	20,3	3,421
Yok	59,7		32,5		46,0		31,9	
Aylık gelir								
Asgari ücretten az	59,5	1,828	14,9	57,068**	41,7	5,299	38,4	62,836**
Asgari ücret (5500 TL)	58,8		33,8		36,8		57,4	
8501-15.000 TL	60,7		41,4		47,9		37,9	
15.001 TL+	54,9		44,1		49,0		16,1	
Kronik hastalık								
Evet	69,0	14,137**	33,0	0,010	54,7	9,739**	29,6	0,283
Hayır	53,7		33,4		41,9		31,6	

*p <0.05 ** p <0.01 ***Tabloda satır yüzdeleri ve evet cevabını verenlerin yüzdesi verilmiştir.

Tablo 8 incelendiğinde aile hekimi muayenelerinden katılım payı alındığını bilme durumu; 36 yaş ve üzerinde, erkek, evli, yüksek lisans/doktora eğitim düzeyinde, emekli, kronik hastalığı olan ve aylık geliri 15.000 TL ve üzerinde olan kişilerde daha yüksektir. Kişilerin hastaneye gidebilmeleri için aile hekiminden sevk alması zorunluluğu olmasını istemeleri sorusuna ilişkin analizler istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ekonomik gücü yüksek olan ve kamu hastanelerinden hizmet almayacak kişilerin

GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe haklarının olması gerektiği düşüncesi 35 yaş ve altında, kadınlarda, bekârlarda, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyinde, kamuda çalışan, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran, aylık geliri 8500 TL'nin üzerinde olan kişilerde daha yüksektir.

Tablo 8. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754)***

Değişkenler	Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmadığını bilme		Kişilerin hastaneye gidebilmeleri için aile hekiminden sevk alması zorunluluğu olmasını isteme		Ekonomik gücü yüksek olan ve prim ödemek istemeyen kişilerin GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe hakkının olmasını isteme		Kamu hastanelerinden hizmet almayacak kişilerin GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe hakkının olmasını isteme	
	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare
Yaş								
18-35	44,3	70,623**	25,1	0,252	42,0	4,233*	43,5	2,510
36-69	74,4		26,7		34,7		37,9	
Cinsiyet								
Kadın	53,3	10,944**	27,5	1,002	42,1	4,568*	43,2	1,907
Erkek	65,2		24,3		34,6		38,3	
Medeni durum								
Evli	69,9	55,842**	28,1	3,224	35,9	2,903	38,7	1,921
Bekâr	42,5		22,3		42,1		43,8	
Eğitim								
Eğitimi yok/ Okuryazar	52,8	22,018**	24,6	3,927	23,2	43,108**	26,1	49,392**
İlköğretim	60,5		39,5		13,2		18,4	
Lise	67,7		24,7		29,1		30,5	
Üniversite	51,5		25,5		46,6		47,7	
YL/DR	73,9		25,5		56,4		69,1	
Çalışma durumu								
Kamu	63,5	51,306**	27,6	1,087	47,4	19,390**	52,6	24,453**
Özel	53,3		26,6		43,2		40,8	
Kendi işi	65,2		23,5		39,1		45,2	
Emekli	88,0		22,9		26,5		27,7	
Çalışmıyor	44,6		26,2		29,7		31,8	
Özel Sağlık Sigortası								
Var	57,0	0,197	26,6	0,024	46,8	2,701	59,5	12,890**
Yok	59,6		25,8		37,3		38,5	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası								
Var	64,4	0,696	18,6	1,739	45,8	1,496	59,3	9,180**
Yok	58,8		26,5		37,7		39,1	
Aylık gelir								
Asgari ücretten az	55,0	6,646*	26,9	2,145	24,4	33,622**	26,9	36,947**
Asgari ücret (5500 TL)	54,4		22,1		41,2		33,8	
8501-15.000 TL	57,1		22,1		52,1		55,0	
15.001 TL+	64,8		27,6		42,4		46,7	
Kronik hastalık								
Evet	72,4	19,840**	33,0	1,392	34,0	2,212	36,5	2,091
Hayır	54,4		33,2		39,9		42,3	

*p <0.05 ** p <0.01 ***Tabloda satır yüzdeleri ve evet cevabını verenlerin yüzdesi verilmiştir.

Tablo 9 incelendiğinde tedavisi çok pahalı olan ve çok az kişinin yararlanacağı hastalıkların tedavisinin (bebeklerde SMA gibi) GSS kapsamına alınmasını isteme tüm gruplarda yüksek olduğu için değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Estetik amaçlı diş tedavisi uygulamalarının GSS kapsamında olmasını isteme ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, çalışmayanlarda ve aylık geliri asgari ücret ve altında olanlarda daha yüksektir.

Tablo 9. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754) ***

Değişkenler	Tedavisi çok pahalı olan ve çok az kişinin yararlanacağı hastalıkların tedavisinin (bebeklerde SMA gibi) GSS kapsamına alınmasını isteme		Estetik amaçlı diş tedavilerinin GSS kapsamına alınmasını isteme		Geleneksel ya da alternatif tıp uygulamalarının GSS kapsamına alınmasını isteme	
	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare
Yaş						
18-35	94,5	3,950	74,4	0,257	55,4	0,097
36-69	97,3		76,0		56,5	
Cinsiyet						
Kadın	94,7	2,826	74,4	0,255	44,8	3,613
Erkek	97,1		71,0		47,2	
Medeni durum						
Evli	97,2	5,095	77,3	2,751	56,7	0,266
Bekâr	93,8		71,9		54,8	
Eğitim						
Eğitimi yok/ Okuryazar	94,2	7,172	75,4	39,931**	55,1	7,269*
İlköğretim	100,0		94,7		73,7	
Lise	97,8		77,0		57,8	
Üniversite	94,3		66,4		52,6	
YL/DR	98,2		72,7		60,0	
Çalışma durumu						
Kamu	95,3	0,591	62,0	27,865**	52,1	10,986*
Özel	96,4		77,5		55,6	
Kendi işi	96,5		74,8		50,4	
Emekli	96,4		81,9		50,6	
Çalışmıyor	95,4		83,6		65,6	
Özel Sağlık Sigortası						
Var	92,4	2,716	69,6	1,473	59,6	6,674
Yok	96,3		65,9		54,4	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası						
Var	93,2	1,156	66,1	2,840	52,5	0,305
Yok	96,1		76,0		56,3	
Aylık gelir						
Asgari ücretten az	94,6	4,685	83,5	17,957**	59,5	16,778**
Asgari ücret (5500 TL)	92,6		80,9		72,1	
8501-15.000 TL	97,9		72,9		59,3	
15.001 TL+	96,7		68,4		48,0	
Kronik hastalık						
Evet	95,6	0,073	79,8	3,157	61,1	2,950
Hayır	96,0		73,5		54,1	

*p <0.05 ** p <0.01 ***Tabloda satır yüzdeleri ve evet cevabını verenlerin yüzdesi verilmiştir.

Tablo 10 incelendiğinde Türkiye’de özel sağlık sigortası ya da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran oranının düşüklüğüne GSS’nin yeterli/fazla sağlık hizmetini kapsamamasının neden olduğunu düşünme 36 yaş ve üzerinde, evli, ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, emekli, özel sağlık sigortası olmayan, aylık geliri asgari ücretten az ve kronik hastalığı olan kişilerde daha yüksektir. Ayrıca daha kaliteli hizmet almak ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortası zorunlu olmasını isteme yüksek lisans/doktora eğitim düzeyinde, kamu çalışanlarında, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıranlarda, aylık geliri 8500 TL’den fazla olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksektir.

Tablo 10. Genel Sağlık Sigortası Sorularına İlişkin Ki-Kare Analizi Sonuçları (n=754) ***

Değişkenler	Türkiye’de özel sağlık sigortası ya da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma oranının düşüklüğüne GSS’nin yeterli/fazla sağlık hizmetini kapsamamasının neden olduğunu düşünme		Daha kaliteli hizmet almak ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortası zorunlu olmasını isteme	
	Yüzde	Ki-Kare	Yüzde	Ki-Kare
Yaş				
18-35	68,1	19,091**	33,2	1,914
36-69	81,9		29,0	
Cinsiyet				
Kadın	72,8	1,808	34,1	1,324
Erkek	77,0		29,3	
Medeni durum				
Evli	77,5	4,148*	28,5	1,494
Bekâr	70,9		33,2	
Eğitim				
Eğitimi yok/ Okuryazar	89,9	17,350**	11,6	52,316**
İlköğretim	84,2		21,1	
Lise	78,5		13,5	
Üniversite	69,9		35,2	
YL/DR	69,1		45,5	
Çalışma durumu				
Kamu	65,1	25,100**	38,5	38,600**
Özel	73,4		30,8	
Kendi işi	71,3		20,0	
Emekli	89,2		4,8	
Çalışmıyor	82,1		24,6	
Özel Sağlık Sigortası				
Var	62,0	7,828**	49,4	23,277**
Yok	76,4		24,0	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası				
Var	69,5	1,009	64,4	46,652**
Yok	75,4		23,5	
Aylık gelir				
Asgari ücretten az	82,6	13,521**	17,4	20,347**
Asgari ücret (5500 TL)	64,7		27,9	
8501-15.000 TL	74,3		37,9	
15.001 TL+	71,4		28,6	
Kronik hastalık				
Evet	80,8	5,069*	41,2	4,260*
Hayır	72,8		28,7	

*p <0.05 ** p <0.01 ***Tabloda satır yüzdeleri ve evet cevabını verenlerin yüzdesi verilmiştir.

IV. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, güncel mevzuat çerçevesinde Türkiye’de uygulanan GSS sisteminin vatandaşlarca değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma ile katılımcıların GSS’ye yönelik bilgi, düşünce ve tutumlarının belirlenerek konuya ilişkin önerilerde bulunulması ile alanyazına katkı sağlanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla oluşturulan anket katılımcılara uygulanmıştır ve elde edilen verilere analizler gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ulaşılan bulgular ve bu bulguların tartışması şu şekildedir:

Bulgu 1: GSS’nin Türkiye’de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu, GSS için ödenen prim miktarı ya da oranını, GSS’den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini ve ödemeye gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödendiğini bilmeyenlerin yüzdesi anlamlı şekilde daha yüksektir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%62,3) GSS'nin Türkiye'de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu bilmemektedir. Ekici (2018) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %23,6'sı GSS hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %65,1'i GSS için ödenen prim miktarını ya da oranını bilmemektedir. Bunun yanı sıra GSS'den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini de katılımcıların %68,6'sının bilmediği saptanmıştır. Çallı (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %83'ü GSS primlerini bilmediği belirlenmiştir. Bu çalışmada, ödemeye gücü olmayan bireylerin GSS primlerinin devlet tarafından ödendiğini bilemeyenlerin oranı %67,6'dır. Benzer olarak Ekici (2018) tarafından yapılan çalışma sonucunda katılımcıların %65,9'nun ekonomik düzeyi GSS primi ödeme konusunda yetersiz olan bireylerin primlerinin devlet tarafında karşılandığı hakkında bilgisi olmadığı bulunmuştur. Bu bulguların kişilerin GSS hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığına işaret etmektedir. Bu nedenle vatandaşların GSS'ye yönelik bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik kamu spotları, medya ve çalışanlara yönelik işyerlerinde düzenlenecek eğitimler önerilebilir.

Bulgu 2: GSS için her ay prim ödeme zorunluluğu olduğunu ve GSS primlerinin SGK tarafından toplandığını bilenlerin yüzdesi anlamlı şekilde daha yüksektir.

Bu çalışmada katılımcıların %65,4'ü GSS için her ay prim ödeme zorunluluğu olduğunu ve %73,3'ü GSS primlerinin SGK tarafından toplandığını bilmektedir. Ekici (2018) tarafından yapılan çalışmada "Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmak için Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim ödenmesi gerekmektedir." cümlesine katılımcıların %44,1 olumlu cevap vermişlerdir. Çalışmanın bu iki bulgusu olumlu olarak değerlendirilebilir. Bu sonuçlar, Türkiye'de uygulanan GSS için ödenen primin hem sağlık hizmeti kullanımı hem de belirli sürelerin tamamlanmasıyla emeklilik hakkının kazanılması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bireyler, maaş bordolarında GSS prim kesintisini görebilmektedir ve böylece her ay GSS primi ödediğinin farkında olmaktadır. Ayrıca bilindiği gibi Türkiye'de sağlık hizmeti finansmanındaki parçalı yapı (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı) 2006 yılında sonlandırılmıştır ve sistemin tek sorumlusu olarak SGK oluşturulmuştur. Bu nedenle bu tekli yapının, bireylerin GSS ile ilgili prim, katkı payı gibi uygulamaların SGK tarafından yönetildiği bilgisine sahip olmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bulgu 3: GSS için her ay prim alınması ve ödeme gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödenmesi uygun görülmektedir.

Bu çalışmanın katılımcılarının %67,5'i GSS için her ay prim alınmasını ve %91,2'si ödemeye gücü olmayan bireylerin GSS primlerinin devlet tarafından ödenmesini uygun bulmaktadır. Ekici (2018) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %43,1'i GSS tarafından geliri olmayan vatandaşların sağlık hizmetinden faydalanma hakkı olması gerektiğini düşünmektedir. Çelikay (2009) tarafından yapılan çalışmada da bu çalışmanın bulgularını destekler şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Devletin gelir düzeyi düşük bireyler ve 18 yaş altı kişiler için GSS kapsamına dâhil edip primlerini ödemesine katılımcıların %83,4'ü olumlu olarak karşılamıştır. Sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği toplanan primler ve gelirler ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle özellikle prime dayalı sağlık hizmetleri finansmanında daha da önem kazanan kayıt dışı istihdam engellenerek yeterli ve doğru prim toplanmalıdır. Çalışmada katılımcıların her ay prim toplanmasını uygun bulmaları, primlerin sağlık hizmeti sunumu için gerekli olduğu bilgisine sahip olmaları ile açıklanabilir. Hangi finansman yöntemi uygulanır ise uygulansın prim ödeyemeyecek ya da sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan katkıyı sağlayamayacak bireylere yönelik devletin desteği ve koruması olmaktadır. Sosyal devlet olmanın gereği olarak Türkiye'de yoksul vatandaşların primleri Devlet tarafından ödenmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanının temel özellikleri arasında ekonomik gücü yeterli olanların yoksulları sağlıklı ve çalışan kişilerin hasta ve çalışamaz kişilerin finansmanını karşılaması yer almaktadır. Bu kapsamda bu çalışmada yoksul kişilerin primlerinin Devlet tarafından ödenmesini katılımcıların büyük çoğunluğunun (%91,2) uygun görmesi finansman yöntemlerinin özelliklerine uygun ve olumlu olduğu söylenebilir.

Bulgu 4: TBMM üyeleri, Yüksek Yargı Mensupları, TSK Üst Kademe Komutanları'nın GSS kapsamında yer almayıp, sağlık hizmeti giderlerinin kurumlarınca karşılanması uygun görülmemektedir.

Çalışma kapsamında katılımcıların %69'u TBMM üyelerinin, Yüksek Yargı Mensupları ve TSK Üst Kademe Komutanlarının GSS kapsamında sağlık hizmeti giderlerinin kurumlarınca karşılanmasını uygun bulmamaktadır. TSK'ya bağlı sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve tıp fakültesi 2016 yılında çıkan Kanun Hükmünde Kararname ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Kısacası tüm askeri hastaneler, rehabilitasyon merkezleri tüm çalışmaları, hizmetleri, sözleşmeleri, taahhütleri Sağlık Bakanlığına devredilip denetimi Bakanlığa verilmiştir (Tek, 2018). Aynı Bakanlıktan denetime tabi olunmasına rağmen bu meslek grubundaki kişilere imtiyazlı davranılmasının vatandaşlar tarafından hoşnut karşılanmaması olağan kabul edilebilecek bir durumdur. Arıcı (2019) tarafından “Sosyal Güvenlikte Eşitlik Meselesi” adında yapılmış olan çalışmada ayrıcalıklı konum statüsündeki kişiler ile sisteminin ne kadar eşit olduğunun tartışmalı bir durum olduğu ve GSS, Anayasa Mahkeme ve TBMM üyeleri tarafından onaylanan ve vatandaşlara uygulanması için kanun haline getirenlerin sisteme dâhil olmaması, insanların kafalarında soru işareti oluşturacağı ifade edilmektedir. Bu durumun sağlık hizmeti finansmanında eşitlik ve hakkaniyete uygun olmadığı düşünülmektedir. Bu kesimin, GSS dışında bırakılmasının prim kaybına yol açtığı gibi vatandaşta olumsuz algı oluşturarak gerek prim gerekse vergi ödemelerinde kaçınma/kaçırma gibi davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Bulgu 5: Türkiye’de GSS için toplanan prim ve gelirlerin yeterli olmaması nedeniyle finansal sıkıntı yaşanabileceği, GSS’nin herkese eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlandığı ve GSS’nin ihtiyaç duyulan ilaçları karşıladığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların %72’si prim yetersizliği nedeni ile finansal sıkıntı yaşanabileceğini düşünmektedir. Bu bulgunun, katılımcıların GSS için her ay prim alınmasını uygun görmeleri ile uyumlu olduğu düşünülmektedir. Toplanan primlerin yeterli olmaması durumunda oluşan açık genel vergilerden kapatılmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle finansal sıkıntının yaşanmaması için primlerin ödenebilir olarak belirlenmesi ve prim ödemesi gereken herkesten prim toplanarak gerekli gelirin oluşturulması önemlidir. Çalışmada katılımcıların %53,7’si GSS’nin herkese eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunduğu ve %57,8’i GSS’nin ihtiyaç duyulan ilaçları karşıladığını düşünmektedir. Taban (2015) tarafından yapılan çalışmada “GSS tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir” ifadesine %74’ü olumsuz cevap vermiştir. Taban (2015) tarafından yapılan çalışmada ulaşılan sonuçların bu çalışmada elde edilen bulgudan farklı olmasında GSS’nin 2012 yılı itibari ile uygulanmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer bir ifadeyle üç yıllık süreçte GSS’nin etkisinin tam olarak hissedilmemesinin bu sonuca yol açtığı düşünülmektedir. GSS’nin temel özelliği gereği, Türkiye’de yaşayan herkes kapsamda yer almaktadır ve tabi olunan istihdam türü ya da prim ödeme miktarlarına bakılmaksızın herkesin eşit olarak sağlık hizmetine erişim hakkı bulunmaktadır. Çelikay (2009) yapmış olduğu çalışmada, GSS ile ilaçların vatandaş tarafından temin edilmesinin daha kolay olduğu düşünülmektedir.

Bulgu 6: Katılımcılar, GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödemeyi ve GSS kapsamında olmasına rağmen kişilerden hastane muayenesi ve ilaçlar için katılım payı alınmasını uygun görmemektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %66,7’si GSS için daha fazla prim ödemeyi ve %54,6’sı katılım payı ödemeyi uygun bulmamaktadır. Bireylerin daha fazla hizmet karşılığı daha fazla prim ödemeyi istememeleri gelirleri ile ilişkili olabileceği gibi, GSS tarafından sunulan sağlık hizmetlerini yeterli bulmalarından kaynaklanabilir. Katılım ya da katkı payı uygulaması sağlık hizmeti için gelir sağlamakla birlikte bu uygulamanın esas işlevi gereksiz sağlık hizmeti talebini engellemek ya da azaltmaktır. Nitekim Gürdal ve Çolak (2018) tarafından yapılan sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulamasının mali sürdürülebilirliğe etkisi adlı çalışmada, katılım payı uygulaması hastaların sağlık hizmeti talebini etkilediği belirlenmiştir. Ceylan (2017) tarafından yapılan çalışmada hastaların

%55,6'sı muayene için alınan katılım paylarını doğru bulmadıklarını belirtmişlerdir. Ancak katılımcılar, ilaçlar için alınan katılım paylarını doğru bulduklarını ifade etmişlerdir. Katılım payı uygulaması dikkatle yürütülmelidir. Belirlenecek katılım payının bireylerin gereksiz sağlık hizmeti alımının önüne geçmesi esas olmakla birlikte, kişilerin gerekli sağlık hizmetini almalarına engel olmamalıdır.

Bulgu 7: Araştırmanın katılımcıları sağlık hizmeti kullanımı ve ilaçlar için alınan katılım payını öderken zorlanmamaktadır. Kişiler, hastaneye gidebilmek için aile hekiminden sevk alması zorunluluğuna olumsuz bakmaktadır.

Çalışmanın katılımcılarının %69'u katılım payını öderken zorlanmadığını ve %59,3'ü aile hekimi muayenelerinde katılım payı alınmadığını bildiğini ifade etmiştir. Katılım payının ödenmesinde yaşanacak zorluk kişilerin sağlık hizmetini ya da ilaçlarını almamalarına neden olabilir (Çelik, 2022). Aile hekimliği; sağlık hizmetinin temel ve ilk basamağıdır ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında gereksiz yığılmanın önlenmesi ve sağlık hizmeti maliyetindeki önlenebilir artışın engellenmesinde önemli işleve sahiptir. Kişilerin sağlık hizmeti ihtiyacı hissettiklerinde ilk olarak aile hekimlerine gitmelerini sağlamak üzere aile hekimliği muayenelerinden katılım payı alınmamaktadır. Çalışmada %40'lık kesim bu husustan haberdar değildir. Bu nedenle gerek aile hekimi gerekse eczacı tarafından kişilere bu husus hakkında bilgi verilebilir. Katılımcıların “Kişilerin hastaneye gidebilmeleri için aile hekiminden sevk alması zorunluluğu olmalı mıdır?” sorusuna %74,1'lik kısmının cevabı hayır olmuştur. Çelikay (2009) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %30,6'sı sevk zincirinin etkin bir şekilde işlemediği ve Gürdal ve Çolak (2018) tarafından sağlık hizmetleri sunumu için alınan katılım payının finansal sürdürülebilirliğinin incelenmesi için yapılan çalışma sonucunda sevk zincirinin mali sürdürülebilirliğe zarar verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Sevk zinciri, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri arasındadır. Gerek aile hekimliğinin etkin kullanımı gerekse sağlık hizmeti maliyeti açısından gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri incelenerek, Türkiye sağlık sisteminde sevk zincirinin zorunlu hale getirilmesinin doğru bir politika olacağı düşünülmektedir.

Bulgu 8: Araştırma kapsamında yer alan kişiler, ekonomik gücü yüksek olan ve prim ödemek istemeyen ve kamu hastanelerinden hizmet almayacak kişilerin GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe hakkının olmaması gerektiğini düşünmektedir.

Bu çalışmada katılımcılar, gelir düzeyi yüksek olan ve kamu hastanelerinden hizmet almak istemeyen kişilerin GSS kapsamında çıkma ve prim ödememe hakkının olmaması gerektiğini düşünmektedir. Almanya, Hollanda gibi ülkelerde kişiler istekleri halinde GSS kapsamı dışında kalabilmektedir (Çelik, 2021). Ancak bu husus dikkatle ele alınmalıdır. Varlıklı kişilerin sistem dışında kalması, toplanan primlerin azalmasına neden olacaktır. Bu husus göz önüne alınmış ve Türkiye'de herkesin GSS kapsamına dâhil olması ve geliri olan her vatandaşın prim ödemesi zorunlu tutulmuştur.

Bulgu 9: Araştırmanın katılımcıları tedavisi çok pahalı olan ve çok az kişinin yararlanacağı hastalıkların tedavisi (bebeklerde SMA gibi) ve estetik amaçlı diş tedavilerinin GSS kapsamına alınmasını istemektedir.

Katılımcıların %95,9'u bebeklerde SMA hastalığı gibi tedavisi çok pahalı ve az kişinin faydalanabileceği tedavilerin GSS tarafından karşılanmasını istemektedir. Günümüzde yaygınlaşan SMA hastalığı, sosyal medya ile daha çok kişinin bu hastalık hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamıştır. Bebekler için yardım kampanyaları yapılması ve birlik beraberlik sağlanarak tedavi masrafının toplanmaya çalışılması tedavinin ne kadar pahalı olduğunu göstermektedir. Bu yüzden tedavinin GSS kapsamına alınması istenilmektedir. SMA hastalığına yönelik olarak Türkiye'de “Evlilik Öncesi Spinal Musküler Atrofi (SMA) Taşıyıcı Tarama Programı” başlatılmıştır ve böylece hastalığın yaygınlığı azaltılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca SMA tedavisine yönelik olarak SGK tarafından 2020 yılında yapılan basın açıklamasında “SMA Tip 1 için 2017 yılından ve SMA Tip 2 ve

Tip 3 için 2019 yılından itibaren ilaç teminin SUT'ta yer aldığı" ifade edilmiştir (SGK, 2020). SMA özelinde durum bu şekilde olmakla birlikte kaynakların kıtlığı ve alternatif kullanımı gereği tüm hastalıkların tedavisinin GSS kapsamına alınmasının mümkün olmayacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Katılımcıların %75,2'si estetik amaçlı yapılan diş tedavilerinin GSS kapsamına alınması gerektiğini düşünmektedir. Ekici (2018) tarafından yapılan çalışmada estetik amaçlı yapılan diş tedavilerinin GSS kapsamına alınması için katılımcıların %41,9'u olumlu cevap vermiştir. Çoşkun (2022) tarafından yapılan çalışmada vatandaşların %34'ü estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin GSS kapsamına alınması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Maliyetler göz önüne alınmadığında, vatandaşların her türlü sağlık hizmetinin GSS kapsamına alınmasını istemeleri olağan karşılanabilir. Diş hizmetleri, GSS kapsamında yer alırken estetik amaçlı hizmetler ise kapsam dışındadır.

Bulgu 10: Katılımcılar, Türkiye'de özel sağlık sigortası ya da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıрма oranının düşüklüğüne, GSS'nin yeterli/fazla sağlık hizmetini kapsamamasının neden olduğunu düşünmektedir. Ancak daha kaliteli hizmet almak ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının zorunlu olmasına olumlu bakılmamaktadır.

Türkiye'de özel sağlık sigortası ya da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıрма oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu duruma GSS'nin yeterli/fazla sağlık hizmetini kapsamamasının neden olduğunu düşünenlerin oranı %74,9'dur. Bu bulgu, bu çalışmada katılımcıların GSS'nin yeterli sağlık hizmeti ve ilacı kapsadığı düşünceleri ile uyumludur. Yiğit (2007) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının özel sigorta kapsamında olmama nedeni olarak "ihtiyaç duymadıklarını" belirttikleri görülmektedir. Özşarı ve Güdük (2020) tarafından yapılan çalışmada Türkiye'de özel sağlık sigortası yaptıranların oranının düşük kalmasında GSS'nin kapsadığı sağlık hizmetlerinin çok fazla olmasının neden olduğu ifade edilmektedir. Bu düşüncelerin, tamamlayıcı sağlık sigortası için de geçerli olduğu belirlenmiştir. Özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıрма oranlarının düşük olması, GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin yeterli görülmesinden ya da zorunlu sağlık sigortası dışında bir sigortaya ihtiyaç duyulmamasından kaynaklandığı söylenebilir. GSS kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerini alan bireyler cepten ödeme yaparak hizmeti almaktadır. Koçhisarlı (2014) tarafından yapılan çalışmada bunları destekler bulgular elde edilmiştir. "Sosyal güvencemin (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart gibi) olmasını yeterli görüyorum." sorusuna verilen cevaplar bu bulguyu desteklemektedir. Değirmencioglu (2021) tarafından yapılan çalışmada katılımcılara neden özel sağlık sigortası yaptırmadıkları sorulduğunda GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin yeterli olduğu için yaptırmadıkları belirtilmiştir. Bu kapsamda özellikle sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlığını artırmaya yönelik adımlar atılması önerilebilir.

Bulgu 11: GSS'ye ilişkin bilgi ve GSS için her ay prim alınmasını ve yoksulların primlerinin Devlet tarafından ödenmesini uygun bulma; 36 yaş ve üzerindekilerde, erkeklerde, evlilerde, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanlarda, kamuda çalışan ve kendi işini yapanlarda, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olanlarda, aylık geliri 15000 TL ve üzerinde olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksektir.

Bu bulgular sağlık hizmeti kullanımının artması ile açıklanabilir. Sağlık hizmeti kullanımı arttıkça GSS'ye ilişkin bilgi düzeyi de artmaktadır. Ayrıca yüksek eğitim, kamuda/kendi işinde çalışma, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma gibi durumlar çoğunlukla ortalama ve ortalama üstü gelire sahip olmaya işaret etmektedir. Buna göre bu gelir grubundaki kişiler yoksulların primlerinin Devlet tarafından ödenmesini uygun bulmuştur.

Bulgu 12: Yaşı 36 ve üzerinde olanlar, erkekler, evliler, emekliler, aylık geliri asgari ücret ve altında olanlar ve kronik hastalığı olanlar GSS'nin finansal sıkıntı yaşayacağını ancak GSS'nin kapsamının yeterli olduğunu ve bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıрма oranının düşük olduğunu ve hastane muayenesi ve ilaçlar için alınan katılım payının uygun olduğunu

düşünmektedir. Ayrıca eğitim arttıkça finansal sıkıntı yaşanacağını, kapsamın yeterli olmadığını ve katılım payı uygulamasının doğru olmadığı düşüncesi daha fazladır.

Sağlık hizmeti finansmanda erken emeklilik, primlerin toplanamaması, alınan primlerin gerçek fiyatları yansıtmaması, kayıt dışı istihdamın artması, primi ödemeyen kişilere af ile kolaylık sağlanması gelir azaltıcı faktörlerdir. Erken yaşta emeklilik, GSS primlerini ödemeyen kişilere sigorta ödemeleri, borçlanma kanunları ve uzayan ortalama ömürler ile artan sağlık yardımları ise gider arttırıcı faktörler olarak gösterilebilir (TBMM,2007). Bu durumlardan dolayı GSS'nin finansal açıdan sıkıntı yaşaması olasıdır. Ancak Cece (2017) tarafından yapılan sağlık sistemi paydaşlarının sağlık sigortası algısı çalışmasında sağlık hizmeti için harcamaların devlet tarafından karşılayabilecek ekonomiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmada ortaya çıkan bu farklılıklar bu özellikteki kişilerde sağlık hizmeti kullanımının fazlalığı ile açıklanabilirken, eğitim değişkeninin de dikkate alınması gerektiği söylenebilir. Keza eğitim arttıkça GSS'den kapsamından memnuniyetin azaldığı ve finansal sıkıntı yaşanacağı düşüncesi artmaktadır. Bu husus sisteme dair bilgi seviyesinden kaynaklanabilmektedir.

Bulgu 13: GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödemeyi kabul etme durumu yüksek lisans/doktora eğitim düzeyinde, kamuda çalışanlarda, özel sağlık sigortası yaptıranlarda ve aylık geliri 8500 TL'nin üzerinde olanlarda daha yüksektir.

GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödemeyi uygun bulma ifadesinin demografik özelliklere göre karşılaştırma yapıldığında eğitim ve çalışma durumu, gelir düzeyi ve özel sigortası olanlarda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Analizlerde farklılık oluşturan grupların özelliklerine bakıldığında bu grupların yeterli gelire sahip kişiler oldukları düşünülmektedir. Böylece ödeme gücü olan bireylere yönelik farklı hizmetler karşılığında daha fazla prim alınmasını sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesi önerilebilir.

Bulgu 14: 35 yaş ve altındakiler, kadınlar, ilköğretim mezunları, çalışmayanlar ve aylık geliri asgari ücret ve altında olanlar sağlık hizmeti kullanımı ve ilaçlar için alınan katılım payını öderken zorlanmaktadır.

Katılım payının ödenmesinde kişi ya da ailenin gelir düzeyi önemlidir. Gelir arttıkça katkı payının ödenmesinde zorlanma azalacaktır. Analizler sonucunda farklılığın olduğu grupların özellikleri dikkate alındığında bu özellikteki kişilerin daha az gelire sahip olmalarının katılım payını öderken zorlanmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Zeybek ve Eke (2019) tarafından yapılan çalışmada bu durumu destekleyecek bulgular elde edilmiştir. "İlaç alımında ilacın fiyatı benim için önemlidir." ifadesinde eğitim düzeyi ve gelir düzeyinde anlamlı farklılık çıkmıştır. Yapılan incelemede geliri asgari ücret ve altında olan kişilerin ilaç temininde ödenen katılım paylarını daha çok önemsedikleri belirlenmiştir. Bu nedenle ödeme gücü olmayan kişilerin iyi tespit edilerek bu kişilerin uygulamadaki katılım payı ödenmemesi/iadesi gibi önlemlerden yararlanmaları sağlanmalıdır.

Bulgu 15: Ekonomik gücü yüksek olan ve kamu hastanelerinden hizmet almayacak kişilerin GSS kapsamından çıkma ve prim ödememe haklarının olması gerektiği düşüncesi 35 yaş ve altında, kadınlarda, bekârlarda, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyinde, kamuda çalışan, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran, aylık geliri 8500 TL'nin üzerinde olan kişilerde daha yüksektir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanında sisteme dâhil olmak isteğe bağlı olmamakla birlikte geliri ortalamanın üstünde olan, özel/tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmış, yüksek eğitilmiş, çalışan ve yaşı itibarıyla (35 yaş ve altında) daha az sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olan kişiler bu hakkın olması gerektiği düşüncesindedir. Bu durum, bu kişilerin kamu sağlık hizmetlerini daha az kullanmalarından kaynaklanabilmektedir. Ancak bireylere sistemden çıkma hakkı yerine başta

tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının kapsamının ve yaygınlığının artırılması olmak üzere daha fazla seçenek sunan uygulamaların geliştirilmesi önerilmektedir.

Bulgu 16: Estetik amaçlı diş tedavisi tıp uygulamalarının GSS kapsamında olmasını isteme ilkökul ve altı eğitim düzeyinde, çalışmayanlarda ve aylık geliri asgari ücret ve altında olanlarda daha yüksektir.

Sağlık sektöründe sunulan her hizmet GSS kapsamında yer almamaktadır. Bunlar arasında estetik amaçlı diş tedavileri de yer almaktadır. Çalışmada, bu hizmetlerin GSS kapsamında olması gerektiği düşüncesi özellikle eğitim düzeyi düşük, çalışmayan ve düşük gelirli kişilerde görülmesi, bu hizmetlere dair maliyetin karşılanamayacağı ve kaynakların alternatif kullanımı bilgisinin eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle sunulan tüm sağlık hizmetlerinin maliyeti ve her tür sağlık hizmetinin GSS tarafından sunulamayacağına ilişkin hususlar kişilere anlatılmalıdır.

Bulgu 17: Daha kaliteli hizmet almak ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının zorunlu olmasını isteme yüksek/doktora eğitim düzeyinde, kamu çalışanlarında, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıranlarda, aylık geliri 8500 TL'den fazla olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksektir.

GSS'nin uygulanmaya başlamasıyla birlikte sağlık hizmetlerine erişim artmıştır. Bu durum sağlık kuruluşlarına olan talebin artışı göstermektedir. Bu hususun uzun vadede GSS'nin finansal sürdürülebilirliğine tehdit olduğu söylenebilir. Bu sorunun çözümü olarak tamamlayıcı sağlık sigortası teşvik edilmektedir (Atilla ve Gülay, 2022). Bu çalışma neticesinde daha kaliteli sağlık hizmet almak ve finansal olarak sıkıntı yaşanmaması için tamamlayıcı sağlık sigortası zorunlu olmasını isteme yüksek/doktora eğitim düzeyinde, kamu çalışanlarında, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıranlarda, aylık geliri 8500 TL'den fazla olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksektir. Bu farklılığın ortaya çıkmasında kişilerin gelir ve sağlık hizmeti kullanma (kronik hastalık) olasılıklarının fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Uzun (2015) tarafından yapılan çalışmada, 40 yaş üstü ve eğitim düzeyi yüksek kimselerin TSS'yi duyma ve TSS yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda, TSS hakkında kişilerin daha fazla bilgilendirilmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

Vatandaşlar örnekleminde yapılan bu çalışma sonucunda GSS'nin Türkiye'de ikamet eden herkes için zorunlu olduğunu, GSS için ödenen prim miktarı ya da oranını, GSS' den yararlanmak için ne kadar süre prim ödenmesi gerektiğini ve ödemeye gücü olmayan yoksul kişilerin GSS primlerinin devlet tarafından ödendiğini bilenlerin oranının anlamlı şekilde daha az olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle vatandaşlara sistem hakkında bilgi düzeylerini artırmaya yönelik olarak kamu, spotları, görsel ve işitsel medya araçları kullanılarak bilgilendirmeler gerçekleştirilebilir. Araştırmaya katılım sağlayan kişiler, tedavisi çok pahalı olan ve çok az kişinin yararlanacağı hastalıkların tedavisi (bebeklerde SMA gibi), estetik amaçlı diş tedavilerinin GSS kapsamına alınmasını istemektedir. Bu nedenle ödeme kapsamında olmayan tedavi ve ilaçların tekrar değerlendirilmesi yapılabilir ve kapsama alınmayan sağlık hizmetlerinin gerekçesi açıklanabilir. GSS kapsamındaki sağlık hizmeti ve ilaçların artırılması/genişletilmesi için her ay daha fazla prim ödenmesi ve GSS kapsamında olmasına rağmen kişilerden hastane muayenesi ve ilaçlar için alınan katılım payı alınması uygun görülmemiştir. Ayrıca katılım payının ödenmesinde katılımcıların çoğunluğunun zorlanmadığı tespit edilmekle birlikte geliri düşük olan ve çalışmayan kişilerin ödemede zorlandıkları belirlenmiştir. Bu nedenle katılım payı miktarı belirlenirken tüm kesimlerin gelirleri dikkate alınmalıdır ve katılım payı muafiyeti gibi uygulamalardan vatandaşların bilgi sahibi olması sağlanmalıdır.

Çalışmada başta TBMM üyeleri olmak üzere GSS kapsamında olmayan ve prim ödemeyen kesimin bulunması, katılımcılarca olumsuz olarak görülmektedir. Toplanan primin ve vatandaşlarca prim ve vergi ödeme davranışlarının olumsuzlaşmasına yol açabilecek GSS'den muafiyet ya da istisnalara yer verilmemelidir. Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmadığına ilişkin bilgi yaygınlaştırılmalıdır. Böylece hem aile hekimliği sisteminin kullanımı artırılacağı gibi hem de

kişilerin birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunları için hastanelerde oluşabilecek yığılmalar ve kişilerin gereksiz şekilde ödeyeceği katılım payları önlenmiş olacaktır. Çalışmada katılımcılar sevk sistemine/zincirine olumsuz yaklaşmakla birlikte sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması için orta ve uzun vadede sevk zincirinin gerekli olduğu düşünülmektedir. GSS'nin tamamlayıcısı konumundaki tamamlayıcı ve/veya özel sağlık sigortacılığının yaygınlaştırılmasına yönelik adımlar atılabilir. GSS'nin finansal sürdürülebilirliği kayıtlı istihdamdan elde edilen primlere dayalıdır. Bu nedenle kayıt dışı istihdamla etkin mücadele edilmelidir.

Bu çalışmada veriler, oluşturulan anket yardımıyla toplanmıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılarak özellikle açık uçlu sorular yardımıyla görüşmeler gerçekleştirilebilir. Bu çalışma, vatandaş örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Bürokrat, sivil toplum örgütü yöneticileri, hizmet sunucuları gibi sistemin diğer paydaşlarının yer aldığı çalışmalar gerçekleştirilebilir.

Etik Kurul İzni: Araştırmanın yapılabilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 03/15 Karar No ve 18.05.2023 tarihli onay alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Arıcı, K. (2019). Sosyal güvende eşitlik meselesi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 23(1), 3-23.
- Atilla, İ., & Gülay, A. (2022). Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası'nın sürdürülebilirliği için zorunlu tamamlayıcı sağlık sigortası modeli önerisi. *Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-40.
- Bayın Donar, G. (2022). Genel sağlık sigortası. İçinde Fatih Şantaş & Gülcan Şantaş (Ed.), Sağlık sigortacılığı (s. 105-130). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Boyacıoğlu, N., & Öçal, M. (2018). Sosyal güvenlik hizmetlerinin finansman yöntemleri: Türkiye'de ve dünyada sosyal güvenliğin finansmanına kısa bir bakış. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(26), 910-923.
- Cece, O. (2017). Sağlık sistemi paydaşlarının sağlık sigortası algısının ölçülmesi: Edirne ili örneği. [Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yayın No:462739.
- Ceylan, B. (2017). Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının ilaç tüketimine etkisi: hastalar ve eczaneler üzerinden bir değerlendirme. [Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yayın No:488984
- Çallı, M. (2012). 5510 Sayılı Kanun'a göre genel sağlık sigortası kapsamında olup bundan yararlanamayanlar: Denizli örneği [Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No: 332596.
- Çelik, Y. (2022). Sağlık ekonomisi. 5. baskı. Siyasal Kitabevi.
- Çelikay, F. (2009). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından genel sağlık sigortası sisteminin etkinliği ve geleceği. [Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No: 241568.
- Çoşkun, G. (2022). Bireylerin sağlık sigortalarına ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açılarının değerlendirilmesi: Gümüşhane ili örneği [Yüksek lisans tezi, Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No: 760136.

- Dalkılıç, S. (2022). Sosyal güvenlik. İçinde Fatih Şantaş & Gülcan Şantaş (Ed.) Sağlık sigortacılığı (1-17). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Değirmencioğlu, P. T. (2021). Sağlık harcamalarının finansmanında tamamlayıcı sağlık sigortasının rolü: Üniversite çalışanları üzerine bir araştırma. [Yüksek lisans tezi, Kayseri Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No: 752656
- Dilik, S. (1980). Sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 35(1), 73-84.
- Ekici, N. (2018). Ankara ilinde yaşayan kişilerin genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortalarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
- Ekinci, N. & Orhaner, E. (2018). Ankara ilinde yaşayan kişilerin genel sağlık sigortasına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Usaysad Dergisi*, 4(3), 195 -211.
- Fişek, N. (1976). Sağlık alanında sigortacılık. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara Tabipler Odası Bülteni, 13-14. Erişim Tarihi: 12.02.2024, Erişim Adresi: "https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/28.html"
- Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E. & McGuire, A. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom, European observatory on health systems and policies*. Trowbridge: The Cromwell Press.
- Gökmen, S. (2015). Türkiye'de sağlık sigorta sistemi: Genel sağlık sigortasının gelişimi ve finansal sürdürülebilirliği. [Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No: 423179
- Gürdal, T., & Çolak, M. N. (2018). Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulamasının mali sürdürülebilirliğe etkisi. *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 4(3), 1-22.
- Işık Erol, S. (2019). Sosyal güvenlik sistemi: Sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmet bileşenleri bağlamında. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 1-14.
- İntaş, V. (2014). Türkiye'de sosyal sigortacılığın finansal gelişimi: Sistemsel bir analiz [Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No: 395940.
- Kırdar, E. (2020). Sosyal güvenlik uzmanları ve akademisyenlerin bakış açıları ile Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi üzerine nitel bir araştırma [Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü] Yayın No: 651086.
- Kızılova, A.T. (2015). Türkiye'de genel sağlık sigortası: gelişimi, uygulanması ve sorunları [Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü]. Yayın No:427439.
- Koçhisarlı, L. (2014). Kişiler üzerindeki sigorta bilincinin anket yoluyla analizi. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No: 388981.
- Levent, R. (2019). Dünyada ve Türkiye'de sosyal güvenlik gelişimi, Erişim Tarihi: 27/11/2023. Erişim Adresi: <https://www.isvesosyalguvenlik.com/dunyada-ve-turkiyede-sosyal-guvenligin-gelisimi/>.
- Morrissey, M. A. (2008). *Health Insurance*. Chicago: Health Administration Press.
- Mossialos, E. & Thomson, S. (2004). Voluntary health insurance: In the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies. Erişim Tarihi: 07.05.2025, Erişim Adresi:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107601/9789289010658-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-22.
- Orhaner, E. (2018). *Türkiye'de sağlık sigortası*, 1. baskı, Siyasal Kitabevi.
- Orhaner, E., & Ekici, N. (2018). Ankara ilinde yaşayan kişilerin genel sağlık sigortasına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(3), 195-211.
- Özsarı, H. & Güdük, Ö. (2020). Bazı sigorta şirketi yöneticilerinin Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı üzerine bir değerlendirmesi. *Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(3), 526-536.
- Pekten, A. (2006). Genel sağlık sigortası sistemi ve getirdiği yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 61, 119-138.
- Resmî Gazete (1950). 10.1.1950 - Sayı: 7402.
- Resmî Gazete (1992). 03.07.1992, Sayı 21273.
- Resmî Gazete (2014). 18. 04. 2014, Sayı 28976.
- SGK (2020). "SMA Hastalığı Hakkında Basın Açıklamamız" Erişim Tarihi: 01.10.2023, <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/SMA-Hastaligi-Hakkinda-Basin-Aciklamamiz-2022-10-31-10-21-54>.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, T.C. Resmi Gazete 26200 (31 Mayıs 2006), Kanun No. 5510, md.14
- Starr, P. (1982). The social transformation of american medicine. Basic Books.
- Şenocak, H. (2009). Sosyal güvenlik sistemini oluşturan bileşenlerin tarihi süreç ışığında değerlendirilmesi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 56, 409-468.
- Taban, B. (2015). Özel sağlık sigorta şirketlerinin genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliği konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 1(2), 77-86
- Tatar, M. (2011). Sağlık güç kaynağı modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye'deki gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tek, Ç. (2018). Genel sağlık sigortasına eleştirel bir bakış. [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Yayın No:526980.
- Türk Tabipleri Birliği (TTB), (2012). Tamamlayıcı sağlık sigortası en çok yoksulları, yaşlıları ve kronik hastaları vuracak. Erişim Tarihi: 07.05.2025, Erişim Adresi: <http://kirktabib.org.tr/?p=652>
- Uzun, S. (2015). Tamamlayıcı sağlık sigortası. [Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimler Enstitüsü]. Yayın No:433456
- WHO (2025). Universal health coverage. Erişim Tarihi: 10.05.2025, Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

- Yayla, Ş. O. (2019). Sigortacılık ve Türkiye'de sigorta sektörünün durumu. *Liberal Düşünce Dergisi*, 24(94), 107-125.
- Yiğit, F. (2007). Özel sağlık sigortası olmayan kişilerde genel sağlık ve özel sağlık sigortacılığına bakış. [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü] . Yayın No: 196078
- Zeybek, M., & Eke, E. (2019). İlaç politikaları ve uygulamaları bağlamında bireylerin ilaç kullanma davranışları üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(4), 1067-1087.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SANAL KAYTARMA DAVRANIŞLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE İŞ TATMİNİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ *

Çiğdem EKEN DEMİRLİKAN **
Serhan ŞAHİNLİ ***

ÖZ

Araştırmanın temel amacı, özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının, sanal kaytarma davranışlarının örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisinin ölçülmesidir. Çalışmanın evrenini, İstanbul ili Avrupa Yakası'nda faaliyet gösteren, bir zincir hastane grubunun dört şubesinde çalışan toplam 3000 personel oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada, örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığında en az 341 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada toplam çalışmaya katılan 350 kişiden kullanılabilir anket formu elde edilmiştir. Çalışmada Lim (2002) tarafından geliştirilmiş, daha sonra Blanchard ve Henle (2008) tarafından güncellenip geliştirilen sanal kaytarma ölçeği, Meyer ve Allen (1996) tarafından geliştirilen örgütsel bağlılık ölçeği ve Weiss, Dawis, Englund ve Lofquist (1967) tarafından geliştirilen, Baycan (1985) tarafından Türkçeye uyarlanan iş tatmini ölçeği kullanılmıştır. Çalışma, İstanbul İli Avrupa Yakası'nda yer alan, 4 özel hastanede çalışan sağlık personellerinin görüşleri ile sınırlıdır. Çalışmada sanal kaytarma ile örgütsel bağlılık arasında pozitif yönde, sanal kaytarma ile iş tatmini arasında anlamlı pozitif yönde ve örgütsel bağlılık ile iş tatmini arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada sanal kaytarmanın örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada cinsiyet ve medeni durum bakımından sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda, yaş değişkeni açısından sanal kaytarma ve iş tatmini boyutunda anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada öğrenim ve kadro durumu bakımından sanal kaytarma boyutunda, hizmet süresi bakımından örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Büyük çapta sonuçlara ulaşabilmek adına farklı sektörlerde ve farklı araştırma yöntemleri kullanılarak çalışan kişiler üzerinde gelecekte yeni çalışmalar yapılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sanal Kaytarma, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini

MAKALE HAKKINDA

*Bu makale Çiğdem EKEN DEMİRLİKAN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Serhan ŞAHİNLİ danışmanlığında tamamlanan "Sağlık Çalışanlarının Sanal Kaytarma Davranışlarının Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi" adlı yüksek lisans tez çalışmasından üretilmiştir.

*Uzm., Unkapanı Medipol Üniversitesi Diş Hastanesi, ceken@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0009-0003-2917-8929>

**Dr. Öğr. Üyesi., İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, serhan.sahinli@yeniuyuzil.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9675-2570>

Gönderim Tarihi: 30.10.2024

Kabul Tarihi: 25.04.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Eken Demirlikan, Ç., & Şahinli, S. (2025). Sağlık Çalışanlarının Sanal Kaytarma Davranışlarının Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(2), 185-208. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1576087>

THE EFFECT OF CYBERLOAFING BEHAVIORS OF HEALTHCARE WORKERS ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND JOB SATISFACTION *

Çiğdem EKEN DEMİRLİKAN **
Serhan ŞAHİNLİ ***

ABSTRACT

The main objective of the research is to measure the effects of cyberloafing behaviors of healthcare professionals working in private hospitals on organizational commitment and job satisfaction. The universe of the study consists of 3000 personnel working in four branches of a chain hospital group operating on the European side of Istanbul. Convenience sampling method was used in the sample selection. In the study, the sample size was calculated as at least 341 people with a 95% confidence interval. A usable questionnaire form was obtained from a total of 350 participants in the study. The cyberloafing scale developed by Lim (2002) and later updated and developed by Blanchard and Henle (2008), the organizational commitment scale developed by Meyer and Allen (1996), and the job satisfaction scale developed by Weiss, Dawis, Englund, and Lofquist (1967) and adapted to Turkish by Baycan (1985) were used in the study. The study is limited to the opinions of healthcare professionals working in 4 private hospitals on the European side of Istanbul. The study concluded that there is a positive relationship between cyberloafing and organizational commitment, a significant positive relationship between cyberloafing and job satisfaction, and a significant positive relationship between organizational commitment and job satisfaction. The study concluded that cyberloafing has a positive and significant effect on organizational commitment and job satisfaction. The study concluded that there is no significant difference in terms of gender and marital status in terms of cyberloafing, organizational commitment, and job satisfaction, and in terms of age in terms of cyberloafing and job satisfaction. The study concluded that there is a significant difference in terms of education and tenure status in terms of cyberloafing, and in terms of organizational commitment and job satisfaction. In order to reach large-scale results, it is thought that new studies can be conducted in the future on people working in different sectors and using different research methods.

Keywords: Health, Cyberloafing, Organizational Commitment, Job Satisfaction

ARTICLE INFO

* This article was written by Çiğdem EKEN DEMİRLİKAN, completed under the supervision of Assist. Prof. Dr. Serhan ŞAHİNLİ, was produced from the master's thesis titled "The Effect of Cyberloafing Behavior of Healthcare Workers on Organizational Commitment and Job Satisfaction".

*Msc., Unkapanı Medipol University Dental Hospital, e-mail, ceken@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0009-0003-2917-8929>

** Assist. Prof. Dr., İstanbul Yeni Yüzyıl University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, serhan.sahinli@yeniyuzuil.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9675-2570>

Received: 30.10.2024

Accepted: 25.04.2025

Cite This Paper:

Eken Demirlikan, Ç., & Şahinli, S. (2025). The effect of cyberloafing behaviors of healthcare workers on organizational commitment and job satisfaction. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(2), 185-208. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1576087>

I. GİRİŞ

21. yüzyılın ilk zamanlarında erişilen etkili teknoloji nedeni ile internet, bilgisayar ve telefon vb. haberleşme araçları bireylerin hayatına kolaylık kattığı gibi eğitim ve iş hayatında da birbirinden farklı sorunlara neden olmaktadır. Günümüzde hayatın her safhasına kolaylık katan ileri derece teknoloji ve kitle haberleşme araçlarının çalışma alanında da etkili olarak kullanılması önemlidir. Bu araçlar işlerin daha hızlı ilerlemesini ve bilgiye erişimi hızlandırmaktadır (Gezer ve Barutçu, 2020). Bununla birlikte bu değişimler iş hayatında sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini gibi kavramların önemini tetiklemiştir.

Lim (2002) başlangıçta sanal kaytarma kavramını bir çalışanın iş saatleri içinde gönüllü olarak üstlendiği kişisel e-posta ve gezinme etkinliklerini ifade etmek için işlevselleştirmiştir. Bu kavramsallaştırmayı genişleten Henle ve Blanchard (2008), sanal kaytarmanın küçük (örn. gezinme, e-posta veya alışveriş) ve büyük (örn. blog yazma, kumar oynama ve yetişkin web sitelerinde gezinme) etkinlikleri kapsadığını öne sürmüştür. Sanal kaytarma örgütün personel aracılığı ile bir işi yaptırmak adına sunduğu teknolojik araçları, bireyin vazifesi dışında kullanması anlamına gelmektedir. Literatürde sanal kaytarma ile ilgili çeşitli tanımlar yapıldığı görülmektedir. Prasad vd. (2010)'ne göre sanal kaytarma, personelin istekli olarak, çalıştığı örgütte internet ulaşımını çalışma hayatında meydana getirdiği iş ile ilgisi bulunmayan bireysel hedefleri yönünde kullanması ve internet ortamında gezinmesidir. Lim ve Teo (2005)'ya göre sanal kaytarma, personelin çalışma arkadaşları ile yaptıkları iş sonucunda mesai saatleri içerisinde boş vakit geçirmesi, kişisel e-posta alması ve çalışma ortamında gerçekleştirilen sapkın bir davranış şeklidir. Blanchard ve Henle (2008) personelin sanal kaytarma durumlarını, “önemli” ve “önemli olmayan” olmak üzere sınıflandırmıştır. Önemli sanal kaytarma yasadışı dosya indirmek, yetişkin ihtiva eden sitelerde gezinme etkinliklerini kapsarken, önemli olmayan sanal kaytarma davranışı ise haber, spor, finans sitelerinde zaman geçirme ve e-posta iletmeyi kapsamaktadır. Çavuşoğlu ve Palamutçuoğlu, (2017), Fındıklı, (2016) ve Anandaraman vd., (2011)'ne göre ise sanal kaytarma madalyonun iki yüzü olarak değerlendirilmektedir. Madalyonun bir tarafı personelin iş yaşamına yardım sağladığı, öteki tarafı ise düzenlemelerde istenilen performansın düşmesi şeklindedir. Örgütlerde sanal kaytarmanın çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlar, örgütsel etkenler, örgütsel politikalar, bireysel internet kullanma kuralları, çalışma grubu normları, iş yükü, iş ile ilgili talepler, bireysel özellikler, bireysel ahlaki normlar, görev süresi, görev pozisyonu, tükenmişlik ve psikolojik durumlar şeklinde sıralanabilir (Doorn, 2011).

Literatürde bazı araştırmacılar sanal kaytarmanın bir geri çekilme davranışı (Askew vd., 2014) ve hatta bir tür işyeri ertelemesi (Lowe-Calverley ve Grieve, 2017) olabileceğini ve bunun da iş tatmininin azalmasına yol açabileceğini öne sürmüşlerdir (Batabyal ve Bhal, 2020). Ancak bazı düşünürler de sanal kaytarmanın çalışanlar için bir başa çıkma mekanizması olarak hareket edebileceğini ve bu sayede iş kaynaklı streslerini azaltabileceklerini öne sürmektedir (Andel vd., 2019). Sanal kaytarma davranışı, personele öğrenme, deneyim kazanma ve işinde ilerleme imkânı gibi fırsatlar sağlayabilir. Bireyin ilerlemek amacı ile yaptığı sanal kaytarma davranışı, kişinin başarısını artırabilir. Sanal kaytarma davranışı istirahat etmek, stres azaltmak gibi durumlarda yapıldığında ise kişinin performansını yükseltebilir. Bunun tam tersi durumlarda, kişinin boşa zaman geçirmek istemesi, hiçbir iş yapmak istememesi amacı ile sanal kaytarma davranışında bulunması, örgüt açısından negatif bir etki oluşturabilir (Gezer ve Barutçu, 2020).

Örgüt ortak bir amaç doğrultusunda beraber hareket ederek iki veya daha fazla kişinin yönetilmesi ile oluşur. Örgütlerin, amaçlarına ulaşabilmeleri adına yapıyı oluşturan bireylerin bu durumu istemesi ve hedefleri yönünde harekete geçebilmeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda amaç ve hedeflere ulaşılabilmesi için personelin, örgütsel bağlılığının yüksek olması önemlidir (Hicks, 1975).

Bağlılık unsuru 1970'lerde Kantor'un araştırmaları sayesinde ilgiyi kendisine çekmiştir. 1980'lerde Amerikalı idareciler başarılı olduğu izlenen ve başarısını sadık iş gücünden alan Japon şirketlerini izlemek için harekete geçmişlerdir. Dünya ekonomisinin hızla ilerlemesi ile çalışanın davranışları sadakat ile ilişkilendirilmiş ve bu ilişki 1990 yıllarında daha da ivme kazanmıştır (Yılmaz ve Dil, 2008).

Örgüt düzeni ve içinde bulunan kişilerin arasındaki ilişkiler örgütsel bağlılık olarak adlandırılır. Örgütsel bağlılık, çalışanların belirli bir örgütle özdeşleşme ve ona dahil olma derecesini ifade eder. Porter (1974)'a göre örgütsel bağlılık, personelin örgüte katılımı ile ilişkili ve örgütle aynılaşmasının bir sonucu olarak ifade edilir. Porter örgütsel bağlılığı, çok yönlü olarak ele alıp, bu örgütün amaçlarına ve değerlerine inanma ve bu şekilde onaylama, örgüte fayda sağlayarak emek vermeye gönüllü olma, örgütün üyesi olarak işte çalışmaya devam etme olarak üç etkenle karakterize etmektedirler (Porter, 1974). O'Reilly ve Caldwell (1981)'e göre, örgütsel bağlılık bireyin üyesi olduğu düzenlemeye dair, işi sahiplenme seviyesini, örgütün değerlerine olan inancını kapsayan psikolojik bir ilişkidir. Miller ve Lee (2001)'ye göre ise örgütsel bağlılık, personelin kendisini onaylaması ve içinde bulunduğu örgüte dair emek verme arzusudur.

Allen ve Meyer (1996)'e göre örgütsel bağlılık; duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık olmak üzere 3 farklı kapsamda ifade edilir. Duygusal bağlılık, personelin düzenlemeyle kendini ifade etmesi, üyesi olduğu örgüt ile eşleşmesi ve tamamlanmasıdır. Devam bağlılığı personelin, örgütten çıkması ile meydana gelecek kayıpların bilincinde olmasıdır. Devam bağlılığı, personelin örgütten çıkmak istemesinin maliyetinin, örgütte kalmasının maliyetinden fazla olmasına ilişkin farkındalığını gösterir. Normatif bağlılık ise personelin işe dair sürekliliği hakkındaki mecburiyet hissidir. Personelin göreve dair özümsemiş normatif inançları ve mecburiyet durumu seneler içerisinde kendilerine takdim ettiği kariyer ilerletme ve iş memnuniyeti gibi konuları göz önünde bulundurmaksızın, işlerinin sürekliliğini sağlamalarının ahlaki olduğunu savunmasıdır. Örgütte devam etmeyi ahlaki bir zorunluluk olarak gören personelin, yüksek düzeyde normatif bağlılığı bulunmaktadır (Allen ve Meyer, 1996).

Hizmet veren örgütlerin girdilerinden en önemlilerinden birisi insan kaynaklarıdır. İnsan kaynakları örgütte iş gören ve örgütsel amaçlar doğrultusunda bilgi ve yeteneklerini gösterebilen kişilerdir. Bir örgütün başarısı, personelin amaçları yönünde, istekli bir şekilde hareket etmesi ile ilişkilidir (Tengilimoğlu, 2005). Yüksek düzeyde örgütsel bağlılığa sahip çalışanların kurumları üzerinde ciddi ve çeşitli etkileri vardır; bunlar arasında örgütsel hedeflere ulaşma konusunda güçlü bir istek, örgütte kalma konusunda güçlü bir istek, örgütsel performansın artması, motivasyonun, aidiyetin ve örgüte bağlılığın artması, örgütlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artması, iş tatmininin artması, işten ayrılmanın azalması, tükenmişlik ve personel devamsızlığı yer almaktadır (Alemayehu vd., 2021). Aksine, düşük örgütsel bağlılığa sahip olmak ise hatalı hizmet üretiminin artmasına; verimliliğin ve etkinliğin düşmesine neden olabilir (Chen vd., 2015).

Davis (1982)'e göre iş tatmini, kişinin işi pozitif yönde ve haz duyulan bir his olarak değerlendirilmesinin bir sonucudur. Akıncı (2002)'ya göre iş tatmini, işin özelliğiyle, personelin talepleri birbirine bağlı olduğu vakit meydana gelen ve personelin işinden haz duymasını sağlayan bir olgudur. İş tatminini belirleyen etkenler, kişisel ve örgütsel olmak üzere iki şekildedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2005). Kişisel etkenler, cinsiyet, yaş, medeni hal, hizmet süresi, kıdem, statü, mezuniyet durumu, zekâ ve benzeri faktörlerdir. Örgütsel faktörler ise işin kalitesi, idare biçimi, denetim şekli, rekabet, güvenlik hissi, ücret, ilerleme, yükselme imkanları, birlikte çalışan bireylerin oluşturduğu örgütsel alan ve çalışma koşulları olarak ifade edilebilir (Akıncı, 2002; Gemmill ve Heisler, 1972).

İş tatmini içsel ve dışsal olmak üzere iki boyuta ayrılmaktadır. İçsel iş tatmini, personelin başarılı olma hissi, herhangi bir özelliği ile güzel anılmak, kişinin yaptığı davranışların veya sözlerin çok beğenilmesi, işin kendisi, işin sorumluluğu, terfi ile ilişkili olarak görev değişikliğidir (Koroğlu, 2012). Dışsal tatmin ise kurumun idaresi, stratejileri, politikaları, kültürü, denetleme biçimi idareciler ve personelin hareketleri, iş yapması ve astları ile olan bağlılığı, çalışma şartları, emeğine karşı verilen para gibi işin çevresine ait unsurlardan meydana gelir (Barlı, 2008). Dinham ve Scott (1998), işinden doyum alan personelin olumlu bir hali gösterdiğini, daha az devamsızlık yapma eğiliminde olduğunu, örgüte azami ölçüde yardım ettiğini ve daha fazla süreli iş yaptığını belirtmektedir. Başka bir açıdan değerlendirildiğinde, doyum almamış personelin devamsızlığının fazlaştığı, çalışma arkadaşlarına soğuk tavırlar sergilediği ve sürekli farklı bir iş bulma çabasında olduğuna rastlanmaktadır. Bu durum, çalışanın işini sahiplenmemesine ve işini gerektiği gibi yapmamasına neden olabilir. Bu çıkmaz, belli

bir süre sonra kişiyi, işten ayrılmasına veya çıkarılmasına kadar geçen negatif durumun içine sokacaktır (Dinham ve Scott, 1998; Yoon ve Jaebeom, 2003).

1.1. Sanal Kaytarma, Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Arasındaki İlişki

Teknoloji her geçen gün hızla büyümeye ve ilerlemeye devam etmektedir. İnternet teknolojisi, içinde bulunduğumuz dijital çağda toplumun ihtiyaç duyduğu temel bir ihtiyaç haline gelmiştir. İnternet, çeşitli yerlerden erişilebilen hayati bir bilgi kaynağı olarak hizmet vermektedir. İnternet kullanan kişi sayısı da artmaktadır. İnternet teknolojisinin kullanımı, yalnızca sosyal veya eğitim ortamlarında değil, aynı zamanda çeşitli olumlu ve olumsuz etkiler sağladığı için iş ortamında da giderek yaygınlaşmaktadır. Örgütlerde internet kullanımının olumsuz etkilerinden biri de çalışanların interneti işleriyle ilgisi olmayan amaçlar için kullanma davranışlarıdır. Bu davranış, sanal kaytarmadır (Lim, 2002; Henle ve Blanchard, 2008; Askew, 2014). Sanal kaytarma, bireysel, örgütsel ve durumsal olmak üzere üç faktörden etkilenir (Özler ve Polat, 2012). Örgütsel faktörler içerisinde örgütsel bağlılık ve iş tatmini yer alır (Lim ve Teo, 2005).

Sanal kaytarma kavramı, bilgi sektöründe iletişim ve bilgi teknolojilerindeki gelişmelerle sıkça incelenen konular arasında yer almaktadır. İş hayatında internet kullanımı, iletişim yeteneğini artırmakta ve gereksiz işlemlerin azalmasına imkân vermektedir. Bununla birlikte internet ve bilgisayar kullanımı bu faydalar dışında, personelin çalıştığı örgütün olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Sanal kaytarma davranışı, zamanında tamamlanması gereken görevleri geciktirebilir, bu da iş gecikmelerine ve tamamlanmamış görevlere yol açabilir (Muhtarom vd., 2021). Bu durumu kontrol etmenin zorluğu çalışanların performans ve verimliliğini etkilemektedir. Sanal kaytarma bazı durumlarda çalışanın küçük bir mola vererek verimini artırabilmekte, bazı durumlarda ise çalışanın verimini düşürebilmektedir. Sanal kaytarma faaliyeti kişilere ve bu bağlamda da örgüte hem olumlu hem de olumsuz getiriler sağlayabilir. Bir çalışanın bu davranışı, görevlerini tamamlayamadıkları için kuruluşa olan bağlılıklarının ihlali olarak düşünülebilir (Gezer ve Barutçu, 2020; Rahmawati vd., 2024).

Örgütsel bağlılık, bir çalışanın örgüte olan duygusal bağlılığını ifade eder (Abdillah ve Herawati, 2023). Yüksek örgütsel bağlılığa sahip çalışanlar performansları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir. Öte yandan, bir örgüt veya kuruluşun düşük düzeyde örgütsel bağlılığı varsa, bu örgütün performansını olumsuz etkileyebilir. Bir örgütün başarısı, insan kaynakları tarafından üretilen işin kalitesine bağlıdır. Buna ek olarak, örgüt performansını etkileyebilecek bir diğer faktör de iş tatminidir. Bu nedenle, her çalışanın örgütün gelişimiyle ilgili olarak yüksek bir iş tatminine sahip olması çok önemlidir. Bir işi olan her birey, doğal olarak kendilerine verilen görevleri tamamlamaktan memnuniyet arar. İş tatmini, bir bireyin meşgul olduğu işe ilişkin algısını yansıtan, iş yaşamının kalitesinin temel bir göstergesi olarak işlev görür (Dewi vd., 2023; Pardede vd., 2024). Olumlu iş ilişkileri, çalışanların iş tatminine önemli ölçüde katkıda bulunur. Ek olarak, çalışan performansı, çalışanların iş yerindeki hedeflerine ve sorumluluklarına ne kadar iyi ulaştığını ifade eder (Rahmawati vd., 2024).

Literatürde sanal kaytarmanın örgütsel bağlılık ve iş tatmini gibi pek çok değişken ile ilişkisi araştırılmıştır. Örneğin; Candan ve İnce (2016)'nin yapmış olduğu çalışmada örgütsel bağlılık ve sanal kaytarma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki, Sofyanty ve Supriyadi, (2021), Niaei vd., (2014), ve Carmeli (2005)'nin yapmış olduğu araştırmalarda, sanal kaytarma ve örgütsel bağlılığın tüm boyutları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Stanton (2002) tarafından yapılan araştırmada ise sanal kaytarma davranışı ile iş tatmini arasında zayıf ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Stanton, 2002). Halilintara ve Sobirin, (2022) ve Egenius vd. (2020) tarafından yapılan araştırmalarda ise örgütsel bağlılık ile iş tatmini arasında pozitif yönlü bir anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir

Literatür incelendiğinde gerek Türkiye'de gerekse Dünya'da, sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini konularının birçok örgütte çalışıldığı görülmektedir, sağlık kurumlarında bu üç değişkenin ilişkisini doğrudan inceleyen herhangi bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Fakat öne çıkan bazı

çalışmalarda sanal kaytarma-örgütsel bağlılık, sanal kaytarma-iş tatmini ve örgütsel bağlılık-iş tatmini ilişkilerinin araştırıldığı görülmektedir.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın temel amacı, sağlık kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanlarının, sanal kaytarma davranışlarının örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisinin ölçülmesidir. İş hayatında internet kullanımı, iletişim yeteneğini artırmakta ve gereksiz işlemlerin azalmasına imkân vermektedir. Bununla birlikte internet ve bilgisayar kullanımı bu faydalar dışında, personelin çalıştığı örgütün olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu durumu kontrol etmenin zorluğu çalışanların performans ve verimliliğini etkilemektedir. Sanal kaytarma bazı durumlarda çalışanın küçük bir mola vererek verimini artırabilmekte, bazı durumlarda ise çalışanın verimini düşürebilmektedir. Yöneticiler iyi bir idare ve yaptırım ile sanal kaytarmayı çalışanların verimliliği konusunda olumlu bir sonuca ulaştırabilir. Ulaşılan literatürde sıkça tartışılan sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmininin sağlık kurumlarında birlikte araştırıldığı çalışmalara rastlanılmamasından dolayı, araştırmanın literatüre katkı sağlaması, önemini arz etmektedir. Araştırma sonuçlarının; sağlık sektöründeki çalışanlara, yöneticilere, kurumlara mevcut durum hakkında fikir edindirerek önemli katkılar sağlayacağına inanılması bir diğer önemidir.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini, İstanbul Avrupa yakasında faaliyet gösteren, zincir hastane grubunun dört şubesinde çalışan toplam 3000 personel oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına, seçilen hastaneler, araştırmacılar tarafından veri toplamanın kolay ve ulaşılabilir olması nedeniyle tercih edilmiştir. Örneklem tercihinde kolayda yöntem seçilmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında aşağıdaki formül kullanılmıştır (Karagöz, 2014). Çalışmada, örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında en az 341 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada evrenin tamamına anket formu dağıtılmış fakat toplam 361 kişiden geri dönüş olmuştur. Hastanelere dağıtılan anket formları içerisinde noksan veya yanıtlandırılmamış anket formları çalışmadan çıkartılmıştır. Araştırmada toplam 350 kişiden kullanılabilir anket formu elde edilmiştir.

$$n = \frac{N * p * q * Z\alpha^2}{[(N - 1) * d^2] + (p * q * Z\alpha^2)}$$

$$n = \frac{3000 * 0,50 * 0,50 * 1,96^2}{[(3000 - 1) * 0,05^2] + (0,50 * 0,50 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{2881,2}{8,4579} = 340,651 \cong 341$$

2.3. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada veri toplama aracı belirlendikten sonra etik yönden uygunluk izni ve ilgili özel hastanelerden gerekli izinler alınmıştır (06.12.2022 tarih ve 2022/12-945 sayılı İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Etik Kurulu).

2.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama işlemi için anket formundan faydalanılmıştır. Likert yapıda planlanan ölçekte “1- kesinlikle katılmıyorum ile 5- kesinlikle katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir.

Sosyo-Demografik Değişkenler: Cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenin durumu, kadro, ve hizmet süresi olmak üzere altı sorudan oluşmaktadır.

Sanal Kaytarma Ölçeği: Lim (2002) tarafından geliştirilmiş, Blanchard ve Henle (2008) tarafından güncellenip geliştirilmiştir. İbrahimağaoğlu (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek, çalışanlarının sanal kaytarma davranışlarını belirlemeye yönelik 20 ifade ve önemli sanal kaytarma ve önemsiz sanal kaytarma boyutlarını kapsamaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,90'dır.

Örgütsel Bağlılık Ölçeği: Örgütsel bağlılık ölçeği Allen ve Meyer (1996) tarafından geliştirilmiştir. Wasti (2000) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek, çalışanların örgütsel bağlılık algılarını belirlemeye yönelik 18 ifadeden oluşmaktadır. Devam bağlılığı, duygusal bağlılık ve normatif bağlılık boyutlarından oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,89'dur.

İş Tatmini Ölçeği: Weiss vd. (1967) tarafından geliştirilen, Baycan (1985) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Minnesota İş Tatmini Ölçeği-MİDO" (Minnesota Satisfaction Questionnaire- MSQ) kullanılmıştır. Ölçek, çalışanların iş tatmini algılarını belirlemek amacı ile 20 ifadeden oluşmaktadır. Dışsal tatmin ve içsel tatmin boyutlarından oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,94'tür.

2.5. Veri Toplama Süreci

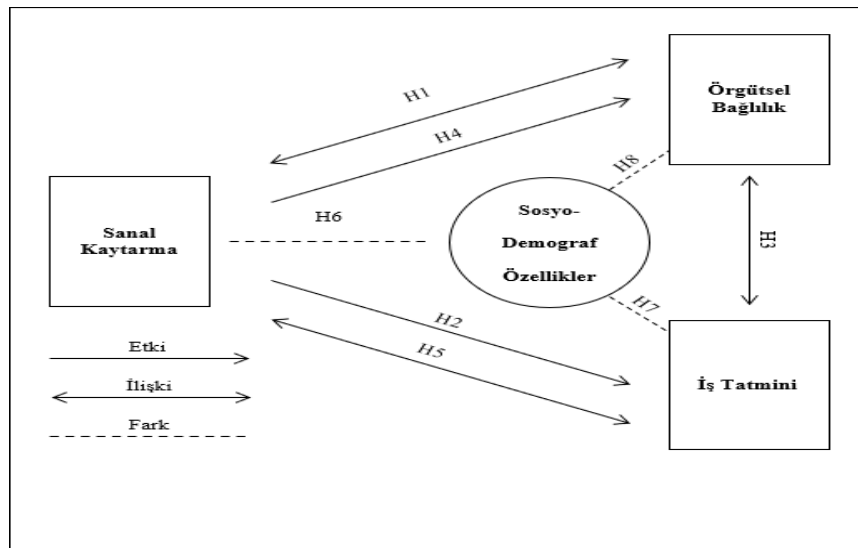
Çalışmada, özel hastanelerde çalışan personelden anket formları iki biçimde alınmıştır. Öncelikle direktörler ile birebir anket uygulaması yapılmıştır. Anket uygulaması için onlardan alınan onay sonrası insan kaynakları sorumluları ile görüşme sağlanmıştır. Hastane yönetimi anket formlarını alanda dağıtmaya onay vermediği için anketler insan kaynakları departmanına verilmiştir. Yaklaşık 20 gün sonunda anketler tarafımıza ulaştırılmıştır.

2.6. Verilerin Analizi

Çalışmada verilerin analizinde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için çarpıklık ve basıklık testleri uygulanmıştır. Çalışmada parametrik analiz yöntemleri seçilmiştir (George ve Mallery, 2010). Bu kapsamda tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi ve fark analizleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.7. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Şekil 1. Çalışma Modeli



Çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H₁: Sağlık çalışanlarının sanal kaytarma davranışları ile örgütsel bağlılık arasında anlamlı ilişki vardır.

H₂: Sağlık çalışanlarının sanal kaytarma davranışları ile iş tatminleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H₃: Sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıkları ile iş tatminleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H₄: Sağlık çalışanlarının sanal kaytarma davranışlarının örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₅: Sağlık çalışanlarının sanal kaytarma davranışlarının iş tatminleri üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₆: Sanal kaytarma sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₇: İş tatmini sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₈: Örgütsel bağlılık sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, İstanbul ilinde bulunan, 4 özel hastanede çalışan sağlık personellerinin görüşleri ile sınırlı olup, tüm sağlık çalışanlarının fikirlerini yansıtmamaktadır. Zaman ve kaynak kısıtı sebebiyle çalışma daha geniş bir örneklem grubunda gerçekleştirilememiştir. Çalışma ilgili evren ve örneklem ile sınırlıdır. Çalışma kullanılan veri toplama araçları ile sınırlıdır.

2.9. Verilerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Lim (2002) tarafından geliştirilmiş, daha sonra Blanchard ve Henle (2008) tarafından güncellenip geliştirilen “Sanal Kaytarma Ölçeği’nin” Cronbach’s Alfa (a) katsayısı 0,90 ve yüksek düzeyde güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Allen ve Meyer (1996) tarafından geliştirilen Örgütsel Bağlılık Ölçeği 0,89 ve yüksek düzeyde güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Weiss vd., (1967) tarafından geliştirilen İş Tatmini Ölçeği ise 0,94 ve yüksek düzeyde güvenilir kabul edilmiştir.

Araştırmada kullanılan “Sanal Kaytarma Ölçeği”, “Örgütsel Bağlılık Ölçeği” ve “İş Tatmini Ölçeği” için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Tablo 1’de ölçeklere ilişkin güvenilirlik, çarpıklık ve basıklık testi sonuçları gösterilmiştir. Tablo 1’de sanal kaytarma maddeleri için çalışmaya katılanların yanıtlarının ortalaması $2,47 \pm 0,846$ ’dır. Örgütsel bağlılık ölçeğinin ortalaması $3,09 \pm 0,511$ ’dir. İş tatmini ölçeğinin ortalaması $3,33 \pm 0,680$ ’dir. Bu bulgulara göre, çalışmaya katılan sağlık personelinin sanal kaytarma algıları düşük, örgütsel bağlılık ve iş tatmini algıları ise ortalama seviyededir.

Tablo 1. Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizi

Ölçek	Cronbach's Alfa	n	Çarpıklık	Basıklık	Ortalama	Standart Sapma
Sanal Kaytarma Ölçeği	0,932	20	0,153	-0,489	2,47	0,846
Önemsiz Sanal Kaytarma	0,889	9	0,384	-0,424	2,29	0,901
Önemli Sanal Kaytarma	0,902	11	-0,003	-0,732	2,7	0,946
Örgütsel Bağlılık Ölçeği	0,822	18	-0,254	0,187	3,09	0,511
Duygusal Bağlılık	0,656	6	-0,358	0,662	3,42	0,64
Normatif Bağlılık	0,684	6	0,148	0,069	3,06	0,64
Devam Bağlılığı	0,728	6	0,315	0,076	2,8	0,647
İş Tatmini Ölçeği	0,939	20	-0,321	0,171	3,33	0,68
İçsel Tatmin	0,929	11	-0,58	0,69	3,38	0,746
Dışsal Tatmin	0,89	9	-0,084	-0,158	3,27	0,746

2.10. Normallik Testi

Çalışmada verilerin normal dağılıma uygunluğunu görmek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri kullanılmıştır. Tablo 1’de çarpıklık ve basıklık değerleri sırasıyla sanal kaytarma ölçeği için 0,153 ve -0,489, örgütsel bağlılık ölçeği için -0,254 ve 0,187 iş tatmini için -0,321 ve 0,171 olarak belirlenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerine göre -1,5 ile +1,5 veya -2,0 ile +2,0 arasında olması halinde veriler normal dağılım göstermektedir (George ve Mallery, 2010; Tabachnick ve Fidell, 2013). Bulgular doğrultusunda çalışmada parametrik testlerden, Anova, T testi, Regresyon Analizi ve Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır.

III. BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %74’ünü kadın, %26’sını erkek katılımcılar oluştururken, %41,14’ünün 18-25, %79,71’inin 26-30, %11,71’inin 31-35, %5,42’sinin 36-40 ve %12’sinin 41 yaş üzeri grubunda olduğu; %19,14’ünün lise, %47,42’sinin yüksekokul, %17,14’ünün fakülte, %8,28’inin yüksekokul, %8’inin doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde %32,8 ile bekarların fazla olduğu; %49,69 ile en fazla 1-3 yıl süreli çalıştıkları; %43 ile en fazla 11 ve üzeri yıl mesleki tecrübesinin olduğu; %44,85 ile en fazla hasta kayıt personelinde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini ile alt boyutları arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Tablo 2’de görüldüğü üzere sanal kaytarma ile örgütsel bağlılık ve alt boyutları ($r=0,167$) arasında anlamlı ve pozitif yönlü yüksek ilişki bulunmaktadır. Sanal kaytarma ile örgütsel bağlılığın alt boyutlarından devam bağlılığı ($r=0,169$; $p=0,002$) arasındaki ilişki anlamlı ve pozitif; duygusal bağlılık ($r=0,126$; $p=0,018$) ve normatif bağlılık ($r=0,105$; $p=0,005$) ile arasındaki ilişki anlamlı ve pozitif yönlüdür. Bu bulguya göre, H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Sanal kaytarma ile iş tatmini ($r=0,117$) ve alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü, düşük ilişki bulunmaktadır. Ayrıca sanal kaytarma ile iş tatmini alt boyutlarından içsel tatmin ($r=0,023$; $p=0,664$) arasında anlamlı ilişki bulunmazken; dışsal tatmin ($r=0,175$; $p=0,001$) ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu bulguya göre, H_2 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 2. Sanal Kaytarma, Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Arasındaki İlişki

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Önemli	1									
2. Önemsiz	0,684**	1								
3. Sanal Kaytarma	0,930**	0,904**	1							
4. Devam Bağlılığı	0,142**	0,170**	0,169**	1						
5. Duygusal Bağlılık	0,162**	0,062	0,126*	0,572**	1					
6. Normatif Bağlılık	0,094	0,099	0,105*	0,343**	0,446**	1				
7. Örgütsel Bağlılık	0,166**	0,139**	0,167**	0,800**	0,842**	0,750**	1			
8. İçsel Tatmin	0,021	0,022	0,023	0,500**	0,431**	0,412**	0,561**	1		
9. Dışsal Tatmin	0,141**	0,183**	0,175**	0,540**	0,428**	0,419**	0,580**	0,658**	1	
10. İş Tatmini	0,095	0,121*	0,117*	0,572**	0,471**	0,456**	0,627**	0,891**	0,928**	1

Örgütsel bağlılığın alt boyutlarından devam bağlılığı ($r=0,169$; $p=0,002$) ile iş tatmini alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif; duygusal bağlılık ($r=0,126$; $p=0,018$) ve normatif bağlılık ($r=-0,105$; $p=0,005$) ile iş tatmini alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu bulguya göre, H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

Sanal kaytarmanın örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin ölçümü için yapılan regresyon modeli Tablo 3'te görülmektedir. Model anlamlıdır ($F=10,007$; $p=0,000$). Modele göre sanal kaytarmanın ($\beta=0,167$; $p=0,02$) örgütsel bağlılığın üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi vardır. Model örgütsel bağlılığın %2,8'ini göstermektedir ($R^2=0,028$).

Tablo 3. Sanal Kaytarmanın Örgütsel Bağlılığa Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	P	R	R ²	F	P
		B	S.H.	β						
Örgütsel Bağlılık	(Sabit)	2,849	0,084		34,06	0	0,167 ^a	0,028	10,007	0,000
	Sanal Kaytarma	0,101	0,032	0,167	3,16	0,02				

Sanal kaytarmanın alt boyutlarının örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin için tasarlanan model Tablo 4'te görülmektedir. Model anlamlıdır ($F=5,151$; $p=0,000$). Modele göre, önemli sanal kaytarmanın ($\beta=0,135$; $p=0,064$) ve önemsiz sanal kaytarmanın ($\beta=0,046$; $p=0,524$) örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı etkisi bulunmamaktadır. Model örgütsel bağlılığın %2,9'unu açıklamaktadır ($R^2=0,029$).

Tablo 4. Sanal Kaytarmanın Alt Boyutlarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	P	R	R ²	F	P
		B	S.H.	β						
Örgütsel Bağlılık	(Sabit)	2,856	0,085		33,68	0	0,17 ^a	0,029	5,151	0,000
	Önemli Sanal Kaytarma	0,076	0,041	0,135	1,85	0,064				
	Önemsiz Sanal Kaytarma	0,025	0,039	0,046	0,63	0,524				

Sanal kaytarmanın iş tatmini üzerindeki etkisinin ölçümü için yapılan regresyon modeli Tablo 5'te görülmektedir. Model istatistiksel açıdan anlamlıdır ($F=4,815$; $p=0,000$). Modele göre, sanal kaytarmanın ($\beta=0,117$; $p=0,029$) iş tatmini üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi bulunmaktadır. Model iş tatmininin %1,4'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,014$).

Tablo 5. Sanal Kaytarmanın İş Tatminine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R ²	F	p
		B	S.H.	β						
İş Tatmini	(Sabit)	3,103	0,112		27,67	0	0,117 ^a	0,014	4,815	0,000
	Sanal Kaytarma	0,094	0,043	0,117	2,19	0,029				

Sanal kaytarmanın alt boyutlarının iş tatmini üzerindeki etkisinin ölçümü için yapılan regresyon modeli Tablo 6'da görülmektedir. Model istatistiksel açıdan anlamlıdır ($F=2,631$; $p=0,000$). Modele göre, iş tatmininin önemli sanal kaytarma ($\beta=0,024$; $p=0,745$) ve önemsiz sanal kaytarma ($\beta=0,105$; $p=0,153$) üzerinde anlamlı etkisi bulunmamaktadır. Model iş tatmininin %1,5'ini açıklamaktadır ($R^2=0,015$).

Tablo 6. Sanal Kaytarmanın Alt Boyutlarının İş Tatminine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R ²	F	p
		B	S.H.	β						
İş Tatmini	(Sabit)	3,091	0,114		27,19	0	0,122 ^a	0,015	2,631	0,000
	Önemli Sanal Kaytarma	0,018	0,055	0,024	3,32	0,745				
	Önemsiz Sanal Kaytarma	0,075	0,053	0,105	1,43	0,153				

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini farklılıklarını incelemek için bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Tablo 7'de görüleceği üzere, katılımcıların sanal kaytarma ($p=0,280$), örgütsel bağlılık ($p=0,499$) ve iş tatmini algısında ($p=0,869$) kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Farklılıklar

Ölçekler	Değişken	n	Ort.	S.S.	t	p
Sanal Kaytarma	Kadın	259	2,46	0,84	0,557	0,280
	Erkek	91	2,52	0,864		
Örgütsel Bağlılık	Kadın	259	3,09	0,503	0,116	0,499
	Erkek	91	3,1	0,536		
İş Tatmini	Kadın	259	3,303	0,678	1,527	0,869
	Erkek	91	3,42	0,682		

Tablo 8’de medeni durum bakımından sanal kaytarma ($p=0,973$), örgütsel bağlılık ($p=0,318$) ve iş tatmini ($p=0,832$) algısında bekâr ve evli katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Farklılıklar

Ölçekler	Değişken	n	Ort.	S.S.	t	p
Sanal Kaytarma	Bekar	220	2,50	0,849	-0,817	0,973
	Evli	130	2,43	0,841		
Örgütsel Bağlılık	Bekar	220	3,08	0,499	0,736	0,318
	Evli	130	3,12	0,531		
İş Tatmini	Bekar	220	3,35	0,678	-0,666	0,832
	Evli	130	3,30	0,685		

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre farklılıklarının olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 9’da görülmektedir. Tablo incelendiğinde, sanal kaytarma ($p=0,055$) ve iş tatmini ($p=0,247$) algısında yaş gruplarına göre anlamlı fark bulunmamaktadır. Buna karşılık, örgütsel bağlılık ($p=0,026$) boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post-hoc analizi yapılmıştır. Fark 26-30 yaş grubu ($3,15\pm0,495$) katılımcılar ile $41\geq$ yaş grubu ($3,29\pm0,472$) katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bu bulguya göre daha büyük yaşlardaki idari çalışanların örgütsel bağlılık algısı, 26-30 yaş grubu idari çalışanlara göre yüksek düzeydedir.

Tablo 9. Katılımcıların Yaşlarına Göre Farklılıklar

Ölçekler	Değişken	n	Ort.	S.S.	F	P Post Hoc
Sanal Kaytarma	18-25 ¹	144	2,47	0,827	2,339	0,055
	26-30 ²	104	2,58	0,856		
	31-35 ³	41	2,24	0,821		
	36-40 ⁴	19	2,13	0,866		
	41 $\geq$ ⁵	42	2,62	0,843		
Örgütsel Bağlılık	18-25 ¹	144	3,02	0,523	2,793	0,026 2<5 p=0,38
	26-30 ²	104	3,15	0,495		
	31-35 ³	41	3,05	0,447		
	36-40 ⁴	19	3,04	0,612		
	41 $\geq$ ⁵	42	3,29	0,472		
İş Tatmini	18-25 ¹	144	3,26	0,675	1,361	0,247
	26-30 ²	104	3,35	0,666		
	31-35 ³	41	3,33	0,597		
	36-40 ⁴	19	3,28	0,761		
	41 $\geq$ ⁵	42	3,54	0,754		

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının öğrenim durumlarına göre farklılıklarını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 10’da görülmektedir. Sanal kaytarma boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,033$). Fark, lise ($2,49\pm0,874$), yüksekokul ($2,51\pm0,809$) ve yüksek lisans ($2,64\pm0,854$) mezunu sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Lisans mezunu sağlık personelinin sanal kaytarma algısı, lise ve yüksek okul mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek düzeydedir. Örgütsel bağlılık ($p=0,245$) ve iş tatmini ($p=0,649$) boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Farklılıklar

Ölçekler	Değişken	n	Ort.	S.S.	F	P Post Hoc
Sanal Kaytarma	Lise ¹	67	2,49	0,874	2,658	0,033 1<2 p=0,000 1<4 p=0,000
	Yüksekokul ²	166	2,51	0,809		
	Fakülte ³	60	2,49	0,91		
	Yüksek Lisans ⁴	29	2,64	0,854		
	Doktora ⁵	28	2	0,734		
Örgütsel Bağlılık	Lise ¹	67	3,18	0,545	1,366	0,245
	Yüksekokul ²	166	3,05	0,509		
	Fakülte ³	60	3,16	0,477		
	Yüksek Lisans ⁴	29	3,11	0,622		
	Doktora ⁵	28	2,99	0,336		
İş Tatmini	Lise ¹	67	3,29	0,591	0,62	0,649
	Yüksekokul ²	166	3,29	0,719		
	Fakülte ³	60	3,41	0,692		
	Yüksek Lisans ⁴	29	3,38	0,675		
	Doktora ⁵	28	3,44	0,634		

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının kurumda kadrosuna göre farklılıklarını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 11’de görülmektedir. Tabloda görüleceğe üzere, sanal kaytarma boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,035$). Fark hemşire ($2,66\pm0,972$) ve yardımcı sağlık personeli ($2,48\pm0,819$) kadrosundan kaynaklanmaktadır. Bu bulguya göre hemşire olarak kurumda çalışan sağlık personelin sanal kaytarma algısı, yardımcı sağlık personeli olarak kurumda çalışan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek düzeydedir. Örgütsel bağlılık ($p=0,299$) ve iş tatmini ($p=0,502$) boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Kadrosuna Göre Farklılıklar

Ölçekler	Değişken	n	Ort.	S.S.	F	p
Sanal Kaytarma	Doktor ¹	29	2,07	0,733	2,613	0,035 2>3 p=0,01
	Hemşire ²	31	2,66	0,972		
	Y. Sağlık	111	2,48	0,819		
	Hasta Danışmanı ⁴	22	22	0,794		
	Hasta Kayıt	157	2,47	0,847		
Örgütsel Bağlılık	Doktor ¹	29	2,98	0,346	1,227	0,299
	Hemşire ²	31	3,26	0,542		
	Y. Sağlık	111	3,09	0,529		
	Hasta Danışmanı ⁴	22	3,05	0,757		
	Hasta Kayıt	157	3,09	0,472		
İş Tatmini	Doktor	29	3,38	0,658	0,838	0,502
	Hemşire ²	31	3,53	0,574		
	Y. Sağlık	111	3,3	0,691		
	Hasta Danışmanı ⁴	22	3,26	0,773		
	Hasta Kayıt	157	3,32	0,683		

Tablo 12’de çalışmaya katılan sağlık çalışanının hizmet sürelerine göre tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Sanal kaytarma boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,945$). Örgütsel bağlılık boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,024$). Fark, 10-15 yıl ($3,26\pm0,527$) ve 7-9 ($3,18\pm0,567$) hizmet süresi olan sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Bu bulguya göre 10-15 yıl kurumda hizmet süresi olan sağlık çalışanının örgütsel bağlılık algısı 7-9 yıl kurumda hizmet veren sağlık çalışanının örgütsel bağlılık algısına göre daha fazladır. İş tatmini boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir

($p=0,022$). Fark, 10-15 yıl ($3,53\pm0,709$), 4-6 yıl ($3,42\pm0,602$) hizmet süresi olan sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Bu bulguya göre, 10-15 yıl hizmet süresi olan sağlık çalışanın iş tatmini algısı 4-6 yıl hizmet süresi olan sağlık çalışanın iş tatmini algısına göre daha fazladır.

Tablo 12. Katılımcıların Hizmet Süresine Göre Farklılıklar

Ölçekler	Değişken	n	Ort.	S.S.	F	P Post Hoc
Sanal Kaytarma	1-3 ¹	149	2,52	0,85	0,188	0,945
	4-6 ²	96	2,43	0,777		
	7-9 ³	49	2,47	0,884		
	10-15 ⁴	42	2,46	0,989		
	16 ^{≥5}	13	2,47	0,688		
Örgütsel Bağlılık	1-3 ¹	149	3	0,481	2,849	0,024 3-4 p=0,02
	4-6 ²	96	3,13	0,507		
	7-9 ³	49	3,18	0,567		
	10-15 ⁴	42	3,26	0,527		
	16 ^{≥5}	13	3,12	0,465		
İş Tatmini	1-3 ¹	149	3,21	0,687	2,911	0,022 2-4 p=0,000
	4-6 ²	96	3,42	0,602		
	7-9 ³	49	3,32	0,723		
	10-15 ⁴	42	3,53	0,709		
	16 ^{≥5}	13	3,53	0,694		

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, özel hastanelerde sağlık çalışanlarının kurumda gösterdiği sanal kaytarma davranışlarının örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin sanal kaytarma davranışlarının, örgütsel bağlılık ve iş tatmini algısında farklılık oluşturup oluşturmadığı da tartışılmıştır.

Çalışmada katılımcıların sanal kaytarma algısının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde; Akca (2013)'nin yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların iş dışı internet kullanımı araştırılmış, sanal kaytarma davranışı algısının zayıf olduğu bulunmuştur. Arık (2016), Demir vd., (2017), Özudoğru ve Yıldırım (2020) tarafından yapılan çalışmalarda da katılımcıların sanal kaytarma düzeyleri araştırılmış ve sanal kaytarma algılarının az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada katılımcıların örgütsel bağlılık algısının orta seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde; Yücel (2020), Tetik (2012), Aydın ve Alacahan (2023) tarafından yapılan çalışmalarda da çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri araştırılmış ve örgütsel bağlılık düzeylerinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi çalışanın yöneticisi ya da çalışma arkadaşları ile kurduğu iletişimin çok kuvvetli olmamasına dayanabilir. Çalışma şartlarının çalışanın isteklerini karşılamadığı sonucunda örgütsel bağlılığın kuvvetli olmadığı sonucuna da ulaşılabilir. Maaş politikasının düşük olması da örgütsel bağlılığın orta seviyede çıkmasına büyük bir etken olarak görülebilir. Çalışmada katılımcıların iş tatmini algısının orta seviyede olduğuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde; Yücel (2020), Şahin ve Çankır (2018) tarafından yapılan çalışmalarda da katılımcıların iş tatmini algıları orta seviyededir. Literatürde çeşitli özel sektör çalışanlarına yapılan araştırmalarda da katılımcıların iş tatmini algılarının orta seviyede olduğu tespit edilmiştir (Pelit ve Öztürk, 2010). Çalışma hayatında yılları olan çalışanların iş doyumuna ulaştıktan sonra sanal kaytarmaya az da olsa yönelmeleri beklenebilir. İş doyumunun orta seviyede olması çalışmaların mutsuz çalışmasına sebep olabilir. Mutsuz çalışan personelin performansı düşer ve bu düşüş yapılan işin verimini olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışmada sanal kaytarma ile örgütsel bağlılık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre katılımcıların sanal kaytarma algısı arttıkça örgütsel bağlılığı artmaktadır. Literatürde sanal kaytarma davranışı ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen

çalışmalar bulunmaktadır. Candan ve İnce (2016)'nin yapmış olduğu çalışmada örgütsel bağlılık ve sanal kaytarma arasındaki pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Alhas (2023), Niaei vd. (2014), Garrett ve Danziger (2008a), Aladwan vd. (2021)'nin yapmış olduğu araştırmalarda, sanal kaytarma ve örgütsel bağlılığın tüm boyutları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi, örgütsel bağlılığı fazla olan çalışanların yaptığı işi severek yapması, yöneticisi ve çalışma arkadaşları ile iyi geçinmesi, fikirlerine saygı duyulması ve örgütün çalışanına verdiği güven duygusundan kaynaklı olabilir. Çalışanın eğitim seviyesinin yüksek olması ve her daim de gelişime açık olması da örgütsel bağlılığın artması adına önemli etkenler arasındadır.

Çalışmada sanal kaytarma ile iş tatmini arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre katılımcıların sanal kaytarma algısı arttıkça iş tatmini artmaktadır. Benzer şekilde İzmir'de 753 personel üzerine yapılan bir araştırmada ve Stanton (2002), Gezer ve Barutçu (2020), Özdemir, (2016), Halilintara ve Sobirin, (2022), Egenius vd., (2020) tarafından yapılan araştırmalarda da sanal kaytarma davranışı ile iş tatmini arasında zayıf ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi, çalışanın yoğun iş temposunda belirli aralıklarla molalar vererek dikkatini başka işler ile meşgul etmesi, yaptığı işe tekrar dönüş sağladığında daha çok odaklanıp verimli bir performans sergilemesinden kaynaklanabilir.

Çalışmada örgütsel bağlılık ile iş tatmini arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre katılımcıların örgütsel bağlılığı arttıkça iş tatmini artmaktadır. İqbal vd., (2016) çalışmasında kamu ve özel sektör hastanelerindeki hemşirelerin örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmanın sonucunda ilgili hastanelerdeki hemşirelerin duygusal bağlılığının iş tatmini ile anlamlı derecede pozitif yönde ilişkili olduğunu sürekli bağlılığın ise iş tatmini ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığını göstermiştir. Örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanların iş tatminin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Karataş ve Güleş (2010), Suma ve Lesha (2013), Hoş ve Oksay, (2015), Stroh vd., (2002), Türkoğlu, (2011) tarafından yapılan çalışmalarda da örgütsel bağlılık ile iş tatmini arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Örgütsel bağlılık, çalışma ortamı kapsamında olumlu ve duygusal bir tepki olarak görülebilir. Çalışanların içinde bulundukları örgütün hedeflerine, amaçlarına ve değerlerine olan inançlarının çok kuvvetli olduğu durumlarda veya kurum içinde kalma istek ve hedeflerinin çok güçlü olduğu durumlarda ortaya çıkabilir. Bu ve benzeri durumlarda örgütsel bağlılık düzeylerinde meydana gelecek artışlar duygusal bir tepki şeklinde iş tatmin düzeylerini de artırabileceği düşünülmektedir (Örücü vd., 2010).

Çalışmada sanal kaytarmanın örgütsel bağlılık üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre sanal kaytarma, örgütsel bağlılığı arttırmaktadır. Benzer şekilde; Gedik ve Üstüner (2017), Tett ve Meyer (1993), Shin ve Reyes (1995) tarafından yapılan çalışmalarda da sanal kaytarmanın örgütsel bağlılık üzerinde pozitif yönde bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi, iş stresine daha yatkın olabilecek çalışanların sanal kaytarma yoluyla stresini azaltmaya çalışacak olması ve bu durumunda örgütsel bağlılıklarını etkileyebilecek olmasından kaynaklanabileceği düşüncesidir.

Çalışmada sanal kaytarmanın iş tatminin üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre sanal kaytarma iş tatminini arttırmaktadır. Benzer şekilde; Aghaz ve Sheikh (2016), McBride vd., (2015), Coker, (2011), Vitak vd. (2011), Garrett ve Danziger, (2008b), Chun ve Bock'ın (2006) yapmış olduğu çalışmalarda da sanal kaytarma davranışının iş tatminini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebi, çalışanın yoğun iş temposunda ara ara molalar vererek dikkatini başka işler ile meşgul etmesi, yaptığı işe tekrar dönüş sağladığında daha çok odaklanıp verimli bir performans sergilemesine ve iş tatmininin artmasına neden olabileceği düşüncesidir.

Çalışmada cinsiyet bakımından sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Demirtaş ve Çağan (2021)'in yapmış olduğu çalışmada iş tatmini ve örgütsel bağlılık boyutunda anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte Demirtaş ve Çağan (2021)'in yapmış olduğu çalışmada iş doyumunun cinsiyete göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda anlamlı bir fark olmadığı sonucuna

ulaşılmıştır. Mohammed ve Eleswed (2013)'in yapmış olduğu çalışmada da örgütsel bağlılığın cinsiyet bakımından anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlemlenmiştir. Bunun sebebi, erkeklerin internette vakit geçirme süresi kadınlara oranla daha fazla olabilir. Bundan dolayı erkekler kadınlara oranla daha fazla sanal kaytarma davranışına yönelebilir.

Çalışmada medeni durum bakımından sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Benzer şekilde; Karakaş ve Gökmen (2018), Saracel vd., (2016)'nin yapmış olduğu çalışmada da çalışanların iş tatmini boyutunda medeni duruma göre bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ağırbaş (2019), Çankır (2019) ve Çalışkan (2016) tarafından yapılan çalışmalarda çalışanların örgütsel bağlılığının medeni duruma göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunu sebebinin günümüzde bireylerin sorumluluk bilincinin yüksek olmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada yaş değişkeni açısından sanal kaytarma ve iş tatmini boyutunda anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde; birçok yapılan çalışmada yaş değişkeni araştırıldığında örgütsel özdeşleşme ve iş doyumunu düzeyleri açısından anlamlı farklılığa ulaşılmamıştır. Farklı çalışmalarda farklı sonuçlarında ortaya çıktığı görülmüştür. Ünal vd. (2001) tarafından hekimler üzerinde yapılan çalışmada yaşlı olmanın iş doyumunu artırıcı etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte Linn vd., (1985)'in yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır. Çalışmada yaş bakımından örgütsel bağlılık boyutunda anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaş ilerledikçe örgütsel bağlılığın arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak literatürde iş doyumunu ve yaş arasında anlamlı farklılık olmadığı yönünde bulgular ortaya koyan çalışmaların varlığı da gözlemlenmiştir (Avşaroğlu vd., 2005; Dinham ve Scott, 1998). Bunun sebebi, tecrübesi fazla ve belli bir olgunluğa erişmiş çalışanların, sanal kaytarmaya yönelmediği ve iş doyumunun fazlasıyla olduğu görülmüştür. Bunun dışında yıllardır aynı işte çalışan personelin tükenmişlik yaşayıp sanal kaytarmaya yönelebildiği ve iş doyumunu boyutunda negatif yönde etkilendiği de düşünülebilir.

Çalışmada öğrenim durumu bakımından sanal kaytarma boyutunda anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça sanal kaytarma davranışını gösterme sıklığı da artmaktadır. Benzer şekilde; Kaplan ve Çetinkaya (2014), Garrett ve Dangizer (2008a)'in yapmış olduğu çalışmalarda da eğitim seviyesinin sanal kaytarma boyutuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe sanal kaytarma davranışını gösterme sıklığı da yükselmektedir. Bununla birlikte Sarica (2019) tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesi düşük olanların sanal kaytarma algısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada öğrenim durumu bakımından örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Bakshi vd., (2011) tarafından yapılan çalışmada da fark bulunmamıştır. Bunun sebebinin çalışmanın uygulandığı örneklem grubundan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kadro durumu bakımından sanal kaytarma boyutunda anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşire olarak hizmet veren çalışanın sanal kaytarma algısı, yardımcı sağlık personeli olarak hizmet veren çalışana göre daha yüksektir. Benzer şekilde; Özkalp vd. (2012)'in yapmış olduğu çalışmada, akademik olarak çalışan personelin sanal kaytarma davranışlarını daha fazla yaptıkları görülmüştür. Garrett ve Dangizer (2008a)'in yapmış olduğu çalışmada da eğitim seviyesi yüksek çalışanların sanal kaytarma davranışlarını daha fazla yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada kadro durumu bakımından örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan birçok çalışmada kadro duruma göre sanal kaytarma, örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda bir farklılık bulunmamıştır. Bunun sebebi, kadro durumuna bakıldığında hekimin, yöneticinin veya bir liderin, sanal kaytarma algısının alt kadrolara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmada hizmet süresi bakımından örgütsel bağlılık ve iş tatmini boyutunda anlamlı fark bulunmaktadır. Uzun yıllar hizmet veren çalışanın örgütsel bağlılık ve iş tatmini algısı daha kısa süreli hizmet veren çalışana göre daha yüksektir. Sanal kaytarma boyutunda anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Türkçapar (2012), Avşaroğlu vd. (2005), Karataş ve Güleş (2010) tarafından yapılan çalışmalarda da iş tatmininin uzun yıllar hizmet verdikçe arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun

sebebi, çalışanların meslekte geçirdiği süresi arttıkça örgütsel bağlılık ve iş doyumu da artabilir. Buna bağlı olarak sanal kaytarma algısı düşebilir.

Bu çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, sanal kaytarma örgütsel bağlılığı pozitif yönde etkilemektedir. Örgütsel bağlılığı yüksek çalışanlar, kurumların menfaatleri için daha özverili ve kaliteli bir iş ortaya koyarlar. Normal şartlarda örgüte bağlı çalışanların sanal kaytarma algısının düşük düzeyde olması gerekir. Fakat çalışmada örgütsel bağlılık arttıkça, sanal kaytarma algısı da artış göstermiştir. Bunun nedenleri; stres altında yoğun iş temposunda çalışan personelin ara ara verdiği molalar yaptığı işi daha fazla sahiplenmesine neden olabilir. Verdiği molalar sayesinde kafası dinlenmiş bir şekilde yaptığı işe odaklanabilir. Odaklandığı işte de daha verimli ve kaliteli işler ortaya koyabilir. Tam tersi durumda, çalışana hiçbir hak tanımadan, katı kurallar ile onları yönetmek sert politikalar uygulamak motivasyonu düşürebilir. Motivasyonu düşen çalışan yaptığı işi sahiplenmeyebilir ve bundan dolayı yaptığı işin kalitesi ve verimliliği büyük oranda düşebilir. Bu durumda çalışanın örgütsel bağlılığı düşebilir ve sanal kaytarma algısı da artabilir. Ulaşılan bir diğer sonuç ise sanal kaytarma iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir. Bunun nedeni personelin, motivasyonun düşmesi, tek düze bir iş hayatında çalışması, yaptığı işi tüm ayrıntıları ile deneyimleyip uyguladıktan sonra farklı işler üretmek istemesine bağlı olabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, personelin örgütsel bağlılığı ve iş tatminini artırarak sanal kaytarma davranışını en aza düşürmek adına; internet kullanımı için farklı metotlar düşünülmesi, çalışana mola sürelerinde motive edici etkinlikler düzenlenmesi, bireysel çalışma yerine takım çalışmasının teşvik edilmesi, katılımcı yönetim anlayışının benimsenmesi, ihtiyaçlar doğrultusunda eğitimlerin düzenlenmesi ve performansa dayalı adil bir ücret politikasının oluşturulması önerilmektedir.

Araştırma yalnızca İstanbul ilinde bulunan dört özel hastanenin personeli üzerinde gerçekleştiği için çalışmada yer alan konuyla ilgili genelleme yapılması mümkün olmamaktadır. Bu çalışmada, gelecek zamanlarda diğer özel ve kamu hastanelerindeki sağlık çalışanlarının da dahil olduğu kapsamlı yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir. Bundan sonra sanal kaytarma davranışları, örgütsel bağlılık ve iş tatmini ile ilgili farklı sebep ve sonuçlar ortaya çıkarabilecek yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Çalışma için İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 2022/12-945 sayı ile izin alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Abdillah, M.A., & Herawati, J. (2023). Pengaruh kepemimpinan demokrasi, keadilan organisasi dan kepuasan kerja terhadap komitmen organisasi di cafe basa-basi yogyakarta. *Seminar Psikologi Universitas*, 23(1), 3283-3288.
- Aghaz, A., & Sheikh, A. (2016). Cyberloafing and job burnout. *Journal Computer Human Behavior*, 62, 51-60.
- Ağırbaş, Ö. (2019). Presenteizm ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: spor genel müdürlüğü çalışanları üzerine bir araştırma. *Business & Management Studies:China-An International Journal*, 7(4), 1291-1310.
- Akca, A. (2013). Okul yöneticilerinin iş dışı internet kullanım (siber aylıklık) davranışlarının incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Akıncı, Z. (2002). Turizm sektöründe iş gören iş tatminini etkileyen faktörler: beş yıldızlı konaklama işletmelerinde bir uygulama. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(4), 1-25.

- Aladwan, A.M., Muala, A.L. & Salleh, S.H. (2021). Cyberloafing as a mediating variable in the relationship between workload and organizational commitment. *Management Science Letters*, 11(3), 1013-1022.
- Alemayehu, D., Ololo, S. & Siraneh, Y. (2021). Organizational commitment and Associated factors among Health Professionals Working in Public Health Facilities of Benchsheko Zone Southwest Ethiopia. In.: Research Square.
- Alhas, F. (2023). Sanal kaytarmanın bir nedeni örgütsel bağlılığın azalması mıdır? *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), 156-184.
- Allen, N.J., & Meyer, J.P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity. *Journal Of Vocational Behavior*, 49(3), 252-276.
- Anandarajan, M., Simmers, C. A., & D'ovidio, R. (2011). Exploring The underlying structure of personal web usage in the workplace. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 14(10), 577-583.
- Andel, S.A., Kessler, S.R., Pindek, S., Kleinman, G. & Spector, P.E. (2019). Is cyberloafing more complex than we originally thought? Cyberloafing as a coping response to workplace aggression exposure. *Computers in Human Behavior*, 101, 124-130.
- Arık, M. (2016). Eğitim fakültelerinde çalışan öğretim elemanlarının sanal kaytarma düzeylerinin yordayıcısı olarak örgüt iklimi İstanbul ili örneği. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Askew, K. (2014). Explaining cyberloafing: the role of the theory of planned behavior. *Computers in Human Behavior*, 36, 510-519.
- Askew, K., Buckner, J.E., Taing, M.U., Ilie, A., Bauer, J.A. & Coover, M.D. (2014), Explaining cyberloafing: the role of the theory of planned behavior. *Computers in Human Behavior*, 36, 510-519.
- Avşaroğlu, S., Deniz, M.E. & Kahraman, A. (2005). Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (14), 115-129.
- 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.
- Bakshi, J, Sharma, K, & Kumar, M. (2011). Organizational commitment as predictor of organizational citizenship behavior. *European Journal of Business and Management*, 3(4), 78-87.
- Barlı, Ö. (2008). *Davranış bilimleri ve örgütlerde davranış*. Aktif Yayınevi.
- Batabyal, S.K., & Bhal, K.T. (2020), Traditional cyberloafing, mobile cyberloafing and personal mobile-internet loafing in business organizations: exploring cognitive ethical logics. *Journal of Information, Communication and Ethics in Society*, 18(4), 631-647.
- Baycan, A. (1985). Analysis of several aspects of job satisfaction between different occupational groups. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

- Blanchard, A.L. & Henle, C.A. (2008). Correlates Of different forms of cyberloafing: the role of norms and external locus of control. *Computers in Human Behavior*, 24(3), 1067-1084.
- Candan, H., & İnce, M. (2016). Siber kaytarma ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik emniyet çalışanları üzerine bir araştırma. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 229-235.
- Carmeli, A. (2005). Exploring determinants of job involvement: an empirical test among senior executives. *International Journal Of Manpower*, 26(5), 457-472.
- Chen, S.Y., Wu, W.C., Chang, C.S., Lin, C.T., Kung, J.Y., Weng, H.C., Lin, Y.T., & Lee, S.I. (2015). Organizational justice, trust, and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff. *BMC Health Serv Res*, 15, 363.
- Chun, Z.Y. & Bock, G. (2006). Why employees do non-work-related computing: an investigation of factors affecting nwrc in a workplace. *The Tenth Pacific Asia Conference On Information Systems, PACIS*.
- Coker, B.L.S. (2011). Freedom to surf: the positive effects of workplace internet leisure browsingintwe, *New Technology Work and Employment*, 11, 238-247.
- Çalışkan, Z. (2016). Kamu hastane birlikleri performansının pabón lasso modeli ile analizi. *Sosyal Güvence*, 10, 1-24.
- Çankır, B. (2019). Örgütlerde duygusal bağlılık ve performans ilişkisi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 155-177.
- Çavuşoğlu, S., & Palamutçuoğlu, B.T. (2017). İş tatmininin sanal kaytarma üzerindeki etkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(19), 430-444.
- Davis, K. (1982). *Human Behavior At Work*. New Delhi.
- Demir, İ.B., Ürek, D., & Uğurluoğlu, Ö. (2017). Sağlık çalışanlarının sanal kaytarma davranışlarının işte üretkenliklerine etkisi. *Online Academic Journal of Information Technology*, 8(30), 291-303.
- Demirtaş, Z. & Çağan, H. (2021). Öğretmenlerin örgütsel çekicilik ile iş doyumu algıları arasındaki ilişki. *Elektronik Eğitim Bilimleri Dergisi*, 10(20), 295-309.
- Dewi, I.A.A.S., Padnyawati, K.D., & Pramuki, N.M.W.A. (2023). *Pengaruh Profesionalisme Dan Locus Of Control Terhadap Kinerja Badan Pengawas Lembaga Perkreditan Desa Se-Kabupaten Badung*. 119–130.
- Dinham, S., & Scott, C. (1998). An international comparative study of teacher satisfaction, motivation and health: Australia, England and New Zealand. *Paper Presented At The American Educational Research Association*, 81-84.
- Doorn, O.V.N. (2011). Cyberloafing: a multi-dimensional construct placed in a theoretical framework, *Master Thesis*.
- Egenius, S., Triatmanto, B., & Natsir, M. (2020). The effect of job satisfaction on employee performance through loyalty at credit union (cu) corporation of east kutai district, east kalimantan. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*, 7(10). 480-489.
- Fındıklı, M. (2016). Sanal kaytarma ve iş performansı ilişkisi: sağlık ve tekstil sektörü çalışanlarının karşılaştırılması. *International Journal Of Social Inquiry*, 9(1), 33-62.

- Garrett, R.K. & Danziger, J.N. (2008). On cyberslacking: workplace status and personal internet use at work. *Cyberpsychology & Behavior*, 11(3): 287-292.
- Garrett, R.K., & Danziger, J.N. (2008). Disaffection or expected outcomes: Understanding personal internet use during work. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 937-958.
- Gedik, A. & Üstüner, M. (2017). Eğitim örgütlerinde örgütsel bağlılık ve iş doyumunu ilişkisi: Bir meta analiz çalışması. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 41-57.
- Gemmill, G.R., & Heisler, W.J. (1972). Machiavellianism as a factor in managerial job strain, job satisfaction, and upward mobility. *Academy of Management Journal*, 15(1), 51-62.
- George, D., & Mallery, P. (2010). SPSS For Windows Step by Step. Boston: A Simple Guide and Reference.
- Gezer, H. & Barutçu, E. (2020). Sanal kaytarma ile iş tatmini arasındaki ilişkiye yönelik bir araştırma. *İnternet Uygulamaları ve Yönetimi Dergisi*, 11(1), 35-48.
- Halilintara, R., & Sobirin, A. (2022). *The influence of training and organizational commitment on employee performance through. Job Satisfaction*. 1(5), 1-22.
- Henle, C., & Blanchard, A. (2008). The interaction of work stressors and organisational sanctions on cyberloafing. *Journal of Managerial Issues*, 20(3), 383-400.
- Hicks, H. & Gullett, R. (1975). *The Management of Organizations*. McGraw Hill.
- Hoş, C., & Oksay, A. (2015). Hemşirelerde örgütsel bağlılık ile iş tatmini ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(4), 1-24.
- İbrahimağaoğlu, Ö. (2019). Sanal kaytarma ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi: reklamcılık ve bankacılık sektörü işgörenlerine yönelik bir araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(40), 230-257.
- İqbal, K., Siddig, A. & Takreem. K. (2016). Job satisfaction and organizational commitment: a case study of hospitals in pakistan peshawar. *Journal Of Psychology And Behavioral Sciences*, 2(2), 197.
- Kaplan, M. & Çetinkaya, A.Ş. (2014). Sanal kaytarma ve demografik özellikler açısından farklılıklar: otel işletmelerinde bir araştırma. *Turizm Araştırmaları Dergisi*, 25(1), 26-34.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakaş, A. & Gökmen, G. (2018). Kamu çalışanlarında iş tatmini, duygusal emek ve iş stresi: Konya’da bir araştırma. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(3),99-127.
- Karataş, S., & Güleş, H. (2010). İlköğretim okulu öğretmenlerinin iş tatmini ile örgütsel bağlılığı arasındaki ilişki. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 74-89.
- Köroğlu, Ö. (2012). İçsel ve dışsal iş doyum düzeyleri ile genel iş doyum düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi: turist rehberleri üzerinde bir araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13(2), 275-289.
- Lim, V. K. G., & Teo, T. S. H. (2005). Prevalence, perceived seriousness, justification and regulation of cyberloafing in singapore: an exploratory study. *Information and Management*, 42(8), 1081-1093.

- Lim, V.K.G. (2002). The it way of loafing on the job: cyberloafing, neutralizing and organizational justice. *Journal of Organizational Behavior*, (23), 675-694.
- Linn, L. S., Yager, J., & Cope, D. (1985). Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*, 254(19), 2775-2782.
- Lowe-Calverley, E., & Grieve, R. (2017). Web of deceit: relationships between the dark triad, perceived ability to deceive and cyberloafing. *Cyberpsychology*, 11(2), 5.
- McBride, D., LeVasseur, S.A. & Li, D. (2015). Nursing performance and mobile phone use: are nurses aware of their performance decrements?. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4797662/>.
- Miller, D., & Lee, J. (2001). The people make the process: Commitment to employees, decision making, and performance. *Journal of Management*, 27(2), 163-189.
- Mohammed, F., & Eleswed, M. (2013). Job satisfaction and organizational commitment: a correlational study in Bahrain. *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 3(5), 43-53.
- Muhtarom, A., Suprpto, H., & Sa'adah, F. (2021). Pengaruh locus of control, organizational commitment, dan perilaku cyberloafing terhadap kinerja pegawai di era kebiasaan baru (studi pada pegawai perumda bpr. bank daerah lamongan). *Jurnal E-Bis (Ekonomi-Bisnis)*, 5(1), 115-125.
- Niaei, M., Peidaei, M.M., & Nasiripour, A.A. (2014). The relation between staff cyberloafing and organizational commitment in organization of environmental protection. *Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*, 3(7), 59-71.
- O'reilly, C. & Caldwell, D.F. (1981). The commitment and job tenure of new employees: some evidence of postdecisional justification. *Administrative Science Quarterly*, 26.
- Özler, D.E., & Polat, G. (2012). Cyberloafing phenomenon in organizations: determinants and impacts. *International Journal of EBusiness and EGovernment Studies*, 4(2), 1-15.
- Örücü, E., Kılıç, R., & Şimşir, S. (2010). Organizasyonlarda iş tatmini uygulamaları ve örgütsel bağlılığa etkisi üzerine bir araştırma. *Balıkesir Üniversitesi Bandırma İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 13, 1-14.
- Özdemir, A. (2016). Sanal kaytarmanın iş tatmini üzerine etkisi: Aksaray üniversitesi örneği. Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Özkalp, E., Aydın, U., & Tekeli, S. (2012). Sapkın örgütsel davranışlar ve çalışma yaşamında yeni bir olgu: sanal kaytarma ve iş ilişkilerine etkisi. *Çimento Endüstrisi İşverenleri Sendikası*, 18-33.
- Özüdoğru, M., & Yıldırım, Y.T. (2020). Sanal kaytarma ve işgören performansı ilişkisinde iş stresinin düzenleyici etkisinin incelenmesi: sağlık sektöründe bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 467-490.
- Pardede, J., Mariatin, E., & Ginting, E.D.J. (2024). The impact of organizational commitment and job satisfaction on cyberloafing to employees. *Quest Journals Journal of Research in Humanities and Social Science*, 12(6), 83-88.
- Pelit, E., & Öztürk, Y. (2010). Otel işletmeleri işgörenlerinin iş doyum düzeyleri: sayfiye ve şehir otel işletmeleri iş görenleri üzerinde bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 43-72.

- Porter E. (1974). The contributions of industrial organization to strategic management. *The Academy Of Management Review*, 6(4), 609-620.
- Prasad S., Lim V. K. & Chen D.J. (2010). Self-Regulation, individual characteristics and cyberloafing. *Pacific Asia Conference on Information Systems*.
- Rahmawati, I., Wijono, D., & Nurani, P.A. (2024). The influence of cyberloafing behavior, organizational commitment, and locus of control on employee performance through job satisfaction as a mediating variable at cv. maketees industries. *Atlantis Press*, 46-51.
- Sabuncuoğlu, Z., & Tüz, M. (2005). Örgütsel psikoloji. Alfa Aktüel Basım Yayın.
- Saracel, N. Taşseven, Ö. & Kaynak, E. (2016). Türkiye’de çalışan y kuşağında iş tatmini motivasyon ilişkisi. *Social Sciences Research Journal*, 5(1), 50-79.
- Sarıca, H. (2019). Öğretmenlerin siber kaytarma davranışları ile işe tutkunluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi*. Denizli.
- Shin, H. S. & Reyes, P. (1995). Teacher commitment and job satisfaction: A causal analysis. *Journal of School Leadership*, 5(1), 22-39.
- Sofyanty, D., & Supriyadi, T. (2021). Cyberloafing ditinjau dari kontrol diri dan kepuasan kerja. *Jurnal Kajian Ilmiah*, 21(2), 135-146.
- Stanton, J.M. (2002). Company profile of the frequent internet user. *Communications of the ACM*, 45(1), 55-59.
- Suma, S. & Lesha, J. (2013). Job satisfaction and organizational commitment: The case of Shkodra municipality. *European Scientific Journal*, 9(17), 41-51.
- Şahin, S., & Çankır, B. (2018). İş tatmininin iş performansına etkisinde çalışmaya tutkunluğun aracı rolü: satış ve pazarlama sektöründe bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 17, 389-402.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. USA: Pearson Education Limited.
- Tengilimoğlu, D. (2005). Hizmet İşletmelerinde liderlik davranışları ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 23-45.
- Tetik, S. (2012). Sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi*, 4(1), 275-286.
- Tett, R.P. & Meyer J.P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, 46(2), 259-293.
- Türkçapar, Ü. (2012). Beden eğitimi öğretmenlerinin farklı değişkenler açısından iş doyumunu düzeylerinin incelenmesi. *GEFAD*, 32(2), 331-346.
- Türkoğlu, H. (2011). İş tatmini, örgütsel bağlılık ilişkisi ve bir uygulama. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Ünal, S., Karlıdağ, R. & Yoloğlu, S. (2001). Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin yaşam doyumunu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 4, 113-118.

- Vitak, J., Crouse, J. & LaRose, R. (2011). Personal internet use at work: understanding cyberslacking. <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07475632>, (24.10.2016).
- Wasti, S.A. (2000). Meyer ve Allen'in üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik analizi. 8. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi*, 401-410
- Weiss, D.J., Dawis R.V., England G.W. & Lofquist L.H. (1967). Manual for the minnesota satisfaction questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 22.
- Yılmaz, A. & Dil, Ş.M. (2008). Örgüte bağlılık mı, bağımlılık mı? örgütsel bağlılığın boyutları ile iş tatmini ilişkisinin kamu sektöründe araştırılması. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 36, 113-132.
- Yoon, M.H., & Jaebeom, S. (2003). Organizational citizenship behaviours and service quality as external effectiveness of contact employees. *Journal of Business Research*, 56(8), 597- 611.
- Yücel, M.Y. (2020). Çalışanlarda örgütsel bağlılığın iş tatmini ve örgütsel sinizm ile ilişkisinin incelenmesi. Şanlıurfa organize sanayi bölgesinde çalışanlar üzerine bir araştırma. *Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep.

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN ÇEVRESEL STRESÖR ALGISI: KORONER YOĞUN BAKIM ÖRNEĞİ *

Gülcan AYDIN **
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI ***

ÖZ

Çalışma amacı, yoğun bakım ünitesi hastalarının çevresel stresörlere ilişkin algılarının belirlenmesidir. Tanımlayıcı kesitsel tipte olan araştırma örneklemini Mart 2019- Mart 2020 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 130 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 'Veri Toplama Formu' ve 'Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği' kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcıların çevresel stres algıları açıklayıcılarının belirlenmesi için çok değişkenli regresyon analizinden faydalanılmıştır. Bulgular: Hastaların, Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalaması $81,48 \pm 19,07$ 'dir. "Eş özlemi ($3,00 \pm 1,33$)" hastalarda en fazla stresör olarak algılanan faktördür. Hastaların stres algıları yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu ile açıklanmaktadır ($p < 0,05$). Yoğun bakım ünitelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin yanı sıra, hastaların algıladıkları çevresel stresin hastaların klinik seyirleri ve yoğun bakım tedavi süreleri üzerinde etkili olabilmektedir. Bu kapsamda yoğun bakım ünitelerindeki çevresel stresörlerin incelenmesi ve psikolojik etkilerinin yönetilmesi sağlık kurumlarında daha iyi klinik ve yönetsel sonuçların elde edilmesi için önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çevresel stresör, Yoğun bakım, Kardiyovasküler hastalıklar.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma 7. Uluslararası 17. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde özet bildiri olarak sunulmuştur.

** Uzman, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD, gulcan.aydin2@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-3140-7818>

*** Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, betulbolukbasi@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-3194-5528>

Gönderim Tarihi: 13.11.2024

Kabul Tarihi: 26.05.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Aydın, G., & Bölükbaşı, F.B. (2025). Yoğun Bakım Ünitelerinde Tedavi Gören Hastaların Çevresel Stresör Algısı: Koroner Yoğun Bakım Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(2), 209-222. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1584121>

PERCEPTION OF ENVIRONMENTAL STRESSORS BY PATIENTS RECEIVING TREATMENT IN INTENSIVE CARE UNITS: THE CASE OF CORONARY INTENSIVE CARE *

Gülcan AYDIN **
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI ***

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the perceptions of patients in intensive care units regarding environmental stressors. The sample of this descriptive cross-sectional study consisted of 130 patients treated in the Coronary Intensive Care Unit of a public hospital between March 2019 and March 2020. Data were collected using a "Data Collection Form" developed by the researchers based on the literature and the "Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale." Multiple regression analysis was used to identify the predictors of participants' perceptions of environmental stressors. The mean score on the Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale was 81.48 ± 19.07 . "Longing for spouse" (3.00 ± 1.33) was the item perceived as the most significant stressor among patients. Age, gender, and education level were found to be significant predictors of patients' stress perceptions ($p < 0.05$). In addition to the healthcare services provided in intensive care units, the environmental stress perceived by patients can impact their clinical course and duration of intensive care treatment. In this context, examining environmental stressors in intensive care units and managing their psychological effects are essential for achieving better clinical and administrative outcomes in healthcare organizations.

Keywords: Environmental stressor, Intensive care, Cardiovascular diseases.

ARTICLE INFO

* This study was presented as an abstract at the 7th International 17th National Health and Hospital Administration Congress.

** M.Sc., Hacettepe University, Institute of Social Sciences, Department of Healthcare Management, gulcan.aydin2@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-3140-7818>

*** Res. Assist., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Healthcare Management, betulbolukbasi@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-3194-5528>

Received: 13.11.2024

Accepted: 26.05.2025

Cite This Paper:

Aydın, G., & Bölükbaşı, F.B. (2025). Perception of environmental stressors by patients receiving treatment in intensive care units: the case of coronary intensive care. Hacettepe Journal of Health Administration, 28(2), 209-222. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1584121>

I. GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, hastaların sağlık sorunlarının karmaşıklığı, kullanılan tedavi yöntemleri ve çevresel özellikleri ile sağlık kurumlarının diğer hizmet birimlerinden farklılaşmaktadır. Tıbbi bakımla ilgili yüksek teknolojili karmaşık teknik donanımlar, karmaşık hasta bakım ihtiyaçları ile bir araya geldiğinde, yoğun bakım ortamında hastalar ve sağlık profesyonelleri için çevresel stres oluşumuna neden olabilmektedir (Yava vd., 2011). Yoğun bakım ünitelerinde hastaların ağız ve burunlarında bulunan tüpler, ağrı çekme, acil durumlar ve cihaz sesleri sebebiyle oluşabilen aşırı gürültü, personel konuşmaları geleneksel olarak hasta bakımı için gereken huzur ve sessizliğin aksi koşulları oluşturmaktadır. Bununla birlikte uyku bölünmeleri, sosyal izolasyon, hareketsizlik, gece-gündüz yöneliminde bozulma ve hastaların yapılan müdahaleler hakkında bilgi sahibi olamaması gibi faktörlerde, yoğun bakım ünitelerinde stres oluşturabilecek diğer özellikler olarak tanımlanmaktadır (Ballard, 1981; Cochran ve Ganong 1989, Cornock 1998, Hweidi 2007, Köksal vd., 2005, Taşdemir ve Özşaker 2007; Krampe vd., 2021). Ayrıca yoğun bakım hastaları, aldıkları tedavinin mekanik yönleri (endotrakeal entübasyon, mekanik ventilasyon vb.) ve bilişsel bozuklukları nedeniyle sıklıkla duygularını iletememektedir. Tüm bunlar ise hastalarda, kaygı bozukluğu ve depresyon gibi psikotik rahatsızlıklara yol açmaktadır (Gruenberg vd., 2006; Miranda-Ackerman vd., 2020; Türker ve Yazgan, 2024; Kutlu vd., 2016).

Needham'a göre, yoğun bakım hastalarında kaygı belirtileri diğer hastalara göre daha belirgin olabilmekte ve bu durum hastaların iyileşme sürecini etkileyebilmektedir (akt. Amos, 2013). McKinley ve diğerleri (2003) hastaların duygusal değişimlerinin tedaviye uyum ve tedavinin etkinliği üzerinde belirleyici olduğunu öne sürmektedir. Öte yandan, akut hastalığı olan kişilerde stres ve kaygının zararlı fizyolojik sonuçları da görülmektedir (Spielberger 1979; McKinley vd., 2003). Örneğin, miyokard enfarktüsünün hemen ardından anksiyete yaşayan hastaların hastanede fiziksel komplikasyon yaşama olasılığı ve yatış süreleri daha yüksektir (Moser ve Dracup 1996; McKinley vd., 2003). Yoğun bakım ünitesinde stres faktörlerindeki artış, hastaların kendi bakımlarına katılımlarını ve klinik durumlarına ilişkin algılarını olumsuz etkilemektedir (Duymaz ve Çulha, 2025).

Yoğun bakımda öncelikli amaç, hem tıbbi bakımın kalitesini artırmak hem de maliyetleri ve aşırı kaynak kullanımı azaltmak için kalış süresini azaltmaktır (Gruenberg vd., 2006). Moitra ve diğerlerine (2016) göre, yoğun bakımda kalış süresinin artması, hastalar için daha yüksek mortalite ile ilişkilidir. Bu kapsamda yoğun bakım stresinin yol açabileceği tüm bu olumsuz sonuçların önlenmesi için yoğun bakım ünitelerindeki yoğun bakım çevresel stresörlerinin belirlenmesi ve kontrol altına alınması hastalar ve sağlık kuruluşları açısından önem arz etmektedir. Ayrıca yoğun bakımlarda kalış süresinin azaltılması hastalar için daha olumlu bir yoğun bakım deneyimi sağlayacaktır (Dağcan Şahin ve Gürol Aslan, 2025).

Kardiyovasküler hastalıklar, 2019 yılında toplamda yaklaşık 33,3 milyon kişinin ölümüne neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında 17,9 milyon ölümden sorumlu olup, ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır (World Health Organization, 2023). Türkiye'de de ölüm nedenleri arasında dolaşım ve iskemik kalp hastalıkları ilk sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Özellikle şiddetli seyreden durumlarda, sürekli izlem gerekliliği nedeniyle kardiyovasküler hastalıklarda yoğun bakım ihtiyacı oldukça fazla olmakta (Kasaoka, 2017) ve hastane bakımı, kardiyovasküler hastalıklarla ilgili sağlık harcamalarının %60'ını oluşturmaktadır (Luengo Fernandez, 2024).

Bu çalışmada, mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenleri arasında yer alan kardiyovasküler hastalıklara ilişkin tedavi süreçlerinin bir parçası olan koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, bir kamu hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların algıladıkları çevresel stresör düzeyini ve bu stres düzeyinin belirleyicilerini tespit etmek amacıyla; tanımlayıcı tipte kesitsel desende gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın problem cümlesini “Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresör algılarını etkileyen faktörler nelerdir? sorusu oluşturmaktadır. “Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaş, cinsiyet ve öğrenim durumları çevresel stresör algılarını etkiler mi? sorusu ise bu probleme ait alt problem cümlesini oluşturmaktadır.

Araştırma evreni, Mart 2019- Mart 2020 tarihleri arasında söz konusu koroner yoğun bakım ünitesinde hizmet almış olan 1315 hastadan oluşmaktadır. Kaynak kısıtlılığı nedeni ile araştırma kapsamında örneklem hesaplaması yapılmış olup $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$ gerekli örneklem büyüklüğü 298 kişi olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılan parametreler aşağıdaki verilmiştir:

n: örneklem büyüklüğü

N (evren): 1315

t (%5 hata düzeyinde teorik t tablo değeri): 1,96

p (olayın gerçekleşme olasılığı, heterojen popülasyon): 0,5

q (olayın gerçekleşmeme olasılığı, heterojen popülasyon): 0,5

d (Olayın görülüş sıklığına (p) ilişkin öngörülen + yanılma payı): 0,05

Yoğun bakım ünitesinde en az 24 saat, en fazla 72 saat yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 130 hastaya ulaşılmıştır. Anket araştırmalarında geri dönüş oranının (response rate) %80 ve üzerinde olması (Fincham, 2008) beklenmekle birlikte, bu çalışmada araştırmanın bir sınırlılığı olarak, iletişimi engelleyen nörolojik ve/veya psikotik bozukluğu olan (Garcez Leme vd., 2023; McGuire vd., 2000), 72 saatten uzun süre yoğun bakım ünitesinde kalan (yoğun bakım sendromu gelişebileceğinden) hastalar araştırmaya dahil edilememiştir. Yoğun bakım sendromu, McKegney (1966; akt. Granberg vd., 1996) tarafından, yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda görülen, zihinsel işlevlerde bozulmaya neden olan akut organik beyin sendromu olarak tanımlanmıştır. Literatürde yer alan araştırmalar yoğun bakım sendromunun genellikle üç günden fazla yoğun bakım ünitesinde kalan hastalarda ortaya çıktığını göstermektedir (Ballard, 1981; Egerton ve Kay, 1964; Kumar vd., 2022; Shamsizadeh vd., 2022; Kavasoğlu vd., 2015).

Araştırma kapsamında verilerin toplanmasında kullanılan soru kağıdı, Hasta Tanıtım Formu ve Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stres Kaynakları Ölçeği (YBÜÇSÖ) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Hasta Tanıtım Formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik soruları içermektedir. 42 sorudan oluşan YBÜÇSÖ; Ballard (1981) tarafından hasta ve hemşirelerin stresörleri algılamalarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş, Cochran ve Ganong (1989) tarafından revize edilmiştir. Ölçek dörtlü derecelidir (1: Hiç etkilemez- 4: Çok fazla etkiler).

Ölçeğin 42 maddelik bu formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çınar ve diğerleri (2011) tarafından gerçekleştirilmiş ve iç tutarlılık için Cronbach alfa değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma için Cronbach alfa katsayısı ise 0,88 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 42, en yüksek puan 168’dir. Puanın yüksek olması, algılanan çevresel stresörlerin hastalar üzerindeki olumsuz etkilerinin arttığını göstermektedir (Çınar vd., 2011). Ölçek 42 sorudan oluşan ve toplam puan üzerinden değerlendirilen ve farklı boyutların bulunmadığı bir ölçüm aracıdır. Çalışma kapsamındaki gözlem sayısının fazla olmaması nedeni ile doğrulayıcı faktör analizine yer verilememiştir. Bununla birlikte araştırmanın yapıldığı sağlık kurumunda ölçüm aracının araştırılan konuyu geçerli şekilde ölçüp ölçmediği ile ilgili uzmanlardan birebir görüşmeler yolu ile görüş alınmış, ölçüm aracının konuyu ölçmede yeterli olduğuna dair geri bildirim alınmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yolu ile toplanmıştır. Veri analizinde IBM SPSS paket programı kullanılmıştır. Çalışma kapsamında katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bulgular

frekans ve yüzde şeklinde sunulmuş, katılımcıların çevresel stres algıları açıklayıcılarının belirlenmesi için çok değişkenli regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversite hastanesinin Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan (No:20/3-2011-KAEK-2) ve çalışmanın yapıldığı devlet hastanesinin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü'nden sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

III. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerinin Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	24	18,5
Erkek	106	81,5
Toplam	130	100,0
Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-64 yaş	82	63,1
65 yaş ve üzeri	48	36,9
Toplam	130	100,0
Öğrenim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ortaokul ve öncesi mezunu	101	77,7
Lise ve üstü mezunu	29	22,3
Toplam	130	100,0

Katılımcıların %81,5'i erkek olup %77,7'si ortaokul ve öncesi öğrenim seviyesindedir. Katılımcılar en düşük 20, en yüksek 83 yaşındadır ve katılımcıların yaş ortalaması 60'tır. Çalışmada katılımcıların %63,1 'i 65 yaş altındadır (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların YBÜÇSÖ Ölçeği Puan Ortalamaları

	$\bar{x}$	SD	n
Eşi özlemek	3,00	1,33	127
Yapılan tedavilerin açıklanmaması	2,96	1,29	130
Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	2,76	1,33	129
Uyuyamamak	2,72	1,31	129
Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	2,72	1,17	129
-			
-			
Tüplere bağlanmış olmak	1,32	0,73	130
Doktor ve hemşireler tarafından sık sık fiziksel muayene yapılması	1,30	0,78	119
Etrafta garip makinelerin olması	1,20	0,68	130
Oksijen almak/ oksijen maskesi takmak	1,27	0,67	128
Hemşirelerin makineleri sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	1,16	0,55	108
Ölçek Genel Puanı	81,48	19,07	130

Çalışma kapsamında en yüksek ve en düşük puanı alan stresörler Tablo 2'de sunulmuştur. Katılımcıların ortalama stres puanı $81,48 \pm 19,07$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların stres düzeyini en az etkileyen ($1,16 \pm 0,55$) çevresel stresör "Hemşirelerin makineleri sizi izlediklerinden daha yakın

izlemeleri”, en çok etkileyen çevresel stresör ise ($3,00 \pm 1,33$) “Eşinizi özlemek” olmuştur. Ölçek maddelerinin tamamına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Ek 1’de sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Çevresel Stres Algılarının Açıklayıcılarına İlişkin Regresyon Analizi

	Standardize Edilmemiş Beta	Standart Hata	Standardize Beta	t	p
Sabit	101,121	5,492		18,413	0,000
Yaş (≥ 65 ; Ref:0-64)	-9,481	3,424	-0,241	-2,769	0,006
Cinsiyet (Erkek; Ref: Kadın)	-10,522	4,283	-0,215	-2,457	0,015
Öğrenim Durumu (Ortaokul ve öncesi; Ref: Lise ve üstü)	9,726	3,926	0,213	2,477	0,015
Model Özeti: F:5,895; p:0,001; Düzeltilmiş R^2 :0,102; VIF:1,06-1,1; Durbin Watson:1,619					

Regresyon modeli koroner yoğun bakım ünitesindeki hastaların çevresel stres algılarındaki değişimin %10’unu açıklamaktadır ve model istatistiksel olarak anlamlıdır (R^2 :0,102; p:0,001). Yaş cinsiyet ve öğrenim durumunun çevresel stres algısına etkisi, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 3). Hastaların çevresel stres algısı yaş artışı ile azalmakta iken, öğrenim seviyesinin yükselmesi ile artış göstermektedir. Yoğun bakım ünitesindeki kadınların stres algısı, erkeklere göre daha yüksektir. Modele ilişkin Durbin Watson (DW=1,62) değeri artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Varyans şişme değerleri (VIF=1,06-1,1 arasında) ise 5’in altında olup bağımsız değişkenler arasında düşük korelasyon olduğunu ve çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir.

Çalışma kapsamında belirlenen etkinin gücünü tespit etmek ve örneklem büyüklüğünün yeterliliğini test etmek amacıyla çok değişkenli regresyon modeli açıklayıcılık katsayısına (R^2) ve örneklem büyüklüğüne dayalı olarak power (güç) analizi IBMM SPSS Sample Power programı ile gerçekleştirilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Güç Analizi

N:130	Modeldeki Değişken Sayısı	R^2 Artışı	Artışın Gücü
Model	3	0,10	0,90
Alfa Hata Payı: 0,05			

130 örneklem büyüklüğü ve %5 hata payı ile çalışmanın gücü 0,90 olarak hesaplanmış ve yüksek güce sahip olduğu görülmüştür.

IV. TARTIŞMA

Araştırmada hastaların yoğun bakım ünitesi çevresel stresör ölçeği ortalama puanı $81,48 \pm 19,07$ olarak elde edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puanın 42, en yüksek puanın ise 168 olduğu göz önüne alındığında, algılanan stres puanının çok yüksek olmadığı söylenebilir. Çalışmada elde edilen puanın literatürde yer alan çalışmalarda elde edilen ortalama stres puanına yakın olduğu belirlenmiştir. Zaybak ve diğerlerinin (2015) çalışmasında, ortalama stres puanı $80,65 \pm 18,4$; Dönmez ve diğerleri (2020) çalışmasında ortalama stres puanı $79,9 \pm 31,3$; Yaman Aktaş ve diğerleri (2015) çalışmasında $86,70 \pm 2,73$ ve Karadeniz ve Kanan (2019) çalışmasında $69,26 \pm 21,84$ olarak elde edilmiştir. Farklı çalışmalarda hastaların yoğun bakım stresörlerinden etkilenme düzeylerinde varyasyonlar görülmüştür. Özbal (2020) çalışmasında hastaların yoğun bakım çevresel stresör algılarına ilişkin ortalama puanı $100,10 \pm 13,79$; Locihová ve diğerleri (2018) çalışmasında $121,03 \pm 21,1$, Bülbüloğlu

ve diğerleri (2022) çalışmasında $143 \pm 4,71$ 'dir. Araştırmaların gerçekleştirildiği ülke kültür, kurum ve hastaların medikal durumlarının farklılaşması, çalışma sonuçlarındaki varyasyona neden olabilir. Örneğin, ölüme ve ölmeye yönelik belirli kültürel tutumlar bir hastanın sağlık durumuyla ve çevresel faktörler ile ilgili değerlendirmesini etkileyebilir. Bu değerlendirmeler hastaların içinde bulunduğu koşullar üzerinde daha fazla veya daha az kontrol hissine yol açarak olası ölümcül bir sonuç veya uzun vadeli sakatlıkla uzlaşma düzeyini belirleyebilir (Welch, 2017).

Araştırmalarda belirlenen ana stresörlerdeki farklılıklar da yine yukarıda ifade edilen varyasyonlara örnek olabilir. Bu çalışmada hastaların stres algısını en fazla etkileyen unsurun “Eş özlemi” olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaya benzer Heidemann ve diğerleri (2011) Brezilya’da koroner yoğun bakım hastaları üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada eş özleminin en önemli stresör olduğu saptanmıştır. Türkiye’de Dönmez ve diğerleri (2020) ile Yaman Aktaş ve diğerlerine göre de eş özlemi en önemli stresördür. So ve Chan (2004), Hweidi’nin (2007) çalışmalarında eş özlemi düşük stresördür. Benzer şekilde Cochran ve Ganong (1989) tarafından ABD’de gerçekleştirilen araştırmada ve Mistraletti ve diğerleri (2018) tarafından İtalya’da gerçekleştirilen araştırmada ise eş özlemi yüksek puan alan ana stresörler arasında yer almamaktadır. Bu bulgular, yoğun bakım deneyiminin sosyo-kültürel bağlama ve yoğun bakım hastalarının özelliklerine bağlı olarak farklı olabileceğini düşündürmektedir (Kang ve Cho, 2020; Şahin ve Köçkar, 2018). Benzer şekilde Welch (2017)’e göre de toplumdaki aile yapıları bir hastanın sağlık durumuyla ve çevresel faktörler ile ilgili değerlendirmesini etkileyebilir. Özellikle “eş özlemi” stresöründeki varyasyon bu kapsamda değerlendirilebilir. Öyle ki Brezilya’da da Türkiye’ye benzer olarak güçlü ve sıkı aile bağlarından bahsetmek mümkündür (Dessen ve Torres, 2019). Amerika’da bireysel yaşamın daha ön planda olduğu bir yapı mevcuttur. İtalya da görece aile bağlarının güçlü olduğu ülkeler arasında yer alsa da OECD (2019) tarafından yayınlanan rapora göre, İtalya ve Amerika Birleşik Devletleri’nin de içinde bulunduğu birçok ülkede ebeveynlerin çok az kısmı bir arada yaşamaktadır. Dolayısıyla farklı türdeki sosyal yapılar hastaların algıladıkları stresörlerdeki varyasyona neden olabilecek unsurlar arasında düşünülebilir. Bununla birlikte sosyal yapı ile ilgili bu varsayım uyuşmayacak şekilde, oldukça geleneksel aile yapısına sahip Ürdün’de Hweidi (2007) tarafından gerçekleştirilen araştırmada eş özleminin önemli bir stresör olmaması dikkat çekmektedir.

Araştırma sonuçlarının yorumlanmasında sosyo-kültürel yapının yanı sıra, çalışmaların kapsamındaki hastaların medikal durumları ile ilgili özellikler de ele alınabilir. Hweidi (2007)’nin hasta popülasyonu çeşitli sağlık problemleri nedeniyle yoğun bakım ünitesinde olan hastalardan oluşmaktadır. Mistraletti ve diğerleri (2018) yoğun bakım ünitelerinde melatonin desteği ile ilgili bir randomize kontrollü çalışma kapsamında gerçekleştirilmiş, So ve Chan (2004)’in araştırmasında ise spesifik bir hasta popülasyonundan bahsedilmemiştir. Bu durum koroner yoğun bakım hastaları gibi spesifik ve görece ağır sağlık sorunları mevcut hastaların psikolojik stresörleri daha fazla algılıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışma kapsamında yaş, cinsiyet ve öğrenim durumunun hastaların stres puanlarını açıklamada anlamlı olduğu görülmüştür. Çalışmada 65 yaş ve üzerindeki hastaların stres puanlarının 65 yaş altındaki hastaların puanlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarına paralel olarak Makhoul ve diğerleri (2006) çalışmasında da, 60 yaş ve üzerindeki hastaların stres puanlarının daha genç hastaların stres puanlarına kıyasla düşük olduğu görülmüştür. Buna karşın Mollaoğlu ve diğerleri (2022) çalışmasında, hastaların çevresel stresör algılarının yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği, ancak stres puanlarının 50 yaş ve üstündeki hastalarda 50 yaşın altındaki hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mistraletti ve diğerleri (2018) çalışmasında daha yüksek yaş, daha düşük toplam stres puanı ile anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir. Locihová ve diğerleri (2018) ile Gezgin ve diğerleri (2022) çalışmalarında ise, hastaların stres puanlarının yaşa göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan Hweidi ve Nizamli (2015) çalışmasında algılanan stres ile hastaların yaşı arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulunmuş, yazarlar bu sonucu stres tolerans seviyesinin ve stresle başa çıkmak için benimsenen başa çıkma stratejilerinin yaşla birlikte arttığını öne sürerek açıklamıştır.

Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak Mollaoğlu ve diğerlerinin (2022) çalışmasında, hastaların çevresel stresör algılarının kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış, Akın ve Arıboğan (2006) çalışmalarında stres faktörlerin etkilerinin hastaların cinsiyetlerine göre önemli derecede fark gösterebileceğini ifade etmiştir. Bununla birlikte Locihová ve diğerleri (2018) ile Gezginci ve diğerleri (2020) çalışmalarında hastaların stres puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Ülkeden ülkeye değişmekle toplumsal cinsiyet rollerinin ve toplumun kadınlardan beklentilerinin kadınlar üzerinde az ya da çok baskı oluşturduğu ve ruh sağlıkları üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Cinsiyet rollerindeki psikososyal faktörlerin, kadınlarda stres, depresyon ve anksiyeteyi anlamak için iyi yordayıcılar olduğu öne sürülmektedir (Reidy vd., 2018). Öyle ki Whitworth ve diğerlerine (2017) göre cinsiyet özellikleri ve toplumsal cinsiyet rolleri stres faktörleriyle başa çıkmada önemli bir rol oynar. Toplumsal cinsiyetin kültürel inançlar ve beklentileri kapsayan, kültüre özgü bir yapısı olduğu düşünülmektedir (Koç vd., 2017). Bu kapsamda özellikle Türkiye'de kadınların üstlenmek zorunda olduğu düşünülen eş, annelik, bakım vermek gibi sorumlulukların onlar için bir stres kaynağı olduğu ve diğer stresörlerle başa çıkmada bitkinlik nedeni olduğu bilinmektedir (Saritepe ve Mermer, 2023). Bu çalışma kapsamında da kadınların stres puanlarının daha yüksek olması toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında kadınların eş ve annelik vasıfları ile ilişkili olabilir.

Çalışma bulgularına göre, öğrenim durumu hastaların stres puanlarının açıklayıcılarından biridir. Dönmez ve diğerleri (2020) göre, hastaların stres puanları öğrenim durumlarına göre farklılık göstermekte ve öğrenim düzeyi yükseldikçe, ölçek puan ortalamaları da yükselmektedir. Hweidi ve Nizamli (2015) çalışmasının sonuçları da daha düşük öğrenim düzeyine sahip hastaların, akrabalarına göre daha düşük stres seviyeleri bildirdiğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde Gezginci ve diğerleri (2020) çalışmasında da, hastaların stres puanı öğrenim düzeyi ile artmıştır. Ancak farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Literatürde genellikle, öğrenimin artması ile bireylerin yaşam koşulları üzerinde kontrol hissinin arttığı ve stres seviyesinin düştüğüne dair bir kanı olmakla birlikte (Dönmez vd., 2020), öğrenim düzeyinin artışı, kişilerin sağlık bilgi düzeylerinin artışına işaret ederek yoğun bakım sürecinde daha fazla kaygı kaynağına ve stresörlerin daha güçlü algılanmasına yol açabilir. Genellikle, düşük öğrenim düzeyine sahip hastalar hastalığın etkileri ve sonuçları hakkında yetersiz farkındalığa sahip bulunmuştur (Hweidi ve Nizamli, 2015). Literatürde yer alan bazı araştırmalarda da hastaların stres puanının öğrenim durumuna göre farklılık göstermediği belirtilmektedir (Karaagac ve Ozkaptan, 2023; Karaer ve Özşaker, 2021; Locihová vd., 2018). Öğrenim durumu ile ilgili sonuçlar arasındaki bu varyasyonun hasta popülasyonu ve araştırma tasarımlarındaki farklılıkların sonucu olabileceği düşünülmektedir.

IV. SONUÇ

İçinde bulunduğumuz yirmi birinci yüzyılda, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hastaların sağlık profesyonelleri tarafından biyopsikososyal yönden tam bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekliliği küresel düzeyde kabul görmüştür. Yoğun bakım ünitelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin yanı sıra, hastaların algıladıkları çevresel stresin hastaların klinik seyirleri ve yoğun bakım tedavi süreleri üzerinde etkili olabilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerindeki stres faktörlerinin artışı hastaların konfor düzeylerini, yaşam kalitelerini ve tedaviye uyumlarını azaltarak tedavinin etkililiğinde düşüşe yol açabilmektedir. Tedavi etkililiğindeki bu düşüşler hastalarda farklı komplikasyonların gelişmesine, yatış sürelerinin uzamasına, tedavi ve bakım maliyetlerinin artışına neden olabilir. Bu kapsamda yoğun bakımın psikolojik etkilerinin yönetilmesi olumlu klinik ve yönetsel sonuçların elde edilmesi için önem arz etmektedir. Her toplumun ya da hastanın stres faktörlerine maruz kalma düzeyi farklı olabilir. Bu nedenle hastalara verilecek bakımın toplumlara özelleştirilmiş ve bireyselleştirilmiş olması ve stres faktörlerinin belirleyicilerinin incelenmesi çok yönlü bakım süreci için gereklidir.

Yoğun bakımın işleyiş süreci ve uygulamaları, stres durumunu etkileyen tüm unsurlar dikkate alınarak düzenlenebilir. Hasta deneyimlerini ve rahatsızlıklarının bileşenlerini anlayarak klinisyenler yoğun bakım ünitesi ortamını, sağlanan bakımı ve hastalarla iletişimi değiştirebilirler. Hastaların

hissettikleri eş özlemi, iletişim problemleri, aile ve arkadaşları görememek ve uyuyamamak, ortamın fiziki koşulları gibi önemli stres faktörlerinin azaltılması amacıyla hasta yakınlarının ziyaret sıklığı ve süreleri düzenli periyotlarla gözden geçirilebilir. Hastaların uyku eksikliğini gidermeye yönelik olarak yoğun bakım ünitesinde gürültü ve aydınlatmalar azaltılabilir ve tedavi planları hastaların uyku saatlerine göre düzenlenebilir. Sürecin bilinmezliği nedeniyle hastalarda oluşan stresi azaltmak adına, hastalara uygulanan tedavi ve bakım süreçleri hakkında kısa bilgilendirmeler yapılabilir. Ayrıca uykusuzluğun yol açtığı gece-gündüz yöneliminde bozulmalar nedeniyle zaman kavramlarındaki karışıkların giderilebilmesi için hastaların görebilecekleri noktalara zamanı gösteren takvim ve saatler de yerleştirilebilir. Bireysel ve kolektif düzeyde iletişimi iyileştirmek, aile merkezli bakımı bir kalite standardı haline getirerek aile deneyimini iyileştirmek için önemli bir müdahale olabilir. Yoğun bakım ünitesi ortamını insanlaştırmayı amaçlayan araç ve teknolojilerin geliştirilmesinde, endüstrinin şeffaf katılımı ve iş birliğine yönelik politikalar süreçlerin iyileştirilmesi için faydalı olabilir. Ayrıca uygun hastalar için düzenli psikolojik desteğin sağlanması, hastaların stresörlerle başa çıkma olmaları kolaylaştırabilir. Hastane yöneticilerinin ve sağlık profesyonellerinin bu farkındalığa sahip olması, yoğun bakım tasarımlarında psiko-sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulması ve sağlık profesyonellerine çevresel stresörler ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesi ile yoğun bakım hizmetlerinde iyileştirmeler sağlanabilir.

Etik Kurul İzni: Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversite hastanesinin Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan (No:20/3-2011-KAEK-2) izin alınmıştır.

KAYNAKÇA

- Akın, Ş. & Arıboğan A. (2006). Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastalarda strese neden olan faktörlerin cinsiyetler açısından değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi*, 14(4), 232-236.
- Amoss, M. (2013). *Treating the trauma of intensive care*. <https://hub.jhu.edu/magazine/2013/summer/ptsd-intensive-care/> adresinden erişildi (Erişim Tarihi: 12.11.2024).
- Ballard, K. S. (1981). Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in Mental Health Nursing*, 3(1-2), 89-108.
- Bulbuloglu, S., Çınar, F., & Çürük, G. N. (2022). The effect of environmental stressors on patient experience in medical, surgical, and COVID-19 intensive care unit. *Journal of Patient Experience*, 9.
- Cochran, J., & Ganong, L. H. (1989). A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *Journal of Advanced Nursing*, 14(12), 1038-1043.
- Cornock, MA. (1998). Stres And the intensive care patients: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 518-527.
- Çınar, S., Aslan, F., & Kurtoğlu, T. (2011). Yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 61-66.
- Dağcan Şahin, N., & Gürol Arslan, G. (2025). Factors Affecting the Intensive Care Experience of Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Cross-Sectional Study. *Creative Nursing*, 10784535251314034.
- Dessen, M. A., & Torres, C. V. (2019). Family and socialization factors in Brazil: An overview. *Online readings in psychology and culture*, 6(3), 2.
- Dönmez, Y. C., Korkmaz, F. D., & Geçit, S. (2020). Yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalar tarafından algılanması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 12(2), 190-7.

- Duymaz, T., & Çulha, Y. (2025). Investigation of environmental stressors and individualized care perceptions of inpatients in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 30(2), e13299.
- Egerton, N., & Kay, J. H. (1964). Psychological disturbances associated with open heart surgery. *The British Journal of Psychiatry*, 110(466), 433-439.
- Fincham, J. E. (2008). Response rates and responsiveness for surveys, standards, and the Journal. *American journal of pharmaceutical education*, 72(2).
- Garcez-Leme, L. E., & Avelino-Silva, T. J. (2023). Depression, delirium, and post-intensive care syndrome. *International psychogeriatrics*, 35(8), 399-401.
- Gezginci, E., Goktas, S., & Orhan, B. N. (2022). The effects of environmental stressors in intensive care unit on anxiety and depression. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 113-119.
- Granberg, A., Engberg, I. B., & Lundberg, D. (1996). Intensive care syndrome: a literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(3), 173-182.
- Gruenberg, D. A., Shelton, W., Rose, S. L., Rutter, A. E., Socaris, S., & McGee, G. (2006). Factors influencing length of stay in the intensive care unit. *American Journal of critical care*, 15(5), 502-509.
- Heidemann, A. M., Cândido, A. P. L., Kosour, C., Costa, A. R. D. O., & Dragosavac, D. (2011). The influence of noise levels on the perception of stress in heart disease patients. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 23, 62-67.
- Hweidi, I. M. (2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(2), 227-235.
- Hweidi, I. M., & Nizamli, F. M. (2015). Stressors in intensive care units in Syria: patients' perceptions. *Journal of Research in Nursing*, 20(2), 114-126.
- Kang, J., & Cho, Y. S. (2020). Cross-cultural validation of the intensive care experience questionnaire in Korean critical care survivors. *Asian Nursing Research*, 14(2), 89-96.
- Karaagac, A. A., & Ozkaptan, B. B. (2023). The effect of environmental stressors in intensive care unit on the comfort level of the patients. *International Journal of Caring Sciences*, 16(1), 312.
- Karadeniz, F. T., & Kanan, N. (2019). The effects of environmental stressors on patients in reanimation intensive care unit. *Intensive Care Nurs J*, 23(1), 1-8.
- Karaer, H., & Ozsaker, E. (2021). Environmental stressors perceived by patients in the surgical intensive care unit and their level of satisfaction with nursing care. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(4), e29-e37.
- Kasaoka, S. (2017). Evolved role of the cardiovascular intensive care unit (CICU). *J Intensive Care* 22: 72.
- Kavasoğlu, T., Vural, Ç., Turan, S., Acar, H. V., Kavasoğlu, K., & Erdemli, M. Ö. (2015). Delirium after open heart surgery. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 23(4).
- Koç, M., Avcı, Ö. H., & Bayar, Ö. (2017). Kadın toplumsal cinsiyet rolü stresi ölçeği'nin (KTCRSÖ) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(41), 284-297.
- Köksal İ., Çakar N., Arman D. (2005). *Yoğun bakım infeksiyonları*. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.

- Krampe, H., Denke, C., Gülден, J., Mauersberger, V. M., Ehlen, L., Schöenthaler, E., ... & Spies, C. D. (2021). Perceived severity of stressors in the intensive care unit: A systematic review and semi-quantitative analysis of the literature on the perspectives of patients, health care providers and relatives. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 3928.
- Kumar, R., Haokip, H. R., & Bairwa, M. (2022). Prevalence of delirium and predictors of longer intensive care unit stay: a prospective analysis of 207 mechanical ventilated patients. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 27(1), 41-47.
- Kutlu, R., Özberk Işıklar, D., Gök, H., Demırbas, N. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 24(4), 672-679.
- Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H., & Pončíková, V. (2018). Perception of intensive care stressors by patients, nurses and family. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(1), 758-766.
- Luengo Fernandez, R. (2023). Cardiovascular disease cost the European Union economy €282bn in 2021. <https://www.ndph.ox.ac.uk/news/cardiovascular-disease-cost-the-european-union-economy-20ac282bn-in-2021> adresinden erişildi (Erişim Tarihi:12.11.2024).
- Makhlouf, M. M. M., Bayoumi, S. M., & Mohamed, H. A. A. (2006). Environmental stressors affecting patients in the intensive care units in Alexandria Hospitals. *Journal of High Institute of Public Health*, 36(2), 571-588.
- McGuire, B. E., Basten, C. J., Ryan, C. J., & Gallagher, J. (2000). Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer. *Archives of Internal Medicine*, 160(7), 906-909.
- McKinley, S., Coote, K., & Stein-Parbury, J. (2003). Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of advanced nursing*, 41(1), 73-79.
- Miranda-Ackerman, R. C., Lira-Trujillo, M., Gollaz-Cervantez, A. C., Cortés-Flores, A. O., Zuloaga-Fernández del Valle, C. J., García-González, L. A., ... & González-Ojeda, A. (2020). Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients admitted to the intensive care unit: a cohort study. *BMC health services research*, 20, 1-10.
- Mistraletti, G., Umbrello, M., Mariani, V., Carloni, E., Miori, S., Taverna, M., ... & Iapichino, G. (2018). Conscious sedation in critically ill patients is associated with stressors perception lower than assessed by caregivers. *Minerva Anestesiologica*, 84(10), 1150-1159.
- Moitra, V. K., Guerra, C., Linde-Zwirble, W. T., & Wunsch, H. (2016). Relationship between ICU length of stay and long-term mortality for elderly ICU survivors. *Critical care medicine*, 44(4), 655-662.
- Mollaoğlu, M. C., Karabulut, O., Boy, Y., Mollaoğlu, M., & Karadayı, K. (2022). Environmental stressors perceived by patients in the surgical intensive care unit. *Turkish Journal of Intensive Care*, 20(4).
- Moser, D. K., & Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic medicine*, 58(5), 395-401.
- OECD. (2019). *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, Paris.

- Özbal, E. (2020). Kritik Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Yoğun Bakım Ünitesi Deneyimlerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Reidy, D. E., Kernsmith, P. D., Malone, C. A., Vivolo-Kantor, A. M., & Smith-Darden, J. P. (2018). Feminine discrepancy stress and psychosocial maladjustment among adolescent girls. *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 176-186.
- Sarıtepe, M., & Mermer, G. (2023). Gender role stress and affecting factors in female university students. *Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 5(9), 351-370.
- Shamsizadeh, M., Fathi Jouzdani, A., & Rahimi-Bashar, F. (2022). Incidence and Risk Factors of Ventilator-Associated Pneumonia among Patients with Delirium in the Intensive Care Unit: A Prospective Observational Study. *Critical Care Research and Practice*, (1), 4826933.
- So, HM., & Chan, DMK. (2004). Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 77- 84.
- Spielberger, C.D. (1979) *Understanding stress and anxiety*. Nelson, Melbourne, Australia.
- Şahin, M., & Köçkar, Ç. (2018). Bir stresör olarak yoğun bakım. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4), 207-214.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara
- Taşdemir, N., & Özşaker, E. (2007). Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 27-31.
- Türker, E., & Yazgan, E. Ö. (2024). The relationship between intensive care experience and state anxiety in patients treated in coronary intensive care units. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 14(1), 205-211.
- Welch, N. S. (2017). *Patients' perceptions of stressors in the intensive care unit: a meta-analysis*. [Masters Thesis, Smith College School for Social Work], Northampton, MA.
- Whitworth, J. W., SantaBarbara, N. J., Nosrat, S., LaBrec, J. E., Louie, M. E., & Ciccolo, J. T. (2017). Exercise behavior and gender-related differences in posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychology of Sport and Exercise*, 33, 18-23.
- World Health Organization (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva.
- Yaman Aktaş, Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., & Özkan, A. S. (2015). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler. *Kafkas J Med Sci*, 5(3), 81-86.
- Yava, A., Tosun, N., Ünver, V., & Çiçek, H. (2011). Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress and Health*, 27(2), e36-e47.
- Zaybak, A., & Çevik, K. (2015). Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine*, 6, 4-9.

Ek 1- Hastaların YBÜÇSÖ Ölçeği Puan Ortalamaları

	$\bar{x}$	SD	n
Tüplere bağlanmış olmak	1,32	0,73	130
Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	1,57	1,05	106
Hemşirelerin çok aceleci olmaları	1,66	1,07	106
Su içememek	2,16	1,33	129
Sık sık tansiyon ölçülmesi	1,58	1,05	129
Yatak/yastığın rahat olmaması	2,64	1,29	130
Telefon sesini duymak	1,53	1,05	129
Doktor ve hemşireler tarafından sık sık fiziksel muayene yapılması	1,30	0,78	119
Etrafta garip makinelerin olması	1,20	0,68	130
Hemşirelerin makineleri sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	1,16	0,55	108
Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	1,47	0,90	129
Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	2,09	1,33	125
Oksijen almak/ oksijen maskesi takmak	1,27	0,67	128
Eşi özlemek	3,00	1,33	127
Yapılan tedavilerin açıklanmaması	2,96	1,29	130
Kalp monitörünüzün alarminin bozulduğunu/kesildiğini fark etmek	1,70	1,14	127
Hemşirelerin yatağınızın etrafında sürekli bir şey yapmaları	1,54	1,08	127
Burnunuzda veya ağzınızda tüplerin olması	1,39	0,85	129
Saatın kaç/ zamanın ne olduğunu bilememek	2,52	1,28	130
Diğer hastaların ağlama/inlemelerini duymak	2,59	1,33	130
Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	1,75	1,23	130
Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	2,76	1,33	129
Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilememek	2,53	1,33	122
Hemşireler tarafından uyandırılmak	1,42	0,97	130
Alışılmadık sesler duymak	2,02	1,27	130
Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	1,57	1,07	128
Sürekli tavana bakmak	1,76	1,17	128
Uyuyamamak	2,72	1,31	129
Serum setler nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı hareket ettirememeniz	2,29	1,31	127
Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	1,98	1,27	129
Işıkların sürekli açık olması	2,19	1,30	129
Ağrı olması	2,47	1,39	130
Başınızın üzerindeki serum/kan torbalarını görmek	1,39	0,91	128
İğneler yapılması	1,53	1,06	129
Nerede olduğunuzu bilememek	2,59	1,32	128
Hemşirelerin anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	1,61	1,13	129
Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	2,42	1,33	129
Hangi günde olduğunu bilmemek	2,46	1,37	127
Sıklık	2,62	1,32	130
Mahremiyetin olmaması	2,04	1,33	130
Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	1,75	1,15	130
Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	2,72	1,17	129
Ölçek Genel Puanı	81,48	19,07	130

ANKARA İL MERKEZİNDE FAALİYET GÖSTEREN ÖZEL HASTANELERİN BÜTÇELEME SÜREÇLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sabit UYGUN *

ÖZ

Sağlık hizmeti sunum noktalarından biri olan hastaneler toplumun sağlık düzeyini korumayı, iyileştirmeyi ve geliştirmeyi amaçlamaktadır. Hastaneler mülkiyet esasına göre birçok noktada farklılık gösterebilmektedirler. Bu noktalardan biri de bütçedir. Kamuya bağlı genel hastaneler genel bütçe, kamu üniversite hastaneleri özel bütçe kapsamındadır. Kamu genel hastanelerinde ve kamu üniversite hastanelerinde global bütçe ve döner sermaye işletme bütçesi kullanılmaktadır. Özel hastanelerde ise işletme bütçesi kullanılmaktadır. Araştırma Ankara ilinde faaliyet gösteren özel hastanelerin bütçeleme sürecini değerlendirmek ve bütçe sürecine yönelik sorunları ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Araştırma Ankara il merkezinde faaliyet gösteren orta ölçekli (100-499 yatak kapasiteli) beş özel hastanenin idari kademe çalışanlarını kapsamaktadır. Örneklem yöntemi olarak kolayda örneklem yöntemi uygulanmış ve 144 anket değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmada betimleyici analiz sonuçlarına göre hastanelerin çoğunda bütçeleme genel müdürlük tarafından yapılmakta, bölüm bazında bütçelerin ise çoğunlukla yıllık planlandığı belirlenmiştir. Bütçelemede sorun yaşanan en önemli üç sorun; çalışanların bütçe sürecine gerekli önemi ve desteği vermemesi, hastane içi iletişim eksikliği, malzeme alışı fiyatı tahmini olduğu tespit edilmiştir. Bütçe uygulama amaçları arasında en yüksek değeri "Hastanenin finansal kaynaklarını en etkili dağıtımını sağlayabilmek" seçeneğinin aldığı, katılımcıların %70,1'inin hastanelerde bütçe el kitabı olmadığını belirttiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Özel Hastane, Bütçe, İşletme Bütçesi, Bütçeleme Süreci

MAKALE HAKKINDA

* Dr., Yüksek İhtisas Üniversitesi, sabituynun@yiu.edu.tr

 <https://orcid.org/0009-0000-5757-9701>

Gönderim Tarihi: 10.12.2024

Kabul Tarihi: 07.05.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Uygun, S. (2025). Ankara il merkezinde faaliyet gösteren özel hastanelerin bütçeleme süreçlerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 223-240. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1599145>

EVALUATION OF BUDGETING PROCESSES OF PRIVATE HOSPITALS OPERATING IN ANKARA CITY CENTRE

Sabit UYGUN *

ABSTRACT

Hospitals, which are one of the health service delivery points, aim to protect, improve and enhance the health level of society. Hospitals can differ significantly in various aspects based on ownership. One of these aspects is the budget. Public general hospitals are under the general budget, while public university hospitals fall under a special budget. Both public general hospitals and public university hospitals utilize a global budget and revolving fund budget. In private hospitals, an operational budget is used. The research was planned to evaluate the budgeting process of private hospitals operating in Ankara province and to reveal the problems related to the budget process. The research covers administrative level employees of five medium-sized (100-499 bed capacity) private hospitals operating in Ankara. A convenience sampling method was applied, and 144 surveys were evaluated. Descriptive analysis results indicate that budgeting in most hospitals is carried out by the general management, and department-based budgets are mostly planned annually. The three most significant problems encountered in budgeting are employees not giving the necessary importance and support to the budget process, lack of hospital communication, and estimating material purchase prices. Among the objectives of budget implementation, the highest value was given to "Ensuring the most effective distribution of the hospital's financial resources," with 70.1% of participants indicating that hospitals do not have a budget manual.

Keywords: Private Hospital, Budget, Operating Budget, Budgeting Process

ARTICLE INFO

* Dr., Yüksek İhtisas University, sabituynun@yiu.edu.tr

 <https://orcid.org/0009-0000-5757-9701>

Received: 10.12.2024

Accepted: 07.05.2025

Cite This Paper:

Uygun, S. (2025). Ankara il merkezinde faaliyet gösteren özel hastanelerin bütçeleme süreçlerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 223-240. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1599145>

I. GİRİŞ

M.Ö. 3. yy'da insanlığın hayatına giren hastaneler, günümüzde hala en temel ihtiyaçlardandır. İnsan ömrü devam ettikçe, hastalıklar ve sağlığa kavuşma arzusu var oldukça hastaneler önemini korumaya devam edecektir. Dünya Sağlık Örgütü (2020), hastaneleri şöyle tanımlıyor: “*Hastaları müşahade altında tutan, teşhis, ayakta veya yataklı tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşlarıdır.*” Elbette ki bu tür tanımlar; tanı koyma, tedavi etme ve hasta bakma gibi yalnızca hastanenin fonksiyonlarını dikkate alan işlevsel tanımlardır.

Hastaneler değişen şartlara uyum sağlayarak rekabet ortamında ayakta kalabilmek ve stratejilerine ulaşabilmek için bütçeleme sürecine ihtiyaç duymaktadır. İşletmenin planlamasını yaparken faaliyetleri en karlı biçimde gerçekleştirmek, stratejileri uygulama noktasında karşılaşılabilecek fırsat ve tehditleri önceden belirlemeye yardımcı olmaktadır (Geyik, 2016). Bütçeleme yönteminde geçmiş dönemin verileriyle geleceğe yönelik tahminlerde bulunularak belirsizlik ortamı kaldırılmaktadır. Ayrıca sınırlı kaynakların en uygun seviyede kullanılmasını sağlayarak işletme karlılığı ve verimliliğini artırmaktadır.

Hastanelerde global bütçe yöntemi, döner sermaye bütçe yöntemi ve işletme bütçesi yöntemleri kullanılmaktadır. Kamu hastanelerinde global bütçe ödemesi yöntemi ve döner sermaye bütçe ödemesi yöntemleri kullanılmaktadır. Üniversite hastanelerinin çoğunluğu 2017 yılı itibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma imzalayarak global bütçe ödeme yöntemine geçmiştir. Üniversite hastanelerinin tamamı özel bütçe kapsamındadır. Döner sermaye işletmeleri bağlı olduğu idarenin türüne göre genel bütçeli ve özel bütçeli döner sermaye işletmeleridir. Hem devlet hastaneleri hem de üniversite hastanelerinde döner sermaye işletmesi kullanılmaktadır. Özel hastaneler ise kendi bütçe planlamalarını işletme bütçesi adı altında yapmaktadırlar. Rekabet ortamında ayakta kalmak, karlılığı sağlamak için bütçe hususunda özel hastanelere düşen sorumluluğun daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Özel hastaneler işletme bütçesi ile bir yıllık faaliyetlerini gelir-gider dengesinde planlamaktadır. Rekabet şartlarında varlığını devam ettirebilmeleri için karlılığını sürdürerek gelir-gider dengesini koruyabilmesi gerekmektedir. Bu finansal planlama süreci, iyi hazırlanmış bütçe ile sağlanabilmektedir.

Bütçe ile hastaneler, belirlenmiş hedeflere ulaşabilmek için kurum içi faaliyetleri düzenleyerek kontrol sağlar. Hedef doğrultusunda gerekli kaynakları belirleyerek planlama yapar. Kaynakların en etkin şekilde kullanımı sağlanır. Kontrol fonksiyonu ile hastanede gerçekleşen sapmalar belirlenerek nedenleri ortaya konulur, gerekli tedbirler alınarak işletme faaliyetlerinde süreklilik sağlanmaktadır. Kısaca bütçe, hastanenin stratejileri doğrultusunda faaliyetlerini en karlı ve en etkin şekilde planlanmasına; ortaya çıkabilecek fırsat ve tehditleri önceden belirleyerek gerekli hazırlıkları yapmasına yardımcı bir süreçtir.

Araştırmanın amacı, özel hastanelerde bütçeleme süreçlerinin belirlenmesidir. Ankara il merkezinde faaliyet gösteren özel genel hastanelerde bütçeleme süreçleri betimleyici analiz yöntemiyle değerlendirilerek bütçelemenin önemi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bütçeleme sürecinde ortaya çıkan farklılıklar değerlendirilerek bütçeleme sürecine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

II. ÖZEL HASTANELERDE BÜTÇE

2.1. İşletme Bütçesi

Bütçe, işletmenin amacına ulaşabilmesi için geleceğe yönelik yapacağı işleri ve belirleyeceği politikayı sayısal ve parasal kavramlarla açıklayan raporlardır (Tokaç, 2005). İşletmenin uygulayacağı stratejik planlar doğrultusunda yapılacak işleri, kullanacağı gerekli kaynakları belirleme ve planlama aracıdır (İşler, 2008).

Bütçe kelimesi köken itibariyle para çantası anlamına gelen “bougette” kelimesine dayanmaktadır. Türkçede “bütçe” kelimesi bir ailenin, bir kurumun ya da ülkenin gelecekte belirli bir süre için hazırlanmış gelir ve giderleri ifade etmektedir (wikipedia, 2024). Türk Dil Kurumuna göre ise

bütçe, “devletin, bir kuruluşun, bir aile veya bir kimsenin gelecekteki belirli bir süre için tasarladığı gelir ve giderlerinin tümü, devlet ve öteki kuruluş veya toplulukların belirli bir dönem içindeki gelir ve giderlerinin oranlama niceliklerini önceden belirleyen, onaylayan ve bu işlemlerin yapılmasına izin veren kanun veya karar” şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık kurumları değişen şartlara uyum sağlayarak rekabet ortamında ayakta kalabilmek ve stratejilerine ulaşabilmek için bütçeleme sürecine ihtiyaç duymaktadır. İşletmenin planlamasını yaparken faaliyetleri en karlı biçimde gerçekleştirmek, stratejileri uygulama noktasında karşılaşılabilecek fırsat ve tehditleri önceden belirlemeye yardımcı olmaktadır (Geyik, 2016). Bütçeleme yönteminde geçmiş dönemin verileriyle geleceğe yönelik tahminlerde bulunularak belirsizlik ortamı kaldırılmaktadır. Ayrıca sınırlı kaynakları en uygun seviyede kullanılmasını sağlayarak işletme karlılığı ve verimliliğini artırmaktadır.

2.2. Özel Sağlık İşletmeleri İşletme Bütçesi

Özel sağlık işletmelerinin gelecekte belli bir dönemi için planladığı (genellikle 1 yıl), hastane misyon ve vizyonuna uygun olarak hastane yönetimi tarafınca hazırlanan gelecek döneme ilişkin faaliyet ve sonuçların sayısal ve parasal ifade edildiği belgelere işletme bütçesi denir. Özel sağlık işletmelerinde kullanılan bütçe türleri şunlardır (Ağırbaş, 2014):

- ✓ Sağlık İşletmesi Satış Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Üretim Bütçesi
 - Direkt İlk Madde ve Malzeme Bütçesi
 - Direkt İşçilik Bütçesi
 - Genel Üretim Maliyetleri Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Faaliyet Giderleri Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Yatırım Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Nakit Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Proforma Gelir Tablosu
- ✓ Sağlık İşletmesi Proforma Bilançosu

2.3. Satış Bütçesi

Özel sağlık işletmelerinde bütçe hazırlanmasına satış bütçesinin planlanmasıyla başlanır. Satış bütçesi planlanırken hastanenin üretim kapasitesinin yanında kurum dışı etkenler de dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda kurumun geçmiş dönem faaliyetlere yönelik veri ve hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumunun ve Sağlık Bakanlığının düzenleme ve politikaları izlenerek planlamada dikkate alınmalıdır. Satış bütçesi diğer bütçelerin temelini oluşturduğu için doğru tahminler yapılabilmesi gerekmektedir. Satış bütçesinde hizmet kalemlerine göre her bir hizmet için ortalama üretim miktarı belirlenir. Her bir üretim için birim fiyatlar da belirlendikten sonra ortalama satış üzerinden ne kadar gelir elde edilebileceği tahmin edilir (Ağırbaş, 2014).

2.4. Üretim Bütçesi

Satış bütçesi belirlendikten sonra, gelecek faaliyet döneminde üretilmesi planlanan ürün miktarını belirlemek ve organize edebilmek için tahmine dayalı üretim bütçesi hazırlanır. Üretim bütçesinde ana veriler zaman ve satış için öngörülen miktardır (Tanır, 2005). Üretim bütçesinin temel amacı stoklar, satışlar ve üretim düzeyleri arasında denge sağlayabilmektir. Denge sağlanamadığı süreçte diğer bütçe bölümlerinde olumsuzluklar gerçekleşebilir. Sağlık kurumunun gelecek dönemde planladığı üretim miktarını stok politikası ve satış bütçesine uygun olarak gösteren, ilgililerce onaylanmış plan olarak tanımlanabilir (Haftacı, 2005).

2.5. Faaliyet Giderleri Bütçesi

Sağlık kurumunun esas faaliyet konusu içerisinde olup üretim maliyetlerine yüklenmeyen, sağlık kurumunun ana faaliyete ilişkin katlanmış olduğu giderler faaliyet giderleri bütçesini oluşturur. Giderlerin çeşitliliğine göre ve faaliyet hacmine göre birlikte ya da ayrı bütçelenebilir. Her bir gider kategorisi giderin detayına ait bilgiler içerir. Faaliyet giderleri bütçesini araştırma geliştirme giderleri, genel yönetim giderleri, pazarlama, satış ve dağıtım giderleri ve finansman giderleri oluşturur (Haftacı, 2005; Geyik, 2016).

2.6. Yatırım Bütçesi

Yatırım harcamaları, genel anlamda maddi ve maddi olmayan tüm varlıkları kapsarken dar anlamda sadece maddi duran varlıklara yapılan harcamaları kapsamaktadır (Haftacı, 2005). Gelişen ve değişen teknolojik şartlarda sağlık kurumunun kendini yenilemesi, hizmet kapasitesini geliştirerek artırması, hizmet üretim sisteminde değişiklikler yaparak rekabet koşullarına ayak uydurabilmesi gerekmektedir. Bu gereklilikler doğrultusunda yatırım yapabilmesi esastır.

Yatırım bütçesi sağlık kurumlarında bütçe döneminde bina-tesis, makine-teçhizat, arazi, arsa, patent, ticaret unvanı vb. gibi varlıklar için yapılan yatırımları kapsamaktadır (Yalkın Koç, 1989). Sağlık kurumları yatırım bütçesi hazırlanırken sermaye bütçeleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı hastane ve tıbbi cihaz yatırım planlamasına bütçeleme sürecinde dikkat edilebilir (Ağırbaş, 2014).

2.7. Nakit Bütçesi

Nakit bütçesi, gelecekteki nakit giriş ve çıkışlarını tahmin edilerek nakit giriş ve çıkışları arasında tutarsızlık olması halinde denge sağlayıcı tedbirler almaktadır (Sevgener ve Hacırüstemoğlu, 2000). Nakit bütçesi, uzun dönemli ve kısa dönemli olarak düzenlenir. Sağlık kurumunun uzun vadedeki amaçlarını gerçekleştirebilmesi için gerekli nakit ihtiyacının sağlanmasını uzun vadeli nakit bütçesi; gelecek dönemdeki nakit giriş ve çıkışlarının belirlenerek sağlık kurumunun hazırda ödeme yeteneğini kontrol ederek garanti altına alır (Yalkın Koç, 1989).

Nakit bütçesi faaliyet dönemi içerisinde sağlık kurumu için gerekli kaynağın en uygun zaman ve maliyetle bulundurulmasına yardımcı olur. Nakit bütçesinde amaç sağlık kurumu ihtiyaç ve fazlalıklarının önceden tespit edilerek gerekli planlamaların yapılmasına olanak sağlamaktır. Gelecek dönemlerde gerçekleşebilecek ödemelerde nakit güçlüğü yaşanmaz, nakit fazlası halinde ise gerekli harcama kalemleri belirlenebilir. Nakit bütçesi bu yönüyle sağlık kurumunun verimliliği ve karlılığına etkisi yüksektir (Ağırbaş, 2014).

2.8. Proforma Bilanço ve Gelir Tablosu

Proforma gelir tablosu, sağlık kurumunun bütçe döneminde gerçekleşmesi beklenen faaliyetler sonucunda elde edileceği varsayılan gelir ve giderleri gösteren bütçedir (Hilton, 2001). Proforma bilanço sağlık kurumunda alınan kararların ve uygulamaların kurumun aktif ve pasif yapısında gerçekleşebilecek olası etkilerinin neler olacağını gösterir. Diğer bir ifadeyle belli bir dönemde planlanan etkinliklerin sağlık kurumunun ekonomik ve finansal yapısına etkisini gösterir (Erdoğan ve Saban, 2010) Proforma bilançolar belirli bir dönemde sağlık kurumunun finansal yapısını göstermesinden dolayı dezavantajlıdır. Sağlık kurumları dinamik bir yapıya sahiptirler. Faaliyet dönemleri içerisinde finansmana ihtiyaç duymaları büyük dalgalanmalara sebep olabilmektedir. Nakit bütçeleri bu konuda proforma bütçelere göre daha güven vericidir (Güven, 2021). Proforma bütçeler nakit bütçelerine göre daha kapsamlı olmasına rağmen fon açığı ve fon fazlası iki bütçede de etkin sonuçlar vermektedir (Ceylan, 1998).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, özel hastanelerde bütçeleme sürecinin belirlenmesidir. Ankara il merkezinde faaliyet gösteren özel hastanelerin bütçeleme sürecinin betimsel analizi ile bütçeleme süreçlerinin değerlendirilmesi, bütçe sorunlarının belirlenmesi ve çözüm önerileri sunulması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde faaliyet gösteren orta ölçekli özel genel hastane idari kademe çalışanları oluşturmaktadır. Araştırma uygulaması için il merkezinde faaliyet gösteren orta ölçekli 14 özel genel hastaneye başvuru yapılmış olup beş hastaneden uygulama izni alınmıştır. Araştırma gerekli izinlerin alındığı beş hastanede 01/03/2024-20/06/2024 tarihleri arasında yüz yüze anket uygulaması yoluyla gerçekleştirilmiştir. Beş özel hastanenin idari kademe çalışan sayısı 214 olarak belirlenmiştir. Örneklem yöntemi olarak kolayda örneklem yöntemi uygulanmış ve 149 anket toplanmıştır. Yapılan ön çalışma sonucunda anketlerin beşinin analiz için elverişli olmadığına karar verilerek 144 anket değerlendirmeye alınmıştır.

3.3. Araştırma Metodolojisi

Araştırma Ankara il merkezinde faaliyet gösteren orta ölçekli (100-499 yatak kapasiteli) beş özel genel hastanenin idari kademe görevli sağlık çalışanlarına yüz yüze anket uygulama yoluyla yürütülmüştür. Araştırma Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonundan 25.12.2023 tarih, E230676 sayı ve 2023/362 nolu etik izni kararı alınarak yürütülmüştür. Etik izin onayı alınmış anket formu ile hastanelere başvuru yapılarak araştırma izni alınmıştır. Alınan izin doğrultusunda araştırmaya dâhil edilen personelle yüz yüze görüşmeler yapılarak anket formunu yanıtlamaları sağlanmıştır.

IV. ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Katılımcıların Demografik ve Çalışma Bilgileri İçin Frekans Analizi Bulguları

Tablo 1. Ankete Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Frekans Dağılımı

Hastane	Sayı	Yüzde
X1	28	19,4
X2	28	19,4
X3	31	21,5
X4	29	20,1
X5	28	19,4
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin çalıştıkları hastanelere göre frekans dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %19,4’ünün X1 Hastanesi’nde, %19,4’ünün X2 Hastanesi’nde, %21,5’inin X3 Hastanesi’nde, %20,1’inin X4’nde ve %19,4’ünün X5 Hastanesinde çalıştıkları tespit edilmiştir.

Tablo 2. Ankete Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Frekans Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Erkek	57	39,6
Kadın	87	60,4
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin cinsiyetlerine göre frekans dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre kadın katılımcıların oranı %60,4 ve erkek katılımcıların oranı %39,6 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3. Ankete Katılan Bireylerin Yaş Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
18-30 Yaş	60	41,7
31-45 Yaş	67	46,5
46 Yaş ve üzeri	17	11,8
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin Yaş durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 3’te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların, %41,7’sinin 18-30 Yaş grubunda, %46,5’inin 31-45 Yaş grubunda ve %11,8’inin 46 Yaş ve üzeri yaş grubunda oldukları gözlemlenmiştir.

Tablo 4. Ankete Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Frekans Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sayı	Yüzde
Lise	3	2,1
Üniversite	130	90,3
Lisansüstü	11	7,6
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin Eğitim Düzeylerine göre frekans dağılımları Tablo 4’te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların, %2,1’inin Lise, %90,3’ünün Üniversite ve %7,6’sının Lisansüstü eğitime sahip oldukları gözlemlenmiştir.

Tablo 5. Ankete Katılan Bireylerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Frekans Dağılımı

Çalışma Süresi	Sayı	Yüzde
1-5 Yıl	49	34,0
6-10 Yıl	53	36,8
11-15 Yıl	28	19,4
16-25 Yıl	14	9,7
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin meslekte çalışma sürelerine göre frekans dağılımları Tablo 5’te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre en büyük yığılma %36,8 ile 6-10 Yıl grubunda iken en az yığılma %9,7 ile 16-25 Yıl grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 6. Ankete Katılan Bireylerin Çalışma Pozisyonlarına Göre Frekans Dağılımı

Çalışma Pozisyonu	Sayı	Yüzde
Başhemşire	1	0,7
Biyomedikal Müdürü	1	0,7
Depo Sorumlusu	11	7,6
Destek Hizmetler Müdürü	1	0,7
Direktör Yardımcısı	1	0,7
Sorumlu Eczacı	10	6,9
Finans Birimi Personeli	10	6,9
Finans Sorumlusu	1	0,7
Gece Müdürü	1	0,7
Hasta Hizmetleri Personeli	30	20,8
Hasta Hizmetleri Müdürü	2	1,4
Mali İşler Müdürü	1	0,7
Medikal Muhasebe Personeli	9	6,3
Muhasebe Personeli	11	7,6
Müdür Yardımcısı	3	2,1
Satınalma Personeli	14	9,7
Sorumlu Hemşire	30	20,8
Teknik Hizmetler Personeli	1	0,7
Teknik Hizmetler Müdürü	3	2,1
Uluslararası Hasta Hizmetleri Personeli	3	2,1
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin çalışma pozisyonlarına göre frekans dağılımları Tablo 6’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre en büyük yığılmayı %20,8 ile hasta hizmetleri birimi grubu ile Sorumlu Hemşire grubu oluşturmaktadır.

Tablo 7. Ankete Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelerin Yatak Sayısına Göre Frekans Dağılımı

Hastane Yatak Sayısı	Sayı	Yüzde
120 Yatak	56	38,9
170 Yatak	31	21,5
216 Yatak	28	19,4
250 Yatak	29	20,1
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin çalıştıkları hastanelerin yatak sayısına göre frekans dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların, %38,9’unun 120 yataklı, %21,5’inin 170 yataklı, %19,4’ünün 216 yataklı ve %20,1’inin 250 yataklı hastanelerde çalıştıkları gözlemlenmiştir.

Tablo 8. Ankete Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelerin Personel Sayısına Göre Frekans Dağılımı

Hastanede Çalışan Sayısı	Sayı	Yüzde
150-250 personel	84	58,3
251 ve üzeri personel	60	41,7
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin çalıştıkları hastanelerin personel sayısına göre frekans dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %58,3’ünün 150-250 personeli olan hastanelerde çalıştıkları ve %41,7’sinin 251 ve üzeri personele sahip hastanelerde çalıştıkları tespit edilmiştir.

Tablo 9. Ankete Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelerin Bütçeleme Sistemi Olup-Olmaması Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Hastanenizde bütçeleme sistemi var mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	128	88,9
Fikrim Yok	16	11,1
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin çalıştıkları hastanelerin bütçeleme sistemi olup-olmaması durumlarına göre frekans dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %88,9’unun Bütçe sistemi olan hastanelerde çalıştıkları ve %11,1’inin ise bütçeleme sistemi olmayan hastanelerde çalıştıkları tespit edilmiştir.

Tablo 10. Ankete Katılan Bireylerin “Aşağıdaki İfadelerden Hastaneniz İçin Uygun Olanı İşaretleyiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Aşağıdaki ifadelerden hastaneniz için uygun olanı işaretleyiniz	Sayı	Yüzde
Hastanemizde bütçeleme sistemi yapılmakta olup düzenli bütçesel kontrolü yapılmaktadır.	129	89,6
Hastanemizde bütçe çalışmaları kısmen yapılmakta olup düzenli bütçe kontrolü yapılmamaktadır	15	10,4
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Aşağıdaki ifadelerden hastaneniz için uygun olanı işaretleyiniz” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 10’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %89,6’sının “Hastanemizde bütçeleme sistemi yapılmakta olup düzenli bütçesel kontrolü yapılmaktadır” cevabını ve %10,4’ünün “Hastanemizde bütçe çalışmaları kısmen yapılmakta olup düzenli bütçe kontrolü yapılmamaktadır” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 11. Ankete Katılan Bireylerin “Hastanenizde Genel Bütçe Hazırlanıyor İse Kim Hazırlamaktadır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Hastanenizde genel bütçe hazırlanıyor ise kim hazırlamaktadır?	Sayı	Yüzde
Bütçe bölümü / müdürlüğü	19	13,2
Genel Müdürlük	74	51,4
Muhasebe müdürlüğü	33	22,9
Finansman Müdürlüğü	11	7,6
Fikrim yok	7	4,9
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Hastanenizde genel bütçe hazırlanıyor ise kim hazırlamaktadır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 11’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %13,2’si “Bütçe bölümü / müdürlüğü”, %51,4’ünün “Genel Müdürlük”, %22,9’unun “Muhasebe müdürlüğü”, %7,6’sının “Finansman Müdürlüğü” ve %4,9’unun “Fikrim Yok” cevaplarını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 12. Ankete Katılan Bireylerin “Hastanenizde Bölüm Bazında Bütçeleme Yapılmakta Mıdır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Hastanenizde bölüm bazında bütçeleme yapılmakta mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	125	86,8
Hayır	6	4,2
Fikrim yok	13	9,0
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Hastanenizde bölüm bazında bütçeleme yapılmakta mıdır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %86,8’inin “Evet”, %4,2’sinin “Hayır” ve %9,0’ının “Fikrim Yok” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu bölüm bazında bütçeleme yapıldığını belirtirken katılımcıların %9 fikrim yok cevabını vermişlerdir.

Tablo 13. Ankete Katılan Bireylerin “Bölüm Bazında Bütçe Uygulaması Hangi Zaman Dilimi İçin Yapılmaktadır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Bölüm bazında bütçe uygulaması hangi zaman dilimi için yapılmaktadır?	Sayı	Yüzde
Yıllık	63	43,8
Altı aylık	40	27,8
Üç aylık	15	10,4
Aylık	23	16,0
Diğer	3	2,1
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Bölüm bazında bütçe uygulaması hangi zaman dilimi için yapılmaktadır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 13’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %43,8’inin “Yıllık”, %27,8’inin “Altı Aylık”, %10,4’ünün “Üç Aylık”, %16,0’ının “Aylık” ve %2,1’inin “Diğer” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 14. Ankete Katılan Bireylerin “Hastanenizde Hizmet Satış Gelirleri Hangi Yöntemlere Dayanarak Tahmin Edilmektedir?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Hastanenizde hizmet satış gelirleri hangi yöntemlere dayanarak tahmin edilmektedir?	Sayı	Yüzde
İstatistiksel Teknikler	29	20,1
Pazar araştırmaları ve piyasa analizleri	29	20,1
Geçmiş yılların verileri	41	28,5
Hepsi	71	49,3
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Hastanenizde hizmet satış gelirleri hangi yöntemlere dayanarak tahmin edilmektedir?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 14’te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %20,1’inin “İstatistiksel Teknikler”, %20,1’inin “Pazar araştırmaları ve piyasa analizleri”, %28,5’inin “Geçmiş yılların verileri” ve %49,3’ünün “Hepsi” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 15. Ankete Katılan Bireylerin “Malzeme Giderleri Bütçesi Hangi Bölümler Tarafından Hazırlanmaktadır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Malzeme giderleri bütçesi hangi bölümler tarafından hazırlanmaktadır?	Sayı	Yüzde
Onay makamı	26	18,1
Muhasebe ve finans	78	54,2
Bütçeleme bölümü	32	22,2
İlgili bölüm sorumluları	67	46,5
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Malzeme giderleri bütçesi hangi bölümler tarafından hazırlanmaktadır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 15’te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %18,1’inin “Onay makamı”, %54,2’sinin “Muhasebe ve finans”, %22,2’sinin “Bütçeleme bölümü” ve %46,5’inin “İlgili bölüm sorumluları” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 16. Ankete Katılan Bireylerin “Bütçe Hazırlanırken Bölüm Sorumlularının Sürece Katılımı Nasıl Gerçekleşmektedir?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Bütçe hazırlanırken bölüm sorumlularının sürece katılımı nasıl gerçekleşmektedir?	Sayı	Yüzde
Bölüm sorumluları yalnızca sorumlu oldukları birim için bütçe hazırlarlar.	142	98,6
Diğer	2	1,4
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Bütçe hazırlanırken bölüm sorumlularının sürece katılımı nasıl gerçekleşmektedir?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 16’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %98,6’sının “Bölüm sorumluları yalnızca sorumlu oldukları birim için bütçe hazırlarlar” ve %1,4’ünün “Diğer” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 17. Ankete Katılan Bireylerin “Son İki Yılda Bütçe Belirleme Ve İzlemede Hangi Değişiklikler Yapıldı?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Son iki yılda bütçe belirleme ve izlemede hangi değişiklikler yapıldı?	Sayı	Yüzde
Bütçelerin daha detaylandırılması	63	43,8
Geçmiş dönem bütçe sapmalarının analizi süreci	68	47,2
Bütçe doğruluğu için belirlenen hedefleri takibi	63	43,8
Bütçe sisteminin merkezileştirilmesi	58	40,3
Dış danışman destek alımı	16	11,1
Bütçelerin daha az ya da fazla dağıtımı	23	16,0
Toplam	144	100,0

Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %43,8’inin “Bütçelerin daha detaylandırılması”, %47,2’sinin “Geçmiş dönem bütçe sapmalarının analizi süreci”, %43,8’inin “Bütçe doğruluğu için belirlenen hedefleri takibi”, %40,3’ünün “Bütçe sisteminin merkezileştirilmesi”, %11,1’inin “Dış danışman destek alımı” ve %16,0’ının “Bütçelerin daha az ya da fazla dağıtımı” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 18. Ankete Katılan Bireylerin “Hastanenizde Bütçesel Sapmalar Karşılaştırılıyor İse Ne Kadar Sürede Gerçekleştiriliyor?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Hastanenizde bütçesel sapmalar karşılaştırılıyor ise ne kadar sürede gerçekleştiriliyor?	Sayı	Yüzde
Yıllık	42	29,2
Altı aylık	52	36,1
Üç aylık	21	14,6
Aylık	29	20,1
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Hastanenizde bütçesel sapmalar karşılaştırılıyor ise ne kadar sürede gerçekleştiriliyor” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 18’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %29,2’sinin “Yıllık”, %36,1’inin “Altı Aylık”, %14,6’sının “Üç Aylık” ve %20,1’inin “Aylık” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 19. Ankete Katılan Bireylerin “Gelir Tahmini Yapmak İçin Aşağıdakilerden Hangisi Kullanılmaktadır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Gelir tahmini yapmak için aşağıdakilerden hangisi kullanılmaktadır?	Sayı	Yüzde
Regresyon analizi	18	12,5
Trend analizi	23	16,0
Pazar araştırması	31	21,5
Personel Bilgisine dayalı tahminleri	18	12,5
Proforma mali tablo	54	37,5
Diğer	7	4,9
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Gelir tahmini yapmak için aşağıdakilerden hangisi kullanılmaktadır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 19’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %12,5’inin “Regresyon analizi”, %16,0’ının “Trend analizi”, %21,5’inin “Pazar araştırması”, %12,5’inin “Personel Bilgisine dayalı tahminleri”, %37,5’inin “Proforma mali tablo” ve %4,9’unun “Diğer” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 20. Ankete Katılan Bireylerin “Bütçe Sapmaları Hangi Yöntem Aracılığıyla Tespit Edilmektedir?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Bütçe sapmaları hangi yöntem aracılığıyla tespit edilmektedir?	Sayı	Yüzde
Bölüm sorumlularının hazırlamış olduğu raporlar	32	22,2
Muhasebe kayıtları	80	55,6
Bütçe kontrol dönem sonunda hastanede kullanılan malzeme miktarı sayımı ile farklar belirlenir.	13	9,0
Fikrim Yok	19	13,2
Toplam	144	100,0

Tablo 20’de elde edilen bulgulara göre katılımcıların %22,2’sinin “Bölüm sorumlularının hazırlamış olduğu raporlar”, %55,6’sının “Muhasebe kayıtları”, %9,0’ının “Bütçe kontrol dönem sonunda hastanede kullanılan malzeme miktarı sayımı ile farklar belirlenir” ve %13,2’sinin “Fikrim Yok” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 21. Ankete Katılan Bireylerin “Fiili Malzeme Giderleri İle Bütçelenen Gider Arası Fark Var İse Ne Yapılır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Fiili malzeme giderleri ile bütçelenen gider arası fark var ise ne yapılır?	Sayı	Yüzde
Bölüm sorumluları ile nedenleri tartışılır.	45	31,3
Malzeme kullanımında kayıp ve firelerin nedeni araştırılır.	36	25,0
Bütçelenen miktar ve fiyat verileri tekrar gözden geçirilir.	63	43,8
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Fiili malzeme giderleri ile bütçelenen gider arası fark var ise ne yapılır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 21’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %31,3’ünün “Bölüm sorumluları ile nedenleri tartışılır”, %25,0’ının “Malzeme kullanımında kayıp ve firelerin nedeni araştırılır” ve %43,8’inin “Bütçelenen miktar ve fiyat verileri tekrar gözden geçirilir” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 22. Ankete Katılan Bireylerin “Sapma Analizi Yapıldıktan Sonra Nasıl Önlem Alınmaktadır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Sapma analizi yapıldıktan sonra bütçede olumlu ve olumsuz sapmalar mevcut ise nasıl bir önlem alınmaktadır?	Sayı	Yüzde
Bütçe modelinde değişiklik yapılır.	3	2,1
Pazar araştırması ile birlikte piyasadaki değişimler göz önüne alınır.	38	26,4
Kapasite belirlenmesine yardımcı uzman/ilgili personel katılımcı ile sapma nedenleri araştırılır, gerekli durumlarda eğitim programları düzenlenir.	103	71,5
Toplam	144	100,0

Ankete katılan bireylerin “Sapma analizi yapıldıktan sonra bütçede olumlu ve olumsuz sapmalar mevcut ise nasıl bir önlem alınmaktadır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı Tablo 22’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %2,1’inin “Bütçe modelinde değişiklik yapılır”, %26,4’ünün “Pazar araştırması ile birlikte piyasadaki değişimler göz önüne alınır” ve %71,5’inin “Kapasite belirlenmesine yardımcı uzman/ilgili personel katılımcı ile sapma nedenleri araştırılır, gerekli durumlarda eğitim programları düzenlenir” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 23. Ankete Katılan Bireylerin “Bütçelemede Sorun Yaşanan Konulardan En Önemli Üç Konuyu İşaretleyiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Bütçelemede sorun yaşanan konulardan en önemli üç konuyu işaretleyiniz?	Sayı	Yüzde
Bütçe uzmanı istihdamı	9	6,3
Kapasitenin tespit edilememesi	30	20,8
İşletme içi iletişim eksikliği	54	37,5
Bütçe hazırlık süresinin etkin kullanılamaması	76	52,8
Çalışanların bütçe sürecine gerekli önemi ve desteği vermemesi	45	31,3
Hammadde alış fiyatı tahmini	38	26,4
Fiili bilgi ve kayıt sisteminin yetersizliği	42	29,2
Malzeme kullanım bilgileri eksikliği	31	21,5
Malzeme alış fiyatı tahmini	51	35,4
Sapma analizlerinin yeterince kullanılamaması	11	7,6
Yönetim kurulu baskısı	7	4,9
Diğer	1	0,7
Toplam	144	100,0

Tablo 23’te elde edilen bulgulara göre katılımcıların %6,3’ünün “Bütçe uzmanı istihdamı”, %20,8’inin “Kapasitenin tespit edilememesi”, %37,5’inin “İşletme içi iletişim eksikliği”, %52,8’inin

“Bütçe hazırlık süresinin etkin kullanılamaması”, %31,3’ünün “Çalışanların bütçe sürecine gerekli önemi ve desteği vermemesi”, %26,4’ünün “Hammadde alış fiyatı tahmini”, %29,2’sinin “Fiili bilgi ve kayıt sisteminin yetersizliği”, %21,5’inin “Malzeme kullanım bilgileri eksikliği”, %35,4’ünün “Malzeme alış fiyatı tahmini”, %7,6’sının “Sapma analizlerinin yeterince kullanılamaması”, %4,9’unun “Yönetim kurulu baskısı” ve %0,7’sinin “Diğer” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 24. Ankete Katılan Bireylerin “Hastanelerde Bütçe Uygulamasını Önem Sırasına Göre Sıralayınız ?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Bütçe Uygulamasının Amaçları	Önem Puanı
Çalışan performansını izlemek	315
Geleceğe yönelik karar almada yöneticilere yardımcı olmak	384
Hastane faaliyetlerini planlamak	521
Hastanenin finansal kaynaklarını en etkili dağıtımını sağlayabilmek	535
Hastanenin kısa ve uzun vadeli planları ile hastane bölümleri arasında koordinasyon sağlamak	405

Tablo 24’te elde edilen bulgulara göre katılımcıların tercihinine göre en yüksek puanı 535 ile “Hastanenin finansal kaynaklarını en etkili dağıtımını sağlayabilmek” cevabının aldığı gözlemlenirken en düşük puanı 315 ile “Çalışan performansını izlemek” cevabının aldığı gözlemlenmiştir.

Tablo 25. Ankete Katılan Bireylerin “Hastanenizde Bütçe Hedefleri Belirlenirken Aşağıdakilerden Hangisi Dikkate Alınmaktadır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Hastanenizde bütçe hedefleri belirlenirken aşağıdakilerden hangisi dikkate alınmaktadır?	Sayı	Yüzde
Geçmiş dönem verileri	75	52,1
Hastane politika ve hedefleri	63	43,8
Hizmet üretim kapasitesi	41	28,5
Sağlık sektöründe ekonomik durum (Satış/Ciro Tahminleri, Pandemi)	45	31,3
Hastane yöneticilerinin tecrübelerine dayalı görüşleri	18	12,5
Toplam	144	100,0

Tablo 25’te elde edilen bulgulara göre katılımcıların %52,1’inin “Geçmiş dönem verileri”, %43,8’inin “Hastane politika ve hedefleri”, %28,5’inin “Hizmet üretim kapasitesi”, %31,3’ünün “Sağlık sektöründe ekonomik durum (Satış/Ciro Tahminleri, Pandemi)” ve %12,5’inin “Hastane yöneticilerinin tecrübelerine dayalı görüşleri” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 26. Ankete Katılan Bireylerin “Bütçe El Kitabı Var Mıdır?” Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Frekans Dağılımı

Hastanenizde bütçe komitesinin görevlerini tanımlayan, bütçe politikalarını açıklayan, bütçe hazırlama şekil ve tekniklerini belirten bir rehber niteliğindeki bütçe el kitabı var mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	43	29,9
Hayır	101	70,1
Toplam	144	100,0

Tablo 26’da elde edilen bulgulara göre bu soruya katılımcıların %29,9’u “Evet” cevabını verirken %70,1’inin ise “Hayır” cevabını verdikleri gözlemlenmiştir.

V. TARTIŞMA

Kashanian (1995) “hastanelerde kontrol aracı olarak bütçeleme süreci ve İstanbul ilinde faaliyet gösteren özel hastanelerde bütçe hazırlama ve kontrol sürecine ilişkin bir araştırma” başlıklı doktora tez çalışmasında İstanbul ilinde faaliyet gösteren 50 yatak ve üzeri 25 özel hastanenin müdürleri ve muhasebe müdürlerine 32 soruluk anket çalışması yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre hastane çalışanlarından %84’ünün genel bütçe hazırladığı belirlenmiştir. Genel bütçeyi hazırlayan organ %38 ile muhasebe müdürlüğü olduğu, hastanelerin %60’ının bölüm bazında bütçeleme yaptığı, %93,3 aylık olarak bölüm bazında bütçeleme yapıldığı belirtilmiştir. Bütçeleme sürecinde yaşanan sorunlara verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek %72 ile enflasyon ortamı yanıtı alınmıştır. Hastanelerin %57,1’i aylık sapma analizleri uyguladığı, analiz sonucu hastanelerin %48’i maliyet raporları hazırladığı belirtilmiştir. Hastanelerde enflasyon oranı için baz alınan indeks dolar olduğu tespit edilmiştir. Nedeni olarak hastanede kullanılan malzemelerin ithal edilmesi nedeniyle harcamaların dolar bazlı tahmin zorunluluğudur. Satış bütçeleri hazırlanırken en çok dikkat edilen unsur mevsimlik etkiler olmuştur. Hizmet satış gelirini tahmin amacıyla en çok geçmiş yılların verileri dikkate alınmıştır. Araştırmamızda ise çalışanların %88,9’unda bütçeleme sistemi olduğu, %11’i bütçeleme sistemi olmadığını belirtmiştir. Genel bütçeyi hazırlayan organın %51,4 genel müdürlük olduğu, %86,8’inin bölüm bazında bütçeleme yaptığı, %43’ünün bölüm bazında bütçelemeyi yıllık olarak planladıkları görülmüştür. Bütçeleme sürecinde yaşanan sorunlara verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek üç değer %52,8 ile bütçe hazırlık süresinin etkin kullanılamaması, %37,5 işletme içi iletişim eksikliği, %35,4 malzeme alış fiyatı tahmini olduğu görülmüştür. Katılımcıların %36,1’inin bütçesel sapmaları altı aylık planladığı, satış bütçeleri planlanırken en çok dikkat edilen unsurun “nüfus/potansiyel müşteri sayısı” olduğu, hizmet satış gelirleri tahmin edilirken “istatistiksel teknikler, pazar araştırmaları ve piyasa analizleri, geçmiş yılların verileri” %49,3 hepsinin birlikte kullanıldığı gözlemlenmiştir. Araştırma farklılıklarına göre; Kashanian (1995)’de bütçe hazırlayan organ muhasebe müdürlüğü görülürken çalışmamızda genel müdürlük olduğu, bütçeleme de sorun yaşanan konu bütçe hazırlık sürecinin etkin kullanılamaması olduğu, satış bütçesi hazırlanırken en çok dikkat edilen mevsimlik etkiler yerine nüfus/potansiyel müşteri olduğu, hizmet satış geliri tahmininde ise tüm yöntemlerin dikkate alındığı görülmüştür.

Geyik (2016) işletmelerde bütçeleme ve kontrol faaliyetlerine yönelik, İstanbul Ticaret Odasına kayıtlı 58 işletmeye 20 soruluk anket yoluyla betimleyici araştırma yürütmüştür. İşletmelere sorulan anket çalışması neticesinde; katılımcıların %93’ü işletmede bütçe çalışması yapıldığını belirtmiş, katılımcıların %49’u bütçe çalışmasını muhasebe ve finans departmanı yaptığı, katılımcıların %87’si bütçe çalışmaları diğer departmanlarla birlikte yapılmaktadır cevabını vermiştir. Bütçe hazırlamada yararlanacağınız yardımcı bütçe yönergesi var mı sorusuna katılımcıların %62’si evet yanıtını vermiştir. Bütçe tahminlerine yönelik sorulan ankette katılımcıların %39’u geçmiş dönem analizlerine göre cevabını vermiştir. İşletme bütçe uygulamalarının yapılmama nedeni zaman ve maliyet yükü oluşturmaması, bütçe ile ilgilenecek departmanın olmaması belirtilmiştir. Bütçelerde yakalanan başarı oranları yüksek olmasına rağmen başarı ödüllendirilmemektedir. Başarının ödüllendirilmesi çalışanlarda pozitif etki yaratarak iş verimliliğini destekleyebilmektedir.

Püskül (2010) küçük ve orta büyüklükteki işletmelerde bütçe uygulamalarının durumuna yönelik 324 işletmede yaptığı araştırmada %34’ü bir bütçe sisteminin olduğunu ve düzenli olarak bütçe kontrolü yapıldığını, %28’i kısmen bütçeleme çalışması yapıldığını ve yapılan çalışmalarla ilgili olarak düzenli bir biçimde bütçe kontrolü yapıldığını, %23’ü kısmen bütçeleme çalışması yapıldığını ve yapılan çalışmalarla ilgili düzenli olarak bütçe kontrolü yapılmadığını, %15’i ise işletmelerinde bütçe çalışması yapılmadığını ifade etmiştir. Bütçe hazırlamama nedenleri incelendiğinde en yüksek dağılım %93,5 ile bütçe çalışmalarına yönetim kontrol aracı olarak bakılmaması, %71’i bütçe çalışmasını desteklememesi, %52’si ise bütçe çalışmasına zaman ayırmak istememesi bütçe hazırlamama nedenleri arasındadır. İşletmelerin %52’si bütçenin muhasebe ve finans bölümleri tarafından, %17’sinin yalnızca muhasebe bölümü tarafından, %12’sinin muhasebe ve satış bölümü tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. Bütçe hedefleri belirlenirken dikkate alınan unsurların frekans dağılımlarına bakıldığında sırayla “geçmiş dönem verilerini”, “içinde bulunulan sektörün ekonomik durumunu”, üretim kapasitesini” ve “işletme strateji ve politikalarını” dikkate aldıkları görülmüştür. İşletmelerin %55’i bölüm bazında bütçe çalışması yapıldığını, %45’i bölüm bazında bütçe çalışması yapılmadığını belirtmiştir. İşletmelerin %79

işletmelerde bütçe komitesi olmadığını, %60'ının bütçe çalışmalarını belli bir bütçe takvimine göre yapılmadığını, işletmelerin %94'ünün işletmelerinde bir bütçe el kitabı olmadığını belirtmiştir. Ankete katılan işletmelerin %87'sinin sapma analizi sonucunda belirlenen olumlu ve olumsuz farkların bir sonraki bütçe döneminde dikkate alındığını, %13'ünün ise dikkate alınmadığını ifade ettikleri görülmektedir. İşletmelerin %82'sinin bütçeyi etkileyen önemli değişiklikler sonucu revizyon yaptıklarını, %18'inin de revizyon yapmadıklarını belirtmişlerdir. İşletmelerin %46'sının bütçe revizyonunu 6 aylık, %35,5'inin 3 aylık, %15'inin aylık ve %6,5'inin ise belli bir zaman olmadan ihtiyaç olduğunu düşündükleri periyotlarda yaptıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca işletmelerin %73'ü ekonomik kriz, sektörel kriz gibi olağanüstü durumları, %61'i yüksek sapmaların olmasını, %45'i ise yönetimin olağanüstü karar almasını bütçe revizyonunun koşulları arasında göstermiştir. Araştırmamızda bütçe hazırlamada temel amaç için en yüksek değerin hastanenin finansal kaynaklarını en etkili dağıtımını sağlayabilmek olduğu görülmüştür. Hastane çalışanlarının %70,1'i bütçe komitesi görevlerini tanımlayan bütçe el kitabı olmadığını belirtmiştir.

Bağcı (2011) Burdur ilinde faaliyet gösteren 14 işletmenin bütçeleme sürecine yönelik işletme bütçe ve bütçe uygulamalarını tanımak, standartlar doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve ilişkileri ortaya çıkarmak için mülakat yöntemiyle bir araştırma yürütülmüştür. Bütçe uygulamalarının sağladığı yararlarla ilişkin görüşler değerlendirildiğinde öngörü sağlama, hedefe ulaşım ve finansal analiz desteği sağladığı gözlemlenmiştir. Bütçe uygulamalarının sağladığı yararlarla ilişkin görüşler ise büyüme, yatırım ve kazanç artırmaya yönelik yorumlar olduğu gözlemlenmiştir. Bütçe çalışmalarının yapılmama nedenleri arasında kurumsallaşamama, aile şirketi olması, maliyetlerin hesaplanamaması, satış, fiyatlardaki iktidarsızlık, sipariş usulü çalışma ve eleman sıkıntısı olması gibi cevaplar verilmiştir. Satış bütçesi hazırlanırken pazar araştırması ve fiyat araştırması yapıldığı gözlemlenmiştir. İşletmelerde bütçelerin düzenlenmesinde yer alan organlar genel olarak muhasebe bölümü, finans bölümü, üretim bölümü, pazarlama satış ve dağıtım bölümü olduğu gözlemlenmiştir. İşletmelerin sapma analizi yaptıkları kalemler satış, üretim ve gider olduğu gözlemlenmiştir. İşletmelerin bütçe sapmalarının nedenleri ile ilgili düşünceleri devlet politikaları, yanlış tahminler, dış etkenler, fireler, dolar kuru dalgalanmaları gibi yanıtlar verdikleri gözlemlenmiştir. Araştırmada üretim miktarı, işçilik, genel üretim giderleri, AR-GE giderleri, genel yönetim giderleri, yatırım harcamaları, pazarlama, satış ve dağıtım giderlerine yönelik sapma analizleri yapıldığı, en yüksek ortalamanın ise üretim miktarı ile ilgili sapma analizi olduğu gözlemlenmiştir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bütçe, özel sağlık kurumları için finansal planlama ve kontrol aracıdır. Bütçe ile hastaneler gerçekleşmesi beklenen faaliyetlere karşı finansal planlamalar yaparak gelecekte karşılaşılabilecek durumlara karşı finansal hazırlık içerisinde olabilmektedirler.

Ankete katılan bireylerin çalıştıkları hastanelerin bütçeleme sistemi olup olmaması durumlarına göre katılımcıların çoğunluğunun bütçe sistemi olan hastanelerde çalıştıkları gözlemlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun "Hastanemizde bütçeleme sistemi yapılmakta olup düzenli bütçesel kontrolü yapılmaktadır" cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu bütçe sistemi ve kontrolü yapılan hastanede çalıştıklarını belirtmeleri araştırmaya konu olan hastanelerin kurumsal bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Katılımcıların bir kısmının negatif yönlü yanıtlar vermesi ise kurumsallaşmamış bir hastanede çalıştığı ya da çalıştığı birimlerin yeterince bütçeleme sistemine dâhil olmaması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Ankete katılan bireylerin "Hastanemizde genel bütçe hazırlanıyor ise kim hazırlamaktadır?" sorusuna verdikleri cevaplara göre katılımcıların çoğunluğu genel müdürlük cevabını vermişlerdir. Birçok hastane yöneticisi bütçeleme sürecinde bölüm sorumlularının, muhasebe ve finans sorumlularının fikirlerini yeterince almamaktadırlar. Bu nedenle bütçeleme sürecinin tek merkezden çıkması bütçenin doğruluğunu etkileyebilmektedir. Bu sorunu ortadan kaldırmak için katılımcı bütçe anlayışının gerekliliği vurgulanmalıdır.

Özel hastanelerin çoğunda bölüm bazında bütçeleme yapıldığı gözlemlenmiştir. Bölüm bazında bütçeleme sayesinde bölüm yöneticileri kendi bölümlerine dair gelir-gider dengesine sahip olmaktadır. Ayrıca bölüm bazında bütçeleme yapılması bütçede gerçekleşebilecek bir sapmada sorumluluk tek bir merkezde kalmayarak bölüm sorumluları da sapmaya dair gerekli açıklama yapması beklenmektedir. Ayrıca sapmaların bölüm bazında ölçülmesiyle performans değerlendirmesi yapılma olanağı sağlanır. Bölüm bazında bütçe uygulaması hangi zaman dilimi için yapılmaktadır? sorusuna verilen cevaplara göre katılımcıların çoğunlukla “yıllık” cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir. Özel hastane departmanları bölüm bazında değerlendirildiğinde bölüm bazında bütçe çoğunlukla yıllık olarak hazırlanmaktadır. Bölüm bazında bütçeleme departmanlarda farklılıklar gösterebilmektedir. Özellikle eczane hizmetleri, depo ve satın alma gibi birimlerdeki bütçeleme süreçleri hastane politikalarına göre farklılık gösterebilmektedir.

Hastanelerde gelir tahmini yapmak için katılımcıların çoğunluğu proforma mali tablo ve pazar araştırması cevabını vermiştir. Bu nedenle proforma mali tablo kalemlerinin hazırlanmasında özen gösterilmelidir. Enflasyonist dönemde gelir tahmininde pazar araştırması yapılması yeterli bir yöntem olarak görülmemektedir. Fiili malzeme giderleri ile bütçelenen gider arası fark var ise katılımcılar genellikle bütçelenen miktar ve fiyat verileri tekrar gözden geçirilir, cevabını seçtikleri gözlemlenmiştir.

Ankete katılan bireylerin “Bütçelemeye sorun yaşanan konulardan en önemli üç konuyu işaretleyiniz?” sorusuna verdikleri cevaplara istinaden en büyük sorunun bütçe hazırlık süresinin etkin kullanılamaması olduğu görülmüştür. Bunun nedenleri arasında iletişim eksikliği, bölümler arası etkileşim ve bütçelemeye yeterince önem verilmemesi ve zaman ayrılması olabilmektedir. Hastane çalışanları iş yoğunluklarını ve iş yüklerini neden göstererek bütçeleme sürecine aktif katılım sağlayamayabilir. Aynı zamanda bütçeleme sürecine yeterli önem verilememektedir. Bu nedenlerle bütçe hazırlık süreci etkinliği kaybedilebilmektedir. Çalışanlara bütçenin önemi konusunda bilgilendirmeler yapılmalı, bütçe takvimi katılımcılarla paylaşılmalıdır.

Ankete katılan bireylerin “Hastanenizde bütçe hedefleri belirlenirken hangisi dikkate alınmaktadır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre katılımcıların “Geçmiş dönem verileri”, “Hastane politika ve hedefleri”, “Hizmet üretim kapasitesi” cevabını çoğunluk olarak seçtikleri gözlemlenmiştir. Geçmiş yılların verileri değerlendirilirken bu dönemde yaşanan olumsuzluklar, aşırılıklar, olağanüstü etkiler var ise incelenmelidir. Geçmiş yıllar dikkate alınacaksa sapma analizlerinin yapılmış olması ve düzenlemelerin yapılmış olmasına dikkat edilmelidir. Bunun yanında piyasada yaşanan gelişmeler de göz ardı edilememelidir.

Hastanenizde bütçe komitesinin görevlerini tanımlayan, bütçe politikalarını açıklayan, bütçe hazırlama şekil ve tekniklerini belirten bir rehber niteliğindeki Bütçe El Kitabı var mıdır? Sorusuna katılımcıların çoğunluğu “Hayır” cevabını vermiştir. Hastanelerde bütçe konusunda rehber niteliği taşıyan bütçe el kitabı olmaması hastaneler açısından büyük eksikliklerdir. Bütçelemeye dair tüm görev bölümlendirmelerinin, bilgilendirmelerin, politikaların yer aldığı el kitabı hazırlanarak tüm departmanların bilgilendirilmesi tavsiye edilmektedir.

Etik Kurul İzni: Araştırma Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonundan 25.12.2023 tarih, E230676 sayı ve 2023/362 nolu etik izni kararı alınarak yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Bağcı, G. (2011). *Şirketlerin Bütçe ve Bütçe Uygulamalarına Genel Bir Bakışı: Burdur İlindeki Şirketlere Yönelik Nitel Bir Araştırma*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi).
- Ceylan, A., (1998). *İşletmelerde Finansal Yönetim*. Ekin kitabevi.
- Erdoğan, N. ve Saban, M. (2010). *Maliyet ve Yönetim Muhasebesi*. 5. Baskı, Beta Basım A.Ş., İstanbul.
- Geyik, S. (2016). *İşletme Bütçeleri ve Kontrol*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güven, S. (2021). *Faaliyet Tabanlı Bütçeleme: Bir Üretim İşletmesi Uygulaması*. Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi).
- Haftacı, V. (2005). *İşletme Bütçeleri*, 4. Baskı, Beta Basım A.Ş., İstanbul.
- Hilton, R.W.(2001). *Managerial Accounting*. Sixth Edition, Irwin/Mc Graw-Hill. New York.
- İşler, Ö. (2008). *Bir Yönetim Aracı Olarak Bütçeleme. Seyahat Acenteleri ve Tur Operatörlerine Bir Uygulama*. Akdeniz Üniversitesi. Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı. (Yüksek Lisans Tezi).
- Kashanian, F. (1995). *Hastanelerde Kontrol Aracı Olarak Bütçeleme Süreci ve İstanbul İlinde Faaliyet Gösteren Özel Hastanelerde Bütçe Hazırlama ve Kontrol Sürecine İlişkin Bir Araştırma*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Doktora Tezi).
- Püskül, S. (2010). *İşletme Bütçe Sistemi ve Bütçe Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma*. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Doktora Tezi).
- Sevgener, A. S., ve Hacırüstemoğlu, R. (2000). *Yönetim Muhasebesi* (7. Baskı). Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Tanır, K. (2005). *İşletme Fakültesi: Maliyet Muhasebesi, Pazarlama Yönetimi, Yönetim Bilgi Sistemi, Finansal Yönetim*. Ankara: İlkumut Açıköğretim Yayınları.
- Tokaç, A. (2005). *Uygulamacı Gözüyle İşletmelerde Bütçeleme ve Raporlama*. İstanbul: Tunca Kitabevi. İstanbul.
- Türk Dil Kurumu (2024) <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim: 18.02.2024).
- Wikipedia (2024). Bütçe. <https://tr.wikipedia.org/wiki/B%C3%BCt%C3%A7e> (Erişim: 05.02.2024).
- World Health Organization (2000). *The world health report 2000–Health systems: Improving performance*.
- Yalkın Koç, Y. (1989). *Yönetim Aracı Olarak İşletme Bütçeleri* (3. Baskı), Turhan Kitabevi Yayınları.

BİREYLERİN ORGAN BAĞIŞINA YÖNELİK BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

Fatih ŞANTAŞ*
Gülcan ŞANTAŞ**
Tuğba ÖZER***

ÖZ

Bu araştırmada, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran bireylerin organ bağışına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin ve organ bağışına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları üzerinde kişisel özelliklerinin etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın evrenini, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran 18 yaşını doldurmuş kişiler oluşturmaktadır. Bu çalışmada hesaplanan örneklem büyüklüğü 668 olmuştur ve ulaşılan kişi sayısı ise 670'dir. Verilerin analizinde tek örneklem ki-kare testi ve lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Organ bağışında bulunan ve organ bağışı kartı olanlar %4 civarındadır. Kişilerin organ bağışında bulunmama nedenleri arasında ilk sırayı şu an için zaman ayırmama yer almaktadır ve bu maddeyi dini inanç ve cesedine müdahale ettirmeme takip etmektedir. Çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun organ bağışına yönelik düşüncelerinin olumlu olduğu belirlenmiş olup; organ bağışının toplumsal dayanışma, ölen kişinin ailesinin üzüntüsünün hafifletilmesine yardımcı olma ve hayat kurtarmada önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmada 35 yaş ve altında, sağlık sigortası olan, çalışan, geliri asgari ücretten yüksek ve ailesinde sağlık personeli olan kişilerde organ bağışına yönelik bilgi düzeyinin ve organ bağışlama düşüncelerinin daha fazla ancak Türkiye'de organ bağışı ile ilgili bilgilendirmenin yeterli olduğu düşüncesinin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %61,5'i istatistiksel olarak anlamlı şekilde, organ bağışı yapan kişiye devletin maddi destekte bulunması gerektiğini düşünmektedir. Çalışmada, organ bağışının artırılması için halkın bu konudaki eğitimine önem verme ve bilgilendirme programlarının yapılması ve medya desteğinin artırılması düşünceleri öne çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Organ bağışı, hastane, lojistik regresyon analizi, Yozgat

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

** Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, gulcan.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0488-9375>

*** Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yozgat, Türkiye, tubaaa.unlu1@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0008-8184-4972>

Gönderim Tarihi: 28.01.2025

Kabul Tarihi: 22.05.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Şantaş, F., Şantaş, G. & Özer, T. (2025). Bireylerin organ bağışına yönelik bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesine ilişkin bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 241-262. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1628584>

A STUDY ON DETERMINING INDIVIDUALS' KNOWLEDGE AND THOUGHTS ON ORGAN DONATION

Fatih ŞANTAŞ^{*}
Gülcan ŞANTAŞ^{**}
Tuğba ÖZER^{***}

ABSTRACT

This study aims to determine the knowledge and thoughts of individuals who applied to Yozgat Bozok University Research and Application Hospital regarding organ donation and to determine the effect of personal characteristics on their knowledge, attitudes and behaviors regarding organ donation. The universe of the study consists of people over the age of 18 who applied to Yozgat Bozok University Research and Application Hospital. The calculated sample size was 668 and the number of people reached was 670 in this study. The data were analyzed using a single sample chi-square test and logistic regression analysis. The percentage of those who donated organs and had an organ donation card was around 4%. Among the reasons why people did not donate organs, the first reason was not having time for donation, followed by religious belief and not having their bodies intervened. The study found that the majority of participants had positive thoughts about organ donation; organ donation was thought to be important in helping to alleviate the grief of the family of the deceased, in helping to build social solidarity and save lives. The study determined that the level of knowledge and thoughts of organ donation were higher among those who were 35 years of age or younger, had health insurance, were employed, earned more than minimum wage, and had a family member who was healthcare professional. However, the study found that the opinion on the adequacy of information on organ donation was lower in Turkey. In the study, 61.5% of the participants thought that the state should provide financial support to the person who donated organs, which was statistically significant. In the study, the ideas that the public should be given importance to education on this issue, information programs should be organized and media support should be increased in order to increase organ donation were highlighted.

Keywords: Organ Donation, hospital, logistic regression analysis, Yozgat

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof. Dr., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

** Assoc. Prof. Dr., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, gulcan.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0488-9375>

*** Yozgat Bozok University, Graduate Education Institute, tubaaa.unlu1@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0008-8184-4972>

Received: 28.01.2025

Accepted: 22.05.2025

Cite This Paper:

Şantaş, F., Şantaş, G. & Özer, T. (2025). Bireylerin organ bağışına yönelik bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesine ilişkin bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(2), 241-262. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1628584>

I. GİRİŞ

Organ nakli, vücutta görevini gerçekleştiremeyen organın yerine canlı bir vericiden veya kadavradan aynı işlevi görecektir sağlam bir doku veya organın alınarak nakli işlemidir (Akış vd., 2008). Günümüzde her yaşta organ nakli yapılabilirken ancak organ bağışı için 18 yaşını doldurmuş olmak gerekmektedir. Organ naklinde hem ulusal hem uluslararası zeminde önemli gelişmeler meydana gelmesine rağmen, bu konuda bazı sorunlar bulunmaktadır. En belirgin sorun, organ naklinin temel aşamalarından biri olan nakil yapılacak organın temin edilmesi sürecidir. Bu süreçte organ nakli için gerekli olan organ, genelde hastanın yakını tarafından yapılan “organ bağışı”yla sağlanmaktadır (Kılıç vd., 2010).

Organ bağışıyla bir bağışçıdan sağlıklı organ ve dokular alınarak, bu organ ve dokular bir alıcıya nakledilmektedir. Bağışların çoğu bağışçı öldükten sonra gerçekleşmektedir ancak bazı organ ve dokular bağışçı hayattayken de bağışlanabilmektedir. Organlar saklanamamakta ve bu organların bağışçının vücudundan çıkarıldıktan sonraki saatler içinde uygun koşullarda kullanılması gerekmektedir. Bağışlanabilen iç organlar arasında böbrek, karaciğer, pankreas, kalp, bağırsak ve akciğerler bulunmaktadır. Örneğin diyabet, böbrek ve pankreas naklinin en yaygın nedenidir. Bağışlanabilen diğer dokular arasında kan, kök hücreler, damarlar, deri, kemik, kornea, deri ve kalp kapakçıkları bulunmaktadır. Kıkırdak, tendonlar ve bağlar da alıcılardaki hasarlı dokuları onarmak için kullanılabilir (Dünya Sağlık Örgütü, 2025).

Türkiye’de organ bağışı ve nakli, 3 Haziran 1979 tarih ve 2238 Sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun”a göre düzenlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu kanuna göre, bireyin hayattayken organını bağışlama isteğini organ bağış kartı edinerek yasallaştırması gerekmektedir. Ayrıca tıbben ölümün gerçekleşmesi durumunda, ölen kişinin yakınlarının kararıyla da organ bağışı yapılabilir. Ülkelerde organ bağışı uygulamaları farklılaşabilmektedir. Örneğin Belçika’da organ bağışında bulunmak istemeyenler bu durumu yazılı olarak belirtmektedir. Böyle bir yazılı beyan bulunmuyorsa -ret başvurusu yapılmamışsa- bu bireylerin ölümü durumunda doğrudan organ bağışı yapılabilir (Yüceci vd., 2003).

Tüm dünyada organ nakli bekleyen hastalar ile organ bulunabilirliği arasındaki uçurum her yıl artmaktadır (Da Silva ve Frontera, 2015). Organ ve doku bağışı sayısı, organ nakli için bekleyen bireylere görece daha düşük düzeydedir. Birçok hasta, uzun bekleme süresi nedeniyle bekleme listesindeyken ölebilmekte, nakil yapılamayacak kadar hasta olabilmekte ve organ bağışı listesinden çıkarılabilmektedir. Bu sebeple organ kıtlığını telafi etmek için genellikle “canlı bağış” teşvik edilmektedir (Akbulut vd., 2020). Organ bağışı konusunda toplumun bilgi düzeyinin yeterli olmaması sebebiyle kalp, karaciğer ve böbrek gibi organlar zamanında bulunamadığından, bu organların bağışını bekleyen hastalar hayatını kaybedebilmektedir (Akış vd., 2008). Son yıllarda diyabet, kalp hastalıkları, böbrek yetmezliği gibi hastalıkların görülme sıklığının artması nedeniyle organ bağışına olan ihtiyaç önemli ölçüde artmıştır.

Türkiye’deki organ bağışı oranı Batı ülkelerine göre daha düşüktür. Türkiye’de, dünyanın geri kalanında olduğu gibi, nakil için en büyük engelin donör organ eksikliği olduğu söylenebilir (Akbulut vd., 2020). Organ nakillerindeki gelişmelere ve organ bağışını teşvik etmeyi amaçlayan mevcut girişimlere rağmen, organ bağışı sayısı mevcut ihtiyacı karşılayamamaktadır (Üstüner vd., 2009; Sezek vd., 2015). Organ bağışı güncel bir sorun olmasına rağmen, toplumun özellikle organ bağışı süreciyle ilgili yeterli düzeyde bilgisinin olmaması, mevcut duyarlılığın bağışa yansımaları olumsuz şekilde etkilemektedir (Kılıç vd., 2010). Organ bağışına yönelik duyarlılık için risk oluşturabilecek çeşitli engeller bulunmaktadır. Bu engeller arasında bireylerin dini inanışları, öldükten sonra vücut bütünlüğünün zarar görmesi düşüncesi, bireylerin organlarının istemediği insanlara verilecek olduğunu düşünmesi, doktorlar tarafından ölüm kararının erken verilebileceğine inanç, bağışlanmış organların uygunsuz kullanılabileceği düşüncesi, organ bağışı konusunda duyarsızlık gibi unsurlar yer almaktadır (Terzioğlu, 1993; Vatanoglu, 2007; Okka ve Demireli, 2008; Bektaş ve Yıldırım, 2021).

Organ bağış programlarının başarısı insanların ölümden sonra organlarını bağışlama isteğine bağılıdır (Soqia vd., 2023). Bu isteğin oluşmasında konu hakkında bilgi sahibi olmanın önemli olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili alanyazın incelendiğinde, organ bağış hakkındaki bilginin organ bağış isteğinde önemli belirleyicilerden biri olduğu görülmektedir. Organ bağış tutumları ve inançları, organ bağış hakkındaki bilginin düzeyiyle pozitif olarak ilişkilidir (Rodrigue vd., 2009). Organ bağış konusunda bilgi sahibi olanlar ile organ bağışçısı olma arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Organ bağış konusunda insanların bilgi sahibi olmalarının bu konudaki çekincelerini azaltabileceği öngörülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bir sağlık sisteminde toplumun organ bağış konusunda farkındalığının olması, organ nakli programlarını temelden etkileyebilmektedir. Organ bağış hakkındaki bilgi, algı ve bağışya yönelik tutumlar, bağış yapma ve bağışçı kaydı oluşturma isteği ile yakından ilişkilidir (Tokalak vd., 2006; Wakefield vd., 2010).

Organ bağışını teşvik etmeye yönelik etkili kamu politikaları geliştirebilmek için, toplumun bu konudaki bakış açısını anlamak, hedef grupları tespit etmek, onlara doğru ve etkili şekilde ulaşabilecek yöntemleri belirlemek önemlidir (Akbulut vd., 2020). Bu araştırmada, bireylerin organ bağışına yönelik bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi ve organ bağışına yönelik bilgi, tutum ve davranışları üzerinde kişisel özelliklerinin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Kişilerin organ bağışına yönelik bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesinin donör temini, organ bağışının teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılması, konuyla ilgili toplumun eğitimi ve bilgi eksikliğinin giderilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

II. MATERYAL VE METOT

2.1. Araştırmanın Yeri ve Tipi

Bu araştırma, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran hastaları kapsayan, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

2.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmada, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran bireylerin organ bağışına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi ve organ bağışına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları üzerinde kişisel özelliklerinin etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Kişilerin organ bağışına yönelik bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesinin donör temini, organ bağışının özendirilmesi ve yaygınlaştırılması, bireylerin bilgi eksikliğinin giderilmesi açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir. Bu kapsamda bu çalışmada, Yozgat ilinde üniversite hastanesi örneğinde organ bağışında mevcut durumun araştırılması ile organ bağışında bulunma oranı, organ bağışında bulunmayı etkileyen ya da engelleyen faktörler ve organ bağışını artırmada neler yapılması gerektiği ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Çalışmada kullanılan ankette kapsamlı soruların yer alması ve verilerin analizinde çok değişkenli analiz yönteminin (lojistik regresyon analizi) kullanılması ile bu çalışmanın ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada cevap aranan sorular şu şekilde sıralanabilir:

- Organ bağışında bulunma oranı hangi düzeydedir?
- Organ bağışında bulunmama nedeni ya da nedenleri nelerdir?
- Katılımcıların kendisi ya da yakınlarının organ bağışında bulunmasına bakışı nasıldır?
- Türkiye'de organ bağış ile ilgili bilgilendirme yeterli midir?
- Organ bağışını artırmak için neler yapılabilir?
- Organ bağışında bulunan kişilere maddi destekte bulunulmalı mıdır?

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran 18 yaşını doldurmuş kişiler oluşturmaktadır. Bu hastaneden araştırmanın yapıldığı tarihte aylık ortalama olarak 5.000 hasta poliklinik hizmeti almaktadır. Bu durumda araştırmanın örneklem büyüklüğü %99 güven düzeyi ile 586 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G-Power 3.1 programı yardımıyla güç analizi yapılmıştır. Anket sorularının kategorik olması nedeniyle örneklem ki-kare dağılımı için hesaplanmıştır. Genellikle %80 civarında güç yeterli kabul edilmektedir. Bu çalışmada %80 güç ($Df=3$), %1 hata (α) ve %15 etki büyüklüğü için hesaplanan örneklem büyüklüğü 668 olmuştur. Bu çalışmada ulaşılan kişi sayısı 670 olup, belirlenen örneklem sayısına ulaşıldığı söylenebilir. Örneklem büyüklüğüne ulaşmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Veri toplama, hastanede hafta içi her gün ve mesai saatleri içerisinde poliklinik hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Anketler yüz yüze doldurtulmuştur. Katılımcılar, araştırmaya gönüllülük esasına göre katılım sağlamıştır. Kişilere istekleri halinde araştırmanın her aşamasında ayrılacakları ifade edilmiştir. Veri toplama, 01.06.2024 – 01.08.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket “kişisel bilgiler” ve “organ bağışına ilişkin sorular” olmak üzere iki bölümden ve 34 sorudan oluşmaktadır. Anket soruları, araştırmacılarca hazırlanmıştır. Hazırlanan anket formu için Sağlık Yönetimi alanında çalışan iki akademisyenden uzman görüşü alınmıştır. Ardından uzmanların görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler gerçekleştirilmiştir. Ankete son halinin verilmesi için 10 kişilik gruba pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamada, soruların görselliği ve anlaşılabilirliği üzerinde durulmuştur. Katılımcılardan gelen öneriler doğrultusunda kelime, yazım ve görsellikte değişiklikler yapılmıştır. Pilot uygulamanın ardından anket formuna son hali verilmiş olup, ankette organ bağışına ilişkin 25 soru yer almaktadır. Anket sorularına katılım, evet/hayır şeklinde olup; bazı sorularda birden fazla seçeneğe katılım sağlanabilmektedir.

2.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS v.27 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans ve yüzde) kullanılmıştır. Organ bağışına yönelik soruların analizinde tek örneklem ki-kare testi ve lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Lojistik regresyon analizinde referans kategori 1.000 ile simgelenmiştir ve diğer kategorilerin tahmini rölatif riski (odds oranı) referans kategoriye göre hesaplanmıştır. Analiz tablolarında odds oranları verilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olanlar * işareti ile belirtilmiştir. Analizlerde, %95 güven düzeyi esas alınmıştır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne sağlık hizmeti almak için başvuran kişiler örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle araştırma sonuçlarının Yozgat iline veya ülkeye genellenmesi söz konusu değildir.

2.7. Araştırmanın Etik Durumu

Araştırmanın yapılabilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 14/01 Karar No ve 22.05.2024 tarihli onay alınmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Özellikleri

Tablo 1’de araştırma kapsamında yer alan 670 katılımcının kişisel özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Katılımcıların %67’si 36 yaş ve üzerindedir ve %54,9’u kadındır. Katılımcıların %70,3’ü evli olup, %58’i lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,8) sağlık sigortasına sahiptir ve yarıdan fazlası (%56,9) çalışmaktadır. Katılımcıların yaklaşık %57’si asgari ücret ve altında gelire sahiptir. Araştırmada yer alan kişilerin %67,32’sinin kronik hastalığı ve %63,7’sinin ailesinde sağlık personeli bulunmamaktadır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Özellikleri (n=670)

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Yaş	35 yaş ve altı	221	33,0
	36-51	245	36,6
	52 yaş ve üzeri	204	30,4
Cinsiyet	Kadın	368	54,9
	Erkek	302	45,1
Medeni durum	Evli	471	70,3
	Bekâr	199	29,7
Eğitim Durumu	Eğitimi yok/Okuryazar	80	11,9
	İlköğretim	196	29,3
	Lise	157	23,4
	Üniversite ve üzeri	237	35,4
Sağlık Sigortası	Var	568	84,8
	Yok	102	15,2
Çalışma durumu	Evet	381	56,9
	Hayır	289	43,1
Aylık gelir	Asgari ücretten az	256	38,2
	Asgari ücret (17.002 TL)	125	18,7
	17.003-30.000 TL	156	23,3
	30.001 TL ve daha fazla	133	19,9
Kronik hastalık	Evet	219	32,7
	Hayır	451	67,3
Ailede sağlık personeli	Var	243	36,3
	Yok	427	63,7

3.2. Organ Bağışına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 2’de organ bağışına ilişkin tanımlayıcı bulgular ve gerçekleştirilen tek örneklem ki-kare analiz sonuçları verilmektedir. Tablo 2 incelendiğinde gerçekleştirilen analizlerin tamamının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre katılımcılarda organ bağışında bulunmama, organ bağış kartının olmaması ve organ nakline ihtiyaç duymayanların yüzdesinin anlamlı şekilde daha fazla olduğu görülmektedir. Kişilerin organ bağışında bulunmama nedenlerine bakıldığında ilk sırada şu an için zaman ayırmama yer almaktadır ve bu maddeyi dini inanç ve cesedine müdahale ettirmeme takip etmektedir.

Katılımcılar; ihtiyaç durumunda kendileri için organ nakli yapılmasını kabul etmektedir ve organ bağışı yapmanın insanlara faydalı olduğunu, organ nakli bekleyen çok fazla hasta olduğunu ve organ bağışının ölen kişinin ailesinin üzüntüsünün azalmasına yardımcı olabileceğini düşünmektedir. Araştırma kapsamında yer alan kişiler organ bağışının hayat kurtarma ve toplumsal dayanışma açısından önemli olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların kendileri ve yakınlarının organ bağışı yapmalarına olumlu yaklaşıkları görülmektedir. Katılımcılar, ölümlerinden sonra organlarının yakınları tarafından bağışlanabileceğini,

yakınlarının ölümü halinde onların organlarını bağışlayacaklarını, ihtiyaç durumunda yakınları için organ naklini kabul edeceklerini ifade etmektedir ve olumlu düşüncelerinin doğal sonucu olarak yakınlarına kendi organlarının bağışlanmaması şeklinde vasiyet bırakmayacaklarını düşünmektedir.

Tablo 2. Organ Bağışına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ve Tek Örneklem Ki-Kare Analizi Sonuçları

Organ Bağışına İlişkin Sorular	Sayı	Yüzde	Analiz
1. Organ bağışında bulundunuz mu? (Organ bağışına ilişkin kaydınız var mı?) Evet Hayır	33 637	4,9 95,1	$X^2=544,501$ p=0,000
2. Organ bağışında bulunmama nedeni (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) Dini inanç nedeniyle Cesedine müdahale yaptırmak istememe Ailenin izin vermeyeceğini düşünme Organ bağışının ticari bir işe dönmesinden duyulan korku Şu an için zaman ayıramama	108 114 64 54 351	16,1 17,0 9,6 8,1 52,4	-
3. Organ bağışı kartınız var mı? Evet Hayır	28 642	4,2 95,8	$X^2=562,681$ p=0,000
4. Organ nakline ihtiyaç duydunuz mu? Evet Hayır	52 618	7,8 92,2	$X^2=478,143$ p=0,000
5. İhtiyaç olması durumunda kendinize organ nakli yapılmasını kabul eder misiniz? Evet Hayır	553 117	82,5 17,5	$X^2=283,725$ p=0,000
6. Organ bağışı yaparak insanlara faydalı olabileceğinizi düşünür müsünüz? Evet Hayır	584 86	87,2 12,8	$X^2=370,155$ p=0,000
7. Organ nakli için bekleyen çok fazla hasta olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Hayır	596 74	89,0 11,0	$X^2=406,693$ p=0,000
8. Organ bağışı, ölen kişinin ailesinin üzüntüsünün hafiflemesine yardımcı olur mu? Evet Hayır	460 210	68,7 31,3	$X^2=93,284$ p=0,000
9. Organ bağışı yapmak hayat kurtarmak için önemli midir? Evet Hayır	593 77	88,5 11,5	$X^2=397,398$ p=0,000
10. Organ bağışının toplumsal dayanışma açısından önemli olduğunu düşünür müsünüz? Evet Hayır	571 99	85,2 14,8	$X^2=332,513$ p=0,000
11. Siz öldükten sonra yakınlarınızın sizin organlarınızı bağışlamasını ister misiniz? Evet Hayır	477 193	71,2 28,8	$X^2=120,382$ p=0,000
12. Bir yakınınızın ölümü halinde onun organlarını bağışlar mısınız? Evet Hayır	405 265	60,4 39,6	$X^2=29,254$ p=0,000
13. İhtiyaç olması durumunda aile bireylerine organ nakli yapılmasını kabul eder misiniz? Evet Hayır	579 91	86,4 13,6	$X^2=355,439$ p=0,000
14. Yakınlarınıza kendi organlarınızı bağışlamamaları şeklinde vasiyet bırakır mısınız? Evet Hayır	192 478	28,7 71,3	$X^2=122,084$ p=0,000
Toplam	670	100,0	

Tablo 2 (Devam) tablosu incelendiğinde katılımcıların ailesinde organ bağışında bulunmama, organ nakli olmama oranları daha yüksek olup, organ nakli bekleyen yakını bulunanların yüzdesi ise anlamlı şekilde daha düşüktür. Katılımcıların organ bağışının yasal boyutunu, kimlerin organ bağışında bulunabileceği ve organ bağışı için ne yapmak gerektiğini bilme yüzdesi anlamlı şekilde düşüktür. Araştırma kapsamında yer alan kişiler, kişinin hayatta iken organ bağışında bulunabileceğini ancak Türkiye’de organ bağışı ile ilgili bilgilendirmelerin ve organ bağışının yetersiz olduğunu düşünmektedir. Organ bağışının artırılması için “halkın bu konudaki eğitimine önem verilmeli ve bilgilendirme programları yapılmalıdır” ve “medya desteği artırılmalıdır” görüşleri ağırlıktadır. Son olarak katılımcılar, organ bağışı yapan kişiye devlet tarafından maddi destekte bulunulması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 2. Organ Bağışına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ve Tek Örneklem Ki-Kare Analizi Sonuçları (Devam)

Organ Bağışına İlişkin Sorular	Sayı	Yüzde	Analiz
15. Ailenizde organ bağışında bulunan biri(leri) var mı? Evet Hayır	79 591	11,8 88,2	$X^2=391,260$ $p=0,000$
16. Ailenizde organ nakli olan biri(leri) var mı? Evet Hayır	75 595	11,2 88,8	$X^2=403,582$ $p=0,000$
17. Organ bağışı bekleyen yakınlarınız var mı? Evet Hayır	72 598	10,7 89,3	$X^2=412,949$ $p=0,000$
18. Organ bağışının yasal boyutunu biliyor musunuz? Evet Hayır	162 508	24,2 75,8	$X^2=178,681$ $p=0,000$
19. Kimlerin organ bağışında bulunabileceğini biliyor musunuz? Evet Hayır	231 439	34,5 65,5	$X^2=64,573$ $p=0,000$
20. Organ bağışı için ne yapmak gerektiğini biliyor musunuz? Evet Hayır	250 420	37,3 62,7	$X^2=43,134$ $p=0,000$
21. Kişi hayatta iken organ bağışında bulunabilir mi? Evet Hayır	512 158	76,4 23,6	$X^2=187,039$ $p=0,000$
22. Sizce Türkiye’de organ bağışı ile ilgili bilgilendirmeler (kampanyalar, kamu spotları vb.) yeterli midir? Evet Hayır	66 604	9,9 90,1	$X^2=432,006$ $p=0,000$
23. Sizce Türkiye’de organ bağışı yeterli midir? Evet Hayır	43 627	6,4 93,6	$X^2=509,039$ $p=0,000$
24. Organ bağışını artırmak için neler yapılabilir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) Halkın bu konudaki eğitimine önem verilmeli ve bilgilendirme programları yapılmalıdır. Medya desteği artırılmalıdır. Gönüllü kuruluşların çalışmaları artırılmalıdır. Devlet kuruluşları koordineli olarak birlikte çalışmalıdır.	548 442 372 450	81,8 66,0 55,5 67,2	-
25. Organ bağışı yapan kişiye devletin maddi destekte bulunması gerektiğini düşünüyor musunuz? Evet Hayır	412 258	61,5 38,5	$X^2=35,397$ $p=0,000$
Toplam	670	100,0	

3.3. Organ Bağıışına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenlerin tamamının aynı anda analizine imkân vermesi nedeniyle çok değişkenli analizler tek değişkenli analizlere göre daha doğru sonuçlar vermektedir. Bu nedenle organ bağıışına ilişkin soruların analizinde lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmeden önce her soru için bağımsız gruplarda ki-kare testleri yapılmış ve bu testlerde anlamlı bulunan değişkenler lojistik regresyon analizine dâhil edilmiştir. Böylece çok değişkenli analizde ortaya çıkabilecek çoklu bağlantı sorunu, anlamsız modeller gibi durumlar engellenmiştir ve modeller daha az ancak anlamlı değişkenlerle oluşturulmuştur.

Tablo 3 incelendiğinde organ bağıışında bulunma; 36 yaş ve üzerinde, eğitimi olmayan ve kronik hastalığı olanlarda ve organ bağıışı kartı ise 36 yaş ve üzerinde, çalışan ve kronik hastalığı olanlarda daha fazladır. Organ nakline ihtiyaç duyma; 36 yaş ve üzerinde olan ve çalışanlarda daha fazladır. İhtiyaç durumunda organ naklini kabul etme ilköğretim ve üzerinde eğitim düzeyinde, asgari ücretin üzerinde geliri olanlarda ve kronik hastalığı olan kişilerde daha fazladır.

Tablo 3. Organ Bağıışına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Organ Bağıışında Bulunma	Organ Bağıışı Kartı Bulunma	Organ Nakline İhtiyaç Duyma	İhtiyaç Durumunda Organ Naklini Kabul Etme
Yaş				
35 yaş ve altı	1.000	1.000	1.000	1.018
36-51 yaş	6.275*	5,669*	1.769*	1.107
52 yaş ve üzeri	3.749*	3,458*	1.807*	1.000
Cinsiyet				
Kadın	MD	MD	MD	MD
Erkek				
Medeni durum				
Evli	MD	MD	MD	1.001
Bekâr				1.000
Eğitim				
Eğitimi yok/Okuryazar	1.718*			1.000
İlköğretim	0,610	MD	MD	2.310*
Lise	0,484			2.101*
Üniversite ve üzeri	1.000			2.423*
Sağlık Sigortası				
Var	MD	MD	MD	MD
Yok				
Çalışma durumu				
Evet	MD	2,093*	1.361*	MD
Hayır		1.000	1.000	
Aylık gelir				
Asgari ücretten az				1.000
Asgari ücret (17.002 TL)	MD	MD	MD	1.137
17.003-30.000 TL				1.622*
30.001 TL ve daha fazla				1.423*
Kronik hastalık				
Evet	2,086*	2,531*	MD	1.238*
Hayır	1.000	1.000		1.000
Ailede sağlık personeli				
Var	MD	MD	MD	MD
Yok				
Hosmer and Lemeshow Test	X ² =6,048 p=0,534	X ² =5,814 p=0,562	X ² =4,898 p=0,557	X ² =12,499 p=0,130
Nagelkerke R Square	0,087	0,094	0,042	0,078

Not: 1.000: Referans kategori, MD: Modelde değil, *p <0,05

Tablo 4 incelendiğinde yaşı 35 yaş ve altında olanlarda, ilköğretim ve üzerinde eğitim düzeyinde olanlarda, aylık geliri 17003 TL ve üzerinde olan kişilerde organ bağıışı ile insanlara faydalı olunacağı ve organ nakli bekleyen çok fazla hasta olduğu düşüncesi daha fazladır. Organ bağıışının ölen kişinin ailesinin üzüntüsünün hafifletilmesine yardımcı olacağı algısı lise ve üzerinde eğitimi olan ve aylık geliri asgari ücret ve üzerindeki kişilerde; organ bağıışının toplumsal dayanışma açısından önemli olduğu düşüncesi ise 35 yaş altında ve ilköğretim ve üzerinde olan kişilerde daha fazladır.

Tablo 4. Organ Bağıışına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Organ Bağıışı Yapararak İnsanlara Faydalı Olabileceği Düşüncesi	Organ Nakli İçin Bekleyen Çok Fazla Hastanın Olduğunu Düşünme	Organ Bağıışının, Ölen Kişinin Ailesinin Üzüntüsünün Hafifletilmesine Yardımcı Olacağını Düşünme	Organ Bağıışının Toplumsal Dayanışma Açısından Önemli Olduğunu Düşünme
Yaş				
35 yaş ve altı	1.803*	2.343*	MD	1.956*
36-51 yaş	1.152	1.632*		1.291
52 yaş ve üzeri	1.000	1.000		1.000
Cinsiyet				
Kadın	MD	MD	1.000	MD
Erkek			1.193	
Medeni durum				
Evli	1.000	1.000	MD	MD
Bekâr	0.886	1.250		
Eğitim				
Eğitimi yok/ Okuryazar	1.000	1.000	1.000	1.000
İlköğretim	2.320*	3.218*	0.964	2.168*
Lise	4.168*	5.816*	1.762*	2.827*
Üniversite ve üzeri	3.923*	3.131*	1.274*	1.545*
Sağlık Sigortası				
Var	MD	MD	MD	MD
Yok				
Çalışma durumu				
Evet	MD	MD	0,878	MD
Hayır			1.000	
Aylık gelir				
Asgari ücretten az	1.000	1.000	1.000	MD
Asgari ücret (17.002 TL)	1.236	1.828*	2.427*	
17.003-30.000 TL	1.948*	1.796*	1.858*	
30.001 TL ve daha fazla	1.495*	2.166*	1.411*	
Kronik hastalık				
Evet	1.037	1.000	MD	MD
Hayır	1.000	0.928		
Ailede sağlık personeli				
Var	MD	MD	MD	MD
Yok				
Hosmer and Lemeshow Test	7.382	6,544	10.988	1.201
	0.496	0,586	0.202	0.977
Nagelkerke R Square	0.102	0.147	0.056	0.039

Not: 1.000: Referans kategori, MD: Modelde değil, *p <0,05

Öldükten sonra yakınları tarafından kendi organlarının bağıışlanmasını isteme 35 yaş altında, lise ve üzeri eğitim düzeyinde ve sağlık sigortası olan kişilerde daha yüksektir. Bir yakınının ölümü halinde organlarını bağıışlama düşüncesi lise ve üzerinde ve ailesinde sağlık

personeli olan kişilerde daha fazladır. İhtiyaç durumunda aile bireylerine organ nakli yapılmasını kabul etmenin 35 yaş ve altında ve ilköğretim ve üzerindeki kişilerde daha yüksek olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 5).

Tablo 5. Organ Bağışına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Öldükten Sonra Yakınları Tarafından Kendi Organlarının Bağışlanmasını İsteme	Bir Yakınının Ölümü Halinde Organlarını Bağışlama	İhtiyaç Olması Durumunda Aile Bireylerine Organ Nakli Yapılmasını Kabul Etme
Yaş 35 yaş ve altı 36-51 yaş 52 yaş ve üzeri	1.215* 1.151 1.000	MD	1.587* 1.204 1.000
Cinsiyet Kadın Erkek	MD	MD	MD
Medeni durum Evli Bekâr	MD	MD	1.000 1.198
Eğitim Eğitimi yok/Okuryazar İlköğretim Lise Üniversite ve üzeri	1.000 1.337 2.907* 1.795*	1.000 1.032 2.303* 1.268*	1.000 2.079* 2.751* 1.753*
Sağlık Sigortası Var Yok	1.552* 1.000	MD	MD
Çalışma durumu Evet Hayır	MD	MD	MD
Aylık gelir Asgari ücretten az Asgari ücret (17.002 TL) 17.003-30.000 TL 30.001 TL ve daha fazla	MD	MD	MD
Kronik hastalık Evet Hayır	MD	MD	1.000 1.036
Ailede sağlık personeli Var Yok	MD	1.348* 1.000	MD
Hosmer and Lemeshow Test	2.362 0.937	3.824 0.575	4.802 0.684
Nagelkerke R Square	0.049	0.038	0.045

Not: 1.000: Referans kategori, MD: Modelde değil, *p <0,05

Tablo 6'ya göre organ bağışının yasal boyutunu bilme; lise ve üzeri eğitim düzeyinde, çalışan, sağlık sigortası olan, aylık geliri 30.000 TL ve daha fazla ve ailesinde sağlık personeli olan kişilerde daha fazladır. Kimlerin organ bağışında bulunabileceğini bilme ve organ bağışı için ne yapmak gerektiğini bilme; 35 yaş ve altında, üniversite ve üzerinde eğitim düzeyinde, çalışan, sağlık sigortası olan, aylık geliri 30.000 TL'den fazla olan kişilerde daha yüksektir. Ayrıca organ bağışı için ne yapmak gerektiğini bilme, ailesinde sağlık personeli olan kişilerde daha fazladır.

Tablo 6. Organ Bağışına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Organ Bağışının Yasal Boyutunu Bilme	Kimlerin Organ Bağışında Bulunabileceğini Bilme	Organ Bağışı İçin Ne Yapmak Gerektiğini Bilme
Yaş 35 yaş ve altı 36-51 yaş 52 yaş ve üzeri	MD	1.413* 1.711* 1.000	1.491* 1.266 1.000
Cinsiyet Kadın Erkek	MD	MD	MD
Medeni durum Evli Bekâr	MD	MD	MD
Eğitim Eğitimi yok/Okuryazar İlköğretim Lise Üniversite ve üzeri	1.000 1,037 1,087* 1,088*	1.000 0.735 0.830 2.054*	1.000 0.771 0.846 1.305*
Sağlık Sigortası Var Yok	1.543* 1.000	1.285* 1.000	1.363* 1.000
Çalışma durumu Evet Hayır	1.499* 1.000	1.719* 1.000	1.502* 1.000
Aylık gelir Asgari ücretten az Asgari ücret (17.002 TL) 17.003-30.000 TL 30.001 TL ve daha fazla	1.000 0.907 1.175 1.305*	1.000 0.908 0.840 2.095*	1.000 0.857 0.768 1.980*
Kronik hastalık Evet Hayır	MD	MD	MD
Ailede sağlık personeli Var Yok	1.391* 1.000	MD	1.279* 1.000
Hosmer and Lemeshow Test	6,918 0,546	7.469 0.487	5.214 0.734
Nagelkerke R Square	0,070	0.051	0.066

Not: 1.000: Referans kategori, MD: Modelde değil, *p <0,05

Tablo 7 incelendiğinde Türkiye’de organ bağışı ile ilgili bilgilendirmenin ve organ bağışının yeterli olduğu düşüncesi 36 yaş ve üzerinde olan ve ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki kişilerde daha yüksektir. Organ bağışı yapan kişiye Devletin maddi destekte bulunması gerektiği düşüncesi 51 yaş ve altında, sağlık sigortası olmayan, çalışmayan, aylık geliri asgari ücretten az olan kişilerde daha yüksektir.

Tablo 7. Organ Bağışına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Türkiye’de Organ Bağışı İle İlgili Bilgilendirmelerin Yeterli Olduğunu Düşünme	Türkiye’de Organ Bağışının Yeterli Olduğunu Düşünme	Organ Bağışı Yapan Kişiyne Devletin Maddi Destekte Bulunması Gerektiğini Düşünme
Yaş			
35 yaş ve altı	1.000	1.000	1.735*
36-51 yaş	2.428*	2.927*	1.370*
52 yaş ve üzeri	2.684*	4.102*	1.000
Cinsiyet			
Kadın	MD	MD	MD
Erkek			
Medeni durum			
Evli	0.960	MD	1.000
Bekâr	1.000		1.164
Eğitim			
Eğitimi yok/Okuryazar	1.300*	2.327*	MD
İlköğretim	1.252*	1.416*	
Lise	0.520	1.010	
Üniversite ve üzeri	1.000	1.000	
Sağlık Sigortası			
Var	MD	MD	1.000
Yok			1.369*
Çalışma durumu			
Evet	MD	MD	1.000
Hayır			1.393*
Aylık gelir			
Asgari ücretten az	MD	MD	2.281*
Asgari ücret (17.002 TL)			0.881
17.003-30.000 TL			0.946
30.001 TL ve daha fazla			1.000
Kronik hastalık			
Evet	MD	1.117	MD
Hayır		1.000	
Ailede sağlık personeli			
Var	MD	MD	MD
Yok			
Hosmer and Lemeshow Test	2.327 0.940	2.315 0.889	4.760 0.783
Nagelkerke R Square	0.051	0.052	0.062

Not: 1.000: Referans kategori, MD: Modelde değil, *p <0,05

IV. TARTIŞMA

Çalışmada, organ bağışında bulunan ve organ bağışı kartı olanlar %4 civarındadır. Alanyazında yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle insanların organ bağışına istekli olduğu ancak bu istek doğrultusunda sahip olunan organ bağışı kartı yüzdesinin düşük olduğu gözlenmektedir. Dolayısıyla, organ bağışı istekliliğiyle organ bağışı kartına sahip olma aynı kavramlar değildir. Hemşireler üzerinde yürütülen bir araştırmada, hemşirelerin %60,9’unun organ bağışına istekli olduğu, ancak yalnızca %3,1’inin organ bağış kartına sahip olduğu tespit edilmiştir (Göz ve Şalk, 2007). Öğrencilere yönelik bir çalışmada, öğrencilerin yarısının organlarını bağışlamayı düşündüğü, ancak sadece %9,9’unun organ bağış kartı olduğu saptanmıştır (Yazıcı vd., 2015). İngiltere’de yapılan bir araştırmada, bireylerin organ bağışına sıcak baktığı ancak tehlikeli bir kaza atlatıldığında veya ağır yaralanma durumunda bağışçı kartının olması nedeniyle gerekli tedaviyi görememe endişesi taşıdıkları, bu sebeple bağışçı kartı edinmede çekimser kaldıkları belirtilmektedir (Whyte, 1997).

Benzer bir bulgu, Suudi-Arabistan’da yürütülen bir çalışmada da elde edilmiştir. Çalışmada ölmeden önce bağışçı kartı imzalandığında, ağır yaralanma durumunda potansiyel bağışçı oldukları için ihtiyaç duyulan tedavinin uygulanmayabileceği konusunda korktukları ifade edilmektedir (Al-Faqih, 1991). Bireyler organ bağışına olumlu baksalar bile, beyin ölümü tanımından kuşkulandıkları ve bu sebeple ölmeden önce bağışçı kartı imzalamaya isteksiz olabilmektedirler (Rowiński vd., 1996).

Bu çalışmada organ bağışında bulunma davranışı ve organ bağışı kartına sahip olma 36 yaş üzeri olan kişilerde daha fazladır. Bektaş ve Yıldırım (2021) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada da hemşirelerin yaşları arttıkça, tıbbi olarak ihmal edilme korkusu ve algılanan bedensel yaralanma korkusunun arttığı belirlenmiştir; bu korkuların organ bağışı isteğini artırdığı tespit edilmiştir. Yaşla birlikte hastalık riskleri artabildiğinden, insanlar konuya daha duyarlı olabilir ve organ bağışına daha sıcak bakabilirler. Burada belirleyici olan kilit unsurlardan biri “ihtiyaç” olabilir. Organ nakli ihtiyacı ve nedenleri bireylere göre farklılık göstermektedir. Bu çalışmada, organ nakline ihtiyaç duyanların oranı %7,8 olup; organ nakline ihtiyaç, yaşı 36 ve üzerinde olan bireylerde daha fazla bulunmuştur. Organ bağışına yönelik tutumun olumlu olması, yaşın artışıyla birlikte organ nakline ihtiyaç duyma riskinin artışıyla açıklanabilir. Yaşla birlikte kronik hastalıkların genellikle arttığı düşünüldüğünde, bireyler ilerleyen hastalık süreçlerinde organ kaybıyla ilgili endişe duyabilirler ve başka insanların bu konudaki endişeleriyle daha fazla empati kurabilirler. Bu çalışmada kronik hastalığı olan kişilerin organ bağışında bulunma davranışı da yaş bulgusunu destekler şekilde daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin bir gün kendilerinin de ihtiyaç duyabilme endişesi yaşamları sebebiyle, konuya duyarlılığı daha yüksek olabilir. Ayrıca yaşam seyri düşünüldüğünde, 35 yaş ve sonrası, genellikle insanların aile kurdukları, çocuk sahibi oldukları ve kendi ailesinde (anne-baba) yaşlanmaya bağlı çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıktığı dönemlerdir. Bu bireyler, organ bağışı kararında, kendi ailesinden birilerinin organ nakline ihtiyaç duyması durumunu göz önünde bulundurup empati kurabilirler ve sevgi bağı, fedakârlık ve sorumluluk duygusuyla aile çevresinden birinin ihtiyaç duyması durumunda organ bağışlamaya daha fazla gönüllü olabilirler.

Bu çalışmada, organ bağışında bulunma davranışı ve organ bağışı kartına sahip olma, eğitimi olmayan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Bu konuda eğitilmiş insanlar, konunun detaylarını daha fazla araştırıp, organ bağışlama sonrası bakım, iyileşme ve yaşam kalitesinin etkilenmesi gibi süreçleri daha fazla okuyarak organ bağışına çekimser kalabilirler. Dolayısıyla bu çalışma bulgusundan hareketle, eğitilmiş bireylerin bağışta bulunma davranışı için teşvik edilmesi ve risklere yönelik endişelerinin azaltılması, organ bağışında eğitilmiş donör sayısını artırabilir. Alanyazın incelendiğinde, eğitim değişkeni genel eğitim düzeyinden ziyade “organ bağışına yönelik verilen eğitim” olarak ele alınmıştır. Tıp fakültesinde okuyan öğrenciler üzerinde yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin %30’unun bağış kartı olduğu ve eğitim yılı arttıkça organ bağışına gönüllülüğün arttığı tespit edilmiştir (Streng, 1998). Benzer şekilde, sağlık eğitimi arttıkça organ bağışına yönelik tutumun olumlu yönde etkilendiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Schaeffner vd., 2004, Burra vd., 2005). Yapılan bir çalışmada da öğrencilere organ bağışıyla ilgili eğitim verilmeden önce ve verildikten sonra bir karşılaştırma yapılmış; eğitim verilmeden önce öğrencilerin %64,2’si organ bağışına istekliken, eğitimden sonra uygulanan anketlerde bu oranın %71,7’ye artış gösterdiği tespit edilmiştir (Özer vd., 2008). Bu konuda bireyin genel eğitim seviyesinden daha çok doğrudan organ nakli ile ilgili bilgi seviyesinin organ bağışına yönelik tutumu ve duyarlılığı etkileyebileceği söylenebilir.

Bu araştırmada organ bağışında bulunma davranışı ve organ bağışı kartına sahip olma, bir işte çalışan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda, organ nakline ihtiyaç da bu bulguyla tutarlı olarak çalışan katılımcılarda daha yüksektir. Çalışan bireylerin organ nakline ihtiyaç durumunda, çalışma yaşamı temposu içinde yaşam kalitelerini artırabilmek ve toplumsal yaşamda daha dinç ve sağlıklı şekilde yer alabilmek için, konuya yönelimi daha olumlu olabilir. Alanyazında organ bağışı tutumuna yönelik çalışan profili olarak özellikle sağlık çalışanlarına odaklanıldığı gözlenmektedir. Hemşireler örneğinde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının organ bağışını çok büyük ölçüde mesleki (profesyonel) bir sorumluluk olarak düşündüğü belirtilmektedir (Bektaş ve

Yıldırım, 2021). Akgün ve diğerleri (2003) tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin hemşirelerle karşılaştırıldığında organ bağışına daha istekli oldukları tespit edilmiştir.

Kişilerin organ bağışında bulunmama nedenleri arasında ilk sırayı “şu an için zaman ayıramama” almaktadır ve bu maddeyi “dini inanç” ve “cesedine müdahale ettirmeme” takip etmektedir. Zaman ayıramamanın sebeplerinden biri organ bağışı konusunda yaşanan kararsızlık olabilir. Bu konuda çok istekli olanlar veya yakın çevresinde organ bağışıyla hayata dönmüş hasta hikayelerini tecrübe edenler halihazırda vakit kaybetmeden organ bağışı için başvuru yapabilir. Tersî durumda, endişeleri olan ve kararsızlık yaşayan bireylerin mazeretler üretmesi, günlük yaşam temposu içinde konuyu unutmaları ve dolayısıyla zaman ayıramaması söz konusu olabilir. Türkiye’de yürütülen bir çalışmada katılımcıların organ bağışı konusunda kararsız tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Bu kararsızlığın sebebi konuyla ilgili yetersiz bilgiye sahip olma veya konu hakkında bilgi sahibi olmama şeklinde açıklanmıştır (Akbulut vd., 2020). Organ bağışına gönüllü bir kişi, bu işlem için eğitim ve araştırma hastanelerine ve kamu ve özel hastanelerin organ nakil koordinatörlerine başvuru yapabilmektedir. İki kişinin şahitliğinde form doldurularak bir organ bağış kartı alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın sistemine kaydedilen bu veriler, sadece “iki dakikalık” bir işlemi gerektirmektedir. Ancak gündelik yaşam telaşı düşünüldüğünde, organ bağışı konusu insanların kendiliğinden gündeminde olmayıp; ciddi bir hastalık veya ağır bir kaza durumunda akla gelebilmektedir. Aynı zamanda organ bağışı sürecinin zorunluluk olmayıp tamamen gönüllülük esasına dayalı olması sebebiyle, bireyler bu kararı vermeyi sonraki bir zamana erteleme ve geciktirme eğiliminde olabilirler.

Bu çalışmada kişilerin organ bağışında bulunmama nedenleri arasında “dini inanç” ve “cesedine müdahale ettirmeme” konusu da yer almaktadır. Alanyazın incelendiğinde, bu bulguyu destekleyen çok sayıda çalışma yer almaktadır. Sosyal-kültürel aidiyetler, korkular, batıl inançlar, dini inanışlar, bilinçsizlik, umursamazlık gibi pek çok faktör organ bağışı önünde engeller oluşturabilmektedir (Poreddi vd., 2016; Marc vd., 2018; Contiero ve Wilson, 2019). Yapılan bir çalışmada, katılımcıların ölümden sonra vücudun bozulması ve şekil bozukluğu konusunda endişe duydukları (%17,5’i) ve dini inançları nedeniyle bağış yapmayacaklarını ifade ettikleri (%8,6’sı) görülmüştür (Akbulut vd., 2020). Bir diğer çalışmada, kendilerine organ nakli yapılmasını dini gerekçelerle istemeyenlerin oranı %21,4 olarak tespit edilmiştir (Kundaktepe ve Canbolat, 2024). Karaman (2009) konuyla ilgili çalışmasında, Diyanet İşleri Başkanlığı’nın organ nakli ve bağışına yönelik bir sakınca olmadığına ilişkin açıklama yaptığını, ancak insanların bu açıklamaya rağmen dini gerekçelerle organ bağışına çekimser kaldıklarını belirtmiştir. Bir diğer çalışmada, dini gerekçelerin organ bağışını engelleyebildiği konusu üzerinde durulmuş ve katılımcıların Diyanet İşleri Başkanlığı’nın organ bağışı ile ilgili bilgilendirmesinden haberdar olmadıkları belirtilmiştir (Erdoğan vd., 2020). Yürütülen başka bir çalışmada, organ bağışına engel oluşturan sebepler olarak katılımcıların vücut bütünlüğünün bozulmasını istememeleri, kendilerini organ bağışına hazır hissetmemeleri, organ bağışı ve sonrasında korku duymaları ve organ bağışını daha önce hiç düşünmemeleri gibi sebepler sıralanmıştır (Bektaş ve Yıldırım, 2021). Türkiye’de organ bağışının dini açısından bir sakıncasının bulunmadığı, Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu’nun 03.03.1980 tarihli 396 sayılı kararı ile bildirilmiştir. Ancak yine de bireyler “Müslümanlıkta insanın ruh ve bedeniyle birlikte dirileceğine inanç” sebebiyle, cesedine müdahale ettirmek istemeyebilirler. Bu konuda dindar bireylerde konuyla ilgili toplumsal farkındalığı artırabilmek adına, Kur’an-ı Kerim’de de geçen (Maide Suresi, Ayet 32) “kim bir kimseye hayat verirse, onun sanki bütün insanlara hayat vermişçesine sevap kazanacağı” hususunu vurgulayan kitle iletişim kampanyaları yürütülebilir.

Çalışma bulgularından hareketle katılımcılar ihtiyaç durumunda kendileri veya yakınları için organ naklini isteyeceklerini ifade etmiştir. Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada, organ veya doku bağışına gönüllü öğrencilerin oranı %34 olarak tespit edilirken; kendilerinin veya yakın çevrelerinin ihtiyacı olduğunda organ veya doku almaya gönüllü olan öğrencilerin oranı %80,4 olarak belirlenmiştir (Baykan vd., 2009). Bireylerin bağış yapma isteği ile ihtiyaç durumunda organ nakline yönelişi arasındaki fark dikkat çekmektedir. İhtiyaç durumunda kendisine veya yakın çevresine organ nakli yapılmasına gönüllü olan bireyler, çeşitli gerekçelerle (zaman ayıramama, dini gerekçeler, vücut bütünlüğü vs.) aynı gönüllülüğü organ bağışı konusunda göstermeyebilir. Çalışmanın bu bulgusu, organ naklinin öneminin farkında olan bireylerin organ bağışı konusunda aynı düzeyde istekli

olmadıklarını göstermesi bakımından önemlidir. Organ bağışını kolaylaştırıcı ve hatırlatıcı faaliyetler önemli olabilir.

Çalışmanın bulgularından biri de organ naklini kabul etme isteğinin kronik hastalığı olan kişilerde daha fazla olmasıdır. Kronik hastalığı olan kişilerin ihtiyaç durumunda kendileri veya yakınları için organ naklini istemeleri ve konuyla ilgili çare arayışları oldukça anlaşılabilir bir durumdur. Kronik organ hastalıklarının çok büyük bir bölümünde organ nakli tedavisi rutin ve geçerli olan bir tedavi yöntemidir. Ayrıca organ bağışı doğası itibarıyla duyarlılık gerektiren bir nakil sürecidir. Bu açıdan kendisi veya yakın çevresinde kronik hastalıkları olan kişilerin, özellikle kronik organ sorunları yaşıyorsa, konuya daha duyarlı ve istekli olması beklenmektedir. Böbrek, kalp, karaciğer, akciğer ve bağırsak gibi vücut organlarında yetmezlik sorunu yaşayan hastaların bu alanlara yönelik olarak daha fazla araştırma yapması ve daha fazla sağlık hizmeti talep etmesi olasıdır. Kronik organ hastalıklarında organ sağlanıp vücutla entegrasyonu tamamlandığında, bireyin yaşam süresi uzayabilmektedir ve yaşam kalitesi artabilmektedir. Dolayısıyla bireysel internet araştırmaları ve profesyonel bilgi kaynakları doğrultusunda edinilen bilgilerden yola çıkarak, bu bireyler ihtiyaç duyulan organ naklinin hayat kurtarıcılığının daha bilincinde olacaktır. Buradan hareketle, kronik hastalığı olan bireylerin konuya yönelik tutumlarının ve isteklerinin olumlu olması olasıdır.

Ayrıca bu çalışmada organ naklini kabul etme isteği 17003 TL ve üzerinde geliri olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Alanyazında organ naklini kabul etme isteğine yönelik sosyo-demografik bir bulguya rastlanmamıştır. Çalışmalarda daha çok organ bağışına yönelik tutum konusu ele alınmıştır. Gelir değişkeni bu açıdan değerlendirildiğinde, bu çalışmadan farklı olarak, hemşirelerin organ bağışı tutumlarının gelir düzeyinden etkilenmediği belirlenmiştir (Aytaş vd., 2011). Öğrenciler üzerinde yürütülen bir çalışmada da gelir düzeyinin öğrencilerin organ bağışını sosyal anlamda, eğitsel yönden ve dini inanç yönünden algılayışlarını etkilemediği tespit edilmiştir (Bostancıoğlu vd., 2017). Okuryazar bireylerin organ bağışı konusundaki tutumunun incelendiği bir başka çalışmada da gelir düzeyi, organ bağışına yönelik tutumu etkilememiştir (Tutar vd., 2024).

Bu çalışmada, genel olarak katılımcılar organ bağışı bekleyen çok fazla hasta olduğunu ve organ bağışı yapmanın toplumsal dayanışmada, ölen kişinin ailesinin üzüntüsünün hafifletilmesine yardımcı olmada ve hayat kurtarmada önemli olduğunu düşünmektedir. Katılımcılar kendileri ve yakınlarının organ bağışı yapması hususunda olumlu düşünmektedir. Bu düşünce ailesinde sağlık personeli olan kişilerde daha yaygındır. Ailede sağlık personelinin varlığı, organ bağışına yönelik tutumu olumlu yönde etkileyebilmektedir. Yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarına ailesinde organ bağışında bulunan bir kişinin olup olmadığı sorulmuştur. Farklı meslek grupları karşılaştırıldığında, hekim ve hemşire meslek grubunda ailesinden birinin organ bağışında bulunma durumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Kara vd., 2012). Sağlık çalışanları genel olarak organ nakli süreçleri hakkında temel düzeyde bilgi sahibidir ve bu konu bazı sağlık çalışanlarının doğrudan uzmanlık ve çalışma alanıdır. Bu bireylerin ailesi ve yakın çevresine konuyla ilgili daha detaylı ve profesyonel bilgi vermesi (organ bağışı süreci, organ bağış kartı için müracaat kanalları ve koşulları, hangi organların verilebileceği, canlı bir kişinin bağışlayabileceği organlar, kadavradan temin edilebilen organın teknik yönleri ve zamanlaması vb.) daha olasıdır. Aynı zamanda sağlık çalışanları çalışma yaşamı içinde karşılaştığı duygusal tecrübeleri ve zaman zaman yaşam bağışlayan mucizeleri de yakın çevresiyle sözel olarak paylaşabilmektedir. Ölen bir kişinin organlarının birden çok kişiye hayat verebilmesi mucizesi gibi haberlerin paylaşıldığında, bu çalışanın ailesini ve yakın çevresini etkileyebileceği ve organ bağışına özendirip yönlendirebileceği söylenebilir.

Organ bağışının yasal boyutu, kimlerin organ bağışında bulunabileceği ve organ bağışı için ne yapılması gerektiği konularında bilgi sahibi olan katılımcı yüzdesi düşüktür. Organ bağışının yasal boyutuna ilişkin temel düzeyde bilgilendirmelerin yapılması, organ bağışı konusunda tereddüt yaşayan kişileri bağışa yönlendirip bu konuda teşvik edebilir. Kamu sağlık politikalarında konuya geniş yer vererek, uzman hekim bilgilendirmesi gibi resmi ve profesyonel kanallarla konunun gündemde tutulması sağlanabilir. Yaş dağılımına bakıldığında, 35 yaş altındaki kişilerin konuyla ilgili bilgisi daha yüksektir. Literatürde de belirtildiği gibi, organ bağışıyla ilgili bilgi düzeyinin organ bağışı davranışıyla ilişkisi yüksektir. Konuyla ilgili bilgi düzeyi yüksek olduğunda, organ bağışı davranışı

gerçekleşebilmektedir. Bu açıdan yaşça genç ve görece sağlıklı insanların organ bağışına yönelik duyarlılığı ve bilgisi, Türkiye nüfusundaki genç nüfusun oransal fazlalığı düşünüldüğünde, olumlu şekilde değerlendirilmektedir. Özellikle yaş ilerledikçe kronik hastalıkların arttığı ve yaşlanmaya bağlı yaşam kalitesinin azaldığı düşünüldüğünde, ilerleyen yaşlarda konuya yönelik eğitsel çalışmaların yapılması önemlidir. Organ nakli süreci ve özellikle sonrasında organını bağışlayan kişiyi bekleyen olası riskler ve yaşam kalitesinde meydana gelebilecek olumsuz değişiklikler konusunda tereddütlerin olduğu, toplumun daha fazla bilgilendirmeye ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Katılımcılar, Türkiye’de organ bağışı ile ilgili bilgilendirmenin ve organ bağışının yeterli olmadığını düşünmektedir. Ancak yaş ilerledikçe ve eğitim düzeyi düştükçe bu düşüncelerin daha olumlu olduğu saptanmıştır. Organ bağışının artırılması için “halkın bu konudaki eğitimine önem verilmeli”, “bilgilendirme programları yapılmalı” ve “medya desteği artırılmalı” görüşleri ağırlıktadır. Yapılan diğer çalışmalarda da organ bağışına yönelik yetersiz bilginin ve olumsuz tutumun azaltılabilmesi için oluşan engellerin aşılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu konuda devlet destekli kuruluşların sorumluluk alması gerekliliği belirtilmektedir (Naçar vd., 2001; Çelebi vd., 2002; Özer vd., 2010). Bu konuda çözüm önerisi olarak katılımcıların %61,5’i istatistiksel olarak anlamlı şekilde, organ bağışında bulunan bireye devletin maddi teşvik vermesi gerekliliğini belirtmiştir. Bu durum 51 yaş ve altında, sağlık sigortası olmayan, çalışmayan ve aylık geliri asgari ücretten az olan kişilerde daha yüksektir. Bir başka çalışmada da teşvik ödemelerinin önemine değinilmiştir ve organ bağışı yapanlara veya ailesine verilecek maddi desteğin sonraki süreçte organ bağışını artıracığına inananların yüzdesi yüksek bulunmuştur. Konya ilinde sağlık kuruluşuna başvuran hastaların %55,9’u bağışçılara sunulan maddi desteğin, %50,1’i devletin maddi destek sunmasının ve %57,4’ü topluma bu konuda farkındalık eğitimlerinin verilmesinin bağışları yükseltebileceğini belirtmiştir (Okka ve Demireli, 2008). ABD’de 971 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada da katılımcılar maddi teşviklerin organ bağışına isteği artırabileceğini belirtmiştir. Bu ödemelerin nakit ödeme şeklinde olabileceği gibi, cenaze masraflarına destek, hastane masraflarına destek, hayat sigortası desteği gibi farklı şekillerde de gerçekleşebileceği ifade edilmiştir (Bryce vd., 2005). Organ nakli ve bağışların bir sağlık hizmeti bileşeni olduğu düşünüldüğünde, bu hizmetlerin bir maddi teşvik ile sunulması ve yönetilmesi, etik bazı sorunları beraberinde getirebilecektir. Bu çalışma bulgularında da ifade edildiği gibi sağlık sigortası olmayan, çalışmayan ve aylık geliri asgari ücretten az olan kişilerin maddi teşviğin organ bağışını artırabileceğini öngörmeleri, gelir dengesizliği ve yoksulluk zemininde bir sağlık politikası girdabına ve tartışmasına dönüşebilir. Özellikle nakit para şeklinde sunulan bir teşviğin, organ ticareti gibi hassas ve tehlikeli bir alana sıçrayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma bulgularından hareketle organ bağışının artırılması gereklidir. Bu amaçla organ bağışına yönelik eğitimin olumlu etkisi göz önüne alındığında okullarda, işyerlerinde, zorunlu organ bağışı eğitimleri düzenlenebilir. Ayrıca kitle iletişim araçlarında konuya dikkati çekecek daha fazla program ve bilgilendirmeler yapılabilir. Toplumsal farkındalığı artıracak ve konuyu gündemde tutacak şekilde kitle iletişim araçları daha çok kullanılabilir. Özellikle, organ bağışı yapma konusunda kararsız olan ve organ bağışı yapmak istemeyen kişilerin düşüncelerini olumlu yönde değiştirmek ilk hedef olmalıdır. Organ bağışının önemi ve gerekliliği toplumun her kesime ayrıntılı anlatılarak varsa kişilerin tereddütleri ve bilgi eksikliği giderilmelidir. Böylece insanların sağlıklıyken ve zaman kaybetmeden organ bağışı kartına sahip olması sağlanarak, karar gecikmesinden ve zamanında organ temin edilememesinden kaynaklanan hasta mağduriyetlerinin ve olası ölüm risklerinin önüne geçilebilir.

Çalışma bulgularında hareketle kişilere organ bağışına yönelik yasal mevzuat anlatılabilir. Ayrıca mevzuat ve uygulamalar gözden geçirilerek var ise organ bağışı esnasında gereksiz, kişilerin zamanını alan süreç ve uygulamalardan vazgeçilmelidir. Çalışmada organ bağışına yönelik maddi teşvik uygulamasına olumlu yaklaşıldığı saptanmıştır. Bu husustan hareketle organ bağışını teşvik için nakdi/aynı uygulamalar gündeme getirilebilir.

Çalışmada bireylerin organ bağışına yönelik bilgi, düşünce ve davranışları araştırmacılarca oluşturulan anket yardımıyla incelenmiştir. Organ bağışına yönelik geçerlik ve güvenirliliği yapılmış

ölçek geliştirilmesi önerilebilir. Geliştirilen ölçek yardımıyla bireylerin özellikle eğitim, tanıtım faaliyetlerinden sonra organ bağışına yönelik düşünce ve davranış değişikliği olup-olmadığı incelenebilir. Gerçekleştirilecek çalışmalarda ayrıca organ bağışını etkileyebilecek empati, kişilik tipleri gibi değişkenlerin etkisi incelenerek organ bağışında etkili olabilecek faktör ve koşullar belirlenebilir.

Etik Kurul İzni: Araştırmanın yapılabilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 14/01 Karar No ve 22.05.2024 tarihli onay alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Akbulut, S., Ozer, A., Gokce, A., Demyati, K., Saritas, H., & Yilmaz, S. (2020). Attitudes, awareness, and knowledge levels of the Turkish adult population toward organ donation: Study of a nationwide survey. *World Journal of Clinical Cases*, 8(11), 2235-2245.
- Akgün, H. S., Bilgin, N., Tokalak, I., Kut, A., & Haberal, M. (2003). Organ donation: A cross-sectional survey of the knowledge and personal views of Turkish health care professionals. *Transplantation Proceedings*, 35(4), 1273-1275.
- Akış, M., Katırcı, E., Uludağ, H. Y., Küçükkılıç, B., Gürbüz, T., Türker, Y., Kayacan, H., Öngel, K., & Gül, H. (2008). Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağışı ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(4), 28-33.
- Al-Faqih, S. R. (1991). The influence of Islamic views on public attitudes towards kidney transplant donation in a Saudi Arabian community. *Public Health*, 105(2), 161-165.
- Aytaş, Ö., Kartalci, Ş., & Ünal, S. (2011). Bir grup hemşirenin sosyodemografik verileri ve tükenmişlik düzeyleri bağlamında organ bağışına bakış açıları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 26-32.
- Baykan, Z., Naçar, M., Yamanel, R., Uzun, A. Ö., Dağlıtuncel, Ş., Davran, H., & Murt, G. (2009). Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin organ-doku nakli konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 25(4), 137-141.
- Bektaş, M., & Yıldırım, G. (2021). Hemşirelerin organ bağışı tutumlarının merhamet duygularıyla ilişkisinin değerlendirilmesi. *Lokman Hekim Dergisi*, 11(2), 284-299.
- Bostancıoğlu, D., Saraçoğlu, G. V., & Öztürk, M. (2017). Yükseköğretim öğrencilerinin organ bağışı konusundaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 27(4), 140-151.
- Bryce, C. L., Siminoff, L. A., Ubel, P. A., Nathan, H., Caplan, A., & Arnold, R. M. (2005). Do incentives matter? Providing benefits to families of organ donors. *American Journal of Transplantation*, 5(12), 2999-3008.
- Burra, P., De Bona, M., Canova, D., D'Aloiso, M. C., Germani, G., Rumiat, R., Ermani, M., & Ancona, E. (2005). Changing attitude to organ donation and transplantation in university students during the years of medical school in Italy. *Transplantation Proceedings*, 37(2), 547-550.
- Contiero, P.P., & Wilson D.M. (2019). Understanding ambivalence toward organ donation and transplantation: An exploratory study of nursing students. *Nurse Education Today*, 76, 191-195.
- Çelebi, F., Balık, A. A., Yılmaz, İ., & Polat, K. Y. (2002). Doğu Anadolu Bölgesi insanı organ bağışına nasıl bakıyor? *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, 10(1), 34-38.
- Da Silva, I. R. F., & Frontera, J. A. (2015). Worldwide barriers to organ donation. *JAMA Neurology*, 72(1), 112-118.
- Dünya Sağlık Örgütü. (WHO). (2025). Organ Donation and Transplantation. <https://www.afro.who.int/health-topics/organ-donation-and-transplantation> (Erişim tarihi: 30.12.2024).

- Erdoğan, K., Özen, K.E., Yıldız, H., & Malas, M.A. (2020). Assessment of awareness, knowledge and attitudes about the importance of cadaver and cadaver donation: Report of İzmir, Turkey. *International Journal of Morphology*, 38(4), 831-837.
- Göz, F., & Şalk, G.Ş. (2007). Yoğun bakım hemşirelerinin organ bağışı ile ilgili düşünceleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 77-88.
- Kara, S., Salman, Z., & Öngel, K. (2012). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin organ bağışına bakışı. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1), 33-39.
- Karaman, F. (2009). Organ nakli ve dini boyutu üzerine bir değerlendirme. *Mesned İlahiyat Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 9-33.
- Kılıç, S., Koçak, N., Türker, T., Gürpınar, H., & Gülerik, D. (2010). Kız üniversite öğrencilerinin organ bağışı konusundaki tutumları ve bu tutumlarına etki eden faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(1), 36-40.
- Kundaktepe, B., & Canbolat, M. (2024). Sağlık alanında faaliyet gösteren akademisyenlerin beden bağışı konusundaki yaklaşımlarının incelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 267-278.
- Marc, M, Fudali, K, Gajdek, M, Rekas, M., & Fafara, A. (2018). Knowledge and attitudes of students of the Rzeszow University about the transplantation of organs. *Transplantation Proceedings*, 50(7), 1933-1938.
- Naçar, M., Çetinkaya, F., Kanyılmaz, D., Tokgöz, B., & Utaş, C. (2001). Hekim adaylarının organ nakline bakış açıları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 10(2), 123-128.
- Okka, B., & Demireli, O. (2008). Konya ilinde halkın organ bağışı konusuna bakış açılarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 16(3), 148-158.
- Özer, F. G., Ayla, Y., Karamanoğlu, K., Derya Beydağ, H., Fidancıoğlu, E., Akıncı, İ.Ş., Havane Tembelo, L., & Bozkurt, S.U. (2008). Sağlık yüksekokulunda öğrenim gören bir grup öğrencinin organ nakli/bağışına yönelik görüşleri ve bilgi düzeylerine eğitimin etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(1), 39-46.
- Özer, N., Sarıtaş, S., & Özlü, Z. K. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin organ nakli ve bağışı konusundaki bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 1-11.
- Poreddi, V, Katyayani, B.V., Gandhi, S, Thimmaiah, R., & Badamath, S. (2016). Attitudes, knowledge, and willingness to donate organs among Indian nursing students, *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 27(6), 1129-1138.
- Rodrigue, J.R., Cornell, D.L., & Howard, R.J. (2009). Relationship of exposure to organ donation information to attitudes, beliefs, and donation decisions of next of kin. *Progress in Transplantation*, 19(2), 173-179.
- Rowiński, W., Ostrowski, K., Adadyński, L., Barcikowska, B., Lao, M., Lisik, W., Lagiewska, B., Madej, K., Michalak, G., & Wałaszewski, J. (1996). Factors limiting renal transplantation program in Poland. *Ann Transplantation*, 1(1), 18-22.

- Schaeffner, E. S., Windisch, W., Freidel, K., Breitenfeldt, K., & Winkelmayer, W. C. (2004). Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians. *Transplantation*, 77(11), 1714-1718.
- Sezek, F., Kaya, E., Akman, Z., Erbil, B., Aslan, B., Özgen, R., & Keleş, Ö. (2015). Üniversite öğrencilerinin öğrenim gördükleri alanlara göre organ nakli ve başı ile ilgili görüşleri. *Ekev Akademi Dergisi*, 19(62), 471-486.
- Soqia, J., Ataya, J., Alhoms, R., Soqia, H., Kakaje, A., Saadoun, R., & Hamzeh, A. (2023). Attitudes and factors influencing organ donation decision-making in Damascus, Syria: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 13(1), 18150.
- Streng, H. (1998). Organ donation from the viewpoint of the medical students. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48(11), 457-462.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). 'Her Baş, Yeni Bir Hayattır'. <https://www.saglik.gov.tr/TR-2635/her-bagis-yeni-bir-hayattir.html> (Erişim tarihi: 31.12.2024).
- Terzioğlu, A. (1993). Organ transplantasyonu ve getirdiği etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 1(1), 35-52.
- Tokalak, I., Kut, A., Moray, G., Emiroğlu, R., Erdal, R., Karakayalı, H., & Haberal, M. (2006). Knowledge and attitudes of high school students related to organ donation and transplantation: A cross-sectional survey in Turkey. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 17(4), 491-496.
- Tutar, M., Zengin, O., & Aslan, Y. (2024). Toplumun organ başı tutumunun değerlendirilmesi: Çanakkale ili örneği. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(31), 797-816.
- Üstüner, F., Uysal, A., & Kaya, B. (2009). Giresun Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin organ başı ve nakli hakkındaki bilgi, tutum ve düşünceleri. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 1-8.
- Vatanoğlu, E. E. (2007). Türkiye'de yasal ve etik boyutuyla organ nakli hakkında anket araştırması ve sonuçları. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Wakefield, C. E., Watts, K. J., Homewood, J., Meiser, B., & Siminoff, L. A. (2010). Attitudes toward organ donation and donor behavior: A review of the international literature. *Progress in Transplantation*, 20(4), 380-391.
- Whyte, A. (1997). The ultimate gift. *Nursing Times*, 9(6), 26-30.
- Yazıcı, S.Ö., Kavak, H.O., Kaya, E., Tekin, A., & Kalaycı, I. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin organ nakli ve başı konusunda bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi. *MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 66-76.
- Yüceci, L., Keçeci, N., & Ersoy, F. F. (2003). Türkiye'de kadavra kaynaklı organ teminindeki sorunların çözümü: Eğitimli organ nakil koordinatörleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 1(1), 7-11.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKIFLARININ YEREL ETKİSİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Eray ÖNTAŞ *

ÖZ

Türkiye’de yoksulluk sınırı altında yaşayan milyonlarca vatandaş, sağlık hizmetlerine erişimde engellerle karşılaşmaktadır. Her on vatandaşın biri tıbbi muayene veya tedavi için karşılanmamış gereksinimleri olduğunu belirtmekte, %2,3’ü ise bunun nedeninin çok pahalı olması, çok uzak olması veya uzun bekleme süresi olduğunu ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde ilçe düzeyinde karşılanmamış gereksinimleri ve bu ihtiyaçların sosyal yardımlarla nasıl ele alındığını tanımlamak amacıyla yapılan bu çalışmada, bir ilçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’na (SYDV), Şubat 2022-Şubat 2023’te sağlıkla ilgili başvurular (ulaşım, ilaç, tıbbi cihaz/sarf malzemesi yardımı) analiz edilmiştir. Başvurusu kabul edilenlerin (n=130) %83,8’inin yol yardımı için maddi destek aldığı, bunların %55’inin ise il dışında tedavi gördüğü saptanmıştır. Yardım alanların %26,9’u onkoloji hastası olup, bunların %97,1’i yol yardımı için başvuruda bulunmuştur. İl dışı tedavi için yapılan tekrarlayan başvurular, yerel sağlık hizmetlerinin yetersizliğine ve bu hastaların sık sık başka illerde tedavi almak zorunda kaldıklarına işaret etmektedir. Sosyal yardımların, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde önemli bir rol oynadığı, ancak mevcut desteğin yetersiz kaldığı durumlarda cepten sağlık harcamalarının artması nedeniyle karşılanamamış sağlık ihtiyacının derinleştiği düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki maddi engeller, sağlık hizmetlerine eriştikten sonra sosyal hizmet talebi ve sağlık harcamalarında cepten ödemelerin payına yönelik araştırmalar yapılmalıdır. SYDV tarafından sunulan bu tür yardımlar, hastaların sağlık hizmetlerine erişimine katkı sunmakla birlikte, yerel düzeyde sağlık ihtiyaçlarının tam anlamıyla karşılanamadığını ve sosyal yardım programlarının daha hedeflenmiş bir şekilde düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı, sosyal yardım, sağlık hizmetlerine erişim, kanser, sağlık hizmetleri gereksinim ve talepleri, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları

MAKALE HAKKINDA

* Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Epidemiyoloji Bilim Dalı, eontas@ankara.edu.tr,



<https://orcid.org/0000-0002-0150-0694>

Gönderim Tarihi: 09.02.2025

Kabul Tarihi: 14.06.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Öntaş, E. (2025). Sağlık Hizmetlerine Erişimde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının Yerel Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 263-276. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1636229>

LOCAL IMPACT OF SOCIAL ASSISTANCE AND SOLIDARITY FOUNDATIONS ON ACCESS TO HEALTH SERVICES: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Eray ÖNTAŞ[†]

ABSTRACT

Millions of citizens living below the poverty line in Türkiye face barriers to accessing health services. One in ten citizens reports unmet needs for medical examination or treatment, and 2.3% attribute this to services being too expensive or too far to travel or having long waiting lists. This research aims to describe unmet healthcare needs at the district level and how these needs are addressed through social aid. The study analyzed health-related applications (travel, medicine, medical device/consumable aid) submitted to a District Social Assistance and Solidarity Foundation (SASF) from February 2022 to February 2023. It was found that 83.8% of the accepted applicants (n=130) received financial support for travel, and 55% of these were treated outside the province. Among the aid recipients, 26.9% were oncology patients, with 97.1% applying for travel assistance. Repeated applications for out-of-province treatment indicate the inadequacy of local health services and the necessity for these patients to frequently seek treatment in other provinces. Social aids play a critical role in accessing health services, but when current support is insufficient, unmet health needs may deepen due to increased out-of-pocket health expenditures. Further research should examine the financial barriers to accessing health services, the demand for social services after accessing care, and the share of out-of-pocket payments in health expenditures. While the aids provided by SASF contribute to accessing health services, they also indicate that health needs at the local level are not fully met and that social assistance programs need to be organized in a more targeted manner.

Keywords: Unmet needs for healthcare, social aid, health services accessibility, cancer, health services needs and demand, social assistance and solidarity foundations

ARTICLE INFO

*MD, Public Health Medicine Specialist, Ankara University Faculty of Medicine Department of Public Health Division of Epidemiology, eontas@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0150-0694>

Received: 09.02.2025

Accepted: 14.06.2025

Cite This Paper: Öntaş, E. (2025). Local Impact Of Social Assistance And Solidarity Foundations On Access To Health Services: A Cross-Sectional Study. Hacettepe Journal of Health Administration, 28(2), 263-276.
<https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1636229>

I. GİRİŞ

Türkiye’de satın alma gücü paritesi kullanılarak hesaplanan gelire dayalı göreceli yoksulluk sınırına göre (medyan gelirin %50’si), 2022 yılında 17.219 TL olan yoksulluk sınırının altında yaklaşık 11,2 milyon vatandaş (nüfusun %13,1’i), 2023 yılında ise 28.236 TL olan yoksulluk sınırının altında yaklaşık 10,9 milyon vatandaş (nüfusun %12,8’i) yoksul yaşamaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). Sosyal koruma kapsamında, engelli/malul, emekli/yaşlı, dul/yetim maaş yardımı alanların sayısı 2022 yılında yaklaşık 15,6 milyondur (nüfusun %18,3’ü) (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023a). Hastalık/sağlık bakımı nedeniyle yapılan yardımların, sosyal koruma harcamalarının içindeki oranının ise %31,3 olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b). 2022 yılında sosyal koruma yardımlarının gayrisafi yurt içi hasıla içindeki payı %8,2’ye ulaştığı, 2023 yılında sosyal yardımlardan faydalanan toplam hane sayısının yaklaşık 5 milyona ulaştığı saptanmıştır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2024).

Sosyal yardımla ilgili kurumsal yapılanma incelendiğinde, Türkiye’de sosyal yardımların koordinasyonunda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın, aile, barınma-gıda, engelli-yaşlı, eğitim, sağlık ve proje desteği alanlarında 50’den fazla sosyal yardım programı ile öne çıktığı görülmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2024). Bunun yanı sıra, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerine erişimde destek sağlamaktayken, Milli Eğitim Bakanlığı eğitim bursları ve okul yardımları, Gençlik ve Spor Bakanlığı gençlere yönelik sosyal ve kültürel programlar sunmaktadır. Ayrıca, Kültür ve Turizm Bakanlığı’na bağlı Vakıflar Genel Müdürlüğü binlerce vakfın yönetimi ve denetimini üstlenmiştir. İçişleri Bakanlığı ve Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ise özellikle acil durumlar ve afetler sonrasında ihtiyaç sahiplerine yönelik yardım faaliyetlerini sürdürmektedir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın sağlık alanında sunduğu yardım programlarına bakıldığında, Genel Sağlık Sigortası (GSS) prim ödemeleri ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların, sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmelerini desteklediği, GSS katılım payı ödemeleri ile hastane, ilaç, reçete, optik katılım payı için yapılan cepten harcamaların iadesini sağladığı görülmektedir. Ana-çocuk sağlığını iyileştirmeye yönelik “şartlı sağlık yardımları” ile ihtiyaç sahibi ailelere çocuklarını sağlık kontrolüne göndermeleri, gebelerin hamilelik süresince sağlık kontrolüne gitmeleri ve doğumlarını hastanede yapmaları için desteklediği görülmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, 2024a). Kronik hastalık yardımı kapsamında, Tüberküloz ve SSPE hastası veya hastaya bakım verenlere aylık nakdi yardım sunulmaktadır. Kronik hastalığı nedeniyle cihaza bağımlı vatandaşlara, tıbbi cihaz elektrik sarf desteği ile kesintisiz güç kaynağı desteği sunulmaktadır. Tip-1 Diyabet tanısı almış 0-22 yaş arasındaki kişilere glikoz ölçüm cihazı yardımı sunulmaktadır. Ayrıca, %40 ve üzeri oranda engellilik için sağlık kurulu raporu olan vatandaşlar ile bunlara bakım veren yakınlarına (veli, vasi) aylık ödemeler yapılmaktadır.

Sosyal yardım kapsayıcılığı bağlamında yerel yapılanma incelendiğinde ise 1986 tarihli Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında “ihtiyaç sahibi vatandaşlara nakdi ve aynı yardımda bulunmak üzere” tüm il ve ilçelerde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı (SYDV) kurulmuştur (T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1986). Günümüzde ülke genelinde 1003 SYDV bulunmakta olup, Vakıflar Kanunu’na göre özel hukuk tüzel kişiliğine sahiptirler. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Vakıflar Genel Müdürlüğü denetimine tabi olsalar da her birinin bağımsız karar organları bulunmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, 2024b): Başkanlığını mülki idare amirinin yaptığı vakfın mütevelli heyeti, kamu kurumları temsilen belediye başkanı, milli eğitim müdürü, sağlık müdürü, tarım ve orman müdürü, müftü, illerde ayrıca aile ve sosyal hizmetler müdürü, defterdar, ilçelerde ayrıca mal müdürünün katılımları ile ve seçilerek temsil edilen sivil toplum kuruluşu yöneticileri, hayırsever vatandaşlar ve muhtarların katılımıyla kararlar alır (T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1986). Öngörülen hizmetlerin gerçekleştirilmesi “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu”ndan aktarılan gelirler, SYDV’nin temel gelirini oluşturur.

Literatür incelendiğinde, SYDV'nin sosyal yardım sistemindeki rolü çoğunlukla yoksullukla mücadele ekseninde ele alınmaktadır (Başaran, 2022; Daşlı, 2018; Şahin Duran & Cenikli, 2021). Bu çerçevede yapılan çalışmalar, vakıfların kurumsal yapısı, işleyişi ve yönetim modeli (Başaran, 2022; Ceren & Erdem, 2019), sosyal yardım sisteminin bütüncüllüğü ve uygulama birliği sorunları (Abdoul-Azize & Sayın, 2020; Cengiz & Yakup Erdal, 2022; Şahin Duran & Cenikli, 2021), başvuru süreçlerindeki bilgi eksiklikleri ve veri paylaşımı zorlukları (Abdoul-Azize & Sayın, 2020; Cengiz & Yakup Erdal, 2022), yardımların etkinliği, yeterliliği ve sürekliliği gibi yönetsel ve sosyoekonomik etkilerini değerlendirmektedir (Aydın, 2024; Ceren & Erdem, 2019; Dal & Temiz, 2023). Ayrıca sosyal yardımların geçici niteliği ve yoksulluğun yapısal nedenlerini çözmedeki sınırlı etkisi de literatürde sıkça vurgulanmaktadır (Atasever & İhtar Işıklı, 2024; Çimen, 2021; Daşlı, 2018; Gümüş & Sarı, 2023). Ancak mevcut çalışmaların büyük çoğunluğu sağlık alanında yapılan sosyal yardımları genel yardım türleri arasında sınırlı şekilde ele almakta, özellikle kronik hastalıklar ve tedavi süreciyle bağlantılı yardım taleplerine yönelik özgün değerlendirmelere yeterince yer vermemektedir (Atasever & İhtar Işıklı, 2024; Çimen, 2021). Oysa sağlık gerekçesiyle yapılan başvurular, başvuru sahiplerinin sosyoekonomik kırılganlığını daha görünür kılmakta; sağlık hizmetlerine erişimdeki engelleri ve yardım sistemlerinin bu ihtiyaca ne ölçüde yanıt verdiğini ortaya koymaktadır (Atasever & İhtar Işıklı, 2024; Çimen, 2021). Bu çalışma, SYDV'ye sağlık nedenleriyle başvuran bireylerin başvuru motivasyonlarını, yardım türlerini ve erişim kalıplarını analiz ederek sağlık temelli sosyal yardım literatürüne veri temelli özgün bir katkı sunmayı hedeflemektedir. Böylelikle hem yerel sağlık eşitsizliklerine ilişkin çıkarımlara ulaşmak hem de SYDV'lerin sağlıkla ilişkili sosyal destek kapasitesini değerlendirmek mümkün olacaktır.

II. YÖNTEM

2.1. Çalışma Tasarımı

Bu çalışma, retrospektif kesitsel bir tasarıma sahiptir ve Şubat 2022 ile Şubat 2023 tarihleri arasında Zonguldak İli Devrek İlçesi'nde gerçekleştirilmiştir. T.C. Devrek Kaymakamlığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'na sağlıkla ilgili konularda destek almak üzere başvuran ve başvurusu sırasında İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde sağlık durumu değerlendirilen tüm vatandaşları kapsamaktadır.

2.2. Katılımcılar

Araştırma evreni, belirtilen tarihler arasında Devrek SYDV'ye sağlıkla ilgili destek başvurusunda bulunan bireylerin tamamıdır (N=161). Dâhil edilme kriterleri: Başvurusu sağlıkla ilişkili nedenlerle yapılmış olmak; başvuru sürecinin tamamlanmış ve değerlendirilmiş olması; sağlık durumuna dair değerlendirme sürecinin ilçe sağlık müdürlüğü tarafından yapılmış olması olarak tanımlanmıştır. Hariç tutma kriterleri: Başvuru sürecinde vefat edenler (n=1), süreci tamamlanmamış başvurular (n=9), eksik/boş sağlık verisi nedeniyle değerlendirmeye alınamayanlar (n=0). Katılımcı seçiminde örnekleme yapılmamış, dahil edilme kriterlerini taşıyanların tamamı analize dahil edilmiştir (n=151).

2.3. Veri Kaynakları ve Ölçümler

Veri, SYDV başvuruları, toplantı kararları ve başvuru sırasında ilçe sağlık müdürlüğü tarafından yapılan değerlendirme notlarından elde edilmiştir. Veri setini oluşturan değişkenler:

- Demografik; yaş (kesikli, yıl), cinsiyet (kadın/erkek)
- Başvuru bilgileri; başvuru tarihi, başvuru sayısı (kesikli), tedavi yeri (il içi/dışı), başvuru nedeni ile ilişkili uluslararası hastalık sınıflaması (ICD) kodu ve bununla ilişkili tıpta uzmanlık alanı/alanları
- Talep edilen destek türü; yol, ilaç, tıbbi cihaz/sarf malzemesi
- Sonuçlar; başvurunun kabul/ret durumu (ikili), nakdi yardım miktarı (TL)
- İstatistik analizlerde; tedavi görenin hastalık grubu (örneğin: onkoloji hastası olup olmadığı)

Bağımsız değişkenler olarak yaş, cinsiyet, başvurusu ile ilişkili tıpta uzmanlık alanı/alanları, destek türü, tedavi yeri; bağımlı değişkenler olarak ise nakdi yardım miktarı, başvurunun kabul/ret durumu, yaş, başvuru sayısı analize dâhil edilmiştir. Veriler resmi başvuru bilgilerine dayandığından bilgi yanlılığı düşüktür. Ancak kayıt dışı eksik/hatalı bilgiler için tutanaklar ile çapraz kontrol yapılmıştır.

2.5. İstatistiksel Analizler

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı hem görsel yöntemler (histogram, Q-Q grafiği) hem de istatistiksel test (Shapiro-Wilk testi) ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından dolayı, parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. Sürekli değişkenler için ortanca, minimum–maksimum ve 1. çeyreklik – 3. çeyreklik değerleri ile; kategorik değişkenler için ise frekans (n) ve yüzde (%) ile tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Sürekli değişkenler için iki grup karşılaştırmalarında, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için Ki-kare testi veya veri dağılımına göre Fisher’ın kesin testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics v.30 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

2.6. Etik Kurul ve Kurumsal İzin

Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 20.09.2023 tarih ve 2023/530 sayılı onay, ayrıca Devrek SYDV’den 13.09.2023 tarihli yazılı izin alınmıştır. Veriler anonimleştirilmiş, bireylerin kimlik bilgileri çalışmada yer almamıştır.

III. BULGULAR

Şubat 2022 – Şubat 2023 tarihleri arasında, 57.562 nüfuslu ilçenin SYDV’sine, sağlıkla ilgili 161 başvuru yapılmış, 1 başvuru sahibinin vefatı ve 9 kişinin (%5,6) süreci tamamlamaması nedeniyle 151 başvuru analiz kapsamına alınmıştır.

Başvuru sonucu ile cinsiyet arasındaki ilişki Ki-kare testi ile incelenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0,002$). Başvurusu kabul edilenlerin %94’ü kadın, %76,5’i erkektir. Bu bulgu, kadınların başvurularının daha yüksek oranda kabul edildiğini göstermektedir (Tablo 1). Başvuru sonucu ile yaş dağılımları değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,800$) (Tablo 1) (Şekil 1).

Tablo 1. Başvuru Sonucuna göre Cinsiyet ve Yaş Dağılımı (n=151)

	Başvuru Sonucu		
Cinsiyet	Kabul (n=130)	Ret (n=21)	p*
Kadın (n=68)	52 (%94,0)	7 (%6,0)	0,002
Erkek (n=83)	78 (%76,5)	14 (%23,5)	
Yaş	Kabul (n=130)	Ret (n=21)	p**
Ortanca (1. Ç – 3. Ç)	39,5 (13,5-57,0)	39,0 (24,5-52,5)	0,800

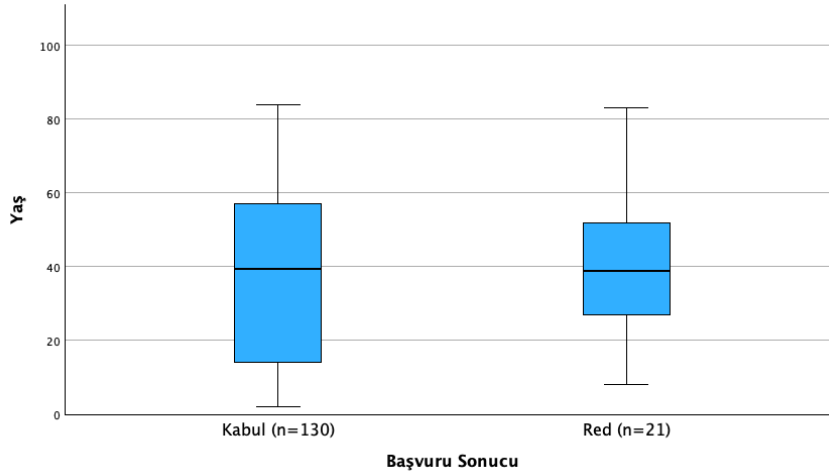
Satır yüzdesi kullanılmıştır.

*p: Ki-Kare testi (χ^2 değeri: 9,566, serbestlik derecesi (sd): 1)

**p: Mann Whitney U testi (U değeri: 1412,0)

Başvurusunu tamamlayanlardan maddi yardım talebi kabul edilenlerin (n=130) ortalama yaşı 39,5 olup (min:2, maks:84), ortalama 1,5 defa (min:1, maks:7) SYDV'ye başvuruda bulunmuşlardır. Bu başvurular sonucunda, ortalama 1282 TL ödeme yapılmıştır (min:200 TL, maks: 7600 TL) (Şekil 1).

Şekil 1. Başvuru Sonucuna Göre Yaş Dağılımı (n=151)



Başvurusu kabul edilen bireylerin (n=130) sosyodemografik özelliklerine ve talep ettikleri yardım türlerine göre yaş, başvuru sayısı ve yardım miktarı dağılımları Tablo 2’de sunulmuştur. Cinsiyet grupları arasında yaş ($p=0,526$), başvuru sayısı ($p=0,849$) ve yardım tutarı ($p=0,417$) dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Medyan yaş her iki grupta 40 yıl olup, yardım tutarının dağılımı erkeklerde daha geniş aralık göstermektedir (Q1–Q3: 500–1300 TL ve 500–1550 TL). Birden fazla türde yardım türü talep edilebilen başvurularda, yardım talep türlerine göre yaş, başvuru sayısı ve yardım tutarları incelendiğinde, yol yardımı talebinde bulunan bireyler, talepte bulunmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük sayıda başvuru yapmıştır (her iki grubun ortancası 1 olsa da dağılım farklılığı nedeniyle $p=0,002$).

Yol yardımı başvuruları cinsiyet göre karşılaştırıldığında ise erkeklerin (%89,7), kadınlara kıyasla (%75,0) daha yüksek oranda bu yardımdan faydalandıkları saptanmıştır ($p=0,025$). İlaç yardımı talep eden bireyler ile etmeyenler arasında yaş, başvuru sayısı ve yardım miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Tıbbi cihaz yardımı talep eden bireylerde ise yardım miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (ortanca: 700 TL ve 1500 TL; $p=0,035$) (Tablo 2).

Tablo 2. Yardım Alanların Sosyodemografik Özellikleri ve Taleplerine göre Yaş, Başvuru Sayısı, Yardım Miktarı Dağılımı

		Yaş (Yıl)				Başvuru Sayısı				Yardım Miktarı (TL)			
		Ortanca	1. Ç	3. Ç	p* (U değeri)	Ortanca	1. Ç	3. Ç	p* (U değeri)	Ortanca	1. Ç	3. Ç	p* (U değeri)
Cinsiyet	Erkek (n=78)	40	12	59	0,526 (1894,5)	1	1	2	0,849 (1996,5)	675	500	1300	0,417 (2197,0)
	Kadın (n=52)	40	15	48		1	1	2		800	500	1550	
Yol Yardım Talebi	Var (n=109)	36	10	48	0,270 (1319,0)	1	1	1	0,002 (1522,5)	894	500	2000	0,308 (985,0)
	Yok (n=21)	41	14	57		1	1	2		800	500	1200	
İlaç Yardım Talebi	Var (n=8)	40	14	57	0,645 (440,5)	1	1	2	0,289 (402,0)	800	500	1500	0,277 (377,0)
	Yok (n=122)	30	12	52		1	1	1		600	400	847	
Tıbbi Cihaz Yardım Talebi	Var (n=14)	41	14	57	0,518 (726,0)	1	1	2	0,064 (618,0)	700	500	1100	0,035 (1090,0)
	Yok (n=116)	37	7	48		1	1	1		1500	600	5000	

*p: Mann Whitney U Testi (U değeri parantez içinde sunulmuştur.)

Tedavi görülen konum bilgisine erişilen başvurular (n=118) incelendiğinde, il içinde tedavi görenlerle (n=53) il dışında tedavi görenler (n=65) arasında yaş dağılımı (p=0,309) ve başvuru sayısında (p=0,287) istatistiksel olarak fark bulunmamıştır; fakat il dışı tedavi için yapılan yardım ödemesinin daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0,001; il içi ortalama: 500 TL, il dışı ortalama: 1000 TL) (Tablo 3).

Ayrıca, yol yardımı alanların %55'i (n=60) il dışı, %45'i (n=49) il içi tedavi görmektedir; yol yardımı alan ve almayan bireyler arasında tedavi yeri (il içi vs. il dışı) açısından istatistiksel bir fark gözlenmemiştir (p=1,000) (Tablo 4).

Tablo 3. Yardım Alanların Tedavi Gördükleri Kurumun Konumuna Göre Yaş, Başvuru Sayısı, Yardım Miktarı Dağılımı

		Yaş (Yıl)				Başvuru Sayısı				Yardım Miktarı (TL)			
		Ortanca	1. Ç	3. Ç	p* (U değeri)	Ortanca	1. Ç	3. Ç	p* (U değeri)	Ortanca	1. Ç	3. Ç	p* (U değeri)
Tedavi Gördüğü Kurumun Konumu (n=118)	İl İçi (n=53)	47	12	57	0,309 (1534,5)	1	1	2	0,287 (1882,0)	500	450	800	<0,001 (2502,5)
	İl Dışı (n=65)	31	14	58		1	1	2		1000	500	1600	

*p: Mann Whitney U Testi (U değeri parantez içinde sunulmuştur.)

Tablo 4. Yardım Alanların Tedavi Gördükleri Kurumun Konumuna Göre Yol Yardım Talebi Dağılımı

		Yol Yardımı Talebi Yok	Yol Yardımı Talebi Var	p*
Tedavi Gördüğü Kurumun Konumu (n=118)	İl İçi (n=53)	4 (%7,5)	49 (%92,5)	1,000
	İl Dışı (n=65)	5 (%7,7)	60 (%92,3)	

Satır yüzdesi kullanılmıştır.

*p: Fisher'in kesin testi

İlaç için yardım talebinde bulunan 8 kişiye ortalama 743 TL (min:250, maks: 2000 TL) ödeme yapılmış olup bu hastaların takipli olduğu birimler en sık endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları birimidir (n=3). Onkolojik tedavi şeması sunan bir hasta, çift doz yazılan ilacın SGK tarafından karşılanmaması nedeniyle ilaç yardımına başvurmuştur. Tıbbi cihaz/malzeme için maddi destek alan 14 kişiye ortalama 2400 TL (min:350, maks: 5000) ödeme yapılmış olup bu hastaların takipli olduğu birimler en sık göğüs hastalıkları (n=3), nöroloji (n=3), KBB (n=2) ve kardiyolojidir (n=2). Başvuruya konu olan sağlık kontrolü için en sık takip edilen birimler sırasıyla onkoloji (n=35, %26,9), nöroloji (n=14, %10,8), kardiyoloji (n=13, %10), üroloji (n=12, %9,2) ve endokrinoloji ve metabolizma hastalıklarıdır (n=11, %8,5). Üç ve üzeri defa SYDV'ye başvuran 14 kişinin ise %57,1'i (n=8) onkoloji, %21,4'ü (n=3) endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları takiplidir.

Onkolojik hastalıklar, uzun süreli takip ve çok aşamalı tedavi süreçleri gerektiren, sağkalımı doğrudan etkileyen ciddi sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu hastalık grubunda erken tanı ve tedaviye erişim, yaşam süresi ve kalitesi açısından kritik olduğundan, sosyal yardım mekanizmalarının erişilebilirliği ve yeterliliği özel olarak değerlendirilmiştir. Özellikle ileri yaş grubunu etkileyen ve tekrarlayan sağlık kurumuna başvuru ihtiyacı doğuran bu klinik tablolar, yardım talep dinamikleri açısından diğer hasta gruplarından farklılaşabilmektedir. Başvurusu kabul edilen bireylerin (n=130) 35'inin (%26,9) onkolojik tedavi görmekte olduğu belirlenmiştir. Bu grubun ortalama yaşı 58 yıl olarak saptanmış; onkolojik tedavi almayan bireylerde ise ortalama yaş 26 yıl olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 5). Onkoloji grubunun %57,1'ini erkekler oluşturmaktadır. Onkoloji hastalarının %97,1'i (n=34) yol yardımı için; 1'i ilaç yardımı için başvurmuş olup her 3 hastadan 1'i mükerrer başvurmuştur (ortalama başvuru=1,8). Onkoloji hastalarının %97,1'inin diğer hastaların %78,9'unun yol yardımına başvurduğu gözlenmiş olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,012). Yol yardımı kapsamında yapılan ödemeler 200 TL ile 6000 TL arasında değişmekte olup, bu gruptaki başvurulara yapılan yardımın ortalama değeri 1469 TL, ortalama yardım miktarı 1000 TL olmuştur. Onkolojik tedavi alan bireylerin tedavi yeri (il içi vs. il dışı) açısından dağılımı incelendiğinde, bu grubun %57,1'inin (n=20) il dışında, %42,9'unun (n=15) ise il içinde tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Tablo 5. Yardım Alanların Onkolojik Tedavi Alma Durumuna Göre Yaş, Başvuru Sayısı, Yardım Miktarı Dağılımı

		Yaş (Yıl)				Başvuru Sayısı				Yardım Miktarı (TL)			
					p* (U değeri)				p* (U değeri)				p* (U değeri)
		Ortanca	1. Ç	3. Ç		Ortanca	1. Ç	3. Ç		Ortanca	1. Ç	3. Ç	
Onkolojik Tedavi	Almıyor (n=95)	26	11	48	<0,001 (2544,0)	1	1	1	0,073 (1930,5)	800	500	1000	0,184 (1913,0)
	Alıyor (n=35)	58	41	66		1	1	2		1000	500	2000	

*p: Mann Whitney U Testi (U değeri parantez içinde sunulmuştur.)

IV. TARTIŞMA

Çalışma, Şubat 2022 - Şubat 2023 tarihleri arasında Devrek İlçesi'nde sağlıkla ilgili Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı başvurularını ve bu başvuruların değerlendirilme süreçlerini inceleyerek, yerel sağlık hizmetlerindeki karşılanmamış sağlık gereksinimlerini ve başvuru sürecindeki demografik farklılıkları ortaya koymaktadır.

Ulaşılabilen en güncel veriye göre (2021 yılı), 16 yaş ve üzerindeki vatandaşların %10,4'ü tıbbi muayene veya tedavi için karşılanmamış gereksinimleri olduğunu belirtmekte, %2,3'ü ise bunun nedenini çok pahalı olması, çok uzak olması veya uzun bekleme süresi olduğunu ifade etmektedir (Eurostat, 2021). Bu çalışma da buna paralel olarak, sosyal yardımların büyük bir bölümünün (%83,8) yol yardımı olarak gerçekleştiğini ortaya koymaktadır. Özellikle il dışı tedavi gören bireyler için yapılan ödemelerin daha yüksek olduğu saptanmış olup, bu durum, yerel sağlık hizmetlerinin yetersizliğine ve ileri düzey tedavi veya uzmanlık gerektiren vakaların merkezi sağlık tesislerine yönlendirilmesine işaret edebilir. Onkoloji hastaları, başvuruların önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve ortalama olarak daha yüksek yaşa sahiptir. Bu hasta grubu için ücretsiz tedavi sağlansa da araştırmanın yapıldığı ilde, bu dönemde kamu kurumlarında yalnızca bir tıbbi onkoloji uzmanının görev yapması, hastaların il dışında tedavileri için tekrarlayan başvurular yapmalarına neden olmuştur; onkolojik tedavi görmeyenlere göre daha yüksek oranda yol yardımı talebinde bulunmalarını açıklamaktadır. Ayrıca hasta yönlendirme süreçlerinde aile hekimliği veya sosyal hizmet birimlerinin rehberliği etkin biçimde sağlanmadığında, özellikle sistemik tedavi gerektiren kanser hastalarının kendi başlarına çözüm arayışına girdikleri gözlenmektedir. Bu durum, il dışı sağlık başvurularının artmasına ve sosyal yardım sisteminin tedavi sürecine entegrasyonunda zorluklara neden olabilir.

Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verileriyle yapılan bir araştırmaya göre, kadınlarda karşılanmamış sağlık gereksinimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir, gerekçesi işgücüne katılım ve gelir düzeyinin az olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Yetim & Çelik, 2020). Benzer şekilde, bir SYD vakfından sosyal yardım alan 385 kadın ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %76,4'ünün çalışmadığı, bunların %11,4'ünün sağlık durumu ve bedensel engel nedeniyle çalışmadığı tespit edilmiştir (Atasever & Iştar Işıklı, 2024). Bu çalışmada başvuru sonucu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmış; kadınların başvurularının daha yüksek oranda kabul edildiği görülmüştür. Bu durum, ilk bakışta toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklere aykırı gibi görünse de kadınların sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının daha fazla olduğu ya da daha öncelikli görüldüğü yönünde yorumlanabilir. Vakıf kurullarının kararları, kadınların sosyal ve ekonomik açıdan daha kırılgan durumda olduklarını yansıtır olabilir. Bu bulgu, sosyal hizmetlere erişimdeki toplumsal cinsiyet boyutunun daha ayrıntılı araştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Uygulanmakta olan yardım programlarına rağmen artan yoksulluğa paralel olarak, hanehalkı tarafından tedavi, ilaç vb. nedeniyle yapılan cepten sağlık harcaması 2022 yılında bir önceki yıla göre %98,8 artmış, hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2022 yılında %18,5'e ulaşmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023c). Yapılan sosyal yardım mutlak miktarının (TL), enflasyon nedeniyle zaman içinde karşılaştırılabilir hale getirilebilmesi için asgari ücret ile oranı ile değerlendirilmek istenmiştir. Fakat kısıtlılık olarak, çalışmanın yapıldığı dönemde 3 farklı asgari ücretin belirlenmiş olması (2022 Ocak-Haziran: 4.253,4 TL, 2022 Temmuz-Aralık: 5.500,35 TL, 2023 Ocak-Haziran: 8.506,8 TL) (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü, 2024), özellikle tekrarlayan başvurular için rölatif bir oran hesaplanmasını güçleştirmiştir. Bu aylar için ortalama 5483,3 TL, ortanca 5500,4 TL asgari ücret olduğu hesaplandığında, yapılan yardım ödemelerinin, asgari ücretin yaklaşık 1/4'üne denk geldiği gözlenmiştir. Yılmaz ve Akyüz tarafından yapılan SYDV'nin işlevselliği üzerine bir değerlendirmede, hanehalkı gelir hesaplanmasında (hane içi kişi başı gelirin asgari ücretin 1/3'ünden az olması) yaşanan sorunlar nedeniyle yoksulluktan ziyade açlık sınırında olan kişilere yardım edilebildiği, bu nedenle hanede yaşayan kişi başı gelir hesabında alt sınırın artırılması gerektiği önerilmiştir; yapılan yardımların haneyi refaha ulaştıracak düzeyde olması gerektiği ifade edilmiştir (Yılmaz & Akyüz, 2018).

Özellikle hastalık nedeniyle işgücü kaybı yaşayan veya çalışamadığı için ekonomik bağımlı nüfus içeren bu hanelerde, sağlık hizmetlerine erişimin önemli ölçüde yoksulluğa neden olabileceği düşünülmüştür. 2023 yılında ikinci ve üçüncü basamak hastaneler için ortalama kişi başı hekime müracaat sayısının 6,5 olduğu düşünüldüğünde (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2024), sağlık hizmetlerine tekrarlayan başvuruların yoksulluğu derinleştirebileceği göz önüne alınmalıdır. Sağlık yardımı için başvuran hastaların, sağlık hizmetlerine erişimden sonraki sürecin değerlendirilebilmesi için sağlık kurumları temelli sosyal hizmet uygulamalarını ele alan çalışmalar yapılmalıdır.

Bu çalışmanın güçlü yönlerinden biri, sağlıkla ilgili sosyal yardımları özgül olarak ele alan, veri temelli nadir çalışmalardan biri olmasıdır. SYDV'ye yapılan sağlık gerekçeli başvuruların sayısal, demografik ve klinik kırılımda detaylı incelenmesi, sosyal yardım sisteminin sağlıkla ilişkili yönlerinin görünür kılınmasını sağlamıştır. Ayrıca, yardım türlerine göre ödemelerin, başvuru sayılarının ve tedavi konumlarının (il içi / il dışı) karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi, yerel sağlık sistemlerinin kapasite yetersizliklerinin sosyal yardım taleplerine nasıl yansıdığını anlamaya olanak tanımıştır. Onkoloji gibi ileri tedavi gerektiren klinik gruplar özelinde yapılan alt analizler, sosyal yardımların sadece ekonomik destek değil, aynı zamanda sağlık hizmetine erişim aracı olarak nasıl işlev gördüğünü göstermesi açısından literatüre anlamlı katkı sunmaktadır. Bu yönüyle çalışma, sağlık nedenli sosyal yardım başvurularını nicel olarak ortaya koyan, uygulama düzeyinde politika geliştiricilere yol gösterici nitelikte sahaya dayalı ampirik bir veri sunmaktadır. Bu çalışmanın bulguları, Devrek ilçesinde sağlık nedeniyle yapılan sosyal yardım başvurularına dayandığı için, sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır; sağlıkla ilgili yapılan başvuruları retrospektif olarak analiz etmekte ve yalnızca başvurularını tamamlayan bireyler üzerinden değerlendirme yapmaktadır. Bu durum, yardım talebinde bulunmasına rağmen başvuru sürecini başlatmayan, yarıda bırakan ya da hiç haberdar olmayan bireylerin dışlanmasına yol açmış ve başvuru davranışındaki potansiyel seçim yanlılığına zemin hazırlamıştır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimde yapısal engellerle karşılaşan kırılğan grupların (örneğin kadınlar, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar) başvuru süreçlerine katılımı da bu bağlamda tam olarak yansıtılamamış olabilir. Ayrıca, çalışmada bireysel sosyoekonomik düzey, sağlık sigortası durumu, hane gelir düzeyi, engellilik durumu, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı gibi potansiyel karıştırıcı değişkenlerin ölçülmemiş olması, başvuru kabulü ve yardım miktarları üzerindeki etkilerin nedensel olarak yorumlanmasını kısıtlamaktadır. Son olarak, yardım miktarlarının mutlak değerlerle (TL) ifade edilmiş olması, alım gücü ve dönemin enflasyonist koşulları gibi bağlamsal faktörlerle standardize edilmediğinden, yardımın gerçek etkisinin değerlendirilmesinde eksiklik yaratmaktadır. Özellikle 3 farklı dönemde farklı asgari ücret düzeylerinin uygulanıyor olması, yardımın görece yeterliliğini yorumlamayı güçleştirmiştir. Bu nedenlerle, çalışmada saptanan ilişkiler nedensellikten ziyade bağlamsal örüntülere işaret etmekte olup, daha kapsamlı ve prospektif çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

SYDV'ye yapılan sağlık gerekçeli başvuruların içeriği, doğrudan bir sağlık göstergesi olarak değerlendirilmemekle birlikte, yerel sağlık hizmetlerinin kapasitesi, eşitsizlikleri ve erişilebilirliğine dair dolaylı fakat anlamlı ipuçları sunmaktadır. Bu bağlamda, SYDV verisinin kamu sağlık sisteminin karşılayamadığı ihtiyaçlara ilişkin bir tür "gizli (proxy) sağlık göstergesi" işlevi gördüğü ileri sürülebilir. Özellikle ileri yaşta, kronik hastalık yükü yüksek ve tekrar eden başvuru yapan bireylerin yardım talepleri, hem hizmet kullanımındaki yapısal engelleri hem de sosyal destek mekanizmalarının sağlık sistemine olan dolaylı katkısını görünür kılmaktadır.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, sağlıkla ilgili sosyal yardım başvurularını inceleyen sayılı saha araştırmalarından biri olması bakımından hem uygulayıcı kurumlara hem de sosyal politika yapıcılara önemli çıkarımlar sunmaktadır. Bulgular, özellikle onkolojik hastalıklar gibi ileri düzey sağlık hizmetlerine erişim gerektiren durumlarda, yol yardımının öne çıkan bir destek kalemi olduğunu ortaya koymuştur. Yerelde uzman hekim ve ileri tedavi hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle hastaların il dışı tedaviye yönlendirilmesi, sağlık sistemi kapasitesindeki yetersizliğin sosyal yardım talebini nasıl

şekillendirdiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, sosyal yardımların sadece ekonomik bir destek değil, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran bir sosyal eşitlik mekanizması olarak da değerlendirilmesi gereklidir. Yerel sağlık altyapısının güçlendirilmesi hem sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirebilir hem de sosyal yardımlara yönelik ihtiyacı azaltabilir; ayrıca sağlık kurumlarında kurulacak sosyal hizmet birimleri ile SYDV'ler arasında daha güçlü bir koordinasyon mekanizması kurulması, özellikle kronik ve tekrarlayıcı sağlık gereksinimleri olan bireylerin başvuru süreçlerinin daha etkin yönetilmesine katkı sağlayabilir. Yardım tutarlarının enflasyon, yaşam maliyeti ve asgari ücretle orantılı biçimde yeniden değerlendirilmesi ve yardım başvurularının gerekçeleriyle birlikte dijital ortamda izlenmesi, veri temelli ve adil kaynak tahsisine zemin hazırlayacaktır. Temel hedef bireylerin sosyal yardıma ihtiyaç duymadan sağlık sistemine tam ve eşit erişiminin sağlanması olmalıdır; ancak sağlık sistemi kapasitesi yetersiz kaldığında, sosyal yardımların bu erişim boşluğunu hızlı ve etkin biçimde kapatacak şekilde yapılandırılması önem taşımaktadır.

Etik Kurul İzni: Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.09.2023 tarih ve 2023/530 sayılı onay alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Abdoul-Azize, H. T., & Sayın, C. (2020). Examining the functioning of public social assistance system: The case of Antalya [Kamu sosyal yardım sistemi işleyişinin incelenmesi: Antalya örneği]. *Mediterranean Agricultural Sciences*, 33(1), 73–78. <https://doi.org/10.29136/mediterranean.631797>
- Atasever, E., & Iştar Işıklı, E. (2024). Kadın Yoksulluğuyla Mücadelede Sosyal Yardımların Rolü: Düzce Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 61, 91–106.
- Aydın, A. (2024). 6 Şubat 2023 Depremlerinde Sosyal Yardımlar: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının Rolü. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 15(1 -Deprem Özel Sayısı-), 235–260. <https://doi.org/10.54688/ayd.1350870>
- Başaran, K. (2022). Dönüşen Devletin Yeni Sosyal Politika Aracı: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı [The New Social Policy Tool of the Transforming State: Social Assistance and Solidarity Foundation]. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 14(27), 259–275. <https://doi.org/10.20990/kilisiibfakademik.1088901>
- Cengiz, S., & Yakup Erdal, E. (2022). Kamu Sosyal Yardım Uygulama Sisteminin İncelenmesi: Iğdır İli Kırsal Alan Örneği. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi*, 57(2), 1411–1424.
- Ceren, A., & Erdem, T. (2019). Kahramanmaraş İli Sosyal Yardım Yönetimi Üzerine Bir Araştırma [A Research on Social Assistance Management In The City of Kahramanmaraş]. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32, 413–451. <https://doi.org/10.14520/adyusbd.532826>
- Çimen, H. (2021). Dünyayı Sarsan Pandemi (COVID-19) Sürecinde Türkiye'de Sosyal Yardımların Önemi Yeniden Düşünmek. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 59–72. <https://doi.org/10.53443/anadoluibfd.934466>
- Dal, R., & Temiz, N. (2023). Türkiye'de Yoksullukla Mücadelede Sosyal Yardım Kurumlarının Etkinliği. *Çalışma ve Toplum*, 2(77), 1287–1322. <https://doi.org/10.54752/ct.1280837>
- Daşlı, Y. (2018). Yoksullukla Mücadele Aracı Olarak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(2), 525–542.

- Eurostat. (2021). *Statistics Explained: Unmet health care needs statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics
- Gümüş, M., & Sarı, Ö. (2023). Yoksullukla Mücadele Bağlamında Uygulanan Sosyal Politika Uygulamaları Şırnak-Cizre Örneği. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 1455–1503. <https://doi.org/10.30561/sinopusd.1349980>
- Şahin Duran, D., & Cenikli, E. (2021). Yoksullukla Mücadelede Bir Kamu Politikası Olarak Bütünleşik Sosyal Yardım Sistemi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 46, 149–162. <https://doi.org/10.30794/pausbed.948490>
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü. (2024a). *Sosyal Yardım Programları*. <https://www.aile.gov.tr/sygm/programlarimiz/sosyal-yardim-programlarimiz/>
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü. (2024b). *Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları*. <https://www.aile.gov.tr/sygm/genel-mudurluk/sosyal-yardimlasma-ve-dayanisma-vakiflari/>
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. (2024). *2023 Yılı Faaliyet Raporu*. <https://www.aile.gov.tr/media/160427/faaliyet-raporu-2023.pdf>
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü. (2024). *Yıllar İtibarıyla Net ve Brüt Asgari Ücretler*. <https://www.csqb.gov.tr/media/35787/yillar-itibariyle-net-brut-asgari-ucetler.pdf>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (1986). *Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu (Kanun No:3294, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 14/6/1986, Sayı:19134)*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3294&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2024). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49429/0/haber-bulteni-2023-30092024pdf.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023a). *Sosyal Koruma İstatistikleri, 2022. Sosyal koruma kapsamında yardım ve maaş alan kişi sayısı*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyal-Koruma-Istatistikleri-2022-49675>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023b). *Sosyal Koruma İstatistikleri, 2022. Sosyal koruma harcamalarının yardım türlerine göre dağılımı*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyal-Koruma-Istatistikleri-2022-49675>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023c). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2022-49676>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, 2023*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2023-53713>
- Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık Hizmetlerine Erişim: Karşılanmamış İhtiyaçlar Sorunu [Access to Healthcare: The Issue of Unmet Needs]. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423–440. <https://doi.org/10.33417/tsh.630479>

- Yılmaz, S., & Akyüz, K. (2018). Türkiye’de Sosyal Koruma Yardımları: Sosyal Dayanışme ve Yardımlaşma Vakıflarının İşlevselliği. *Business and Management Studies: An International Journal*, 6(4), 835–861.

RESEARCH ARTICLE

AN INVESTIGATION INTO THE FACTORS INFLUENCING THE TECHNICAL EFFICIENCY OF PUBLIC HOSPITALS: DATA ENVELOPMENT ANALYSIS BASED ON DATA AT THE PROVINCIAL LEVEL

Gamze YORGANCIOĞLU TARGAN *

Pınar YALÇIN BALÇIK **

ABSTRACT

This study evaluates the technical efficiency of public hospitals in Turkey using Data Envelopment Analysis (DEA) at the provincial level and identifies the factors affecting efficiency scores. Efficiency scores were calculated for 81 provinces, and multivariate regression analysis was conducted to examine the influence of healthcare infrastructure, human resources, and service delivery indicators on technical efficiency. The findings reveal that while a higher bed density (beds per 10,000 population) positively impacts efficiency, an excessive number of intensive care beds and qualified hospital beds have a detrimental effect on efficiency. This province-based and comprehensive study takes into account the structural differences among regions in Turkey and employs k-means clustering analysis to classify provinces according to their efficiency patterns. Furthermore, by identifying key determinants through regression analysis, the study provides concrete intervention areas for policymakers and healthcare administrators. Thus, this research offers a data-driven and management-oriented evaluation of hospital efficiency specifically within the Turkish healthcare system and delivers original findings that can support regional planning, resource allocation, and service optimization strategies for those working in the field of health management. The results emphasize the critical need to reinforce an efficiency-oriented perspective in healthcare service delivery through infrastructure optimization and effective resource utilization.

Keywords: Technical efficiency, data envelopment analysis, Turkish health system, hospitals, health management

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

** Assoc. Prof., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Received: 11.02.2025

Accepted: 19.06.2025

Cite This Paper:

Yorgancıoğlu Targan, G. & Yalçın Balçık, P. (2025). An Investigation Into The Factors Influencing The Technical Efficiency Of Public Hospitals: Data Envelopment Analysis Based On Data At The Provincial Level. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(2), 277-292. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1637590>

KAMU HASTANELERİNİN TEKNİK ETKİNLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÜZERİNE BİR İNCELEME: İL DÜZEYİNDE VERİLERE DAYALI VERİ ZARFLAMA ANALİZİ

Gamze YORGANCIOĞLU TARGAN *
Pınar YALÇIN BALÇIK **

ÖZ

Bu çalışma, Türkiye'deki kamu hastanelerinin teknik etkinliğini il düzeyinde Veri Zarflama Analizi (VZA) yöntemiyle değerlendirmekte ve etkinlik düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya koymaktadır. 81 il için verimlilik puanları hesaplanmış, ardından sağlık altyapısı, insan kaynakları ve hizmet sunumu göstergelerinin teknik verimlilik üzerindeki etkisini incelemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Bulgular, yatak yoğunluğunun (her 10.000 kişiye düşen yatak sayısı) verimliliği olumlu etkilediğini; ancak yoğun bakım yataklarının ve nitelikli hastane yataklarının aşırı sayıda olmasının verimlilik üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bu il bazlı ve kapsamlı çalışma, Türkiye'deki bölgeler arası yapısal farklılıkları göz önünde bulundurarak, illeri verimlilik desenlerine göre sınıflandırmak için k-ortalama (k-means) kümeleme analizini kullanmaktadır. Ayrıca, regresyon analizi yoluyla temel belirleyicileri ortaya koyarak politika yapıcılar ve sağlık yöneticileri için somut müdahale alanları önermektedir. Bu yönüyle çalışma, Türk sağlık sistemi özelinde hastane verimliliğini veri temelli ve yönetim odaklı bir yaklaşımla değerlendirmekte; sağlık yönetimi alanında çalışanlar için bölgesel planlama, kaynak tahsisi ve hizmet optimizasyon stratejilerine katkı sağlayacak özgün bulgular sunmaktadır. Elde edilen sonuçlar, sağlık hizmet sunumunda altyapının iyileştirilmesi ve kaynakların etkin kullanımı yoluyla verimlilik odaklı bir bakış açısının güçlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Teknik etkinlik, veri zarflama analizi, Türk sağlık sistemi, hastaneler, sağlık yönetimi

MAKALE HAKKINDA

*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

**Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Gönderim Tarihi: 11.02.2025

Kabul Tarihi: 19.06.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Yorgancıoğlu Targan, G. & Yalçın Balçık, P. (2025). An Investigation Into The Factors Influencing The Technical Efficiency Of Public Hospitals: Data Envelopment Analysis Based On Data At The Provincial Level. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 277-292. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1637590>

I. INTRODUCTION

Given the growing demand for healthcare services and the finite nature of available resources, the efficient use of existing resources has become more critical than ever. The OECD's 2024 report, emphasizes that performance assessment in health systems is essential for supporting optimal resource allocation and evaluating the achievement of key policy objectives (OECD, 2024). In order to overcome operational limitations and improve their services, healthcare organizations are increasingly compelled to measure the performance of the care they provide. As emphasized by the World Health Organization (WHO) in its 2021 report titled *Health Systems Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*, "Health policy-making and reform require, first and foremost, a sound understanding of how a health system is performing" (WHO, 2021). This highlights that performance assessment in health systems is not only essential for monitoring and evaluation but also serves as a strategic requirement for optimizing resource use and driving operational improvements.

Productivity, as one of the measurable dimensions of healthcare system performance, has gained increasing importance in recent years (Hollingsworth, 2008). Despite significant investments in healthcare systems across the globe, the anticipated improvements in health outcomes have not consistently been achieved. This discrepancy has drawn growing attention to the need for evaluating how efficiently health systems utilize their resources, especially in light of evolving demographic, technological, and environmental challenges. According to the OECD's renewed framework on health system performance (OECD, 2024), merely increasing financial and physical inputs is insufficient unless these resources are effectively aligned with the changing demands and systemic pressures of modern healthcare. The report underlines that enhancing system efficiency requires a broader transformation—one that encompasses stronger governance, strategic health workforce planning, and the effective integration of digital health technologies. This approach has become particularly crucial following the vulnerabilities revealed by the COVID-19 pandemic.

It is vital to get insights into the functioning of these health institutions in order to measure the efficiency of the health institutions that deliver services using these resources. By conducting an efficiency analysis, we are able to determine how well these organizations meet their goals with the fewest possible resources or produce the most they are capable of using the resources they do have (Banker et al., 1984). In addition to this, it gives useful information regarding the efficiency with which resources are utilized and the process by which inputs are transformed into outputs (Waldman, 1997). There is an increasing demand for medical services despite the restricted availability of resources. It is essential to measure the efficiency of the delivery of healthcare services in order to maximize the use of available resources, evaluate performance, and ultimately achieve better health outcomes. Healthcare institutions can work toward the goal of providing better services to the general population if they place a strong emphasis on productivity and make efficient use of available resources (Zere et al., 2006; Varabyova and Schreyogg, 2013). A number of studies and reports from organizations such as the OECD and the World Health Organization as well as academic researchers highlight the significance of performance measurement in healthcare systems and the potential for enhancing efficiency to meet the ever-evolving demands for healthcare.

Efficiency is a fundamental component of hospital performance, as it directly influences the quality of care, patient outcomes, and the optimal use of healthcare resources. For administrators and policymakers, understanding the drivers of hospital efficiency is essential for enhancing operational performance and ensuring effective healthcare delivery. Identifying the factors that shape technical efficiency not only facilitates the prudent use of limited resources but also strengthens broader outcomes such as service quality, public health impact, and institutional performance. Numerous studies have utilized systematic approaches to assess hospital efficiency and examine its determinants, often categorized under input, process, and output dimensions. Input factors include staffing levels, equipment, and infrastructure, while process-related aspects encompass workflow optimization, quality improvement initiatives, and the use of health information technologies (Imani et al., 2022). Output measures typically reflect patient outcomes and safety indicators, although some studies also consider patient satisfaction (Mark et al., 2009). Furthermore, hospital characteristics such as

ownership, size, and type have been shown to significantly influence efficiency levels (Kakeman et al., 2016; Kalhor et al., 2016). Ultimately, a comprehensive evaluation of hospital efficiency should integrate both quantitative and qualitative indicators across the input–process–output continuum to support evidence-based improvements in healthcare delivery (Imani et al., 2022).

The ability of a healthcare organization to offer high-quality patient care while simultaneously maximizing resource utilization, avoiding waste, and improving processes is what we mean when we talk about hospital efficiency. It entails improving patient outcomes and overall performance by streamlining the management of employees, medical equipment, facilities, and financial resources. Hospitals that operate efficiently strive to minimize patient wait times, maximize patient flow, cut down on readmission rates, and keep their costs as low as possible without compromising the quality of care they provide. When analyzing hospital efficiency with Data Envelopment Analysis (DEA), valuable information is acquired that can then be used to evaluate hospital performance and determine whether or not hospitals are making effective use of the resources at their disposal. DEA approach is a multi-criteria method that measures performance by combining many input and output factors. It is utilized to evaluate different hospitals and determine which ones provide the best care. As inputs variables, the majority of studies used the number of staff members and the cost of staff, hospital beds and other facility resources, medical and administrative equipment and technology, the cost of drugs and medical supplies, and other operational expenses (electricity, water, cleaning, maintenance, etc.). The performance of the hospital's healthcare services, as well as the consequences of those services, is represented by the outputs utilized in hospital efficiency analysis. Among the many outputs that may be taken into consideration are the following: the number of surgical procedures and medical interventions carried out by the hospital; length of hospital stay as well as discharge time; level of patient satisfaction; quality of services and outcomes provided by the hospital (e.g., infection rates, complications); need for post-treatment outpatient care; other service outputs (radiology reports, laboratory results, etc.), and the need for post-treatment outpatient care (Hollingsworth, 2008). In order to determine if hospitals are making efficient use of their resources in comparison to other hospitals that are comparable to them, DEA conducts an efficiency study using these inputs and outputs. DEA provides useful insights to administrators and health officials by measuring the efficiency of a hospital. These insights enable administrators and policymakers to discover areas for improvement and optimize the allocation of resources.

The purpose of this study is to determine the technical efficiency of all public hospitals operating in Turkey using data envelopment analysis and to examine the variables that may affect efficiency. For this purpose, the correlation between the selected variables was first examined, and then data envelopment analysis was conducted on a province basis. After conducting data envelopment analysis, the scores were grouped into two main clusters using the k-means clustering technique. Multivariate linear regression analysis was also used to identify independent variables that could potentially influence hospital efficiency. The subsequent section elaborates on the research methodology in detail.

II. METHODS

2.1. Data Envelopment Analysis

Data Envelopment Analysis is a non-parametric, linear programming-based frontier analysis technique that constructs an efficiency frontier from observed data to evaluate the relative performance of decision-making units (DMUs). DEA is particularly well-suited for assessing the efficiency of complex service organizations—such as hospitals—where multiple inputs and outputs must be considered simultaneously. The original form of this method, the CCR model, was developed by Charnes, Cooper, and Rhodes (1978) and measures overall efficiency under the assumption of constant returns to scale. Later, the BCC model, introduced by Banker, Charnes, and Cooper (1984), extended the approach by incorporating variable returns to scale, thereby enabling the analysis of efficiency differences arising from scale effects in production. As a result, the BCC model allows for a more refined evaluation by distinguishing between pure technical efficiency and scale efficiency.

In recent years, the DEA has been used extensively to evaluate hospitals' relative efficiency. DEA was chosen over other approaches like regression analysis and stochastic frontier analysis (SFA) for several reasons. Among these are the following explanations: One of the multicriteria decision-making techniques used by DMUs to ascertain the relationship between inputs and outputs, it is comparatively simple and does not necessitate any prior assumptions about the variables chosen or information about the weights that must be assigned to the chosen inputs and outputs (Kamel and Mousa, 2021). There is currently no research of the Ministry of Health data published in its most recent edition, despite the fact that comparable studies have been conducted to assess the efficacy of the Turkish health system and health services. Furthermore, in contrast to previous research, this study employed a province-based methodology.

To compute DEA, two fractional programming models must be solved under the assumptions of variable return to scale (VRS) and constant return to scale (CRS). Building on the work of Banker et al. later developed the variable return to scale (VRS) model for DEA. In terms of how these two models differ, the CRS model assumes that the rates of increase in outputs and inputs are equal, whereas the VRS model allows for the possibility that the rates of increase in outputs and inputs may differ because it computes technical efficiency and scale activities separately. In addition, the CRS model assumes that the rate of increase in inputs and outputs is simultaneously the same. Because technical efficiency and scale activities can be calculated independently, the VRS model can only quantify pure technical efficiency. This explains why the VRS model makes it possible. Compared to CRS models, a greater amount of choice variables were found to be advantageous in VRS models (Banker et al., 1984). The following equation was used in this study to apply the VRS model: a set of input and output variables was identified based on a review of previous research concerning the measurement of hospital efficiency. This selection ensures that the DEA model accurately reflects the multidimensional nature of healthcare service provision.

The efficiency score (Eff) for each province is defined as:

$$\text{Eff} = \theta, \text{ where } 0 < \theta \leq 1$$

This study applies the input-oriented DEA-VRS (Variable Returns to Scale) model to measure the technical efficiency of provinces in utilizing healthcare resources. The model formulation is as follows:

Minimize: θ

Subject to:

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j \times (\text{UrbanPopulation}_j, \text{RuralPopulation}_j, \text{NonSpecialists}_j, \text{Specialists}_j, \text{NursesAndMidwives}_j, \text{QualifiedBeds}_j, \text{BedsPer10k}_j, \text{Hospitals}_j, \text{IntensiveCareBeds}_j) \leq \theta \times \text{Input}_0$$

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j \times (\text{TotalVisits}_j, \text{Inpatients}_j, \text{Surgeries}_j) \geq \text{Output}_0$$

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j = 1$$

$$\lambda_j \geq 0, \text{ for all } j$$

Where:

- θ represents the technical efficiency score of the province under evaluation. A value of 1 indicates full efficiency, while values below 1 indicate varying degrees of inefficiency.
- **Input variables** include: Urban population, rural population, number of non-specialist physicians, number of specialist physicians, number of nurses and midwives, number of qualified beds, number of beds per 10,000 people, number of hospitals, and number of intensive care beds.

- **Output variables** are: Number of outpatient visits, number of inpatients, and number of surgical operations classified under categories A, B, and C.
- λ_j denotes the weight assigned to each peer province in constructing the efficiency frontier.

This model enables the identification of efficient and inefficient provinces based on how well healthcare inputs are converted into service outputs. By minimizing θ , the model seeks the maximum proportional reduction in inputs while maintaining current output levels, thereby reflecting pure technical efficiency under variable returns to scale.

2.2. Data and Variables

This research identified a set of input and output variables that were included in the analysis, and it did so by drawing from previous research that had been done on the subject of the measurement of hospital efficiency. The data for indicators (Input variable; urban and rural population, number of non specialist, number of specialists, number of nurse and midwife, number of qualified bed, number of beds per 10000 people, number of hospitals, number of intensed bed; Output variable; number of visits, number of inpatient, number of A, B C grouped surgeries) for 81 Turkish provinces obtained from Turkey Statistical Yearbook, which was issued by the Ministry of Health (2023).

Previous studies in the field of healthcare efficiency that employed comparable inputs and outputs were extensively consulted in selecting the variables presented in Table 1. For instance, Hofmarcher et al. (2002) included patient days, medical staff, and the number of beds as input indicators in a DEA model measuring hospital efficiency in Austria, emphasizing the role of human resources and infrastructure in hospital performance. Similarly, Applanaidu et al. (2014) considered the number of doctors, nurses, and beds as key input indicators, alongside output measures such as the number of outpatients, inpatients, surgeries, and deliveries, thereby capturing both volume and complexity of services. Consistent patterns are observed in studies by Yildirim et al. (2019) and Ravaghi et al. (2019), which have systematically employed beds, physicians, and nurses as inputs and inpatient admissions, outpatient visits, and surgeries as outputs for hospital efficiency evaluation. Furthermore, Hollingsworth (2008) conducted a comprehensive review and highlighted the frequent use of staffing levels, bed counts, and service volumes in healthcare efficiency measurements. Rosko and Mutter (2008) reinforced these findings, arguing that human resource availability, hospital infrastructure, and service delivery complexity should form the basis for input and output selection in DEA studies. Additionally, Worthington (2004) and O'Neill et al. (2008) identified similar variable structures across a range of hospital efficiency analyses in both developed and developing countries, further validating the robustness of these choices. Thus, the selected inputs and outputs in the present study are firmly grounded in internationally recognized practices and methodological standards, ensuring both the validity and comparability of the resulting efficiency scores.

Table 1. Inputs and outputs of the DEA

	INPUTS		OUTPUTS
X1	Rural Population (RP)	Y1	Number of Surgery (NS)
X2	Urban Population (UP)	Y2	Number of Inpatient (I)
X3	Number of Non Specialist (NNS)	Y3	Number of Visit (V)
X4	Number of Nurse and Midwife (NM)		
X5	Number of Qualified Bed (QB)		
X6	Number of beds per 10000 people (B/10000)		
X7	Number of Specialists (S)		
X8	Number of Hospitals (H)		
X9	Number of intensed bed (IB)		

III. RESULTS

The DEA can be used to non-parametrically examine the relative and comparative efficiency levels of decision-making units with extensive input and output variables. This analysis is based on linear programming. Efficiency-rated decision-making units are given a score of 1, whereas inefficient-rated units are given a value lower than 1. The appropriateness of the variables used in the analysis is indicated by the presence of a correlation, at least on some level, between the variables used as input and the variables used as output in DEA. Conversely, there should not be a significant degree of correlation between the input variables used in DEA. Therefore, it was determined that there was no high-level correlation and that the very high correlation between the input variables employed in the study was managed. It is evident that the variables do not have a multicollinearity issue. (Table 2).

Table 2. Correlations Table

	RP	UP	NNS	NM	V	NS	I	QB	B/10000	S	H	IB
RP	1.00											
UP	-0.36	1.00										
NNS	-0.29	0.28	1.00									
NM	-0.32	0.19	0.29	1.00								
V	-0.34	0.20	0.18	0.19	1.00							
NS	-0.33	0.16	0.18	0.16	0.13	1.00						
I	-0.34	0.19	0.11	0.20	0.48	0.17	1.00					
QB	-0.29	0.13	0.38	0.20	0.14	0.15	0.12	1.00				
B/10000	0.14	0.13	0.34	0.10	0.05	0.09	0.09	0.12	1.00			
S	-0.29	0.17	0.13	0.20	0.29	0.20	0.43	0.29	0.33	1.00		
H	-0.27	0.19	0.18	0.20	0.44	0.52	0.48	0.17	0.10	0.49	1.00	
IB	-0.33	0.13	0.12	0.13	0.29	0.35	0.21	0.29	0.08	0.34	0.39	1.00

The correlation analysis among the selected input and output variables reveals several meaningful relationships that align with theoretical expectations regarding healthcare service delivery and hospital efficiency. As anticipated, Rural Population (RP) shows consistently negative correlations with all other variables, particularly with Urban Population (UP) ($r = -0.36$), Non-Specialists (NNS) ($r = -0.29$), Nurses and Midwives (NM) ($r = -0.32$), and Total Visits (V) ($r = -0.34$), reflecting the expected inverse relationship between rural demographics and healthcare service availability. Urban Population (UP) displays weak positive correlations with healthcare personnel variables such as NNS ($r = 0.28$) and NM ($r = 0.19$), supporting the notion that urbanization correlates with greater healthcare workforce density. Healthcare service volume indicators, notably Visits (V) and Inpatients (I), are moderately correlated ($r = 0.48$), suggesting that provinces with higher outpatient activity also experience higher hospitalization rates. Surgical activity (S) is moderately correlated with Inpatients (I) ($r = 0.43$) and Hospitals (H) ($r = 0.49$), indicating a logical link between the number of operations, patient load, and hospital infrastructure. Hospital Number (H) demonstrates moderate positive associations with Specialists (NS) ($r = 0.52$) and Visits (V) ($r = 0.44$), suggesting that larger hospital capacity is associated with both higher specialization and greater service volume. Interestingly, Beds per 10,000 People (B/10000) exhibits relatively weak correlations with other variables (e.g., NNS $r = 0.34$, S $r = 0.33$), indicating that this variable may vary independently across provinces. Intensive Care Beds (IB) show moderate positive correlations with Hospitals (H) ($r = 0.39$) and Surgical Activity (S) ($r = 0.34$), underscoring the relationship between critical care infrastructure and surgical service provision. Overall, the correlation structure is coherent with theoretical assumptions and suggests that urbanization, hospital capacity, and critical care infrastructure are key dimensions associated with hospital service volume and technical efficiency.

Overall, the correlation structure is coherent with theoretical expectations, reflecting logical relationships between healthcare inputs and outputs. This matrix supports the internal consistency and appropriateness of the selected variables for efficiency analysis.

The descriptive statistics presented (Table 3) for the input and output variables reveal substantial variation across provinces, indicating the presence of notable outliers. In particular, variables such as Rural Population (RP) and Urban Population (UP) show considerable dispersion. While the mean rural population is approximately 132,204, the maximum value exceeds 1.4 million, suggesting that a few provinces with exceptionally high rural populations, possibly due to large agricultural regions or under-urbanized areas, may skew the distribution. Similarly, the urban population ranges from approximately 23,000 to over 15 million, reflecting the dominance of megacities like Istanbul, which substantially inflates the average and highlights a right-skewed distribution. The massive urban concentration in a few provinces is largely a result of migration trends, economic centralization, and historical patterns of urbanization. Healthcare personnel indicators, including the Number of Non-Specialists (NNS), Nurses and Midwives (NM), and Specialists (NS), also display significant disparities. The maximum values for these variables are disproportionately high compared to their means, implying the dominance of highly urbanized and healthcare-intensive provinces. Provinces hosting major healthcare hubs, university hospitals, and specialized medical centers naturally have a much larger number of healthcare personnel. For instance, while the mean number of non-specialists is around 1,111, the maximum reaches nearly 18,778, driven by population density and the concentration of medical services. Infrastructure-related variables such as the Number of Qualified Beds (QB), Beds per 10,000 people (B/10000), Number of Hospitals (H), and Number of Intensive Care Beds (IB) further confirm the existence of significant outliers. The extremely high values for Qualified Beds and Hospitals are largely associated with provinces where healthcare infrastructure is heavily centralized, typically in economically advanced urban areas. Furthermore, national health policies favoring investment in metropolitan healthcare capacities also contribute to such imbalances. Notably, Beds per 10,000 people (B/10000) exhibits a relatively more balanced distribution, as minimum healthcare service standards are uniformly mandated across the country.

Examining the output variables, extreme values are even more pronounced. The Number of Specialists (NS), Number of Inpatients (I), and Number of Visits (V) display extremely high maximum values relative to their means. For example, while the average number of visits is around 8.3 million, the maximum reaches nearly 120 million, illustrating the overwhelming service burden borne by major metropolitan hospitals. These patterns are primarily driven by internal migration towards large cities, referral system structures that prioritize metropolitan hospitals for complex cases, and regional disparities in healthcare accessibility. Urbanization, centralization of healthcare services, socioeconomic inequalities, and differential rates of health infrastructure development are the major underlying causes of these high values.

Table 3. Descriptive statistics of input and output variables (N=81)

Input	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
RP	10652	1412236	132204	18039.55
UP	22973.54	15825059	931233	1940929.62
NNS	83.00	18778	1111	2401.03
NM	345	48689	3584	6147.30
QB	124	30558	2024	3682.74
B/10000	13	54	29	8.30
S	68	23490	1154	2897.70
H	1	234	19	27.57
IB	25	9587	601	1166.68
Output				
NS	674	921840	58075.23	115954.57
I	2771	2045691	145499.90	253493.28
V	562195.00	119744208,00	8341385.06	14633431.91

According to the findings obtained through DEA, the technical efficiency levels of the examined provinces in healthcare service delivery vary between 0.810 and 0.990. These results quantitatively

assess the degree of efficiency between resource utilization and output production. In the DEA literature (Charnes et al., 1978; Banker et al., 1984), units with efficiency scores approaching 1 are considered to exhibit high performance, whereas units further from 1 indicate operational shortcomings that require improvement.

Provinces such as Bingöl (0.940) have drawn support from efficient units like Amasya (0.111), Sakarya (0.052), Şanlıurfa (0.012), Bayburt (0.109), and Iğdır (0.594). This reflects Bingöl's effort to enhance service delivery efficiency despite a dispersed rural population and limited resources. In Bitlis (0.967), reliance on Siirt ($\lambda=0.789$) as a major reference highlights the influence of regional socioeconomic similarities on efficiency. In western provinces such as Burdur (0.946) and Çanakkale (0.977), the use of diverse reference structures (e.g., Rize, Osmaniye, Afyonkarahisar) demonstrates that, despite regional differences in healthcare infrastructure, a relative balance in efficiency has been achieved. These provinces optimize their efficiency by adopting structures similar to those balancing population density and resource diversity. Larger and more heterogeneous provinces such as Diyarbakır (0.965) and Van (0.912) referenced developed healthcare centers like Gaziantep, Hatay, and İzmir, affirming the impact of regional developmental disparities on service delivery efficiency. In these provinces demographic structure, and socioeconomic indicators play a significant role in determining efficiency scores. Provinces with relatively lower scores, such as Hakkari (0.826) and Kars (0.810), primarily referenced provinces like Ağrı, Tunceli, and Rize, underlining how geographic isolation, infrastructural deficiencies, and low hospital bed density adversely affect operational efficiency. Highly efficient provinces like Kütahya (0.976) and Manisa (0.988) have constructed robust and flexible healthcare service delivery models by benefiting from multiple reference units such as Adana, Balıkesir, and Sakarya. This supports the notion that advanced healthcare policies in western regions significantly contribute to achieving higher technical efficiency levels. According to the analysis of the table, provinces with an efficiency score of 1, such as Ankara, Adana, Afyonkarahisar, Amasya, Denizli, Erzincan, and Osmaniye, have been identified as fully efficient units. These provinces, achieving perfect technical efficiency, demonstrate optimal utilization of healthcare resources relative to their outputs without needing to refer to other units. Their positioning on the efficiency frontier indicates exemplary practices in balancing healthcare service delivery with available resources.

In general, it can be stated that socioeconomic and political differences across regions significantly influence the technical efficiency scores of provinces. Provinces located in Eastern and Southeastern Anatolia tend to rely on more fragmented and less efficient reference structures, reflecting infrastructural deficits and service delivery challenges. In contrast, provinces in regions such as the Aegean and Marmara achieve higher technical efficiency levels by utilizing more diverse and advanced reference structures.

Table 4. CCR-I Scores of the Provinces

Provinces	Score	Reference (Lambda)
Bingöl	0.94	Amasya (0.111), Sakarya (0.052), Şanlıurfa (0.012), Bayburt (0.109), Iğdır (0.594)
Bitlis	0.967	Artvin (0.028), Elazığ (0.028), Giresun (0.044), Siirt (0.789), Bartın (0.095)
Burdur	0.946	Amasya (0.194), Isparta (0.004), Nevşehir (0.079), Rize (0.184), Bartın (0.085), Osmaniye (0.119)
Çanakkale	0.977	Adana (0.018), Adıyaman (0.002), Afyonkarahisar (0.347), Balıkesir (0.031), Rize (0.338), Bartın (0.427)
Çorum	0.899	Adana (0.007), Elazığ (0.137), Gaziantep (0.029), Hatay (0.007), Isparta (0.090), Niğde (0.771)
Diyarbakır	0.965	Gaziantep (0.462), Hatay (0.080), İzmir (0.018), Şanlıurfa (0.146)
Gümüşhane	0.953	Amasya (0.078), Denizli (0.005), Muğla (0.010), Rize (0.044), Tunceli (0.451), Bartın (0.102)
Hakkari	0.826	Ağrı (0.359), Sakarya (0.005), Tunceli (0.045), Bayburt (0.171), Yalova (0.059)
Kars	0.81	Isparta (0.042), Rize (0.335), Sakarya (0.018), Tunceli (0.533), Bartın (0.057)
Kütahya	0.976	Adana (0.009), Adıyaman (0.160), Amasya (0.758), Rize (0.282), Şanlıurfa (0.026), Osmaniye (0.070)
Manisa	0.988	Adana (0.177), Balıkesir (0.307), Rize (0.059), Sakarya (0.499), Tekirdağ (0.111)
Sinop	0.941	Artvin (0.233), Elazığ (0.066), Giresun (0.024), Isparta (0.001), Bartın (0.502)
Sivas	0.926	Adana (0.057), Artvin (0.653), Elazığ (0.031), Isparta (0.222), Rize (0.555), Şanlıurfa (0.028)
Van	0.912	Elazığ (0.065), Gaziantep (0.152), Malatya (0.143), Şanlıurfa (0.196), Bayburt (0.241)
Yozgat	0.897	Rize (0.673), Tunceli (0.161), Şanlıurfa (0.014), Bayburt (0.017), Iğdır (0.115), Osmaniye (0.080)
Kırıkkale	0.845	Adana (0.093), Isparta (0.021), Sakarya (0.008)
Batman	0.884	Gaziantep (0.045), Isparta (0.069), Niğde (0.197), Şanlıurfa (0.108), Uşak (0.014), Yalova (0.464)
Karabük	0.99	Elazığ (0.007), Ordu (0.098), Rize (0.208), Şanlıurfa (0.013), Bayburt (0.067), Iğdır (0.037), Yalova (0.196)

Then, k-means clustering analysis was applied to classify provinces based on their technical efficiency levels. In the analysis, efficiency scores were utilized, and Euclidean distances between observations were considered as the basis for clustering. The number of clusters (k) was predetermined as 2. Accordingly, the provinces were divided into two distinct groups: the first group included fully efficient provinces (Efficiency Score = 1), while the second group comprised provinces with an efficiency score below 1, indicating potential for improvement. The k-means algorithm assigned each province to a cluster by minimizing the distance to the cluster centroids based on their efficiency scores. According to the clustering results, 17.3% of the provinces were found to be not fully efficient, while the remaining provinces achieved full input and output efficiency (Figure 1).

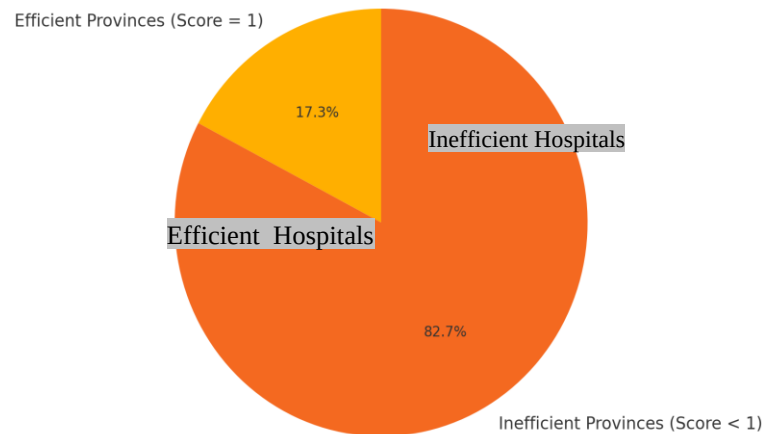


Figure 1. K-Means Clusters of Provinces' DEA Score

After conducting the Data Envelopment Analysis and analyzing the efficiency scores of hospitals, multivariate linear regression analysis was deemed the most suitable method to identify the independent variables that may influence technical efficiency. The regression analysis (Table 5) revealed the key factors that significantly impact hospital efficiency. The model explains 38% of the variance in efficiency scores ($R^2 = 0.380$, Adjusted $R^2 = 0.237$), and the results are statistically significant overall ($F = 2.653$, $p = 0.003$). Specifically, the number of qualified beds (QB) shows a significant negative relationship with technical efficiency ($\beta = 0.001$, $p = 0.037$), suggesting that an excessive number of beds, when not supported by adequate optimization of service processes and resources, may reduce overall efficiency. In contrast, the number of beds per 10,000 people (B/10000) has a positive and significant effect ($\beta = 0.001$, $p = 0.041$), indicating that a well-balanced distribution of beds relative to the population contributes positively to hospital efficiency. The number of intensive care beds (IB) also has a strong and significant negative effect on efficiency ($\beta = 0.005$, $p = 0.001$). This finding may reflect the higher operational and financial demands of critical care services, which can limit overall technical efficiency when not adequately managed. The number of non-specialist physicians (NNS) appears to have a weak but potentially positive contribution ($p = 0.074$), though this does not meet conventional significance thresholds. Other variables, including rural population (RP), urban population (UP), number of nurses and midwives (NM), surgeries (S), number of hospitals (H), number of specialists (NS), number of inpatients (I), and number of total visits (V), were not found to be statistically significant predictors of efficiency. In summary, the regression results suggest that hospital efficiency is primarily shaped by structural healthcare capacity factors particularly bed distribution and critical care infrastructure and that managing these effectively is crucial for improving performance across public hospitals.

Table 5. Regression Findings that Affecting the Efficiency Status

	β	Std. Err.	S. β	t	p
(Constant)	0.002	0.000	-0.095	-0.645	0.521
RP	0.002	0.000	3.571	0.975	0.333
UP	-0.014	0.020	-0.839	-0.722	0.473
NNS	0.001	0.000	7.947	1.814	0.074
NM	0.008	0.011	0.149	0.791	0.432
QB	0.001	0.000	-3.683	-2.130	0.037
B/10000	0.001	0.001	3.631	2.082	0.041
S	0.003	0.000	-2.468	-1.053	0.296
H	0.002	0.000	2.933	0.990	0.326
IB	0.005	0.000	-7.082	-3.428	0.001
NS	0.003	0.000	-1.534	-0.775	0.441
I	0.001	0.000	0.127	0.053	0.958
V	0.001	0.000	-0.095	-0.645	0.521

R:0.616 R Square:0.380 Adjusted R Square:0.237 Durbin-Watson:1.950 F: 2.653 p:0.003

IV. CONCLUSION

This study assessed the technical efficiency of public hospitals across Turkey using Data Envelopment Analysis and explored the underlying factors influencing efficiency through multivariate regression. The results indicate that a higher number of beds per 10,000 people is positively associated with technical efficiency, while the number of qualified beds and intensive care bed capacity are negatively related. The latter findings suggest that excess physical capacity particularly in resource-intensive services like intensive care may diminish efficiency when not paired with operational optimization.

These results align with earlier evidence. In the study by Bal and Bilge (2013), the technical efficiency of 35 training and research hospitals in Turkey was evaluated using DEA, revealing that only a limited number of hospitals were fully efficient. The main causes of inefficiency were identified as idle bed capacity, insufficient staffing, and low levels of service output. Çınaroğlu (2021) emphasized the significance of hospital size that hospitals which expanded in size showed notable increases in efficiency scores. This suggests that, when properly planned, hospital size can provide a productivity advantage. Medin et al. (2011) conducted a cross-country analysis to evaluate the cost efficiency of university hospitals in Nordic countries. The study found significant variation in efficiency levels across hospitals, even after adjusting for differences in research and teaching functions. These academic roles were shown to increase overall hospital costs, partly explaining inefficiency compared to non-university hospitals. Moreover, the analysis identified geographic location and the share of high case-weight discharges as important determinants of efficiency. However, a considerable portion of the variation remained unexplained, suggesting the influence of additional contextual or institutional factors.

Brancalion and Lima (2022) explore how implementing a process-based management approach can simultaneously enhance healthcare delivery quality and financial performance. Drawing from case studies and quantitative metrics, they demonstrate that aligning clinical workflows with financial controls leads to both cost containment and service optimization. Their findings underline that infrastructure investment alone is insufficient; it is the marriage of operational efficiency and process standardization that drives improved outcomes across healthcare settings. Similarly, Kim & Oh (2024) emphasized that unmanaged expansion in intensive care capacity can result in operational inefficiencies. International datasets (Statista, 2025) also confirm the positive correlation between bed-to-population ratios and improved care access, while Song et al. (2025) highlighted regional disparities in healthcare efficiency in China, underscoring the relevance of equitable planning.

These patterns are evident in the Turkish context as well. Provinces in the Eastern and Southeastern Anatolia regions displayed lower efficiency scores than those in the Aegean and Marmara regions, reaffirming the impact of regional development gaps on healthcare outcomes (Worthington, 2004; Hollingsworth, 2008). Although the Health Transformation Program (HTP) led to improvements in access and infrastructure (Ministry of Health, 2023), the study's results suggest that physical investments alone have not translated into proportional efficiency gains.

In parallel, the WHO's *Working for Health 2022–2030 Action Plan* emphasizes that investments in workforce capacity, training, and motivation are essential for supporting innovation and sustaining productivity. It cautions that overstretched and underqualified healthcare personnel can undermine both service quality and institutional performance (WHO, 2022).

In light of the findings of this study, it is essential for health administrators and policymakers in Turkey to adopt a multidimensional and locally responsive approach to improving the technical efficiency of public hospitals. High-cost infrastructure investments—particularly in intensive care units—should be re-evaluated in accordance with each province's disease burden, demographic characteristics, and referral patterns. Units with low utilization rates should be considered for repurposing. Given the positive association between hospital bed density (per 10,000 population) and efficiency, this metric should be used as a central planning indicator to address interprovincial

disparities. Imbalances in human resource distribution must be mitigated through targeted incentives such as preferential assignments, financial supplements, and career advancement opportunities for healthcare professionals serving in underserved regions. Underutilized hospital capacity, including specialized beds and facility space, can be converted into palliative care units, outpatient clinics, or home healthcare services to enhance system functionality. The development of digital performance dashboards at the provincial level would allow for regular feedback to administrators and support both local and national decision-making processes. Expanding process-oriented management practices particularly those related to patient flow, clinical pathways, and quality improvement could generate substantial gains in operational efficiency. Furthermore, high-cost hospital investments should be subject to a centralized approval mechanism based on prior efficiency assessments to ensure optimal resource allocation. To facilitate systematic performance monitoring, efficiency measurement tools such as DEA should be integrated into hospital information systems, enabling administrators to apply them in day-to-day decision-making.

Limitations

The data used in this study were obtained from the Turkey Statistical Yearbook published by the Ministry of Health (2023). Official datasets, although comprehensive, may be subject to delays in annual updates, changes in variable definitions over time, or variations in data reporting standards across provinces. For example, the classification of surgeries or the counting of intensive care beds might differ based on evolving national health policies. In addition, although the data provided by the Ministry of Health is considered reliable, possible underreporting or regional discrepancies cannot be entirely ruled out.

It is important that the limited number of input and output variables used in this study was a deliberate methodological choice. Given the nature of the Data Envelopment Analysis (DEA) method, increasing the number of variables disproportionately reduces the number of observations per decision-making unit, potentially leading to distortions in the analysis. As noted in the literature (Dyson et al., 2001), an excessive number of variables can artificially make all decision-making units appear efficient and obscure real differences in performance. Therefore, careful optimization of the number of variables enhances the discriminative power of the model and preserves the reliability of the efficiency scores. In this study, fundamental input and output variables that reflect the structural characteristics of healthcare services and support the statistical validity of the model were selected. This approach ensured both methodological rigor and increased the reliability of the results obtained. Nevertheless, in future studies, the inclusion of additional input and output variables could expand the scope of the analysis and further enhance the generalizability of the findings.

Ethical Statement: This study was conducted using publicly available, institutionally collected statistical data that does not contain any personal information. Therefore, ethical approval was not required. The author(s) contributed to all stages of the study including literature review, data analysis, interpretation of findings, and manuscript preparation and actively participated throughout the research process.

REFERENCES

- Applanaidu, S. D., Samsudin, S., Ali, J., Dash, U., & Chik, A. R. (2014). Technical and scale efficiency of public district hospitals in Kedah, Malaysia: A data envelopment analysis (DEA). *Journal of Health Management*, 16(3), 327-335.
- Bal, V., & Bilge, H. (2013). Eğitim ve araştırma hastanelerinde veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 1-14.
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 1074-1092.
- Brancalion, F. N. M, Lima, A. F. C. (2022). Process-based management aimed at improving health care and financial results. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 56:e20210333.
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429-444.
- Çınaroğlu, S. (2021). Changes in hospital efficiency and size: An integrated propensity score matching with data envelopment analysis. *Socio-Economic Planning Sciences*, 76, 100960.
- Dyson, R. G., Allen, R., Camanho, A. S., Podinovski, V. V., Sarrico, C. S., & Shale, E. A. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. *European Journal of Operational Research*, 132(2), 245-259.
- Hofmarcher, M. M., Paterson, I. & Riedel, M. (2002). Measuring hospital efficiency in Austria: A DEA approach. *Health Care Management Science*, 5(1), 7-14.
- Hollingsworth, B. (2008). The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 17(10), 1107-1128.
- Imani, A., Alibabayee, R., Golestani, M., & Dalal, K. (2022). Key indicators affecting hospital efficiency: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 10, 830102.
- Kakeman E., Rahimi Forushani A. & Dargahi H. (2016). Technical efficiency of hospitals in Tehran, Iran. *Iran Journal of Public Health*. 45(4):494-502.
- Kalhor, R., Amini, S., Torabi, F., Ziapour, A., & Kakemam, E. (2016). Factors affecting the technical efficiency of general hospitals in Iran: Data envelopment analysis. *Electronic Physician*, 8(10), 3049-3056.
- Kamel, M. A., & Mousa, M. E. (2021). Measuring operational efficiency of isolation hospitals during COVID-19 pandemic using data envelopment analysis: A case of Egypt. *Benchmarking: An International Journal*, 28(7), 2178-2201.
- Kim J-N & Oh I-H. (2024). Optimizing hospital bed capacity and resource allocation using inflow and outflow indices for effective healthcare management. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. Jan-Dec;61:469580241304244.
- Mark, B. A., Harless, D. W., & Spetz, J. (2009). California's minimum nurse staffing legislation: Results from a natural experiment. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(3), 180-186.
- Medin, E., Anthun, K. S., Hakkinen, U., Kittelsen, S. A., Linna, M., Magnussen, J., Olsen, K., & Rehnberg, C. (2011). Cost efficiency of university hospitals in Nordic countries: A cross-country analysis. *European Journal of Health Economics*, 12(6), 509-519.

- Ministry of Health. (2023). *Turkey Health Statistics Yearbook 2021*. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health.
- OECD. (2024). *Rethinking health system performance assessment: A renewed framework*. Retrieved from: https://www.oecd.org/en/publications/rethinking-health-system-performance-assessment_107182c8-en.html (Accessed 06.10.2024).
- O'Neill, L., Rauner, M., Heidenberger, K., & Kraus, M. (2008). A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. *Socio-Economic Planning Sciences*, 42(3), 158–189.
- Ravaghi, H., Afshari, M., Isfahani, P., & Bélorgeot, V. D. (2019). A systematic review on hospital inefficiency in the Eastern Mediterranean Region: Sources and solutions. *BMC Health Services Research*, 19, 1-20.
- Rosko, M. D., & Mutter, R. L. (2008). Stochastic frontier analysis of hospital inefficiency: A review of empirical issues and an assessment of robustness. *Medical Care Research and Review*, 65(2), 131–166.
- Song, Q., Ye, A., Zhou, M., Chen, T., & Jiang, W. (2025). Based on regional heterogeneity: measurement of hospital service efficiency and analysis of spatial effects. *Frontiers in Public Health*, 13, 1556737.
- Statista. (2025). Hospital bed density in the U.S. by state. Retrieved from <https://www.statista.com/statistics/1474768/hospital-bed-density-in-the-us-by-state/> (Accessed 01.06.2025).
- Varabyova, Y., & Schreyögg, J. (2013). International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: Panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches. *Health Policy*, 112(1-2), 70-79.
- Waldman, D. (1997). *Measuring Efficiency and Productivity in Health Care Systems*. Ann Arbor: Health Administration Press. ISBN: 9781567930476.
- WHO. (2021). *Health systems performance assessment: A framework for policy analysis*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476/> (Accessed 05.11.2024).
- WHO, (2022). *Working for Health 2022-2030 Action Plan: planning and financing*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063389>, (Accessed 05.11.2024).
- Worthington, A. C. (2004). Frontier efficiency measurement in health care: A review of empirical techniques and selected applications. *Medical Care Research and Review*, 61(2), 135–170.
- Yildirim, C., Kacak, H., Yildirim, S., & Kavuncubaşı, Ş. (2019). Comprehensive efficiency assessment of Turkish teaching hospitals: Technical, pure technical and scale efficiencies with data envelopment analysis. *Journal of Applied Business and Economics*, 21(3), 47–62.
- Zere, E., Mbeeli, T., Shangula, K. *et al.* (2006). Technical efficiency of district hospitals: Evidence from Namibia using Data Envelopment Analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4(5): 1-9.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ STRATEJİK DEĞİŞİM ÇALIŞMALARININ BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

İsmail BİÇER *

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe stratejik değişim kavramının bibliyometrik göstergeler açısından incelenmesi ve çalışmaların içeriklerinin incelenmesidir. Bu kapsamda sağlık sektöründeki stratejik değişim çalışmalarının değerlendirilmesi için bibliyometrik analiz yapılmıştır. Araştırmada analize dahil edilen çalışmalar 1983-2024 yılları arasında Web of Science'da yayınlanan "strategic change" and (health or healthcare or hospital) terimleri ile sınırlandırılmış 175 makaleyi kapsamaktadır. Araştırmanın bulgularına göre en fazla yayın 2015 yılında gerçekleştirilmiştir. En çok yayın yapılan ülkeler sırasıyla ABD, İngiltere ve Kanada olarak tespit edilmiştir. En fazla tekrar eden anahtar sözcükler ise stratejik değişim, organizasyonel değişim ve sağlık hizmetleri olarak tespit edilmiştir. Sonuçlara göre en sık kullanılan anahtar kelimelerle bağlantılı olarak liderlik, stratejik değişimi uygulama, yenilik, değişim yönetimi, örgüt kültürü gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır. En fazla atıf yapılan yazarlar Denis Jean-Louis, Langley Ann ve Lamothe Lise olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu çalışma stratejik değişimi destekleyen ve uygulamayı geliştirmek için ilişkili kavramların neler olduğunu göstermektedir. Sağlık sektöründe ve sağlık kurumlarında stratejik değişimi başlatma ve uygulama alanıyla ilişkili kavramlarla daha derinlemesine çalışmaların tasarlanması literatüre katkı açısından son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Stratejik değişim, sağlık sektörü, sağlık hizmetleri, bibliyometrik analiz

MAKALE HAKKINDA

*Öğr. Gör. Dr., Pamukkale Üniversitesi Çivril Atasay Kamer Meslek Yüksekokulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, ismailbicer@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0003-1878-0546>

Gönderim Tarihi: 03.10.2024

Kabul Tarihi: 14.06.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Bicer, İ. (2025). Sağlık sektöründeki stratejik değişim çalışmalarının bibliyometrik analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 293-310. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1560640>

THE BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF STRATEGIC CHANGE STUDIES IN THE HEALTHCARE SECTOR

İsmail BİÇER[†]

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the concept of strategic change in the healthcare sector in terms of bibliometric indicators and to analyze the content of the studies. In this context, a bibliometric analysis was conducted to evaluate the strategic change studies in the healthcare sector. The studies included in the analysis encompass 175 articles published between 1983-2024 in the Web of Science, limited to the terms "strategic change" and (health or healthcare or hospital). According to the findings of the research, the highest number of publications occurred in 2015. The countries with the most publications were identified as the United States, the United Kingdom, and Canada, respectively. The most frequently recurring keywords were found to be strategic change, organizational change, and healthcare. Based on the results, concepts such as leadership, implementing strategic change, innovation, change management, and organizational culture stand out, in connection with the most used keywords. The most cited authors were identified as Denis Jean-Louis, Langley Ann, and Lamothe Lise. In conclusion, this study highlights the concepts that support strategic change and are related to improving implementation. Designing more in-depth studies related to initiating and implementing strategic change in the healthcare sector and healthcare institutions is crucial for contributing to the literature.

Keywords: Strategic change, health sector, healthcare, bibliometric analysis

ARTICLE INFO

[†] Lecturer Dr., Pamukkale University Çivril Atasay Kamer Vocational School of Higher Education, Health Institutions Management Program, ismailbicer@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1878-0546>

Received: 03.10.2024

Accepted: 14.06.2025

Cite This Paper:

Bıçer, İ. (2025). Sağlık sektöründeki stratejik değişim çalışmalarının bibliyometrik analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 293-310. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1560640>

I. GİRİŞ

Stratejik değişim kavramında ortak bir anlayışa sahip olmak için bu kavrama net ve genel bir tanım getirmeye çalışan birçok araştırmacı olmuştur. Mintzberg (1978), kaynak temelli bakış açısıyla, stratejik değişim kavramını, bir işletmenin çeşitli ana stratejik boyutlardaki kaynak tahsisi modelindeki genel değişim olarak önermiştir. Van de Ven ve Poole (1995) stratejik değişimi, bir örgütün dış çevresiyle olan uyumunda belirli bir zaman dilimi içerisinde meydana gelen biçim, nitelik veya durum farklılıkları olarak tanımlamıştır. Stratejik değişim üzerine yapılan araştırmalar, geleneksel olarak örgütlerin kaderini belirlemede çevrenin ve yöneticilerin rollerine ilişkin iki karşıt görüş üzerinde inşa edilmiştir. Determinist bakış açısı, stratejik değişim bağlamında yöneticilere oldukça sınırlı bir rol atfederken (Hannan ve Freeman, 1977), gönüllü perspektif bakış açısı, yöneticilerin stratejik değişim üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu varsaymaktadır (Astley ve Van de Ven, 1983). Daha sonra iki geleneksel, karşıt bakış açısı arasında köprü kurmaya çalışan diyalektik bir bakış açısı ortaya çıkmıştır. Diyalektik bakış açısı, stratejik değişimi çevresel determinizm ve yönetsel tercihin bir sonucu olarak gören daha dengeli bir yaklaşım sunmayı amaçlamaktadır (MacKay ve Chia, 2013). Daha güncel bir yaklaşımda Mantere ve diğerleri (2012) stratejik değişimi genellikle işletmelerin görevlerinde, amaçlarında, önceliklerinde ve hedeflerinde ortaya çıkan büyük bir organizasyonel değişiklik olarak değerlendirmişlerdir. Sağlık sektörü bakış açısıyla stratejik değişim, açık sistemin yol açtığı dış ve iç çevresel tehditlerle başa çıkmak olarak değerlendirilebilir (Ridder ve Schrader, 2019).

İçinde bulunmuş olduğumuz çağda, sağlık sektörü örgütsel değişime yol açan birçok faktör nedeniyle daha dinamik ve karmaşık hale gelmiştir (Denis vd., 2001). Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık sektöründe değişim sürecini gündemine almıştır (Kickbusch ve Gleicher, 2012). Küresel sağlık açısından değişim, yönetişimin kilit bir rol oynadığı, yeterli kaynak tahsisine sahip kapsamlı sağlık sistemlerinin geliştirilmesine odaklanmıştır (Meara vd., 2015). Dolayısıyla, 21. yüzyılda sağlık sektörünün karşı karşıya kaldığı yeni zorluklar ve koşullar, sağlık yönetişiminde değişime yol açmış ve yeni stratejiler gerektirmiştir (World Health Organization, 2013). Artan fiyatlar ve maliyetler, teknolojideki önemli değişiklikler ve sektördeki istikrarsızlıklar gibi faktörler karşısında sağlık sektöründeki kurumlar, faaliyetlerini sürdürebilmek için etkili yöntemler ve modeller arayışına girmiştir (Greenfield vd., 2011). Leonard'a (2014) göre, sağlık hizmetleri politikalarındaki ve nüfus demografisindeki değişim, sektörü yeni stratejiler geliştirmeye zorlamıştır. Aynı şekilde güncellenen sağlık protokolleri, iş gücü düzenlemeleri ve gelişmiş bakım standartları gibi sağlık sektörüne özgü bağlamsal faktörler (Free vd., 2013; Ash vd., 2014), sağlık kuruluşlarında devam eden stratejik değişikliklere ve zorluklara duyulan ihtiyacı da tetiklemiştir. Yapılan araştırmalar, sağlık sektöründeki stratejik değişimin daha yoğun çevresel değişikliklerle birlikte artma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Trinh ve O'Connor, 2000). Pereira ve diğerleri (2023) yapmış oldukları çalışmada sağlık sektörünün stratejik değişim sürecini etkileyen başarı veya başarısızlığındaki temel faktörler, stratejik değişimi destekleyen teoriler ve modeller, stratejik değişime ilişkin idari ve yetkinin yerinden yönetimi ve stratejik değişimin zorlukları olmak üzere sağlık sektöründe yapılan çalışmaları dört farklı temaya ayırmışlardır. Genel olarak, değişimle ilgili çalışmaların giderek arttığı bir dönemde sağlık hizmetleri araştırmaları bu artışın gerisinde kalmıştır (Begun vd., 2003). Literatür incelendiğinde, sağlık sektöründeki stratejik değişiklikler genellikle sağlık kurumları ile ilgilidir. Bu doğrultuda yapılan çalışmaların büyük bir bölümü sağlık kurumlarındaki stratejik değişikliklere odaklanmıştır. Yapılan çalışmaların çoğu, sağlık kurumlarındaki yüksek kaliteli ve güçlü yönetime duyulan büyük ihtiyaç üzerinde odaklanmıştır (Perla vd., 2013). Stratejik değişime ilişkin literatür çoğunlukla özel sektördeki araştırmalara dayanmaktadır. Ancak bazı çalışmalar kamu sektörü kuruluşlarındaki değişimin de aynı derecede incelenmeye değer olduğunu ve yeni anlayışlar sunabileceğini ileri sürmektedir (Ferlie ve Bennett, 1992; Currie, 2000; Naranjo-Gil, 2015).

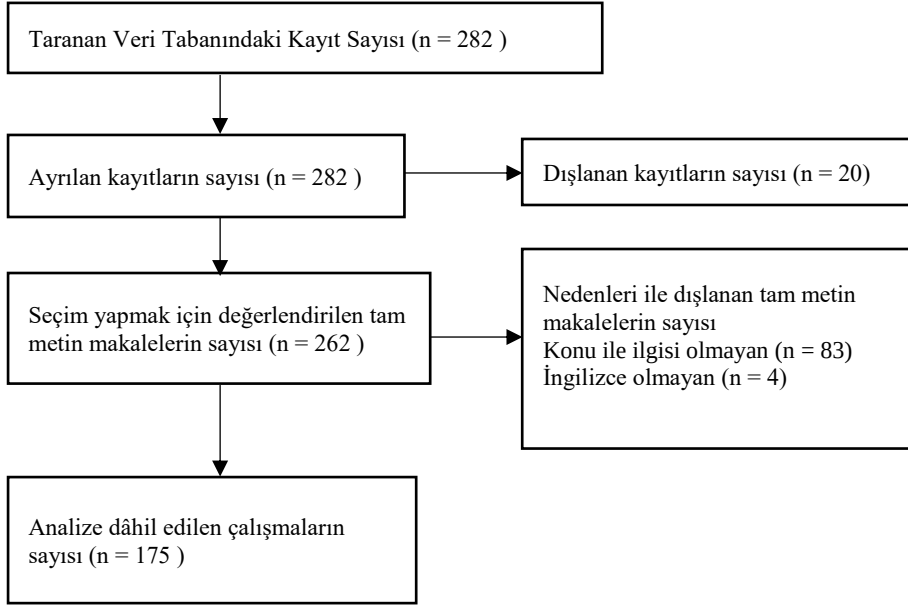
Sektörler ve kuruluşlar üzerindeki stratejik değişimin tam anlamıyla açıklanması zordur (Barnett ve Carroll, 1995). Örgütsel adaptasyon teorisyenlerine göre, kasıtlı stratejik değişim, kuruluşların çevresel koşullara uyum sağlamalarına, geleceğe hazırlanmalarına, dışa bağımlılığı azaltmalarına ve performanslarını artırmalarına yardımcı olur (Zajac ve Kraatz, 1993). Öte yandan, popülasyon ekolojisi teorisyenleri, stratejik değişimin yüksek maliyetli olabileceğini ve operasyonları kesintiye uğratarak

zarar verebileceğini öne sürmektedir (Hannan ve Freeman, 1977). Sağlık sektörü hem çevreyi çok etkileyen hem de çevreden çok etkilenen bir sektör olduğundan, stratejilerindeki değişiklikleri yönetmek için çevresel değişimleri göz ardı etmemesi gerekmektedir. Değişimi yönetmek zorlu, değişen ve son derece karmaşık bir süreçtir. Davies ve diğerlerine (2000) göre, bu sadece teknolojik veya insan odaklı çözümler arasında bir seçim değil, aynı zamanda her iki faktörün kombinasyonunu içermektedir. Bu nedenle, sağlık sektöründeki değişiklikler hem hizmetin güvenliğini ve kalitesini artırmak için hem de uygun maliyetli hale getirmek için gereklidir. Açıklanan sebeplerle stratejik değişim kavramının önemi göz önüne alınarak, bu çalışmada sağlık sektöründe stratejik değişim kavramının bibliyometrik göstergeler açısından incelenmesi ve çalışmaların içeriklerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bibliyometrik analiz sayesinde sağlık alanında stratejik değişim konusu çalışan akademisyenlere yeni çalışmalar tasarlayabilecekleri alanlar ve sektörde görev yapan yöneticilere ve çeşitli paydaşlara da ek bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

II. YÖNTEM VE KAPSAM

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe stratejik değişim kavramının bibliyometrik göstergeler açısından incelenmesi ve çalışmaların içeriklerinin incelenmesidir. Bu kapsamda sağlık sektöründe yapılan stratejik değişim çalışmaları bibliyometrik analiz yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bibliyometrik analiz, literatürde bulunan çok sayıdaki akademik çalışmaya makroskobik bir bakış sağlamayı mümkün kılan bir tekniktir. Bibliyometrik analiz teknikleri, çalışmaları performans analizi ve bilimsel haritalama olmak üzere iki kategoride inceleme imkanı sunmaktadır. Performans analizi araştırma bileşenlerinin katkılarını hesaba katarken, bilim haritalama, araştırma bileşenleri arasındaki ilişkilere odaklanmaktadır (Donthu vd., 2021). Bu çalışmada bilim haritalama yöntemi kullanılarak analiz gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın temel bileşenleri arasındaki entelektüel etkileşimler ve yapısal bağlantıların incelenmesi analiz sürecinin odak noktasını oluşturur. Bilim haritalama teknikleri arasında ise atıf analizi, ortak atıf analizi, bibliyografik eşleştirme, ortak kelime analizi ve ortak yazarlık analizi bulunmaktadır. Bu tür teknikler, ağ analiziyle birleştirildiğinde, araştırma alanının bibliyometrik yapısını ve entelektüel yapısını sunmada etkilidir (Baker vd., 2020). Bibliyometrik çalışmalarda uygulanan analiz tekniklerinin sonuçlarını zenginleştirmek için geliştirilebilecek ağ analizine dayalı üç zenginleştirme yolu, ağ ölçümleri, kümeleme ve görselleştirme biçiminde önerilir (Donthu vd., 2021). Bu çalışmada analiz sonuçlarını zenginleştirmek adına ağ görselleştirme yöntemi seçilmiştir.

Bu çalışmanın verileri 26 Eylül 2024 tarihinde Web of Science (WoS)'tan alınmıştır. Bilimsel yayınların analizinde en yaygın kabul gören ve sıklıkla kullanılan veri tabanı olması nedeniyle arama motoru olarak WoS seçilmiştir (Yang vd., 2013). Ayrıca WoS'un, kaliteli bir yapıya sahip olması, atıf endekslerinin en eski ve kapsamlı kayıtlarını içermesi ve kullanışlı bir arayüzü olması bibliyometrik analiz açısından önem arz etmektedir (Bahuguna vd., 2023). WOS'ta arama terimleri olarak "strategic change", "health", "healthcare" ve "hospital" kullanılmıştır. Bu terimler Boolean mantıksal operatörleri (veya, ve, değil) kullanılarak birleştirilmiştir. Bu konu araması, yayınların başlığında, özetinde ve/veya anahtar kelimelerinde "strategic change" and (health or healthcare or hospital) terimlerinin tanımlanması anlamına gelmektedir. Arama terimlerine tırnak işaretleri eklenmesi daha sıkı koşul ve arama sonuçlarının sağlamlığını sağlamaktadır (Liu vd., 2013). Bu kapsamda toplamda sağlık sektöründe stratejik değişimle ilgili 282 yayın tespit edilmiştir. Yayınların elenmesi PRISMA Bildirimi kontrol listesine (PRISMA Statement: Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis) göre yapılmıştır. Şekil 1'de PRISMA akış şeması makale seçim süreci görülmektedir.

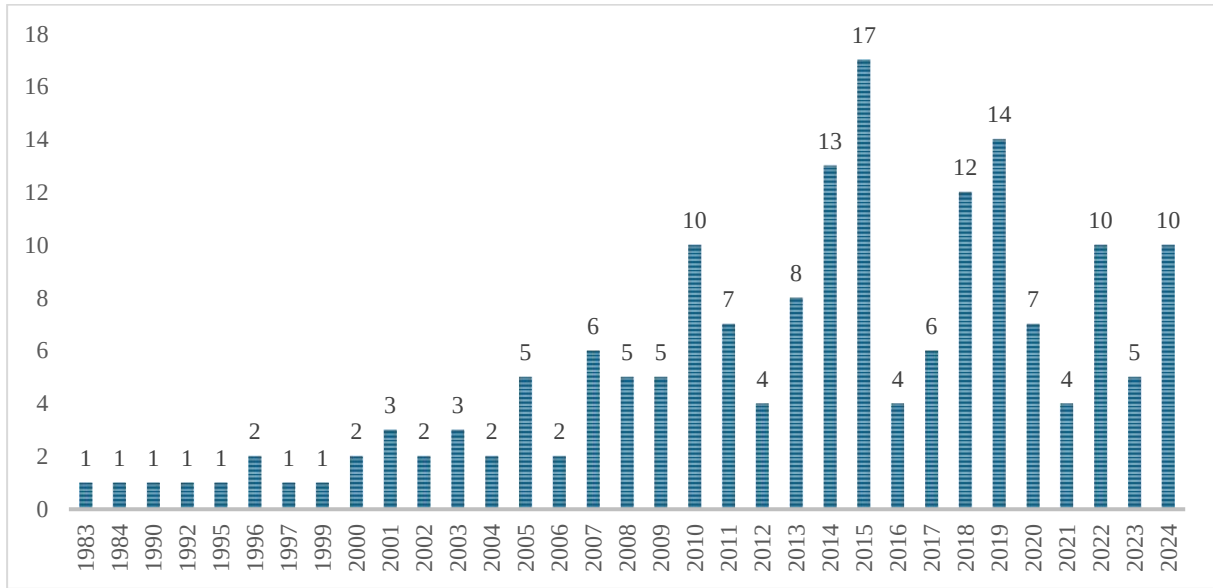
Şekil 1. PRISMA Akış Şeması Makale Seçim Süreci

Tek bir veri tabanından yayınlar alındığı için yinelenen yayın bulunmamaktadır. Sonraki aşamada kitaplar, kitap bölümleri, kongre bildirileri ve editoryal materyaller gibi çalışmalar tarama dışında bırakılmış ve erken erişim dahil olmak üzere yayımlanan makaleler (inceleme ve araştırma) dahil edildikten sonra elde edilen makale sayısı 262 olarak gerçekleşmiştir. Sonraki aşamada WoS'un alan kategorileri filtreleri kullanılarak sağlık sektörü dışında yapılmış; kamu yönetimi alanıyla ilgili olan 13, siyaset bilimiyle ilgili olan 6, eğitim bilimleriyle ilgili olan 5, mühendislik bilimleriyle ilgili olan 6 ve diğer farklı disiplinlerle ilgili olan 53 çalışma kapsam dışı bırakılmıştır. Son olarak İngilizce olmayan 4 makalede kapsam dışı bırakılmıştır ve toplamda 175 makale analiz için hazır hale getirilmiştir. Bu araştırma 1983-2024 yılları arasında yapılmış çalışmaları kapsamaktadır. WoS'ta yer alan her yayın, yazar, başlık, kaynak, özet, anahtar kelime, adresler, atıfta bulunulan referanslar, finansman ve diğer kategoriler gibi birçok detaylı bilgiyi içermektedir. Bu kapsamda belirlenen 175 yayına ait bu veriler Tab Delimited File olarak dışa aktarılmıştır. Literatürde bibliyometrik analiz için farklı yazılımlar kullanılmaktadır. Çalışma kapsamında VOSviewer yazılımı kullanılmıştır. VOSviewer'in tercih edilme nedeni, görselleştirme, haritalama ve çok boyutlu analiz sağlaması ve veri setlerini kapsamlı bir şekilde analiz etmesidir (Dirik vd., 2023). VOSviewer haritalama yöntemi, her konuyu iki boyutlu bir haritada, iki öğe arasındaki mesafenin öğelerin benzerliğini veya ilişkisini mümkün olduğunca doğru yansıttak şekilde hesaplamak ve konumlandırmak için kullanılmıştır.

II. BULGULAR

3.1. Yayın Çıktısı ve Büyüme Eğilimi

Hakemli yayınların sayısı, bir bilimsel araştırma disiplini veya konusunun gelişim eğilimini ölçmek için önemli bir göstergedir. Şekil 2'de gösterildiği gibi, stratejik değişim yayınlarının sayısı 2000'den bu yana artmıştır. 1983'te stratejik değişim ile ilgili yalnızca bir yayın bulunmaktadır. 2004 yılına kadar konuyla ilgili yapılan yayınlara bakıldığında oldukça sınırlı sayıda yayın olduğu görülmektedir. 2005 yılından itibaren yayın sayısında her yıl artış gözlenmekte olup, istisna olarak 2006 yılında bir düşüş gözlenmiştir. 2015 yılında yayınlanan 17 çalışma ile yayınların sayısı zirveye ulaşmıştır.

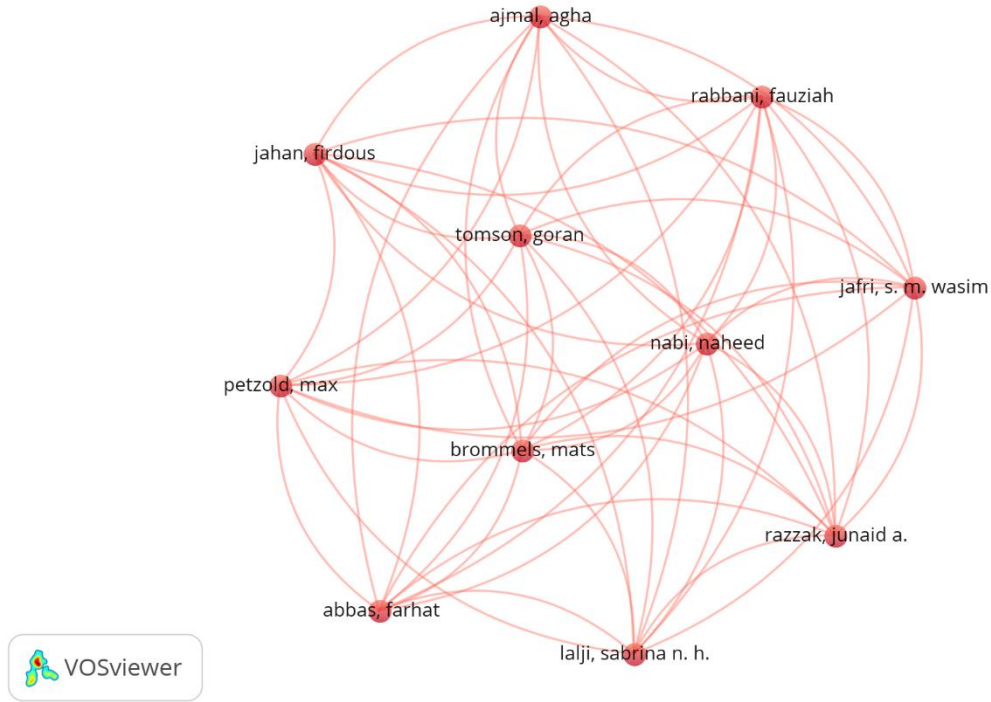
Şekil 2. Yıllara Göre Yayın Sayısının Dağılımı

3.2. Ortak Yazar Analizi

Ortak yazarlık analizi, bir araştırma alanındaki bilim insanları arasındaki etkileşimleri ve iş birliklerini inceleyen bir yöntemdir. Ortak yazarlık, bilim insanları arasındaki entelektüel işbirliğinin resmi bir yolu olarak görülmektedir (Cisneros vd., 2018). Bu sebeple bilim insanlarının birbirleriyle nasıl etkileşime girdiğini (bağlı kurumlar ve ülkeler gibi ilişkili yazar nitelikleri dahil) anlamak önem arz etmektedir. Analiz, iş birliklerinin farklı zaman dilimlerinde haritalanmasını sağlayarak, bilim insanlarının entelektüel gelişim yörüngelerini iş birliği ağları üzerinden incelemelerine olanak tanımaktadır. Ayrıca, araştırma alanındaki yerleşik ve yükselen bilim insanlarıyla iletişime geçmek ve iş birliği yapmak isteyen bilim insanlarına önemli bilgiler sunmaktadır.

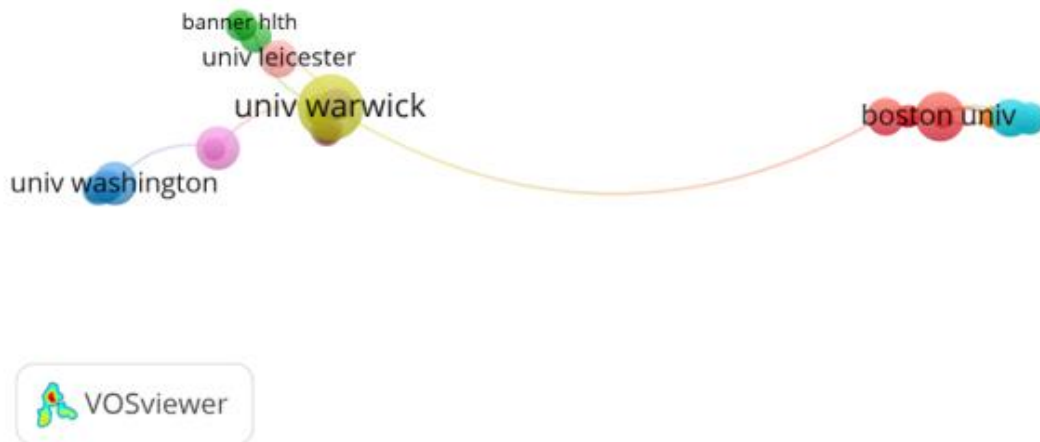
Sağlık sektöründe stratejik değişim üzerine yayın yapan yazarların iş birliği modelinde (ortak yazarlık) ağ haritasını ortaya çıkarmak için en az bir yayın ve en az bir atıf kriteri uygulanmıştır ve en fazla bağlantılı ve iş birliği yapan 423 yazar tespit edilmiştir. Yapılan analize göre tek kümede 11 yazar ve 55 bağlantı bulunmaktadır. En çok atıf alan yazarların sırasıyla, Denis Jean-Louis (682), Langley Ann (682) ve Lamothe Lise (486) olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda en çok ortak yayını olan yazarlar sırasıyla Johnson Christopher E (4), Spaulding Aaron (4) ve Jansson Noora (4) oldukları belirlenmiştir. Şekil 3'te görülen dairelerin büyüklüğü yayın miktarını, iki yazar arasındaki çizgi ise aralarındaki iş birliğini temsil etmektedir. Ağdaki bağlantısı en yüksek olan araştırmacılar sırasıyla Tomson Goran (10), Firdous Jahan (10) ve Abbas Farhat (10) en yüksek bağlantı gücüne sahip yazarlar olarak tespit edilmiştir. Diğer araştırmacılar bu ana araştırmacılardan biriyle bağlantılıdır.

Şekil 3. Yazarlar Arası İş Birliğini Gösteren Ortak Yazar Bağları



Sağlık sektöründe yapılan stratejik değişim yayınları 200 farklı kurumdan çıkmaktadır. Şekil 4 kurumlar arasındaki iş birliği ağını göstermektedir. Yazar kurum analizine ilişkin ağ haritası çıkarmak için en az bir yayın ve en az bir atıf kriteri uygulanmıştır. Birbiriyle bağlantılı olduğu görülen 64 birim üzerinden yapılan analizde toplamda 10 küme, 141 bağlantı ve toplam bağlantı gücü 145 olarak tespit edilmiştir. En çok yayın yapan yazarların görev aldığı üniversiteler sırasıyla Warwick Üniversitesi (9), Boston Üniversitesi (5) ve Washington Üniversitesi (4) olduğu belirlenmiştir. Bu kurumlar, toplam bağlantı gücü açısından da farklı sıralarda yer almaktadır. Bağlantı gücü en yüksek olan kurumlar sırasıyla Boston Üniversitesi, Warwick Üniversitesi ve Beria Interior Üniversitesi olduğu saptanmıştır.

Şekil 4. Kurumlar Arasındaki İş Birliği Ağı



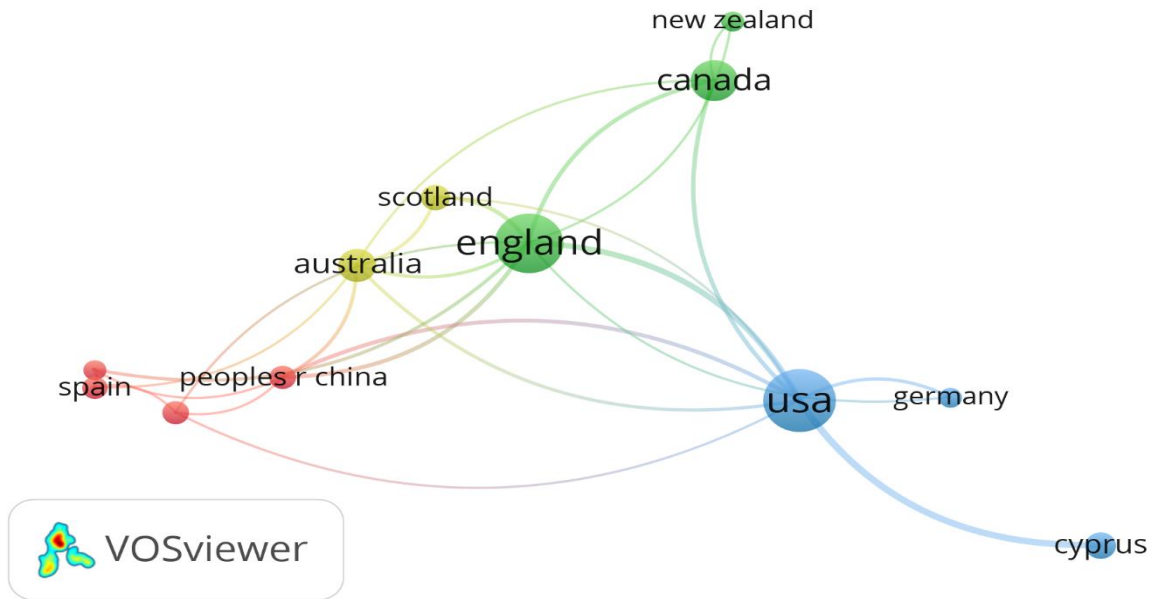
Sağlık sektöründe yapılan stratejik değişim yayınları 38 farklı ülkeden çıkmaktadır. Ülkeler arasındaki iş birliğine göre en çok yayın yapan ve en çok atıf alan ilk 10 ülke Tablo 1’de sunulmuştur. En çok yayın yapan ve en çok atıf alan ülke Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olarak görülmektedir. ABD’yi sırasıyla İngiltere, Kanada, Avusturalya, Kıbrıs, İskoçya, Çin, İtalya, İsveç ve İspanya izlemektedir.

Tablo 1. Yayın ve Atıf Sayısına Göre Ülkeler

Ülkeler	Makale Sayısı	Atıf Sayısı
ABD	51	1933
İngiltere	45	1091
Kanada	21	1595
Avusturalya	14	442
Kıbrıs	9	9
İskoçya	8	100
Çin	7	59
İtalya	7	74
İsveç	7	109
İspanya	6	305

Şekil 5 ülkeler arasındaki iş birliği ağını göstermektedir. Yazar ülke analizine ilişkin ağ haritası çıkarmak için en az beş yayın kriteri uygulanmıştır. Birbiriyle bağlantılı olduğu görülen 12 birim üzerinden yapılan analizde toplamda 4 küme, 25 bağlantı ve toplam bağlantı gücü 54 olarak tespit edilmiştir. En çok yayın yapılan ülkeler sırasıyla ABD, İngiltere ve Kanada olarak tespit edilmiştir. Dairelerin boyutu yayın miktarını, bağlantıların kalınlığı ise iş birliklerinin gücünü temsil etmektedir. Renkler ise iş birliği kümelerini temsil etmektedir. ABD ve İngiltere çevresinde iki büyük küme toplandığı görülmektedir.

Şekil 5. Ülkeler Arasındaki İş Birliği Ağı



3.3. Ortak Kelime Analizi

Önceki üç bilimsel haritalama tekniği yayınları merkez alırken, ortak kelime analizinde ise analiz birimi kelimelerden oluşur. Başka bir deyişle, atıf analizi, eş-atıf analizi ve odak noktası veya vekil olarak atıf yapılan veya atıf yapan yayınları kullanan bibliyografik birleştirmenin aksine, ortak kelime analizi yayının gerçek içeriğini inceleyen bir tekniktir. Ortak kelime analizindeki kelimeler genellikle “yazar anahtar kelimelerinden” türetilir ve bunun yokluğunda, dikkate değer kelimeler analiz için “makale başlıklarından”, “özetlerden” ve “tam metinlerden” de çıkarılabilir (Donthu vd., 2021).

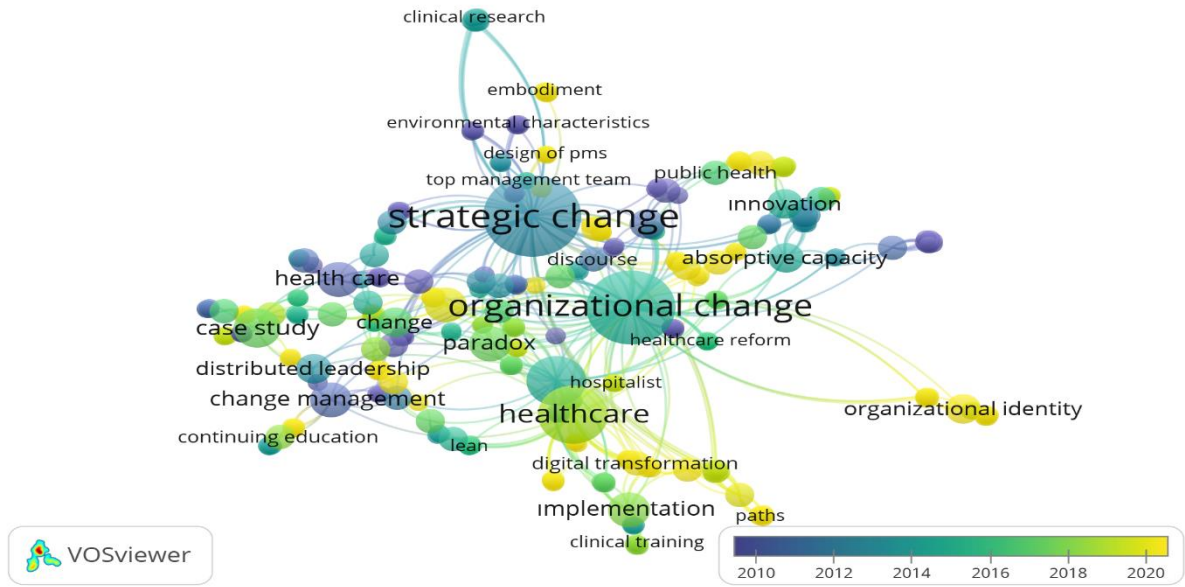
Sağlık sektöründe yapılan stratejik değişim yayınlarından 175 yayının başlıklarından ve özetlerinden tüm isim tamlamaları alınmıştır. Yalnızca en az bir yayında geçen anahtar sözcükler dikkate alınmıştır ve 436 terim bu eşiği karşılamıştır. Yapılan analiz neticesinde 31 küme, 1039 bağlantı ve 1054 bağlantı gücü olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda stratejik değişim (strategic change), organizasyonel değişim (organizational change) ve sağlık hizmetleri (healthcare) kelimeleri en çok tekrar eden terimler olmuştur. Anahtar sözcüklerin tekrar sayıları stratejik değişim 22, organizasyonel değişim 18 ve sağlık hizmetleri 11 olarak tespit edilmiştir. Şekil 6 stratejik değişim yayınlarının terimlerinin nasıl bir araya toplandığını göstermektedir. Sonuçlara göre en sık kullanılan anahtar kelimelerle bağlantılı olarak liderlik, stratejik değişimi uygulama, yenilik, değişim yönetimi, örgüt kimliği gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır.

Şekil 6. En Sık Kullanılan Anahtar Kelime Bağları



Anahtar kelimelerin son yıllara göre kullanım sıklığına bakıldığında en çok kullanılan kelimelerin örgütsel kimlik, dijital dönüşüm ve kolektif liderlik oldukları görülmektedir.

Şekil 7. Anahtar Kelimelerinin Yıllara Göre Ağ Grafiği

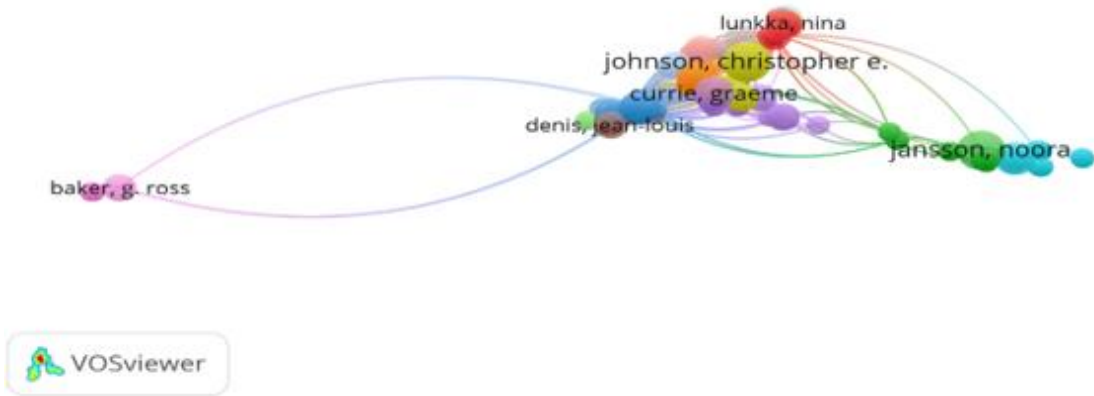


3.4. Atıf Analizi

Atıf analizi, bir yayının diğerine atıfta bulunması yoluyla oluşan entelektüel bağlantıları yansıttığı varsayımıyla çalışan temel bilimsel haritalama tekniklerinden biridir (Appio vd., 2014). Bu yöntemle, bir yayının etkisi aldığı atıf sayısına göre değerlendirilir ve böylece bir araştırma alanındaki en etkili yayınlar tespit edilebilir.

Atıf ağlarına ilişkin ağ haritası çıkarmak için en az bir yayın ve en az bir atıf kriteri uygulanmıştır ve yazar atıf ağları tespit edilmiştir. Birbiriyle bağlantılı olduğu görülen 423 birim üzerinden yapılan analizde toplamda 28 küme, 1097 bağlantı ve toplam bağlantı gücü 1313 olarak tespit edilmiştir. Şekil 8’de görüldüğü gibi en çok atıf alan yazarların sırasıyla, Denis Jean-Louis (682), Langley Ann (682) ve Lamothe Lise (486) olduğu belirlenmiştir. Yazarların, toplam bağlantı gücü bakımından da ilk üç sırada olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 8. Atıflar İçin Yazarların Ağ Haritası



Sağlık sektöründeki stratejik değişim çalışmalarından en fazla atıf alan 5 makale Tablo 2’de sunulmaktadır. Bu kapsamda Denis vd. (2001) tarafından yazılan makale en çok atıf alan makale

olmuştur. Golden ve Zajac (2001) tarafından yapılan çalışma en çok atıf alan ikinci çalışma olurken, Abernethy ve Brownell (1999) tarafından yapılan çalışma üçüncü sırada yer almıştır.

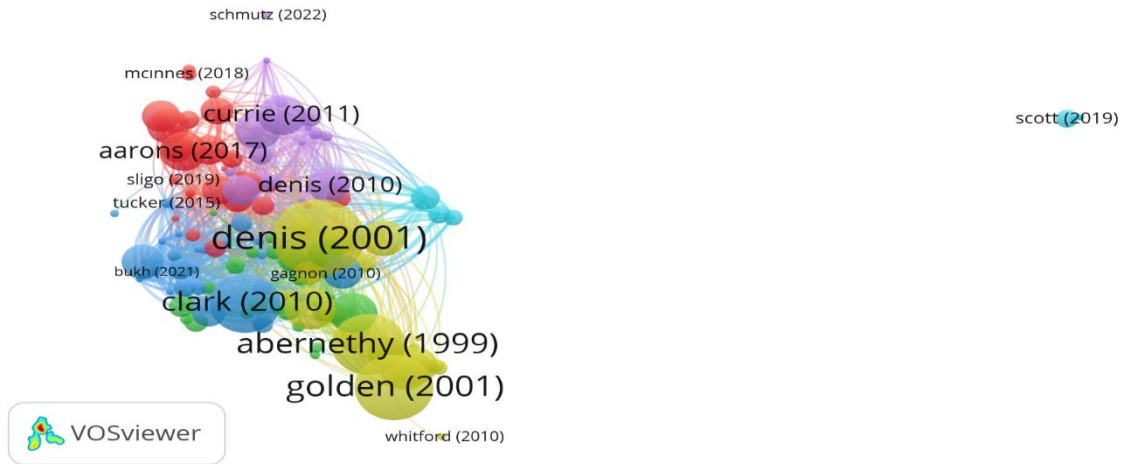
Tablo 2. Stratejik Değişim Alanında En Fazla Atıf Alan Çalışmalar

Yazarlar/Yıl	Makale	Atıf
Denis, J. L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001).	The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations.	486
Golden, B. R., & Zajac, E. J. (2001).	When will boards influence strategy? Inclination× power= strategic change.	352
Abernethy, M. A., & Brownell, P. (1999).	The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study.	306
Clark, S. M., Gioia, D. A., Ketchen Jr, D. J., & Thomas, J. B. (2010).	Transitional identity as a facilitator of organizational identity change during a merger.	288
Naranjo-Gil, D., & Hartmann, F. (2007).	Management accounting systems, top management team heterogeneity and strategic change.	148

3.5. Makalelerin Bibliyografik Eşleşme Analizi

Kessler tarafından formüle edilen bibliyografik eşleşme analizi, iki makalenin referans listelerinin örtüşmesini tanımlamaktadır ve karakterize etmektedir; burada iki makale arasındaki bağlantı birimi, her iki makale tarafından da benimsenen bir referans ögesi olarak tanımlanmaktadır (Kessler, 1963). İki makale arasında ortak bir referans ögesi varsa bunlar bibliyografik olarak bağlanmaktadır (Egghe ve Rousseau, 2002) ve ortak öğelerin sayısı bibliyografik eşleşmenin gücünü belirlemektedir. Bu nedenle, iki makale arasında bibliyografik eşleşme, en az bir ortak yayına atıfta bulunduklarında meydana gelmektedir. Bu bağlamda bibliyografik eşleştirme, aynı referansları kullanarak iki makale arasındaki bağlantıyı işaret etmektedir (Glänzel ve Czerwon, 1996). Bu kapsamda en az bir atıf alma kriteri ile yapılan analiz sonucunda 137 birim, 6 küme, 2291 bağlantı ve 4306 bağlantı gücü olduğu tespit edilmiştir. Şekil 9’da görüldüğü gibi en fazla bibliyografik eşleşme olan yayınlar Denis (2001) 486 atıf, Golden (2001) 352 atıf ve Abernethy (1999) 306 atıf ile ilk üç sırada yer almaktadır. Toplam bağlantı gücü bakımından ise Lockett (2014), Millar (2013) ve Clark (2010) ilk üç sırada yer almaktadır.

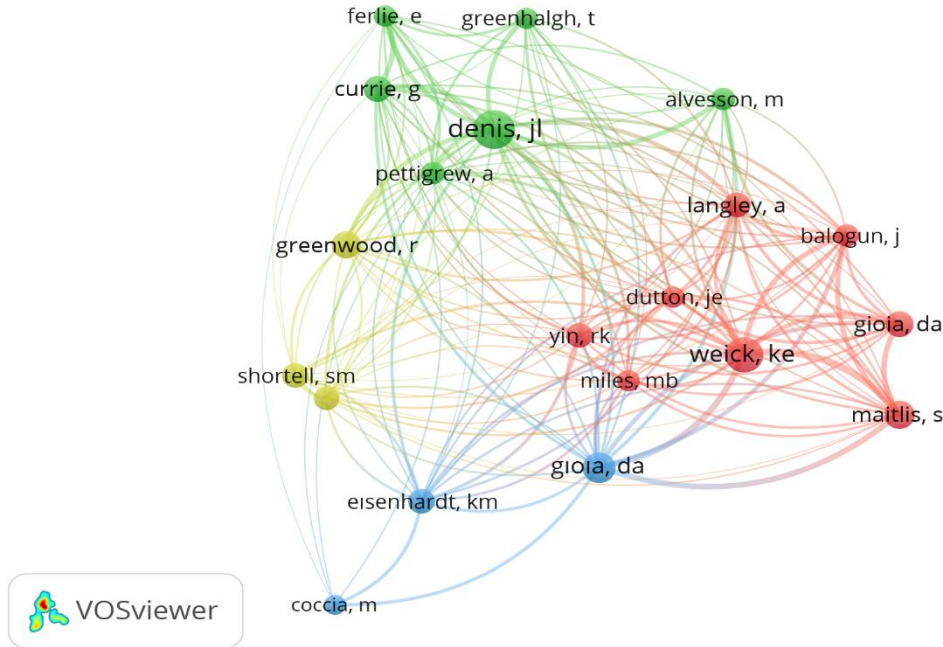
Şekil 9. Makalelerin Bibliyografik Eşleşme Bağları



3.6. Ortak Atıf Analizi

Ortak atıf analizi, aynı anda atıf yapılan yayınların tematik açıdan benzerlik taşıdığı varsayımına dayanan bir bilim haritalama tekniğidir (Hjørland, 2013). Small (1973) tarafından detaylandırılan ortak atıf analizi, iki belgenin aynı referans listesinde birlikte bulunmasına, yani iki belgenin birlikte atıf yapılma sıklığının analizine dayanmaktadır. Ortak atıf analizi, iki yayın arasındaki ilişkiye veya etkileşime odaklanmaktadır ve diğer yayınlarda birlikte atıf yapılan yayınlara genel bir bakış sunmaktadır (Van Nunen vd., 2018). İki yayına ne kadar çok atıf yapılırsa aralarındaki benzerliklerin o kadar fazla olduğu varsayılabilir. Atıf sayısı minimum 20 seçilerek 20 birim üzerinden analiz yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre 4 küme, 170 bağlantı ve 1850 bağlantı gücü tespit edilmiştir. Aynı renk kümede bulunan yazarların benzer çalışmalar yaptığı anlamına gelmektedir. Şekil 10'da görüldüğü gibi en fazla ortak atıf yapılan yazarlar Denis Jean-Louis (74), Weick Ke (60) ve Gioia Da (44) olarak tespit edilmiştir. Bağlantı gücü açısından da ilk sırada Weick Ke, ikinci sırada Denis Jean-Louis ve üçüncü sırada Gioia Da yer almaktadır.

Şekil 10. Ortak Atıf Yapılan Yazarlar Arası Bağlar



IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Mevcut literatürün kapsamlı bir analizi, hangi konularda yeterli araştırma yapıldığı ve hangi alanlarda daha fazla çalışma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bu durum, yeni araştırma fırsatlarını ortaya çıkarmaktadır. Bibliyometrik analiz, sağlık sektöründeki stratejik değişim çalışmalarında hangi araştırmacıların ve kurumların ön plana çıktığını, hangi iş birliklerinin en verimli olduğunu belirlemeye yardımcı olmaktadır. Bu, araştırmacılar arasında yeni iş birlikleri kurulmasını ve mevcut iş birliklerinin güçlendirilmesini sağlamaktadır. Bu kapsamda makalenin amacı, bibliyometrik bir analize dayalı olarak sağlık sektöründeki stratejik değişim yayınlarının temel özelliklerine makroskobik bir genel bakış sağlamaktır. Bu makalede sunulan bilgiler, sağlıkta stratejik değişim araştırması alanında elde edilen araştırma ilerlemesine ilişkin net bir görüntü sağlamaktadır ve araştırmacılara ve uygulayıcılara yazarlardan, dergilerden, ülkelerden, kurumlardan, referanslardan ve araştırma konularından kaynaklanan temel etkileri belirlemede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre yayın eğilimi 2015 yılından itibaren düşüş göstermektedir. Bu düşüş eğiliminin önümüzdeki yıllarda da devam edip etmeyeceği net olarak bilinmemektedir. Belirli bir araştırma alanındaki bilimsel yayınların genel büyümesini değerlendiren Price yasasında dört aşama bulunmaktadır (Price, 1963). Bu yasanın son aşamasına göre araştırma alanlarının doygunluğa ulaştığı olgunluğun dönüm noktasını yansıtır ve bu da yayınlarda önemli bir azalmaya neden olur. Ancak sağlık sektöründe stratejik değişim araştırması alanında bu olgunluk noktasına ulaşıp ulaşılmadığı bilinmemektedir. Sonuçta bu alan şu ana kadar stratejik değişim kavramının tanımı, içeriği ve sonuçları konusunda fikir birliğinin eksikliği ile karakterize edilmektedir.

Araştırmanın bulgularına göre en çok yayın yapan yazarların görev aldığı üniversiteler sırasıyla Warwick Üniversitesi, Boston Üniversitesi ve Washington Üniversitesi olarak tespit edilmiştir. WoS veri tabanında üniversiteler dışındaki yazarların kurum ve kuruluş bilgilerinin tam olarak belirlenememektedir. Stratejik değişim araştırmasına katılan kurumlar akademik, özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları gibi kategorilere göre alt gruplara ayrılabilir. Böylece, sağlık alanında stratejik değişimle ilgili araştırmaların akademik dünyada tam olarak yer alıp almadığı belirlenebilir ve paydaş katılımı ve politika odağına ışık tutabilir. Ekonomik ve politik olarak dünyaya yön veren G7 ülkeleri (ABD, Japonya, İtalya, Almanya, İngiltere, Kanada ve Fransa) dünyanın sanayileşmiş en büyük ülkelerindendir (Belke, 2020). Çalışma kapsamında elde edilen bulgular doğrultusunda İngiltere, ABD ve Kanada'nın en çok yayın yapan ülkeler olması, ülkelerin ekonomik kalkınma bilimsel ve akademik yatırımlara katkıda bulunduğunu ispatlamaktadır. Farklı bir alanda Gök (2021) tarafından yapılan çalışmada ülkeler arası iş birliğinin en yüksek olduğu ülkeler İngiltere ve ABD olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma bulgularıyla örtüşmektedir.

Bir makalenin aldığı atıflar hem etkisini hem de görünürlüğünü değerlendiren bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (Lv vd., 2011). Çalışma kapsamında en çok atıf alan yazarların Denis Jean-Louis, Langley Ann ve Lamothe Lise olduğu görülmektedir. Makalelere, birçok farklı çalışmada referans verilmesi, konunun geniş bir alana hitap ettiğini ve çok çeşitli araştırma konularına etki ettiğini gösterir. Bu durum, makalenin stratejik değişim alanında farklı disiplinlerde de önemli bir kaynak olarak kabul edildiğini işaret etmektedir. Sonuç olarak, stratejik değişim alanındaki bir makalenin çok atıf alması, makalenin hem teorik hem de pratik açıdan büyük bir öneme sahip olduğunu ve geniş bir etki yarattığını göstermektedir. Bu tür makaleler, alanındaki literatürü şekillendirme ve geliştirme konusunda kritik bir rol oynamaktadır.

Araştırmanın başka bir bulgusuna göre anahtar sözcüklerin tekrar sayıları stratejik değişim, organizasyonel değişim ve sağlık hizmetleri olarak tespit edilmiştir. Sonuçlara göre en sık kullanılan anahtar kelimelerle bağlantılı olarak liderlik, stratejik değişimi uygulama, yenilik, değişim yönetimi, örgüt kültürü gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır. Pereira ve diğerlerinin 2023 yılında yapmış oldukları çalışmada sağlık kurumlarındaki stratejik değişim kavramıyla ilişkili olan ve en çok kullanılan kavramların, liderlik, kültür, kalite, bilgi, iletişim gibi uygulamaya yönelik kavramlar olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde stratejik değişim ve liderlik arasındaki ilişki, değişim süreçlerinin başarılı bir şekilde yönetilmesi ve uygulanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Etkili liderlik, stratejik değişimlerin benimsenmesini, uygulanmasını ve sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Sağlık sektöründeki kaynakların kısıtlılığı ve değişimin yıkıcı etkisi nedeniyle sağlık kurumlarının aynı anda birden fazla büyük stratejik değişim girişiminden kaçınmaları gerekmektedir (Galpin, 2018). Stratejik değişim girişimlerini hayata geçirirken liderlerin, değişimin kurum üzerindeki etkisini göz önünde bulundurması ve başarısızlık riskini azaltacak stratejiler geliştirmesi önemlidir. Stratejik yönetim değişiklikleri etkili bir şekilde yönetilmediğinde, sağlık yönetiminin kendine özgü özellikleri ve karmaşıklığı, uygulamada hata ve değişkenlik oranının artmasına yol açabilir.

Bu bibliyometrik çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Öncelikle arama Web of Science'ta listelenen yayınlarla sınırlı olmuştur. WoS en büyük küresel veri tabanları arasında yer alsa da elbette sağlık alanındaki stratejik değişim araştırmalarının tümünü içermemektedir. PubMed veya Scopus gibi diğer uluslararası veri tabanları da daha sonraki yapılacak çalışmalarda kullanılabilir. Bir başka sınır olarak bibliyometrik analiz nicel yöntemleri kullanır. Dolayısıyla yayınların içeriği veya kalitesi

yorumlanamaz (Dunk ve Arbon, 2009). Bu, bazı yayınların stratejik değişim dışında farklı bir konuyu ele almasına rağmen analizlere dahil edildiği anlamına gelebilir. Bibliyometrik analizi karakterize eden bu sınırlamalara dayanarak, daha ileri araştırmalar için daha derin bir içerik analizi yapılması önerilmektedir. Ek olarak, araştırma yalnızca makaleleri içermektedir. Mevcut çalışmanın sonuçları, kitap/kitap bölümleri ve kongre bildirileri gibi bilimsel yayınları inceleyerek gelecekteki araştırmalarla genişletilebilir.

Sonuç olarak bu çalışma stratejik değişimi destekleyen ve uygulamayı geliştirmek için ilişkili kavramların neler olduğunu göstermektedir. Sağlık sektöründe ve sağlık kurumlarında stratejik değişimi başlatma ve uygulama üzerindeki literatürün geliştirilmesi için ilişkili kavramlarla daha derinlemesine çalışmalar tasarlanarak bu alanda daha fazla gelişim sağlanabilir.

Etik Kurul İzni: Bu çalışma, etik kurul onayı gerektirmemektedir.

KAYNAKLAR

- Abernethy, M. A., & Brownell, P. (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study. *Accounting, organizations and society*, 24(3), 189-204. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(98\)00059-2](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(98)00059-2)
- Appio, F. P., Cesaroni, F., & Di Minin, A. (2014). Visualizing the structure and bridges of the intellectual property management and strategy literature: A document co-citation analysis. *Scientometrics*, 101(1), 623–661. <https://doi.org/10.1007/s11192-014-1329-0>
- Ash, M., Seago, J. A., & Spetz, J. (2014). What do health care unions do?: A response to Manthous. *Medical Care*, 52(5), 393–397. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000124>
- Astley, W. G., & Van de Ven, A. H. (1983). Central perspectives and debates in organization theory. *Administrative Science Quarterly*, 28(2), 245–273. <https://doi.org/10.2307/2392620>
- Bahuguna, P. C., Srivastava, R., & Tiwari, S. (2023). Two-decade journey of green human resource management research: A bibliometric analysis. *Benchmarking: An International Journal*, 30(2), 585–602. <https://doi.org/10.1108/BIJ-10-2021-0619>
- Baker, H. K., Pandey, N., Kumar, S., & Haldar, A. (2020). A bibliometric analysis of board diversity: Current status, development, and future research directions. *Journal of Business Research*, 108, 232–246. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.11.025>
- Barnett, W. P., & Carroll, G. R. (1995). Modeling internal organizational change. *Annual Review of Sociology*, 21(1), 217–236. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.21.080195.001245>
- Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. In S. S. Mick & M. Wytenbach (Eds.), *Advances in health care organization theory* (pp. 253–288). Jossey-Bass.
- Belke, M. (2020). CRITIC ve MAIRCA yöntemleriyle G7 ülkelerinin makroekonomik performansının değerlendirilmesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(Temmuz 2020, Özel Ek), 120–139.
- Cisneros, L., Ibanescu, M., Keen, C., Lobato-Calleros, O., & Niebla-Zatarain, J. (2018). Bibliometric study of family business succession between 1939 and 2017: Mapping and analyzing authors' networks. *Scientometrics*, 117, 919–951. <https://doi.org/10.1007/s11192-018-2889-1>
- Clark, S. M., Gioia, D. A., Ketchen Jr, D. J., & Thomas, J. B. (2010). Transitional identity as a facilitator of organizational identity change during a merger. *Administrative science quarterly*, 55(3), 397–438. <https://doi.org/10.2189/asqu.2010.55.3.397>
- Currie, G. (2000). The public manager in 2010: The role of middle managers in strategic change in the public sector. *Public Money and Management*, 20(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/1467-9302.00197>
- Davies, C., Bullman, A., & Finlay, L. (2000). *Changing practice in health and social care*. Sage.
- Denis, J. L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809–837. <https://doi.org/10.5465/3069417>

- Denis, J. L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management journal*, 44(4), 809-837. <https://doi.org/10.5465/3069417>
- Dirik, D., Eryılmaz, İ., & Erhan, T. (2023). Post-truth kavramı üzerine yapılan çalışmaların VOSviewer ile bibliyometrik analizi. *Sosyal Mucit Academic Review*, 4(2), 164-188. <https://doi.org/10.54733/smar.1271369>
- Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N., & Lim, W. M. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 133, 285-296. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.070>
- Dunk, A. M., & Arbon, P. (2009). Is it time for a new descriptor 'pressure injury': A bibliometric analysis. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 17(4), 201-207.
- Egghe, L., & Rousseau, R. (2002). Co-citation, bibliographic coupling and a characterization of lattice citation networks. *Scientometrics*, 55(3), 349-361. <https://doi.org/10.1023/a:1020458612014>
- Ferlie, E., & Bennett, C. (1992). Patterns of strategic change in health care: District health authorities respond to AIDS. *British Journal of Management*, 3(1), 21-37. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.1992.tb00033.x>
- Free, C., Phillips, G., Watson, L., Galli, L., Felix, L., Edwards, P., ... & Haines, A. (2013). The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 10(1), e1001363. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001363>
- Galpin, T. J. (2018). Realizing your strategy's potential: A seven-step model for its effective execution. *Strategy & Leadership*, 46(6), 35-43. <https://doi.org/10.1108/SL-09-2018-0088>
- Glänzel, W., & Czerwon, H. (1996). A new methodological approach to bibliographic coupling and its application to the national, regional and institutional level. *Scientometrics*, 37(2), 195-221.
- Golden, B. R., & Zajac, E. J. (2001). When will boards influence strategy? Inclination× power= strategic change. *Strategic management journal*, 22(12), 1087-1111. <https://doi.org/10.1002/smj.202>
- Gök, H. S. (2021). Gönüllü turizm konusunda yapılan araştırmaların bibliyometrik analizi: Scopus örneği. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 1546-1567.
- Greenfield, D., Nugus, P., Travaglia, J., & Braithwaite, J. (2011). Factors that shape the development of interprofessional improvement initiatives in health organisations. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 332-337. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.044545>
- Hannan, M. T., & Freeman, J. (1977). The population ecology of organizations. *American Journal of Sociology*, 82(5), 929-964.
- Hjørland, B. (2013). Facet analysis: The logical approach to knowledge organization. *Information Processing & Management*, 49(2), 545-557. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2012.10.001>
- Kessler, M. M. (1963). Bibliographic coupling between scientific papers. *American Documentation*, 14(1), 10-25. <https://doi.org/10.1002/asi.5090140103>

- Kickbusch, I., & Gleicher, D. E. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization.
- Leonard, K. L. (2014). Active patients in rural African health care: Implications for research and policy. *Health Policy and Planning*, 29(1), 85–95. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs137>
- Liu, X., Zhan, F. B., Hong, S., Niu, B., & Liu, Y. (2012). A bibliometric study of earthquake research: 1900–2010. *Scientometrics*, 92(3), 747–765. <https://doi.org/10.1007/s11192-011-0599-z>
- Ly, P. H., Wang, G. F., Wan, Y., Liu, J., Liu, Q., & Ma, F. C. (2011). Bibliometric trend analysis on global graphene research. *Scientometrics*, 88(2), 399–419. <https://doi.org/10.1007/s11192-011-0386-x>
- MacKay, R. B., & Chia, R. (2013). Choice, chance, and unintended consequences in strategic change: A process understanding of the rise and fall of NorthCo Automotive. *Academy of Management Journal*, 56(1), 208–230. <https://doi.org/10.5465/amj.2010.0734>
- Mantere, S., Schildt, H. A., & Sillince, J. A. (2012). Reversal of strategic change. *Academy of Management Journal*, 55(1), 172–196. <https://doi.org/10.5465/amj.2008.0045>
- Meara, J. G., Leather, A. J., Hagander, L., Alkire, B. C., Alonso, N., Ameh, E. A., ... & Yip, W. (2015). Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet*, 386(9993), 569–624. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X)
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy formation. *Management Science*, 24(9), 934–948. <https://doi.org/10.1287/mnsc.24.9.934>
- Naranjo-Gil, D. (2015). The role of top management teams in hospitals facing strategic change: Effects on performance. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 34–41. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.0000000078>
- Naranjo-Gil, D., & Hartmann, F. (2007). Management accounting systems, top management team heterogeneity and strategic change. *Accounting, organizations and society*, 32(7-8), 735–756. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2006.08.003>
- Pereira, S. A., Ferreira, J. J., Rammal, H. G., & Peris-Ortiz, M. (2023). Strategic change in the health sector: A literature review and future challenges. *Journal of Organizational Change Management*, 36(2), 346–388. <https://doi.org/10.1108/JOCM-05-2022-0144>
- Perla, R. J., Bradbury, E., & Gunther-Murphy, C. (2013). Large-scale improvement initiatives in healthcare: A scan of the literature. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 35(1), 30–40. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00164.x>
- Price, D. J. D. S. (1963). *Little science, big science*. Columbia University Press.
- Ridder, H. G., & Schrader, J. S. (2019). Processing of intended and unintended strategic issues and integration into the strategic agenda. *Health Care Management Review*, 44(4), 332–343. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000184>
- Small, H. (1973). Co-citation in the scientific literature: A new measure of the relationship between two documents. *Journal of the American Society for Information Science*, 24(4), 265–269. <https://doi.org/10.1002/asi.4630240406>

- Trinh, H. Q., & O'Connor, S. J. (2000). The strategic behavior of US rural hospitals: A longitudinal and path model examination. *Health Care Management Review*, 25(2), 48–64.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review*, 20(3), 510–540. <https://doi.org/10.5465/amr.1995.9508080329>
- Van Nunen, K., Li, J., Reniers, G., & Ponnet, K. (2018). Bibliometric analysis of safety culture research. *Safety Science*, 108, 248–258. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.08.011>
- World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Yang, L., Chen, Z., Liu, T., Gong, Z., Yu, Y., & Wang, J. (2013). Global trends of solid waste research from 1997 to 2011 by using bibliometric analysis. *Scientometrics*, 96, 133–146. <https://doi.org/10.1007/s11192-012-0911-6>
- Zajac, E. J., & Kraatz, M. S. (1993). A diatremic forces model of strategic change: Assessing the antecedents and consequences of restructuring in the higher education industry. *Strategic Management Journal*, 14(S1), 83–102. <https://doi.org/10.1002/smj.4250140908>

DERLEME MAKALESİ

MEDİKALİZASYON İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ: WEB OF SCIENCE ÖRNEĞİ

Hatice GÜNEŞ *

Ramazan ERDEM **

Rabia TATLIDİL ***

Şeyma PARLAK ULU ****

Ayşe Gülen ERTÜMER İLHAN *****

ÖZ

Bu çalışma, Medikalizasyon kavramıyla ilgili Web of Science veri tabanında yer alan akademik yayınları bibliyometrik bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamaktadır. Farklı disiplinlerce kullanılan medikalizasyon kavramının disiplinler arasındaki yeri ve kavrama dair mevcut literatürün durumu ortaya konmaya çalışılmıştır. Araştırmada, bir bilim alanının ya da konunun niceliksel analizlerine imkân tanıyan bibliyometrik analiz yöntemi kullanılmıştır. Web of Science Core Collection (WOS) veri tabanında “medicalisation” ve “medicalization” anahtar kelimeleri ile tüm alanlarda tarama yapılmış, medikalizasyon konusunda 1975-2023 yılları arasında yayımlanan 3346 çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmalar yayın yılı, türü, dili; yayımlandığı dergiler vb. çeşitli parametreler bakımından bibliyometrik analiz tekniklerinden biri olan performans analizi ile incelenmiştir. Ayrıca bu çalışmada medikalizasyon kavramının en çok hangi kavramlarla ve alanlarla ilişkilendirildiğini belirlemek amacıyla VOSviewer 1.6.19. programı aracılığıyla bilimsel haritalama yapılmış ve görseller oluşturulmuştur. Analiz sonuçlarına göre; medikalizasyon konusunda en fazla çalışmanın 2020 (n=262, %7,83) yılında, en fazla yayın yapılan türün makale (n=2726, %81,47), çalışmaların yayın dilinin büyük çoğunluğunun İngilizce (n=2645, %79,05), en fazla yayın yapılan derginin Social Science & Medicine (n=126, %3,76) olduğu; son on yılda en fazla atfın 2021 (n=4805) yılında gerçekleştiği; en fazla çalışma yapan ülkenin Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (n=1037 %30,99); ilgili literatüre en fazla katkı sağlayan kurumun ise Kaliforniya Üniversitesi (n=90, %2,69) olduğu görülmektedir. Medikalizasyon, yeni bir konu olmasa da halen doldurulması gereken boşlukları olan, farklı alanlarla ilişkilendirilebilecek ve farklı disiplinlerce beslenmeye açık bir alandır. Türkiye’de de medikalizasyon alanında yapılmış nitelikli yayınların sayısının az olması göz önünde bulundurulduğunda nitelikli yayınların sayısının artması Türkiye’nin literatüre katkısı açısından önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Medikalizasyon, tıbbileştirme, bibliyometrik analiz, web of science

MAKALE HAKKINDA

*Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, haticeyigit@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2690-7578>

**Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, raerdem@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6951-3814>

***Dr. Öğr. Üyesi, Kafkas Üniversitesi, rabiafettahoglu95@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5736-7175>

****Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, parlaksyma@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0242-8126>

*****Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, ertumer95@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3949-4848>

Gönderim Tarihi: 30.05.2025

Kabul Tarihi: 29.06.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Güneş, H., Erdem, R., Tatlıdıl, R., Parlak Ulu, Ş., & Ertümer İlhan, A. G. (2025). Medikalizasyon ile ilgili yapılmış çalışmaların bibliyometrik analizi: Web of science örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 311-328. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1592993>

BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF STUDIES ON MEDICALIZATION: WEB OF SCIENCE EXAMPLE

Hatice GÜNEŞ*
Ramazan ERDEM**
Rabia TATLIDİL***
Şeyma PARLAK ULU****
Ayşe Gülen ERTÜMER İLHAN*****

ABSTRACT

This study aims to examine academic publications on the concept of medicalization available in the Web of Science database using a bibliometric approach. The position of the concept of medicalization within various disciplines and the current state of the literature on the subject have been explored in this study. In this study, the bibliometric analysis method, which enables quantitative analysis of a scientific field or subject, was used. A search was conducted with the keywords “medicalisation” and “medicalization” in the Web of Science Core Collection (WOS) database in all fields. 3346 studies on topic of medicalization published between 1975 and 2023 were reached. The studies were analyzed using performance analysis, one of the bibliometric analysis techniques, in terms of various parameters such as publication year, type, language, and the journals in which they were published. Additionally, scientific mapping was conducted using the VOSviewer 1.6.19 program to determine the concepts and fields most commonly associated with the concept of medicalization, and visualizations were created. According to the analysis results; the highest number of studies on medicalization have been conducted in 2020 (n=262, 7.83%) and articles being the most common publication type (n=2,726, 81.47%). The majority of the studies have been published in English (n=2,645, 79.05%), and the most preferred journal this field was Social Science & Medicine (n=126, 3.76%). Furthermore, the highest number of citations in the last decade occurred in 2021 with 4,805 citations. The country the highest number of studies is the United States (USA) (n=1037 30.99%). The institution that contributed the most to the literature on medicalization was the University of California (n=90, 2.69%). Although medicalization is not a new subject, it still has gaps to be filled, can be associated with different fields and is open to contributions from different disciplines. Considering the low number of qualified publications in the field of medicalization in Turkey, the increase in qualified publications is important in terms of Turkey's contribution to the literature.

Keywords: Medicalization, medicalisation, bibliometric analysis, web of science.

ARTICLE INFO

* Research Assistant, Süleyman Demirel University, haticeyigit@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2690-7578>

** Prof. Dr., Süleyman Demirel University, raerdem@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6951-3814>

*** Assist. Prof., Kafkas University, rabiafettahoglu95@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5736-7175>

**** PhD Student, Süleyman Demirel University, parlaksyma@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0242-8126>

***** PhD Student, Süleyman Demirel University, ertumer95@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3949-4848>

Received: 30.05.2025

Accepted: 29.06.2025

Cite This Paper:

Güneş, H., Erdem, R., Tatlıdıl, R., Parlak Ulu, Ş., & Ertümer İlhan, A. G. (2025). Medikalizasyon ile ilgili yapılmış çalışmaların bibliyometrik analizi: Web of science örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(2), 311-328. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1592993>

I. GİRİŞ

Geleneksel toplumlar tarafından normal olarak değerlendirilen pek çok durum, modern tıp anlayışıyla birlikte tıbbi bir sorun olarak nitelendirilerek tıbbın ilgi alanına dahil olmuştur. Bu olguyu karşılayan medikalizasyon kavramı, uluslararası ve Türkçe literatürde çok uzak bir geçmişe sahip olmamasına karşın kavrama ilişkin literatür günden güne genişlemektedir. Medikalizasyon, uluslararası literatürde yaklaşık 50 yıllık bir geçmişe sahip iken Türkçe literatürde daha kısa bir geçmişten söz edilebilmektedir. Medikalizasyon kavramı ilk defa 1970’lerde literatüre giren bir kavramdır. Bu çalışma medikalizasyona dair yapılmış çalışmaların bibliyometrik analizini konu edinmektedir.

Bibliyometrik araştırmalar, bir alandaki yıllara göre ele alınan konuların ve tercih edilen yöntemlerin yelpazesini sunma ve aynı zamanda yıllara göre araştırma eğilimlerini anlayabilme imkânı tanımaktadır (Şahin ve Ocak, 2019). Pritchard (1969) bibliyometriyi, istatistiksel ve nicel yöntemlerin kitaplara ve diğer çeşitli yayın türlerine uygulanması olarak tanımlamıştır. Ayrıca bibliyometrik analizlerin mevcut literatürü nicelleştirmeyi amaçlayan çalışmalarda kullanıldığını belirtmiştir. Bibliyometrik araştırmalar sayesinde, konu, yazar bilgisi, atıf yapılan kaynaklar, atıf yapılan yazarların istatistiksel analizlerinin yapılması sonucunda belirli bir alana yönelik bütüncül bakış açısı ve bir harita elde edilmektedir (Çetinkaya Bozkurt ve Çetin, 2016). Bu bakımdan bir bilim alanının ya da bir konunun genel çerçevesini ortaya koymaya imkân tanıyan bibliyometrik analizler bilim alanının, konunun ya da literatürün niceliksel analizlerine olanak sağlaması açısından önemlidir. Bibliyometrik analiz ile ele alınan yayınların incelenmesi, mevcut durumun ortaya konulmasının yanı sıra gelecekte yapılacak çalışmalara da yol gösterici nitelikte olmaktadır. Aynı zamanda alandaki araştırmacılara konuya dair bir bakış açısı sunmaktadır. Bibliyometrik analizler, literatürde kaç makale yayımlandığına bakılması yönünden tanımlayıcı veya bu makalelerin sonraki araştırmaları nasıl etkilediğine bakılması yönünden değerlendirci de olabilmektedir (McBurney ve Novak, 2002).

Gündelik hayatın ve sosyal olguların tıbbi çerçevede ele alınmasını ifade eden medikalizasyon (tıbbileştirme) kavramı da sağlık sosyolojisi, etik, psikiyatri, halk sağlığı gibi farklı disiplinlerle doğrudan ilişkili ve çok yönlü bir kavramdır. Literatürde medikalizasyon üzerine yapılan yayınların artışı, kavrama dair akademik ilginin çok disiplinli doğasını ortaya koymaktadır. Ancak, Türkiye’nin bu alandaki katkılarının sınırlı olduğu gözlenmiştir. Bu durum hem Türkiye’deki akademik üretkenliği artırma hem de araştırmacılara yeni bir perspektif sunma ihtiyacını gündeme getirmektedir. Bu çalışma ile WOS veri tabanına dayalı olarak “medikalizasyon” kavramı ile ilgili çerçeve çizmek, konuya ilişkin yayınların sistematik ve nicel bir değerlendirmesini yapmak, konunun kuramsal çerçevesi ile ilgili bilgiler sunmak ve çalışma sonucu elde edilen bulgulardan hareketle gelecek çalışmalara yön vermek amaçlanmıştır. Böylelikle çalışmanın, medikalizasyon konusunda öncü araştırmacıları, temel kaynakları ve araştırma eğilimlerini ortaya koyması bakımından, söz konusu ihtiyaçlara yönelik önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. MEDİKALİZASYON

Medikalizasyon terimi ilk olarak 1970’lerde sosyal bilimler literatüründe yer almaya başlamıştır. Kelime “tıbbi hale getirmek” anlamına gelse de daha çok bir şeyin tıbbileştirildiğini ifade eden tarafsız bir terimden ziyade tıbbileştirmenin (ya da aşırı tıbbileştirme) eleştirisi bağlamında kullanılmıştır. Bu bakımdan medikalizasyon kavramı, genel olarak hastalık ya da rahatsızlıklar açısından gerçekte tıbbi olmayan problemlerin tıbbi problemler olarak nitelendirilerek tedavi edildiği bir süreci ifade etmektedir (Conrad, 1992). Maturo (2012) medikalizasyonu, insan yaşamının bazı yönlerinin daha evvel patolojik olarak ele alınmamasına karşın tıbbi sorun olarak görülmeye başlandığı süreç olarak ifade etmektedir. Aynı bağlamda Applbaum (2010), bu kavrama daha evvel tıbbi bir durum olarak görülmeyen şeylerin sonrasında hastalık, işlev bozukluğu ya da muhtemel işlev bozukluğu sınıfına sokulup tıbbi tedavi alınması gereken bir yapıya dönüşmesi şeklinde bir anlam kazandırmıştır. Yine başka bir açıdan medikalizasyon, hastalık olarak ele alınmayan durumların hastalık şeklinde ifade

edilmesinden ziyade günlük hayatın içerisinde yer alan olayların bu kapsama dâhil edilmesidir (Toraman ve Erdem, 2016).

Medikalizasyon kavramının ortaya çıkmasındaki önemli unsur, modern tıbbın sağlık ve hastalık konusunda söz sahibi olması ve bu bakımdan tek otorite kabul edilmesidir. Nihayetinde geleneksel toplumların normal olarak nitelendirdiği pek çok durum medikalizasyonla birlikte tıbbi alan içerisinde incelenir hale gelmiştir (Kurttaş, 2017). Konuyu yaşamın tıplaştırılması ekseninde ele alan Ivan Illich (1982) medikalizasyonu; sıradan insanların kendi bakımlarını yapmalarını engelleyen ve onları bakım adı verilen bir hizmetin sağlanmasına bağımlı hale getiren tarihsel bir süreç olarak ele almıştır. Turner’a (2017) göre ise medikalizasyon, bilimsel anlayışın egemenliği neticesinde toplumun rasyonelleşmesidir. Hastalık bir sapma biçimi olarak ele alındığında tıp otoritesinin amacı toplumun kontrolünü sağlamaktır. “Bir sosyal kontrol biçimi olarak tıp” bürokratik kesimlerce rahatsızlığın standartlaştırılmasına neden olmaktadır. Medikalizasyonun kökenleri Parsons’ın çalışmalarına dayandırılmaktadır. Parsons’un hasta rolü kavramının altında yatan husus, tıbbın sapkın davranışların sosyal kontrolünü sağlayan bir kurum olduğu ve öyle olması gerektiği yani tıbbın görevinin toplum adına “anormal davranışları tıbbi yöntemlerle kontrol altına alması” fikridir (Cockerham, 2014). Parsons (1951) tıbbi uygulamayı “toplum üyelerinin hastalıklarıyla başa çıkmak için sosyal sistemdeki bir mekanizma” olarak tanımlamaktadır.

Medikalizasyon kavramının arka sokaklarında gezildiğinde ise bambaşka gerçekleri görebilmek mümkündür. Bu bakımdan Moynihan ve Cassels’in (2005) ileri sürdüğü üzere dünyanın ileri gelen ilaç şirketleri pazarlama stratejileri ile artık agresif bir biçimde sağlıklı ve iyi insanları hedeflemektedir. Öyle ki günlük yaşamın iniş çıkışları ruhsal bozukluklara, yaygın şikâyetler korkutucu durumlara dönüşmekte ve daha fazla sıradan insan hasta olarak nitelendirilmektedir. Ölüm ve hastalıklarla ilgili insanoğlunun en derin korkuları istismar edilerek ilaç endüstrisi tarafından insan olmanın anlamı değiştirilmektedir. Conrad (2007) 1970’lerde tıbbi sosyoloji dersleri vermeye başladığında derslerinde sağlık ve hastalığın 21. yüzyılın başlarında olduğundan daha farklı olduğunu, dikkat eksikliği gibi günümüzde yaygın olarak kabul gören hastalıklardan hiç bahsedilmediğini ve ne obezitenin ne de alkolizmin tıp mesleğinde hastalık olarak görülmediğini ifade etmiştir. Bu bakımdan Sezgin (2013), hiperaktivite, adet dönemi öncesi sendromu, duygu durum bozukluğu, doğum, yaşlanma, ölüm, menopoz ve menstürasyon gibi gündelik hayatın doğal süreçlerinin tıbbileştirildiği üzerinden konuyu örneklendirmektedir. Nihai olarak tıbbi söylemin yayılarak hayatın bütününe sağlık ve hastalık eksenine indirildiği yapıda tıp kurumu, inşa etmiş olduğu güçlü otoritesi sayesinde insan davranışlarını kontrol etmekte ve bu noktada sağlıklı olmak ve hastalıklardan kurtulmak için piyasadaki mekanizmaların devreye girdiği bir sömürü düzeni geliştirmektedir (Erdem, 2023).

III. YÖNTEM

Bu çalışma, Web of Science veri tabanında yer alan ve 1975-2023 yılları arasında medikalizasyon kavramı üzerine yapılan akademik yayınları bibliyometrik bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamaktadır. Bu ana amaç doğrultusunda medikalizasyon kavramı ile ilgili çalışmalar incelenerek, alanın disiplinler arasındaki yeri ve mevcut durumu ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu çalışma ile WOS veri tabanına dayalı olarak “medikalizasyon” kavramı ile ilgili literatürün çerçevesini çizmek, konuya ilişkin yayınların sistematik ve nicel bir değerlendirmesini yapmak, konunun kuramsal çerçevesi ile ilgili bilgiler sunmak ve çalışma sonucu elde edilen bulgulardan hareketle gelecek çalışmalara yön vermek amaçlanmıştır.

Bu kapsamda araştırmada şu sorulara cevap aranmıştır:

1. Medikalizasyonla ilgili en çok ilgi gören yayın türleri hangileridir?
2. Medikalizasyon konusunda yapılan çalışmalar daha çok hangi dillerde yayınlanmıştır?
3. Medikalizasyon konusunu ele alan yayın sayıları kronolojik olarak nasıl bir değişim göstermektedir?
4. Konuya ilgi (atıf sayıları) kronolojik olarak nasıl değişmektedir?

5. Medikalizasyon konusunda en fazla yayın yapılan dergiler, kurumlar, ülkeler hangileridir?
6. Medikalizasyon konusunun araştırma alanları nelerdir?
7. Bu konuda en fazla atıf alan, yayın yapan, dolayısıyla öne çıkan yazarlar kimlerdir?
8. Medikalizasyon konusunda en çok atıf alan, bu konuda öne çıkan yayınlar hangileridir?
9. Medikalizasyon kavramı en çok hangi konularla ilişkilendirilmektedir ve bu konuların zamansal değişimi nasıldır?

Çalışmada araştırma verilerini toplamak için 2-10 Ocak 2023 tarihleri arasında Web of Science Core Collection (WOS) veri tabanı kullanılarak “medikalizasyon” kelimesinin İngilizce karşılıkları olan “medicalisation” ve “medicalization” anahtar kelimeleriyle tarama yapılmıştır. WOS veri tabanında tüm alanlarda medikalizasyon kelimesi tarandığında; aranabilir tüm alanlarda medikalizasyon kelimesi geçen yayınlar taranarak sıralanmaktadır. Taramada dergi adı, yayın türü, dil vb. herhangi bir sınırlamaya gidilmemiştir. Bu tarama ile yıllara göre en eski 1975 ve en yeni 2023 yılları olmak üzere bu yıllar arasında yayımlanan 3346 çalışmaya ulaşılarak analizler yapılmıştır.

Bu çalışmada tanımlayıcı bibliyometrik analizler yapılmıştır. Bibliyometrik analizlerden performans analizi ve bilim haritalama tekniklerinden faydalanılmıştır. Performans analizi, yazar, kurum, ülke ve dergilerin performansı gibi alandaki genel profili sunmak için bir standart sağlarken bilim haritalama ile ise atıf analizi, ortak atıf analizi, kaynakça eşleşmesi, ortak kelime analizi ve ortak yazar analizleri incelenebilmektedir (Donthu vd., 2021). Yapılan tarama neticesinde performans analizi kapsamında; yıllara göre yayın ve atıf sayıları, yayınların türlerine, yayın dillerine, yayımlandığı dergilere, çalışmaların yapıldığı kurumlara ve ülkelere göre dağılımları, yazarlar (en fazla yayın yapan ve en fazla atıf alan yazarlar) ve bunların yanı sıra araştırma alanları incelenmiştir. Bilim haritalama kapsamında ise yazar ortak kelime ağ analizi yapılmıştır. Bunlara ek olarak yazar anahtar kelimeleri bibliyometrik analize tabi tutulmuş ve medikalizasyon kavramı ile en çok ilişkilendirilen konular ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Çalışmada ayrıca VOSviewer 1.6.19. (Bilim ve Teknoloji Araştırmaları Merkezi, Leiden Üniversitesi, Hollanda) programı kullanılarak medikalizasyon ile ilgili yayınlarda kullanılan anahtar kelimelerin ağ analizi yapılmış ve bibliyometrik haritalar oluşturulmuştur.

Tablo 1. Araştırma Stratejisi

Veri Kaynağı	Web Of Science
Zaman Aralığı	1975-2023
Arama Terimleri	“medicalization”, “medicalisation”
Arama Kriterleri	Tüm alanlar
Yayın Türleri	Tümü
Dil	Tüm Diller
Ulaşılan Çalışma Sayısı	3346
Haritalamada Kullanılan Analiz Programı	WosViewer

Çalışmada kullanılan veriler WOS veri tabanından elde edilmiştir. Medikalizasyon konusunda yapılan çalışmaların yalnızca WOS veri tabanında yer alan yayınlardan ibaret olmaması, farklı veri tabanları ve veri tabanları dışındaki platformlarda yer alan yayınların çalışmaya dahil edilmemiş olması bu çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Diğer bir sınırlılık ise erişilen yayınların, bibliyometrik analizlerin doğası gereği içerik olarak değerlendirilmemesi, istatistiksel olarak ortaya konulması ve nicel yöntemler kullanılarak tanımlayıcı bir yaklaşımla değerlendirilmesidir.

IV. BULGULAR

Bu çalışmada WOS veri tabanında yer alan, 1975-2023 yılları arasında medikalizasyon konusunda yapılan 3346 çalışma değerlendirmeye alınmış ve bu çalışmalar bibliyometrik analize tabi tutularak

değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak, sekiz kategoride performans analizlerine dair bulgulara, sonrasında ise bilimsel haritalamaya dair ağ haritalarına yer verilecektir.

4.1. Performans Analizi

4.1.1. Yayın Türleri

Tablo 2’de yayınların makale, kitap bölümü, kitap, bildiri, mektup vb. yayın türlerine göre dağılımları verilmektedir.

Tablo 2. Yayınların Türlerine Göre Dağılımı

Yayın Türü	Frekans (n)	Yüzde (%)
Makale	2726	81,47
Derleme Makale	190	5,67
Kitap Bölümü	181	5,40
Editöryal Materyal	163	4,87
Kitap incelemesi	149	4,45
Bildiri Kitabı	92	2,75
Erken Erişim	56	1,67
Mektup	31	0,92
Toplantı Özeti	29	0,86
Kitap	13	0,38

Medikalizasyon kavramını konu edinen pek çok yayın türünün olduğu Tablo 2’de görülmektedir. Bu anlamda en fazla yayın yapılan tür makale iken (n=2726) en az yayın yapılan tür kitap (n=13) olarak yer almaktadır.

4.1.2. Çalışmaların Yayın Dili

Medikalizasyon konusunda yapılan çalışmaların hangi dilde yazıldığına dair bilgiler Tablo 3’te verilmektedir.

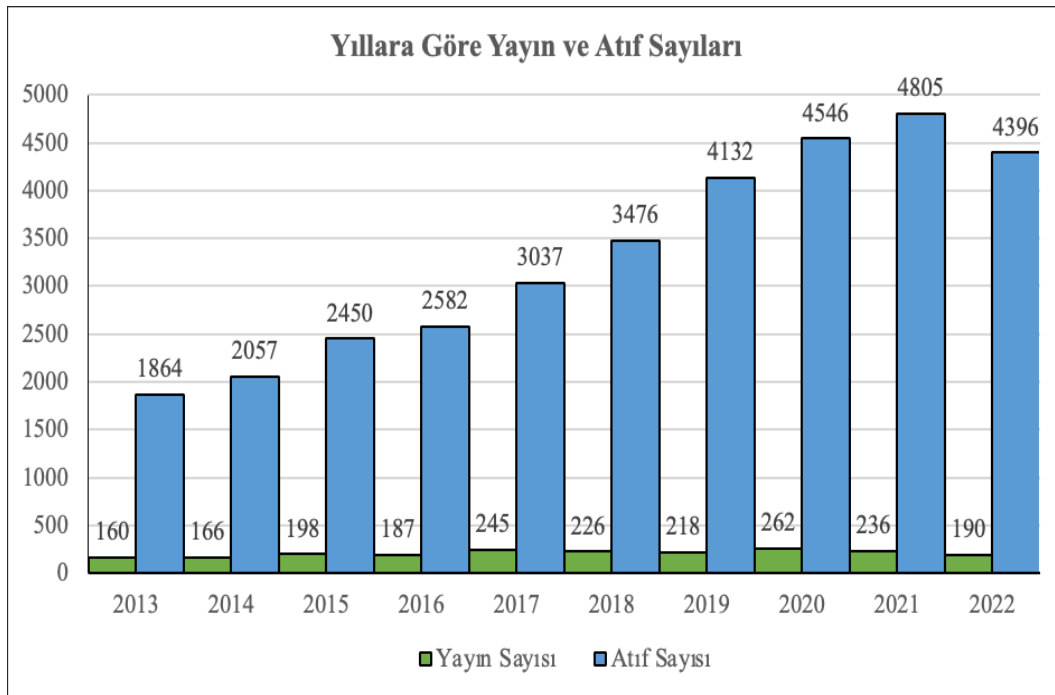
Tablo 3. Çalışmaların Yayın Diline Göre Dağılımı

Yayın Dili	Frekans (n)	Yüzde (%)
İngilizce	2645	79,05
İspanyolca	208	6,21
Portekizce	206	6,15
Fransızca	166	4,96
Almanca	39	1,16

Elde edilen verilere göre çalışmaların 22 farklı dilde yayınlandığı görülmektedir. Tablo 3 incelendiğinde çalışmaların yayın dilinin büyük çoğunluğunun 2645 yayın ile İngilizce olduğu görülmektedir. İngilizce’yi 208 yayın ile İspanyolca ve 3. olarak da 206 yayın ile Portekizce takip etmektedir. Türkçe dilinde yayınlanan çalışma sayısı ise 3’tür.

4.1.3. Yıllara Göre Yayın ve Atıf Sayıları

Şekil 1’de yayın ve atıf sayılarının yıllara göre dağılımı yer almaktadır.

Şekil 1. Yayın ve Atıf Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: WOS veri tabanı

Son on yılın yayın sayıları incelendiğinde, 2020 yılının 262 yayınlı en fazla yayının gerçekleştiği yıl, 2013 yılının ise 160 yayınlı en az yayının gerçekleştiği yıl olduğu görülmektedir. Son on yılın atıf sayıları incelendiğinde ise, 2021 yılı 4805 atıflı en fazla atıfın gerçekleştiği yıl, 2013 yılı ise 1864 atıflı en az atıfın gerçekleştiği yıl olduğu görülmektedir.

4.1.4. Çalışmaların Yayınlandığı Dergiler

Medikalizasyonla ilgili yapılan çalışmaların uluslararası literatürde çoğunlukla yayınlandığı dergiler Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Çalışmaların Yayınlandığı Dergilere Göre Dağılımı

Dergiler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Social Science&Medicine	126	3,76
Sociology of Health Illness	58	1,73
Ciencia Saude Coletiva	41	1,22
Interface Comunicacao Saude Educacao	40	1,19
Medical Anthropology Quarterly	34	1,01
Saude E Sociedade	31	0,92
Health	27	0,80
Qualitative Health Research	26	0,77
Culture Medicine and Psychiatry	24	0,71
Historia Ciencias Saude Manguinhos	24	0,71

WOS veri tabanındaki medikalizasyon ile ilgili çalışmalar 1529 farklı dergide yayınlanmıştır. Tablo 4 incelendiğinde medikalizasyon konusunda en fazla yayın yapılan derginin Social Science & Medicine (n=126) olduğu görülmektedir.

4.1.5. En Fazla Katkı Sağlayan Kurumlar

Tablo 5'te medikalizasyon konusunda yapılmış çalışmaların kurumlara göre dağılımı verilmektedir.

Tablo 5. Kurumlara Göre Yayın Sayıları

Kurumlar	Frekans (n)	Yüzde (%)
University of California	90	2,69
University of London	80	2,39
Udice French Research Universities	76	2,27
University of Toronto	39	1,17
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	36	1,08
University of Oxford	35	1,05
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm)	34	1,02
Universidade Federal do Rio de Janeiro	33	0,99
Université Paris Cité	33	0,99
University of Oslo	32	0,96

WOS veri tabanına göre medikalizasyonla ilgili literatüre en fazla katkı sağlayan kurumlar incelendiğinde, Kaliforniya Üniversitesi'nin 90 çalışma ile ilk sırada yer aldığı, 80 çalışma ile Londra Üniversitesi'nin onu takip ettiği görülmektedir.

4.1.6. En Fazla Araştırma Yapılan Ülkeler

Medikalizasyonla ilgili yapılan araştırmaların ülkelere göre dağılımı Tablo 6'da verilmektedir.

Tablo 6. Ülkelere Göre Yayın Sayıları

Ülkeler/Bölgeler	Frekans (n)	Yüzde (%)
ABD	1037	30,99
İngiltere	352	10,52
Brezilya	288	8,62
Kanada	287	8,58
Fransa	185	5,53
İspanya	135	4,03
Avustralya	117	3,50
Almanya	96	2,87
Hollanda	89	2,66
İtalya	68	2,03

Tablo 6'da medikalizasyon konusunda en fazla yayına sahip ilk 10 ülkeye yer verilmiştir. En fazla çalışma yapan ülkelere bakıldığında, ABD: Amerika Birleşik Devletleri 1037 çalışma ile ilk sırada yer alırken, İngiltere 352 çalışma ile onu takip etmektedir. Bunların yanı sıra Türkiye adresli yayınlara bakıldığında ise Türkiye'nin literatüre 17 makale ile %0,50 katkı sağlayarak 30. sırada yer aldığı görülmektedir.

4.1.7. En Fazla Atıf Alan ve En Fazla Yayına Sahip Yazarlar

Medikalizasyonla ilgili yapılan çalışmalarda en fazla atıf yapılan on yazar ve atıf sayıları Tablo 7'de gösterilmektedir.

Tablo 7. En Fazla Atıf Alan Yazarlar

Yazar	Atıf Sayısı
Conrad, P	2427
Fishman, JR	1087
Mamo, L	994
Clarke, AE	959
Fosket, JR	959
Shim, JK	959
Heath, I	598
Barker, KK	566
Jutel, A	527
Gottdiener, WH	418

Tablo 7 incelendiğinde medikalizasyon konusunda yapılan çalışmalarda en fazla atıf alan yazarın 2427 atıfla Peter Conrad, ikinci olarak 1087 atıfla Jennifer R. Fishman olduğu görülmektedir. Peter Conrad ve Jennifer R. Fishman'ın bu konuda çalışan araştırmacılar için yol gösterici olabileceği söylenebilir.

Tablo 8'de ise medikalizasyonla ilgili en fazla yayın yapan on yazar ve yayın sayıları verilmektedir.

Tablo 8. En Fazla Yayın Yapan Yazarlar

Yazar	Yayın Sayısı
Hofmann, B	18
Conrad, P	16
Tiefer, L	14
Malcolm, D	13
Tesser, CD	12
Earp, BD	11
Hall, LK	11
Clarke, JN	11
Williams, S	10
Baillargeon, D	10

Tablo 8'de görüldüğü üzere WOS veri tabanından elde edilen verilere göre medikalizasyon literatürüne en yüksek katkıyı sağlayan, en fazla yayın yapan yazar Björn Hofmann (18) olarak karşımıza çıkmaktadır. Akabinde ise Peter Conrad (16) alana en çok katkı sağlayan ikinci yazar olarak yer almaktadır.

4.1.8. En Fazla Atıf Alan Çalışmalar

Tablo 9'de medikalizasyon konusunda en fazla atıf alan on çalışmanın yayın yılları, toplam atıf sayıları ve atıf sayılarının yıllara göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 9. En Fazla Atıf Alan Çalışmalar ve Atıf Sayıları

Yayın Adı	Yazar	Yayın Yılı	Yıllar					Toplam
			2019	2020	2021	2022	2023	
Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine	Clarke, AE; Shim, JK; Mamo, L; Fosket, JR; Fishman, JR	2003	71	68	81	71	1	923
Medicalization And Social-Control	Conrad, P	1992	60	83	43	53	3	895
Healthism and the Medicalization of Everyday Life	Crawford, R	1980	72	74	75	78	4	868
Antimicrobial Resistance: Risk Associated with Antibiotic Overuse and Initiatives to Reduce the Problem	Llor, C; Bjerrum, L	2014	85	101	170	156	6	670
Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering	Moynihan, R; Heath, I; Henry, D	2002	16	18	13	16	0	542
The Shifting Engines of Medicalization	Conrad, P	2005	47	33	28	32	1	501
Psychological Impact of Infertility	Cousineau, TM; Domar, AD	2007	51	62	47	33	2	495
Sociology of Diagnosis: A Preliminary Review	Jutel, A	2009	33	39	38	38	2	342
Naming and Framing- The Social Construction of Diagnosis and Illness	Brown, P	1995	22	22	30	15	1	320
The Social Construction of Illness : Key Insights and Policy Implications	Conrad, P; Barker, KK	2010	39	31	38	38	1	288

Tablo 9’da en çok atıf alan on çalışmaya yer verilmiştir. Clarke ve diğerlerinin (2003) çalışmasında biyomedikal alanındaki dönüşüm süreçleri ele alınmış ve bu çalışma medikalizasyonla ilgili en çok atıf alan araştırma olmuştur. Conrad (1992) çalışmasında tıbbileştirme ve sosyal kontrol konuları üzerine bir çalışma ortaya koymuştur. Crawford (1980) çalışmasında "healthism" (sağlıkçılık) kavramını, tıbbileştirmenin bir türü olarak ifade etmiştir. Llor ve Bjerrum (2014) antibiyotiklerin aşırı kullanımıyla artan riskleri ve bu problemle mücadele için yapılması gerekenleri çalışmalarında tartışmışlardır. Moynihan ve diğerlerinin (2002) eserlerinde bazı sıradan durumların tıbbileştirilmesinden ve ilaç endüstrisinin tedavi edilebilir hastalık sınırlarını genişletmesi üzerinde durulmaktadır. Conrad (2005) çalışmasında son yirmi senelik süreçte tıbbileştirme sürecini şekillendiren unsurları ele almıştır. Cousineau ve Domar (2007) çalışmalarında tıbbileştirmenin getirileri bağlamında çocuk sahibi olamamanın çiftler üzerindeki psikolojik etkilerini incelemişlerdir. Jutel (2009) çalışmasında tanının tıbbileştirme sürecindeki rolü ve tanı sosyolojisi kapsamında konuyu

Van Eck ve Waltman'ın (2023) belirttiğine göre, ağ gösteriminde her bir anahtar kelime bir daire ile temsil edilmektedir ve bu dairenin boyutu o ögenin ağırlığına göre belirlenmektedir. Anahtar kelimeler arasındaki çizgiler de bağlantıları temsil etmektedir. Ayrıca iki anahtar kelime arasındaki mesafe yaklaşık olarak, birlikte kullanılmaları bakımından iki anahtar kelimenin ilişkiliğini göstermektedir. Yani denilebilir ki iki anahtar kelime birbirine ne kadar yakınsa aralarındaki ilişki o kadar güçlüdür. Ayrıca iki veya daha fazla kavramın farklı çalışmalarda birlikte yer alması güçlü kavram birlikteliği ilişkisini de ifade etmektedir.

Şekil 2’de öne çıkan anahtar kelimeler ve bunlarla ilgili bazı bilgiler de Tablo 10’da sunulmuştur.

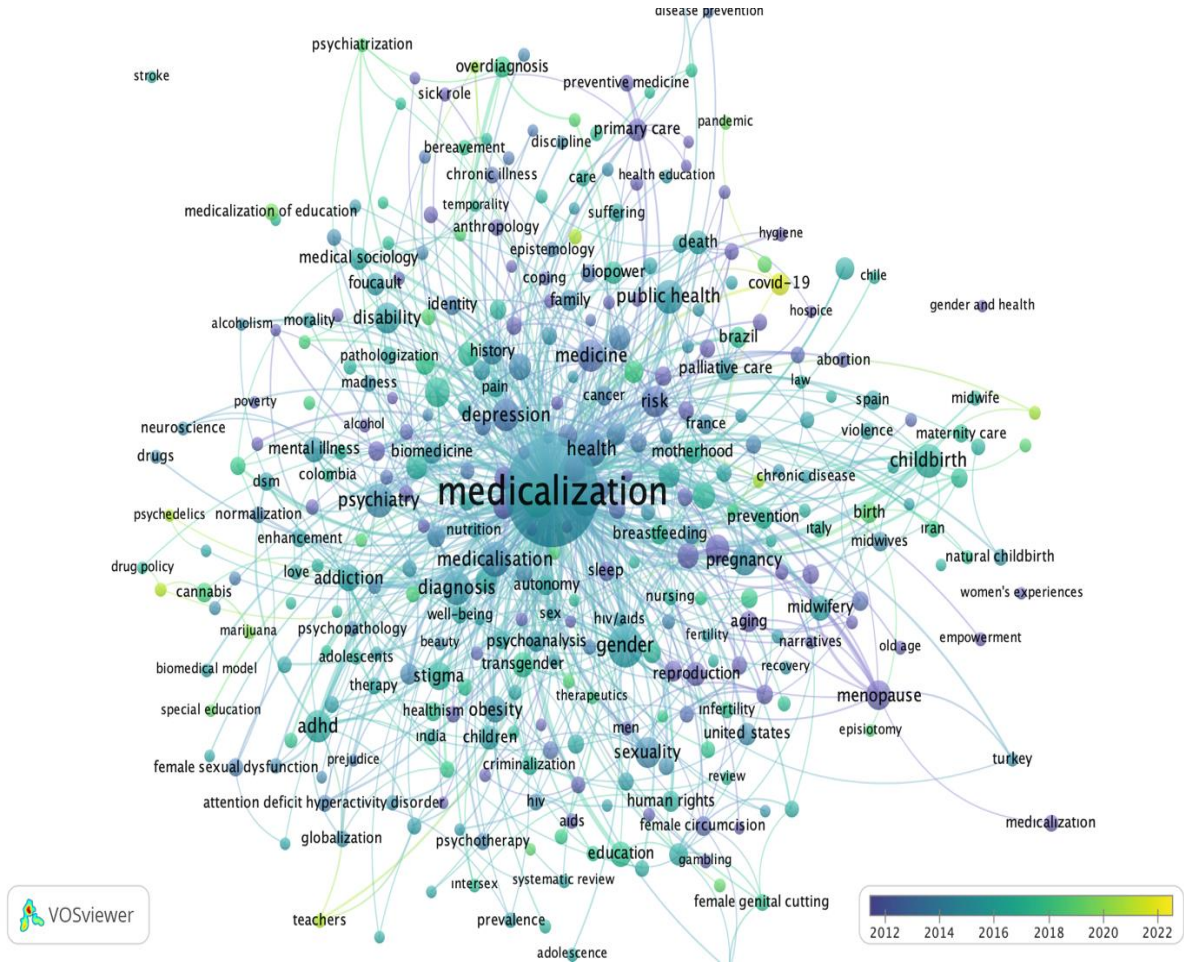
Tablo 10. Medikalizasyon İle İlgili Yayınlarla İlişkin Ortak Kelime Analizi Tablosu

Sıra	Anahtar Kelime	Gerçekleşme Sayısı	Bağlantı Sayısı	Toplam Bağlantı Gücü
1	Medikalizasyon (medicalization)	881	326	1609
2	Cinsiyet (gender)	86	115	221
3	Mental Sağlık (mental health)	66	77	139
4	Sağlık (health)	55	68	121
5	Medikalizasyon (medicalisation)	54	79	104
6	Doğum (childbirth)	50	50	107
7	Halk Sağlığı (public health)	50	69	107
8	Psikiyatri (psychiatry)	49	69	135
9	Etik (ethics)	49	70	99
10	Teşhis (diagnosis)	48	62	111
11	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (ADHD; attention deficit hyperactivity disorder)	45	50	109
12	Depresyon (depression)	44	49	79
13	Medicine (tıp)	43	71	96
14	Sakatlık (disability)	42	52	76
15	Hamilelik (pregnancy)	41	55	98

Tablo 10’da ortak kelime analizinde en az 5 kere ve daha sık birlikte kullanılan anahtar kelimelerin gerçekleşme sayısı en yüksek olandan düşük olana doğru ilk 15 anahtar kelime gerçekleşme sayısı, bağlantı sayısı ve toplam bağlantı gücü değerleriyle birlikte sunulmaktadır. Van Eck ve Waltman (2023), VOSviewer’da iki standart ağırlık özelliği bulunduğunu ifade etmiştir. Bunlar “Bağlantılar” ve “Toplam Bağlantı Gücü” olarak adlandırılan iki standart ağırlık özelliğidir. *Bağlantı sayısı*, bir ögenin diğer öğelerle olan bağlantılarının sayısıdır. *Toplam bağlantı gücü (total link strength)* ise bir ögenin diğer öğelerle olan bağlantılarının toplam gücünü göstermektedir. Bu bir ögenin ağırlığının, aynı zamanda ögenin önemini gösterdiğini ve daha yüksek ağırlığa sahip bir ögenin, daha düşük ağırlığa sahip bir öğeden daha önemli kabul edildiğini ifade etmektedir. Daha açık şekilde ifade edilecek olursa, tablodaki gerçekleşme sayısı, anahtar kelimenin kaç kez kullanıldığını; bağlantı sayısı anahtar kelimenin diğer anahtar kelimelerle birlikte kaç kez kullanıldığını; toplam bağlantı gücü ise anahtar kelimenin diğer anahtar kelimeler ile kaç kez birlikte kullanıldığını ifade eden kümülatif toplamdır.

Görüldüğü üzere listenin başında **medikalizasyon** ve **cinsiyet** kelimeleri yer almaktadır. Medikalizasyon kelimesi, kısıtı sağlayan 350 anahtar kelimedenden 326’sı ile bağlantılı olup aralarındaki ilişkilerin toplam gücü 1609’dur. Cinsiyet anahtar kelimesinin bağlantı sayısı ise 115 olup toplam bağlantı gücü 221’dir. Bunların yanında, listede üçüncü sırada **mental sağlık** anahtar kelimesi yer almaktadır. Bu anahtar kelimenin de ağ haritasındaki 77 anahtar kelime ile 66 kez birlikte kullanıldığı ve bu kelimelerin toplam bağlantı gücünün 139 olduğu belirlenmiştir.

Şekil 3. Yazar Ortak Anahtar Kelime Analizi-Zamansal Eğilim Ağ Haritası



Şekil 3'teki ağ haritası, 2012-2022 yılları arasında hangi anahtar kelimelerin ilişkisinin daha fazla araştırıldığını göstermektedir. Buna göre, örneğin sarı-yeşil ve sarı renk ile gösterilen anahtar kelime kümeleri 2018-2022 yılları arasında ilişkilendirilen anahtar kelimeleri göstermektedir. Bu ağ haritasından faydalanarak 2012-2022 yılları arasında yapılan yayınlarda, *medikalizasyon* kavramı ile ilişkisi incelenen anahtar kelimeler tespit edilmeye çalışılmıştır. Şekil 3'te doğrudan sarı ile gösterilen anahtar kelimeler, 2020 ve 2021 yıllarında yayınlanan makalelerdeki anahtar kelimeleri içermektedir. Bu bağlamda, *Covid-19* anahtar kelimesi ortaya çıkmaktadır. Sarı-yeşil renk ile gösterilen ve 2020 yılında yayınların anahtar kelimelerine bakıldığında, *beceriklilik (ableism)*, *psikedelikler/halüsinojenik (psychedelics)*, *obstetrik şiddet (obstetric violence)*, *öğretmenler (teachers)*, *sosyal medya (social media)*, *tematik analiz (thematic analysis)* ve *tıbbi esrar (medical cannabis)* anahtar kelimeleri dikkat çekmektedir. Yeşile yakın bir renk ile görselleştirilen 2019 yılındaki yayınlarda ise *esrar (marijuana)*, *eğitimin medikalizasyonu (medicalization of education)*, *özel eğitim (special education)* ve *pandemi (pandemic)* anahtar kelimeleri görülmektedir.

Şekil 3'teki 2019 yılı öncesindeki yayınlarda kullanılan diğer anahtar kelimelere bakıldığında ise aşırı medikalizasyon (*over-medicalization*), aşırı tedavi (*overtreatment*), doğum (*birth*), epizyotomi (*episiotomy*), doğumun medikalizasyonu (*medicalization of childbirth*), demans/bunama (*dementia*), yenidoğan taraması (*newborn screening*), esrar (*cannabis*), felsefe (*philosophy*), hastalık (*disease*), otizm (*autism*) psikiyatrizasyon/psikiyatrikleştirme (*psychiatrization*), ruh sağlığı hizmetleri (*mental healthcare*) zihinsel bozukluklar (*mental disorders*), transhümanizm (*transhumanism*), etkilemek (*affect*), terapötikler/terapi ediciler (*therapeutics*), eleştirel söylem analizi (*critical discourse analysis*), ergen (*adolescent*) ve Çin (*China*) anahtar kelimelerinin yer aldığı görülmektedir. 2019 yılı öncesindeki yayınlarda doğum ile ilgili anahtar kelimelerin ağırlıklı olduğu görülmektedir. Buradan

anlaşılmaktadır ki 2019 yılı öncesinde doğum ve doğumla ilgili konular medikalizasyonla en çok ilişkilendirilen alanlardan biridir. 2019 yılıyla birlikte özellikle 2021 yılında medikalizasyon konusu Covid-19 pandemisi ile ilişkilendirilmeye başlanmıştır.

V. TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre medikalizasyon alanında WOS'ta yayınlanan eserlerin sayısının bazı yıllarda bir önceki yıla göre düşüş gösterdiği, ancak genel anlamda 1975 yılından itibaren yayın sayılarının artarak devam ettiği ve alana ilginin zamanla arttığı ifade edilebilir. En fazla yayının ise 2020 (n=262) yılında gerçekleştiği söylenebilir. WOS veri tabanında medikalizasyon ile ilgili çalışmaların makale, kitap bölümü, kitap, kitap incelemesi editoryal materyal, bildiri kitabı vb. farklı yayın türlerinde olduğu ve en fazla yer alan yayının makale (n=2726) türünde olduğu görülmektedir. Bu durumda medikalizasyona ait bilginin kitaplaşmadığı, medikalizasyonla ilgili bilgiye ulaşmada makalelerin ön planda olduğu söylenebilir. Çalışmaların yayın dillerine göre dağılımına bakıldığında en fazla yayının İngilizce (n=2645) dilinde yapıldığı, Türkçe yayın sayısının ise 3 olduğu görülmektedir. Dergilere dair analize bakıldığında ise medikalizasyona ilişkin çalışmaların en fazla yayınlandığı derginin *Social Science & Medicine* (n=126) olduğu, onu ise 58 çalışma ile *Sociology of Health Illness* dergisinin izlediği görülmektedir. Medikalizasyonla ilgili yayınların daha çok sosyal bilimler ve sosyoloji ile sağlık konularının kesiştiği dergilerde olduğu söylenebilir. Yıllara göre atıf sayılarındaki artış da yayınların her geçen gün daha fazla okunduğu ve dolayısıyla daha fazla tartışmanın yapıldığı şeklinde değerlendirilebilir. Böylece medikalizasyonla ilgili yeni tartışma alanlarının ortaya çıktığı söylenebilir.

WOS veri tabanından elde edilen sonuçlara göre en çok atıf alan çalışma Clarke ve diğerlerinin 2003 yılında yayınlanan çalışmasıdır. Clarke ve diğerleri (2003), bu çalışmada biyomedikalizasyonu tanımlamış ve medikalizasyondan biyomedikalizasyona geçiş sürecini, dönüşümü ve biyomedikalizasyonun 5 temel sürecini açıklamıştır. Bu, teknolojik gelişmelerle ve bunların tıp alanına yansımalarıyla birlikte medikalizasyon kavramının da bir değişim geçirdiğini biyomedikalizasyon kavramına evrildiğini göstermektedir. En çok atıf alan diğer çalışmalara bakıldığında ise bunlardan birisi Conrad (1992)'in medikalizasyon ve sosyal kontrol ile ilgili temel kavramsal sorunları ele aldığı, medikalizasyon ve sosyal kontrol ilişkisini ve tıp kurumundaki değişikliklerin medikalizasyon üzerindeki etkilerini tartıştığı "*Medicalization And Sociaal-Control*" adlı çalışmasıdır. Diğerleri ise Crawford (1980)'un "*Healthism and the Medicalization of Everyday Life*" başlıklı çalışmasıdır. Bu üç çalışmaya bakıldığında da çalışmaların konu ve yayın yılları itibarıyla alandaki önemli ilk çalışmalar arasında yer aldığı ve konunun temel kaynakları olarak nitelendirebileceğimiz yayınlar olduğu görülmektedir.

Dünyanın farklı bölgelerinden 80'den fazla ülkeden araştırmacıların medikalizasyon ile ilgili çalışmalarının olması da medikalizasyonun araştırmacıların ilgisini çeken önemli bir olgu olduğuna işaret etmektedir. Yapılan analizlerde medikalizasyon literatürüne en fazla katkı sağlayan ülkenin ABD olduğu görülmektedir. ABD'yi sırasıyla İngiltere ve Brezilya takip etmektedir. Türkiye'nin ise 17 makale ile alana % 0.50 katkı sağlayarak 30. sırada yer aldığı görülmektedir. Bu veriler göstermektedir ki ülkemiz (Türkiye) adına alana daha fazla nitelikli katkı sunmamız gerekmektedir. Medikalizasyon anahtar kelimesiyle WOS'da yer alan Türkiye adresli yayınlar incelendiğinde daha çok halk, çevre ve iş sağlığı, biyomedikal bilimler, sağlık bilimleri, kadın çalışmaları, sosyoloji gibi araştırma alanları ön plana çıkmıştır. Çalışmaların başlıklarına bakıldığında ise daha çok doğum ve üreme konularının ön plana çıktığı görülmektedir. Türkiye adresli yayınlar içerisinde en çok atfın *Health Care For Women International* dergisinde, kamu, çevre ve iş sağlığı ve kadın çalışmaları araştırma alanlarında yer alan doğum ile ilgili bir makaleye yapıldığı görülmektedir. İkinci sırada *Social Science & Medicine* dergisinde yayınlanan "*Fate, Morals and Rational Calculations: Freezing Eggs for Non-Medical Reasons in Turkey*" adlı makalenin yer aldığı görülmektedir. Üçüncü sırada ise *Womens Studies International Forum* dergisinde yayınlanan "*Reproductive Citizenship in Turkey: Abortion Chronicles*" adlı makalenin yer aldığı görülmektedir. Buradan hareketle üreme, üreme etiği ve doğum ile ilgili konuların medikalizasyon ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Benzer şekilde son

dönemlerde Türkiye’de de medikalizasyon kavramının kadın sağlığı, üreme ve doğum alanlarındaki çalışmalarla sıklıkla ilişkilendirildiği görülmektedir (Demirlikan, 2015; Vural ve Erenel, 2017; Şahin ve Erbil, 2019; Çıtak, 2020; Baltacı ve Metin, 2021; Boz, 2021; Doğan Özdemir ve Kulakaç, 2021; Kulakaç, 2021; Yeşildağ Çelik ve Gölbaşı, 2021).

Ayrıca medikalizasyon alanında yapılan çalışmaların araştırma konularının odak noktalarını tespit etmek ve medikalizasyonun en çok hangi kavramlarla ve alanlarla ilişkilendirildiğini belirlemek amacıyla görsel haritalama teknikleri ile analiz yapılmıştır. Yazar anahtar kelimeleri ile ortak kelime analizi/ortak oluşum analizi sonucunda medikalizasyon kavramının cinsiyet, mental sağlık, sağlık, doğum, halk sağlığı ve psikiyatri gibi farklı kavramlarla birlikte kullanıldığı görülmüştür. Özellikle çalışmaların artarak devam ettiği 2018-2022 döneminde medikalizasyon konusunun hamilelik süreçleri ve doğum, psikoloji ve psikiyatri, uyuşturucu maddeler ve esrar, pandemi ve COVID-19 konularıyla sıklıkla ilişkilendirilmeye başlandığı görülmektedir.

WOS veri tabanından elde edilen verilere göre medikalizasyon konusunda en fazla yayını olan araştırmacı Björn Hofmann’ın 18 yayınından ilki 2010 yılında Amerikan Biyoetik Dergisi’nde yayınlanmış olan *“Stuck in the Middle: The Many Moral Challenges with Bariatric Surgery”* adlı obezite ile ilgili çalışmasıdır. Hofmann’ın medikalizasyon alanına katkı sağladığı son yayını ise 2022 yılı Eylül ayında yayınlanan, bilim ve teknolojiye gelişmelerle genişleyen tıp alanının, ahlaki sorunlarının da genişlemesini konu alan *“Managing the Moral Expansion of Medicine”* adlı çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre tıptaki genişlemenin ortaya çıkardığı ahlaki sorunlardan bir tanesi de tıbbileştirmedir. En fazla yayını olan ilk üç yazardan diğerleri ise 16 yayın ile Peter Conrad ve 14 yayın ile Leonore Tiefer’dir. Benzer şekilde en çok atıf alan yazar olan Peter Conrad’ın ilk yayını 1980 yılında yayınlanmış olan *“Implications of Changing Social Policy for the Medicalization of Deviance”* başlıklı makalesidir. Yazarın en fazla atıf alan çalışması ise 895 atıf ile *“Medicalization and Social Control”* başlıklı derleme makalesidir. Daha sonra en fazla atıf alan yazarlar ise Jennifer R. Fishman, Laura Mamo, Adele E. Clarke, Jennifer Ruth Fosket ve Janet K. Shim’dir. Aynı zamanda, bu yazarların ortak yazar oldukları 2003 yılında yayınlanmış *“Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine”* adlı bir çalışma da bulunmaktadır.

Medikalizasyon her ne kadar yeni bir konu olmasa da farklı disiplinlerce beslenmeye açık bir alandır. Halen doldurulması gereken boşlukları ve literatürde ilişkilendirilebileceği farklı alanlar vardır. Özellikle ülkemizden alana katkı sağlayan nitelikli yayınların sayısının az olması nedeniyle medikalizasyon konusunda yapılacak nitelikli çalışmaların artması Türkiye’nin literatüre katkısı açısından önem arz etmektedir.

VI. SONUÇ

Sonuç olarak, medikalizasyon kavramı 1970’li yılların ortalarından itibaren yaygınlaşmaya başlamış ve öncü olarak da Peter Conrad’ın ismi öne çıkmıştır. Sosyoloji, psikoloji, psikiyatri, etik, halk sağlığı ve tıbbın diğer uzmanlıklarını ortak noktada buluşturabilmesi sebebiyle farklı disiplinlerin ilgisini çekmiş ve geçen süre zarfında gündemden düşmemiştir. Zamanla tıp kurumuna karşı yapılan eleştirilerin odak kavramı haline gelmiş ve psikiyatrizasyon, biyomedikalizasyon, demedikalizasyon, sağlıkçılık (healthism), farmasötikalizasyon gibi birçok kavramın ortaya çıkmasına da ilham kaynağı olmuştur. Medikalizasyonla ilgili bilimsel çalışmalar için de Social Science & Medicine, Sociology of Health & Illness gibi dergiler odak noktası olmuştur. Bu dergilerin ortak özelliği sağlık ve hastalıkla ilgili konuları toplumsal düzlemde ele almalarıdır. Medikalizasyonla ilgili Türkiye’de yapılan çalışmalar daha çok üreme sağlığı, gebelik süreci ve doğum gibi konulara odaklanırken, yurtdışındaki araştırmacılar cinsiyet, mental sağlık, depresyon, psikiyatri, hiperaktivite bozukluğu, doğum, gebelik, madde bağımlılığı, obezite, etik, aşırı teşhis gibi konularla ilgili çalışmaları medikalizasyon zemininde ele almışlardır.

Türkiye’de tıp kurumunu ve sağlık sisteminin yapı ve işleyişini eleştirel gözle değerlendirmek için medikalizasyon kavramının bakış açısıyla yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Başta hekimler ve

hastalar olmak üzere sağlık politikacıları, sağlık profesyonelleri ve toplumun tüm üyeleri tarafından sağlık sistemindeki olumsuzlukların görülmesi ve bunlara dair çözüm stratejileri ortaya konması noktasında medikalizasyon kavramı bir farkındalık oluşturabilecektir. Bu konuda sosyal tıp ya da sağlık sosyolojisi gibi alanlara, bu alana odaklanmış kongre, sempozyum, çalıştay gibi bilimsel toplantı zeminlerine ve yayın yapacak bilimsel dergilere ihtiyaç bulunmaktadır.

Bu araştırma sonuçlarının, medikalizasyonla ilgili alan yazındaki kaynakların, yazarların, organizasyonların, dergilerin, dokümanların ve ülkelerin bir listesini sunması bakımından bu alanda çalışacak araştırmacılar için bir rehber ve yol gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir. WOS veri tabanı bibliyometrik incelemede en yaygın kullanılan veri tabanlarından biri olmasına rağmen medikalizasyon konusunda yapılan tüm çalışmaların WOS veri tabanında yer almadığı da unutulmamalıdır. Bu nedenle bu eksikliği gidermek adına Scopus, PubMED gibi farklı veri tabanlarından da faydalanarak medikalizasyon ile ilgili bibliyometrik analiz çalışmaları yapılarak bu konudaki perspektif genişletilebilir, daha kapsamlı bir çalışma yapılabilir ve araştırmacılara farklı bakış açıları sunulabilir. Ayrıca bu çalışmanın sonuçları ile bir karşılaştırma yapılabileceği de önerilebilir. Bu kapsamda dar bir çerçevede ve sınırlılıklar dahilinde ele alınan medikalizasyon konusu gelecekteki çalışmalarda daha geniş kapsamlı ele alınabilecektir. Bu çalışmada elde edilen anahtar kelimeler ile medikalizasyon arasındaki ilişkiyi ele alan farklı çalışmalar yapılabilir.

Etik Kurul İzni: Bu çalışma, etik kurul izni gerektirmemektedir.

KAYNAKLAR

- Applbaum, K. (2010). Sağlıkta küresel pazarlama: ilaç entrikaları. L. Panitch ve C. Leys. (Eds.). (U. Haskan, Çev.) *Kapitalizmde sağlık-sağlıksızlık semptomları* içinde (ss. 99-118). Yordam Kitap.
- Baltacı, N. & Metin, A. (2021). Üremenin kadın üzerinden kontrolü ve medikalizasyon. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*, 72-81.
- Boz, İ. (2021). Doğurganlığın tıbbileştirilmesi kapsamında kadının göz hapsi. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*, 53-58.
- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 34-52.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194.
- Cockerham, W.C. (2014). Sick role. In William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (Eds.). *The wiley blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (1st ed.). John Wiley & Sons.
- Conrad, P. (1980). Implications of changing social policy for the medicalization of deviance. *Contemporary Crises*, 4, 195–205.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Johns Hopkins University Press.

- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67-S79.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Crawford R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
- Çetinkaya Bozkurt, Ö. & Çetin, A. (2016). Girişimcilik ve kalkınma dergisinin bibliyometrik analizi. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 2, 229-263.
- Çıtak, A. M. (2020). Bir kadınlık deneyimi olarak menopoz. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 4(4), 71-75.
- Demirlikan, Ş. (2015). 35 yaş ve sonrasında hamileliğe dair yaşantılar: Özel ve medikal bir deneyim olarak hamilelik [Yüksek Lisans Tezi] Okan Üniversitesi.
- Doğan Özdemir, N. G. & Kulakaç, Ö. (2021). Kadın sağlığının medikalizasyonuna feminist bakış açısı. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*, 1-13.
- Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N. & Lim, W. M. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 133(September 2021), 285–296.
- Erdem, R. (2023). Medikalizasyon. V. Bayhan. (Ed.). *Sağlık Sosyolojisi* içinde (ss.155-176). Atatürk Üniversitesi Açık ve Uzaktan Öğretim Fakültesi Yayınları.
- Hofmann, B. (2010). Stuck in the middle: the many moral challenges with bariatric surgery. *American Journal of Bioethics*, 10(12), 3-11.
- Hofmann B. (2022). Managing the moral expansion of medicine. *BMC medical ethics*, 23(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00836-2>
- Illich, I. (1982). Medicalization and primary care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32(241), 463.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299.
- Kılıç, A., & Göçmen, İ. (2018). Fate, morals and rational calculations: Freezing eggs for non-medical reasons in Turkey. *Social science & medicine* (1982), 203, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.014>
- Kulakaç, Ö. (2021). Feminist perspektiften doğumun medikalizasyonu. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği- Özel Konular*, 22-35.
- Kurdaş, M. Ç. (2017). Medikalizasyon süreci, sağlığın ticarileşmesi ve bedenin denetlenmesine sosyolojik bir bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (27), 983-1012.
- Llor, C., & Bjerrum, L. (2014). Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 5(6), 229-241.
- Maturo, A. (2012). Medicalization: current concept and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 122.

- McBurney, M. K., & Novak, P. (2002). What is bibliometrics and why should you care? *Proceedings of the IEEE International Professional Communication Conference, USA*, 108-114.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7342), 886–891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Moynihan, R. & Cassels, A. (2005). *Selling sickness: How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. Nation Books.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Macmillan Limited.
- Pritchard, A. (1969). Statistical bibliography or bibliometrics? *Journal of Documentation*, 25(4), 348-349.
- Sezgin, D. (2013). Tıbbileştirme. *Toraks Aralık Bülteni*, 27-29.
- Şahin, M. & Erbil, N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 120-130.
- Şahin, T. & Ocak, S. (2019). Türkiye'de sağlık yönetimi disiplininde yürütülen tezlerin bibliyometrik analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 543-558.
- Toraman, A. & Erdem, R. (2016). Kavramsal açıdan tıbbileştirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(4), 423-442.
- Turner, B. S. (2017). *Tıbbi güç ve toplumsal bilgi* (Ü. Tatlıcan, Çev.). Sentez Yayıncılık.
- Ünal, D., & Cindoğlu, D. (2013). Reproductive citizenship in Turkey: Abortion chronicles. *Women's Studies International Forum*, 38, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.02.005>
- Van Eck, N. J. & Waltman, L. (2023). Vosviewer manual. *Manual for Vosviewer 1.6.19. Universiteit Leiden*, 1-49.
- Vural, G. & Şentürk Erenel, A. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 76-83.
- Yeşildağ Çelik, B. & Gölbaşı, Z. (2021). Yaşlılık döneminde kadın sağlığının medikalizasyonu. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*, 82-86.

DERLEME MAKALESİ

MEDİKAL TURİZM ALANINDA TÜP BEBEK TEDAVİLERİNE İLİŞKİN SWOT ANALİZİ: KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ ÖRNEĞİ

Ayşe ARSLAN*
Levent B. KIDAK**

ÖZ

Sağlık turizminde ivme hızla artmaktadır. İnsanlar, bulundukları ülkeden kaliteli, ekonomik ve güvenilir sağlık hizmeti almak amacıyla farklı ülkelere seyahat etmektedir. Talebin bu denli artması ülkeler nezdinde kritik rol oynamaktadır. Rekabetçi stratejiler belirlemek, doğru analiz yöntemlerinin kullanılması ve doğru sonuçlar elde edilmesi ile mümkündür. Bu bağlamda çalışmada, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) bölgesinde medikal turizmde yer alan tüp bebek tedavilerine yönelik SWOT analizi kullanılarak güçlü ve zayıf yönlerini, fırsatlarını ve tehditlerini değerlendirmek amaçlanmaktadır. Bu analiz, tüp bebek tedavileri alanında KKTC'nin stratejik konumunu ve rekabet avantajlarını ortaya koymaktadır. KKTC'nin güçlü yönleri arasında, gelişen teknolojik altyapısı, kaliteli sağlık hizmetleri ve yetkin uzman kadrosu sayılabilir. Bu faktörler medikal turistler için uygun ve elverişli olmakta ve KKTC'nin medikal turizm sektöründe rekabetçi bir konuma gelmesini sağlamaktadır. Ancak uluslararası akreditasyona sahip olmaması, altyapının sınırlı olması, operasyonel maliyetlerin yüksek olması gibi zayıf yönler de olduğu görülmektedir. Bu faktörler de rekabetçi gücünü ve hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir. Fırsatlar arasında ise, uluslararası hasta talebinin artması ve dijital sağlık teknolojilerinin artış göstermesi sayılabilir. Bu fırsatlar KKTC için uluslararası alanda sektörel payını genişletmesine destek sağlayabilir. Uluslararası rekabetin artması ve ekonomik belirsizlikler tehdit edici faktörler arasında belirtilebilir. Bu faktörler de KKTC için medikal turizm pazarında risk teşkil etmektedir. Sonuç olarak, KKTC'nin tüp bebek pazarındaki rekabet gücünü artırıp sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, özellikle uluslararası akreditasyon, dijital teknoloji, maliyet yönetimi ve süreç iyileştirme konularında stratejik adımlar atması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık turizmi, medikal turizm, tüp bebek tedavileri, swot analizi

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Kıbrıs Sağlık ve Toplum Bilimleri Üniversitesi, İşletme Yönetimi AD, ayse.arslan@kstu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5607-1807>

** Prof. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hastane İşletmeciliği AD, leventb.kidak@ikcu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4144-8368>

Gönderim Tarihi: 12.12.2024

Kabul Tarihi: 26.05.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Arslan, A., & Kidak, L.B. (2025). Medikal turizm alanında tüp bebek tedavilerine ilişkin SWOT analizi: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 329-348. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1600590>

SWOT ANALYSIS OF IN VITRO FERTILIZATION TREATMENTS IN MEDICAL TOURISM: A CASE STUDY OF THE TURKISH REPUBLIC OF NORTHERN CYPRUS

Ayşe ARSLAN^{*}
Levent B. KIDAK^{**}

ABSTRACT

The momentum in health tourism is rapidly increasing. Individuals are traveling to different countries to receive high-quality, economical, and reliable healthcare services unavailable in their home countries. The significant rise in demand has led to a critical role for countries in this domain. Achieving competitive strategies is feasible by employing appropriate analytical methods to obtain accurate results. In this context, the present study aims to evaluate the strengths, weaknesses, opportunities, and threats associated with in vitro fertilization (IVF) treatments within the medical tourism sector in the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) through a SWOT analysis. This analysis reveals TRNC's strategic position and competitive advantages in the field of IVF treatments. Among the strengths of TRNC are its developing technological infrastructure, high-quality healthcare services, and a competent team of experts. These factors contribute to an environment conducive to medical tourists and position TRNC as a competitive player in the medical tourism sector. However, certain weaknesses, such as the absence of international accreditation, limited infrastructure, and high operational costs, negatively impact its competitive strength and service quality. The opportunities include the increasing demand from international patients and the advancement of digital healthcare technologies, which could help TRNC expand its market share on the international stage. Conversely, intensifying international competition and economic uncertainties pose significant threats to the medical tourism market. In conclusion, to enhance and sustain its competitive power in the IVF market, it is recommended that TRNC undertake strategic measures focusing on obtaining international accreditation, embracing digital technologies, managing costs effectively, and improving operational processes.

Keywords: Health tourism, medical tourism, in vitro fertilization treatments, swot analysis

ARTICLE INFO

^{*} Asst. Prof. Dr., Cyprus Health and Social Sciences University, Department of Business Administration, ayse.arslan@kstu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5607-1807>

^{**} Prof. Dr., İzmir Katip Çelebi University, Department of Hospital Management, leventb.kidak@ikcu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4144-8368>

Received: 12.12.2024

Accepted: 26.05.2025

Cite This Paper:

Arslan, A., & Kidak, L.B. (2025). Medikal turizm alanında tüp bebek tedavilerine ilişkin SWOT analizi: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(2), 329-348. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1600590>

I. GİRİŞ

Medikal turizm, bireylerin kendi ülkelerinde sunulan sağlık hizmetlerinden daha kaliteli ve etkili sonuçlar elde etme arayışıyla başka ülkelere yönelmelerini ifade etmektedir. Bu bağlamda, çoğu zaman gelişmiş ülkelere, tedavi kalitesi yüksek ancak ekonomik açıdan daha uygun maliyetli olan gelişmekte olan ülkelere doğru bir sağlık hareketliliği söz konusudur (Campra vd., 2022). Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan uzun bekleme süreleri, yüksek tedavi maliyetleri ve bazı alanlardaki sınırlı hizmetler, bireyleri alternatif olarak gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemlerine yönlendirmektedir (Otamış ve Yüzbaşıoğlu, 2015; Arı, 2017). Bu durum, medikal turizmin küresel ölçekte hızla büyümesinin temel nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır.

Medikal turizm, diş tedavisi, kalp cerrahisi, estetik cerrahi gibi birçok tedavi seçeneğini kapsasa da, özellikle tüp bebek (IVF) tedavileri önemli bir yer tutmaktadır. Tüp bebek tedavisinde, infertilite problemi olan çiftler sıklıkla gelişmiş sağlık teknolojilerine sahip, yetkin uzman kadrosu bulunan ve uygun maliyetle kaliteli tedavi hizmeti sunan ülkeleri tercih etmektedirler (Sharma vd., 2018). Bu doğrultuda, ülkeler bu alandaki rekabetçi potansiyellerini artırmak için yatırımlar yapmaktadır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) de artan bu talebe yanıt vererek tüp bebek tedavisi sunan klinik ve hastanelerine önem vermiştir. Ayrıca, KKTC'nin sunduğu coğrafi yakınlık ve rekabetçi ekonomik avantajlar, ülkenin bu sektördeki potansiyelini daha da güçlendirmekte ve uluslararası hastalar için cazip bir seçenek oluşturmaya zemin hazırlamaktadır.

Önceki çalışmalarda, Hindistan'da medikal turizmin SWOT analizi detaylandırılırken (Arulmozhi vd., 2020; Vasugi vd., 2023) ve Türkiye'de medikal turizmin SWOT-ANP yaklaşımıyla incelendiği ortaya konulurken (Sevim ve Önder, 2020), genel sağlık turizmi kapsamında önemli veriler sunulmuştur. Ancak, bu çalışmaların büyük çoğunluğu tüp bebek tedavileri gibi spesifik sağlık hizmetlerine odaklanmamış, daha genel bir çerçevede değerlendirmeler yapmıştır. Mevcut çalışmamız ise, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde sunulan tüp bebek hizmetlerinin rekabetçi dinamiklerini, finansal, teknolojik ve yasal faktörler bağlamında analiz ederek, bölgesel ve hizmete özgü stratejik yaklaşımları ortaya koymaktadır. Böylece, çalışma, diğer literatür çalışmalarından farklı olarak, tüp bebek tedavileri alanındaki özgün değerini ve stratejik önemini vurgulayarak, KKTC'nin medikal turizmdeki konumunu güçlendirmeye yönelik somut adımlar sunmayı hedeflemektedir.

Bu çalışmanın amacı, KKTC bölgesinde medikal turizm kapsamında sunulan tüp bebek tedavilerine ilişkin SWOT analizi kullanılarak, bu hizmetlerin güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerinin değerlendirilmesidir. Böylece, yerel ve uluslararası düzeyde karşılaşılan fırsat ve tehditler daha net ortaya konulacak, bölgenin stratejik planlaması ve rekabet potansiyeli daha ayrıntılı olarak anlaşılabilecektir. Yapılan kapsamlı değerlendirme, KKTC'nin tüp bebek pazarındaki konumuna ilişkin daha derin bir anlayış sağlamayı hedeflemektedir.

II. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Medikal Turizm

Son yıllarda dünya genelinde hızla büyüyen medikal turizm, sağlık hizmetlerinin sunumuyla turizmin birleşimini temsil etmektedir. Bu kavram, hastaların kendi ülkelerinde karşılaştıkları yüksek maliyetler, yetersiz hizmet kalitesi veya uzun bekleme süreleri gibi nedenlerle, daha uygun fiyatlarla ve yüksek kalite standartlarına sahip tedavi hizmetlerine ulaşabilmek amacıyla başka ülkelere seyahat etmelerini ifade eder. Düşük maliyetli ve yüksek teknolojik sağlık hizmetleri sunan ülkeler, medikal turizm pazarında rekabet avantajı elde etmektedir (Büyük, 2023).

Günümüzde pek çok insan, tedavi maliyetlerinden tasarruf etmek, bekleme süresini azaltmak veya kendi ülkelerindeki tedavi seçeneklerindeki kısıtlamalar nedeniyle sağlık turizmini tercih etmektedir. Sağlık turistleri için çekicilik yaratan unsurlar arasında, hem sunulan kaliteli ve uygun fiyatlı tedavi hizmetleri hem de rekabetçi fiyatlandırma politikaları yer almaktadır (Kaur ve Hira, 2019). Bu durum, medikal turizme olan talebe doğrudan yansımakta ve hizmet sunan ülkeler arasında rekabeti güçlendirmektedir.

Özellikle estetik cerrahi, diş tedavileri, tüp bebek ve karmaşık ameliyatlar gibi yüksek maliyetli tedavi alanlarında, fiyat avantajı, sıfır bekleme süresi ve yüksek kalite standartları temel çekicilik unsurları olarak öne çıkmaktadır. Bu faktörler, sağlık hizmetlerini uluslararası arenada tercih edilen hale getirirken, talebin artışında önemli rol oynamaktadır (Ajmera, 2017). Ayrıca, medikal turistler için sağlık hizmetlerinin yanı sıra sunulan turistik kolaylıklar da önemli bir tercih sebebidir. Sağlık ve tatil konseptinin birleşimi, hem sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmakta hem de ek gelir elde edilmesine olanak sağlamaktadır (Avgerinou ve Stratsiou, 2018). Bu entegre yaklaşım, hem hizmet veren ülkelerin hem de sağlık turistlerinin beklentilerini karşılayacak şekilde gelişmektedir.

Son olarak, medikal turizm sektörü, küresel sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte hızlı bir büyüme sürecine girmiştir. Yaşlanan nüfus, artan yaşam tarzı hastalıkları, salgınlar ve teknolojik yenilikler, medikal turizmin dünya çapında önemli bir trend haline gelmesine katkıda bulunurken, gelişmekte olan ülkelerin maliyet avantajları da bu büyüme potansiyelini daha da güçlendirmektedir (Zarchi, 2018).

2.2. Tüp Bebek Tedavileri ve Önemi

Üreme sağlığı alanında tüp bebek, infertilite problemi için öncelikli tedavi yöntemlerinden biridir. Teknolojik ilerlemeler, bu alandaki deneyimli uzman doktorlar ve gelişmiş laboratuvar altyapısı gibi unsurlar İn vitro fertilizasyon (IVF) tedavilerini başarılı kılmaktadır (Chausheva ve Ozdal, 2024). Bu tedavi yönteminin çiftlerin çocuk sahibi olma hayallerini de gerçeğe dönüştürdüğünü, ülkeler arası medikal turizm açısından önemli bir rol oynadığı görülmektedir.

Günümüzde yaygın olarak kullanılan tüp bebek tedavileri, insanların üreme sorununa yönelik oldukça tercih edilen bir çözüm olarak ortaya çıkmıştır. Kısırlık oranlarındaki artış ve bireylerin ebeveyn olma arzuları, etkili bir yaklaşım aramaları sonucu bu tedavilerin yaygın kullanımına neden olmuştur (Sunderam vd., 2018). Tüp bebek tedavilerinin özellikle kadınlarda anksiyete ve depresyon gibi duygusal etkileri olsa da, bu tür bir tedavi çocuk sahibi olmanın temel koşulunu içermektedir (Massarotti vd., 2019). Ayrıca, teknolojiye dayalı ilerlemeler, IVF tedavilerinin başarı oranını artırmakta ve toplum içinde daha yaygın hale getirmektedir (Dolmans vd., 2020).

2.3. Medikal Turizm Kapsamında Tüp Bebek Tedavileri: Dünya, Türkiye ve KKTC

2.3.1. Dünya Geneline Tüp Bebek Tedavileri

İn vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi, infertilite çiftler için dünya çapında yaygın olarak kullanılan en önemli yardımcı üreme teknolojilerinden biridir. Modern tıptaki gelişmeler tüp bebeği daha başarılı hale getirmiş ve bu tedavi medikal turizmde büyük bir cazibe merkezi haline gelmiştir. Avrupa, Amerika, Asya ve Orta Doğu, tüp bebekte önde gelen bölgeler arasında yer almakta ve yüksek başarı oranlarıyla dikkat çekmektedir.

2.3.2. Avrupa'da Tüp Bebek Tedavileri

Avrupa, tüp bebek tedavisinin uzun süre kullanıldığı ve en ileri teknolojinin yer aldığı bir bölgedir. Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği'nin verilerine göre, 2022 yılına kadar Avrupa tüp bebek merkezlerinde 300.000'den fazla tüp bebek döngüsü gerçekleştirilmiştir. Fransa, İngiltere, İspanya ve İskandinav ülkeleri yüksek başarı oranları ve tüp bebek uzman merkezleri ile tanınmakta ve özellikle İspanya, rekabetçi fiyatlar, kısa bekleme süreleri ve yüksek başarı oranları nedeniyle tüp bebekte medikal turizm için önemli bir destinasyon olduğu görülmektedir (ESHRE, 2022). Birçok Avrupa ülkesinde, tüp bebek tedavisi kısmen veya tamamen devlet tarafından karşılanan sağlık planları veya özel sigorta planları kapsamındadır. Bu, çiftlerin tüp bebek tedavilerine erişmesinin yanı sıra tedaviye olan talebin artmasını da sağlamaktadır.

2.3.3. Amerika Birleşik Devletleri'nde Tüp Bebek Tedavileri

Amerika Birleşik Devletleri, IVF'de teknolojik olarak en gelişmiş merkezlere sahiptir. Laboratuvar teknolojisindeki ilerlemeler ve genetik testlerin yaygın kullanımı ABD'yi ön planda tutmaktadır. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri verilerine göre, ülkede çok sayıda tüp bebek merkezi bulunmakta ve tedavi özellikle büyük şehirlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde tüp bebek tedavilerinin maliyeti genellikle daha yüksek olsa da, bazı eyaletlerde tüp bebek tedavilerinin bir kısmı sağlık sigortası kapsamındadır. Massachusetts, Illinois ve New Jersey gibi eyaletlerin tüp bebek tedavilerini kapsayan sağlık sigortası planları vardır (CDC, 2023). Bu, tedavi sürecini ekonomik olarak uygun hale getirmekte ve daha fazla çiftin tedavi görmesini sağlamaktadır.

2.3.4. Asya'da Tüp Bebek Tedavileri

Asya, özellikle son yıllarda IVF'de hızlı bir büyüme kaydetmiştir. Japonya, Güney Kore, Çin, Hindistan ve Tayland gibi ülkeler tüp bebek tedavisi için en önemli merkezler arasında yer almaktadır. Japonya ve Güney Kore, teknolojik olarak gelişmiş ve yüksek başarı oranları ile Asya ülkelerinin önde gelenleri arasındadır. Bu ülkelerde genetik testler ve embriyo dondurma gibi ileri testlerle başarı oranları artmaktadır (ESHRE, 2022).

Hindistan ve Tayland ise uygun fiyatlı tedavi sundukları için sağlık turistleri için cazip seçeneklerdir. Bu ülkelerde, özellikle Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nden gelen hastalara uygun fiyatlar ve yüksek kaliteli hizmetler sunulmaktadır (Medical Tourism Magazine, 2024). Ayrıca Hindistan'da tüp bebek ile ilgili yasal düzenlemelerin esnek olması, ülkeyi yabancı hastalar için daha cazip hale getirmektedir (Mahdi, 2019).

2.3.5. Orta Doğu'da Tüp Bebek Tedavileri

Orta Doğu, son yıllarda tüp bebek tedavisi için en hızlı büyüyen bölgelerden biridir ve önemli bir sağlık turizmi destinasyonu haline gelmiştir. Özellikle Birleşik Arap Emirlikleri (BAE), Suudi Arabistan, Katar ve Türkiye tüp bebek tedavisinde önde gelen ülkeler arasında yer almaktadır. Bu ülkeler, modern sağlık tesisleri, yüksek teknoloji tüp bebek merkezleri ve nitelikli doktorları ile dünyanın her yerinden hastalara hizmet vermektedir (Mahdi, 2019).

Birleşik Arap Emirlikleri ve Katar gibi Körfez ülkeleri, yüksek kaliteli tıbbi bakım sunmakta ve bölgedeki sağlık turizmi için en önemli destinasyonlar arasında yer almaktadır; bu ülkelerdeki tüp bebek merkezleri yüksek başarı oranlarıyla dikkat çekmekte ve bireysel planlamalar ile hastaların ihtiyaçlarına göre uyarlanmış tedavi stratejileri sunmaktadır (Medical Tourism Magazine, 2024).

2.3.6. Türkiye'de Tüp Bebek Tedavileri

Türkiye, Avrupa ve Orta Doğu arasında stratejik bir konuma sahiptir ve kaliteli sağlık hizmetleri, uygun fiyatı ve ileri teknolojik altyapısı nedeniyle in vitro fertilizasyon (IVF) tedavileri için önemli bir destinasyon olarak öne çıkmaktadır. Türkiye'deki tüp bebek merkezleri, özellikle Avrupa, Orta Doğu, Orta Asya ve Kuzey Afrika'dan gelen hastalar için tercih edilen bir destinasyon olarak hem yerel hem de uluslararası hastalara hizmet vermektedir.

2023 yılı itibariyle, Türkiye'deki tüp bebek merkezlerinin çoğu İstanbul, Ankara, İzmir ve Antalya gibi büyük şehirlerde yer almaktadır; ayrıca, ülke genelinde yılda yaklaşık 50.000 tüp bebek döngüsü gerçekleştirilmektedir. Bu merkezler, modern teknoloji ve yetenekli sağlık profesyonelleri ile dünya standartlarında hizmet sunmaktadır (Tüp Bebek Derneği, 2023).

Türkiye'de tüp bebek tedavi merkezlerinde elde edilen başarı oranları, dünya ortalamasını aşmaktadır. Özellikle genç hastalar için, yaş ve sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak başarı oranları %40 ile %60 arasında seyretmektedir. Bu oranlar, gelişmiş ülkelerdeki başarı oranlarıyla karşılaştırılabilir nitelikte olup, Türkiye'nin dünya çapında tercih edilen bir tüp bebek destinasyonu olmasına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (Medical Tourism Magazine, 2024).

Türkiye'deki merkezlerde modern teknolojinin kullanılması, kişiye özel tedavi planları ve uzmanların deneyimi, tedavideki en başarılı faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca dondurulmuş embriyolar, genetik testler ve yüksek kaliteli laboratuvar koşulları da tedavi başarısını artıran unsurlar arasındadır. Türkiye, tüp bebek tedavisinde maliyet avantajı sunan ülkelerden biridir. Özellikle, Türkiye'de tüp bebek tedavi maliyetleri, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelere kıyasla oldukça düşüktür. Ortalama olarak, Türkiye'de tüp bebek tedavisinin maliyeti, bu ülkelerdeki maliyetin %50'si ya da daha altındadır (Mahdi, 2019). Rekabetçi fiyatların kaliteli hizmetle birleşmesi, Türkiye'yi hem yerli hem de yabancı hastalar için cazip bir destinasyon hâline getirmektedir.

Türkiye'ye konumu nedeniyle Avrupa, Orta Doğu ve Kuzey Afrika üzerinden kolayca ulaşılabilen ve özellikle İstanbul, Batı'ya ve Doğu'ya açılan bir kapı görevi gören uluslararası hastalar için ideal bir tıp merkezi olarak öne çıkmaktadır. Kişiselleştirilmiş hizmetler, uluslararası hastaların Türkiye'yi tercih etmesini kolaylaştırmaktadır. Türkiye'de tüp bebek tedavisi, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan sıkı yasal düzenlemelere tabidir ve hastalara güvenli tedavi sağlanır. Bu yasa, tüp bebeğin etik bir yasal çerçeve içinde yürütülmesini sağlamayı ve hasta haklarını korumayı amaçlamaktadır. Türkiye'de üçüncü taraf üreme teknikleri (örneğin yumurta veya sperm bağıışı) yasalarca yasaklanmış olsa da, tüp bebek ve bir çiftin kendi genlerinin kullanımı yaygındır.

2.3.7. KKTC'de Tüp Bebek Tedavileri

Medikal turizm alanında, özellikle tüp bebek tedavilerinde hızla büyüyen bir pazara sahip olan ülkeler arasında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'de (KKTC) yer almaktadır. Türkiye'ye olan coğrafi yakınlığı, uygun fiyat politikaları ve kaliteli sağlık hizmetleri gibi unsurlar KKTC'yi dikkat çekici bir destinasyon haline getirmektedir. 2023 yılı itibariyle KKTC'deki tüp bebek merkezleri, bölgesel düzeyde rekabetçi fiyatlar ve başarılı tedavi sonuçları sunmaktadır (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2023). Bu merkezler genellikle profesyonel uzmanlar tarafından yönetilmekte olup en son teknolojilerden etkin şekilde yararlanılmaktadır (Kıbrıs Sağlık Derneği, 2024).

KKTC, tüp bebek yolculuğu deneyimini birçok yönden kolaylaştırmaktadır. Bu yollardan biri, diğer ülkelerin aksine kısa tedavi sürelerinden geçmektedir. Benzer şekilde, o bölgedeki sağlık hizmetleri, bir

tür kişiselleştirilmiş hasta deneyimini teşvik ederek uluslararası hastaları daha memnun etmektedir (Arueyingho vd., 2022).

KKTC'de yüksek başarı oranına sahip tüp bebek tedavileri, bölgenin uluslararası medikal turizmin önemli bir pazarında yer almasını sağlamaktadır (Birader, 2017) Bunun dışında, KKTC'nin uluslararası medikal turizm pazarındaki stratejik konumu ile ekonomik faydaları ve konforlu sağlık turizmi hizmetleri, dikkat çekici turistik yerleri ile de, her iki alan için yüksek standartlarda hizmet refahı sağlamaktadır. Bu durum KKTC'nin medikal turizm pazarında önemli bir oyuncu olmasını desteklemektedir.

2.4. SWOT Analizi: Tanım ve Önemi

SWOT analizi; bir organizasyonun içsel ve dışsal faktörlerini analiz eden, yaygın kullanılan bir yöntemdir. SWOT, güçlü yönler (strengths), zayıf yönler (weaknesses), fırsatlar (opportunities) ve tehditler (threats) olmak üzere dört başlıktan oluşan stratejik bir planlama sürecidir (Namugenyi vd., 2019).

Güçlü yönler; herhangi bir konuda rakiplere göre daha etkili ve verimli olma halidir. Örneğin, iyi bir imaj veya profesyonel kadro gibi unsurlar bir organizasyonun işleyişine fayda sağlayan güçlü iç özellikler arasında sayılabilir (Namugenyi vd., 2019). Öte yandan, **zayıf yönler;** herhangi bir konuda rakiplere göre daha az verimli veya daha az etkili olan yönler ya da faaliyetlerdir. Diğer bir ölçüt ise, çevrede meydana gelen değişiklikler karşısında yetersiz kalma veya değişikliğe cevap verememe durumudur. Örneğin, yetersiz finansman girişi veya düşük son kullanıcı memnuniyeti gibi unsurlar organizasyonun hedeflerini yerine getirme ile ilgili başarısını engelleyen veya sınırlayan içsel faktörlerdir (Sammuto-Bonnici ve Galea 2015). **Fırsatlar;** herhangi bir faaliyet için elverişli zaman ve diğer şartların oluşması, çevrenin kuruma sunduğu ve amaçlarını başarı ile gerçekleştirebilmesi için elverişli durumlardır. Örneğin, yeni bir pazarın açılması gibi kuruluşun yararlanabileceği iyi dış eğilimler veya olaylardır (Teoli vd., 2019). **Tehditler;** kurumun amaçlarını gerçekleştirmesini zorlaştıran veya imkânsız hale getiren yeni bir durumdur. Başarıyı engelleyici veya zarara sebep olacak her şey, bir tehdit unsurudur ve düzeltici önlem alınmadığı takdirde olumsuz dış durumlardır. Oluşabilecek tehditlere, rakipler, ekonomik bunalım veya değişen müşteri alışkanlıkları gibi örnekler verilebilir. (Puyt vd., 2023). Stratejik kararlar almak ve gelecekteki fırsatları değerlendirmek amacıyla bu dört unsuru analiz etmek kritik bir rol oynamaktadır.

SWOT analizi, şirketlere zayıflıklarının üstesinden gelme, güçlü yönlerini kullanma, fırsatlardan yararlanma ve tehditlere karşı harekete geçme yolları sunar. Bu analiz, özellikle değişken iş ortamlarında rekabet avantajı kazanmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi adına önemli bir işleve sahiptir (Helms ve Nixon, 2010). Bu yapı sadece işletmeler için değil, aynı zamanda bireyler ve sivil toplum kuruluşları gibi diğer türlerde de kullanılabilir. Örneğin bir kişi bu yapı ile kariyerini planlarken, güçlü ve zayıf yönlerini, fırsatlarını ve tehditlerini değerlendirebilir (Phadermrod vd., 2019).

SWOT analizi, mevcut durumu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirme ve stratejik düşünme sürecine katkı sağlama açısından önemli bir araçtır. Kuruluşlara sistematik bir inceleme fırsatı sunmasının yanı sıra; güçlü ve zayıf yönlerini, fırsatlarını ve tehditlerini belirleyerek stratejik hedefleri doğrultusunda ne ölçüde donanımlı olduklarını değerlendirme imkânı tanır. Bu yönüyle SWOT analizi, kuruluşların uzun vadeli başarı elde etmelerine önemli katkılar sunmaktadır.

III. YÖNTEM

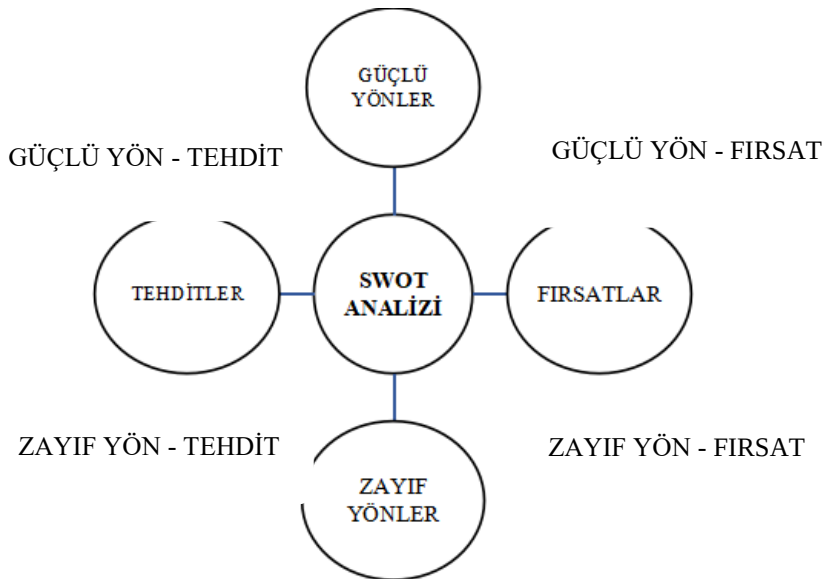
Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) tüp bebek tedavilerine yönelik medikal turizm kapsamında stratejik bir değerlendirme sunmak amacıyla SWOT analizi tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. SWOT analizi; KKTC'nin tüp bebek tedavilerine ilişkin iç çevredeki güçlü ve zayıf

yönlerini saptamak, dış çevreden kaynaklanan fırsat ve tehditleri belirlemek, bu bağlamda öneriler ve stratejiler geliştirmek üzere kullanılmıştır. SWOT analizi için verilerin toplanmasında ikincil veri kaynaklarından yararlanılmıştır.

İkincil veri kaynaklarının toplanma sürecinde; konuya ilişkin ulusal ve uluslararası literatür taraması gerçekleştirilmiş, medikal turizm ve tüp bebek hizmetlerine dair mevcut yayınlar, raporlar, yasa metinleri ve sektör analizleri incelenmiştir. Analiz sürecinde KKTC'deki tüp bebek merkezlerinin çalışmaları, KKTC Sağlık Bakanlığı, ilgili dernek ve birliklerin yayınladığı belgeler, tüp bebek kliniklerine dair istatistikî veriler, politika dokümanları ve stratejik planlar temel alınmıştır. Yararlanılan ikincil veri kaynakları; KKTC'deki tüp bebek tedavilerine ilişkin konseyler, dernekler, birlikler ve kamu yönetiminin tüp bebek faaliyetlerine dair yayınladığı raporlar, yasa metinleri ve düzenlemeler gibi belgeleri içermektedir.

Veri analiz süreci temelde dört aşamada ilerlemiştir: güçlü yön-fırsat (S-O), güçlü yön-tehdit (S-T), zayıf yön-fırsat (W-O) ve zayıf yön-tehdit (W-T) eşleşmelerine göre dört senaryo oluşturulmuştur. SWOT matrisinin yapılandırılmasında, mevcut kaynaklardan elde edilen içeriklerin sistematik bir şekilde sınıflandırılması esas alınmıştır. (Şekil 1)

Şekil 1. SWOT Analizi Senaryo Matrisi



Dış çevre değerlendirmesi kapsamında; toplumsal ve demografik değişimler, devletin sağlık politikaları, tıbbi teknolojideki gelişmeler, sağlık ekonomisi, rekabet koşulları, rakip kurumlar, yasal düzenlemeler ve epidemiyolojik koşullar dikkate alınmıştır. İç çevre değerlendirmesinde ise; yönetim, insan kaynakları, finansal kaynaklar, pazarlama faaliyetleri, klinik altyapı, fiziksel olanaklar, bilgi sistemleri ve kurumsal kültür gibi parametreler analiz edilmiştir.

Analizin sonucunda elde edilen veriler, KKTC'de tüp bebek hizmetlerinin stratejik pozisyonunu belirlemek ve sağlık turizmi kapsamında potansiyel gelişim alanlarına ışık tutmak amacıyla yorumlanmıştır. Bu analiz aynı zamanda KKTC'nin medikal turizmdeki mevcut durumunu ve gelecekteki yönelimlerini anlamaya yönelik kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır.

IV. BULGULAR

Bu bölümde, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) medikal turizm kapsamında tüp bebek tedavilerine yönelik gerçekleştirilen SWOT analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir. Analiz, KKTC'nin mevcut sağlık turizmi kapasitesi ve tüp bebek hizmetlerindeki stratejik durumu hakkında kapsamlı bir değerlendirme sunmayı amaçlamaktadır. İç ve dış çevre faktörleri ayrı ayrı ele alınarak güçlü ve zayıf yönler ile fırsat ve tehdit unsurları sistematik biçimde analiz edilmiştir.

İç çevre analizi kapsamında; yönetim, insan kaynakları, finans, pazarlama, klinik altyapı, fiziksel olanaklar, bilgi sistemleri ve kurumsal kültür gibi faktörler değerlendirilmiştir. Dış çevre analizinde ise; toplumsal ve demografik değişimler, devletin sağlık politikası, tıbbi teknolojiye gelişmeler, sağlık ekonomisi, rekabet koşulları ve rakip kurumlar, hukuki düzenlemeler ve epidemiyolojik koşullar dikkate alınmıştır. Bu analiz sonucunda elde edilen güçlü ve zayıf yönler ile fırsatlar ve tehditler bir araya getirilerek dört farklı senaryo (Güçlü yön–Fırsat, Güçlü yön–Tehdit, Zayıf yön–Tehdit, Zayıf yön–Fırsat) oluşturulmuştur.

Senaryolar, KKTC'nin medikal turizmdeki potansiyelini stratejik açıdan değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Bulgular, tablolarla görsel olarak desteklenmiş ve analiz sonuçlarının daha anlaşılır hale getirilmesi hedeflenmiştir.

4.1. Güçlü Yönler

Tüp bebek tedavilerine genel anlamda baktığımızda güçlü yönlerin başında; uluslararası kliniklerin tüp bebek hizmetlerini üstün kalitede ve uygun maliyetle sunması gelmektedir. Çeşitli araştırmalar, Batı ülkelerindeki yüksek tedavi maliyetinin bazı hastaların daha ucuz tedavi için gelişmekte olan ülkelere seyahat etmesine neden olduğunu vurgulamaktadır (Simopoulou, 2019; Deonandan, 2015). Horton ve diğerleri (2022) çalışmaları ile ülkeler arasında tüp bebek tedavisinin maliyetlerinde güçlü farklılıklar olduğunu vurgulamaktadırlar. ABD gibi yüksek gelirli, gelişmiş ülkelerde döngü başına 12.000-15.000\$ iken, Hindistan, Tayland gibi az gelişmiş ülkelerde döngü başına 3.000-6000\$ gibi çok düşük bir maliyet ile hizmetler sunulmaktadır. Sánchez ve diğerleri (2022) modern IVF tekniklerinin kullanılması sayesinde, gelişmekte olan birçok ülkedeki IVF kliniklerinin başarı oranlarının arttığını bildirmektedir. Bu teknolojiler tedavi sürecini daha etkin hale getirmekte ve hasta taleplerine daha iyi cevap vermektedir. Ayrıca, hastalara sunulan kişiselleştirilmiş hizmetler ve kısa bekleme süreleri, tüp bebek tedavileri için dikkat çekici bir neden olarak bulunmuştur (Yıldız ve Khan, 2016).

KKTC'de tüp bebek tedavilerine yönelik güçlü yönlerden biri, finansal ve klinik altyapı parametrelerinin öne çıkmasıdır. Ada genelinde tüp bebek tedavisine yapılan harcamalar, Batı Avrupa veya Amerika gibi diğer bölgelerdeki yüksek maliyetlerin çok altında seyretmektedir. Bu uygun maliyet, bölgeyi Avrupa ve Orta Doğu'dan gelen hastalar için çekici bir destinasyon haline getirmektedir. Ayrıca, KKTC'deki birçok tıbbi tesis modern teknolojileri etkin biçimde kullanarak yüksek kaliteli hizmet sunmakta, bu da tedavi başarısını artırmakta ve hastalara geniş seçenekler sağlamaktadır.

Yönetim açısından ele aldığımızda; KKTC'de çeşitli tüp bebek merkezlerinin faaliyet göstermesi adına destekleyici olacak çok sayıda hükümet desteği ve düzenleyici çerçeve bulunmaktadır. Bu doğrultuda yapılandırılan uyumlu düzenlemeler, KKTC'nin tüp bebek tedavilerinde popülaritesine katkıda bulunan kilit faktörlerden biridir.

İnsan kaynakları açısından KKTC, tüp bebek tedavilerinin başarısında kilit rol oynayan deneyimli ve iyi eğitilmiş bir sağlık personeli kadrosundan yararlanmaktadır. Ayrıca fiziksel olanaklar dikkate

alındığında, modern ekipman ve özenle tasarlanmış merkezler, bölgenin sağlam fiziksel altyapısını güçlendirerek hastaya özgü bir ortam sağlanmasına katkıda bulunmaktadır.

Kurumsal kültür açısından ele aldığımızda ise; KKTC’de birçok tüp bebek merkezi hasta memnuniyetine önem vermektedir ve hasta merkezli yaklaşarak bu değerinde hareket etmektedir. Bu da tedavi başarısı açısından güçlü bir yön olarak sayılabilmektedir.

4.2. Zayıf Yönler

Zayıf yön: Tüp bebek tedavilerini çevreleyen belirgin zayıflıklar, özellikle tedavi sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği ve bazı ülkelerdeki yasal düzenlemelerin eksikliği olarak öne çıkmaktadır. Arueyingho ve diğerleri (2022), stratejik eksiklikler, yetersiz tedavi sonrası bakım süreçleri ve kısıtlı tıbbi altyapı nedeniyle tedavi başarısı üzerinde sorunlar yaşandığını bildirmiştir. Avgerinou ve Stratsiou (2018) ise, yasal düzenlemelerin etkisizliği ve dil engellerinin hasta memnuniyetsizliğine yol açtığını ifade etmiştir. Kaur ve Hira (2019), düzenleyici eksikliklerin hasta güvenliği açısından büyük riskler taşıdığını belirtirken, He (2016) tedavi sonrası iletişim eksiklikleri ve kültürel uyumsuzlukların memnuniyetsizlik yarattığını vurgulamıştır.

KKTC’de tüp bebek tedavilerine yönelik zayıf yönlerden biri, bilgi sistemlerinde yaşanan eksikliklerdir. Özellikle hasta kayıtlarının, finansal verilerin ve klinik süreçlerin dijital entegrasyonundaki yetersizlik, sistem etkinliğini düşürmekte, hasta veri güvenliği ile tedavilere uyum konusunda sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca, bakım sonrası hizmetlerdeki eksiklik ve uluslararası hasta izleme süreçlerindeki sınırlamalar, tedavi sonrasında olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Sonuç olarak, KKTC’de tedavi gören hastaların ülkelerine döndüklerinde uygun takip ve bakım hizmetlerine erişip erişemedikleri belirsiz olup, bu durum tedavi etkinliğini azaltarak hasta memnuniyetinde düşüşe yol açabilmektedir.

Yönetim açısından ele aldığımızda ise, KKTC’nin en büyük zayıflıkları arasında; uluslararası akreditasyona sahip olmaması ve yasal altyapı açısından belirsizliklerin olması sayılabilir. Bu belirsizlik medikal turist için tedavi kalitesinin yanı sıra hasta güvenliği için de endişeler yaratabilir. Finans parametresini değerlendirdiğimizde; sınırlı finansal kaynaklar olabilmektedir ve bu sınırlı kaynaklar da en son teknolojiyi tanıtırken veya altyapıyı genişletirken sorun yaratabilmektedir.

Pazarlama açısından bakıldığında, KKTC’nin uluslararası pazarda yeterince tanıtılmaması rekabet gücünü azaltarak medikal turistlerin dikkatini çekme sürecini zorlaştırmaktadır. Ayrıca, KKTC’nin siyasi olarak tanınmaması da, medikal turistlerin tercihlerini olumsuz etkileyerek engel teşkil edebilmektedir.

Yukarıda aktarılan güçlü ve zayıf yönler kapsamındaki bulguların daha iyi anlaşılmasını sağlamak amacıyla, Tablo 1’de; iç çevre analizinde değerlendirilen yönetim, insan kaynakları, finans, pazarlama, klinik, fiziksel olanaklar, bilgi sistemleri ve kurumsal kültür parametrelerine göre elde edilen veriler özetlenmiştir.

Tablo 1’de KKTC’de tüp bebek tedavileri kapsamında değerlendirilen iç çevre parametrelerine ait güçlü ve zayıf yönler sunulmaktadır.

Tablo 1. İç Çevre Analizi: Güçlü ve Zayıf Yönler

Parametre	Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Yönetim	Deneyimli yönetim ekibi, kaliteli hizmet sunumuna katkı sağlamaktadır.	Uluslararası akreditasyon eksikliği ve yasal altyapı belirsizlikleri, yönetim süreçlerini olumsuz etkileyebilir.
İnsan Kaynakları	Deneyimli, iyi eğitilmiş sağlık personeli; uluslararası sertifikalara sahip uzmanlar bulunmaktadır.	–
Finans	Ekonomik avantaj; maliyetler, Batı Avrupa ve Amerika gibi gelişmiş bölgelere göre oldukça düşüktür.	Bazı merkezlerde sınırlı finansal kaynaklar, yeni teknolojilerin tanıtımı ve altyapının genişletilmesinde zorluklar yaşanabilmektedir.
Pazarlama	–	Uluslararası pazarda yeterince tanıtım yapılmaması, rekabet gücünün tam kullanılamamasına neden olmaktadır.
Klinik	En son teknolojinin kullanılması, yüksek hizmet kalitesi ve uluslararası standartlara uygunluk ön plandadır.	–
Fiziksel Olanaklar	Modern ve konforlu tesisler; yenilenmiş, yüksek teknolojiye altyapıya sahip klinikler bulunmaktadır.	–
Bilgi Sistemleri	–	Hasta kayıtlarının, finansal verilerin ve klinik süreçlerin dijital entegrasyonunda etkinlik kaybı yaşanmaktadır.
Kurumsal Kültür	Hasta memnuniyetine odaklı, uluslararası standartlara uyum sağlama çabaları güçlü kurum içi kültürü desteklemektedir.	–

4.3. Fırsatlar

IVF tedavileri bağlamında medikal turizmin sunduğu fırsatlar oldukça çeşitlidir. Örneğin, Ayoub (2018) sağlık altyapısındaki iyileşme ve uygun fiyatlı tedaviler nedeniyle Mısır'ın uluslararası alanda tercih edilen bir tüp bebek destinasyonu haline geldiğini bildirmektedir. Paraskou ve George (2017) ise, Yunanistan'ın genişleyen üreme turizmi pazarında esnek yasal düzenlemeler ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sayesinde rekabetçi bir oyuncu olduğunu ifade etmektedir. Ayuningtyas ve diğerleri (2020) ile Teharn (2017) tarafından yapılan araştırmalarda da benzer bulgular yer almaktadır; bu çalışmalar, stratejik destinasyonlar arasında bulunan Bali ve Tahran gibi bölgelerin medikal turizmi ve halk sağlığını destekleyici şekilde tüp bebek alanında esnek düzenlemelere sahip olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, Mothiravally (2010) turizm endüstrisi ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sayesinde tüp bebek alanında önemli ekonomik fırsatların yakalanabileceğini belirtmektedir.

KKTC'de tüp bebek tedavilerine yönelik fırsat olarak sayılabilecek parametreleri ele aldığımızda ve toplumsal ve demografik değişimler açısından bakıldığında, küresel nüfusun yaşlanması ve çocuk sahibi olma yaşının ilerlemesi, tüp bebek tedavilerine olan talebi artırmaktadır ve KKTC'nin coğrafi yakınlığı ve uygun fiyatlı tedavi hizmetleri, özellikle Avrupa ve Orta Doğu'dan gelen hastalar için büyük bir fırsat sunmaktadır. Bu yakınlık bu tür pazarlardan daha yüksek hasta sayıları çekme olasılığını artıracaktır.

Devletin sağlık politikası açısından ele alındığında, KKTC hükümetinin medikal turizmi destekleyen stratejileri tüp bebek pazarının büyümesine katkı sağlamaktadır. Bu politikalar, klinik altyapının geliştirilmesi ve yabancı hastaların çekilmesi adına önemli fırsatlar sunmaktadır. Ayrıca, hızla gelişen tıbbi altyapı ve kliniklerde uygulanan ileri teknoloji, KKTC'nin özellikle tüp bebek hizmetlerinde bölgesel bir merkez olarak konumlanmasını sağlayacaktır.

Tüp bebek tedavilerinde kullanılan teknolojilerin dünya genelinde hızla gelişmesi, KKTC için önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu alandaki küresel yeniliklerin takip edilerek KKTC’de uygulanması, kliniklerin uluslararası düzeyde rekabet edebilirliğini artırabilir. Özellikle ileri laboratuvar teknikleri, genetik tarama imkanları ve embriyo dondurma gibi modern uygulamaların daha yaygın hale gelmesi, KKTC’nin medikal turizmdeki cazibesini artırma potansiyeli taşımaktadır. Bu gelişmeleri zamanında ve etkin şekilde uygulayabilmek, bölgeyi tercih edilen bir tedavi merkezi haline getirme açısından stratejik bir avantaj sağlayacaktır.

Tüp bebek tedavilerinin pek çok ülkede yüksek maliyetli olması, hastaların daha uygun fiyatlı destinasyonlara yönelmesine neden olmaktadır. Bu durum, KKTC için önemli bir fırsat oluşturmaktadır. KKTC’deki düşük tedavi maliyetleri, hem Avrupa hem de Orta Doğu ülkelerinden gelen hastalar için ekonomik bir alternatif sunar. Özellikle döviz kuru avantajı ve sağlık hizmetlerinde vergi yükünün az olması, KKTC’yi fiyat odaklı tercih yapan hastalar için cazip hale getirmektedir. Bu bağlamda, uygun fiyat politikaları ve hedef pazarlara yönelik tanıtım çalışmaları ile sağlık turizmi hacminin artırılması mümkündür.

Hukuksal koşullar açısından değerlendirdiğimizde ise, KKTC’de tüp bebek tedavisi için yasal kurallar daha esnektir ve bu, hasta tarafından tercih edici nitelikte olabilir. Bu, KKTC’yi diğer ülkelerdeki katı yasal düzenlemelerden kaçınmak isteyen hastalar için çekici kılmaktadır.

4.4. Tehditler

Tüp bebek tedavileri çerçevesinde, medikal turizmi etkileyen tehdit unsurlarına da dikkat edilmesi gerekmektedir. Cheng ve diğerleri (2020), yasal düzenlemelerdeki boşluklar ile hizmet kalitesindeki tutarsızlıkları bu alandaki en önemli tehditler arasında göstermektedir. Örneğin, Penang’da medikal turizmin hızla büyümesine rağmen, sağlık hizmetlerinde belirli standartların bulunmaması nedeniyle bu bölge uluslararası düzeye ulaşamamıştır. Ayrıca, tedavi sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği de önemli bir tehdit olarak değerlendirilmektedir.

Tsekouropoulos ve diğerleri (2023), Yunanistan’da artan uluslararası rekabetin ve yüksek kaliteli hizmet talebinin, medikal turizm sektöründe baskı yarattığını belirtmektedir. Benzer şekilde, Zarchi ve diğerleri (2018) ile Vinayaraj ve diğerleri (2010), Şiraz ve bazı ada destinasyonlarında yapılan analizlerde; altyapının yetersizliği ve finansal sürdürülebilirlik konusundaki risklerin, tüp bebek tedavilerinin başarı oranlarını olumsuz etkilediğini vurgulamışlardır. Tüm bu tehditler, hasta güvenliği ve uzun vadeli sürdürülebilir gelişim açısından önemli zorluklar yaratmaktadır.

KKTC’de tüp bebek tedavilerine yönelik tehdit olarak sayılabilecek parametreleri ele aldığımızda ve devletin sağlık politikası açısından bakıldığında; yeterince kapsamlı bir sağlık politikası geliştirilmediği veya mevzuatın karmaşık olduğu durumlar, sektörün büyümesini yavaşlatabilir ve uluslararası hasta çekme konusunda sıkıntılar yaratabilir.

Sağlık ekonomisi açısından ele aldığımızda, küresel ekonomik dalgalanmalar ve artan maliyetler, KKTC’nin düşük maliyetli tedavi avantajını tehdit edebilir. Özellikle sağlık harcamalarına getirilen kısıtlamalar, medikal turistlerin tercihlerini etkileyebilir.

Rekabet koşulları ve rakip kurumlar açısından değerlendirdiğimizde ise, Türkiye, Hindistan ve Tayland gibi ülkelerle olan yoğun rekabet, KKTC’nin tüp bebek tedavisi alanında daha popüler destinasyonlar karşısında pazar payını artırmasını zorlaştıran bir tehdit olarak değerlendirilmektedir.

Hukuksal koşullar açısından bakıldığında, KKTC'nin uluslararası tanınırlık eksikliği ve uluslararası akreditasyonlara sahip olmaması, tüp bebek tedavilerinde hasta güvenliği ve tedavi kalitesi konusunda soru işaretleri yaratmaktadır. Bu durum, medikal turistlerin KKTC'yi tercih etmelerini zorlaştıran bir tehdit olarak öne çıkmaktadır.

Epidemiyolojik koşullar açısından bakıldığında, pandemiler gibi küresel sağlık krizleri, uluslararası seyahat kısıtlamalarına yol açarak medikal turizmi olumsuz etkileyebilir. Bu durum, KKTC'nin tüp bebek tedavileri pazarındaki büyüme potansiyelini tehdit eden önemli bir faktördür.

KKTC bölgesinde; KKTC'nin karşılaştığı en büyük tehdit edici unsurlar arasında bölgesel ve uluslararası sağlık standartlarına uyulmaması, uluslararası akreditasyona sahip olunmaması ve uluslararası tanınırlık eksikliği yer almaktadır. Bu siyasi durum nedeniyle KKTC, uluslararası sağlık akreditasyonuna sahip kliniklerin bulunduğu yer kategorisine girememektedir. Bu durum potansiyel hastanın tedavi kalitesi konusunda şüpheye düşmesine ve dolayısıyla KKTC'yi tercih etmemesine yol açabilmektedir.

Yukarıda aktarılan fırsatlar ve tehditler kapsamındaki bulguların daha iyi anlaşılmasını sağlamak amacıyla, Tablo 2'de; dış çevre analizinde ele alınan toplumsal ve demografik değişimler, devletin sağlık politikası, tıbbi teknolojideki gelişmeler, sağlık ekonomisi, rekabet koşulları, rakip kurumlar, hukuksal düzenlemeler ve epidemiyolojik koşullar parametrelerine göre elde edilen veriler özetlenmiştir.

Tablo 2'de KKTC'de tüp bebek tedavileri kapsamında değerlendirilen dış çevre parametrelerine ait fırsat ve tehditler sunulmaktadır.

Tablo 2. Dış Çevre Analizi: Fırsatlar ve Tehditler

Parametre	Fırsatlar	Tehditler
Toplumsal ve Demografik Değişimler	- Yaşlanan nüfus ve doğurganlık yaşının artması, tüp bebek hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. - KKTC'nin erişilebilir konumu ve kültürel benzerlikleri, özellikle Türkiye ve Avrupa'dan gelen çiftler için cazibe yaratmaktadır.	—
Devletin Sağlık Politikası	- Medikal turizmi destekleyen stratejiler, altyapı ve teşviklerle sektörün büyümesini kolaylaştırmaktadır.	- Mevzuatın karmaşıklığı veya yetersiz sağlık politikaları, uluslararası hasta çekimini zorlaştırabilir.
Tıbbi Teknoloji	- Gelişmiş tedavi teknolojileri, başarı oranlarını ve hasta memnuniyetini artırmakta, KKTC'yi bölgesel merkez haline getirmektedir.	—
Sağlık Ekonomisi	- Uygun maliyetli tedavi olanakları, Avrupa ve Orta Doğu gibi bölgelerden gelen hastalar için cazip bir destinasyon oluşturmaktadır.	- Küresel ekonomik dalgalanmalar ve sağlık harcamalarındaki kısıtlamalar, fiyat avantajını zayıflatabilir.
Rekabet Koşulları ve Rakip Kurumlar	—	- Türkiye, Hindistan ve Tayland gibi ülkelerle artan rekabet, KKTC'nin pazar payını azaltabilir. - Hastaların daha popüler ve tanınmış destinasyonları tercih etme eğilimi söz konusu olabilir.
Hukuksal Koşullar	- Esnek yasal düzenlemeler, katı yasal mevzuatlara sahip ülkelere gelen hastalar için çekici bir seçenek oluşturmaktadır.	- Yasal belirsizlikler veya uluslararası standartlara uyumsuzluk, hasta güvenliğini zedeleyebilir ve KKTC'ye olan güveni azaltabilir.
Epidemiyolojik Koşullar	—	- Pandemi ve benzeri küresel sağlık krizleri, uluslararası hasta hareketliliğini sınırlayarak medikal turizmi olumsuz etkileyebilir.

4.5. Senaryolar

Yukarıda sunulan iç ve dış çevre analizleri kapsamında elde edilen bulgular, SWOT analizine dayalı olarak dört farklı senaryo geliştirilmesini mümkün kılmıştır. Bu senaryolar; **güçlü yönler – fırsatlar (S-O)**, **güçlü yönler – tehditler (S-T)**, **zayıf yönler – fırsatlar (W-O)** ve **zayıf yönler – tehditler (W-T)** şeklinde sınıflandırılmıştır. Her bir senaryo, KKTC'deki tüp bebek sektörünün stratejik planlamasında yol gösterici olacak şekilde tasarlanmıştır.

Senaryolar, KKTC'nin mevcut durumunu analiz ederek; güçlü yönlerin nasıl fırsata dönüştürülebileceğini, tehditler karşısında nasıl korunma stratejileri geliştirilebileceğini, zayıf yönlerin nasıl avantaja çevrilebileceğini ve hem zayıf yönlerin hem de tehditlerin etkilerinin nasıl azaltılabileceğini açıklamaktadır. Böylece, KKTC'nin sağlık turizmi kapsamında özellikle tüp bebek alanında daha rekabetçi bir konuma ulaşması hedeflenmektedir.

Bu bağlamda geliştirilen dört senaryo Tablo 3'te sistematik biçimde sunulmuştur. Tablo 3, her senaryo tipinde hangi stratejik yönelimlerin öne çıktığını, bu stratejilerin temel gerekçelerini ve sektöre yönelik olası etkilerini içermektedir. Böylece, stratejik planlamaya yönelik daha somut ve uygulanabilir adımlar ortaya konmuştur.

Tablo 3. Medikal Turizm Alanında Tüp Bebek Tedavilerine İlişkin Sonuç Üretecek Stratejiler: KKTC - 4 Senaryo

Senaryo 1: Güçlü Yön - Fırsat Olumlu yönlerimizi ortaya çıkararak fırsatlardan yararlanma olasılığını nasıl artırırız? KKTC, rekabetçi fiyatlar, gelişmiş sağlık altyapısı ve deneyimli tüp bebek kadrosu ile birçok avantaja sahiptir. Ayrıca bölge, doğal güzellikleri ve turistik bölgelerin tedavi basamaklarına eklenmesi ile daha fazla hasta sayısını çekebilir. Sağlık ve turizm şirketleri, medikal turizmde iyi teklifler oluşturabilir. Bölge, rekabet alanında yüksek maliyet avantajı ve kaliteli sağlık hizmeti ile, uluslararası hastaları çekme gücünü artırmaktadır. Maliyet avantajı, kaliteli tedavi ve bütünsel tanıtım kampanyalarından yararlanmak, bu fırsatların artırılmasına yardımcı olabilir. Bu teklifler, ürünün benzersizliğini ele almak için bir fırsat sunmaktadır.	Senaryo 2: Güçlü Yön - Tehdit Hangi tehditleri bertaraf edip güçlü yönlerimizi daha güçlü hale getiririz? KKTC'nin uluslararası tanınma eksikliği, medikal turizmde önemli bir tehdit oluşturabilir. Ancak bu tehdit, modern klinikler tarafından kontrol altına alınabilir ve uluslararası standart akreditasyonlarının sağlanması, bölgeyi kaliteli sağlık hizmeti için gidilecek doğru yerler olarak nitelendirecektir. Bu boşluk, uluslararası sertifikalarla güven kazanmak için geliştirilen daha yüksek kalite standartlarıyla giderilebilir. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinin kalitesi teşvik edilerek ve tedavi başarısına daha etkili yanıtlar verilerek bölge tanınabilir. Ayrıca, uluslararası işbirlikleri kurarak ve tanıtım faaliyetlerini hızlandırarak diğer rakip ülkelere karşı rekabet gücünün artırılması sağlanabilir.
Senaryo 3: Zayıf Yön - Tehdit Zayıf yönleri nasıl güçlendiririz, böylece tehditleri nasıl azaltırız? KKTC'de tanıtım eksikliği ve tedavi sonrası takip hizmetlerinin yetersizliği önemli riskler oluşturabilmektedir. Bu zayıflıklar etkili pazarlama stratejileri ile doldurulabilir. Özellikle sosyal medya ve dijital platformlarda görünürlüğün artırılması önemlidir. Ek olarak, hasta takip hizmetlerinin geliştirilmesi hasta memnuniyetini artırır ve olumlu geri bildirimlerin yayılmasına yardımcı olur. Lojistiğin iyileştirilmesi ve hasta bakım altyapısının iyileştirilmesi, KKTC'nin rakip ülkeler karşısındaki konumunu güçlendirebilir ve tehditleri azaltabilir.	Senaryo 4: Zayıf Yön - Fırsat Zayıf yönleri nasıl güçlendirip, fırsatlardan nasıl yararlanırız? KKTC'nin ulaşım ve tanıtım konusundaki eksiklikleri giderilirse, küresel medikal turizm talebindeki artıştan daha fazla faydalanabilir. Özellikle seyahat düzenlemeleri ve uluslararası pazarlama stratejileri geliştirilirse, tüp bebek alanında tıbbi bir cazibe merkezi haline gelebilir. Tanıtım eksikliklerini gidererek ve dijital pazarlamayı daha iyi kullanarak, KKTC'de medikal turizmin potansiyeli artırılabilir. Altyapıya yapılan yatırımlar, bölgeyi sağlık turizmi için daha kolay ulaşılabilir bir destinasyon haline getirebilir ve küresel talebe paralel olarak daha fazla hasta çekebilir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde tüm dünyada, tüp bebek tedavileri medikal turizmde önemli bir rekabet alanı haline gelmiştir. KKTC, ileri teknolojik altyapıya ve alanında deneyimli sağlık profesyonellerine sahip klinikleriyle, özellikle bulunduğu coğrafyada sağlık turistleri için cazip bir destinasyon olarak öne çıkmaktadır. Ancak, stratejik bir planlama olmadan, artan çevrimiçi bilgilendirme trafiği ve rekabet baskısı karşısında kaliteli hizmet sunumunu sürdürebilmek ve sektördeki konumunu koruyabilmek kolay değildir. Ayrıca, tüp bebek tedavileri yasal düzenlemelere bağlı olarak yürütülmektedir ve sağlık politikalarında meydana gelebilecek değişiklikler, bu uygulamalar üzerinde doğrudan etkili olabilmektedir.

Medikal turizm kapsamında tüp bebek (IVF) tedavileri üzerine araştırma yapmak, bu endüstrinin stratejik yararlarına ve dezavantajlarına ışık tutacaktır. Bu araştırmalar, SWOT analizi kapsamında tüp bebek tedavisinin güçlü yönleri ve fırsatlarının yanı sıra zayıf yönlerini ve tehditlerini de incelemektedir. Bu çalışmada da, KKTC'deki tüp bebek tedavileri (güçlü ve zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler) üzerinde bir SWOT analizi yapılmıştır ve güçlü yön-fırsat, güçlü yön-tehdit, zayıf yön-tehdit, zayıf yön-fırsat olmak üzere 4 senaryo oluşturulmuştur. Güçlü yönleri belirlemek adına; hasta potansiyeli (pazardaki durumu), göreceli mali yapı, göreceli hizmet üretim kapasitesi, beşerî yetenekler ve yönetimin etkililiği parametreleri incelenmiştir ve ayrıca “bu güçlü yönler nasıl daha da güçlendirilebilir?” veya “hangilerine odaklanılması gerekir?” Sorularına yanıt aranmıştır. Zayıf yönleri belirlemek için; rakiplere ve değişikliklere karşı yetersiz kalınan faaliyetler incelenmiştir ve ayrıca tanımlanan zayıflıkları giderebilmek için “ne/neler yapılmasına ihtiyaç vardır?” Sorusuna yanıt aranmıştır. Fırsatları belirlemek için; elverişli durumlar, yeni alternatifler incelenmiştir ve ayrıca “bu fırsatlar nasıl avantaja dönüştürülebilir?” “Nasıl yararlanılabilir?” Sorularına yanıt aranmıştır. Tehditleri belirlemek için ise; zorlaştırıcı/engelleme unsurlar incelenmiştir ve “bu tehditlerin nasıl üstesinden gelinebilir?” “Nasıl bertaraf edilir” veya “etkisi nasıl azaltılır?” Sorularına yanıt aranmıştır. Veri toplamaya çalışırken, bilgi sistemlerinin yetersiz olması, uluslararası akreditasyon eksiklikleri ve hasta izleme süreçlerindeki zorluklar veriye ulaşma konusunda sıkıntılar yaratmıştır. Bu nedenle çalışma ayrıca tüp bebek tedavilerine ilişkin süreci takip etme, planlama ve değerlendirmek adına veri gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular, KKTC'nin medikal turizm stratejileri içinde tüp bebek tedavilerini anlamamızı ve bu alandaki bazı stratejik noktalar hakkında fikir vermemizi sağlamıştır.

Bu çalışma, SWOT analizine dayalı olarak KKTC'deki tüp bebek tedavi senaryolarının tüm yönlerini kapsamış ve detaylandırmıştır. Sonuçlardan da görüleceği üzere medikal turizm sektöründe tüp bebek tedavilerinde KKTC'yi cezbeden net faydalar ve riskler bulunmaktadır. KKTC, tüp bebek tedavileri, uygun fiyatları, teknoloji avantajları ve sunduğu yüksek kaliteli hizmetler sayesinde medikal turizmde önemli bir oyuncu olarak kendini kanıtlayabilecek bir konumdadır. Bununla birlikte, uluslararası tanınırlık eksikliği, yasaların tanımının belirsiz olması ve bakım sonrası hizmetlerin sınırlı olması gibi zayıflıkları bulunmaktadır. Bu alanlardaki siyasi ve operasyonel karar alma ve finansman ayarlamaları, KKTC'yi tüp bebek tedavileri alanında önde gelen bölgeler arasında tutabilir. Ayrıca, modern teknolojilerin uygulanması ve dijital teknolojilerinin sağlık hizmetlerinde kullanılması ile bölgedeki klinikler küresel düzeyde rekabet güçlerini artırabilirler.

Sonuç olarak, KKTC'nin tüp bebek tedavileri alanında rekabet gücünü artırabilmesi için stratejik planlamaya dayalı, somut adımlar atması gerekmektedir. Özellikle uluslararası akreditasyon süreçlerine uyum sağlanması, sağlık personelinin düzenli eğitimlerle desteklenmesi, hasta memnuniyeti odaklı hizmet standartlarının geliştirilmesi ve dijital pazarlama stratejilerinin güçlendirilmesi öncelikli adımlar arasında yer almalıdır. Ayrıca, sağlık politikalarında istikrar sağlanarak mevzuatın uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi de KKTC'nin sağlık turizmi alanında güvenilirliğini artıracaktır. Bu tür somut stratejiler

sayesinde KKTC, uluslararası sağlık turizmi pazarında daha güçlü bir konuma ulaşabilecek ve uzun vadeli hedeflerine yaklaşabilecektir.

Etik Kurul İzni: Bu çalışma etik kurul izni gerektirmemektedir.

KAYNAKÇA

- Ajmera, P. (2017). Ranking the strategies for Indian medical tourism sector through the integration of SWOT analysis and TOPSIS method. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(8), 668-679.
- Arı, H. (2017). Pazarlama perspektifinden medikal turizm ve Türkiye'nin medikal turizmdeki yeri. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Arueyingho, O., Ghasemi, M., & Bodamyalı, T. (2022). Medical tourism in the Turkish Republic of Northern Cyprus: Strategies for improvement. *Journal of Multidisciplinary Academic Tourism*, 7(1), 1-18.
- Arulmozhi, S. J., Kumar, K. P., Vijayalakshmi, R., & Vinayagamoorathi, G. (2020). SWOT analysis on medical tourism in India. *Dogo Rangsang Research Journal*, 10(6), 111-123.
- Avgerinou, A., & Stratsiou, M. (2018). *Medical tourism in Greece, prospects of IVF development* [Master's Thesis, International Hellenic University School of Economics, Business Administration & Legal Studies].
- Ayoub, M. (2018). *Medical tourism in Egypt: Opportunities and challenges* [Master's Thesis, the American University in Cairo].
- Ayuningtyas, D., Fachry, A., Sutrisnawati, N. N. D., & Munawaroh, S. (2020). Medical tourism as the improvement of public health service: A case study in Bali and West Nusa Tenggara. *Enfermeria Clinica*, 30, 127-129.
- Birader, T. K. (2017). *Motivators and perceptions of residents in North Cyprus towards medical tourism in Turkey* [Master's Thesis, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)].
- Büyük, Ö. (2023). *Türkiye ve Dünyada medikal turizm: Sağlık, ekonomi ve kültürün buluşması*. In Bayram, Ali Turan (Eds.), *Turizm araştırmaları* (pp.55-76), Gaziantep: Özgür Yayınları.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023, April 18). 2021 Assisted Reproductive Technology fertility clinic success rates report. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.cdc.gov/art/reports/2021/index.html>
- Chausheva, N., & Ozdal, M. A. (2024). The impact of IVF patients' characteristics on their satisfaction and quality-of-life with overseas treatment: A mixed methods approach. *Medicine*, 103(29), e38682.
- Cheng, C. W., Feng, C. M., & Chua, C. S. (2020). A new breakthrough of global healthcare in Penang—an indicator policy in medical tourism. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 3(10), 819-819.

- Campra, M., Riva, P., Oricchio, G., & Brescia, V. (2022). Bibliometrix analysis of medical tourism. *Health Services Management Research*, 35(3), 172-188.
- Deonandan, R. (2015). Recent trends in reproductive tourism and international surrogacy: Ethical considerations and challenges for policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 111-119.
- Dolmans, M. M., Falcone, T., & Patrizio, P. (2020). Importance of patient selection to analyze in vitro fertilization outcome with transplanted cryopreserved ovarian tissue. *Fertility and Sterility*, 114(2), 279-280.
- European Society of Human Reproduction and Embryology. (2022, June). ART in Europe, 2018: Results generated from European registries by ESHRE. <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News/ART-data-2018>.
- He, R. (2016). *A study of the positive effect on word-of-mouth behavior of IVF medical tourists in Thai Fertility Centers* [Master's Thesis, Graduate School, Bangkok University].
- Helms, M. M., & Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis—where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, 3(3), 215-251.
- Horton, M., Miller, K., Ory, S. J., Dyer, R. K., Pai, H., Simpson, J. L., ... & Bank, E. (2022). International Federation of Fertility Societies' Surveillance (IFFS) 2022: global trends in reproductive policy and practice. *Glob Reprod Health*, 7, e58.
- Kaur, R., & Hira, J. K. (2019). Medical tourism in India-A SWOT Analysis. *Think India Journal*, 22(4), 676-691.
- Kıbrıs Sağlık Derneği. (2024). *Kıbrıs'ta sağlık turizmi ve hizmetleri*. <https://kibristasaglik.com>
- KKTC Sağlık Bakanlığı. (2023). *Kuzey Kıbrıs sağlık istatistikleri*. <https://www.kktcsaglik.gov.tr>
- Mahdi, M. (2019). *Türkiye'de medikal turizmin gelişmesinde Ortadoğu pazarının yeri ve önemi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485-489.
- Medical Tourism Magazine. (2024, January 10). Why IVF in Turkey, Thailand, and the UAE is becoming the top choice for fertility tourists. <https://www.medicaltourism.com>.
- Mothiravally, V., Shahi, M., Hussain, K., & Ekiz, E. H. (2010, December). Strategic Analysis of Medical Tourism: A Case Study of an Island Destination. In *Proceedings of Regional Conference on Tourism Research* (p. 156).
- Namugenyi, C., Nimmagadda, S. L., & Reiners, T. (2019). Design of a SWOT analysis model and its evaluation in diverse digital business ecosystem contexts. *Procedia Computer Science*, 159, 1145-1154.
- Otamış, P. A., & Yüzbaşıoğlu, N. (2015). Medikal turizm sektöründe küresel işbirliği, yenilikçilik ve büyüme: Antalya Örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(3), 173-192.

- Paraskou, A., & George, B. P. (2017). The market for reproductive tourism: an analysis with special reference to Greece. *Global Health Research and Policy*, 2, 1-12.
- Phadermrod, B., Crowder, R. M., & Wills, G. B. (2019). Importance-performance analysis based SWOT analysis. *International Journal of Information Management*, 44, 194-203.
- Puyt, R. W., Lie, F. B., & Wilderom, C. P. (2023). The origins of SWOT analysis. *Long Range Planning*, 56(3), 102304.
- Sammut-Bonnici, T., & Galea, D. (2015). SWOT analysis. *Wiley Encyclopedia of Management*, 12(1), 1-8.
- Sánchez, M., Sousa, B., Veloso, C., & Lubowiecki-Vikuk, A. (2022). Trends and segmentation of medical tourism: an approach to reproductive tourism. In *Advances in Tourism, Technology and Systems: Selected Papers from ICOTTS 2021, Volume 1* (pp. 223-233). Singapore: Springer Nature Singapore.
- Sevim, E., & Önder, E. (2020). Investigation of medical tourism in Turkey through SWOT-ANP. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 605-622.
- Sharma, R. S., Saxena, R., & Singh, R. (2018). Infertility & assisted reproduction: A historical & modern scientific perspective. *Indian Journal of Medical Research*, 148(1), 10-14.
- Simopoulou, M., Sfakianoudis, K., Giannelou, P., Pierouli, A., Rapani, A., Maziotis, E., ... & Koutsilieris, M. (2019). Treating infertility: current affairs of cross-border reproductive care. *Open Medicine*, 14(1), 292-299.
- Sunderam, S., Kissin, D. M., Zhang, Y., Folger, S. G., Boulet, S. L., Warner, L., Callaghan, W. M., & Barfield, W. D. (2018). "Assisted Reproductive Technology Surveillance — United States, 2015." Morbidity and Mortality Weekly Report. *Surveillance Summaries*, 67(3), 1–28.
- Teharn, I. (2017). Medical tourism in Tehran development as. *International Journal of Architecture and Urban Development*. 7(3), 25-38.
- Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2019). SWOT analysis. *Europe PMC*.
- Tsekouropoulos, G., Vasileiou, A., Hoxha, G., Dimitriadis, A., & Zervas, I. (2023). Sustainable approaches to medical tourism: Strategies for Central Macedonia/Greece. *Sustainability*, 16(1), 121.
- Tüp Bebek Derneği. (2023). *Türkiye Tüp Bebek Merkezi İstatistikleri*. <https://www.tupbebek.org.tr>
- Vasugi, S. M., Josephine, S. P., Kavitha, S. F., Surianarayanan, R., & Prema, R. (2023). Indian medical tourism industry: Factor analysis in strengths, weaknesses, opportunities and threats (swot). *Organization*, 35(01), 51-61.
- Vinayaraj Mothiravally, V. M., Mohit Shahi, M. S., Kashif Hussain, K. H., & Ekiz, E. H. (2010). Strategic analysis of medical tourism: a case study of an island destination. In *Proceedings of Regional Conference on Tourism Research*.

- Yildiz, M. S., & Khan, M. M. (2016). Opportunities for reproductive tourism: cost and quality advantages of Turkey in the provision of in-vitro Fertilization (IVF) services. *BMC Health Services Research*, 16, 1-8.
- Zarchi, M. K. R., Jabbari, A., Hatam, N., Bastani, P., Shafaghat, T., & Fazelzadeh, O. (2018). Strategic analysis of Shiraz medical tourism industry: a mixed method study. *Galen Medical Journal*, 7, e1021.

