



Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi



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

Yıl /Year: 2025

Cilt/Volume: 7

Sayı/No: 2

ISSN: 2667-8217



Derginin Sahibi / Owner of the Journal

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

Baş Editör / Editor in Chief

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Cuma ÇAKMAK

Editörler / Editors

Doç. Dr. Üyesi / Assoc. Prof. Dr. Ferhat ÖZBAY

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Öğr. Gör. / Lecturer Burcu ÇELİK

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Muhammed Felat AKTAN

Yayın Kurulu / Editorial Board

- Prof. Dr. İbrahim DUYAR
Arkansas State University
Prof. Dr. Shahrokh Waleck DALPOUR
University of Maine at Farmington
Prof. Dr. / Prof. Dr. Adil AKINCI
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Habeebullah ZAKARİYAH
IIUM Gombak Campus
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Seyil NAJİMUDİNOVA
Kırgızistan-Türkiye Manas University
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ferhat ÖZBAY
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Mesut TELEŞ
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet YILDIZ
Batman Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Haşim ÇAPAR
Dicle Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Cuma ÇAKMAK
Dicle Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Taner ABİŞ
İstanbul Altınbaş Üniversitesi
Uzm. Dr. / Exp. Dr. Askeri TÜRKEN
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. İsmail BİÇER
Pumakkale Üniversitesi



Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Rasmiyya ABDULLAYEVA

Ministry of Science and Education Republic of Azerbaijan

Prof. Dr. Maria Nascimento CUNHA

ISMT- Instituto Miguel Torga

Prof. Dr. Robert M CGEE

Fayetteville State University

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Halil ŞENGÜL

Sabahattin Zaim Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Seyil NAJİMUDİNOVA

Kırgızistan-Türkiye Manas University

Dr. Muhsin Khan ABBASI

Numl University

Dergi Sekreteri / Journal Secretary

Öğr. Gör. / Lecturer Mehmet Aziz ÇAKMAK

Mardin Artuklu Üniversitesi



Amaç / Aim

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

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

Kapsam / Scope

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

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

Dizgi / Type Setting

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

Kapak Tasarım / Cover Design

Grafiker / Graphic Designer Öğr. Gör. Mehmet Aziz ÇAKMAK

İletişim Adresi / Contact Info

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

Yenişehir, Diyarbakır / Türkiye

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

hsmcpr07@hotmail.com

+90 5348976081



İndeksler / Indexes

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

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





Hakem Kurulu / Referee Board

- Prof. Dr. Şükran KARACA
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Eda YAŞA ÖZELTÜRKAY
Çağ Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet KAR
Kırıkkale Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fatih ŞANTAŞ
Yozgat Bozok Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fatma KANTAŞ YILMAZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Gökhan ABA
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Hıdır APAK
Mardin Artuklu Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ramazan KIRAÇ
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ramazan KIRAÇ
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Seda AYDAN
Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. İrfan ESEN
Yüksek İhtisas Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Özgül ÖZKOÇ
Altınbaş Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Sevgi ÇAĞALTAY KAYAOĞLU
Sinop Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Selahattin ÇALIŞAL
Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Nurullah YELBOĞA
Şırnak Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Taner ABİŞ
Altınbaş Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Resul DURAN
Hakkari Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Mehmet KOCA
Malatya Turgut Özal Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Levent YÜCEL
15 Kasım Kıbrıs Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Levent İNCEDERE
Işık Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Begüm YALÇIN
Beykent Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. İlknur Nilgün DEMİREL İLİ
İğdır Üniversitesi
Dr. Öğr. Gör. Ersin KOCAMAN
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Dr. Orhan Orçun BİTRAK
Bağımsız Araştırmacı
Dr. Seda SAĞLAM YÜREK TAŞDEMİR
Karadeniz Üniversitesi
Dr. Sebla AK
UNEM Universidad Empresarial de Costa Rica
Dr. Mehtap ATASEVEN
Bağımsız Araştırmacı

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

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



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makalesi / Research Article

Büşra AKÇA

Doç. Dr. Gökhan ABA

Doç. Dr. Arzu BULUT

Bireylerin Covid-19 Sonrası Pandemi Korkusu ve Yaşam Tatmini Düzeylerinin Araştırılması

Individuals' Post-Covid-19 Pandemic Fear and Life Satisfaction Levels

113-126

Araştırma Makalesi / Research Article

Sosyal Hizmet Uzmanı Atıf KARAKUŞ

Dr. Öğr. Üyesi Caner ÖNİZ

Sağlık Çalışanlarının Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalığının Yapay Zekâ Kaygısı Üzerine Etkisi: Ankara Şehir Hastaneleri Örneği

The Effect of Healthcare Workers' Online Privacy Awareness on Artificial Intelligence Anxiety: The Case of Ankara City Hospitals

127-141

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Sait SÖYLER

Dr. Öğr. Üyesi Doğançan ÇAVMAK

Martı Tarzı Yönetici Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Development of The Seagull Style Manager Perception Scale: A Validity And Reliability Study on Health Care Workers

142-154

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Emre YILMAZ

Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İş Birliği Üzerine Bilimsel Eğilimler: Bibliyometrik Ağ Analizi Yaklaşımı

Scientific Trends on Public-Private Partnerships in The Health Sector: A Biometric Network Analysis Approach

155-173

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Aysun DANAYİYEN

Arş. Gör. Elem EROĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Semra BAYSAN

A Bibliometric Analysis Of Gerontechnology: Literature Trends, Citation Dynamics, And Future Perspectives

Geronteknolojinin Bibliyometrik Analizi: Literatür Trendleri, Atıf Dinamikleri ve Gelecek Perspektifleri

174-188

Araştırma Makalesi / Research Article

Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU

Arş. Gör. Pınar ÜNKÜR

Türkiye'deki Hastanelerin Kalite Politikalarının Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre İncelenmesi

Examination of Quality Policies of Hospitals In Türkiye According to Quality Standards in Health

189-197

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Çağla ÇETİNKAYA

Turizm Sektöründe Baz İstasyonları: Sağlık, Güvenlik ve Sürdürülebilirlik Temelli Uygulamalar

Base Stations in the Tourism Sector: Applications Focused on Health, Safety, and Sustainability

198-207

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. Öğr. Üyesi Canan BULUT

Dr. Dilek KOLCA

Sağlık Politikalarının Tarihsel Dönüşümü ve Geleceğe Yönelik Stratejik Yaklaşımlar: Literatür İncelemesi

The Historical Transformation of Health Policies and Strategic Approaches for the Future: A Literature Review

208-218



Derleme Makalesi / Review Article

Öğr. Gör. Güler SEZGİN

Gülşah DENİZ

Türkiye, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya Sağlık Sistemleri ve Covid-19 Sağlık Politikaları

Health Systems And Covid-19 Health Policies of Turkey, Germany, France, England, Italy

219-241

Derleme Makalesi / Review Article

Doç. Dr. Cuma SUNGUR

Ditalization in Health Tourism: An Evaluation of Türkiye's Current Situation and Future Perspective

Sağlık Turizminde Dijitalleşme: Türkiye'nin Mevcut Durum ve Gelecek Perspektifi Üzerine Bir Değerlendirme

242-256

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. Öğr. Üyesi Onur GÖZÜBÜYÜK

İlyas AKSOY

Sağlık Sektöründe Mesleki Karar Pişmanlığı: Nedenler ve Sonuçlar Üzerine Sistematiik Bir Derleme

Professional Decision Regret in the Health Sector: A Systematic Review on Causes and Consequences

257-266

Derleme Makalesi / Review Article

Sosyal Çalışmacı Kerem AZBAY

Doç. Dr. Oktay TATLICIOĞLU

Çocuk Koruma Sistemlerinin Karşılaştırılması: Türkiye, Almanya ve İngiltere Örneği

A Comparison Of Child Protection Systems: The Case of Turkey, Germany and England

267-278



YAYIN İLKELERİ

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



Hakemler ilk tur değerlendirmesini tamamladıktan sonra ikinci ve üçüncü tur değerlendirmelere ihtiyaç duyarsa yukarıda belirtilen süreler tekrar baştan işlemektedir.

14. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin reddedilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içerisinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir. Aksi durumda makalenin değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.

15. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör kurulu makaleyi üçüncü bir hakeme gönderebilir veya hakem raporları çerçevesinde makalenin reddedilmesine karar verebilir. Dolayısıyla dergiye gönderilen bir makalenin yayımlanabilmesi için en az iki ayrı hakemden olumlu görüş alması gerekmektedir.

16. Değerlendirme aşamasından başarıyla geçen makaleler kabul edilerek yayın süreci aşamasına geçmektedir. Yayın süreci aşamasında makaleler; geliş tarihi, makale türü ve yayın dili dikkate alınarak editör kurulu kararına göre yayın sürecine alınmaktadır. Bu aşamada her ne sebeple olursa olsun makalelerin yayım sürecini öne çekmeye ilişkin yazarların istekleri dikkate alınmamaktadır. Bu anlamda Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi belli bir sayıda yayımlanmak için makale kabul etmemekte, yazarlar istedikleri zaman dergiye makale gönderebilmektedir.

17. Yayın süreci aşamasında, makalenin yayınlanma sırası geldiğinde dizgi ve mizanpaj işlemleri başlamaktadır. Dizgi ve mizanpaj işlemleri bittikten sonra makale kontrol amaçlı son bir kez yazarlarına gönderilmektedir. Yazardan gelecek geri dönüşten sonra makaleler mizanpaj editörümüzün son kontrolünden geçecek ve makaleye varsa DOI numarası verilerek yayın süreci başlayacaktır. Yazarlar kontrollere ilişkin belirtilen süre içinde geri dönüş yapmadıkları takdirde editör kurulu kararıyla makale bir sonraki sayıya kaydırılacak veya mevcut haliyle yayımlanacaktır.

18. Dergide yayımlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir ve tüm sorumluluk yazarlarına aittir. Dergide yayımlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmemektedir.

19. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Açık Erişim politikasını benimsemiş bir e-dergi olup, Budapeşte Açık Erişim Girişimi (BOAI) tanımına uygun olarak hakem değerlendirmesinden geçmiş bilimsel çalışmaların, internet aracılığıyla; finansal, yasal ve teknik engeller olmaksızın, serbestçe erişilebilir, okunabilir, indirilebilir, kopyalanabilir, dağıtılabilir, basılabilir, taranabilir, tam metinlere bağlantı verilebilir, dizinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olmasını kabul etmektedir. Yazarlar ve telif hakkı sahipleri bütün kullanıcıların ücretsiz olarak erişim olanağına sahip olduğunu kabul ederler. Makaleleri kabul edilen yazarlar telif hakkının korunması ve Creative Commons Attribution License altında bulunan derginin haklarının korunması için çalışmalarında yer alan bilgilerin referans gösterilerek paylaşılmasını kabul etmiş sayılırlar.

20. Yayın ilkelerine uygun olmayan makalelerin başvuruları kabul edilmeyecektir. Eksiklikleri sonradan tespit edilen makalelerin ise hangi aşamada olduğuna bakılmaksızın değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.



YAYIN ETİĞİ

ETİK İLKELER

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

Yazarların Etik Sorumlulukları:

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

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

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

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

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



YAZIM KURALLARI

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



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

Kitaplar:

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

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

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

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

Çeviri Kitaplar:

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

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

Editörlü Kitaplar:

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

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

Makaleler:

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

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



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

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

Tezler:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Tez başlığı. Yüksek Lisans Tezi / Doktora Tezi, Kurum Adı, Yayın yeri.

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

Sempozyum/Konferanslar:

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

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

Araştırma Raporları:

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

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

Internet Kaynakları:

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

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

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



PUBLICATION PRINCIPLES

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



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

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



PUBLICATION ETHICS

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

Ethical Responsibilities of Authors:

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

Ethical Responsibilities of Referees:

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

Ethical Responsibilities of the Editorial Board:

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



SPELLING RULES

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



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

Books:

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

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

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

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

Translated Books:

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

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

Edited Books:

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

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

Articles:

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

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

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

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



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

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

Thesis:

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

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

Symposiums/Congresses:

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

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

Research Reports:

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

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

Internet Sources:

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

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

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

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



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

BİREYLERİN COVID-19 SONRASI PANDEMİ KORKUSU VE YAŞAM TATMİNİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

INDIVIDUALS' POST-COVID-19 PANDEMIC FEAR AND LIFE SATISFACTION LEVELS

Büşra AKÇA¹

Doç. Dr. Gökhan ABA²

Doç. Dr. Arzu BULUT³

ÖZ

Bu çalışma, COVID-19 sonrası bireylerin pandemi korkusu ve yaşam tatmini düzeylerini incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, Balıkesir ili, Bandırma ilçesinde yaşayan 18 yaş ve üzeri 445 katılımcı ile Haziran-Kasım 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri yüz yüze anketler yoluyla toplanmıştır. Popülasyon büyüklüğü, zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle çalışmada örnekleme yöntemi olarak kolay örnekleme yöntemi seçilmiştir. Veriler, Pandemi Korkusu Ölçeği (PKÖ) ve Yaşam Tatmini Ölçeği (YTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Her iki ölçek de bu çalışmada yüksek güvenilirlik göstermiş, Cronbach alfa değerleri PKÖ için 0,963 ve YTÖ için 0,873 bulunmuştur. Tüm analizler için IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24 for Windows kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Bulgular, kadınların ve genç bireylerin pandemi korkusunun daha yüksek olduğunu, eğitim düzeyinin artması ve algılanan gelir seviyesinin yükselmesiyle korkunun azaldığını göstermiştir. İşsiz bireylerde pandemi korkusunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşam tatmini düzeyleri ise demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermemiş, ancak genel olarak orta düzeyde bulunmuştur. Çalışma, pandemilerin yalnızca fiziksel sağlık değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal refah üzerinde de önemli etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, doğru bilgi paylaşımı, ruhsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve toplumsal dayanışmanın artırılması, pandemi korkusunun azaltılmasında kritik bir öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Pandemi Korkusu, Yaşam Tatmini

JEL Sınıflandırma Kodları: I14, I18, I19

ABSTRACT

This study aims to examine individuals' fear of pandemic and life satisfaction levels after COVID-19. The study was conducted between June and November 2024 with 445 participants aged 18 and over living in Bandırma district of Balıkesir province. Research data were collected through face-to-face questionnaires. Due to population size, time, and cost constraints, the convenience sampling method was selected as the sampling method in the study. Data were collected using the Pandemic Fear Scale (PFS) and the Life Satisfaction Scale (LSS). Both scales showed high reliability in this study, with Cronbach's alpha values of 0.963 for the PCS and 0.873 for the LTS. IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 24 for Windows was used for all analyses. The results were evaluated at 95% confidence interval and $\alpha=0.05$ significance level. The findings showed that women and young individuals had higher pandemic fear and that fear decreased with increasing education level and perceived income level. Fear of the pandemic was found to be higher in unemployed individuals. Life satisfaction levels did not differ significantly according to demographic variables but were generally found to be moderate. The study reveals that pandemics have significant impacts not only on physical health but also on psychological and social well-being. As a result, sharing accurate information, strengthening psychological support mechanisms, and increasing social solidarity are critical in reducing pandemic fear.

Keywords: Covid-19, Fear of Pandemic, Life Satisfaction

JEL Classification Codes: I14, I18, I19

¹ Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, busragezici16@gmail.com

² Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Faköltesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gaba@bandirma.edu.tr

³ Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Faköltesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, abulut@bandirma.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The aim of this study is to examine individuals' fear of the pandemic and life satisfaction levels in the post-COVID-19 period. Beyond physical health effects, the COVID-19 pandemic has significantly impacted psychological and social well-being, leading to increased fear, anxiety, and disruptions in daily life. Specifically, this research explores whether there is a significant difference between demographic variables and these two critical factors to provide a holistic understanding of the long-term consequences of the pandemic. By focusing on residents of Bandırma, Türkiye, this study aims to contribute to the broader literature on mental health and life satisfaction challenges associated with the pandemic.

Design/methodology/approach:

This descriptive study was conducted with individuals aged 18 years and over residing in Bandırma district of Balıkesir province. Within the scope of the inclusion criteria, individuals who resided in Bandırma could communicate in Turkish, had no barriers to answering the questionnaire, and volunteered to participate in the study were included in the study. The sample size was determined using a known population sampling formula, and 445 valid survey data were obtained. Data collection was carried out through face-to-face surveys between June and November 2024. Due to the size of the population, time, and cost constraints, the sampling method was used in the study, and the convenience sampling method was chosen as the lowest cost and easiest method to implement. The questionnaire included two valid scales, the Pandemic Fear Scale (PFS) and the Life Satisfaction Scale (LSS). Both scales showed high reliability in this study, with Cronbach's alpha values of 0.963 for the PCS and 0.873 for the LTS. IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 24 for Windows was used for all analyses. The results were evaluated at 95% confidence interval and $\alpha=0.05$ significance level.

Findings:

The analysis revealed several significant findings. Women reported significantly higher pandemic fear scores than men. Younger participants (18–24 years) exhibited greater pandemic fear compared to older age groups, suggesting that fear decreases with age. Additionally, individuals with lower perceived income levels had higher pandemic fear scores, indicating a link between economic stress and fear. No statistically significant differences in life satisfaction were observed across demographic variables such as gender, marital status, or income level. However, the overall mean life satisfaction score was moderate, reflecting the pervasive impact of pandemic-related disruptions. Participants with higher education levels reported lower pandemic fear scores. This finding highlights the potential role of education in mitigating fear through better access to and comprehension of reliable information. Unemployed participants exhibited higher pandemic fear scores than those in stable employment, underscoring the role of job security in psychological resilience. These results underscore the multidimensional impact of the pandemic, with fear levels influenced by a combination of demographic, socioeconomic, and occupational factors.

Conclusion and Discussion:

The findings of this study highlight the significant impact of pandemic fear on individuals, particularly in relation to demographic and socioeconomic factors. The results indicate that certain groups, including women, younger individuals, unemployed participants, and those with lower economic security, experience heightened levels of pandemic-related fear. These findings align with previous research suggesting that women tend to be more psychologically sensitive to crises, while younger individuals may perceive the pandemic as a greater uncertainty compared to older age groups. Economic insecurity was also a key determinant, as those with lower financial stability reported higher levels of fear. Interestingly, education level appeared to be positively correlated with pandemic fear, indicating that increased awareness and exposure to information may contribute to heightened concerns. Despite the variations in pandemic fear across different groups, life satisfaction levels remained relatively stable and were not significantly influenced by demographic variables. Moreover, no statistically significant correlation was found between pandemic fear and life satisfaction, suggesting that individuals' overall well-being may be influenced by broader personal and environmental factors rather than pandemic-related anxiety alone. This result suggests that while pandemics generate temporary psychological distress, individuals may develop coping mechanisms that enable them to maintain their overall life satisfaction. These findings have several practical implications. Psychological support interventions should be prioritized for vulnerable groups, particularly those experiencing higher levels of pandemic fear. Policymakers should also recognize the role of economic stability in reducing anxiety and implement measures to provide financial security during crises. Furthermore, public health communication strategies should focus on balancing awareness with reassurance, preventing unnecessary fear and misinformation that may exacerbate anxiety. Future research should explore how pandemic fear evolves over time, particularly through longitudinal studies that examine its long-term psychological and social effects. Expanding the research to different geographical regions and populations may also provide further insights into how individuals and societies respond to health crises. Ultimately, this study underscores the importance of addressing not only the physical consequences of pandemics but also their profound psychological and social effects, ensuring that public health responses integrate both medical and mental health considerations.

1. GİRİŞ

İnsanlık var olduğundan beri sel, deprem, savaş, salgın hastalıklar gibi birçok durumla karşı karşıya kalmıştır. Hastalık; vektörden, mikroorganizmadan, virüsten, parazitten, bitkiden, hayvanlardan ortaya çıkarak gelişim göstermektedir. Ortaya çıkan bu durum sonucunda bir kişide varlığını gösteren hastalık olgusu kişiden kişiye yayılarak diğer bireylerin de hasta olmasına neden olmaktadır. Bir ülkede gözlenen bir hastalık ticaret yoluyla, alışverişlerle, seyahatler ile diğer kıtalara, ülkelere geçiş göstererek insanlara bulaşmasına neden olmuştur. Tarih boyunca birçok salgın hastalık yaşanmış olup çocuk, genç, yaşlı insanların kitlesel ölümlerine yol açmıştır. Hastalıklar kişilerin hayatını yitirmesine neden olurken, bireylerin sevdikleri aile üyelerini kaybetmesine neden olmuştur. İnsanları fiziksel olarak etkileyen salgın hastalıklar bedensel rahatsızlanmanın yanında psikolojik, sosyal, ekonomik olarak da insanları etkilemiştir. Salgın hastalıklar ile mücadele edebilmek için pandemiler ilan edilmiştir. Bu çalışmada insanların pandemi korkusu araştırılmak istenmiştir. Araştırma, pandeminin getirmiş olduğu fiziksel sorunların yanında bireylerde oluşan psikolojik, ekonomik, sosyal sorunlarında var olabileceği ve bunların bireylerde bir problem haline gelip korkuya neden olması açısından önem arz etmektedir. COVID-19 ile ilgili genel olarak fiziksel sorunlardan bahsedilirken aslında yarattığı diğer etkilerin gözden kaçırılmaması önemlidir. Bu kapsamda, araştırma COVID-19 sonrası bireylerin pandemi korkusu ve yaşam tatmini düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Literatürde, covid-19 pandemi sonrası korkuya yönelik yapılan çalışma sayısı çok azdır. Bu açıdan bakıldığında, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin pandemi sonrası döneminde pandemi korkuları ve yaşam tatmini düzeylerini incelemek amaçlanmıştır. Bu kapsamda araştırma soruları aşağıda sunulmuştur:

1. Bireylerin pandemi sonrası korkusu ne düzeydedir?
2. Bireylerin yaşam tatmini ne düzeydedir?
3. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre pandemi sonrası korku ve yaşam tatmini düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
4. Bireylerin pandemi korkusu ile yaşam tatmini düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Pandemi Kavramı ve Geçmişten Günümüze Pandemiler

Pandemi terimi Eski Yunanda ‘pan’ kelimesi tüm, ‘demos’ kelimesi ise insan anlamına gelen kelimelerin birleşmesiyle oluşturulmuş olup tüm insanları etkileyen bulaşıcı hastalıklar anlamına gelmektedir (Parıldar ve Dikici, 2020; Tekin, 2021). Sağlık Bakanlığı pandemiye ‘Bir hastalığın veya enfeksiyon etkeninin ülkelere, kıtalarda, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi’ şeklinde tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Daha sade bir tanımla pandemi, salgın hastalıkların başka ülkelere doğru yayılmasını ifade etmektedir (Özkoçak, Koç ve Gültekin, 2020). Yıllar öncesinde var olup halen devam etmekte olan salgın hastalıklar insanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek bunun da ötesinde ölümlere neden olmaktadır (Ak, 2011; Özkoçak, Çetli ve Koç, 2020). Pandemilerin en büyük nedenlerinden biri olan virüsler diğer ülkelere de geçiş yaparak insan hayatlarını etkilemekle birlikte hastalıklara ve maddi sorunlara da sebep olmaktadır (Duran ve Acar, 2020).

İnsanoğlu çağlar boyunca salgın hastalıklarla, virüslerle, bulaşıcı hastalıklarla karşılaşmıştır. İnsanlığın var olduğu dönemlerde çeşitli salgın hastalıklar görülmüştür ve çok sayıda ölümle sonuçlanmıştır (Menekşe, 2019). Veba ile ilgili pandemi 541 tarihinde Mısır’da görülmüştür (Parıldar ve Dikici, 2020). Bu bulaşıcı hastalık Jüstinien Vebası ismiyle de bilinmektedir (Özkoçak vd., 2020). 1340 yılında ikinci veba hastalığı Asya’da ortaya çıkmış, ticari gemiler ile kısa sürede Avrupa’da da etkisini gösteren hastalık çok sayıda ölümlere neden olmuştur (Türk, Bingül ve Ak, 2020). 1347-1351 yılları boyunca Kara Ölüm diye isimlendirilen veba hastalığı görülmektedir ve hastalık birçok kişinin yaşamını yitirmesine sebep olmuştur (Tunç ve Atıcı, 2020). Veba salgını maddi durumu iyi olmayan bakıma ihtiyacı olan bireylerde görülürken daha sonralarda üst sınıflara da bulaşarak yayılmaya başlamıştır (Özkoçak vd., 2020). Çiçek hastalığı da salgın bir hastalık olarak ölümlerle sonuçlanmıştır (Parıldar ve Dikici, 2020). 1768 yılında Kolera virüsü ortaya çıkarak, diğer bölgelere de yayılmıştır (Menekşe, 2019). Bu hastalığın temelinde kirlenmiş sular ile olan temas sonucunda ortaya çıktığı bilinmektedir (Ak, 2011). Kolera mideden sonra bağırsaklara ilerlemesiyle meydana gelen bir hastalık olup bulaşıcı bir hal alarak yayılmasına neden olur (Altan, 2019). Kolera hastalığı iş sebebiyle ve insanların başka yerlere göç etmesi ile diğer ülkelere de yayılarak hızla etkisini göstermeye başlamış, birçok kişinin yaşamını yitirmesine neden olmuştur (Demirkol, 2018). Sars virüsüne

öncelikle Uzak Doğu Asya da rastlanılmış (Yücel ve Görmez, 2019). 2003 yılında SARS virüsü hayvanlardan insanlara geçerek enfeksiyona ve ölümlere neden olmuştur (Akgül, 2020). Sıtma hastalığı da anofel cinsi sivrisineklerin insanlara bulaşmasıyla ortaya çıkan bir hastalık türüdür (Sağlık Bakanlığı; Parıldar ve Dikici, 2020). Sıtma hastalığı parazite sahip olan sivrisineklerin insanlara bulaşması sonucu ortaya çıkmaktadır (Diker, 2020). Sıtma hastalığı insanların günlük aktivitelerini etkileyebilecek düzeyde bulaşıcı hastalığa neden olduğu ve insan yaşamını etkilediği bilinmektedir (Tuğluoğlu, 2008). 1889-1890 yılları arasında ortaya çıkan Rusya Gribi H2N2 virüsünün faktörleri olduğu düşünülmektedir (Üstün, 2020). İspanyol gribi olarak da bilinen H1N1 virüsü 1918 yılında bulaşıcı hastalık olarak ortaya çıkmıştır ve bu virüs insanların yaşamını yitirmesine neden olmuştur (Parıldar ve Dikici, 2020; World Health Organization, 2024). 2005 yılında H5N1 virüsü olarak bilinen kuş gribi ortaya çıkmıştır (Akkaşoğlu ve Akyol, 2022). Virüsler bireyler arasından basit ve akıcı bir şekilde bulaşma riskine sahiptirler (Acar ve Beşirbellioğlu, 2005). 2009 yılından H1N1 virüsü olarak bilinen domuz gribi yayılmaya başlamıştır (Akkaşoğlu ve Akyol, 2022). Bu virüs bireyden diğer bir bireye aksırma ya da objelere teması ile bulaşabilmektedir (Oğuztürk, 2009). 2012 yılında MERS-CoV virüsünün ortaya çıktığı görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2020). MERS-CoV virüsüne ilk olarak Ürdün'de hastanede rastlanıldığı bilinmektedir (Parıldar ve Dikici, 2020). 2014 yılında insandan insan bulaşabilen Ebola virüsüne Batı Afrika'da rastlanmıştır (Malvy, McElroy, Clerck, Günther ve Griensven., 2019; World Health Organization, 2016). Ebola virüsü hayvanlardan bulaşabilirdiği gibi bireyden diğer bireye de bulaştığı bilinmektedir, hastalığın ilk belirtileri arasında ateş olmakla birlikte başka belirtileri olduğu da bilinmektedir (Açıkel, 2014).

2019 yılının sonlarında COVID-19 virüsü ortaya çıkmış olup hızla birçok kişiye enfeksiyonun bulaşmasına neden olmuştur (Üstün, 2020). COVID-19 solunum ve damlacık şeklinde bireyden bireye geçmektedir (Mevlana ve Karaaziz, 2021). Dünya Sağlık Örgütü, meydana gelen bulaşıcı hastalığa 'Koronavirüs hastalığı 2019' şeklinde isimlendirilerek 'COVID-19' olarak kısaltıldığını bildirmiştir (World Health Organization, 2020). COVID-19'un Çin'in Wuhan kentinde Huanan Deniz Ürünleri Pazarı'nda ortaya çıktığı belirtilmektedir (Temel ve Ertin, 2020). Bulaşıcı hastalık ilk olarak hayvan pazarında varlığı gözlemlenmiştir (Özçakmak ve Var, 2020). Hastalığın başlangıç yeri olan Çin ve etrafındaki diğer bölgeler olup daha sonrasında dünyaya yayılarak kendisini göstermiştir (Öztürk vd., 2020). Virüsün salgın bir solunum yolu ile meydana geldiği belirtilmiştir (Duran ve Acar, 2020). Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan ve hızla yayılan COVID-19 virüsü Sağlık Bakanlığı aracılığıyla ülkemizde ilk vakanın 11 Mart 2020 tarihinde görüldüğü bildirilmiştir (Soysal, 2020). COVID-19, SARS-CoV-2 virüsünden kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır (World Health Organization [WHO], 2023). Yaşadığımız en yakın salgın hastalık olan COVID-19 virüsünün damlacık yoluyla bulaştığı ve bu alanlara temas edilmesi ile geçtiği ifade edilmektedir (Akgül, 2020; Budak ve Korkmaz, 2020). COVID-19 virüsüne yakalanan bireylerde ailelerinden uzakta kalarak izole olmasına, tek oldukları için sıkılmasına, diğer kişilere bulaştırma korkusuna, vücudunda meydana gelen ağrı gibi durumlara neden olmuştur (Mevlana ve Karaaziz, 2021). COVID-19 bütün ülkelerde etkisini gösteren, bireylerde ateş, boğaz ağrısı, kas ağrısı, öksürük, nefes darlığı gibi çeşitli belirtiler ile kendini göstermiştir (Akkaşoğlu ve Akyol, 2022; Budak ve Korkmaz, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2020; Aşkın, Bozkurt ve Zeybek, 2019). COVID-19 toplumda bazı bireylerde az belirtilerle hastalığı atlatabilirken, yaşlı bireylerde başka hastalığının da bulunması ile birlikte ölüm oranları dikkat gerektirebilmektedir (Kobayashi, vd., 2020). COVID-19 virüsünün diğer salgın hastalıklara oranla daha hızlı yayıldığı bilinmektedir (Aşkın, Bozkurt ve Zeybek, 2019). COVID-19 pandemisi, ülkelerin ekonomik ve sosyal akışını etkileyerek, toplumsal düzeni dağıtan bir bulaşıcı hastalık haline gelmiştir (Türk vd., 2020). Pandeminin, fiziksel etkileri olduğu gibi psikolojik etkileri de bulunmaktadır, bu etkilerin en önemlilerinden bulaşıcı hastalıkların meydana getirdiği korku olmuştur (Kaplan, Aktaş ve Kaya, 2021).

Pandemi Korkusu

Pandemiler, sadece fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda bireylerin ve toplumların psikolojik sağlığı üzerinde de derin etkiler yaratır. COVID-19 pandemisi, tüm dünyada sağlık krizine ek olarak "pandemi korkusu" adı verilen yaygın bir duygusal tepkiyi tetiklemiştir. Pandemi korkusu, bireylerde belirsizlik, kaygı ve güvensizlik hislerinin artmasına neden olmuş ve bu durum, özellikle toplumsal bağlamda kayda değer sonuçlar doğurmuştur (Taylor, 2019).

Korkunun temel kaynaklarından biri, pandemiler sırasında sıkça yaşanan bilgi kirliliği ve belirsizliktir. Örneğin, medya aracılığıyla yayılan doğrulanmamış bilgiler, bireylerin tehdit algısını artırabilir ve bu da anksiyete seviyelerinin yükselmesine yol açabilir (Garfin, Silver ve Holman, 2020). Ayrıca, sosyal izolasyon ve ekonomik belirsizlikler de pandemi korkusunu tetikleyen faktörler arasında yer alır (Pfefferbaum ve North, 2020). Bu korku,

bireylerin davranışlarını etkileyerek obsesif hijyen alışkanlıklarının, aşırı stok yapma eğilimlerinin ve sağlık hizmetlerine aşırı başvurunun artmasına sebep olmuştur.

Pandemi korkusu, özellikle ruhsal hastalıkların yaygınlığına katkıda bulunmuş, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve anksiyete bozukluklarında artış gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra, toplumsal düzeyde dayanışma ve destek davranışlarını da etkileyerek bireylerin bir araya gelme istekliliğini azaltmıştır (Brooks vd., 2020). Bununla birlikte, pandemi korkusunun bireylerin risk algısını artırarak halk sağlığı tedbirlerine uyumu olumlu yönde etkilediği durumlar da mevcuttur. Örneğin, maske takma, sosyal mesafe kurallarına uyma ve aşı olma gibi davranışların benimsenmesinde korkunun motive edici bir faktör olduğu gözlemlenmiştir (van Bavel vd., 2020). Ancak bu korkunun kronikleşmesi, bireylerin zihinsel ve duygusal sağlığını olumsuz etkileyebilir. Dolayısıyla, pandemiler sırasında doğru bilgi paylaşımı, ruhsal destek ve toplumsal dayanışmayı artıracak politikaların önemi büyüktür.

Pandemi korkusu, bireylerin pandemiye bağlı olarak yaşadığı yoğun kaygı, endişe ve belirsizlik duygularını ifade eden bir kavramdır. Bu korku, hem gerçek tehditlerin (örneğin, virüse yakalanma riski) hem de algılanan tehditlerin (örneğin, abartılı ya da yanlış bilgiler) bir sonucu olarak ortaya çıkar (Taylor, 2019). Pandemi korkusu genellikle üç temel bileşeni içerir:

- Sağlık Kaygısı: Kendi sağlığına ya da sevdiklerinin sağlığına yönelik aşırı endişe.
- Belirsizlik ve Kontrol Kaybı: Pandemi sürecinde yaşanan bilgi kirliliği, sürekli değişen önlemler ve ekonomik etkilerle başa çıkamama hissi.
- Sosyal ve Ekonomik Endişeler: İş kaybı, sosyal izolasyon ve toplumsal ilişkilerdeki gerilimlerin neden olduğu korkular (Garfin vd., 2020).

Pandemi korkusu, bireysel düzeyde ruhsal bozuklukların tetiklenmesine, toplumsal düzeyde ise panik davranışlarının (örneğin, aşırı alışveriş ya da gereksiz sağlık hizmeti kullanımı) artmasına yol açabilir. Bununla birlikte, doğru şekilde yönetildiğinde bu korku, halk sağlığı önlemlerine uyumu artırabilir (van Bavel vd., 2020).

Yaşam Tatmini

Yaşam tatmini, bireylerin yaşamlarını genel olarak ne derece tatmin edici bulduklarını ifade eden öznel bir değerlendirmedir. Diener ve arkadaşları (1985), yaşam tatminini, bireyin kendi belirlediği kriterlere göre yaşamının kalitesini değerlendirmesi olarak tanımlarlar. Bu tanım, bireylerin yaşam koşullarını kendi standartlarıyla karşılaştırarak memnuniyet düzeylerini belirlediklerini ifade eder. Yaşam tatmini; bireysel, sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel birçok faktörün etkileşimi sonucu şekillenir (Cohen ve Wills, 1985; Çiftçi vd., 2020; Helliwell vd., 2020; Lucas vd., 2008).

Son yıllarda, pandemilerin yaratmış olduğu korku, hastalık seyrinin azalmasından ve ortadan kalmasından sonra bile devam ederek, derin bir psikolojik etki yansıtmaktadır (Pfefferbaum ve North, 2020). Pandemi korkusu ve artan stres seviyeleri, yaşam tatmininde düşüşlere yol açmıştır. Bu süreçte, bireylerin stresle başa çıkma mekanizmaları ve koruyucu sağlık davranışları, yaşam tatminlerini belirlemede önemli faktörler olarak öne çıkmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bireylerin COVID-19 sonrası pandemi korkusu ve yaşam tatmini düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışma tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Balıkesir ili Bandırma ilçesinde ikamet eden bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri arasında; Bandırma’da ikamet etme, Türkçe iletişim kurabilme, anketi yanıtlamaya engel teşkil eden herhangi bir duruma sahip olmama ve çalışmaya gönüllü katılım yer almıştır. Zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle katılımcı seçimi kolayda örneklem yöntemiyle yapılmıştır (Stratton, 2021). Örneklem büyüklüğü, “evreni bilinen gruplarda örneklem hesaplama formülü” (Kılıç, 2012) ile belirlenmiş ve %95 güvenilirlik düzeyi ile %5 hata payı dikkate alınarak en az 384 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Eksik ve hatalı veri ihtimali göz önünde bulundurularak 450 katılımcıya ulaşılmıştır. Ancak eksik ve hatalı yanıtlar içeren beş anket veri setinden çıkarılmıştır. Sonuç olarak, çalışmanın dâhil edilme kriterlerini karşılayan toplam 445 katılımcı ile analizler

gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma için iki bölümden oluşan anket formu oluşturulmuştur. İlk bölümde; katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin araştırmacılar tarafından oluşturulan ve altı sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” yer almaktadır. İkinci bölümde ise “Pandemi Korkusu Ölçeği” ve “Yaşam Tatmini Ölçeği” bulunmaktadır.

Pandemi Korkusu Ölçeği (PKÖ): Bireylerin pandemi sonrası korku düzeylerinin ölçülmesi amacıyla Ergin (2021) tarafından geliştirilmiştir. PBÖ, aile ve sağlıkla ilgili kaybetme korkusu, ekonomik endişe, felaket korkusu, izolasyon korkusu ve yaşam tarzı değişikliği endişesi olmak üzere 5 alt boyuttan ve 25 maddeden oluşan 5’li Likert türündedir. Ölçekte puanlar Hiç=1’den Pek çok=5 şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçekte test puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 5, en yüksek puan 100’dür. Ölçekten alınan yüksek puanlar, pandemi korkusunun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach’s α katsayısı 0,820 olarak hesaplanmış olup, mevcut çalışmada PKÖ’nin geneli için Cronbach’s α katsayısı 0,9632 bulunmuştur.

Yaşam Tatmini Ölçeği (YTÖ): Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen YTÖ’nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bekmezci ve Mert (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek tek boyutlu ve 5 maddeden oluşan yedili Likert türündedir. Ölçekte puanlar Kesinlikle katılmıyorum=1’den Kesinlikle katılıyorum=7 şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçekte test puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 7, en yüksek puan 35’tir. YTÖ iç tutarlılığı için Cronbach’s α güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,876$ bulunmuştur. Mevcut çalışmada YTÖ Cronbach’s alfa (α) güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,873$ ’tür.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Haziran 2024 ile Kasım 2024 tarihleri arasında yüz-yüze anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada tanıtıcı bilgi formu ve ölçek formu araştırmacılar tarafından katılımcılara elden dağıtılarak anket formunu yanıtlamaları istenmiştir. Anket formunun ilk sayfasında katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmaya gönüllü katılımı onaylayan katılımcılar yüz yüze anket formunu yanıtlayabilmıştır. Anketin yanıtlama süresi yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Araştırma Verilerinin Analizi

Tüm istatistiksel analizler, IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 28 sürümü kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analizler kapsamında değişkenlerin ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve bu değerlerin -1,5 ile +1,5 aralığında olması durumunda normal dağılım varsayımının sağlandığı kabul edilmiştir (Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham, 2018; Kline, 2016). Bağımlı değişkenin, bağımsız değişken kategorilerinde normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik testlerden yararlanılmıştır. İkili grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. ANOVA sonuçlarında, anlamlı farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, grup sayılarının eşit olmadığı için Tamhane’s T2 post-hoc testi kullanılmıştır. İlişki testi için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizler %95 güven aralığında gerçekleştirilmiş ve $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyi temel alınarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Durumu

Araştırma için Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu onayı alınmıştır (Tarih: 22.04.2024, Sayı: 2024-58). Anket ile birlikte katılımcılara verilen bilgilendirilmiş gönüllü formu ile katılımcıların onamları alınmıştır. Ayrıca kullanılan ölçekleri geliştiren yazarlardan elektronik posta aracılığıyla izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Betitleyici Bulgular

Katılımcıların kişisel özelliklerinin dağılımı aşağıda Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=445)

	n	%		N	%
Cinsiyet			Meslek		
Kadın	284	63,82	Ev hanımı	29	6,52
Erkek	161	36,18	Emekli	23	5,17
Medeni Durum			İşsiz	21	4,72
Evli	217	48,76	İşçi	83	18,65
Bekâr	228	51,24	Memur	76	17,08
Yaş			Serbest meslek	27	6,07
18-24	113	25,39	Öğrenci	93	20,90
25-34	196	44,05	Diğer	93	20,90
35-44	77	17,30	Aylık Algılanan Gelir		
45 ve üzeri	59	13,26	Gelirim giderimden az	150	33,71
Eğitim düzeyi			Gelirim giderime eşit	173	38,88
İlköğretim	25	5,62	Gerilim giderimden fazla	122	27,42
Lise	66	14,83			
Ön lisans	77	17,30			
Lisans	220	49,44			
Lisansüstü	57	12,81			

Katılımcıların kişisel özellikleri incelendiğinde %63,82’sinin (n=284) kadın olduğu, yaşlarının %44,05 (n=196) ile 25-35 yaş arasında olduğu, eğitim durumlarının %49,44 (n=220) ile lisans olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar, %20,90 (n=93) ile öğrenci ve diğer meslek bildirirken, algılanan gelir durumlarını %38,88 (n=173) ile gelirim giderime eşit olarak bildirmişlerdir.

Ölçeklere İlişkin Betitleyici Bulgular

Değişkenlere ait ortalama, standart sapma, basıklık, çarpıklık ve güvenilirlik analiz sonuçları aşağıda Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	α	$\bar{X}$	SS	Min	Max	Çarpıklık	Basıklık
PKÖ-Aile ve sağlıkla ilgili kayıp korkusu	0,920	24,67	6,96	9	36	-0,301	-0,682
PKÖ-Yaşam tarzı değişikliği hakkında endişe	0,905	12,55	4,19	5	20	0,079	-0,823
PKÖ-Ekonomi hakkında endişe	0,886	13,10	4,71	6	24	0,309	-0,721
PKÖ-Felaket korkusu	0,823	7,60	2,61	3	12	0,002	-0,856
PKÖ-İzolasyon korkusu	0,642	4,48	1,75	2	8	0,287	-0,801
PKÖ-Toplam	0,963	62,39	18,02	25	100	0,002	-0,715
YTÖ	0,873	19,26	5,19	5	35	-0,239	0,097

Ölçeklere iç tutarlılığı için Cronbach’s α güvenilirlik katsayısı PKÖ alt boyutları için 0,642 ile 0,920 arasında değişmektedir. PKÖ geneli için Cronbach’s α katsayısı 0,963, McDonald’s ω katsayısı 0,964’tür. YTÖ’nin geneli için Cronbach’s α katsayısı ise 0,873’tür. Değişkenlere ait çarpıklık katsayıları -0,301 ile 0,309 arasında, basıklık katsayıları ise -0,856 ile 0,097 arasındadır. Bu değerler -1,5 ile +1,5 arasında olduğu için değişkenler normal dağılım göstermektedir (Kline, 2016).

Fark Testine İlişkin Bulgular

Katılımcıların kişisel özelliklerine göre pandemi korkusu ölçek puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Özelliklerine Göre Pandemi Korkusu Puanlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SS$	t	p	d	
Cinsiyet	Kadın	284	66,27±17,38	6,293	<,001	0,621	
	Erkek	161	55,55±17,1				
Medeni Durum	Evli	228	60,20±18,37	-2,517	,012*	-0,240	
	Bekâr	217	64,48±17,46				
		N	$\bar{X} \pm SS$	F	p	η^2	Fark
Yaş	18-24 yaş ¹	113	67,86±17,47	6,96	<,001	0,045	1>3-4
	25-34 yaş ²	196	62,54±16,88				
	35-44 yaş ³	77	57,03±17,62				
	≥45 yaş ⁴	59	58,46±20,46				
Eğitim	İlköğretim ¹	25	64,2±19,59	3,88	,004**	0,034	3>2 4>2
	Lise ²	66	56,02±20,17				
	Ön lisans ³	77	65,35±18,55				
	Lisans ⁴	220	64,07±16,9				
	Lisans üstü ⁵	57	58,53±16,3				
Meslek	Ev hanımı ¹	29	66,17±18,41	3,726	<,001	0,056	3>5
	Emekli ²	23	57,26±20,35				
	İşsiz ³	21	71,57±12,89				
	İşçi ⁴	83	60,16±18,44				
	Memur ⁵	76	57,20±17,44				
	Serbest meslek ⁶	27	66,89±22,17				
	Öğrenci ⁷	93	67,08±16,06				
	Diğer ⁸	93	60,67±17,09				
Algılanan Gelir	Gelirim giderimden az ¹	150	70,13±15,84	30,62	<,001	0,122	1>2-3 2>3
	Gelirim giderime eşit ¹²	173	61,55±17,84				
	Gerilim giderimden fazla ³	122	54,07±16,88				

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; Post-Hoc: Tamhane's T2.

Araştırmada cinsiyeti kadın olan katılımcıların, erkeklere göre pandemi korkusu toplam puanlarının ($t_{(453)}=6,293$; $p<,001$; $d=,621$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada cinsiyete göre pandemi korkusu puanı etki büyüklüğü $d=,621$ bulunmuştur. Medeni durumu bekâr olan katılımcıların, evli olanlara göre pandemi korkusu toplam puanlarının ($t_{(453)}=-2,517$; $p<,05$; $d=,240$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cohen genel bir öneri olmak üzere, d değerinin $<,20$ olması durumunda, etki büyüklüğünün zayıf; $,50$ olması durumunda orta ve $>,80$ olması durumunda ise kuvvetli olarak tanımlanabileceğini ifade etmektedir (Cohen, 1988). Buna göre pandemi korkusu ölçek puanları etki büyüklüklerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre pandemi korkusu toplam puanlarında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($F(3, 441)=6,96$; $p<,001$; $\eta^2=0,045$). Post-hoc analizler kapsamında Tamhane's T2 testi uygulanmış ve farklılığın, 18-24 yaş grubundaki katılımcıların, 35-44 yaş ve 45 yaş ve üzeri gruplara kıyasla daha yüksek pandemi korkusu puanlarına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu bulgu, yaş arttıkça pandemi korkusu düzeyinin azaldığını göstermektedir. Cohen'in (1988) η^2 değerleri için yaptığı sınıflamaya göre 0,02 düşük, 0,13 orta ve 0,26 ve üzeri yüksek etki büyüklüğünü ifade etmektedir. Bu bağlamda, elde edilen $\eta^2=0,045$ değeri yaş grupları arasındaki farklılığın orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre pandemi korkusu toplam puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F_{(4, 440)}=3,88$; $p<,01$; $\eta^2=0,034$). Analiz sonuçlarına göre ön lisans ve lisans eğitim düzeyine sahip

katılımcıların pandemi korkusu puanları, lise düzeyindeki katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Genel olarak eğitim düzeyi arttıkça pandemi korkusu puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Cohen'in (1988) η^2 sınıflamasına göre bu farklılığın etkisi orta düzeyde bir büyüklüğe sahiptir.

Katılımcıların mesleki durumlarına göre pandemi korkusu toplam puanlarında da anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($F_{(7, 437)}=3,726$; $p<,001$, $\eta^2=0,056$). İşsiz katılımcıların pandemi korkusu puanları, memur olarak çalışan katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Mesleğe göre elde edilen $\eta^2=0,056$ değeri, bu farklılığın etkisinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların algılanan gelir düzeylerine göre pandemi korkusu toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($F_{(2, 442)}=30,62$; $p<,0001$; $\eta^2=0,122$). Analizler, geliri giderinden az olan katılımcıların pandemi korkusu puanlarının, geliri giderine eşit olanlara ve geliri giderinden fazla olanlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, geliri giderine eşit olanların pandemi korkusu puanlarının, geliri giderinden fazla olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, algılanan gelir düzeyi arttıkça pandemi korkusunun azaldığını ortaya koymaktadır. Cohen'in (1988) η^2 sınıflamasına göre elde edilen $\eta^2=0,122$ değeri, bu farklılığın etkisinin güçlü olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların kişisel özelliklerine göre yaşam tatmini toplam ölçek puanları arasındaki farklar bağımsız örneklem bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Özelliklerine Göre Yaşam Tatmini Puanlarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Cinsiyet	Kadın	284	19,32 $\pm$ 4,76	0,309	0,758
	Erkek	161	19,15 $\pm$ 5,88		
Medeni Durum	Evli	228	19,17 $\pm$ 5,26	-0,339	0,735
	Bekâr	217	19,34 $\pm$ 5,13		
		N	$\bar{X} \pm SS$	F	p
Yaş	18-24 yaş ¹	113	19,19 $\pm$ 5,02	1,21	0,306
	25-34 yaş ²	196	19,48 $\pm$ 4,93		
	35-44 yaş ³	77	18,32 $\pm$ 5,60		
	≥ 45 yaş ⁴	59	19,85 $\pm$ 5,75		
Eğitim	İlköğretim ¹	25	20,52 $\pm$ 6,5	0,93	0,447
	Lise ²	66	19,08 $\pm$ 5,88		
	Ön lisans ³	77	18,94 $\pm$ 5,63		
	Lisans ⁴	220	19,49 $\pm$ 4,72		
	Lisans üstü ⁵	57	18,44 $\pm$ 4,85		
Meslek	Ev hanımı ¹	29	19,41 $\pm$ 4,71	0,502	0,833
	Emekli ²	23	20,13 $\pm$ 6,65		
	İşsiz ³	21	19,76 $\pm$ 3,55		
	İşçi ⁴	83	19,63 $\pm$ 5,39		
	Memur ⁵	76	18,70 $\pm$ 5,41		
	Serbest meslek ⁶	27	18,11 $\pm$ 6,25		
	Öğrenci ⁷	93	19,37 $\pm$ 4,72		
	Diğer ⁸	93	19,23 $\pm$ 5,08		
Algılanan Gelir	Gelirim giderimden az ¹	150	19,23 $\pm$ 5,08	0,26	0,77
	Gelirim giderime eşit ²	173	19,46 $\pm$ 4,43		
	Gerilim giderimden fazla ³	122	19,01 $\pm$ 6,25		

Araştırmada, cinsiyet, medeni durum, yaş, meslek, eğitim durumu ve algılanan gelir durumlarına göre yaşam tatmini ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > ,05$).

İlişki Testi Bulguları

Ölçeklere ait korelasyonlar incelendiğinde, Yaşam Tatmini ile Pandemi Korkusu puanları arasında ($r = -0,014$) arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p > ,05$).

5. TARTIŞMAVE SONUÇ

Ülkemizde ve dünyada yaşanan Covid-19 pandemisi ve sonuçları toplum üzerinde çok büyük etkilere neden olmuştur. Bu etkilerin en önemlilerinden biri de yaşanan korkudur. Bu çalışma, pandemi sonrasında bireylerin olası yeni bir pandemide, korku ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Katılımcılardan elde edilen ortalama puanlara bakıldığında, genel pandemi korkusu düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (ort: 62,39; min: 25, max: 100). Bu sonuç, literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Gencer, 2020; Güzel ve Açıkgoz, 2023; Kaplan vd., 2021; Mertens vd., 2020; Mahmood vd., 2023). Pandemi korkusu ölçeği alt boyutlarına bakıldığında, en yüksek ortalamanın “aile ve sağlıkla ilgili kayıp korkusu” boyutunda gerçekleşmiştir. Bu korku düzeyinin yüksek olmasında, Covid-19 kaynaklı ölüm sayılarının yüksek olmasının, çalışmanın yapıldığı zaman diliminde, aşının yan etkileri ve hastalık geçirenlerde yaşanan sağlık problemleri ile ilgili çıkan söylentilerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, kadınların, erkeklere göre pandemi korkusu toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir (Alexandrou vd., 2023; Dönmez, 2024; Gencer, 2020; Mertens, 2023). Bu sonucun meydana gelmesinde, kadınların psikolojik hassasiyetlerinin daha yüksek olması, duygusal tepki farklılıkları, biyolojik farklılıklar, toplumsal roller ve sorumlulukların etkisi olduğu söylenebilir. Araştırmada, bekâr katılımcıların evlilere göre daha yüksek korku düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmıştır. Gencer’in (2020) çalışmasında, bu çalışma ile benzer şekilde bekârların korku düzeyi yüksek bulunmuşken, Dönmez’in (2024) çalışmasında evliler daha yüksek korku düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Kaplan ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Katılımcıların yaşları ile pandemi korkusu düzeylerine bakıldığında, yaşın ilerledikçe korku düzeyinin azaldığı, başka bir ifadeyle genç nüfusun daha fazla korkuya sahip olduğu görülmüştür. Gencer’in (2020) çalışması da bu sonucu desteklemektedir. 18-24 yaş arasındaki bireylerin ilk defa pandemiyle karşılaşmaları neticesinde, pandemiye, belirsizliği yüksek ve kontrol edilmesi zor bir tehdit olarak algılamış olabilirler. Ayrıca, iş/gelecek kaygısı, sosyal izolasyon, eğitimdeki aksamalar, sosyal medya etkisi, ileri yaştakilere göre daha düşük direnç sahip olmaları gibi faktörler de etkili olmuş olabilir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre pandemi korkusu toplam puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak eğitim düzeyi arttıkça pandemi korkusu puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmıştır (Dönmez vd., 2024; Memiş Doğan ve Düzel, 2020). Bu durum, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, pandemi hakkında daha fazla bilgiye ve farkındalığa sahip olmalarının korku düzeylerini etkileyebileceği şeklinde yorumlanabilir. Katılımcıların meslekleri ve korku düzeyleri arasındaki farklılık düzeylerine bakıldığında, özellikle işsiz katılımcıların memur olarak çalışanlara göre daha yüksek korku düzeyine sahip olduğu, benzer şekilde, algılanan gelir düzeyi düşük olan katılımcıların da yüksek olanlara göre daha yüksek korku düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç, mesleki ve ekonomik güvenliğin pandemi korkusunu azaltmada önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmada, cinsiyet, medeni durum, yaş, meslek, eğitim durumu ve algılanan gelir durumlarına göre yaşam tatmini ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonuç, yaşam tatmininin incelenen demografik ve sosyoekonomik değişkenlerden bağımsız bir şekilde, daha karmaşık ve bireysel faktörlerin etkisi altında şekillenebileceğini düşündürmektedir. Elde edilen sonuçlar, yaşam tatmini ile pandemi korkusu ile yaşam tatmini arasında da doğrudan bir ilişki bulunmadığını ortaya koymakta, dolayısıyla bu konuda yapılacak ileri çalışmaların farklı psikolojik ve çevresel faktörleri de göz önünde bulundurması gerektiğini göstermektedir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmanın kesitsel tasarımı, bireylerin davranış ve tutumlarının zamana bağlı değişimini analiz etmeye olanak tanımamaktadır. Bu durum, davranışsal eğilimlerin daha kapsamlı bir şekilde anlaşılabilmesi için gelecekte yapılacak boylamsal çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır. İkinci olarak, araştırma yalnızca Balıkesir ili Bandırma ilçesinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri bireyler

üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu durum, bulguların diğer bölgelerdeki popülasyonlara genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Dolayısıyla, ilerleyen çalışmalarda farklı illeri ve geniş popülasyon gruplarını kapsayan araştırmaların yapılması önerilmektedir. Üçüncü olarak, zaman ve maliyet kısıtlamaları nedeniyle kolayda örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntemde rastgele seçim yapılmaması, örnekleme sürecinde önyargı potansiyelini artırabilir. Son olarak, araştırmada kullanılan veri toplama araçları öz bildirimlere dayalıdır. Bu durum, katılımcıların yanıtlarında yanlış beyan ya da önyargıya yol açabilmektedir ve sonuçların doğruluğu üzerinde sınırlayıcı bir etkisi olabilir.

Bu araştırma, bireylerin pandemi korkusu ve yaşam tatmini düzeylerini belirlemeyi amaçlamış ve elde edilen bulgular ışığında önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre kadınların, bekâr bireylerin, daha genç yaş grubundaki bireylerin ve algılanan gelir düzeyi düşük olan katılımcıların pandemi korkusunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, eğitim düzeyi arttıkça pandemi korkusunun azaldığı gözlemlenmiştir. Bireylerin yaşam tatmini düzeyleri, demografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak, genel olarak pandemi korkusunun, bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamlarını etkilediği, yaşam tatminini dolaylı olarak şekillendirebileceği değerlendirilmiştir. Bu bulgular, pandemilerin sadece fiziksel sağlık üzerindeki etkileriyle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda bireylerin psikolojik ve sosyal refahını da önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda, doğru bilgi paylaşımı, ruhsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve toplumda dayanışma duygusunun artırılması gibi stratejilerin pandemi korkusunu azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir. Gelecekteki çalışmaların, Türkiye'nin farklı bölgelerinde ve geniş katılımcı gruplarıyla yapılması, pandemilerin bireyler ve toplum üzerindeki etkilerini daha kapsamlı bir şekilde ortaya koyabilir. Ayrıca, pandeminin üzerinden geçen zaman da korku düzeylerini etkileyeceğinden, gelecekte farklı zaman dilimlerinde çalışmalar gerçekleştirilerek karşılaştırmalı analizler gerçekleştirilebilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Çalışmaya birinci yazar %40 oranında, ikinci yazar %30 oranında, üçüncü yazar %30 oranında katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Acar, A., Beşirbellioğlu, B. (2005). Kuş gribi (avian influenza). TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(6), 345-353.
- Açıkel, C. H. (2014). 2014 Yılıının en büyük salgını: Ebola virüs hastalığı. Gülhane Tıp Dergisi, 56, 194-197.
- Ak, M. (2011). 19. Yüzyılda Antalya’da kolera salgını. Journal of International Social Research, 4(17), 254-269.
- Akgül, Ö. (2020). SARS-CoV-2/Covid-19 pandemisi. Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi, 3(1), 1-4.
- Akkaşoğlu, S., Akyol, C. (2022). Salgın hastalık kaynaklı krizlerin turizm endüstrisine etkileri; COVID-19 özelinde bir araştırma. Doğu Üniversitesi Dergisi, 23(COVID-19 Özel Sayısı), 121-134.
- Alexandrou, R., Kyprianidou, M., Photiou, G., Kassianos, A. P., Giannakou, K. (2023). Factors associated with perceived fear of future pandemics and/or epidemics: a cross-sectional study in Cyprus. Sci Rep., 13, 12194.
- Altan, B. (2019). XIX. yüzyıl sonlarında Cizre’de Kolera salgını ve yol açtığı tahribat. Muhaddime, 10(1), 37-52.
- Aşkın, R., Bozkurt, Y., Zeybek, Z. (2019). Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19(37), 304- 318.
- Bekmezci, M., Mert, İ. S. (2018). Yaşam tatmini ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi, 5(8), 166-177.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. The Lancet, 395(10227), 912-920.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Demirkol, K. (2018). Adana ve Kolera (1890-1895). Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (56), 141-156.
- Diener, Ed, Emmons, R.A., Larsen, R.J. Ve Griffin, S. (1985). “The Satisfaction with Life Scale”, Journal of Personality Assessment, 49, 71-75.
- Dönmez, B., Sarıçoban, S., Ulusoy, H. (2024). Sağlık çalışanlarında Covid- 19 korkusu, aşırı iş yükü ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi: Tanımlayıcı bir araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(1): 361-369.
- Duran, M. S., Acar, M. (2020). Bir virüsün dünyaya ettikleri: covid-19 pandemisinin makroekonomik etkileri. International Journal of Social and Economic Sciences, 10(1), 54-67.
- Ergin, D. Y. (2021). The development of pandemic fear scale (PAFES). International Online Journal of Education and Teaching (IOJET), 8(3), 2049-2059.
- Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. Health Psychology, 39(5), 355-357.
- Gencer, N. (2020). Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (KOVİD19) korkusu: Çorum örneği. Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi, 2 (4), 1153-1172.
- Güzel, S., Açıkgöz, S. (2023). Nurses’ journey in the pandemic: Fear of COVID-19 and work stress. Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg., 14 (4), 661-666.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). Multivariate Data Analysis (8th ed.). United Kingdom: Cengage Learning.
- Kaplan, E., Aktaş, M. C., Kaya, H. (2021). COVID-19 pandemi korkusu ile hemşirelerin bakım verici rolüne ilişkin tutumları arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 3(3), 135-140.
- Kılıç, S. (2012). Örnek büyüklüğü, güç kavramları ve örnek büyüklüğü hesaplaması. Journal of Mood Disorders, 2(3), 140-142.

- Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Publications.
- Kobayashi, T., Junk, S. M., Linton, N. M., Kinoshita, R., Hayashi, K., Miyama, T., Anzai, A., Yang, Y., Yuan, B., Akhmetzhanov, A. R., Suzuki, A., Nishiura, H., (2020). Communicating the risk of death from novel coronavirus disease (COVID-19). *Journal of clinical medicine*, 9(2), 580.
- Mahmood, Q. K., Jalil, A., Farooq, M., Akbar, M. S., Fischer, F. (2023). Development and validation of the Post-Pandemic Fear of Viral Disease scale and its relationship with general anxiety disorder: a cross-sectional survey from Pakistan. *BMC Public Health*, 23, 1-8.
- Malvy, D., McElroy, A. K., Clerck, H. D., Günther, S., Griensven, J.V. (2019). Ebola virus disease. *The Lancet*, 393(10174), 936-948.
- Memiş Doğan M., Düzel, B. (2020). Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Turkish Studies*, 15(4), 739-752.
- Menekşe, M. (2019). İzmir’de Kolera salgını ve etkileri (1893). *Tarih Araştırmaları Dergisi*, 39(67), 385-433.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 1-8.
- Mertens G., Lodder, P., Smeets, T., Duijndam, S. (2023). Pandemic panic? Results of a 14-month longitudinal study on fear of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 322, 15-23.
- Mevlana, C. A., Karaaziz, M. (2021). Sosyal izolasyon, karantina ve psikolojik etkileri. *Journal of Faculty of Architecture*, 3(2), 158-170.
- Özçakmak, S., Var, I. (2020). Covid-19 salgınının yayılmasını önleyici hijyen uygulamaları. *Akademik Gıda*, 18(4), 433-441.
- Özkoçak, V., Çetli, E., Koç, F. (2020). Geçmişten günümüze pandemilere genetik ve antropogenetik açıdan bakış. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 6(32), 1088-1095.
- Özkoçak, V., Koç, F., Gültekin, T. (2020). Pandemilere antropolojik bakış: Koronavirüs (Covid-19) örneği. *Turkish Studies*, 15(2), 1183-1195.
- Öztürk, İ., Akalın, S., Özgüner, İ., Şakiroğlu, M. (2020). Covid-19 salgınının ve karantinanın psikolojik etkileri. *Turkish Studies*, 15(4), 885-903.
- Parıldar, H., Dikici, M. F. (2020). Pandemiler tarihi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 12(1), 1-8.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512.
- Stratton, S. J. (2021). Population research: convenience sampling strategies. *Prehospital and Disaster Medicine*, 36(4), 373-374.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). COVID-19 Bilgilendirme Platformu. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> (Erişim tarihi: 29.12.2023).
- Taylor, S. (2019). The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Tekin, A. (2021). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve ekonomik sonuçları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (40), 330-355.
- Temel, M. K., Ertin, H. (2020). 1918 grip pandemisi kıssasından covid-19 pandemisine hisseler. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(1), 63-78.
- Tuğluoğlu, F. (2008). Türkiye’de sıtma mücadelesi (1924-1950). *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 32 (4), 351 – 359.
- Tunç, A., Atıcı, F. Z. (2020). Dünyada ve Türkiye’de pandemilerle mücadele: risk ve kriz yönetimi bağlamında bir değerlendirme. *Troyacademy International Journal of Social Sciences*, 5(2), 329-362.
- Türk, A., Bingöl, B. A., Ak, R. (2020). Tarihsel süreçte yaşanan pandemilerin ekonomik ve sosyal etkileri. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, (2020 special issue) 612- 632.

- Üstün, Ç. (2020). Pandemi tarihinde üç hastalık ve covid-19 pandemisinin sosyal etkisinin bu hastalıklarla değerlendirilmesi. *Turkish Studies*, 15(4), 1215-1226.
- van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460-471.
- World Health Organization. (2016). Ebola Situation Report. Erişim adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204418/ebolasitrep_17Feb2016_eng.pdf (Erişim tarihi: 06.01.2024).
- World Health Organization. (2024). History of Influenza vaccination <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-influenza-vaccination> (Erişim tarihi: 06.01.2024).
- Yücel, B., Görmez, A. (2019). SARS-Corona virüsüne genel bakış. *Türkiye Teknoloji ve Uygulamalı Bilimler Dergisi*, 2(1), 32-39.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇEVİRİMİÇİ MAHREMİYET FARKINDALIĞININ YAPAY ZEKÂ KAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ: ANKARA ŞEHİR HASTANELERİ ÖRNEĞİ¹

THE EFFECT OF HEALTHCARE WORKERS' ONLINE PRIVACY AWARENESS ON ARTIFICIAL INTELLIGENCE ANXIETY: THE CASE OF ANKARA CITY HOSPITALS

Sosyal Hizmet Uzmanı Atıf KARAKUŞ²

Dr. Öğr. Üyesi Caner ÖNİZ³

ÖZ

Teknolojik gelişmeler ve dijitalleşmenin hızla yayılması, mahremiyet kavramını yeniden tanımlarken özellikle sağlık sektörü gibi kişisel verilerin yoğun kullanıldığı alanlarda önemli etik ve güvenlik sorunları ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda, çevrimiçi platformlarda bırakılan dijital izlerin kullanılmasına dair bireylerin farkındalığı ve bu durumun yapay zekâya yönelik kaygılarla ilişkisi kritik bir çalışma alanıdır. Bu amaçla yapılan çalışma, sağlık çalışanlarının çevrimiçi mahremiyet farkındalığının yapay zekâ teknolojilerine yönelik kaygıları ve demografik değişkenlerin etkilerini araştırmaktadır. Araştırmanın evrenini Ankara'da hizmet vermekte olan Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleridir. Tabakalı örneklem yönteminin belirlendiği çalışmaya 419 sağlık çalışanı online ve yüz yüze yöntemle katılmıştır. Şehir hastaneleri evreninde sağlık çalışanlarının mahremiyet farkındalığı ve yapay zekâ kaygısı düzeyleri ölçülmüş, bu iki faktör arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Sonuçlar, sağlık çalışanlarının dijital mahremiyet hassasiyetlerinin yapay zekâya yönelik kaygıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermemektedir. Bu bulgu, Şehir hastanesi çalışanlarının yapay zekâ kaygılarını daha çok öğrenme zorluğu, iş güvencesi, sosyoteknik körlük gibi sosyal, işlevsel ve teknik boyutlar belirlemektedir. Bu bulgu, sağlık sektöründe mahremiyetin önemli bir konu olmasına rağmen, yapay zekâ ile ilgili endişelerde mahremiyet değil, bilgi eksikliği, belirsizlik, mesleki risk algısı ve kontrol duygusu kaybı gibi faktörlerin daha belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma sonunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yapay Zekâ, Yapay Zekâ Kaygısı, Çevrimiçi Mahremiyet, Mahremiyet Farkındalığı

JEL Sınıflandırma Kodları: M1, I12, 033

ABSTRACT

Technological developments and the rapid spread of digitalization have redefined the concept of privacy and raised important ethical and security issues, especially in areas where personal data is used intensively, such as the health sector. In this context, individuals' awareness of the use of digital traces left on online platforms and its relationship with concerns about artificial intelligence is a critical area of study. For this purpose, this study investigates the effects of online privacy awareness of healthcare professionals on their concerns about artificial intelligence technologies and demographic variables. The population of the study is Bilkent and Etlik City Hospitals serving in Ankara. Stratified sampling method was used and 419 healthcare professionals participated in the study through online and face-to-face methods. The levels of privacy awareness and artificial intelligence anxiety of healthcare professionals in the city hospitals population were measured and the relationship between these two factors was evaluated. The results do not show that healthcare workers' digital privacy sensitivity does not have a significant effect on their anxiety towards artificial intelligence. This finding suggests that social, functional and technical dimensions such as learning difficulty, job security, sociotechnical blindness determine the artificial intelligence concerns of city hospital employees. This finding reveals that although privacy is an important issue in the health sector, factors such as lack of information, uncertainty, perception of occupational risk and loss of sense of control are more determinant in concerns about artificial intelligence, not privacy. Recommendations were made at the end of the study.

Keywords: Artificial Intelligence, Artificial Intelligence Anxiety, Online Privacy, Privacy Awareness

JEL Classification Codes: M1, I12, 033

¹ Bu çalışma Caner ÖNİZ danışmanlığında Atıf KARAKUŞ tarafından hazırlanan ve 17.01.2025 tarihinde savunulan "Sağlık Çalışanlarının Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalığının Yapay Zekâ Kaygısı Üzerine Etkisi: Ankara Şehir Hastaneleri Örneği" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

² Sağlık Bakanlığı, atifkarakus@gmail.com

³ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Zara Veysel Dursun UBYO, coniz@cumhuriyet.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The development in digital technologies, especially artificial intelligence applications, has become one of the most important issues of today in a way that will change many sectors. One of these sectors is the health sector. While artificial intelligence and its extension applications have led to significant facilitations and changes in the health sector, they can also lead to concerns and worries. Understanding the effects of these changes on healthcare professionals is critical for both improving service quality and ensuring employee satisfaction and safety. While the integration of artificial intelligence systems into the healthcare field offers convenience in many areas such as patient follow-up, diagnosis, and data management, it may also cause various concerns about issues such as privacy, ethical responsibilities, and job security. In this context, examining the relationship between healthcare professionals' online privacy awareness levels and their concerns about artificial intelligence, revealing the effectiveness and differentiation of demographic factors in these dimensions aims to fill an important gap in today's health management literature. In this context, the study was conducted with healthcare professionals working in Ankara Bilkent City Hospital and Ankara Bilkent City Hospital in order to measure the effect of online privacy awareness of healthcare professionals on artificial intelligence anxiety and to monitor the change according to demographic factors.

Design/methodology/approach:

Population, Sample and Measurement Tools

The research was conducted between 01.10.2024 and 25.11.2024 in Ankara Bilkent City Hospital and Ankara Etlik City Hospital, which were selected as the sample. A total of 419 people, 192 healthcare workers working in Ankara Etlik City Hospital and 227 healthcare workers working in Ankara Bilkent City Hospital, participated in the study. The study was conducted with the healthcare professionals working in Ankara Bilkent City Hospital and Ankara Etlik City Hospital online via Google Forms and physically via questionnaire form, and stratified sampling method was used. The first part of the questionnaire, which consists of three sections, includes socio-demographic questions. The second part consists of "Artificial Intelligence Anxiety Scale" and the third part consists of "Online Privacy Scale" questions.

The Artificial Intelligence Anxiety Scale, which was adapted into Turkish by Akkaya et al. (2021), was used in the study. The scale consists of 16 items and 4 dimensions: learning, job change, sociotechnical blindness and artificial intelligence configuration. The Online Privacy Awareness Scale consists of 17 items and 3 dimensions: attention, security, and communication and sharing (Korkmaz et al., 2021). Both scales were scaled in five-point Likert type.

The ethical approval of this study was obtained with the decision of Sivas Cumhuriyet University Social Sciences Research Proposal Ethical Evaluation Board dated 09.08.2024 and numbered 14.

Findings:

When the data obtained in the study were evaluated, it was seen that the Artificial Intelligence Anxiety Scale and Online Privacy Awareness Scales were found to be reliable at a good level. The findings of the study contributed significantly in determining the demographic and psychological factors affecting Artificial Intelligence Anxiety and Online Privacy Awareness. It is noteworthy that women have higher levels of anxiety than men, and high school graduates and individuals over the age of 56 stand out in anxiety. In addition, the effects of occupational groups were particularly evident in the Communication and Sharing dimension. This study examines the relationship between online privacy awareness and artificial intelligence anxiety and details the links between these two concepts and demographic factors. The findings revealed that, in general, online privacy awareness had a weak effect on AI anxiety. However, the attention sub-dimension was found to have a significant role in this link. In addition, the fact that women and high school graduates have higher anxiety levels is important in terms of understanding the approaches of different demographic groups to these issues.

Conclusion and Discussion:

In the literature, it has been stated that online privacy may affect individuals' approaches to technological innovations (Korkmaz, et al., 2021). Akkaya et al. (2021) drew attention to the strong links of artificial intelligence anxiety with learning and occupational change anxiety. This study supports these findings and brings a new perspective to the issue in terms of online privacy awareness. Based on the results of the study, the following recommendations can be made; Online internet use and the risks posed by internet-based applications can pose great economic, social and psychological threats if not taken into account by users. This situation makes the dimension of attention to the protection of privacy during the use of technology much more important. It should be aimed to improve users' awareness of all these risks, the consequences they may cause and the methods of protection from these risks, and campaigns to improve the attention dimension should be organized in line with this purpose. Turkey's social structure and the situations faced by women in social life should be taken into consideration, a positive attitude towards women should be displayed in the issue of artificial intelligence anxiety, as in many issues concerning the society, and special training and information programs should be developed to reduce women's anxiety about artificial intelligence technologies. Privacy in the health sector is more important than in many other sectors, and this study reveals the need to review privacy and confidentiality policies in the health sector and to raise awareness about the ethical use of digital technologies. It also provides a basis for understanding the social impacts of artificial intelligence technologies in the future and raising awareness in related areas.

1. GİRİŞ

21. yy.'da meydana gelen teknolojik gelişmeler beraberinde internet ve internet temelli cihazların kullanımı artırmıştır. Çevrimiçi internet kullanımının yaşamın bir parçası haline gelmesiyle birlikte iletişimin hızlanması, global haberleşme ve etkileşimin artması bilgiye ulaşma yoğunluğunu da hızlandırmıştır. Çevrimiçi internet kullanımının kaçınılmaz bir sonucu, kullanıcıların yalnızca bilgiye ulaşan değil, aynı zamanda bilgi üreten kaynaklar haline gelmeleridir (Okumuş ve Atılğan, 2021; Avcı ve Kayıran, 2023). İnternet sunucularına kullanıcılar tarafından kazandırılan veriler kişinin bilgisi dahilinde olabildiği gibi bazı mahremiyet sorunlarını da beraberinde getirebilmektedir. Bu durum kullanıcıların kişisel bilgiler, konum bilgileri, finansal hesap hareketleri vb. bilgilerinin de bilinçli veya bilinçsiz şekilde çevrimiçi ortamlara yüklenmesine sebep olmaktadır (Gültekin, 2024). Kişilerin çevrimiçi internete kullanımında sundukları verilerin kullanımı alanları ve mahremiyet sınırını ihlal edip etmeyeceği konusunda sahip oldukları farkındalık çevrimiçi bilgi güvenliği açısından önemli bir esas teşkil etmektedir (Gültekin ve Özel, 2023).

İnsan hayatını etkileyen önemli unsurlardan biri olan internet kullanımı mahremiyet farkındalığı açısından büyük öneme sahiptir. Mahremiyet farkındalığının sanal ortamlara olan güveni ve kullanım tarzını etkilediği düşünülmektedir. İnternet kullanımının yeni gelişmeler paralelinde değişen ve genişleyen kullanım alanı ve gelişim hızı kullanıcıların her geçen gün yeniliklerle karşılaşması sonucunu doğurmaktadır (Coşan, 2022). Son yıllarda hızlı insan hayatına giren hatta vazgeçilmezi haline gelen sosyal medya platformları kişilerin mahremiyet algısını etkilemiştir. Hızla gelişen bir diğer çevrimiçi unsur olan yapay zekânın gelişim hızı ve sahip olduğu potansiyel göz önüne alındığında gelecekte yaşamın önemli bir parçası olabileceği düşünülmektedir. Yapay zekânın sahip olduğu bu potansiyel ve getirebileceği yeniliklerin oluşturduğu kaygılara yönelik literatürde çalışmalar bulunmaktadır. Ancak kullanıcıların mahremiyet algısının yapay zekâ kaygısı üzerinde etkisi bulunup bulunmadığına yönelik çalışma bulunmamakta olup, bu durum mahremiyet algısı ile yapay zekâ kaygısı ilişkisini incelemeye değer kılmaktadır (Ekrem ve Daşikan, 2021). Bu kapsamda günümüzün yaygın teknolojisi olan internet kullanımının gelişime açık bir parçası olan yapay zekâyâ yönelik kaygı düzeyinin internet kullanıcılarının mahremiyet farkındalığını ölçmek ve sağlık çalışanlarının bu konudaki tutumlarını araştırma ve açığa çıkarmak araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

Sağlık çalışanlarının çevrimiçi internet kullanımında mahremiyet konusundaki farkındalıkları ve kişisel verilerin korunmasına yönelik mahremiyet hassasiyetine ne derece sahip oldukları önem arz etmektedir. Bununla birlikte çevrimiçi internet kullanımında mahremiyet farkındalığı düzeyiyle nispeten yeni bir teknoloji olan yapay zekâyâ yönelik kaygı düzeyinin ölçülmesi amaçlanmakta ve mahremiyet farkındalığının teknolojik gelişmelere uyum sağlama ve aktif kullanıma başlama konusunda kaygı duyulması noktasındaki etkisinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının çevrimiçi internet kullanımında mahremiyet farkındalığının ölçülmesiyle ilgili olarak literatürde yapılmış bir araştırmaya rastlanılamaması sebebiyle bu çalışma literatürde yer alan boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Bu çalışma internet altyapısıyla gelişen teknolojilerin kullanımında sağlık çalışanların mahremiyet hassasiyetlerinin ve bu durumun yapay zekâ teknolojisinin sınırı bilinmeyen gelişim potansiyeline yansımalarının ölçülmesi açısından yol gösterici olması beklenmektedir. Ayrıca hem yapay zekâ kaygısı hem de çevrimiçi mahremiyet farkındalığı konuları demografik değişkenler çerçevesinden değerlendirilmiştir.

Çalışmanın literatür katkısına bakıldığında, sağlık, yapay zekâ teknoloji ve psikoloji alanlarını bir araya getirerek disiplinler arası bir yaklaşım sunmaktadır. Elde edilen bulgular neticesinde sağlık alanında yapay zekâ çalışması yapacak diğer akademisyen ve sağlık yöneticileri için de katkı sunması beklenmektedir. Sağlık çalışanlarının dijital teknolojilere yönelik tutumları ve mahremiyet gibi psikolojik temelli konuları bir araya getiren bir çalışmanın da literatürde rastlanılamaması sebebiyle literatüre katkı sağlayacaktır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Çalışmanın ana temasını mahremiyet, çevrimiçi mahremiyet, yapay zekâ ve yapay zekâ kaygısı kavramları oluşturmaktadır. Bu bölüm bu kavramlara ilişkin bilgileri içermektedir.

Mahremiyet ve Çevrimiçi Mahremiyet

Mahremiyet, kökeni yüzyıllar öncesine dayanan bir kavramdır ve ilk kez 16. yüzyılda belirgin biçimde ortaya çıkmıştır. 16. ve 17. yüzyıllarda toplumsal ve siyasal gelişmelerle birlikte anlam kazanan bu kavram, şehirleşme

ve kalabalık nüfuslarla birlikte dönüşüm sürecine girmiştir (Elliott, ve Soifer, 2010). 19. yüzyılda kişisel alanların belirginleşmesiyle mahremiyet algısı da değişmiş, modernleşmeyle birlikte bireylerin mahremiyet anlayışı yeniden şekillenmiştir (Canbolat, 2022).

Mahremiyet; bireylerin özgürlük, özerklik ve kişisel gelişim alanlarında kendilerini ifade etmelerine olanak tanıyan bir değer olarak görülmektedir (Schoeman, 1984). Ancak bu kavramın tanımı; kültür, ahlak anlayışı, din, zaman ve bireysel farklılıklar gibi birçok etkene bağlı olduğundan net biçimde tanımlanması zordur (Budak, 2018). Mahremiyet, insanlık tarihi boyunca sosyal yapının bir parçası olmuş, çağın koşullarına göre farklılaşmıştır (Kaplan, 2017).

Mahremiyet kavramı tarihsel süreçte farklı anlamlar ve değerler alsa da 21. Yy. da farklı bir alan içinde de kendini göstermiştir. Bu alan internet yayılmasıyla ortaya çıkan çevrimiçi mahremiyet kavramıdır. Son yıllarda sanal ortamda karşımıza çıkan çevrimiçi mahremiyet (gizlilik), internet kullanıcıları için önemli bir endişe ve tehdit kaynağı haline gelmiştir. Westin (1967), mahremiyeti tehdit eden üç ana unsuru şu şekilde ifade etmektedir; kendini ifşa (self-revelation), merak (curiosity) ve gözetleme (surveillance). Bu kavramların da bir açıklayıcısı olarak bireyler zaman zaman kendi mahremiyetlerini kendileri ihlal ederek özel yaşamlarını kamuya açmakta ve dijital kolaylıklar karşılığında mahremiyetlerinden ödün verebilmektedir (Yüksel, 2003; Bauman ve Lyon, 2016). Özellikle sosyal medya, e- ticaret, online alışveriş platformları gibi dijital mecralarda paylaşılan kişisel veriler; yetkisiz kişiler veya üçüncü tarafların eline geçebilmektedir (Kılıç, 2021). Dijitalleşmeyle birlikte mahremiyet, hukuki ve etik tartışmaların merkezine yerleşmiştir. Büyük veri analizi ve otomatik karar süreçlerine dayanan yapay zekâ uygulamaları, kişisel verilerin güvenliği, etik sorumluluklar ve regülasyon ihtiyacını daha da belirginleştirmektedir (Elliott ve Soifer, 2022; Shahriar ve Hayawi, 2023).

Yapay Zekâ ve Yapay Zekâ Kaygısı

Yapay Zekâ, canlı varlıkların sahip olduğu bilişsel yeteneklerin makinelerde yapay olarak ortaya çıkartılmasına, yaratılmasına yönelik üstün bir çabanın ürünüdür (Schank ve Abelson, 1977; Schank, 1987; Trappl, 1986). 'Yapay Zekâ' terimi ilk kez John McCarthy tarafından 1956 yılında "Yapay Zekâ Üzerine Dartmouth Yaz Araştırma Projesi" adlı bir konferansta ortaya atıldı (Trappl, 1986 McCarthy, 2023); oluşturulmuş, savaş döneminde Enigma şifresinin çözülmesi gibi uygulamalarla 2007). Yapay zekânın teorik altyapısı, Alan Turing'in sınırsız hafıza modeli ve Turing testiyle; Shahriar ve Hayawi 2023; Baykoğlu, 2024). 21. yüzyılda ise otonom araçlar, chatbotlar, görsel üretim sistemleri ve sağlık gibi alanlarda yoğun şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Hacıoğlu, 2021).

Yapay zekâ kaygısı, teknoloji karşısında duyulan belirsizlik ve kontrol kaybı duygusuyla ilişkilidir (Freud, 1936; Stanley, 1998). Teknolojinin hızlı gelişimi bireylerde kaygı yaratmakta, özellikle mahremiyetin ihlal edilmesi, etik normların aşınması ve insani değerlerin göz ardı edilmesi gibi riskler ön plana çıkmaktadır (Kaya, 2022). Bu bağlamda, yapay zekânın "insan ırkını tehdit edebileceği" ya da "iş gücünün yerini robotların alacağı" gibi düşünceler toplumda yaygın kaygılara neden olmaktadır (Hasırcı ve Örüçü, 2024). Ancak bazı araştırmacılar, yapay zekânın sezgi, yaratıcılık ve etik yargılar gibi insana özgü yönlerde sınırlı kaldığını belirtmektedir (Jarrahı, 2018; Tugay ve Tugay, 2019).

Yapay zekânın temelinde yer alan veri odaklı yapı, güvenilir olmayan verilerle beslendiğinde hatalı ve yanıltıcı sonuçlar doğurabilir. Bu durum, teknolojinin doğru, etik ve şeffaf biçimde kullanılmasının önemini ortaya koymaktadır (Küsbeci, 2021). Yapay zekâ kaygısını azaltmanın yollarından biri, bireylerin eğitim düzeyini ve teknolojiye dair farkındalığını artırmaktır. Teknolojiyi anlama, sınırlılıklarını bilme ve etik çerçeveleri tanıma, bireylerin kontrol duygusunu güçlendirmektedir (Inoferio, vd., 2024).

3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı, araştırma tipi, çalışanın yapıldığı evren ve örneklem boyutu, çalışmanın sınırlılıkları, verilerin toplanma yöntemi çalışmaya ait tüm ana ve alt hipotezlere ilgili verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının çevrimiçi mahremiyet farkındalığının yapay zekâ kaygısı üzerine etkisini incelemektir. Çevrimiçi platformlarda mahremiyet kavramının önemi her geçen gün artmaktadır, sağlık çalışanlarının çalışma alanı ve iş hayatında karşılaştıkları durumların mahremiyet açısından değerlendirilmesi

noktasında önem arz etmektedir. Bu bağlamda; sağlık çalışanlarının internet kullanıcısı olarak mahremiyet konusundaki farkındalıkları günümüzün önemli kavramları arasında yer alan yapay zekâ kaygısıyla ilişkilendirilmesi ve ortaya çıkan sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda oluşan ana hipotezler şunlardır;

H₁: Çevrimiçi mahremiyet farkındalığının yapay zekâ kaygısı üzerine etkisi vardır.

H₂: Yapay zekâ kaygı düzeyleri cinsiyet, yaş, eğitim, meslek grubu, çalışma yılı ve gelire göre farklılık göstermektedir.

H₃: Çevrimiçi mahremiyet farkındalığı cinsiyet, yaş, eğitim, meslek grubu, çalışma yılı ve gelire göre farklılık göstermektedir.

Araştırmanın Evren, Örneklem ve Ölçüm Araçları

Araştırma örneklem olarak seçilen Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ve Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde 01.10.2024 ve 25.11.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Ankara Etlik Şehir Hastanesinde çalışan 192 sağlık çalışanı ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde çalışan 227 sağlık çalışanı olmak üzere toplam 419 kişi katılmıştır. Çalışma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ve Ankara Etlik Şehir Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla online ve yüz yüze olarak toplanmıştır. Örneklem yöntemi olarak tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Üç bölümden meydana gelen anketin ilk bölümü sosyo-demografik soruları barındırmaktadır. İkinci bölüm "Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği" üçüncü bölüm ise "Çevrimiçi Mahremiyet Ölçeği" sorularından meydana gelmektedir.

Çalışmada Akkaya vd. (2021) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 16 madde ve öğrenme, iş değiştirme, sosyoteknik körlük ve yapay zekâ yapılandırması şeklinde 4 boyuttan oluşmaktadır. Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalığı Ölçeği ise 17 madde ve dikkat, güvenlik ve iletişim ve paylaşım olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır (Korkmaz vd., 2021). İki ölçekte beşli Likert tipinde ölçeklendirilmiştir. Çalışılma verilerinin analizinde istatistik paket programı olan SPSS (v.25) kullanılmıştır. Ölçekler ve tüm alt boyutları itibarıyla Cronbach alfa kat sayılarının uygunluğu ölçülmüştür. Uygun bulunan değerler sonrası verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Ölçekler ve alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları, hastanelerin karşılaştırıldığı farklılık testleri ve ölçek boyutları ile demografik değişkenlerin farklılık testleri yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Durumu

Bu çalışmanın etik uygunluğu; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Önerisi Etik Değerlendirme Kurulunun 09.08.2024 Tarih ve 14 sayılı karar ile alınmıştır. Anket ile birlikte katılımcılara verilen bilgilendirilmiş gönüllü formu ile katılımcıların onamları alınmıştır. Ayrıca kullanılan ölçekleri geliştiren yazarlardan elektronik posta aracılığıyla izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde kullanılan ölçeklerle elde edilen verilerin analizi ve ortaya çıkan yorumlara ve bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Dağılım

		N	%			N	%
Hastane	Bilkent Şehir Has.	227	54,2%		Hekim	45	10,7%
	Etlik Şehir Has.	192	45,8%		Hemşire/Ebe	109	26,0%
Cinsiyet	Kadın	272	64,9%	Meslek	Sağlık lisansiyeri	58	13,8%
	Erkek	147	35,1%		Diğer sağlık personeli	136	32,5%
Yaş	18-25	68	16,2%	Çalışma yılı	Büro personeli	71	16,9%
	26-35	158	37,7%		1 yıldan az	39	9,3%
	36-45	107	25,5%		1-5 yıl	98	23,4%
	46-55	72	17,2%		6-10 yıl	75	17,9%
	56 ve üstü	14	3,3%		11-15 yıl	74	17,7%
	Lise	43	10,3%		16 ve üzeri	133	31,7%
Eğitim Durumu	Ön lisans	91	21,7%	Aylık gelir düzeyi*	34215 TL ve altı	83	19,8%
	Lisans	198	47,3%		34216-45000 TL	82	19,6%
	Lisansüstü	87	20,8%		45001-60000 TL	190	45,3%
					60001-75000 TL	18	4,3%
				75001 TL ve üzeri	46	11,0%	

*Baz alınan en düşük gelir verilerin toplanmaya başlandığı dönemdeki net memur görev aylığıdır.

Çalışmanın amaçlarından birini oluşturan demografik farklılıklar ve bunların etkisi olması sebebiyle demografik dağılım önem arz etmektedir. Bu kapsamda yapılan örnekleme bir grubun aşırı ağırlıklı olmaması konusunda hassasiyet gösterilerek veriler toplanılmaya çalışılmıştır. Tablo 1'e bakıldığında, araştırmaya katılanların %54,2'sinin Bilkent Şehir Hastanesinde ve %45,8'inin Etlik Şehir Hastanesinde görev yaptığı; %64,9'unun kadın olduğu; %37,7'sinin 26-35 yaş ve %25,5'inin 36-45 yaş ile en büyük yaş gruplarını oluşturduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan şehir hastanesi çalışanlarının eğitim seviyesine bakıldığında büyük çoğunluğunun üniversite mezunu ve bunlar içinde Lisans mezunu olanların oranı %47,3'dür. Çalışanların meslek dağılıma bakıldığında en yoğun katılımcıya %32,5 ile sağlık personelleri ve %26,0 ile ebe/hemşirelerin katılım sağladığı görülmektedir. Çalışma yılı itibarıyla en yoğun grubun 16 yıl ve üzeri tecrübeli sayılabilecek personellerden olması dikkat çekerken oranı %31,7'dir. Aylık gelir grubuna bakıldığında %45,3 ile 45,000 TL ile 60,000 TL arası alan kişilerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 2. Ölçeklere İlişkin Cronbach's Alfa Değeri

Ölçek ve Boyutlar	Ort	SS	Cronbach's Alfa
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	3,02	0,89	0,939
Öğrenme	2,47	1,02	0,934
İş Değiştirme	3,16	1,12	0,888
Sosyoteknik Körlük	3,46	1,01	0,865
YZ Yapılandırması	3,18	1,21	0,943
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	3,96	0,61	0,866
Dikkat	3,94	0,79	0,880
Güvenlik	3,56	0,94	0,891
İletişim ve Paylaşım	3,97	1,03	0,872

Ölçek ve boyutların Cronbach's alfa değerleri incelendiğinde bütün değerler 0,70'in üzerinde olduğundan ölçeğin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir (Karagöz, 2016).

Tablo 3. Normallik Test Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	SD	p değeri	İstatistik	SD	p değeri
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	0,034	419	0,200	0,990	419	0,007
Öğrenme	0,124	419	0,000	0,947	419	0,000
İş Değiştirme	0,076	419	0,000	0,964	419	0,000
Sosyoteknik Körlük	0,095	419	0,000	0,959	419	0,000
YZ Yapılandırması	0,122	419	0,000	0,940	419	0,000
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	0,068	419	0,000	0,983	419	0,000
Dikkat	0,106	419	0,000	0,937	419	0,000
Güvenlik	0,064	419	0,000	0,967	419	0,000
İletişim ve Paylaşım	0,161	419	0,000	0,873	419	0,000

Tablo 7 incelendiğinde, Yapay Zekâ Kaygı Ölçeğinin normal dağılıma uyduğu ($p>0,05$) diğer boyut ve alt boyutlar normal dağılıma uymadığı ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Bu nedenle yapılan analizlerde hem parametrik hem de non parametrik testler uygulanmıştır (Kartal ve Bardakçı, 2018).

Tablo 4. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	Öğrenme	İş Değiştirme	Sosyoteknik Körlük	YZ Yapılandırması	Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	Dikkat	Güvenlik	İletişim ve Paylaşım
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	r --								
Öğrenme	N 419	r 0,759	--						
	p 0,000*	N 419							
İş Değiştirme	r 0,885	p 0,000*	r 0,536	--					
	N 419	N 419							
Sosyoteknik Körlük	r 0,830	p 0,000*	r 0,386	r 0,743	--				
	N 419	N 419							
YZ Yapılandırması	r 0,814	p 0,000*	r 0,464	r 0,635	r 0,659	--			
	N 419	N 419							

Çevrimiçi	N	419	419	419	419	419				
Mahremiyet	r	0,036	-0,079	0,062	0,107	0,054	--			
Farkındalık	p	0,467	0,107	0,204	0,029*	0,273				
Ölçeği	N	419	419	419	419	419	419			
Dikkat	r	0,055	-0,096	0,106	0,127	0,078	0,858	--		
	p	0,258	0,049*	0,030*	0,009*	0,110	0,000*			
	N	419	419	419	419	419	419	419		
Güvenlik	r	-0,024	-0,033	-0,025	-0,020	0,004	0,785	0,635	--	
	p	0,622	0,505	0,617	0,686	0,934	0,000*	0,000*		
	N	419	419	419	419	419	419	419	419	
İletişim ve	r	0,015	-0,073	0,033	0,111	-0,005	0,462	0,113	-0,002	--
Paylaşım	p	0,766	0,137	0,499	0,023*	0,912	0,000*	0,021*	0,968	
	N	419	419	419	419	419	419	419	419	419

*p<0,05

Tablo 4 incelendiğinde, Öğrenme boyutu ile Yapay Zeka Kaygı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon; İş değiştirme ile Yapay Zeka Kaygı Ölçeği ve Öğrenme boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon; Sosyoteknik Körlük ile Yapay Zeka Kaygı Ölçeği, Öğrenme ve İş değiştirme boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon; YZ Yapılandırması ile Yapay Zeka Kaygı Ölçeği, Öğrenme, İş değiştirme ve Sosyoteknik Körlük boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon; Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği ile Sosyoteknik Körlük boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon; Dikkat boyutu ile Öğrenme boyutu ile negatif yönde, İş değiştirme, Sosyoteknik Körlük boyutu ve Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon; Güvenlik boyutu ile Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği ve Dikkat boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon; İletişim ve Paylaşım boyutu ile Sosyoteknik Körlük, Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği ve Dikkat boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir.

Tablo 5. Hastane Türleri ile Ölçek ve Boyutlar Arasındaki Farklılığın Testi

Hastane		N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U veya t değeri	p değeri
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	Bilkent Şehir Hastanesi	227	202,63	45996,50	t:-1,382	0,168
	Etlik Şehir Hastanesi	192	218,72	41993,50		
Öğrenme	Bilkent Şehir Hastanesi	227	199,37	45256,00	19378,0	0,049**
	Etlik Şehir Hastanesi	192	222,57	42734,00		
İş Değiştirme	Bilkent Şehir Hastanesi	227	204,93	46518,50	20640,5	0,350
	Etlik Şehir Hastanesi	192	216,00	41471,50		
Sosyoteknik Körlük	Bilkent Şehir Hastanesi	227	204,64	46453,00	20575,0	0,323
	Etlik Şehir Hastanesi	192	216,34	41537,00		
YZ Yapılandırması	Bilkent Şehir Hastanesi	227	206,72	46926,50	21048,5	0,544
	Etlik Şehir Hastanesi	192	213,87	41063,50		
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	Bilkent Şehir Hastanesi	227	208,53	47336,00	21458,0	0,787
	Etlik Şehir Hastanesi	192	211,74	40654,00		
Dikkat	Bilkent Şehir Hastanesi	227	210,58	47802,00	21660,0	0,915
	Etlik Şehir Hastanesi	192	209,31	40188,00		
Güvenlik	Bilkent Şehir Hastanesi	227	214,08	48596,50	20865,5	0,452
	Etlik Şehir Hastanesi	192	205,17	39393,50		
İletişim ve Paylaşım	Bilkent Şehir Hastanesi	227	203,46	46184,50	20306,5	0,223
	Etlik Şehir Hastanesi	192	217,74	41805,50		

*Mann Whitney U Testi, t testi, **p<0,05

Tablo 5'e bakıldığında hastaneler ile öğrenme boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer ölçek ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre, Etlik Şehir Hastanesinin Öğrenme boyutu ortalaması diğerine göre daha yüksektir denilebilir.

Tablo 6. Cinsiyet ile Ölçek ile Boyutlar Arasındaki Farklılığın Testi

1.Cinsiyet		N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U veya t değeri	p değeri
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	Kadın	272	221,05	60125,50	t:2,524	0,012**
	Erkek	147	189,55	27864,50		
Öğrenme	Kadın	272	215.32	58566.50	18545.5	0.218

<i>İş Değiştirme</i>	Erkek	147	200,16	29423,50	17838,0	0,068
	Kadın	272	217,92	59274,00		
<i>Sosyoteknik Körlük</i>	Erkek	147	195,35	28716,00	16884,5	0,008**
	Kadın	272	221,42	60227,50		
<i>YZ Yapılandırması</i>	Erkek	147	188,86	27762,50	16879,0	0,008**
	Kadın	272	221,44	60233,00		
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	Erkek	147	188,82	27757,00	19564,0	0,717
	Kadın	272	208,43	56692,00		
<i>Dikkat</i>	Erkek	147	212,91	31298,00	17829,0	0,067
	Kadın	272	202,05	54957,00		
<i>Güvenlik</i>	Erkek	147	224,71	33033,00	17387,5	0,027**
	Kadın	272	200,42	54515,50		
<i>İletişim ve Paylaşım</i>	Erkek	147	227,72	33474,50	15026,5	0,000**
	Kadın	272	228,26	62085,50		
	Erkek	147	176,22	25904,50		

*Mann Whitney U Test, t testi, **p<0,05

Tablo 6'ya bakıldığında cinsiyet ile Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği, Sosyoteknik Körlük, YZ Yapılandırması, Güvenlik ve İletişim ve Paylaşım boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer ölçek ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre, kadınların Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği, Sosyoteknik Körlük, YZ Yapılandırması ve İletişim ve Paylaşım ortalaması erkeklerle göre daha yüksektir; erkeklerin ise Güvenlik boyutu ortalamaları kadınlara göre daha yüksektir denilebilir.

Tablo 7. Yaş ile Ölçek ve Boyutlar Arasındaki Farklılığın Testi

2.Yaş			N	Sıra Ort.	KW veya F	p değeri	
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği			18-25	68	236,23	F: 3,968	0,004**
			26-35	158	199,72		
			36-45	107	197,79		
			46-55	72	206,86		
			56 ve üstü	14	308,00		
Öğrenme			18-25	68	226,94	15,81	0,003**
			26-35	158	203,20		
			36-45	107	189,64		
			46-55	72	218,94		
			56 ve üstü	14	314,07		
İş Değiştirme			18-25	68	233,71	9,909	0,042**
			26-35	158	204,14		
			36-45	107	202,70		
			46-55	72	196,44		
			56 ve üstü	14	286,46		
Sosyoteknik Körlük			18-25	68	223,68	8,736	0,068
			26-35	158	196,81		
			36-45	107	208,36		
			46-55	72	213,24		
			56 ve üstü	14	288,32		
YZ Yapılandırması			18-25	68	242,88	11,751	0,019**
			26-35	158	198,76		
			36-45	107	204,11		
			46-55	72	199,22		
			56 ve üstü	14	277,64		
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği			18-25	68	184,99	4,579	0,333
			26-35	158	209,41		
			36-45	107	222,82		
			46-55	72	211,63		
			56 ve üstü	14	231,86		
Dikkat			18-25	68	208,76	1,373	0,849
			26-35	158	213,87		
			36-45	107	215,12		
			46-55	72	195,80		
			56 ve üstü	14	206,18		
Güvenlik			18-25	68	200,36	1,831	0,767
			26-35	158	204,23		
			36-45	107	220,70		
			46-55	72	213,56		
			56 ve üstü	14	221,82		
İletişim ve Paylaşım			18-25	68	162,88	16,792	0,002**

26-35	158	205,23
36-45	107	228,88
46-55	72	229,56
56 ve üstü	14	247,82

*Kruskal Wallis testi, ANOVA testi, ** $p < 0,05$

Tablo 7'ye bakıldığında yaş grupları ile Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği, Öğrenme, İş Değiştirme, YZ Yapılandırması ve İletişim ve Paylaşım boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer ölçek ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bu sonuçlara göre, yaşı 56 ve üzeri olanların Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği, Öğrenme, İş Değiştirme, YZ Yapılandırması ve İletişim ve Paylaşım boyutu ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir denilebilir.

Tablo 8. Eğitim durumu ile Ölçek ve Boyutlar Arasındaki Farklılığın Testi

3. Eğitim Durumu		N	Sıra Ort.	KW veya F	p değeri
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	Lise	43	256,47	F: 6,169	0,000**
	Ön lisans	91	232,15		
	Lisans	198	204,07		
	Lisansüstü	87	177,37		
Öğrenme	Lise	43	262,28	18,391	0,000**
	Ön lisans	91	237,41		
	Lisans	198	194,64		
	Lisansüstü	87	190,44		
İş Değiştirme	Lise	43	248,43	17,186	0,001**
	Ön lisans	91	231,34		
	Lisans	198	209,82		
	Lisansüstü	87	169,09		
Sosyoteknik Körlük	Lise	43	221,83	4,126	0,248
	Ön lisans	91	218,52		
	Lisans	198	213,51		
	Lisansüstü	87	187,26		
YZ Yapılandırması	Lise	43	262,71	14,345	0,002**
	Ön lisans	91	223,31		
	Lisans	198	204,48		
	Lisansüstü	87	182,58		
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	Lise	43	224,31	7,284	0,063
	Ön lisans	91	211,34		
	Lisans	198	195,26		
	Lisansüstü	87	235,07		
Dikkat	Lise	43	216,58	3,212	0,360
	Ön lisans	91	211,35		
	Lisans	198	200,32		
	Lisansüstü	87	227,37		
Güvenlik	Lise	43	259,36	13,155	0,004**
	Ön lisans	91	208,35		
	Lisans	198	192,46		
	Lisansüstü	87	227,25		
İletişim ve Paylaşım	Lise	43	189,37	7,273	0,064
	Ön lisans	91	215,76		
	Lisans	198	200,01		
	Lisansüstü	87	236,91		

*Kruskal Wallis testi, ANOVA testi, ** $p < 0,05$

Tablo 8'e bakıldığında eğitim durumu ile Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği, Öğrenme, İş Değiştirme, YZ Yapılandırması ve Güvenlik boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer ölçek ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bu sonuçlara göre, eğitim durumu lise olanların Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği, Öğrenme, İş Değiştirme, YZ Yapılandırması ve Güvenlik boyutu ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir denilebilir.

Tablo 9. Meslek ile Ölçek ve Boyutlar Arasındaki Farklılığın Testi

4. Meslek		N	Sıra Ort.	KW veya F	p değeri
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	Hekim	45	186,11	F: 2,409	0,049**
	Hemşire/Ebe	109	214,78		
	Sağlık lisansiyeri	58	208,22		
	Diğer sağlık personeli	136	200,31		
	Büro personeli	71	237,82		

Öğrenme	Hekim	45	203,37		
	Hemşire/Ebe	109	226,06		
	Sağlık lisansiyeri	58	198,97	6,132	0,190
	Diğer sağlık personeli	136	195,04		
	Büro personeli	71	227,23		
İş Değiştirme	Hekim	45	175,44		
	Hemşire/Ebe	109	205,29		
	Sağlık lisansiyeri	58	209,29	6,922	0,140
	Diğer sağlık personeli	136	212,53		
	Büro personeli	71	234,85		
Sosyoteknik Körlük	Hekim	45	188,42		
	Hemşire/Ebe	109	215,38		
	Sağlık lisansiyeri	58	211,09	7,396	0,116
	Diğer sağlık personeli	136	197,09		
	Büro personeli	71	239,27		
YZ Yapılandırması	Hekim	45	188,99		
	Hemşire/Ebe	109	202,33		
	Sağlık lisansiyeri	58	214,59	8,208	0,084
	Diğer sağlık personeli	136	203,13		
	Büro personeli	71	244,51		
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	Hekim	45	214,33		
	Hemşire/Ebe	109	179,29		
	Sağlık lisansiyeri	58	220,66	9,652	0,047**
	Diğer sağlık personeli	136	221,60		
	Büro personeli	71	223,46		
Dikkat	Hekim	45	208,48		
	Hemşire/Ebe	109	183,83		
	Sağlık lisansiyeri	58	217,41	7,421	0,115
	Diğer sağlık personeli	136	222,82		
	Büro personeli	71	220,54		
Güvenlik	Hekim	45	190,01		
	Hemşire/Ebe	109	203,17		
	Sağlık lisansiyeri	58	192,72	6,744	0,150
	Diğer sağlık personeli	136	214,99		
	Büro personeli	71	237,72		
İletişim ve Paylaşım	Hekim	45	222,91		
	Hemşire/Ebe	109	174,44		
	Sağlık lisansiyeri	58	238,55	14,471	0,006**
	Diğer sağlık personeli	136	219,83		
	Büro personeli	71	214,25		

*Kruskal Wallis testi, ANOVA testi, ** $p < 0,05$

Tablo 9'a bakıldığında meslek durumu ile Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği, Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği ve İletişim ve Paylaşım boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer ölçek ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bu sonuçlara göre, mesleği büro personeli olanların Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir; mesleği Hemşire/Ebe olanların Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği ve İletişim ve Paylaşım boyutu ortalamaları diğerlerine göre daha düşüktür denilebilir.

Tablo 10. Çalışma Yılı ile Ölçek ve Boyutlar Arasındaki Farklılığın Testi

5. Çalışma yılı		N	Sıra Ort.	KW veya F	p değeri
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	1 yıldan az	39	207,45		
	1-5 yıl	98	220,47		
	6-10 yıl	75	205,75	F: 1,544	0,189
	11-15 yıl	74	179,41		
	16 ve üzeri	133	222,45		
Öğrenme	1 yıldan az	39	204,73		
	1-5 yıl	98	219,73		
	6-10 yıl	75	188,50	8,739	0,068
	11-15 yıl	74	188,20		
	16 ve üzeri	133	228,62		
İş Değiştirme	1 yıldan az	39	208,54		
	1-5 yıl	98	223,16		
	6-10 yıl	75	214,33	3,817	0,431
	11-15 yıl	74	187,61		
	16 ve üzeri	133	210,75		

<i>Sosyoteknik Körlük</i>	1 yıldan az	39	211,76	5,181	0,269
	1-5 yıl	98	200,90		
	6-10 yıl	75	214,77		
	11-15 yıl	74	188,59		
	16 ve üzeri	133	225,41		
<i>YZ Yapılandırması</i>	1 yıldan az	39	214,88	4,023	0,403
	1-5 yıl	98	217,98		
	6-10 yıl	75	207,87		
	11-15 yıl	74	185,80		
	16 ve üzeri	133	217,36		
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	1 yıldan az	39	174,99	6,436	0,169
	1-5 yıl	98	198,15		
	6-10 yıl	75	227,89		
	11-15 yıl	74	211,65		
	16 ve üzeri	133	218,00		
<i>Dikkat</i>	1 yıldan az	39	183,14	5,847	0,211
	1-5 yıl	98	217,47		
	6-10 yıl	75	231,43		
	11-15 yıl	74	194,87		
	16 ve üzeri	133	208,70		
<i>Güvenlik</i>	1 yıldan az	39	184,28	2,821	0,588
	1-5 yıl	98	203,50		
	6-10 yıl	75	211,98		
	11-15 yıl	74	218,38		
	16 ve üzeri	133	216,55		
<i>İletişim ve Paylaşım</i>	1 yıldan az	39	176,69	13,290	0,010**
	1-5 yıl	98	180,79		
	6-10 yıl	75	227,76		
	11-15 yıl	74	220,80		
	16 ve üzeri	133	225,26		

*Kruskal Wallis testi, ANOVA testi, ** $p < 0,05$

Tablo 10'a bakıldığında çalışma yılı ile İletişim ve Paylaşım boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer ölçek ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bu sonuçlara göre, çalışma yılı 1 yıldan az olanların İletişim ve Paylaşım boyutu ortalaması diğerlerine göre daha düşüktür denilebilir.

Tablo 11. Aylık Gelir Düzeyi ile Ölçek ve Boyutlar Arasındaki Farklılığın Testi

6. Aylık gelir düzeyi		N	Sıra Ort.	KW veya F	p değeri
Yapay Zekâ Kaygı Ölçeği	34215 TL ve altı	83	210,54	1,519	0,196
	34216-45000 TL	82	225,87		
	45001-60000 TL	190	211,13		
	60001-75000 TL	18	144,17		
	75001 TL ve üzeri	46	201,84		
<i>Öğrenme</i>	34215 TL ve altı	83	222,82	3,336	0,503
	34216-45000 TL	82	218,71		
	45001-60000 TL	190	202,82		
	60001-75000 TL	18	178,33		
	75001 TL ve üzeri	46	213,37		
<i>İş Değiştirme</i>	34215 TL ve altı	83	211,69	6,471	0,167
	34216-45000 TL	82	223,05		
	45001-60000 TL	190	213,21		
	60001-75000 TL	18	149,08		
	75001 TL ve üzeri	46	194,27		
<i>Sosyoteknik Körlük</i>	34215 TL ve altı	83	193,16	7,498	0,112
	34216-45000 TL	82	209,81		
	45001-60000 TL	190	224,90		
	60001-75000 TL	18	165,94		
	75001 TL ve üzeri	46	196,41		
<i>YZ Yapılandırması</i>	34215 TL ve altı	83	210,89	11,728	0,019**
	34216-45000 TL	82	239,89		
	45001-60000 TL	190	205,32		
	60001-75000 TL	18	139,78		
	75001 TL ve üzeri	46	201,90		
Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği	34215 TL ve altı	83	194,24	7,324	0,120
	34216-45000 TL	82	238,70		

	45001-60000 TL	190	204,04		
	60001-75000 TL	18	189,25		
	75001 TL ve üzeri	46	220,02		
<i>Dikkat</i>	34215 TL ve altı	83	192,16		
	34216-45000 TL	82	233,46		
	45001-60000 TL	190	208,24	5,721	0,221
	60001-75000 TL	18	187,28		
	75001 TL ve üzeri	46	216,52		
<i>Güvenlik</i>	34215 TL ve altı	83	208,54		
	34216-45000 TL	82	232,09		
	45001-60000 TL	190	206,11	4,454	0,348
	60001-75000 TL	18	177,56		
	75001 TL ve üzeri	46	202,02		
<i>İletişim ve Paylaşım</i>	34215 TL ve altı	83	192,57		
	34216-45000 TL	82	238,32		
	45001-60000 TL	190	202,75	7,393	0,117
	60001-75000 TL	18	211,89		
	75001 TL ve üzeri	46	220,15		

*Kruskal Wallis testi, ANOVA testi, ** $p < 0,05$

Tablo 11'e bakıldığında aylık gelir durumu ile YZ Yapılandırması boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer ölçek ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bu sonuçlara göre, aylık gelir durumu 60001-75000 TL arası olanların YZ Yapılandırması boyutu ortalaması diğerlerine göre daha düşüktür denilebilir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dijital teknolojilerdeki gelişim özellikle de yapay zekâ uygulamaları, birçok sektörü değişime uğratacak şekilde günümüzün en önemli konularından biri haline gelmiştir. Bu sektörlerden biri de sağlık sektörüdür. Yapay zekâ ve uzantı uygulamaları sağlık sektöründe önemli kolaylıklara değişimlere yol açarken aynı zamanda, kaygı ve endişelere de yol açabilmektedir. Bu değişimlerin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerini anlamak hem hizmet kalitesini artırmak hem de çalışan memnuniyetini ve güvenliğini sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Yapay zekâ sistemlerinin sağlık alanına entegrasyonu, hasta takibi, tanı koyma, veri yönetimi gibi pek çok alanda kolaylıklar sunarken; aynı zamanda mahremiyet, etik sorumluluklar ve iş güvencesi gibi konularda çeşitli kaygılara neden olabilmektedir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının çevrimiçi mahremiyet farkındalık düzeyleri ile yapay zekâya yönelik kaygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi, demografik faktörlerin bu boyutlardaki etkinliği ve farklılaşmalarının ortaya konulması, günümüz sağlık yönetimi literatürü açısından önemli bir boşluğu doldurmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda yapılan çalışma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla, sağlık çalışanlarının çevrimiçi mahremiyet farkındalığının yapay zekâ kaygısı üzerine etkisini ölçmek ve demografik faktörlere göre değişiminin izlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde kullanılan Yapay Zekâ Kaygı ölçeği ölçek uyum değerleri ve yapı geçerlilikleri orijinal ölçek olan Akkaya, vd.,'nin (2021) çalışmasıyla benzerlik sonuçlar göstermiştir. Yine Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeğinin de Korkmaz vd.'nin (2021) çalışmasıyla benzer sonuçlar göstermiştir.

Çalışmanın bulguları, YZ Kaygı Ölçeği ile Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmemiştir ($p > 0,05$). Bu iki kavramın birbirine etkisine bakılan bir başka çalışmaya rastlanılamamış olması sebebiyle sonuçlar tartışılmamaktadır. Yani çevrimiçi mahremiyet farkındalığının yapay zekâ kaygısı üzerinde önemli bir etkisi yoktur. Sonuçlar demografik farklılıkların YZ kaygısı ve Çevrimiçi Mahremiyet hassasiyetine yol açtığını göstermektedir. Bu kapsamda çalışma demografik farklılıklara odaklanmıştır.

Çalışma sonuçları itibarıyla YZ Kaygısı ve Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalığını etkileyen demografik ve psikolojik faktörleri belirlemekte önemli katkı sağlamıştır. Kadınların kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek bulunması ve lise mezunları ile 56 yaş üzerindeki bireylerin kaygıda öne çıkması dikkat çekmektedir. Bu sonuçlar Filiz ve Yeşildal (2019) ve Asio ve Sardina (2025) tarafından yapılan sanal dünya risk algısı ile çevrimiçi mahremiyet kaygısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada kadınların çevrimiçi mahremiyet farkındalıkları erkeklere oranla daha yüksek çıktığı çalışma ile benze sonuçlar göstermektedir. Yine benzer sonuçlara ulaşan

Çetiner ve Çetinkaya (2024) tarafından yapılan çalışmada da turizm çalışanı bireylerde kadınların erkeklere oranla daha yüksek yapay zekâ kaygısı taşıdıkları görülmüştür.

Eğitim düzeyin YZ kaygısına olan etkisine bakıldığında çalışmada lise mezunlarının YZ kaygısının diğer eğitim seviyelerinden daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu duruma benzer sonuç Filiz vd. (2022) tarafından sağlık çalışanların yapay zekâ kaygısını ölçtüğü çalışmada lise mezunlarının YZ kaygısını diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek çıkmıştır. Ters bir sonuç Çetiner ve Çetinkaya (2024) tarafından yapılan turizm çalışanları üzerine yapılmış ve çalışmada eğitim seviyesini bağlamında YZ kaygısı anlamlı bir sonuç vermemiştir. Bir diğer çalışmada da mevcut çalışma sonuçlarına benzer şekilde eğitim seviyesi yükseldikçe kaygının azaldığı görülmektedir (Lund vd., 2024).

Çalışma sonuçları itibarıyla şu önerilerde bulunulabilir;

Çevrimiçi internet kullanımı ve internet tabanlı uygulamaların oluşturduğu riskler kullanıcılar tarafından dikkate alınmaması durumunda büyük ekonomik, sosyal ve psikolojik tehditler oluşturabilmektedir. Bu durum teknoloji kullanımı sırasında mahremiyetin korunmasına yönelik özellikle dikkat boyutunu çok daha önemli bir duruma getirmektedir.

Türkiye'nin toplumsal yapısı ve toplumsal hayatta kadınların karşılaştıkları durumlar göz önünde bulundurulmalı, toplumu ilgilendiren birçok konuda olduğu gibi yapay zekâ kaygısı konusunda da kadınlara yönelik pozitif bir tutum sergilenmeli kadınların yapay zekâ teknolojilerine dair kaygılarını azaltmak amacıyla özel eğitim ve bilgilendirme programları geliştirilmelidir.

Yapay zekâ kaygısının eğitim seviyesiyle olan ilişkisi göz ardı edilmemelidir. Bu bağlamda toplumun genel eğitim seviyesinin artırılması her alanda olduğu gibi yapay zekâ kaygısı konusunda da önemli olduğunu göstermiştir. Lise ve daha alt eğitim seviyesinde bulunan kişilere yönelik yapay zekâ teknolojilerine yönelik eğitim çalışmaları planlanmalı ve bu eğitimlerin toplumun alt kültür gruplarına da ulaşması hedeflenmelidir.

Yapay zekâ kaygısının bireysel, kurumsal ve toplumsal etkileri daha derinlemesine araştırılmalı, yapay zekânın geleceği, taşıdığı potansiyel, etkilediği bilim alanları, insan hayatında oluşturacağı değişim ve doğuracağı yeni bilim alanları detaylı şekilde ele alınmalıdır. Bu kapsamda akademisyenler tarafından yapılacak detaylı ve geniş çaplı akademik araştırmaların literatüre kazandırılması önem arz etmektedir.

Sağlık sektöründe mahremiyet birçok sektöre nazaran daha büyük önem arz etmektedir bu çalışma sağlık sektöründe mahremiyet ve gizlilik politikalarının gözden geçirilmesi ve dijital teknolojilerin etik kullanımı konusunda farkındalığın artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte yapay zekâ teknolojilerinin gelecekte toplumsal etkilerini anlamak ve ilgili alanlarda farkındalık yaratmak için bir temel oluşturmaktadır.

Çalışmanın kısıt ve sınırlılıkları ise, sağlık çalışanları üzerine olması diğer sektörleri kapsamıyor oluşu sektörel farklılıkları ortaya koymasını engellemektedir. Çalışmanın evrenini Ankara'da bulunan şehir hastanelerini oluşturmaktadır yerel bir çalışma olması sınırlılığına sahiptir. Sonraki yapılacak çalışmalarda Türkiye geneli veya uluslararası karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir. Çalışmanın bir diğer kısıtı kesitsel (tek zamanlı) anket yöntemi kullanılmasıdır. Bu durum, neden-sonuç ilişkisini yani doğrusal ve zaman içinde gelişen bir ilişki olarak değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Ölçme aracının anket olması ve cevapların her zaman öznel verileri yansıtmaması da bir sınırlılık olarak görülebilir. Hastane ortamı gibi insanların yoğun tempoda çalıştığı kurumlarda yapılan anket uygulamalarının düşünülenden ziyade daha çok anketin tamamlanması yönelik olması sonuçlarda bazen gerçek düşüncelerin dışında sonuçlar çıkmasına neden olabilmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Makalenin tüm yazarlarının makale sürecine eşit katkı sunmuştur.

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

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

KAYNAKÇA

- Akkaya, B., Özkan, A., & Özkan, H. (2021). Yapay zekâ kaygı (yzk) ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Alanya Akademik Bakış*, 5(2), 1125–1146.
- Asio, J. M. R., & Sardina, D. P. (2025). Gender differences on the impact of AI self-efficacy on AI anxiety through AI self-competency: A moderated mediation analysis. *Journal of Pedagogical Research*. <https://doi.org/10.33902/JPR.202533231>
- Avcı, A., ve Kayıran, D. (2023). Çocuk gelişimi ön lisans öğrencilerinin ekran bağımlılığı ve çevrimiçi mahremiyet farkındalıklarının incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 1802–1815.
- Bauman, Z., & Lyon, D. (2013). *Akışkan gözetim* (E. Yılmaz, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bayıkoğlu, S. (2024). *Yapay zekâ uygulamalarının hastane bilgi sistemlerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Topkapı Üniversitesi, İstanbul.
- Budak, H. (2018). Sosyal medya iletişimde mahremiyetin serüveni. *İnsan ve Toplum Bilimleri*, (5), 146–170.
- Canbolat, K. (2022). *Kuşaklar arası dijital mahremiyet algısının dönüşümü* (Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Çetiner, N., & Çetinkaya, F. Ö. (2024). Çalışanların yapay zekâ kaygısı ile motivasyon düzeyleri arasındaki ilişki: turizm çalışanları üzerine bir araştırma. *Alanya Akademik Bakış*, 8(1), 159-173. <https://doi.org/10.29023/alanyaakademik.1297394>
- Çoşan, B. (2022). Web 1.0'dan Web 3.0'a mahremiyetin dönüşümü ve dezavantajlı gruplar açısından muhtemel sonuçları. *Çalışma ve Toplum*, 5(75), 2639–2662.
- Ekrem, E. C., & Daşkan, Z. (2021). Perinatal dönemde yapay zekâ teknolojisinin kullanımı. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 5(2), 147–162.
- Elliott, D., & Soifer, E. (2010). Privacy and intimacy. *The Journal of Value Inquiry*, 44(4), 489–497.
- Elliott, D., & Soifer, E. (2022). AI technologies, privacy, and security. *Frontiers in Artificial Intelligence*, 5, 826737.
- Filiz, E., & Yeşildal, M. (2019). İnternet çağında risk ve mahremiyet kaygısına yönelik bir araştırma. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 6(43), 3266–3273. <https://doi.org/10.26450/jshsr.1539>
- Filiz, E., Güzel, Ş. & Şengül, A. (2022). Sağlık profesyonellerinin yapay zekâ kaygı durumlarının incelenmesi. *Journal of Academic Value Studies*, 8(1), 47-55. <http://dx.doi.org/10.29228/javs.57808>
- Freud, S. (1936). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(1), 1–28.
- Gültekin, V. (2024). Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü öğrencilerinin çevrimiçi mahremiyet farkındalığı. *Bilgi Dünyası*, 25(2), 185–215.
- Gültekin, V., & Özel, N. (2023). Üniversite öğrencilerinin bilgi güvenliği farkındalığı: Ankara Üniversitesi örneği. *Bilgi Yönetimi*, 6(2), 310–331.
- Hacıoğlu, B. N. (2021). *İnsan kaynakları yönetimine yönelik yapay zeka algısının çalışanların çeviklik performansı ve işe bağlanması üzerindeki etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Gebze Teknik Üniversitesi, Kocaeli.
- Inoferio, H., Espartero, M., & Asiri, M. (2024). Coping with math anxiety and lack of confidence through AI-assisted learning. *Environment and Social Psychology*, 1233–1247.
- Jarrahi, M. H. (2018). Artificial intelligence and the future of work: Human-AI symbiosis in organizational decision making. *Business Horizons*, 61(4), 577–586.
- Kaplan, İ. (2017). *Üniversite öğrencisi sosyal medya kullanıcılarının mahremiyet algısı* (Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

- Karagöz, Y. (2016). *SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kartal, M., ve Bardakçı, S. (2018). *SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlik analizleri*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Kaya, S. N. (2022). Kitap incelemesi: Robotların yükselişi: Yapay zekâ ve işsiz bir gelecek tehlikesi. *Novus Orbis: Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 4(1), 115–119.
- Korkmaz, Ö., Vergili, M., & Karadaş, E. (2021). Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalık Ölçeğinin geliştirilmesi: Güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 6(1), 297–311.
- Küsbeci, P. (2021). *İşletmelerde yapay zekâ*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Lund, B. D., Mannuru, N. R., & Agbaji, D. (2024). AI anxiety and fear: A look at perspectives of information science students and professionals towards artificial intelligence. *Journal of Information Science*, 01655515241282001.
- McCarthy, J. (2007). Buradan insan seviyesindeki yapay zekaya. *Yapay Zeka*, 171(18), 1174–1182.
- Okumuş, M., & Atılğan, S. S. (2021). Üniversite öğrencilerinin dijital okuryazarlık becerileri ile dijital mahremiyet kaygısı arasındaki ilişki. *TRT Akademi*, 6(12), 342–363.
- Schank, R. C. (1987). What is AI, anyway? *AI Magazine*, 8(4), 59–59.
- Schank, R. C., & Abelson, R. P. (2014). *Bilgi ve bellek: Gerçek hikâye: Sosyal bilişteki gelişmeler, Cilt VIII*.
- Schoeman, F. (1984). Privacy: Philosophical dimensions. *American Philosophical Quarterly*, 21(3), 199–213.
- Shahriar, S., & Hayawi, K. (2023). Let's have a chat! A conversation with ChatGPT: Technology, applications, and limitations. *Artificial Intelligence and Applications*, 2(1), 11–20.
- Stanley, A. D. (1998). *From bondage to contract: Wage labor, marriage, and the market in the age of slave emancipation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trappl, R. (1986). *Impacts of artificial intelligence*. Amsterdam: North Holland Publishing Co.
- Tugay, B., & Tugay, R. (2019). Uluslararası sistemin geleceğini yapay zekâ üzerinden analiz etmek. *Journal of Academic Value Studies*, 5(3), 376–384.
- Westin, A. F. (1967). Special report: Legal safeguards to insure privacy in a computer society. *Communications of the ACM*, 10(9), 533–537.
- Yüksel, M. (2003). Mahremiyet hakkı ve sosyo-tarihsel gelişimi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(1), 1–20.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

MARTI TARZI YÖNETİCİ ALGISI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

DEVELOPMENT OF THE SEAGULL STYLE MANAGER PERCEPTION SCALE: A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY ON HEALTH CARE WORKERS

Dr. Öğr. Üyesi Sait SÖYLER¹
Dr. Öğr. Üyesi Doğançan ÇAVMAK²

ÖZ

Yönetim tarzları günümüzün iş yaşantısında insan kaynakları üzerinde büyük bir etkisi olan ve dolayısıyla işletme başarısının belirleyicileri arasında önde gelen davranış biçimleridir. Olumlu yönetim tarzları işletmeleri başarıya ulaştırmada anahtar konumdayken, olumsuz olarak algılanan yönetim tarzları insan kaynakları üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmekte ve başarısızlıkla ilişkilendirilmektedir. Araştırmanın odağında yer alan sağlık sektörü, üretici insan kaynağının ve yönetim anlayışlarının yüksek düzeyde önem arz ettiği önemli bir hizmet üretim alanıdır. Bu çerçevede, bu araştırmanın amacı literatürde kavramsal olarak yer alan ancak metodolojik bir yaklaşımla bilimsel bir ölçüm aracının oluşturulmaması olduğu "Marti Tarzı Yönetici Algısı Ölçeği"nin, sağlık sektörü özelinde yürütülecek saha araştırmasıyla geliştirilmesidir. Bu amaçla ölçek geliştirme sürecinin ilk aşamasında literatüre ve uzman görüşüne dayalı bir önerme havuzu oluşturulmuş, ardından çeşitli geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ile test-tekrar test güvenilirliği ölçülmüştür. Önerme havuzunun değerlendirilmesinde 5 uzmana ulaşılmış, yapı geçerliliğinin test edilebilmesi için ise 124 sağlık çalışanı araştırmaya dahil edilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği için ise 60 sağlık çalışanına 3 hafta arayla ölçek uygulanmıştır. Analizler neticesinde 15 önermeden oluşan tek boyutlu bir ölçek yapısı elde edilmiştir. Bu yapının iç tutarlılığının, birleşik güvenilirliğinin ve zamana göre güvenilirliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tasarlanmış olan ölçüm modelinin işletmelerde uygulanması yoluyla, çalışan ve yöneticiler arasındaki iletişimi irdelemeye ve geliştirmeye, yönetici performansını iyileştirmeye ve örgütsel performansı arttırmaya yönelik çalışmalara destekleyici veriler sunabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İşletme Yönetimi, Marti Tarzı Yönetim, Sağlık Yönetimi.

JEL Sınıflandırma Kodları: D23, M10.

ABSTRACT

Management styles are among the leading behavioral patterns that significantly impact human resources and organizational success in the current business environment. While constructive management styles play a key role in driving organizations toward success, bad management practices can adversely affect human resources and lead to organizational failure. Human resources and management approaches are exceptionally important in the healthcare sector, which is the focus of this study. Therefore, this study aims to develop the "Seagull Style Management Perception Scale", which is a conceptually defined but methodologically underexamined construct in the literature, conducting a field study in the healthcare sector. In the initial phase of the scale development process, an item pool was created based on the literature and expert opinions. Following that, validity, reliability, and test-retest reliability analyses were conducted. Each item was evaluated by five experts for content validity, and 124 healthcare employees participated in the study to test construct validity. For test-retest reliability, the scale was administered to 60 healthcare employees at three-week intervals. The analyses resulted in a construct with one latent variable consisting of 15 items. It was found that the internal consistency, composite reliability, and test-retest reliability of the scale were high. It is expected that the application of the developed measurement model in organizations may provide supportive data for initiatives aimed at examining and enhancing communication between employees and managers, improving managerial performance, and increasing organizational performance.

Keywords: Business Management, Seagull-style Management, Healthcare Management.

JEL Classification Codes: D23, M10.

¹ Tarsus Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, saitsoyler@tarsus.edu.tr

² Tarsus Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, dogancavmak@tarsus.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Although it is stated that there cannot be a “perfect” management style that is effective in every situation, it is known that managerial styles are associated with a number of positive or negative results. Good managers are mainly described with characteristics such as sensitivity, proactivity, effective communication, team building, negotiation, and decision-making (Shirazi and Mortazavi, 2009). Conversely, management behaviors that evoke emotions such as fear, anger, reluctant or malicious compliance among subordinates are indicated as sources of problems such as low performance and productivity. In this context, “seagull management” is a metaphorical managerial style derived from the behavior of seagulls, associated with these negative outcomes. This type of managers feel the need to step in and correct their team from time to time. There is a lot of noise which reflects squawking metaphor in their rare visits, and he generally loads the work on the employees suddenly and without a clear timetable (Bradberry, 2009). When the literature is examined, it is seen that scientific evidence on the seagull management style is quite limited. Moreover, it has been determined that there is no tool that measures the characteristics of a seagull-style manager and that the effects of such managerial characteristics have not been demonstrated through empirical research. In this regard, the aim of the present study is to develop a valid and reliable scale to measure the perception of seagull-style managers among employees working in healthcare institutions.

Design/methodology/approach:

The study has a quantitative methodological research structure for aiming to design a measurement tool for the perception of seagull-style managers. Accordingly, the study consists of a multi-stage process including model development, data collection, and data analysis. These processes mainly consist of the design of the item pool (observed variables), sample determination, data collection, and data analysis. In the item design stage, an item pool was created by the researchers of the study based on the previous studies. The foundational studies for variable development were conducted and published by Cooke (2006), Spiro (2018), and Bradberry (2016). In this context, 17 items intended to include characteristics such as distant approach, insecurity, destructive criticism, defensive approach, and strict hierarchy in the definitions of seagull management/seagull-style managers were prepared in Turkish. The data of the research were collected in three stages. Firstly, in order to provide the content validity test, analysis was performed with the data collected from 5 researchers working in management and organization, and health management fields. The field research was conducted with 124 participants, and a test-retest application was performed with 60 participants. Data analysis consists of content validity test, construct validity test, internal consistency analysis, and reliability tests over time within the scope of scale development methodology. Content Validity Ratio (CVR) was calculated for each item as a result of the opinions received from relevant experts. Then, the measurement model was subjected to construct validity analysis. Construct validity was performed with exploratory (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). Internal consistency was examined with Cronbach's alpha coefficient. In this stage, composite reliability value (CR) and average variance explained (AVE) values were also included in the analysis. In test-retest analysis, the Pearson correlation coefficient between the first and last test applications was examined. Analyses were performed using SPSS and SPSS AMOS programs.

Findings:

Ayre et al. (2014) state that the acceptance value of the content validity index should be +1 for up to 7 participants. In the current study, 5 experts were included as reviewers. In the evaluations made, the IRR values of all items were calculated as +1. Therefore, the exploratory factor analysis was conducted with the developed 17-item (observed variable) structure. It was seen that the Kaiser Meyer Olkin sample adequacy test value was 0.925, and the Barlett Sphericity Test result was significant ($p < 0.01$). Results showed that the observed variables could be aggregated under a single latent variable. It was seen that the factor loading of 1 item was quite low, and it was removed from the model. The confirmatory factor analysis results conducted afterwards showed that one more item should be excluded due to its poor fit with the model. In the final structure, it was found that the factor loadings were higher than 0.60, the fit indices were within the acceptable range, the AVE and CR values were sufficient, and the internal consistency level of the scale was high.

Conclusion and Discussion:

Scales developed to measure management styles may provide reliable and important data to businesses and decision makers. In line with this perspective, the present study focuses on seagull management, a contemporary managerial phenomenon that is conceptually discussed in the literature but lacks a systematic methodology for its measurement. The items prepared within this focus aim to measure a management style that remains in its closed environment until a problem or issue spreads to the entire business, goes to the field in case of such a problem and looks for someone to blame instead of solving the problem or causes the problem to grow with its negative behaviors. The results of the analyses indicate that the proposed model demonstrates a strong fit across all dimensions. It is seen that the “Seagull Style Manager Perception” scale is a measurement tool that can be utilized in research and practical applications in the field of business and health management. The primary contribution of the developed scale to the literature lies in its novel approach to evaluating managerial practices from the lens of negative leadership behaviors. It offers a new perspective for explaining key organizational variables such as leadership, employee motivation, work engagement, and organizational culture. From a practical implications perspective, one of the scale's most significant contributions is its potential to help business owners, stakeholders, and managers gain a deeper understanding of the communication and relationship dynamics between human resources and management, which is widely acknowledged as the most critical determinant of organizational effectiveness.

1. GİRİŞ

Yönetim, bilimlerin en yenisi, sanatların en eskisi olarak tanımlanmaktadır. En genel ifade ile başkalarına iş gördürme sanatı olarak açıklanabilecek olan yönetim kavramına ve özellikleri ile en etkili ve verimli yönetim yaklaşımının ne olduğuna ilişkin çok sayıda araştırma yapılmıştır (Koçel, 2011). Bu araştırmalar temel olarak yöneticinin insan kaynakları üzerindeki etkisi çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Zira insan kaynakları bir işletmenin en önemli rekabet araçlarından biri haline gelmiştir. Örgütün amaçlarına ulaşması, yöneticilerin başarılı olması ve uzun dönemli sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlanmasının temelinde insan kaynaklarının başarısı ve performansı yatmaktadır (İleri ve Soylu, 2010; Çetintürk, 2017).

İnsan kaynaklarını etkileyen yönetici özelliklerine ilişkin araştırmalar son yarım yüzyılda yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalarda en iyi yönetici tarzlarına ilişkin farklı durumları değerlendiren farklı yaklaşımlar mevcuttur (Khandwalla, 1976; Culpan, 1987; Hunt, 1995; Prasad, 2001; Namiq, 2018; Gavya & Subashini, 2024). Öte yandan günümüzde her durumda etkili olan “mükemmel” bir yönetim tarzı olamayacağı ifade edilse de (Rubin, 2013; Özkan vd., 2017; Miloloža, 2018; Ulufer Kansoy, 2021), birçok araştırmada çeşitli yönetici tarzlarının bir takım olumlu ya da olumsuz sonuçlarla ilişkili olabileceği tespit edilmiştir. Genel olarak işin büyük bir kısmının insan ilişkileri ile ilgili olduğu ve farklı arka planlara sahip bireylerle çalışabilmenin önem arz ettiği belirtilmektedir (Hunt, 1995). Smart (1998)’a göre yönetsel yetkinlikler; yönetici yetkinlikleri, zekâ, kişisel yetkinlik, insanlarla ilişkiler, liderlik ve motivasyonel yetkinlikler olarak altı başlıkta değerlendirilmektedir. Shirazi ve Mortazavi (2009) etkili yöneticiler için duyarlılık, proaktif olma, etkili iletişim ve takım oluşturabilme, müzakere etme ve karar verme gibi özelliklere atıfta bulunmuştur. Özgür (2011), farklı yönetim tarzlarının yönetilenlerde oluşturduğu duyguları incelediği çalışmasında yönetim sürecinde ödül ve ceza araçlarını kullanan geleneksel yöneticilere karşı yönetilenlerde korku, öfke, gönülsüz ya da kötü niyetli itaat gibi duyguların oluştuğunu ve bu nedenle düşük performans ve üretim gibi sorunların yaşandığını belirtmektedir. Öte yandan, ancak insanın bütüncül yapısını anlayabilen, insanlara bütün yönlerini dikkate alarak yaklaşan yöneticilerin etkili olabileceğini öne sürmektedir. Namiq (2018) modern bir iş yerinde yöneticilerin farklı tarzların bir bileşimini kullanmaları gerektiğini ifade etmektedir. Burada yöneticilerin kararlı bir tutum sergilerken nezaket sahibi olmaları, dengeli bir çalışma ortamı yaratmaları, çalışanlara kendilerini değerli hissettirmeleri başarı için anahtar konumdadır.

Görüldüğü gibi literatürde her koşulda geçerli bir yönetim tarzından ziyade etkili yöneticilere atfedilen birtakım özelliklerin bulunduğu görülmektedir. Literatürde yer alan bu özellikler bir arada değerlendirildiğinde günümüz örgütlerinde olumlu bir iş ortamı yaratılması ve çalışanlarla olumlu ilişkiler geliştirilmesi gibi konuların ön plana çıktığı ifade edilebilir. Öte yandan literatürde oldukça sınırlı bir şekilde yer alan “martı tarzı yönetici”, martıların davranışlarından yola çıkarak tanımlanmış olan ve aslında bir metafora dayanan bir yönetici tarzıdır. Literatürde bu yönetim yaklaşımının kavramsallaştırılması Kenneth Blanchard’a atfedilmektedir. Gerçekten de Blanchard vd. (1985) tarafından yazılan “Leadership and the One Minute Manager” ile Blanchard ve Peale’nin, ilk olarak 1988 yılında yayınlanmış olan “The Power of Ethical Management” isimli kitaplarında “martı yönetim (seagull management)” metaforu yer almaktadır (Blanchard vd., 1985; Blanchard & Peale, 2011). Burada yöneticiler, tıpkı martılar gibi, arada bir gelir, ciyaklar, ortalığı dağıtır ve giderler. Bu tarz yönetici ara ara devreye girip ekibini düzeltme ihtiyacı duyar, nadir olan ziyaretlerinde çok fazla gürültü (ciyaklama metaforu) mevcuttur ve işleri genel olarak birden ve bir zaman cetvelinden uzak bir şekilde çalışanlara yükler (Bradberry, 2009).

Diğer bir tanımda ise martı yönetim tarzına sahip yöneticilerin genelde ortalıkta pek görülmediği ancak bir şeylerin yanlış gittiğini duyduklarında “uçarak geldikleri” ifade edilmektedir. Bu tarz yöneticiler geldiklerinde yanlış giden şeylerden dolayı oldukça fazla gürültü koparmakta, herkese yüksek düzeyde yüklenmekte ve ardından ortamdan kaybolmaktadırlar. Bu süreçte çalışanlar ise hedef alınmamak, diğer bir deyişle “radardan” uzak durmak ve martının kendisine “konmasını” önlemek için sessiz kalmakta ve başlarını öne eğmektedir. Bu tür liderler görevleri yerine getiren ancak astlarla olumlu bir ilişki geliştiremeyen ve geleceğin liderlerini yetiştiremeyen yöneticiler olarak, üstlerine düşenin yalnızca küçük bir bölümünü başarmış olmaktadır (Gilbertson, 1999). Zira bu yöneticiler tam da “herkese saygı ile yaklaşma” gibi değerlerin “üzerine konmaktadır” (Bruce ve McCormick, 2008).

Bu tarz yöneticiliğin dört temel özelliği; mesafeli olma, güvensizlik, yıkıcı eleştiri ve defansif kültür olarak ön plana çıkmaktadır. Martı tarzı yönetici kendisini çalışanlarından soyutlar, bir problem ortaya çıkmadıkça sahaya inmez, çalışanlarına güvenmez, eleştirileri yapıcı olmaktan uzaktır ve çalışanları, her adımlarında kendilerini güvence altına alacak yöntemler geliştirmeye zorlar. Dolayısıyla martı tarzı yöneticilik, olumsuz yönetici

davranışları arasında gösterilmektedir. Çalışanlar, bu tarz yöneticileri olumsuz şekillerde tanımlamaktadırlar (Cooke, 2006). Zira uzakta olan bir yönetici için iyi senaryo, liderin uzaktan da olsa sıklıkla iletişim kurduğu ve ziyarette bulunduğu durum olarak belirtilmektedir. En kötü durum ise yöneticinin uçarak geldiği, gürültü yaptığı, herkesi rahatsız ettiği ve ortadan kaybolduğu “martı tarzı yönetim” olarak ifade edilmektedir (Spiro, 2018).

Bradberry (2016), üstün yönetici niteliklerine ilişkin üç temel davranışı net beklentiler, tutarlı iletişim ve güçlü bir geribildirim olarak belirtmektedir. Aynı çalışmada ise martı yöneticinin yalnızca “söndürülecek bir yangın” olduğu durumlarda ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Dahası, bu ortaya çıkış yangını söndürmek için net ve destekleyici bir tutum ile işe yarar geribildirimlerden yoksun olmaktadır.

Martı tarzı yönetici olarak ifade edilen yöneticiler günümüzün iş ortamlarında sıklıkla karşılaşılan bir fenomen haline gelmiştir. Dahası, çoğu zaman yönetici, bir “martı” olduğunun ve bu tarz bir yaklaşımın olumsuz sonuçlarının farkında olmayabilmektedir. Bu yaklaşım işletme karlılığı ve sürdürülebilirliğini olumsuz etkilerken, diğer yandan çalışanlarda birçok psikolojik ve fiziksel sorunun yanı sıra, örgüte ilişkin olumsuz duygulara da neden olmaktadır (Bradberry, 2009). İnsan kaynaklarının işletmelerde performans ve rekabetin en önemli kaynaklarından biri haline geldiği düşünüldüğünde, bu tür olumsuzlukların işletmeler açısından son derece tehlikeli olduğu belirtilebilir.

Bu noktada sağlık işletmeleri, emek yoğun yapısı, hizmet konusunun insan sağlığı olması, yoğun bir çalışma süreci ve çok sayıda stres faktörü içermesi, kârlılık ile toplum sağlığının yükseltilmesi arasında bir denge kurmanın zorlayıcı olması gibi nedenlerle özel bir noktada konumlanmaktadır. Bu özel nokta, sağlık işletmeleri yöneticilerinin insan kaynakları üzerinde olumlu etkiler yaratmasını da zorunlu kılmaktadır (Koçak ve Boyalı, 2020). Zira sağlık işletmelerinde olumsuz yönetici özelliklerinin insan kaynakları üzerinde birçok olumsuz sonuçla ilişkili olduğu literatürde yer bulmuştur. Akduru & Arslantaş (2021) mantar yönetimle ilgili sektörler arası karşılaştırma yaptıkları araştırmalarında mantar yönetim algısının en yüksek olduğu sektörün sağlık sektörü olduğunu ve mantar yönetim algısı ile örgüte yönelik sapkın davranışlar arasında bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Benzer diğer bir çalışmada Aydın (2023) mantar yönetim algısı ile örgütsel sinizm arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Söyler (2024) ise sağlık kurumlarında toksik yönetici davranışlarının örgütsel sinizm ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Bu çerçevede, martı tarzı yöneticilerin özelliklerinin bilinmesinin ve araştırmalara konu edilmesinin işletmeler açısından, özellikle de sağlık işletmeleri açısından, son derece önemli olduğu değerlendirilmektedir.

Literatür incelendiğinde, martı tarzı yönetici ile ilgili bilimsel kaynak sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Dahası, martı tarzı yönetici özelliklerini ölçen bir ölçek olmadığı, bu tarz yöneticilik özelliklerinin etkisinin ampirik araştırmalarla ortaya konulmadığı tespit edilmiştir. Her ne kadar literatürde mikro-yönetim (Esen vd., 2025), mantar yönetim (Birincioğlu & Tekin, 2018), sürdürülebilir yönetim davranışları (Üstüner, 2016; Demirbilek & Çetin, 2021), yönetim tarzları (Limon & Dilekçi, 2021) gibi ölçekler mevcut olsa da, martı tarzı yönetici özelliklerinin belirlenmiş olduğu ve ölçülmesini mümkün kılan bir ölçeğin mevcut olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda bu araştırmanın amacı sağlık kurumlarında çalışan bireylerin martı tarzı yönetici algısını ölçmeye yarayan geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmektir. Böylece literatürde yer alan önemli bir boşluk doldurulmuş olacaktır.

2. YÖNTEM

Mevcut çalışma martı tarzı yönetici algısını ölçmek üzere bir ölçüm aracı tasarlamak amacı taşıdığı için, nicel tipte metodolojik bir araştırma yapısına sahiptir. Dolayısıyla çalışma çok aşamalı bir model kurma, veri toplama ve veri analizi sürecinden oluşmaktadır. Bu süreçler temel olarak önerme havuzunun tasarımı, örneklem tespiti, veri toplama ve veri analizinden oluşmaktadır.

Önermelerin Tasarlanması

Doğrudan martı tarzı yönetici algısını ölçmeyi amaçlayan herhangi bir ölçüm aracının literatürde yer almadığı tespit edilmiştir. Ancak “Giriş” bölümünde de aktarıldığı üzere, uluslararası literatürde, martı yönetim (seagull management) tipini tanımlamak ve muhtemel etkilerini ortaya koymak amacı taşıyan önemli bilimsel yayınların yer aldığı görülmektedir. Bu çalışmada, geçmiş çalışmalarda yapılmış olan çıkarımlara dayalı olarak, çalışmanın araştırmacıları tarafından, bir örneklem havuzu oluşturulmuştur. Örneklem tasarımında temel alınan çalışmalar, Cooke (2006), Spiro (2018) ve Bradberry (2016) tarafından yürütülmüş ve yayınlanmış olan çalışmalardır. Bu kapsamda, martı yönetim/martı tarzı yönetici tanımlarında yer alan; mesafeli yaklaşım, güvensizlik, yıkıcı eleştiri,

savunmacı yaklaşım, katı hiyerarşi gibi özellikleri içermesi amaçlanan 17 adet önerme Türkçe olarak hazırlanmıştır.

Örneklem ve Veri Toplama

Araştırmada üç farklı aşamada, üç farklı örneklem grubu ile çalışılmıştır. Araştırma kapsamında ilk olarak içerik geçerliliği sınavasını sağlayabilmek üzere, yönetim ve organizasyon ile sağlık yönetimi alanında çalışan 5 araştırmacıyla ölçek analizi gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın ilk katılımcılarını bu grup oluşturmaktadır.

Saha araştırması aşaması için örneklemin sayı ve nitelik olarak belirlenmesi ölçek geliştirme çalışmalarının en önemli boyutlarından biridir. Bu tür çalışmalarda, çalışmaya dahil edilmesi gereken gözlem sayısı, genellikle ölçüm aracında yer alan değişken sayısı ile birlikte değerlendirilerek tespit edilmektedir (Osborne, 2014). Genel kabul görmüş yaklaşımlara göre, ölçüm aracında yer alan, önerme veya değişken sayısının en az 5 katı kadar katılımcının çalışmada yer alması, doğru sonuçlar için asgari şart durumundadır (Comrey & Lee, 1992; Gorsuch, 1997). Bu araştırmanın saha araştırmasındaki katılımcılarını sağlık işletmelerinde çalışan tıbbi ve idari personeller oluşturmaktadır. Çalışmanın 17 önermesi göz önünde bulundurulduğu zaman, asgari olmak üzere 85 katılımcıya ulaşılması gerektiği görülmektedir. Araştırmaya dahil edilme kriteri olarak 18 yaş üzerinde olmak ve hastanelerde tıbbi veya idari bir pozisyonda çalışıyor olmak baz alınmıştır. Araştırmada amaçlı ve kartopu örneklem yöntemlerine dayalı olarak, araştırmacıların bağlantıları aracılığıyla üç aylık bir süre içerisinde yapılan anket davetleri ile 124 katılımcıya ulaşıldığı görülmüş ve analizler için asgari şartın sağlandığı kanaati oluşmuştur. Bu örneklem grubundan elde edilen veriler, yapı geçerliliği ve iç tutarlılık analizleri için kullanılmıştır.

Son aşamadaki örneklem grubu ise yine amaçlı örnekleme yöntemine dayalı olarak seçilen 60 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Bu gruptan elde edilen veriler, ölçeğin zamana göre güvenilirliğini (test-tekrar test) sınamak üzere kullanılmıştır.

Veri Analizi

Veri analizi ölçek geliştirme metodolojisi kapsamında; içerik geçerliliği sınavası, yapı geçerliliği sınavası, iç tutarlılık analizi ve zamana göre güvenilirlik testlerinden oluşmaktadır. İlgili uzmanlardan alınan görüşler neticesinde her bir önerme için İçerik Geçerlilik Oranı (İGO) hesaplanmıştır. Bu analiz sonucunda karar verilen ölçüm modeli yapı geçerliliği analizine tabi tutulmuştur. Yapı geçerliliği açımlayıcı (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) ile gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılık Cronbach'ın alfa katsayısı ile irdelenmiştir. Bu aşamada ayrıca kompozit güvenilirlik değeri (CR) ve açıklanan ortalama varyans (AVE) değerleri de analize dahil edilmiştir. Zamana göre güvenilirlik sınavası için ilk ve son test uygulamaları arasındaki Pearson korelasyon katsayısı incelenmiştir. Analizler, SPSS ve SPSS AMOS programları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Etik Durumu

Çalışmanın etik yönden uygun olduğuna yönelik onay, Tarsus Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 19.07.2024 tarihli ve 2024/76 sayılı karar ile verilmiştir.

3. BULGULAR

Oluşturulan önermelerin araştırma amacı ile olan uyumunu sınamak üzere içerik geçerliliği sınavası gerçekleştirilmiştir. Bu sınama "İGO" değerinin hesaplanmasına dayanmaktadır. İGO, ilgili alandaki uzmanlar veya akademisyenlerin değerlendirmeleri ile hesaplanmaktadır. Her bir önerme uzmanlar tarafından araştırma amacına uygunluğu bakımından üçlü bir skala üzerinde değerlendirilmekte ve -1 ile +1 arasında bir değer almaktadır. -1 mükemmel uyumsuzluğu gösterirken +1 mükemmel uyumu ifade etmektedir. Bu değerler aşağıdaki formül aracılığıyla elde edilmektedir.

$$\text{İçerik Geçerlilik Oranı} = \frac{ne - (\frac{N}{2})}{N/2}$$

$ne = 3$ (madde hedeflenen yapıyı ölçüyor) puan veren uzman sayısı;

N : değerlendirme yapan uzman sayısı

(1)

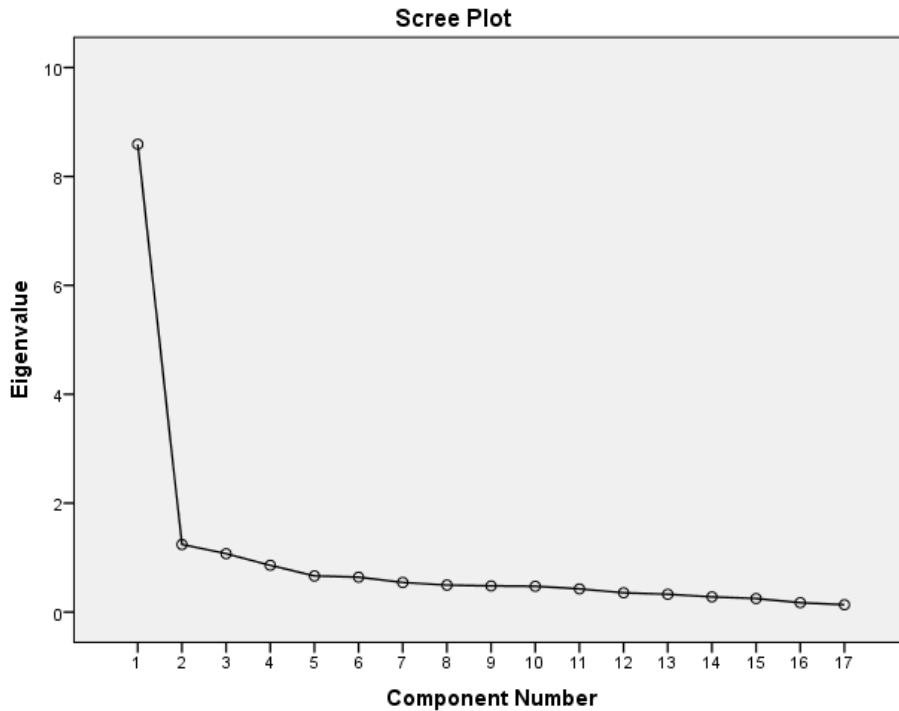
Bir önermenin geçerli olarak kabul edilebilmesi için alması gereken asgari İGO'nun tespitinde, modeli değerlendirecek olan uzman sayısı belirleyicidir. Ayre vd. (2014) 7 katılımcıya kadar kabul değerinin +1 olması gerektiğini ifade etmektedir. Mevcut çalışma kapsamında 5 uzman, değerlendirici olarak yer almıştır. Yapılan değerlendirmelerde tüm önermelerin İGO değerleri +1 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla açımlayıcı faktör analizi, geliştirilmiş olan 17 önermeli (gözlenen değişkenli) yapı ile sürdürülmüştür.

Saha araştırması 124 katılımcı ile yürütülmüş olup, katılımcılara yönelik tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Tanımlayıcı Demografik Veriler

Demografik Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	82	66,1
	Erkek	42	33,9
Öğrenim Düzeyi	Önlisans-Lisans	96	79,4
	Lisansüstü	28	22,6
Görev Alanı	İdari	45	36,3
	Tıbbi	79	63,7
Demografik Değişken			Ort ± S.S.
Yaş			36,45±8,73
Kurumda Çalışma Süresi			9,48±8,23
Toplam Mesleki Tecrübe			13,91±9,23

Açımlayıcı faktör analizi uygulamasında, Kaiser Meyer Olkin örneklem uygunluğu test değerinin 0,925, Barlett Küresellik Testi sonucunun ise anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,01$). Analiz sonuçları, gözlenen değişkenlerin tek bir örtük değişken altında toplanabileceğini göstermektedir. Şekil 1'deki yamaç-eğim (scree plot) grafiğinde görüldüğü üzere, ikinci faktörden itibaren özdeğerler (eigenvalue) keskin bir düşüş göstermektedir. Analiz sonucunda elde edilen sonuçlar, tek faktörlü yapının özdeğerinin 8,591 olduğunu ve yapının toplam varyansının %52,7'sini içerdiğini göstermektedir.



Şekil 1. Ölçüm Modeli Yamaç-Eğim Grafiği

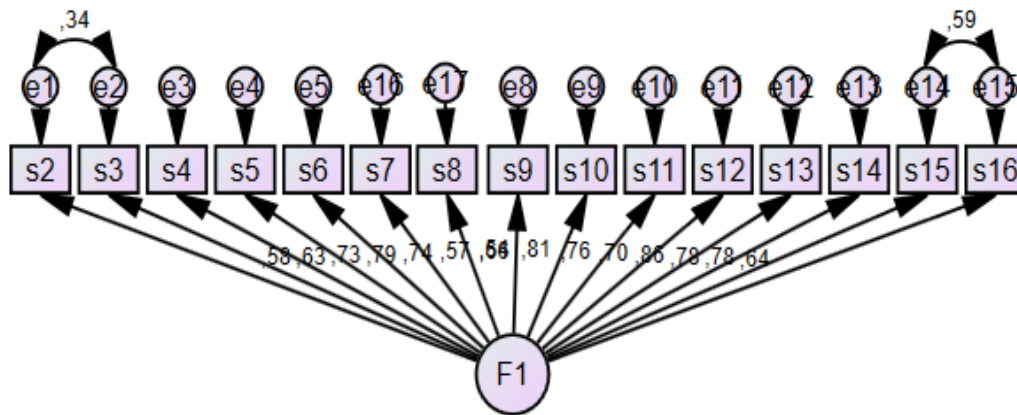
Madde faktör yüklerinin anlamlı olarak kabul edilebilmesi için gereken en düşük değerlerin tayini, bu çalışmalar için önemli bir noktadır. Hair vd. (2014) çalışmalarında, madde faktör yük değerleri için minimum düzey olarak 0,30-0,40 aralığını işaret ederken 0,50 ve üzerini sağlayan değerlerin yüksek düzeyde uyuma işaret ettiğini belirtmiştir. Bu değerlerin örneklemdaki gözlem sayısı ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği de ifade edilmektedir. 100-200 arası katılımcılı bir uygulamada faktör yükü için 0,50 değerinin asgari olarak kabul edilmesinin daha güvenilir sonuçlar vereceği aktarılmaktadır. Dolayısıyla mevcut çalışmada, önermelerin model içerisindeki kabulü için alt sınır olarak 0,50 değeri göz önünde bulundurulmuştur.

Tablo 2. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonucu Faktör Yükleri

Önermeler	İlk Analiz Faktör Yükü	İkinci Analiz Faktör Yükü	Özdeğer	Açıklanan Varyans
S13	,845	,851		
S15	,826	,825		
S10	,811	,814		
S14	,793	,794		
S5	,789	,791		
S11	,768	,774		
S6	,747	,744		
S4	,728	,737	8,591	52,709
S16	,711	,710		
S9	,706	,706		
S12	,686	,691		
S3	,669	,667		
S2	,641	,638		
S7	,636	,631		
S8	,603	,600		
S17	,577	,570		
S1	,418	Dışlandı		

Tablo 2’de aktarılmış olan sonuçlarda görülebileceği üzere, ilk faktör analizi uygulamasında S1 kodlu gözlenen değişkenin faktör yükünün 0,50’den düşük olduğu görülmüş ve bu sebeple ilgili önerme modelden dışlanmıştır. Sonrasında tekrar yapılan ikinci analizde, tüm önermelerin faktör yüklerinin 0,50’den yüksek kalmaya devam ettiği tespit edilmiş ve mevcut haliyle DFA’ya tabii tutulabileceği görülmüştür.

DFA sonucunda elde edilen bulgular, S17 kodlu gözlenen değişkenin faktör yükünün düşük olduğunu ve modelle iyi bir uyuma sahip olmadığını göstermiştir. Dolayısıyla bu aşamada bu değişken modelden dışlanmıştır. Nihai modeli oluşturan tüm gözlenen değişkenlerin faktör yüklerinin 0,50’nin üzerinde olduğu görülmüştür. Sistem tarafından önerilen iki adet modifikasyon doğrultusunda, S2-S3 ve S15-S16 değişkenlerinin hata varyansları arasında kovaryans kurulmuş ve ölçüm modeli Şekil 2’deki nihai haliyle kabul edilmiştir.



Şekil 2. Nihai Ölçüm Modeli

Modele dair faktör yükleri, iç tutarlılık (Cronbach'ın alfası) değeri, kompozit güvenilirlik değeri (CR) ve açıklanan ortalama varyans (AVE) değeri ve modelin uyum indeksleri Tablo 3'te sunulmuştur. Ölçüm modelinin iç tutarlılık oranının “güvenilir” olarak kabul edilen 0,70 değerinden yüksek olduğu, CR değerinin kabul edilebilir sınır olan 0,70'ten yüksek olduğu ve AVE değerinin de yine sınır değer olan 0,50'den yüksek olduğu görülmüştür. Uyum indeks değerlerinin Harrington (2008) ve Kline (2011)'in çalışmalarında aktarıldığı gibi kabul edilebilir değer aralığında oldukları görülmüştür.

Tablo 3. DFA Sonuçları

Önergeler	Standardize Faktör Yüğü	Cronbach'ın alfası	AVE	CR
S2 Yöneticim genellikle sahada pek görünmez.	,581			
S3 Yöneticim yalnızca bir problem olduğunda ya da bir “suçlu” arandığında sahaya iner.	,631			
S4 Yöneticim bir sorun olduğunda sorunun çözümü yerine ortalığı ateşe vermeye (ortalığı karıştırmaya) odaklanır.	,727			
S5 Yöneticim sahaya inmek durumunda kaldığında tek yönlü bir iletişim benimseyerek itiraz ya da önerileri dikkate almadan ayrılır.	,795			
S6 Yöneticim emirlerinin sorgulanmasını istemez.	,736			
S7 Yöneticim astlarından ayrı yemek yer	,573			
S8 Astların çoğu yöneticiyle karşılaşsa bile karşısındakinin kim olduğunu anlayamaz (yöneticisini tanımaz).	,545			
S9 Yöneticim astlarına güvenmez.	,664	0,938	0,51	0,93
S10 Yöneticimin eleştirileri genellikle yapıcı olmaktan uzaktır.	,808			
S11 Yöneticim astlarına sesini yükseltir, hatalarını yüzlerine vurur.	,761			
S12 Yöneticim sahaya gelip gittikten sonra (yanımdan ayrıldıktan sonra) kendimi kötü hissedirim.	,698			
S13 Yöneticim genellikle tutarsız/çelişkili davranışlar sergiler.	,863			
S14 Yöneticim astlarının problemleriyle ilgilenmez.	,782			
S15 Yöneticilerin suçlamalarından korunmak için astlar kendilerini güvenceye alma ihtiyacı hisseder.	,777			
S16 Yöneticilerin suçlamalarından korunmak için astlar çeşitli bireysel yazılı dokümanlar oluştururlar.	,638			

Uyum İndeks Değerleri: X^2 /Serbestlik derecesi: 1,574; GFI: 0,869, AGFI:0,821 CFI:0,955, NFI:0,887, IFI, 0,955, RMSEA:0,068

Yapı geçerliliği koşullarını sağladığı görülen modelin, zamana göre güvenilirliği analiz etmek üzere ilk ve son test uygulaması gerçekleştirilmiştir. 60 kişiden oluşan bir katılımcı grupta 21 gün arayla iki uygulama gerçekleştirilmiş ve toplam puanlar üzerinden uygulamalar arasındaki Pearson korelasyon katsayısı incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 4'te gösterildiği gibidir.

Tablo 4. İlk Test-Son Test Korelasyon Analizi Sonuçları

İlk Test	Son Test
Pearson katsayısı (r)	p
0,951	0,000

Tablo sonuçlarında görüldüğü üzere, aynı katılımcıların belirli bir arayla yaptıkları değerlendirmeler arasında yüksek düzeyde korelasyon olduğu, dolayısıyla ölçeğin zamana göre geçerlilik kriterini sağladığı görülmektedir.

4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Yönetim yaklaşımları, literatürde uzun yıllardır tartışıl原因 bir konudur. İş hayatında ve kişilerarası ilişkilerde meydana gelen değişimler, üretim ve pazar yapılarındaki değişimin getirdikleri, yeni yönetim ve liderlik tarzlarını ortaya çıkarmaktadır. İşletmelerde yöneticilerin yönetim tarzlarının belirlenebilmesi, yöneticilerle veya liderlerle çalışanlar arasındaki ilişkilerin irdelenebilmesi ve bu yönetim tarzlarının işletmeler üzerindeki etkilerinin analiz edilebilmesi, işletme başarısı için önemli hususlardır (Zubarov vd. 2017; Hoxha ve Hoti, 2019; Ciric Lalic vd.

2022). Yönetim tarzlarına yönelik tasarlanmış olan ölçekler, işletmelere ve karar vericilere bu gibi alanlarda güvenilir ve önemli veri sağlayabilmektedir. Mevcut çalışma bu bakış açısıyla, literatürde kavramsal olarak yer alan ama sistematik ölçümü üzerine bir metodolojinin mevcut olmadığı güncel olgulardan biri olan martı yönetim tipini odağına almıştır. Bu odak çerçevesinde hazırlanmış olan önermeler, bir problemin veya sorunun işletme geneline yayılmasına kadar kendi kapalı ortamında duran, böyle bir problem anında sahaya inen ve problemi çözmek yerine suçlu arayan veya olumsuz davranışları ile problemin büyümesine sebep olan bir yöneticilik tarzını (Cooke, 2006; Bradberry, 2016) ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçek geliştirme metodolojisine uygun olarak ilerletilen süreç boyunca, hazırlanan önermelerin tek bir örtük değişken altında yer alarak, yapı geçerliliği, iç tutarlılık ve zamana göre güvenilirlik özelliklerini taşıdığı tespit edilmiştir.

Yeterli ve istatistiksel olarak anlamlı bir faktör yükü düzeyiyle model içerisinde iyi uyum gösterdiği tespit edilen önermelerin, literatürde martı tarzı yönetim üzerinde yer alan sınırlı sayıdaki geçmiş çalışmalarda aktarılan hususları önemli bir düzeyde kapsadığı görülmektedir. Cooke (2006) tarafından yapılan çalışmada, özellikle bu tipte bir yönetim yaklaşımı sergileyen yöneticilerin tipik özellikleri arasında, “bir problem olduğunda gelen” ve “bir suçlu bulan” nitelikleri yer almaktadır. Çalışmanın, “S2: Yöneticim genellikle sahada pek görünmez”, “S3: Yöneticim yalnızca bir problem olduğunda ya da bir “suçlu” arandığında sahaya iner”, S4: Yöneticim bir sorun olduğunda sorunun çözümü yerine ortalığı ateşe vermeye (ortalığı karıştırmaya) odaklanır” ve “S11: Yöneticim astlarına sesini yükseltir, hatalarını yüzlerine vurur” önermeleri bu nitelikleri hedeflemektedir. Bu doğrultuda, “S12: Yöneticim sahaya gelip gittikten sonra (yanımdan ayrıldıktan sonra) kendimi kötü hissederim”, “S15: Yöneticilerin suçlamalarından korunmak için astlar kendilerini güvenceye alma ihtiyacı hisseder” ve “S16: Yöneticilerin suçlamalarından korunmak için astlar çeşitli bireysel yazılı dokümanlar oluştururlar” önermeleri ise, yöneticilerin bu tip davranışlarının çalışanlar üzerindeki etkilerini göstermek adına modelde yer almaktadır. Benzer şekilde Bradberry (2016)’nin çalışmasında aktarıldığı gibi tek yönlü bir iletişimin bu yaklaşımın önemli bir özelliği olması, “S5: Yöneticim sahaya inmek durumunda kaldığında tek yönlü bir iletişim benimseyerek itiraz ya da önerileri dikkate almadan ayrılır”, “S6: Yöneticim emirlerinin sorgulanmasını istemez” önermeleri ile model içerisinde kendine yer bulmuştur. Furnham (2010)’ın ve Blanchard (2018)’in çalışmalarında belirttikleri üzere, bu tarz yöneticiler kendi çıkarımlarının ve kararlarının tartışmasız doğru olduğu kanısında olmalarının yanı sıra, bazı durumlarda çelişkiler de gösterebilmektedir. “S13: Yöneticim genellikle tutarsız/çelişkili davranışlar sergiler” önermesi, ilgili çalışmadaki hususlarla benzerlik göstermektedir. Bunlara ek olarak, bu tipteki yöneticiler ile çalışanlar arasındaki sosyal ve işle ilgili iletişimin düzeyini irdelemek adına da bazı önermeler modele eklenmiş ve bu önermelerin uyum düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Bunlar arasında; “S7: Yöneticim astlarından ayrı yemek yer”, “S8: Astların çoğu yöneticiyle karşılaşsa bile karşısındakinin kim olduğunu anlayamaz (yöneticisini tanımaz)”, “S9: Yöneticim astlarına güvenmez” ve “S14: Yöneticim astlarının problemleriyle ilgilenmez” önermeleri yer almaktadır.

Aktarılan tüm hususlar bütüncül olarak değerlendirildiği zaman, tasarlanmış olan “Martı Tarzı Yönetici Algısı” ölçeğinin, işletme yönetimi alanındaki araştırmalarda ve sektörel uygulamalarda kullanılabilecek bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir. Geliştirilen aracın alanyazını bakımından en büyük katkısı, yönetim yaklaşımlarını olumsuz uygulamalar çerçevesinden ele alarak; liderlik, çalışan motivasyonu, işe adanmışlık, örgüt kültürü gibi değişkenlerin açıklanmasında etki edebilecek yeni olgular sunuyor olmasıdır. Pratik anlamdaki önemli katkılarının biri, işletme sahiplerinin, paydaşlarının ve yöneticilerinin; süreçlerin etkinliğinin en önemli belirleyicisi olan insan kaynağı ile yöneticileri arasındaki iletişimi ve ilişkiyi daha yakından anlamalarına yardımcı olabilecek nitelikte olmasıdır. Ölçeğin sağlık sektörü gibi özellikli bir alanda ve sağlık çalışanları örnekleminde geliştirilmiş olması da pratik önemini artırmaktadır. Zira sağlık kurumları idari ve mali hizmetler ile tıbbi hizmetlerin bir arada yürütüldüğü, emek-yoğun olan, çok farklı disiplinlerden ve arka planlardan çalışan ve yönetici kesimlerinin bir arada bulunduğu kurumlardır. Burada farkında olsa da olmasa da martı tarzı yönetici özellikleri gösteren bireyler bulunabilir. Bu yöneticiler insan kaynakları üzerinde hem bireysel hem de örgütsel düzeyde önemli olumsuzluklar doğurabilir. Bu nedenle, geliştirilen ölçek sağlık kurumlarında martı tarzı yönetim algısının ölçülmesi ve diğer değişkenler ile ilişkisinin incelenmesini olanaklı kılmaktadır ve bu anlamda literatürde önemli bir referans noktası olacağı değerlendirilmektedir. Bunların yanı sıra çalışmanın bazı kısıtları da bulunmaktadır. Alanyazının sınırlı olması, martı yönetim tipinin bazı diğer özelliklerinin modelde yer almamasına sebep olmuş olabilir. Araştırma özellikle mekan ve finansal kısıtlar sebebiyle geniş bir katılımı ve farklı sektörleri içerecek bir şekilde yürütülebilmiştir. Gelecek çalışmaların sektörel karşılaştırmaları gözeterek yürütülebileceği düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazarın araştırmaya katkı oranı %60, ikinci yazarın araştırmaya katkı oranı ise %40'tır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Araştırmada herhangi bir kişi ya da kurum ile finansal ya da kişisel yönden bağlantı bulunmamaktadır. Katılımcılara teşekkür ederiz.

Çatışma Beyanı: Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Akduru, H. E., ve Arslantaş, C. (2021). Mantar yönetim yaklaşımının örgüte karşı sapkın davranışlara etkisi üzerine sektörlerarası bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 9(2), 67–84.
- Aydın, H. (2023). *Mantar yönetimi yaklaşımının sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm düzeyine etkisi* [Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Birincioğlu, N., ve Tekin, E. (2018). Mantar Yönetim Ölçeği geliştirilmesi üzerine bir çalışma. *Business and Economics Research Journal*, 9(1), 169–185. <https://doi.org/10.20409/berj.2018.98>
- Blanchard, K. (2018). *Leading at a higher level: Blanchard on leadership and creating high performing organizations*. FT Press.
- Blanchard, K., and Peale, N. V. (2011). *The power of ethical management*. Random House eBooks.
- Blanchard, K., Zigarmi, P., and Zigarmi, D. (1985). *Leadership and the One Minute Manager*. William Morrow.
- Bradberry, T. (2009). The cost of seagull management. *Industrial and Commercial Training*, 41(3), 139–141. <https://doi.org/10.1108/00197850910950925>
- Bradberry, T. (2016, May 4). Are you a seagull manager? *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/travisbradberry/2016/05/04/how-seagull-managers-make-everyone-miserable/>
- Bruce, M., and McCormick, B. A. (2008). *What's responsible for business success or failure? It's the organization's culture!*. Human Resource Development Press.
- Ciric Lalic, D., Lalic, B., Deliç, M., Gracanin, D., and Stefanovic, D. (2022). How project management approach impact project success? From traditional to agile. *International Journal of Managing Projects in Business*, 15(3), 494–521. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-04-2021-0108>
- Cooke, H. (2006). Seagull management and the control of nursing work. *Work, Employment and Society*, 20(2), 223–243. <https://doi.org/10.1177/0950017006064112>
- Culpan, R. (1987). Leadership styles and human resource management: A content analysis of popular management writings. *Journal of European Industrial Training*, 11(8), 11–16. <https://doi.org/10.1108/eb002237>
- Çetintürk, İ. (2017). Turizm işletmelerinde sürdürülebilir rekabet üstünlüğü kaynağı olarak stratejik insan kaynakları yönetimi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 12(45), 60–75.
- Demirbilek, M., and Çetin, M. (2021). Sustainable management behaviors scale development study. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 180–209.
- Esen, Ü. B., Yıldırım, Ş. S., and Esen, F. S. (2025). Mikro yönetim: Bir ölçek uyarlama çalışması. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(1), 51–71. <https://doi.org/10.53443/anadoluibfd.1398983>
- Furnham, A. (2010). *The myths of management: Forty fables from the world of management*. John Wiley & Sons.
- Gavya, V., and Subashini, R. (2024). The role of leadership styles in fostering organizational commitment among nurses. *Sage Open*, 14(2), <https://doi.org/10.1177/21582440241242531>
- Gilbertson, T. F. (1999). Leadership and teams in the marketing environment. *Journal of Professional Services Marketing*, 19(1), 61–71. https://doi.org/10.1300/J090v19n01_05
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., and Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.
- Harrington, D. (2008). *Confirmatory factor analysis*. Oxford University Press.
- Hoxha, R., and Hoti, H. (2019). Impact of gender, age and management style on the success of family business in Kosovo. *European Journal of Sustainable Development*, 8(5), 153–153. <https://doi.org/10.14207/ejsd.2019.v8n5p153>
- Hunt, C. M. (1995). What is the best management style? *Journal of Ministry Marketing & Management*, 1(1), 37–47. https://doi.org/10.1300/J093v01n01_04
- İleri, Y. Y., ve Soylu, Y. (2010). Bir rekabet üstünlüğü aracı olarak çeviklik kavramı ve örgüt yapısına olası etkileri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 13(1–2), 13–28.
- Khandwalla, P. N. (1976). The design of effective top management style. *Vikalpa*, 1(2), 41–58.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Koçak, R. D., ve Boyalı, G. A. E. (2020). Sağlık çalışanlarında psikolojik sermaye, iş tatmini ve örgütsel sinizm ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(26), 136–153. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.623063>
- Koçel, T. (2011). *İşletme yöneticiliği* (13. baskı). Beta Yayınları.

- Limon, İ., and Dilekçi, Ü. (2021). Development and initial validation of Micromanagement Scale for School Principals. *Participatory Educational Research*, 8(1), 123–140. <https://doi.org/10.17275/per.21.7.8.1>
- Miloloža, I. (2018). Impact of leadership style to financial performance of enterprises. *Business Systems Research: International Journal of the Society for Advancing Innovation and Research in Economy*, 9(1), 93–106.
- Namiq, F. A. (2018). Most effective management style for modern workplace. *International Journal of Engineering and Management Sciences*, 3(3), 402–411. <https://doi.org/10.21791/IJEMS.2018.3.33>.
- Özgür, B. (2011). Yönetim tarzları ve etkileri. *Maliye Dergisi*, 161, 215–230.
- Özkan, T., Tokel, A., and Çakmak, K. (2017). Evaluation of contingency approach applications in school management. *Journal of Economic & Management Perspectives*, 11(1), 505–512.
- Prasad, B. (2001). What management style is considered best for a team-based organization and why? *International Journal of Value-Based Management*, 14(1), 59–77. <https://doi.org/10.1023/A:1007836622767>
- Rubin, E. N. (2013). Assessing your leadership style to achieve organizational objectives. *Global Business and Organizational Excellence*, 32(6), 55–66. <https://doi.org/10.1002/joe.21515>
- Shirazi, A., and Mortazavi, S. (2009). Effective management performance: A competency-based perspective. *International Review of Business Research Papers*, 5(1), 1–10.
- Smart, B. D. (1998). *Topgrading: How leading companies win by hiring, coaching, and keeping the best people*. Prentice Hall.
- Söyler, S. (2024). Toksik yönetici davranışları ve işyeri şiddetinin örgütsel sinizm ile ilişkisinin incelenmesi: Sağlık çalışanları üzerine kesitsel bir araştırma. *EKEV Akademi Dergisi*, 98, 223–235. <https://doi.org/10.17753/sosekev.1432598>
- Spiro, C. L. (2018). *From bench to boardroom: The R&D leader's guide*. Springer.
- Ulufer Kansoy, S. (2021). Modern yönetim teorileri. E. Kabakçı Günay (Ed.), *Sosyal bilimlerde güncel konulara teorik politik ve ampirik yaklaşımlar içinde*. Efe Akademi Yayınevi.
- Üstüner, M. (2016). Algılanan müdür yönetim tarzı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 22(3), 429–457.
- Zubarov, V., Katić, I., Nešić, L. G., and Berber, N. (2017). The role of management teams in business success: Evidence from Serbia. *Engineering Economics*, 28(1), 68–78. <https://doi.org/10.5755/j01.ee.28.1.15132>

Ek 1. Martı Tarzı Yönetici Algısı Ölçeği*

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Yöneticim genellikle sahada pek görünmez.	1	2	3	4	5
2. Yöneticim yalnızca bir problem olduğunda ya da bir “suçlu” arandığında sahaya iner.	1	2	3	4	5
3. Yöneticim bir sorun olduğunda sorunun çözümü yerine ortalığı ateşe vermeye (ortalığı karıştırmaya) odaklanır.	1	2	3	4	5
4. Yöneticim sahaya inmek durumunda kaldığında tek yönlü bir iletişim benimseyerek itiraz ya da önerileri dikkate almadan ayrılır.	1	2	3	4	5
5. Yöneticim emirlerinin sorgulanmasını istemez.	1	2	3	4	5
6. Yöneticim astlarından ayrı yemek yer	1	2	3	4	5
7. Astların çoğu yöneticiyle karşılaşsa bile karşısındakinin kim olduğunu anlayamaz (yöneticisini tanımaz).	1	2	3	4	5
8. Yöneticim astlarına güvenmez.	1	2	3	4	5
9. Yöneticimin eleştirileri genellikle yapıcı olmaktan uzaktır.	1	2	3	4	5
10. Yöneticim astlarına sesini yükseltir, hatalarını yüzlerine vurur.	1	2	3	4	5
11. Yöneticim sahaya gelip gittikten sonra (yanımdan ayrıldıktan sonra) kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5
12. Yöneticim genellikle tutarsız/çelişkili davranışlar sergiler.	1	2	3	4	5
13. Yöneticim astlarının problemleriyle ilgilenmez.	1	2	3	4	5
14. Yöneticilerin suçlamalarından korunmak için astlar kendilerini güvenceye alma ihtiyacı hisseder.	1	2	3	4	5
15. Yöneticilerin suçlamalarından korunmak için astlar çeşitli bireysel yazılı dokümanlar oluştururlar.	1	2	3	4	5

*Martı Tarzı Yönetici Algısı Ölçeği'nin bilimsel araştırmalarda kullanılması için yazarlardan izin alınmasına gerek yoktur. Ölçek bilimsel ve etik kurallar çerçevesinde atıf verilerek kullanılabilir. Ölçek toplam puan üzerinden puanlanmaktadır. Bunun için 15 önermeye ait yanıtlar toplanmalı ve kategori sayısına bölünmelidir.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞ BİRLİĞİ ÜZERİNE BİLİMSEL EĞİLİMLER: BİBLİYOMETRİK AĞ ANALİZİ YAKLAŞIMI

SCIENTIFIC TRENDS ON PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE HEALTH SECTOR: A BIOMETRIC NETWORK ANALYSIS APPROACH

Dr. Öğr. Üyesi Emre YILMAZ¹

ÖZ

Bu çalışma, Web of Sciences veri tabanında yayımlanan, sağlık sektöründeki kamu-özel işbirliği araştırmalarını bibliyometrik yöntemlerle analiz ederek, bu alandaki araştırma eğilimlerini, en sık çalışılan konuları, kullanılan kavram ve anahtar sözcükleri, en sık yayın yapan ve atıf alan yazarları, dergileri, üniversiteleri ve ülkeleri, bilimsel iş birliği ağlarıyla ortaya koymayı amaçlamaktadır. Belirlenen anahtar kelimeler doğrultusunda yapılan literatür taramasına göre toplam 625 araştırma makalesi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada, R Studio programlama dilinde Bibliometrix paketi ve Biblioshiny araçları kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Bulgular, kamu-özel işbirliği araştırmalarının özellikle 2005 sonrası ivme kazandığını, 2016 yılında atıfların zirve yaptığını, ABD, İngiltere, Hindistan gibi ülkelerin, BMC Health Services Research, Health Policy gibi dergilerin ve London School of Hygiene & Tropical Medicine ve Stanford Üniversitesi'nin üretimde başı çektiğini, Türkiye'nin ise sınırlı ancak etkili katkılar sunduğunu göstermektedir. Tematik analizde bakım, yönetim, sağlık hizmetleri ve performans gibi kavramların öne çıktığı görülmüştür. Anahtar kelime trendlerinde yönetim, karar verme, sistem, çerçeve, iletişim ve dijitalleşme gibi kavramlara olan ilginin arttığını ortaya koymaktadır. Bu çalışma, sağlık sektöründeki kamu-özel işbirliği alanında literatürün mevcut durumunu haritalayarak gelecek araştırmalar için stratejik yönelimler sunmakta ve çok disiplinli, uluslararası işbirlikçi yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Yönetimi, Kamu-Özel İşbirliği, Bibliyometrik Analiz

JEL Sınıflandırma Kodları: I1, I18, H54, C80

ABSTRACT

This study aims to map the current state of research on public-private partnerships (PPPs) in the health sector by conducting a bibliometric analysis of studies indexed in the Web of Science database. The analysis explores research trends, frequently studied topics, key concepts and keywords, most prolific and highly cited authors, journals, universities, and countries, as well as patterns of scientific collaboration. Based on a literature search conducted using predefined keywords, a total of 625 research articles were included in the study. The analyses were carried out using the Bibliometrix package and Biblioshiny interface within the R Studio environment. The findings indicate that research on PPPs gained momentum particularly after 2005, with citation activity peaking in 2016. USA, UK, and India emerged as leading contributors, along with journals such as BMC Health Services Research and Health Policy, and institutions like the London School of Hygiene & Tropical Medicine and Stanford University. Although Turkey's contribution appears limited, it is nonetheless impactful. Thematic analysis revealed that concepts such as care, management, health services, and performance are prominent. Trends in keyword usage show a growing interest in governance, decision-making, systems, frameworks, communication, and digitalization. This study provides a comprehensive overview of the literature on PPPs in the health sector, offering strategic directions for future research and highlighting the importance of multidisciplinary and international collaborative approaches.

Keywords: Health, Health Management, Public Private Partnerships, Bibliometric Analysis

JEL Classification Codes: I1, I18, H54, C80

¹ İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, emreyilmaz@medipol.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Public-Private Partnerships (PPPs) in the health sector encompass collaborative structures where public and private institutions join forces to improve the delivery of health services, increase the health of individuals, and address complex health-related issues. PPPs, which provide a sharing of responsibilities and resources between government and private sector actors, create an environment that encourages innovation and efficiency in the health sector. The main motivation behind the establishment of PPPs in the health sector is the widespread recognition that today's multidimensional health problems cannot be solved by a single institution or sector. The coming together of the public and private sectors can yield beneficial results, especially for populations with limited access to health services. The global health environment is constantly changing in light of new and recurring threats. Research in the field of PPPs contributes to the development of new frameworks to address governance issues in the health sector, increasing its overall effectiveness and sustainability. In-depth analysis of these collaborative efforts will inform policymakers and support the development of strategies to improve global health outcomes. At this point, the bibliometric analysis method emerges as an effective tool to systematically evaluate the academic literature in the field of PPP in the health sector. This study aims to analyze the public-private partnership research in the health sector published in the Web of Sciences (WoS) database with bibliometric methods and to reveal the research trends in this field, the most frequently studied topics, the concepts and keywords used, the most frequently published authors, journals, universities and countries, and scientific collaboration networks.

Design/methodology/approach:

In the study, research articles on public-private partnerships in the health sector in the WoS database were examined. A search was conducted on WoS within the scope of certain keywords and a total of 625 articles that met the appropriate criteria were included in the study. In the analyses, the Bibliometrix package and Biblioshiny tools were used in the R Studio programming language, which provides an open access and high-quality interface in terms of visualization. The Biblioshiny module allows in-depth analysis of data sets such as data visualization, data mapping, tabulation, and detailed analysis of citations. The scanning and data downloading process was completed on May 05, 2025.

Findings:

The oldest of the 625 articles is from 1989, and the newest is from 2025. The average age of the articles is 7.78 years, the annual growth rate is 9.23%, and the average number of citations per article is 17.07. The most frequently published journals include BMC Health Services Research, Health Policy, Health Affairs, and International Journal of Health Planning and Management. The most cited journals are The Lancet, Social Science & Medicine, and Arthritis Care & Research, respectively. In terms of productivity, the universities with the most publications are the London School of Hygiene & Tropical Medicine (29 publications) and Stanford University (25 publications). While the USA (136 articles), India (54), England (52), the Netherlands (38), and China (33) stand out among the countries; Turkey constitutes 1% of the total production with 6 articles, but draws attention with an average of 39.7 citations per article. According to keyword analysis, "care", "management", "healthcare", "performance" and "impact" are among the most frequently used concepts. In the trend analysis by year, it has been seen that concepts such as "framework", "communication", "decision-making", "delivery" and "identification" have been on the rise in the recent period.

Conclusion and Discussion:

The analyses revealed that publications on public-private partnerships are distributed among different universities and countries, but production is concentrated around a few countries. Key words such as "care", "management", "healthcare", "performance" and "impact" are prominent in the PPP literature, indicating that concepts such as service delivery, quality management and effectiveness of health systems are at the center. In the thematic analysis classification, it was determined that PPP research progresses in a wide spectrum, but there are still gaps, especially in niche themes such as "biotechnology", "ICT-based screening" and "palliative care". In addition, the fact that the international co-authorship rate remained at 33.76% indicates that multi-center and multi-disciplinary research teams are not widespread enough. This indicates that scientific production in multi-actor collaboration models such as PPP should be similarly pluralistic. In terms of future research, it is of great importance to conduct studies that are sensitive to local contexts, multi-disciplinary, collaborative and especially focus on vacant thematic areas. This approach will provide strategic contributions in terms of both scientific and applied policy making.

1. GİRİŞ

Sağlık sektöründe Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ), kamu ve özel kuruluşlarının sağlık hizmet sunumunu geliştirmek, bireylerin sağlık düzeyini artırmak ve sağlık hizmetleriyle ilgili karmaşık sorunları ele almak amacıyla güçlerini birleştirdiği işbirlikçi yapıları kapsamaktadır. Devlet ile özel sektör aktörleri arasında sorumluluk ve kaynak paylaşımını sağlayan KÖİ'ler, sağlık sektöründe yenilikçiliği ve verimliliği teşvik eden bir ortam yaratmaktadır. (Katz vd., 2018). Alanyazına bakıldığında çeşitli araştırmalar ve raporlar, KÖİ'lerin faydalarını vurgulamakta; halk sağlığı ihtiyaçlarının karşılanmasında bu işbirliklerinin çok yönlü yapısına dikkat çekmektedir. AIDS, tüberküloz ve sıtma gibi hastalıklarla mücadelede küresel fonların oluşturulması, kaynakların bir araya getirilmesi ve uzmanlık bilgi ve deneyim paylaşımı sayesinde etkili çözümler geliştirilmektedir (Suárez-Herrera vd., 2024). Ayrıca, özel sektörün sağlık hizmet sunumunda sağlık sistemlerine entegre edilmesinin, özellikle kaynak yetersizliği yaşanan bölgelerde hizmet sunumunun etkinliğini artırdığı da vurgulanmaktadır (Ooms vd., 2022; Ebulue vd., 2024). Bu tür çalışmalar, işbirliğine dayalı yönetişimin sağlık hizmetlerinde inovasyonu nasıl teşvik edebileceğini ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığını nasıl artırabileceğini anlamayı da kolaylaştırmaktadır (Dsouza vd., 2024). Sağlık sektöründe KÖİ'nin önemi, özellikle COVID-19 salgını gibi küresel sağlık krizleri döneminde artış göstermiştir. COVID-19 salgını, küresel sağlık sistemlerinin kırılgan yönlerini gözler önüne sermiş ve çok sektörlü, kolektif müdahalelere duyulan ihtiyacı açık bir biçimde ortaya koymuştur (Siqueira vd., 2022). Türkiye özelinde yapılan araştırmalar, sağlık sistemlerinin krizlere karşı dayanıklılığını artırmada liderlik ve örgütsel esnekliğin önemine dikkat çekmektedir (Kocaman vd., 2024; Terlemez vd., 2024). Bu tür durumlarda, her iki sektörden sağlanan kaynaklar, uzmanlık ve yenilikçi çözümlerden faydalanmayı amaçlayan entegre yaklaşımlar çok daha anlamlı hale gelmektedir.

Sağlık sektöründe KÖİ'lerin oluşturulmasının ardındaki temel motivasyon, günümüzün çok boyutlu sağlık sorunlarının tek bir kurum ya da sektör tarafından çözülemeyeceği yönündeki yaygın kabuldür. Kamu ve özel sektörün bir araya gelmesi, özellikle sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu nüfuslar açısından faydalı sonuçlar doğurabilmektedir (Sanders vd., 2014). Bu işbirliği modeli, sivil toplum kuruluşları (STK'lar) ve diğer paydaşların da sürece dâhil edilmesiyle daha geniş koalisyonların kurulmasına olanak tanımakta, bu sayede sağlık çıktılarının iyileştirilmesi amaçlanmaktadır (Storeng ve Puyvallée, 2018; Mahat vd., 2018). KÖİ'nin etkinliğinin değerlendirilmesi; iyi uygulamaların belirlenmesi, politika yapıcılarının bilgilendirilmesi ve hem finansmanda hem de hizmet sunumunda hakkaniyete dayalı sağlık sisteminin kurulması açısından kritik bir önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar, kamu-özel işbirliğinin temel sağlık hizmetlerine erişimi anlamlı düzeyde artırdığını ve tüberküloz kontrolü ile anne sağlığı gibi alanlarda kayda değer başarılar sağladığını göstermektedir (Arini vd., 2021; Baxter ve Casady, 2020). KÖİ modellerinde, kamu yararı ile özel sektör çıkarları arasında dikkatli bir denge kurulmasını gerekmektedir. Özel sektörün kâr odaklı yapısı kamu sağlığı hedefleriyle örtüşmediğinde hizmet sunumunda ya da erişimde eşitsizlikler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, KÖİ düzenlemelerinde paydaşların algı ve deneyimlerinin analiz edilmesi, güç dinamiklerinin belirlenmesi ve ortaklıkların tüm paydaşlar için adil ve faydalı olmasını sağlamak açısından önemlidir (Dove vd., 2024; Nuhu vd., 2020). Nitekim bu süreçte iletişim kanallarının açık olması, etkili yönetimle birlikte paydaşlarla ilişkilerin güçlendirilmesi ve ölçülebilir performans kriterlerinin oluşturulması, şeffaflık ve hesap verebilirliğin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır (Weel vd., 2017; Callens vd., 2024). KÖİ alanındaki araştırmalar sağlık sektöründeki yönetim sorunlarını çözmeye yönelik yeni çerçevelerin geliştirilmesine katkı sağlayarak genel etkinliğini ve sürdürülebilirliği artırmaktadır (Wu vd., 2022; Komedi vd., 2019). KÖİ'lerde özel sektörün dinamizmi ile desteklenen, modern ve yüksek teknolojinin yarattığı inovatif girişimlerin sağlık çıktıları üzerindeki etkisi de ayrıca ön plana çıkmaktadır. Özellikle yapay zekâ, büyük veri analitiği ve dijital sağlık çözümleri gibi araçlar sayesinde kaynak tahsisi optimize edilmekte, hizmet erişimi artırılmakta ve hizmet bakım kalitesi geliştirilmektedir (Jiménez-Buñuales vd., 2024; Ballantyne ve Stewart, 2019; Nozaki vd., 2021). Kamunun çekirdek hizmet olarak sınıflandırılan sağlık hizmeti dışındaki hizmet kalemlerinin sunumunu özel sektöre devretmesi ve böylelikle özel teknoloji şirketleri ile yapılan iş birlikleri, mevcut sağlık altyapılarındaki eksiklikleri gidermek adına etkili çözümler sunmaktadır (Gross ve Geiger, 2023; Lee vd., 2021).

Küresel sağlık ortamı, yeni ve tekrar eden tehditler ışığında sürekli olarak değişmektedir. Bu bağlamda, kamu-özel iş birliklerine yönelik araştırmaların sürdürülmesi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmak açısından elzemdir (Kuteesa vd., 2024; Siqueira vd., 2022). Bu işbirlikçi çabaların derinlemesine analizi, politika yapıcılarını bilgilendirerek, küresel sağlık sonuçlarını iyileştirecek stratejilerin oluşturulmasını destekleyecektir. Bu noktada, bibliyometrik analiz yöntemi, sağlık sektöründe KÖİ alanındaki akademik literatürü sistematik biçimde değerlendirmek için etkili bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bibliyometrik analiz; araştırma eğilimleri,

bilimsel yayınların etkisi ve alan içindeki tematik bağlantılar gibi konularda yapısal ve nicel içgörüler sunar (Kokol vd., 2020; Yılmaz ve Tuzlukaya, 2023). Bu yöntem, literatürden elde edilen verilerin istatistiksel araçlarla analiz edilmesini, görselleştirilmesini ve zaman içindeki eğilimlerin ortaya konulmasını sağlar (Srivastava ve Srivastava, 2022). Genellikle atıf sayıları, yayın sıklıkları, yazar iş birlikleri ve coğrafi dağılım gibi metrikleri kapsayan bibliyometrik analizler, belirli bir alandaki entelektüel yapıyı anlamak açısından yol gösterici olmaktadır. Bu çalışmalar disiplinler arası alanların mevcut bilgi birikimini haritalamak, önde gelen yazarları, kurumları ve etkili yayınları tanımlamak açısından önemlidir (Kokol vd., 2020; Yılmaz ve Tuzlukaya, 2023). Ayrıca, KÖİ modellerine yönelik ilginin zamanla nasıl geliştiği, hangi küresel olayların bu ilgiyi tetiklediği ve araştırma faaliyetlerinin hangi tematik eksenlerde yoğunlaştığı gibi sorulara da yanıt verebilmektedir (Budiono vd., 2024). Bu bağlamda, analizin kullanıldığı çalışmalar ilgili alandaki politika yapıcılar, uygulayıcılar ve araştırmacılar için yönlendirici olarak stratejik bilgiler sunmakta ve gelecekteki araştırmalar için önemli boşlukları ortaya koymaktadır.

Bu çalışma Web of Sciences (WoS) veri tabanında yayımlanan sağlık sektöründeki kamu-özel işbirliği araştırmalarını bibliyometrik yöntemlerle analiz ederek, bu alandaki araştırma eğilimlerini, en sık çalışılan konuları, kullanılan kavram ve anahtar sözcükleri, en sık yayın yapan yazarları, dergileri, üniversiteleri ve ülkeleri, bilimsel iş birliği ağlarıyla ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2. MATERYAL VE YÖNTEM

Veri Toplama ve Arama Kriterleri

Çalışmada, sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği konusunda WoS veri tabanında yer alan araştırma makaleleri incelenmiştir. Bu veri tabanının seçilmesindeki temel sebep, WoS veri tabanında endekslenen araştırmalara uluslararası bilimsel çevrenin duyduğu itimat ve güvenilirlik düzeyidir. Nitekim WoS veri tabanı yayın etiği ve etki faktörü açısından nitelikli, izlenebilir ve güvenilir çalışmaları içermektedir. Belirli anahtar kelimeler kapsamında WoS üzerinden tarama gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan anahtar kelimeler, alan yazındaki yaygın kullanımlar ve konuya ilişkin temel kavramsallaştırmalar göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Bu süreçte hem literatür taraması hem de uzman görüşlerine dayalı bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırmada kullanılan anahtar kelimeler, ("public private partnership" OR "public private collaboration" OR "PPP" OR "private sector involvement") AND ("health" OR "healthcare" OR "health sector") olarak belirlenmiştir. Verinin sınırlandırılması, tür olarak "makale" ve konu kapsamı olarak "Management/Public Administration/Health Care Sciences Services/Health Policy Services/Economics/Social Sciences Interdisciplinary/Business Finance/Business/Political Science/Social Issues/Operations Research Management Science" filtreleri ile gerçekleştirilmiştir. Belirlenen anahtar kelimelere uygun olarak gerçekleştirilen tarama sonucunda, toplam 625 makale tespit edilmiş ve bu makaleler bibliyometrik analiz yöntemiyle kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Çalışma yalnızca açık erişimli, kamuya açık bibliyometrik verilere dayandığı ve kişisel veri içermediği için etik kurul onayı gerektirmemektedir.

Verilerin Analizi

Bibliyometri, bilimsel çalışmalardaki etkileşim ve diğer yayıncılık süreçlerini incelemek amacıyla matematiksel ve istatistiksel yöntemlerin uygulandığı analitik bir yaklaşımdır (Diodato ve Gellatly, 2013). Bu çalışmada, sağlık sektöründe kamu-özel iş birliğinin konu olduğu sağlık sistemi kapsamında ele alınan çalışmalar değerlendirilmiştir. Bu sayede alandaki etkin araştırmacılar, üniversiteler, etkileşim ağları ve dergiler belirlenmiştir. Ayrıca mevcut araştırma eğilimleri, tematik kümelenmeler ve araştırma trendleri sistematik bir şekilde ortaya çıkarılmıştır. Bibliyometrik analizlerin sağlık yönetimindeki kullanımı, literatür eğilimlerinin stratejik bir çerçevede anlaşılmasına ve karar destek süreçlerine entegrasyonuna katkı sağlamaktadır (Kocaman, 2022; Gedikli ve Kocaman, 2024). Tarama ve veri indirme süreci 05 Mayıs 2025'te sonlandırılmıştır. 625 makalenin metadatası indirilerek analizler gerçekleştirilmiştir. Analizlerde, açık erişimli ve görselleştirme açısından kaliteli bir arayüz sağlayan R Studio programlama dilinde Bibliometrix paketi ve Biblioshiny araçları ile analizler yapılmıştır. RStudio, yükselen bir trend olan açık kaynak kodlu yazılımların en bilinenleri arasındadır. Bibliyometrik datanın işlenmesi yoluyla literatürdeki değişimleri keşfetmede araştırmacılara kullanım ve analiz kolaylığı sunan bir program olduğu değerlendirilmektedir. Biblioshiny modülü, veri görselleştirme, veri haritalama, tablolaştırma, atıfların detaylı analizi gibi veri setlerinin derinlemesine analizine olanak sağlamaktadır (Aria ve Cuccurullo, 2017; Dirik, Erhan ve Eryılmaz, 2024).

Sınırlılıklar

Araştırma sadece WoS veri tabanının ana koleksiyonunda yer alan açık erişimli araştırma makaleleri ile sınırlandırılmıştır. Gelecek çalışmalar, daha farklı kapsamdaki veri tabanlarını ve detaylı içerik analizlerini içerecek şekilde genişletilebilir ve alana daha derinlemesine katkı sağlanabilir.

3. BULGULAR

Genel Bilgiler

Bu bölümde araştırmanın meta verisine ilişkin genel bulgulara yer verilmektedir. Tablo 1'e göre; ulaşılan 625 makalenin en eskisi 1989, en yenisi 2025 tarihli. Çalışmalar toplam 296 farklı dergiye yayımlanmıştır. Makalelerin ortalama yaşı 7,78 ve büyüme hızları yıllık olarak %9,23'tür. Her bir makale başına düşen ortalama atıf sayısı 17,07'dir. Tüm makaleler için kullanılan toplam referans sayısı 24.993'tür. Çalışmalardaki toplam yazar sayısı 2857'dir. Çalışma başına ortalama 4,87 yazar düşmektedir. 81 makale ise tek yazarlıdır. Çalışmalarda yazarlar tarafından kullanılan farklı anahtar sözcüklerin toplam sayısı 2141'dir. Yayıncılar tarafından belirlenen anahtar sözcükler toplamı ise 1360'dır (keywords plus). Uluslararası iş birliği ile üretilen eser oranı %33,76'dır.

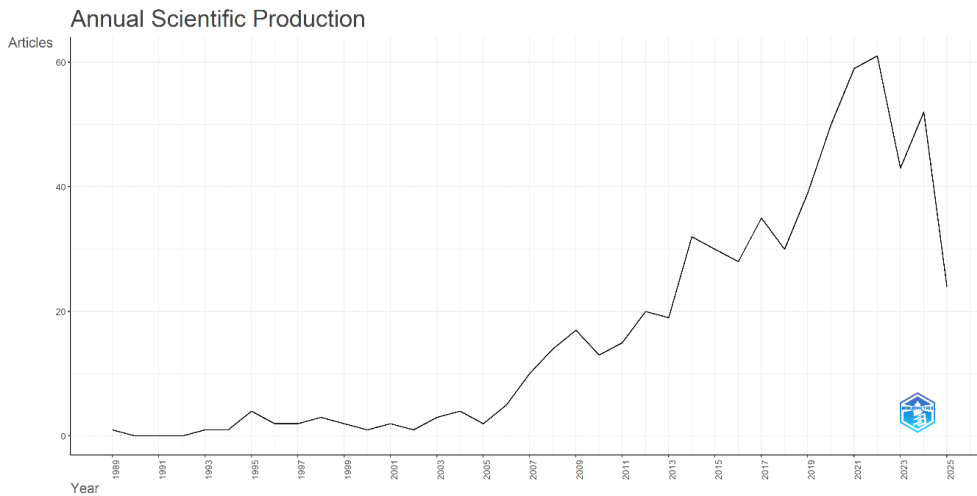
Tablo 1. Makalelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Zaman aralığı	1989:2025	Toplam yazar sayısı	2857
Kaynaklar (Dergiler)	296	Tek yazarlı makaleler	81
Makale sayısı	625	Dosya başına ortak yazar	4,87
Yıllık büyüme hızı %	%9,23	Uluslararası ortak yazarlık %	%33,76
Makale ortalama yaşı	7,78	Anahtar kelimeler (Keywords Plus)	1360
Doküman başına düşen atıf sayısı	17,07	Yazarların belirlediği anahtar kelimeler	2141
Toplam Referanslar	24993		

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Yıllara Göre Yayın Artış Eğilimi

Sağlık sektöründe kamu-özel iş birliği araştırmalarının yıllara göre dağılımlarına bakıldığında 2005 yılı itibarıyla pozitif yönlü ivme kazanarak arttığı ve 2023 yılına kadar bu artışın devam ettiği, 2023 yılında diğer yıllara görece yayın sayısının azalma eğilimine girdiği 2024'te ise tekrardan pozitif yönlü ivmelendiği görülmektedir (Şekil 1). 2025 yılı eğilimi makale yazım itibarıyla tüm yıl verisini yansıtmadığı için dikkate alınmamıştır.

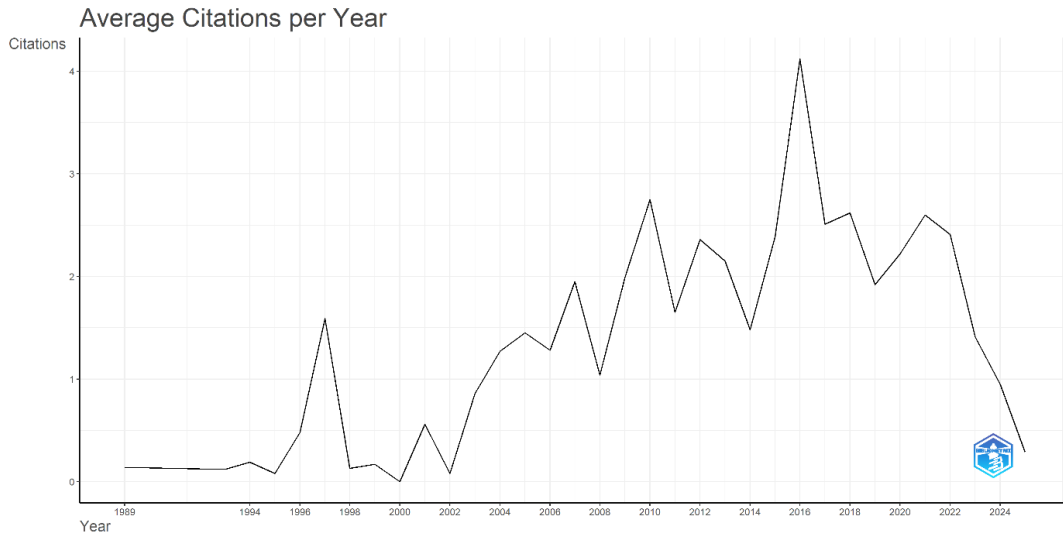


Şekil 1. Yıllara Göre Yayın Artış Eğilimi

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Yıllara Göre Atıf Artış Eğilimi

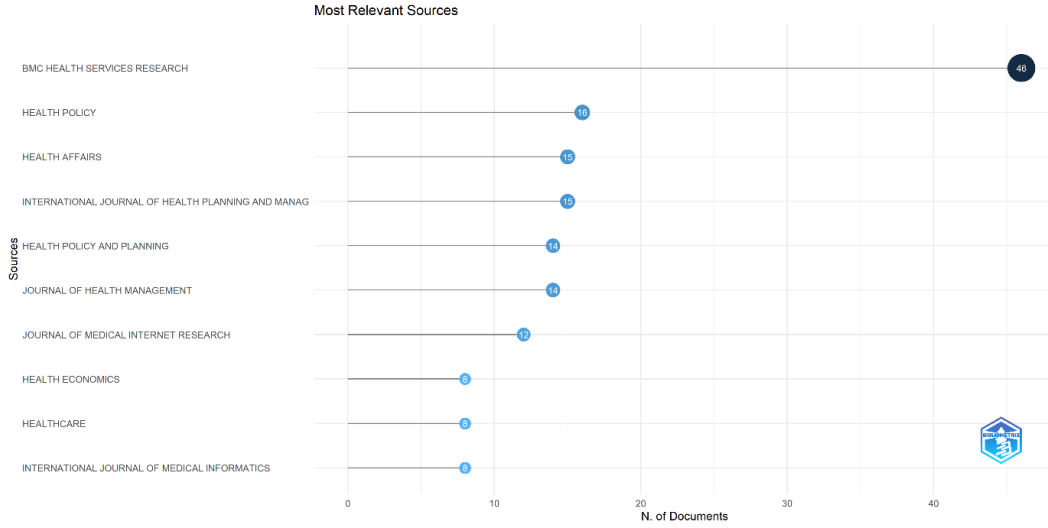
Şekil 2’de, araştırmaların aldığı atıf sayısının yıllar içerisindeki eğilimleri görülmektedir. Yayın sayısındaki artış eğilimine paralel biçimde, çalışmaların aldığı ortalama atıf sayıları da yıllar içerisinde artış eğilimi göstermektedir (Şekil 2). Çalışmalara yapılan atıfların 2016 yılında zirveye ulaştığı (yayın başına 4.1 atıf) belirlenmiştir. Belirli aralıklarda gerçekleşen sıçrama ve kırılmalara ayrıca dikkat edilmelidir. Sağlık sektöründeki kamu-özel iş birliği çalışmaları atıfların doğrusal olarak yükseliş eğilimi göstereceği binlerce kaynağın olduğu bir temele henüz sahip değildir. Nitekim bu durum alanla ilgili yapılacak gelecek çalışmaların da atıf alma potansiyelinin yüksekliğini ifade etmektedir.

**Şekil 2. Yıllara Göre Atıf Artış Eğilimi**

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

En Sık Yayın ve Atıf Yapılan Dergiler

Sağlık sektöründe kamu-özel iş birliği konusuyla ilgili en sık yayın yapılan ilk on dergi sırasıyla; BMC Health Services Research (46), Health Policy (16), Health Affairs (15), International Journal of Health Planning and Management (15), Health Policy and Planning (14), Journal of Health Management (14), Journal of Medical Internet Research (12), Health Economics (8), Healthcare (8) ve International Journal of Medical Informatics (8) şeklindedir (Şekil 3). Bu dergiler, gelecek çalışmalar açısından potansiyel yayın platformları olarak değerlendirilebilir.



Şekil 3. En Sık Yayın Yapılan Dergiler

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Ayrıca analiz dahilindeki tüm kaynaklar kendi içerisinde değerlendirildiğinde en çok atıfta bulunulan ilk 10 dergi Tablo 2’de ifade edilmektedir.

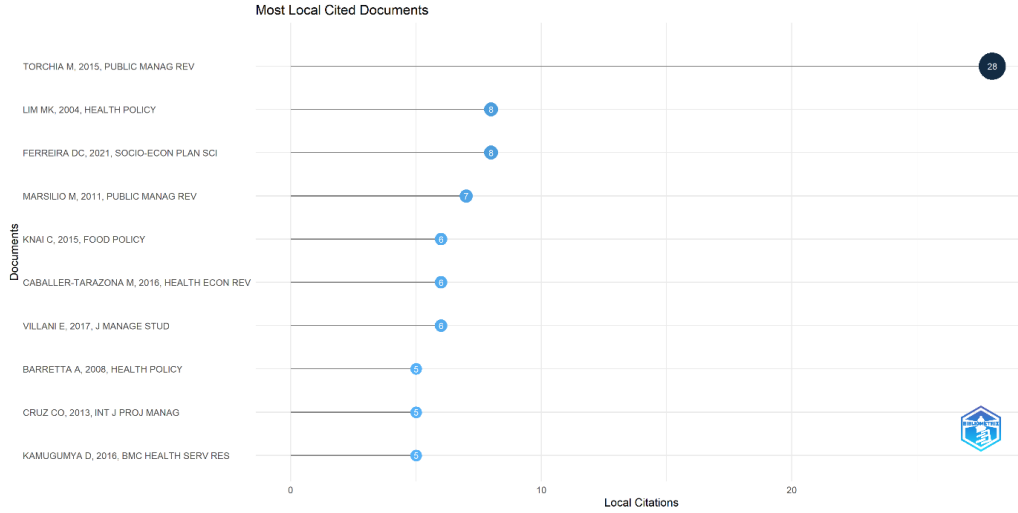
Tablo 2. Makalelerine En Çok Atıf Yapılan Dergiler

No	Dergi	Atıf yapılan makaleler
1	The Lancet	318
2	Social Science & Medicine	218
3	Arthritis Care & Research	214
4	Health Affairs	191
5	BMC Health Services Research	174
6	Health Policy	166
7	Health Policy and Planning	159
8	Bulletin of the World Health Organization	152
9	Public Administration Review	151
10	PLOS One	150

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

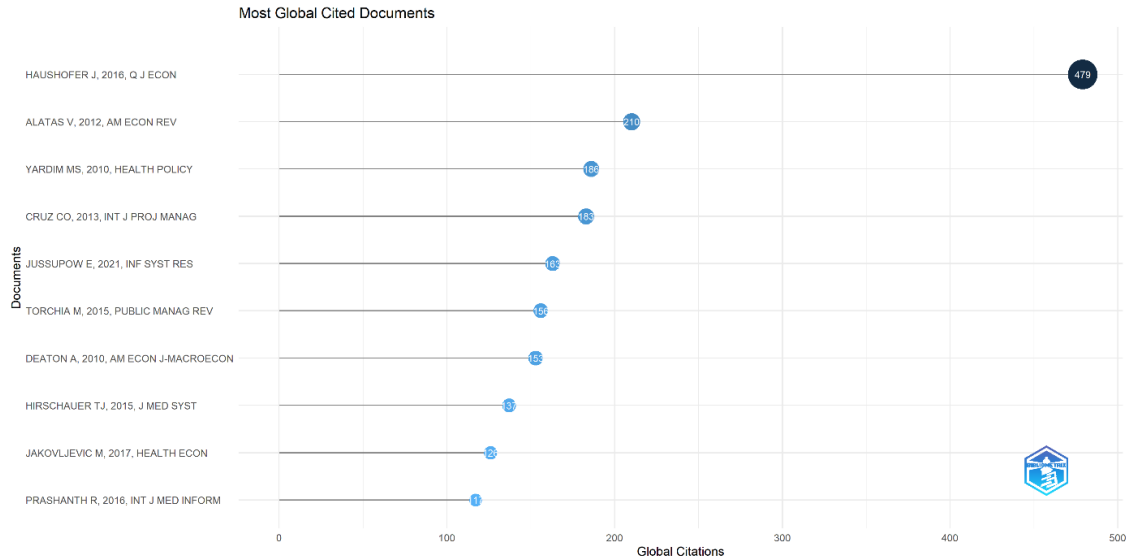
En Çok Atıf Alan Makaleler

Analize dahil edilen çalışmalar kendi içerisinde değerlendirildiğinde, en çok atıf alan eserler (Şekil 4) ile küresel ölçekte en çok atıf alan eserlere (Şekil 5) dair bulgulara yer verilmektedir. 625 makale arasından en fazla atıf alan çalışmaların sağlık sektöründe kamu-özel iş birliği alanı açısından temel ve önemli çalışmalar olduğu ifade edilebilir. Bu alan ile ilgili araştırma tasarlamadan önce belirtilen eserlerin detaylı incelenmesi ve tasarımın sonrasında yapılması alanyazına özgün değeri yüksek araştırmalarla katkı sağlanması açısından önemlidir.



Şekil 4. En Çok Atıf Alan Makaleler (Yerel)

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.



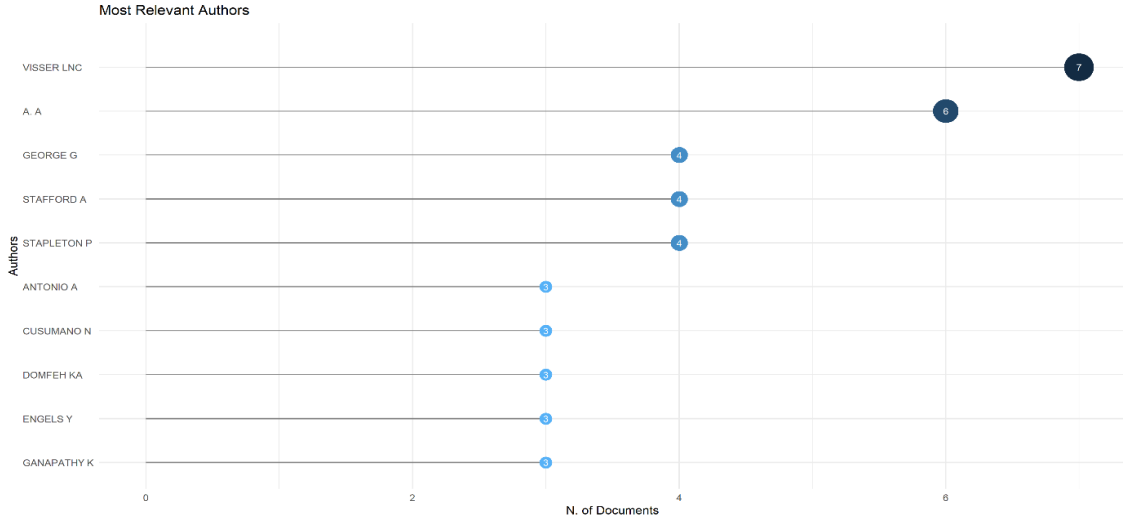
Şekil 5. En Çok Atıf Alan Makaleler (Küresel)

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

En çok atıf alan (global) ilk beş makale sırasıyla; Haushofer ve Shapiro (2016), 479 atıf (yılıda ortalama 47,9); Alatas vd. (2012), 210 atıf (yılıda ortalama 15); Yardım vd. (2010) 186 atıf (yılıda ortalama 11,63); Cruz ve Marques (2013), 183 atıf (yılıda ortalama 14,08); Jussupow vd. (2021), 163 atıf (yılıda ortalama 32,6); Torchia vd. (2015) 156 atıf (yılıda ortalama 14,18); Deaton ve Heston (2010), 153 atıf (yılıda ortalama 9,56); Hirschauer vd. (2015), 137 atıf (yılıda ortalama 12,45); Jakovljevic vd. (2015), 126 atıf (yılıda ortalama 14) ve Prashanth vd. (2017), 117 atıf (yılıda ortalama 11,7) olarak tespit edilmiştir. Bu 10 makale toplamda 1910 atıf almıştır ve analize dahil edilen 625 makaleye yapılan toplam atıfların %17,90'ını temsil etmektedir.

En Üretken Yazarlar

Konuyla ilgili en fazla yayın yapan yazarlar ve yayın sayılarına ilişkin görsel Şekil 6'da yer almaktadır. Visser (7 yayın), Akintoye (6 yayın), George (4 yayın), Stafford (4 yayın) ve Stapleton (4 yayın) akademik makaleleri ile sağlık sektöründe kamu-özel iş birliği alanına katkı sunan öncü araştırmacılar.

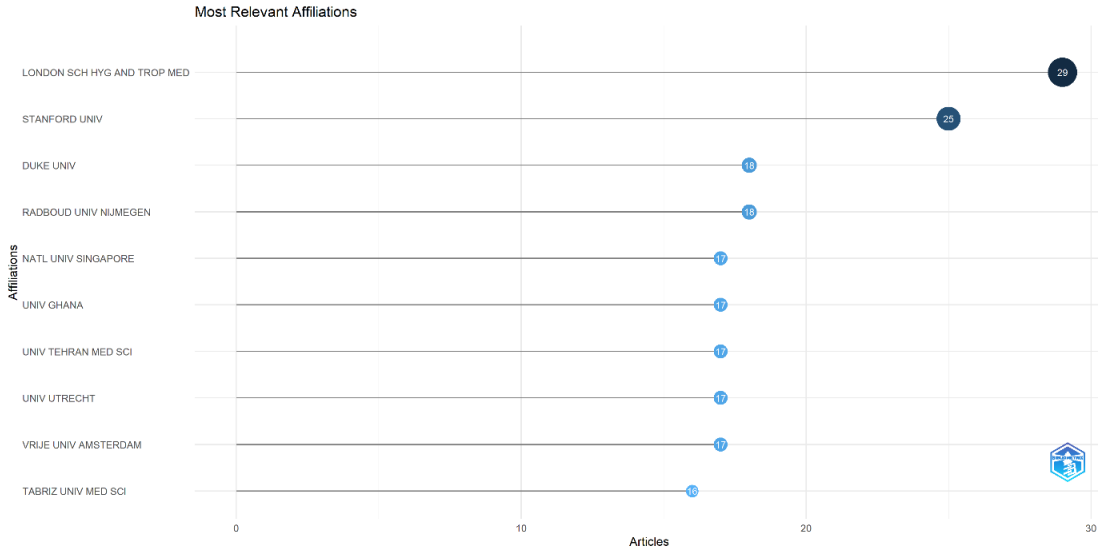


Şekil 6. En Fazla Yayını Olan Yazarlar

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Alana Liderlik Eden Üniversiteler ve Ülkeler

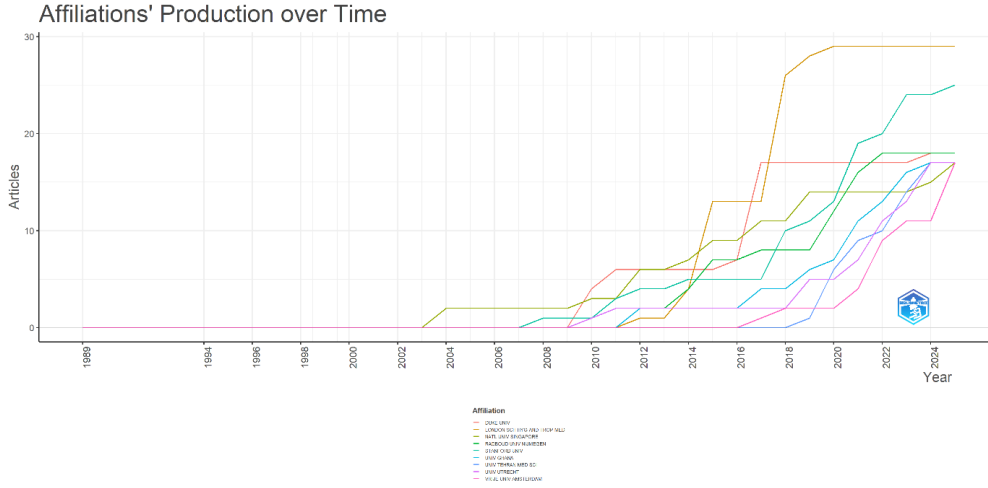
Sağlıkta kamu-özel iş birliği alanıyla ilgili en etkili yayın profiline sahip üniversiteler Şekil 7’de sıralanmaktadır. Buna göre; London School of Hygiene & Tropical Medicine 29 farklı makale ile zirvede yer almaktadır. Stanford University ise 25 makale ile ikinci sıradadır. Diğer üniversiteler sırasıyla, Duke University (18 makale), Radboud University Nijmegen (18 makale), National University of Singapore (17 makale), University of Ghana (17 makale), Tehran University of Medical Science (17 makale), University of Utrecht (17 makale), Vrije University of Amsterdam (17 makale) ve Tabriz University of Medical Sciences (16 makale) olarak tespit edilmiştir.



Şekil 7. Üniversitelere Göre Makale Sayıları

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Ayrıca yayın üretimi noktasında London School of Hygiene & Tropical Medicine ve Stanford Üniversitesi’nde diğer üniversitelere nazaran son beş yıldır ortalamanın üzerinde bir üretimin olduğu Şekil 8’teki trend eğiliminden açıkça görülmektedir.



Şekil 8. Üniversitelere Göre Makale Sayısı Yıllık Trend

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Makalede yer alan sorumlu yazarların bağlı olduğu üniversitelere göre ülke sıralamalarına bakıldığında ilk 5 ülke sırasıyla ABD (136 makale), Hindistan (54 makale), İngiltere (52 makale), Hollanda (38 makale) ve Çin (33 makale) olarak sıralanmıştır (Tablo 3). Bu 5 ülke analizde yer alan toplam makalelerin %50,10'unu oluşturmaktadır. %21,8'lik makale üretimi ile ABD sıralamada başı çekmektedir. Türkiye ise toplam 6 makale ile %1'lik katkı sağlamaktadır. En fazla yayın yapan ülkelerle ilgili dikkat çeken bir bulgu da uluslararası iş birliği yapılan yayınlardaki yoğunluktur. İlk 5 sırada yer alan ülkelerin ev sahipliği yaptığı yayınlarda uluslararası iş birlikleri göze çarpmaktadır. Nitekim bu durum homojen bir ekip çalışmasına nazaran çok kültürlü ve farklı grupların dahil olduğu çalışma ekiplerinin yayın üretme potansiyellerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca yayınlarından en fazla alıntı yapılan ülkelere makale üretimi performanslarına benzer bir eğilim seyretnmektedir. ABD (2718 atıf), İngiltere (1281 atıf), Almanya (705 atıf), Hindistan (655 atıf), Hollanda (527 atıf) ve Çin (406 atıf) ile öncü ülkeler arasında yer almaktadır.

Tablo 3. Sorumlu (Corresponding) Yazarların Ülkeleri, İş Birlikleri ve Ülkelere Göre Atıf Sayıları (İlk 25 Ülke)

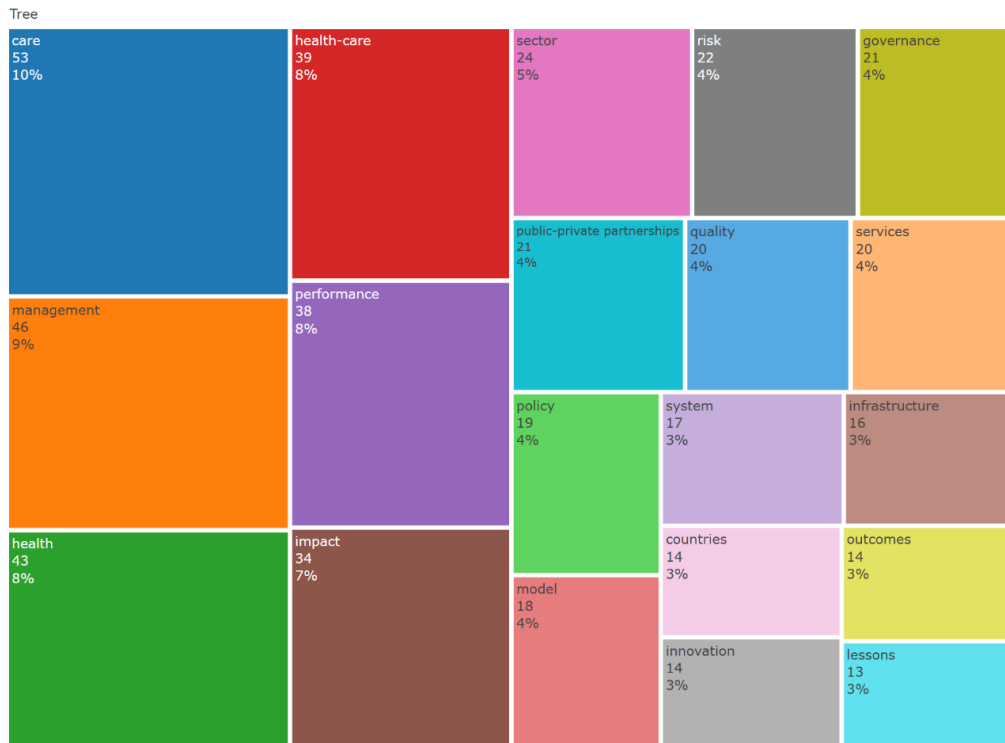
Ülke	Makale Sayısı	Makaleler %	SCP	MCP	MCP %	Toplam atıf	Ortalama makale atıf sayısı
ABD	136	21,8	107	29	21,3	2718	20,00
Hindistan	54	8,6	45	9	16,7	655	12,10
İngiltere	52	8,3	33	19	36,5	1281	24,60
Hollanda	38	6,1	18	20	52,6	527	13,90
Çin	33	5,3	21	12	36,4	406	12,30
İtalya	21	3,4	11	10	47,6	330	15,70
İspanya	21	3,4	17	4	19	231	11,00
Avustralya	17	2,7	9	8	47,1	166	9,80
İran	16	2,6	10	6	37,5	97	6,10
Kanada	13	2,1	9	4	30,8	225	17,30
Almanya	13	2,1	7	6	46,2	705	54,20
İsviçre	11	1,8	4	7	63,6	155	14,10
Fransa	10	1,6	3	7	70	89	8,90
Singapur	9	1,4	6	3	33,3	148	16,40

İsveç	9	1,4	5	4	44,4	133	14,80
Brezilya	8	1,3	6	2	25	44	5,50
Gana	8	1,3	4	4	50	75	9,40
İrlanda	8	1,3	3	5	62,5	113	14,10
Malezya	7	1,1	4	3	42,9	76	10,90
Nijerya	7	1,1	4	3	42,9	143	20,40
Yeni Zelanda	6	1	4	2	33,3	130	21,70
Pakistan	6	1	3	3	50	70	11,70
Güney Afrika	6	1	6	0	0	44	7,30
Tayland	6	1	5	1	16,7	193	32,20
Türkiye	6	1	5	1	16,7	238	39,70

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Alandaki Araştırmaların Yoğunlaştığı Noktalar ve Eğilimleri

Analiz dahilindeki çalışmalarda anahtar kelimeler (keywords plus) ile oluşturulan kelime ağacı Şekil 9'da yer almaktadır. Anahtar kelimeler analiz edilerek, çalışma kriterlerine uygun 625 makalede 1360 farklı anahtar kelime kullanılmıştır. Buna göre kelimelerin görülme sıklıkları sırasıyla care (53), management (46), Health (43), Health-care (39), performance (38), impact (34), sector (24), risk (22), governance (21) ve public-private partnerships (21) olarak tespit edilmiştir. Bu kavramlar alanın öne çıkan noktalarıdır. Böylelikle araştırma alanındaki önemli noktalar ve yazarların yoğunlaştığı konular tespit edilebilir. Konuyla ilgili araştırma öncesi ve sonrasında ortak bir zemin etrafında toplanmak için tercih edilmesi yararlı olacak ipuçları vermektedir. Ayrıca anahtar sözcükler ile oluşturulan en sık kullanılan ilk 50 kelimenin yer aldığı kelime bulutu da Şekil 10'da yer almaktadır.

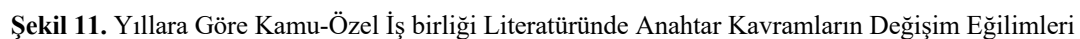


Şekil 9. Kelime Ağacı-20 kelime

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

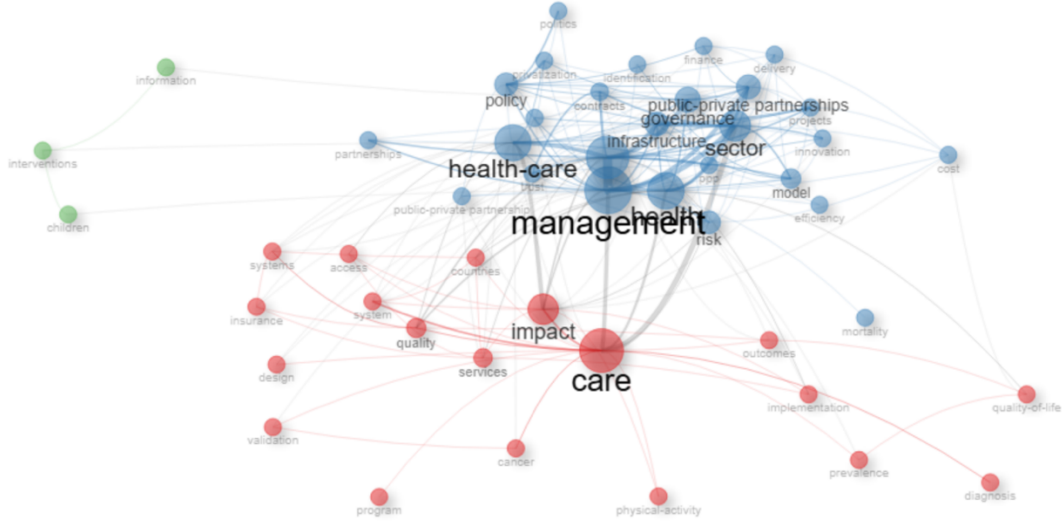


Anahtar kelimelerin yıllara göre eğilimini belirten trend analizi gerçekleştirilmiştir. Analize göre son yıllarda öne çıkan kavramlar “framework”, “communication”, “decision-making”, “delivery”, “cost”, “identification” olurken; “performance”, “impact”, “quality”, “care”, “management”, “health-care”, “services” ve “policy” kavramları da son yıllarda azalsa da kullanım sıklığı en yüksek kavramlar arasındadır. Zaman içerisinde araştırmacıların kullanım eğilimleri Şekil 11’de görülmektedir.



En sık tekrar eden kelimeler ile birlikte kelimelerin arasındaki ilişkide önemli ipuçları vermektedir. Yazarların belirlediği anahtar sözcükler ile birlikte görülme ağı analizi yapılmıştır (Şekil 12). Analiz sonuçlarına göre arasındalık derecesi en yüksek kelimeler “management (298.045)”, “care (192.985)”, “performance (165.825)”, “healthcare (146.275)”, health “(58.277)” olarak bulunmuştur. Anahtar sözcüklerin birlikte görülme ağı aynı zamanda ilişki kümelerini de ortaya çıkarmaktadır. Bu kümeler ile zaman içerisindeki araştırma konularının

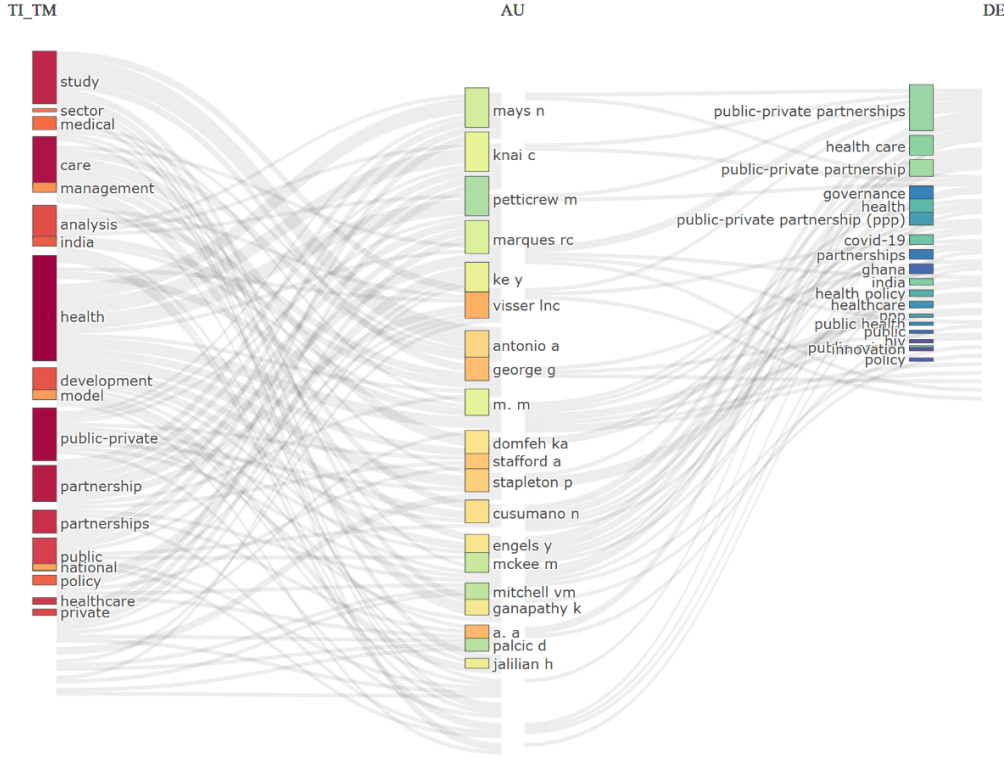
benzeştiğini ifade etmek mümkündür. Yönetim merkezli çalışmaların “health-care”, “public-private partnership”, “governance”, “sector”, “policy”, “infrastructure” ve “model” anahtar sözcükleriyle birlikte yürütüldüğü mavi kümede görülmektedir. Bakım merkezli çalışmaların ise “impact”, “services”, “quality” ve “system” gibi anahtar sözcükleriyle birlikte tasarlandığı kırmızı kümede belirtilmektedir. Ayrıca “information”, interventions” ve “children” ile ilişkili yayınların da ayrı küme oluşturduğu göze çarpmaktadır (Yeşil küme).



Şekil 12. Kamu-Özel İş birliği Alanındaki Yayınlar Arasında Anahtar Kavramlar Arası Kavramsal İlişkiler ve Küme Yapıları

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

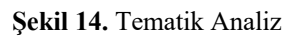
Sol tarafta başlıklarda sık kullanılan kelimelerden, ortada yazar isimlerinden ve sağ tarafta ise anahtar sözcüklerden oluşturulan üçlü alan analizi Şekil 13’te gösterilmektedir. Bir arada en sık görülen başlık-anahtar sözcük-yazar üçlüsünü gösteren bu analiz, konunun kavramsal çerçevesinin bir sinopsisini görsel olarak sunmaktadır. “Health”, “public-private”, “care”, “study”, “partnership” kelimeleri başlıklarda, “public-private partnerships”, “Healthcare”, “governance” kelimeleri ise anahtar sözcük havuzunda sıklıkla kullanılmaktadır. Özel araştırmalar için farklı anahtar kelimeler başlıklarda yer alsa dahi yoğunluk ve ilgi bu kavramlar üzerindedir. Daha çok okuyucuya ulaşma ve alıntılanma oranlarının yüksekliği için gelecek araştırmalarda bu kavramları başlık ve anahtar kelimelerde geçirmek faydalı olabilir.



Şekil 13. Başlıklar, Yazarlar ve Anahtar Kelimeler Arasındaki Kavramsal Eşleşmelerin Üçlü Alan Analizi

Kaynak: Yazarın Web of Science verileri ile yaptığı analiz sonucu, Biblioshiny arayüzü ile oluşturulmuştur.

Şekil 14’de anahtar kelimelerden türetilen tematik analize yer verilmiştir. Analizde temalar dört ana başlıkta incelenmektedir. Bu başlıklar konu ile ilgili yapılan çalışmaların seyrine işaret etmektedir. Sol üstte yer alan (niche) temalar, çalışmaların diğer kavramlara nazaran daha az yoğunlukta olduğu, çok fazla çalışılmamış, boş olan alanları ifade etmektedir. Sağ üst temada ise (Motor), çalışmaların en çok yoğunlaştığı, son yıllarda popülerleşen ve moda olan kavramları temsil etmektedir. Sol alt temada (emerging or declining), popülerliğini yitirmiş ya da henüz yükselişe geçmemiş, yavaş yavaş yükselişe geçen, var olan çalışmalarda az kullanılan kavramları ifade etmektedir. Sağ alt tema (basic) ise konu ile ilgili araştırmaların neredeyse tümünde görülen temel kavramları temsil etmektedir. Nitekim bu tematik analizden yola çıkarak, gelecekteki çalışmalar için, potansiyel taşıyan niş alanlara (sol üst) yönelmenin anlamlı olabileceği; buna ek olarak, araştırmacının sağlam bir zemine oturması açısından temel kavramların (sağ alt) da çalışmaya dâhil edilmesinin faydalı olacağı söylenebilir.



4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bibliyometrik ağ analizine göre, KÖİ literatüründe “care”, “management”, “healthcare”, “performance” ve “impact” gibi anahtar kelimeler öne çıkmaktadır. Bu kelimeler, hizmet sunumu, kalite yönetimi ve sağlık sistemlerinin etkililiği gibi kavramların KÖİ literatürünün merkezinde yer aldığını göstermektedir. Ayrıca, “governance”, “policy”, “sector” ve “infrastructure” gibi kavramların da sıkça kullanılması, kamu-özel iş birliği modellerinin sadece operasyonel düzeyde değil, aynı zamanda yapısal ve yönetsimsel düzeyde de ele alındığını ortaya koymaktadır.

Birlikte görölme ağı analizinde çalışmalar üç ana gruba ayrılmıştır: yönetim ve yapı odaklı temalar (mavi küme), bakım kalitesi ve sağlık çıktıları (kırmızı küme), müdahale programları ve çocuk sağlığı gibi özel alanlar (yeşil küme) olmak üzere. Tematik analiz sınıflandırmasında ise dört grup tespit edilmiştir. Bu temalar, KÖİ araştırmalarının geniş bir spektrumunda ilerlediğini, ancak belirli alanlarda hâlâ boşluklar bulunduğunu göstermektedir. Özellikle niş alanlar olarak tanımlanan “quality indicators”, “ICT-based screening”, “rural implementation models”, “palliative care”, “national health services” ve “biotechnology” gibi temaların gelecekte daha fazla araştırma gerektirdiği değerlendirilmektedir.

Anahtar kelimelerin yıllara göre eğilim analizi ise literatürün zamanla “framework”, “decision-making”, “delivery”, “communication” ve “identification” gibi yapısal ve yönetsel kavramlara yöneldiğini göstermektedir. Bu yönelim, KÖİ alanındaki akademik üretimin salt uygulamaya değil, aynı zamanda stratejik planlama ve karar destek sistemleri geliştirme konularına da odaklandığını göstermektedir. Nitekim, kamu ve özel sektör aktörleri arasındaki ilişki, yalnızca hizmet sunumuna değil, aynı zamanda karar alma, finansal sürdürülebilirlik ve yönetim yapılarına da yansımaktadır (Dove vd., 2024; Callens vd., 2024). Benzer şekilde Baxter ve Casady (2020) çalışmalarında KÖİ’lerin stratejik planlama süreçlerinde yerel ve ulusal sağlık sistemlerine entegre biçimde genel çerçeveyi kapsayarak ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır.

Üçlü alan analizinde ise yazarların, başlıklarında sıklıkla “health”, “public-private”, “care” ve “partnership” terimlerini kullandığı; anahtar kelime havuzunda ise “governance”, “policy” ve “healthcare” kavramlarının ön planda olduğu görülmektedir. Bu durum, yayınların odaklandığı temalar ile okuyucu kitlesinin ilgisini çekecek anahtar terimler arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yine de uluslararası ortak yazarlık oranının %33,76 seviyesinde kalması, çok merkezli ve çok disiplinli araştırma ekiplerinin yeterince yaygın olmadığını göstermektedir. Literatürde vurgulandığı üzere, KÖİ gibi çok aktörlü iş birliği modellerinde bilimsel üretimin de benzer biçimde çoğulcu ve etkileşimli olması beklenmektedir (Callens vd., 2024; Storeng ve Puyvallée, 2018).

Özetle, bu çalışma kamu-özel iş birliği konusundaki literatürün hacmini, yönünü ve eğilimlerini analiz ederek, alana dair mevcut durumu net bir şekilde ortaya koymuştur. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında KÖİ modellerinin rolü artarken, bu modellerin bilimsel olarak çok yönlü biçimde ele alınması da kritik önemdedir. Bibliyometrik analiz bulguları, sağlık politikası yapıcılar açısından stratejik karar alma süreçlerine çok boyutlu katkılar sunmaktadır. Özellikle alanda en çok çalışılan temaların, akademik iş birliklerinin ve bölgesel yayın yoğunluklarının belirlenmesi; hangi konuların bilimsel öncelik haline geldiğini, hangi alanlarda ise bilgi üretiminde boşluklar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlık politikalarının kanıta dayalı biçimde tasarlanmasını ve kaynakların daha etkin yönlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Ayrıca yükselen anahtar kavramlar ve tematik eğilimler, sağlık sistemlerinde reform ihtiyacını doğuran dinamikleri öngörme açısından politika yapıcılara erken uyarı niteliği taşımaktadır.

Gelecek araştırmalar açısından sağlık sektöründe kamu-özel iş birliği konusunun daha bütüncül ve disiplinler arası yaklaşımlarla ele alınması büyük önem taşımaktadır. Bu alanda yapılacak çalışmaların, özellikle farklı ülkelerdeki uygulama örneklerini karşılaştırmalı olarak analiz etmesi, mevcut iş birliği modellerinin etkinliğini değerlendirme açısından önemli çıkarımlar sağlayabilir. Ayrıca, analiz edilen tematik haritalar ve anahtar kelime eğilimleri, son yıllarda araştırmaların daha çok karar destek sistemleri, yönetim yapıları ve uygulama modelleri üzerine yoğunlaştığını göstermektedir. Bu eğilimin devam ettirilerek kavramsal çerçeveler ve teorik modeller geliştirilmesi, kamu-özel iş birliği alanında bilimsel bilgi birikiminin derinleşmesine katkı sağlayacaktır (Arnaout vd., 2023). Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde yapay zekâ ve dijitalleşme gibi yenilikçi teknolojilerin KÖİ süreçlerine entegrasyonuna odaklanan araştırmalar karar alma mekanizmalarının yeniden tasarlanmasına yardımcı olabilir (Gross ve Geiger, 2023; Ballantyne ve Stewart, 2019). Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise bu araştırmaların yerel bağlama duyarlı biçimde yürütülmesi, sadece uygulamalara değil, aynı zamanda politika düzeyindeki gelişmelere de doğrudan katkı sunacaktır. Gelecekteki araştırmaların, kamu-özel iş birliklerinin sürdürülebilirliğini artırarak sağlık sistemlerinin krizlere karşı daha dirençli ve toplum odaklı hale getirilmesine hizmet etmesi beklenmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

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

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

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

KAYNAKÇA

- Aria, M., and Cuccurullo, C. (2017). Bibliometrix: An R-Tool for Comprehensive Science Mapping Analysis. *Journal of Informetrics*, 11(4), 959–975. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2017.08.007>
- Arini, M., Sugiyo, D., and Permana, I. (2021). Challenges, Opportunities, and Potential Roles of the Private Primary Care in Tuberculosis and Diabetes Mellitus (TB-DM) Collaborative Care and Control: A Qualitative Study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-153508/v1>
- Arnaout, A., Oseguera-Arasmou, M., Mishra, N., Liu, B., Bhattacharya, A., and Rhew, D. (2023). Leveraging Technology in Public-Private Partnerships: A Model to Address Public Health Inequities. *Frontiers in Health Services*, 3, 1187306. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1187306>
- Ballantyne, A. and Stewart, C. (2019). Big Data and Public-Private Partnerships in Healthcare and Research. *Asian Bioethics Review*, 11(3), 315–326. <https://doi.org/10.1007/s41649-019-00100-7>
- Baxter, D. and Casady, C. (2020). Proactive and Strategic Healthcare Public-Private Partnerships (PPPs) in the Coronavirus (COVID-19) Epoch. *Sustainability*, 12(12), 5097. <https://doi.org/10.3390/su12125097>
- Budiono, J., Rifai, A., Saputra, A., and Handayani, S. (2024). A Bibliometric Analysis of Geotextile as Underground Filtration in Subsurface Drainage Towards Slope Stability Using VOSviewer. *Journal of World Science*, 3(6), 648–659. <https://doi.org/10.58344/jws.v3i6.630>
- Callens, C., Verhoest, K., Klijn, E., Brogaard, L., Lember, V., Pina, V., ... and Doninck, D. (2024). The Design and Management of Public-Private EHealth Partnerships. In *Public-Private Partnerships in Public Administration* (pp. 144–167). <https://doi.org/10.4337/9781803923895.00018>
- Diodato, V. P., and Gellatly, P. (2013). *Dictionary of Bibliometrics*. Routledge.
- Dirik, D., Erhan, T., and Eryılmaz, İ. (2024). Yapay Zekâ ve Örgüt Temelli Araştırmaların Potansiyel Eğilimleri Üzerine Bibliyometrik Bir Analiz. *Bulletin of Economic Theory and Analysis*, 9(3), 669–698.
- Dove, G., Craig, A., Usurup, J., O’Keeffe, A., Scahill, G., Harris-Roxas, B., ... and Kelly-Hanku, A. (2024). Collaborative Governance in a Primary Health Care Partnership in Papua New Guinea. *The International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.3808>
- Dsouza, S., Katyal, A., Kalaskar, S., Kabeer, M., Rewaria, L., Satyanarayana, S., ... and Chokshi, M. (2024). A Scoping Review of Health Systems Resilience Assessment Frameworks. *PLOS Global Public Health*, 4(9), e0003658. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003658>
- Ebulue, C., Ebulue, O., and Ekesiobi, C. (2024). Public-Private Partnerships in Health Sector Innovation: Lessons from Around the World. *International Medical Science Research Journal*, 4(4), 484–499. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i4.1051>
- Gross, N. and Geiger, S. (2023). Choreographing for Public Value in Digital Health? *Big Data and Society*, 10(2). <https://doi.org/10.1177/20539517231220622>
- Jiménez-Buñuales, M., Sanz, P., Diego, P., and Menorca, M. (2024). The Collaboration of Private Hospitals with the Public Health Service: The Case of La Rioja, Spain (1986–2019). *Healthcare*, 12(10), 990. <https://doi.org/10.3390/healthcare12100990>
- Katz, R., Wentworth, M., Quick, J., Arabasadi, A., Harris, E., Geddes, K., ... and Jha, A. (2018). Enhancing Public–Private Cooperation in Epidemic Preparedness and Response. *World Medical and Health Policy*, 10(4), 420–425. <https://doi.org/10.1002/wmh3.281>
- Kocaman, E. (2022). Analitik Düşünmenin Sağlık Yönetimi Açısından Önemi. Y. D. Uslu (Ed.), *Sağlık Yönetiminde Analitik Düşünme içinde* (17-31). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kocaman, E., & Gedikli, E. (2024). Liderlikte ve Yöneticilikte Stratejilik. S. Dünder (Ed.), *Sağlık Yönetiminde Liderlik ve Yöneticilik içinde* (397-422). Nobel Akademik Yayıncılık.

- Kocaman, E., Gedikli, E., Terlemez, B., & Baç, A. (2024). The Relationship of Nurses' Best Practice Examples with Organizational Resilience in Combating the COVID-19 Pandemic: The Case of a State Hospital. *Health Sciences Quarterly*, 4(3), 167-179. <https://doi.org/10.26900/hsq.2286>
- Kokol, P., Vošner, H., and Završnik, J. (2020). Application of Bibliometrics in Medicine: A Historical Bibliometrics Analysis. *Health Information and Libraries Journal*, 38(2), 125–138. <https://doi.org/10.1111/hir.12295>
- Komedi, A., J, H., and Istiono, W. (2019). Tuberculosis Treatment With DOTS Strategy on Mandiri Practice Doctor as Public Private Mix: A Case Study in Kebumen Regency. *Review of Primary Care Practice and Education (Kajian Praktik dan Pendidikan Layanan Primer)*, 2(1), 20. <https://doi.org/10.22146/rpcpe.44470>
- Kuteesa, K., Akpuokwe, C., and Udeh, C. (2024). Financing Models for Global Health Initiatives: Lessons From Maternal and Gender Equality Programs. *International Medical Science Research Journal*, 4(4), 470–483. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i4.1050>
- Lee, C., Lee, J., and Liu, Y. (2021). Catalysing Innovation and Digital Transformation in Combating the COVID-19 Pandemic: Whole-of Government Collaborations in ICT, R and D, and Business Digitization in Singapore. *Public Money and Management*, 43(4), 340–348. <https://doi.org/10.1080/09540962.2021.1966197>
- Mahat, A., Citrin, D., and Bista, H. (2018). NGOs, Partnerships, and Public-Private Discontent in Nepal's Health Care Sector. *Medicine Anthropology Theory*, 5(2). <https://doi.org/10.17157/mat.5.2.529>
- Nozaki, I., Aung, T., Oo, N., Kodoi, H., Ito, Y., Inaba, T., ... and Shiratori, K. (2021). Enhancing the Blood Safety Program in Myanmar: Report on Projects of Global Extension of Medical Technologies of Japan. *Global Health and Medicine*, 3(1), 48–51. <https://doi.org/10.35772/ghm.2020.01071>
- Nuhu, S., Mpambije, C., and Ngussa, K. (2020). Challenges in Health Service Delivery Under Public-Private Partnership in Tanzania: Stakeholders' Views From Dar es Salaam Region. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05638-z>
- Ooms, G., Oirschot, J., Okemo, D., Reed, T., Ham, H., and Mantel-Teeuwisse, A. (2022). Healthcare Workers' Perspectives on Access to Sexual and Reproductive Health Services in the Public, Private and Private Not-For-Profit Sectors: Insights From Kenya, Tanzania, Uganda and Zambia. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08249-y>
- Sanders, K., Rundi, C., Jelip, J., Rashman, Y., Gueye, C., and Gosling, R. (2014). Eliminating Malaria in Malaysia: The Role of Partnerships Between the Public and Commercial Sectors in Sabah. *Malaria Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-24>
- Siqueira, M., Oliveira, M., Lino, M., Souza, S., Silva, G., Tomaz, R., ... and Oliveira, L. (2022). International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium (ISARIC). A New Collaborative Global Platform for Global Clinical Trials Targeting Post-COVID19 Patients. *Manual Therapy Posturology and Rehabilitation Journal*, 20, 1–6. <https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2022.20.1254>
- Srivastava, R. and Srivastava, S. (2022). Bibliometric Analysis of Indian Journal of Palliative Care From 1995 to 2022 Using the VOSviewer and Bibliometrix Software. *Indian Journal of Palliative Care*, 28, 338–353. https://doi.org/10.25259/ijpc_30_2022
- Storeng, K. and Puyvallée, A. (2018). Civil Society Participation in Global Public Private Partnerships for Health. *Health Policy and Planning*, 33(8), 928–936. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy070>
- Suárez-Herrera, J., Zúñiga, R., and Díaz-Castro, L. (2024). Strategic Alliances in Global Health: Innovative Perspectives in the Era of Sustainable Development. *Healthcare*, 12(12), 1198. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121198>
- Terlemez, B., Kocaman, E., Baç, A., Kürtül Örtlek, M., & Kalaner, A. (2024). Klinik Liderliğin Örgütsel Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinde Psikolojik Güvenlik ve Grup Bağlılığının Rolü. *Journal Of Original Studies*, 5(1), 17–33. <https://doi.org/10.47243/jos.2629>

- Weel, C., Alnasir, F., Farahat, T., Usta, J., Osman, M., Abdulmalik, M., ... and Kassai, R. (2017). Primary Healthcare Policy Implementation in the Eastern Mediterranean Region: Experiences of Six Countries. *European Journal of General Practice*, 24(1), 39–44. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1397624>
- Wu, C., Yan, L., Long, Q., Liu, Y., Tan, J., Lou, Z., ... and Tang, S. (2022). Trends in Global Health Research Among Universities in China: A Bibliometric Analysis. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2267301/v1>
- Yılmaz, A. and Tuzlukaya, Ş. (2023). The Relation Between Intellectual Capital and Digital Transformation: A Bibliometric Analysis. *International Journal of Innovation Science*, 16(2), 244–264. <https://doi.org/10.1108/ijis-08-2022-0145>



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

A BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF GERONTECHNOLOGY: LITERATURE TRENDS, CITATION DYNAMICS, AND FUTURE PERSPECTIVES GERONTEKNOLOJİNİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ: LİTRATÜR TRENDLERİ, ATIF DİNAMİKLERİ VE GELECEK PERSPEKTİFLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Aysun DANAYİYEN¹

Arş. Gör. Elem EROĞLU²

Dr. Öğr. Üyesi Semra BAYSAN³

ABSTRACT

This study examines academic trends within the gerontechnology literature by evaluating core themes, author collaborations, and scientific contributions across countries. A bibliometric analysis was conducted using data retrieved from the Web of Science database and visualized through VOSviewer software. The study identifies prominent themes and influential authors in gerontechnology research, while also mapping the structure of scientific collaborations among countries and institutions. The findings indicate that countries such as China, the United States, and Malaysia have made significant contributions to the field, with institutions like Hong Kong City University and Monash University hosting high-impact research. Keyword analysis reveals that terms such as "aging," "assistive technology," "quality of life," and "health promotion" demonstrate the strongest linkages, frequently associated with concepts like "cognitive health," "fall prevention," and "enhancing quality of life." Recent research highlights the growing multidisciplinary nature of gerontechnology, offering researchers meaningful insights and broadening its academic relevance. Moreover, studies focused on developing technological solutions to promote the independence of older adults present valuable resources for both academic and industry stakeholders. By providing a comprehensive overview of the current literature, this study aims to guide future research in gerontechnology and support the development of strategic approaches to better address the evolving needs of aging populations.

Keywords: Gerontechnology, Older Adults, Technology, Ethics, Bibliometrics

JEL Classification Codes: I10, I14, I18, O14

ÖZ

Bu çalışma, ülkeler arasında temel temaları, yazar iş birliklerini ve bilimsel katkıları değerlendirerek gerontechnoloji literatüründeki akademik eğilimleri inceler. Web of Science veri tabanından alınan ve VOSviewer yazılımıyla görselleştirilen veriler kullanılarak bibliyometrik bir analiz yürütülmüştür. Çalışma, gerontechnoloji araştırmalarındaki önemli temaları ve etkili yazarları belirlerken, ülkeler ve kurumlar arasındaki bilimsel iş birliklerinin yapısını da haritalamaktadır. Bulgular, Çin, Amerika Birleşik Devletleri ve Malezya gibi ülkelerin alana önemli katkılarda bulunduğunu ve Hong Kong Şehir Üniversitesi ve Monash Üniversitesi gibi kurumların yüksek etkili araştırmalara ev sahipliği yaptığını göstermektedir. Anahtar kelimeler analizi, "yaşlanma", "destekleyici teknoloji", "yaşam kalitesi" ve "sağlık promosyonu" gibi terimlerin, sıklıkla "bilişsel sağlık", "düşme önleme" ve "yaşam kalitesini artırma" gibi kavramlarla ilişkilendirilen en güçlü bağlantıları gösterdiğini ortaya koymaktadır. Son araştırmalar, gerontechnolojinin giderek artan disiplinler arası doğasını vurgulayarak araştırmacılara anlamlı içgörüler sunmakta ve akademik önemini genişletmektedir. Ayrıca, yaşlı yetişkinlerin bağımsızlığını desteklemek için teknolojik çözümler geliştirmeye odaklanan çalışmalar hem akademik hem de endüstri paydaşları için değerli kaynaklar sunmaktadır. Mevcut literatürün kapsamlı bir genel görünümünü sağlayarak, bu çalışma gerontechnolojideki gelecekteki araştırmalara rehberlik etmeyi ve yaşlanan nüfusların değişen ihtiyaçlarını daha iyi karşılamak için stratejik yaklaşımların geliştirilmesini desteklemeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gerontechnoloji, Yaşlı Yetişkinler, Teknoloji, Etik, Bibliyometri

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I14, I18, O14

¹ University of Istanbul Sabahattin Zaim, Faculty of Health Sciences, Health Management, aysun.danayiyen@izu.edu.tr / aysunda@hotmail.com

² University of Istanbul Sabahattin Zaim, Faculty of Health Sciences, Health Management, elem.eroglu@izu.edu.tr

³ University of Rumeli, Faculty of Health Sciences, Health Management, semra.baysan@rumeli.edu.tr

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Amaç ve Kapsam:

Giderek yaşlanan nüfus ile yaşlı bireyler gündelik hayatta daha fazla teknoloji kullanmaya başlamışlardır. Yaşlı bireylerin teknoloji uyumu geronteknoloji olarak anılmaktadır. Geronteknoloji, disiplinler arası bir bilim olarak adlandırmakla birlikte yaşlılık sürecindeki bilgiyi alır analiz eder ve uygular. İlk yıllarda geronteknolojinin ana hedefi yaşlılar ve bakım verenler olarak belirlenirken ilerleyen yıllarda geronteknolojinin bakım verenler için de katkılar sunacağı ortaya atılmıştır. Ek olarak çocuksuz ailelerin, dul veya yalnız yaşayan yaşlıların sayısının artmasının yanında yerinde yaşlanma istediğinin doğması, yaşlılara artan bakım gereksinimlerinin olması ve giderek artan bakım maliyetleri geronteknolojinin gelişmesine öncü olarak yeni boyutlar kazandırmış ve literatürde büyüme neden olmuştur. Yaşlanma Türkiye literatüründe sıkça rastalanan bir konu olmasına karşın son yıllarda yaşlı bakımı en fazla çalışılan konular arasında yer almaktadır. Uluslararası literatürde ise geronteknoloji geçmişinin 30 yıllık bir geçmişe sahip olduğu görülmüştür. Son yıllarda özellikle Japonya, Kanada, Hollanda, Fransa, İspanya, İtalya ve İskoçya gibi ülkelerde literatürde geronteknoloji açığının görülerek çalışmaların hızlandığı görülmekle beraber hem hükümetlerin hem de akademisyenlerin bu konuda ilgisini çekmektedir.

Bu çalışma, ülkeler arası temel temaları, yazar işbirliklerini ve bilimsel katkıları değerlendirerek geronteknoloji literatüründeki akademik eğilimleri incelemektedir.

Yöntem:

Bu çalışma, geronteknoloji baz alınarak yapılan niceliksel ve teorik olarak incelenmesinden elde edilen literatür bulgularını içermektedir. 1989 ile 2024 yılları arasında yayınlanmış çeşitli disiplinlerden 275 dergi makalesi, 23 başyazı, 28 kitap bölümü, 4 kitap incelemesi, 404 konferans bildirisi, 4 erken erişim makalesi, 49 derleme makalesi ve 1 kitap olmak üzere toplam 760 yayın analiz edilmiştir.

Yayınların disiplinler arası dağılımının analizi, en sık temsil edilen alanların palyatif bakım (117 kayıt), yönetim (108), bilgisayar görüntüleme ve grafikleri (54), beslenme ve diyetetik (36), robotik (36), fizyoterapi (31), sosyal psikoloji (47), telekomünikasyon (18), hemşirelik (17), nöro görüntüleme (17), sağlık okuryazarlığı ve telemedikal (16) ve iletişim (12) olduğunu ortaya koydu. Bibliyometrik veriler, yazarlık, atıflar, dergiler, ülkeler, kurumlar ve anahtar sözcüklerin analizleri yoluyla incelenmiştir.

Web of Science veritabanından alınan ve VOSviewer yazılımıyla görselleştirilen veriler kullanılarak bibliyometrik bir analiz yürütüldü. Çalışma, geronteknoloji araştırmalarında öne çıkan temaları ve etkili yazarları belirlerken, ülkeler ve kurumlar arasındaki bilimsel iş birliklerinin yapısını da haritalamaktadır.

Bulgular:

Bulgular, Çin, Amerika Birleşik Devletleri ve Malezya gibi ülkelerin alana önemli katkılarda bulunduğunu ve Hong Kong Şehir Üniversitesi ve Monash Üniversitesi gibi kurumların yüksek etkili araştırmalara ev sahipliği yaptığını göstermektedir. Anahtar kelime analizi, "yaşlanma", "destekleyici teknoloji", "yaşam kalitesi" ve "sağlık promosyonu" gibi terimlerin, sıklıkla "bilişsel sağlık", "düşme önleme" ve "yaşam kalitesini artırma" gibi kavramlarla ilişkilendirilen en güçlü bağlantıları gösterdiğini ortaya koymaktadır. Son araştırmalar, geronteknolojinin büyüyen çok disiplinli doğasını vurgulayarak araştırmacılara anlamlı içgörüler sunmakta ve akademik önemini genişletmektedir. Dahası, yaşlı yetişkinlerin bağımsızlığını desteklemek için teknolojik çözümler geliştirmeye odaklanan çalışmalar, hem akademik hem de endüstri paydaşları için değerli kaynaklar sunmaktadır.

Sonuç ve Tartışma:

Bu çalışmanın bulguları yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan bir çok disiplinden faydalanan bir araştırma makalesidir. Geronteknoloji kavramı bağımsızlığı teşvik etme, kazaları ve sağlık tehditlerini önleme, fiziksel ve bilişsel sınırlamaları telafi etme ve hem resmi hem de gayri resmi bakıcıları destekleme üzerine odaklanmaktadır. Geronteknolojinin işlevsel rolleri konusunda literatürde bir fikir birliği bulunmaktadır ve bu, disiplinler arası yapısı göz önüne alındığında daha net bir kavramsal tanımı da gerekli kılmaktadır. Mevcut literatürün kapsamlı bir genel görünümünü sunan bu çalışma, geronteknoloji alanındaki gelecekteki araştırmalara rehberlik etmekte ve yaşlanan nüfusun değişen ihtiyaçlarını daha iyi karşılamak için stratejik yaklaşımların geliştirilmesini desteklemektedir. Gelecekteki çalışmaların etik boyutlarına vurgu yapılarak eğitim programları, kampanyalar ve tanıtım faaliyetleri de dahil olmak üzere kamu farkındalığı stratejilerinin etkinliği, kültürel ve demografik çeşitliliğe dikkat çekerek değerlendirmeye alınmalıdır. Literatürdeki bir çok çalışma karşılaştırılarak eksik yönler vurgulanmalı ve çalışmalar eksik yönler baz alınarak yapılmalıdır.

1. INTRODUCTION

The increasing proportion of the elderly population today necessitates the development of technologies aimed at improving their quality of life. Technology offers significant benefits in various domains, such as enhancing the independence of older adults, facilitating their access to healthcare services, and supporting their social interactions.

Old age represents a critical turning point in maintaining individual autonomy, performing daily living activities, and improving overall health status. In this context, *Activities of Daily Living* (ADL) and *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) are among the key factors directly influencing the quality of life in older adults. These activities include tasks such as household chores, shopping, money management, proper medication intake, transportation arrangements, and communication. They are essential for sustaining independent living and also serve as indicators of cognitive and physical health. Instrumental Activities of Daily Living, which require a higher level of cognitive control, are defined as complex tasks that respond to environmental and social needs, and they are strongly associated with cognitive functioning (Marshall et. al, 2011; Reppermund, et al. 2011). The inability of older individuals to perform these activities may result in a decline in quality of life, an increase in psychological problems such as loneliness and depression, and a greater likelihood of institutionalization. In this regard, technological advancements play a vital role in supporting the independence of older adults and enhancing their quality of life. Technological innovations offer critical tools to address challenges associated with aging. Emerging technologies such as mobile health applications, remote monitoring systems, and augmented reality provide practical solutions to facilitate daily activities, encourage physical activity, and reduce social isolation among the elderly. A systematic review by Valenzuela et al. (2018) demonstrated that technology-based exercise programs significantly and sustainably increased physical activity in older adults, showing high levels of adherence. (Valenzuela et. al. 2018). Moreover, augmented and virtual reality technologies can enhance shopping experiences by supporting healthy decision-making, thereby fostering greater independence (Valenzuela et. al. 2018; Yousaf, et al. 2020).

The COVID-19 pandemic has once again underscored the importance of technology for older adults. During emergency lockdowns, individuals became increasingly reliant on digital technologies to carry out daily activities such as communicating with friends and family or shopping through online platforms (Woolf and Schoomaker, 2019). In this period, technology played a critical role in alleviating feelings of loneliness and strengthening social connections (Bilotta et al., 2011). The use of smart technologies has enabled older adults around the world to maintain meaningful relationships, engage in physical activity, and support their psychological well-being (US Census, 2018)

Addressing the challenges associated with aging and enhancing the quality of life for older adults has become a central focus of developments in the field of gerontechnology. Gerontechnology is a multidisciplinary field that aims to improve physical and cognitive health by providing solutions that support the continued independence of older individuals. In this context, technology-based interventions facilitate daily living activities, improve access to healthcare services, and help reduce social isolation (Yousaf, et al. 2020; Woolf and Schoomaker, 2019).

This study aims to present a systematic overview of the existing literature on the concept of gerontechnology through a bibliometric analysis. It seeks to identify prevailing research trends and highlight potential gaps in the field. By revealing the evolution of gerontechnology-related scholarship, the analysis intends to contribute to a deeper understanding of current research directions and provide a foundation for future investigations in this growing domain.

2. LITERATURE REVIEW

Gerontechnology is a comprehensive interdisciplinary field that combines scientific research, ergonomics, gerontology, and technology to develop solutions tailored to the needs of older adults, with the overarching goal of enhancing their quality of life. This field encompasses a variety of functions aimed at supporting the independence of older individuals, compensating for physiological and cognitive limitations, preventing accidents, and assisting informal caregivers. Gerontechnology not only seeks to improve the physical and mental health of older adults but also aims to increase their social participation and ensure safer living environments.

This discipline incorporates a wide range of technologies designed to facilitate the daily lives of elderly individuals. For instance, home health monitoring systems, smart home technologies, wearable health devices, and robotic assistance systems enable older adults to maintain their independence and continue living in their own homes for longer periods. Additionally, gerontechnology offers tools that reduce social isolation by enhancing interaction with one's surroundings. These technologies help older adults build stronger connections with their families and communities, thereby preventing psychological issues such as loneliness and depression. Moreover, gerontechnological solutions provide substantial support to caregivers. Specifically, technologies have been developed to ease the burden on informal caregivers—typically family members or close relatives—through education modules, monitoring systems, and remote care services. These tools improve the efficiency of caregiving processes and offer emotional and logistical support to those providing care. In conclusion, gerontechnology serves as a crucial tool not only in promoting healthy and secure aging for individuals but also in increasing the overall efficiency of healthcare services, thereby alleviating the social and economic burdens associated with elderly care. As such, it is a field that strives to enhance individual well-being while contributing to the broader societal goal of sustainable aging.

Gerontechnology, as a field dedicated to enhancing the quality of life for older adults, has been examined from various perspectives across different geographical regions and has been the focus of numerous academic studies addressing its economic, social, and environmental impacts. For instance, Delello and McWhorter (2017) emphasize that with individuals aged 65 and over in the United States living longer and experiencing a range of life changes, issues such as loneliness, depression, and a decline in overall health have contributed to increased social isolation (Delello and McWhorter, 2017). In their mixed-methods study, they explored whether information and communication technologies (ICT), particularly iPads, improve the quality of life of older adults. Their findings revealed that technology contributes positively by increasing knowledge, strengthening family ties, and enhancing social connectivity. Portet et al. (2013), in their research on the acceptance and fear of new technologies, demonstrated that voice interfaces hold significant potential for easing the daily lives of older and frail individuals and may be more widely accepted than more intrusive solutions (Portet et al., 2013). Fang et al. (2018) examined the impact of ICT use on the psychological well-being of older adults, considering factors such as age, frailty, and social connectedness (Fang et al., 2018). Their findings indicated that ICT use can improve psychological well-being in adults aged 75 and older by facilitating contact with family members and highlighted the importance of improving access to and literacy in ICT for this age group. Similarly, Blackman et al. (2016), in their study on environment-assisted living technologies for improving aging, emphasized the need for strong interdisciplinary collaboration between health sciences, rehabilitation, gerontology, and social sciences, along with technical fields such as engineering, computer science, and robotics (Blackman et al., 2016). Such collaboration is deemed essential for developing technologies that address the multifaceted needs of a heterogeneous older population, ranging from independent devices to more complex environmental systems. This study is particularly important for framing gerontechnology as a multidisciplinary R&D field.

In another study, Chen and Chan (2014) proposed the Senior Technology Acceptance Model (STAM) to understand the acceptance of gerontechnology among elderly Chinese individuals in Hong Kong (Chen and Chan, 2014). Their model revealed that individual factors such as age, gender, education level, self-efficacy, and anxiety related to technology, as well as health status and functional abilities, significantly affect technology acceptance. Liu et al. (2016), in their research on smart homes and home health monitoring technologies, found that technological readiness among older adults remains low (Liu et al., 2016). Nonetheless, their findings supported the use of home-based health technologies for monitoring daily living activities and managing health in older adults with complex needs. Majumder et al. (2017), in evaluating the advantages and future challenges of smart homes, stressed the importance of developing affordable, unobtrusive, and easy-to-use healthcare solutions to address the health needs of the elderly (Majumder et al., 2017). Smart homes, equipped with environmental and wearable medical sensors, actuators, and modern communication technologies, allow for the continuous and remote monitoring of older adults' health, enabling them to live comfortably at home rather than in costly healthcare facilities. Peek et al. (2016), through a qualitative field study involving 53 older adults aged 68–95 in the Netherlands, identified six key factors influencing technology adoption: challenges in independent living environments, personal attitudes toward technology, social network influences, institutional roles, and the physical environment (Peek et al., 2016). Their findings suggest that both psychological and contextual factors must be considered to support aging in place through technology use. Huisman et al. (2012), in their review of 65 articles, investigated how the physical environment affects recovery processes and overall well-being. Their study

recommended design considerations such as single-patient rooms and adequate lighting and concluded that future research should focus on aligning staff needs with physical environmental design (Huisman et al. 2012). Wang et al. (2020), in their study on the adoption of wearable technologies, demonstrated that factors such as performance expectancy, effort expectancy, facilitating conditions, social influence, and task-technology fit significantly influence consumer behavior regarding wearable technology use. Collectively, these factors explained 68.0% of the variance in usage intention, highlighting the critical role of user perceptions and task-technology alignment in adoption (Wang et al. 2020).

Collectively, these studies reflect a growing body of research in gerontechnology focused on developing technologies to enhance the quality of life for older adults, support their independence, compensate for cognitive and physical limitations, reduce social isolation, and provide tools for caregivers. Although several systematic reviews have been conducted in this field, there is a noticeable lack of bibliometric analyses. Therefore, this study adopts a bibliometric analysis approach to examine the trends within the gerontechnology literature, identify shifts over time, and measure the intensity of research activity in this area.

3. Methodology

Research Objective

The primary aim of this study is to present a comprehensive overview of the existing academic literature on the concept of gerontechnology through bibliometric analyses based on quantitative data and numerical indicators. The study seeks to provide researchers with a holistic understanding of the field by identifying key publication trends, thematic focuses, and collaborative networks.

Data and Analysis

Bibliometric analysis offers valuable insights into prevailing research trends and encourages scholars to explore emerging and underexplored topics. Generally, bibliometric methods are employed to statistically examine the citations of scholarly articles and other publications. In most cases, the aim is to summarize research patterns and visualize academic networks (Zhang, et. al, 2019).

Various tools are available for conducting bibliometric analysis; however, in this study, VOSviewer software was selected due to its robust functional capabilities. Designed by Jan van Eck and Ludo Waltman, VOSviewer facilitates the creation and visualization of bibliometric maps (Van Eck et al. 2019). It is widely used for generating, mapping, and analyzing bibliometric data, offering multidimensional visualizations that help researchers explore the evolution of literature identify conceptual relationships, and discover new thematic clusters.

In May 2024, a search was conducted in the Web of Science database using the keyword "gerontechnology" within "All Fields" to ensure a focused and precise dataset. All searches were conducted in English to ensure consistency and comparability across records, and since only one database (Web of Science) was used, there were no duplicate publications. The use of quotation marks limited the results to publications explicitly using this term, thereby reducing the likelihood of retrieving unrelated research and enhancing the specificity of the inquiry toward this subdomain of technology. The search yielded a total of 760 publications spanning from 1989 to 2024. These included 275 journal articles, 23 editorial materials, 28 book chapters, 4 book reviews, 404 conference proceedings, 4 early access articles, 49 review articles, and 1 book.

Only records indexed in the Web of Science database were included, as this platform provides advanced search indicators, rigorous quality control mechanisms, and access to a diverse and reliable collection of scholarly literature from multiple disciplines. Its credibility in academic publishing ensures the inclusion of ethically sound and high-quality studies.

An analysis of the disciplinary distribution of the publications revealed that the most frequently represented fields include palliative care (117 records), management (108), computer imaging and graphics (54), nutrition and dietetics (36), robotics (36), physiotherapy (31), social psychology (47), telecommunications (18), nursing (17), neuroimaging (17), health literacy and telemedicine (16), and communication (12). The bibliometric data were examined through analyses of authorship, citations, journals, countries, institutions, and keywords.

For network visualization and mapping, VOSviewer (version 1.6.18) was used to conduct a co-occurrence analysis of author keywords. The normalization method was set to LinLog/modularity, and the clustering resolution was fixed at 1.0. A minimum threshold of 1 keyword occurrences was applied to focus the analysis on terms with sufficient frequency. These settings were chosen based on established practices in the bibliometric literature and aimed to balance cluster granularity with interpretability. Parameter selection was informed by previous studies (e.g., Van Eck & Waltman, 2010), ensuring methodological transparency and allowing for reproducibility by other researchers.

Ethical Statement

Because this study utilized secondary data, ethics committee approval was not required. However, no unethical behavior was observed throughout the study.

4. RESULT

Co-authorship of Authors

The Co-authorship Network Map Illustrating Author Collaborations depicts the collaborative relationships between authors, where each node represents an individual author, node size indicates publication output, and the thickness of the connecting lines reflects the strength and frequency of co-authored works, highlighting research partnerships and collaborative clusters. Based on the co-authorship analysis of authors, a network map was generated to identify the most collaborative and interconnected researchers in the field. The analysis was conducted by applying a minimum threshold of one publication and at least one citation per author. As a result, 16 authors grouped into four clusters were identified, with a total of 90 co-authorship links. Each author within this network was found to have 49 total link strength units, indicating a relatively dense level of collaboration among the most active contributors.

In terms of citation impact, *Chen Ke* received 512 citations from 3 links in 2014, *Chan Alan* recorded 173 citations across 28 links in 2016, and *Teh Pei Lee* obtained 66 citations from 22 links in 2018. These findings highlight not only the academic influence of these researchers but also their central roles in collaborative networks within gerontechnology scholarship.

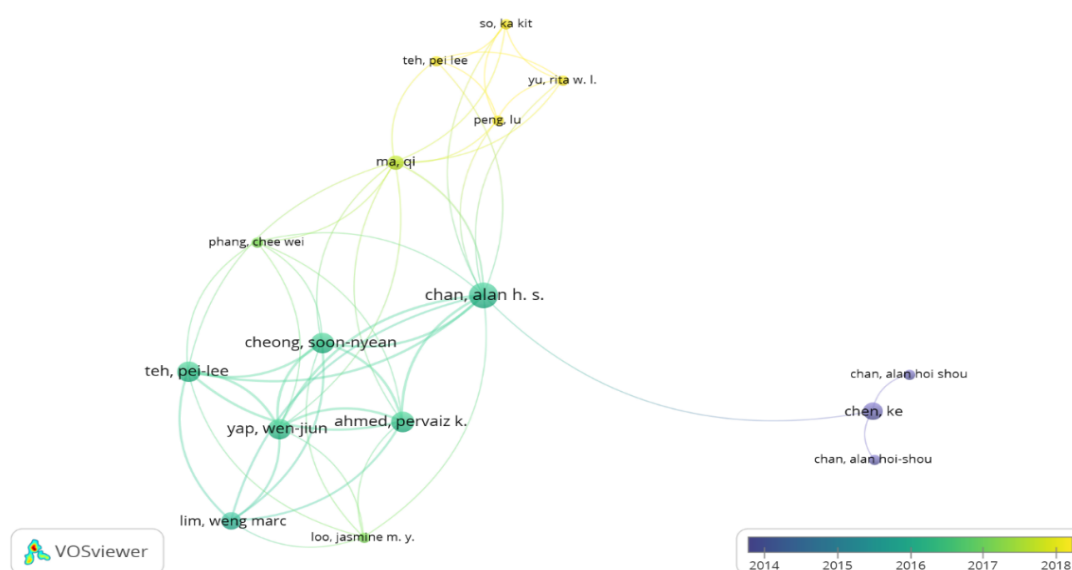


Figure 1. Co-authorship Network Map Illustrating Author Collaborations

Citation of Authors

The Author Citation Network Map shows how authors are connected based on citation relationships, where the size of each node reflects the total number of citations an author has received, and the thickness of the connecting lines indicates the frequency with which one author cites or is cited by another, revealing key contributors and citation dynamics within the field. To identify citation networks among authors, a citation analysis was conducted using a threshold of at least one publication and one citation per author. Based on these criteria, a citation network map was generated to visualize inter-author citation relationships. The analysis revealed a total of 73 nodes, organized into 8 clusters, with 388 citation links and a total link strength of 559.

Among the most frequently cited authors, Chen Ke stands out with 512 citations, followed by Chan Alan with 173 citations, and Ahmed Pervaiz with 66 citations. These three authors not only lead in citation counts but also hold the highest positions in terms of total link strength within the citation network. Their central roles indicate a significant influence on the scholarly development of the gerontechnology field.

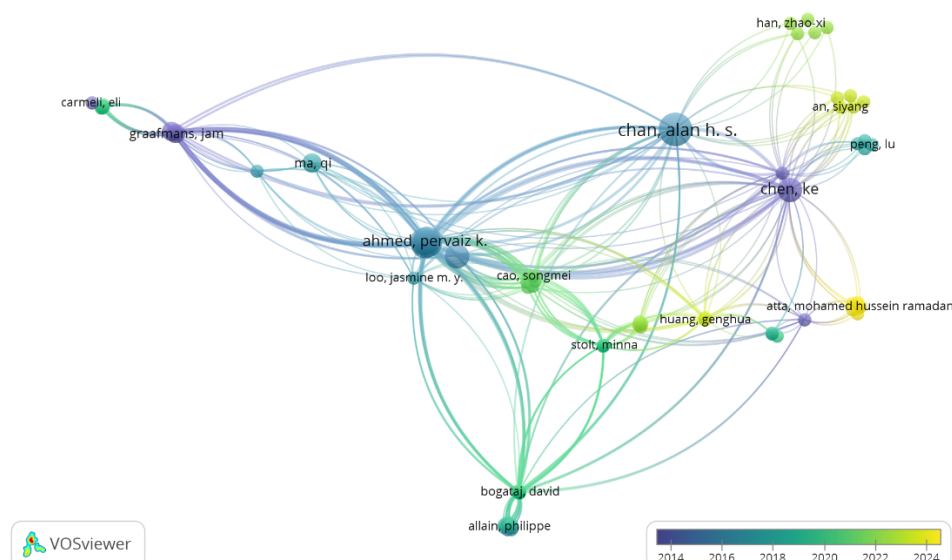


Figure 2. Author Citation Network Map

Citation of Countries

The Country Citation Network Map illustrates the citation relationships between countries, with node size indicating the total number of citations received by each country and line thickness representing the strength of citation links, thereby revealing global research influence and international scholarly connections. To visualize the citation impact of countries based on the origin of publications, a citation network map was generated using the criteria of at least one publication and one citation per country. The analysis was conducted on 15 observation units, revealing 5 clusters, 24 links, and a total link strength of 53.

The countries with the highest citation counts were the People's Republic of China with 616 citations, followed by the United States with 139 citations, and Malaysia with 82 citations. These three countries also ranked highest in terms of total link strength, reflecting both the volume and influence of their contributions in the field of gerontechnology. The distribution of publications by country mirrored the citation rankings, indicating consistent research productivity and academic impact.

In recent years, countries such as Germany (159), Egypt (1), and Bahrain (1) have also emerged with noteworthy publications, signaling a broader global engagement in gerontechnology research.

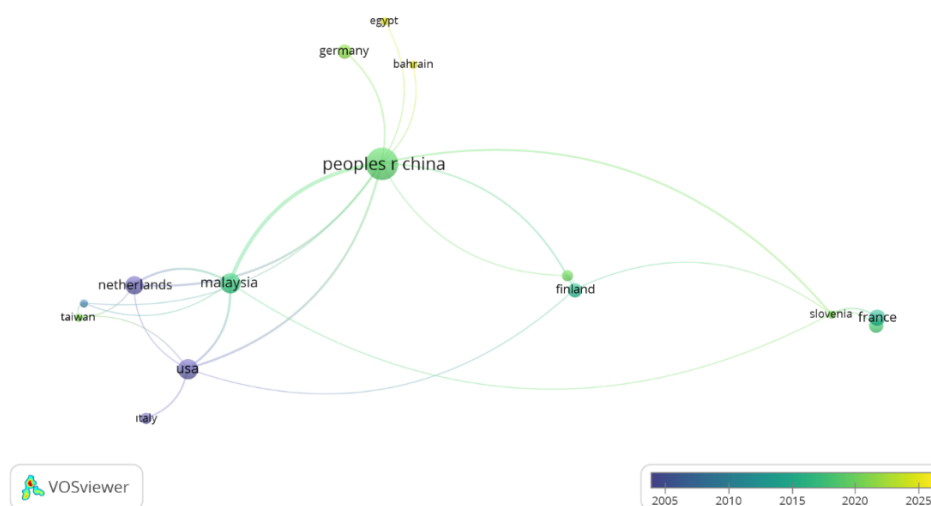


Figure 3. Country Citation Network Map

Citation of Organizations

To examine inter-institutional citation relationships, a citation network map was created using the criteria of at least one publication and one citation per organization. The Institutional Citation Network Map displays the citation relationships between institutions, where node size represents the total number of citations received and the thickness of the connecting lines indicates the frequency of citation links between institutions, highlighting influential academic hubs and collaborative networks. The analysis was carried out across 40 organizational units, resulting in the identification of 11 clusters, 91 links, and a total link strength of 132.

The most highly cited institutions were Hong Kong City University with 580 citations, followed by Monash University with 68 citations, and Multimedia University with 66 citations. These institutions also ranked among the highest in terms of total link strength, indicating their prominent role and scholarly influence in gerontechnology research.

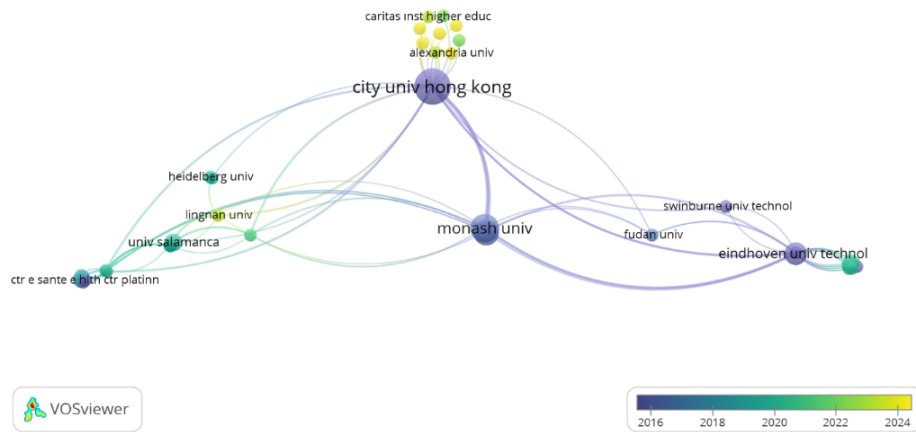


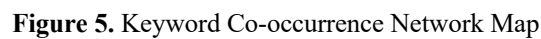
Figure 4. Institutional Citation Network Map

Co-occurrence of All Keywords

The Keyword Co-occurrence Network Map visualizes the relationships between frequently appearing keywords, where node size reflects keyword frequency and line thickness indicates the strength of co-occurrence, revealing major thematic clusters in the literature. An analysis of keywords used in gerontechnology-related publications was conducted to identify the most frequently occurring terms and their co-occurrence relationships. Among the most prominent keywords were "gerontechnology" with 33 occurrences, "older adults" with 9 occurrences, "technology" with 5 occurrences, and "ethics" with 3 occurrences.

In terms of total link strength, the keywords "*gerontechnology*," "*older adults*," and "*technology*" emerged as the most influential, indicating their central role in the thematic structure of the literature.

The analysis, conducted on 133 nodes representing keywords that appeared at least once and demonstrated a relational connection, revealed 23 clusters, 411 links, and a total link strength of 452. These findings highlight the diverse conceptual landscape of gerontechnology research and the interconnectedness of its core themes.



Bibliographic coupling refers to the relationship between two independent documents that cite the same third source. The Bibliographic Coupling Network Map of Documents illustrates how individual publications are linked based on shared references, where thicker lines indicate stronger bibliographic coupling, reflecting a closer intellectual relationship between the documents. In this study, an analysis was conducted on 34 documents that met the criterion of having at least one citation and demonstrated inter-document connections. The results revealed 7 clusters, 150 links, and a total link strength of 402.

183

Bibliographic Coupling of Authors

The bibliographic coupling analysis of authors was performed using the criteria of having published at least one work and received at least one citation. Among the 111 connected author units included in the analysis, a total of 11 clusters, 1,848 links, and a total link strength of 21,142 were identified.

The authors with the highest bibliographic coupling were Chan Alan, with 173 citations and a link strength of 2,265, followed by Ahmed Pervaiz and Cheong Soon Nyeen, each with 66 citations and a link strength of 1,680. These results highlight the strong intellectual connections these authors share with other researchers in the field, suggesting that their works are frequently grounded in similar bodies of literature.

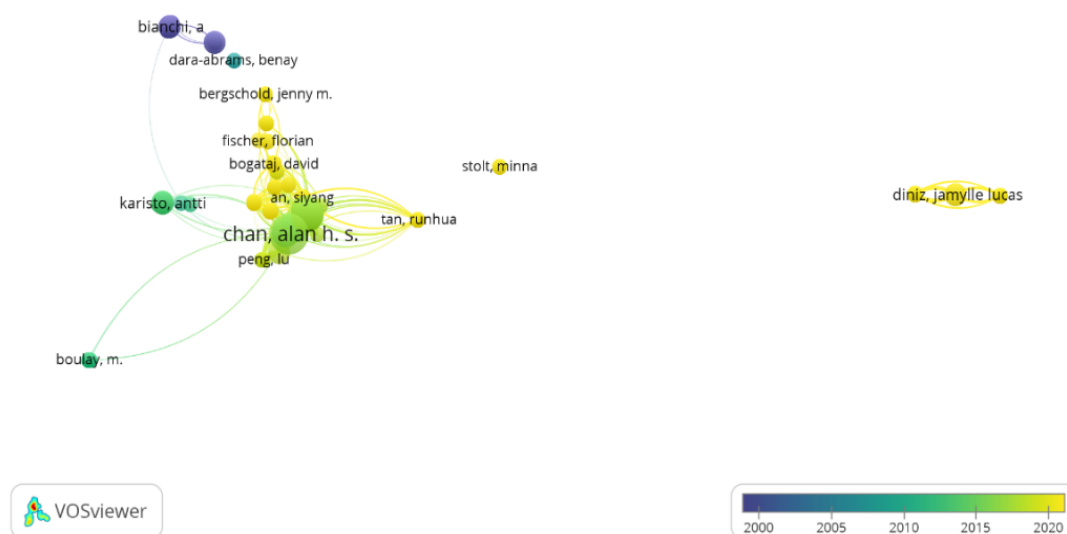


Figure 7. Bibliographic Coupling Network Map of Authors

Co-citation of Authors

Co-citation refers to the occurrence of two or more authors being cited together within the same publication. In a *Bibliographic Coupling Network Map of Authors*, the **nodes** represent individual authors, and the **connecting lines (edges)** illustrate the degree of bibliographic coupling between them—that is, how many references they have in common. The **thicker the connecting line**, the greater the number of shared references, indicating a stronger intellectual or thematic connection in their work. The **size of each node** typically reflects the author's total citation count, signaling their influence within the field. In this analysis, a minimum threshold of 10 citations was set, and 7 author units that met this criterion and showed interconnections were included in the network. The analysis revealed 2 clusters, 19 links, and a total link strength of 176.

The most frequently co-cited authors were Chen K. with 26 co-citations, followed by Fozard J.L. with 15, and Peek S.T.M. with 12. These authors are commonly referenced together in gerontechnology literature, indicating that their work is considered foundational and complementary within the scholarly discourse.

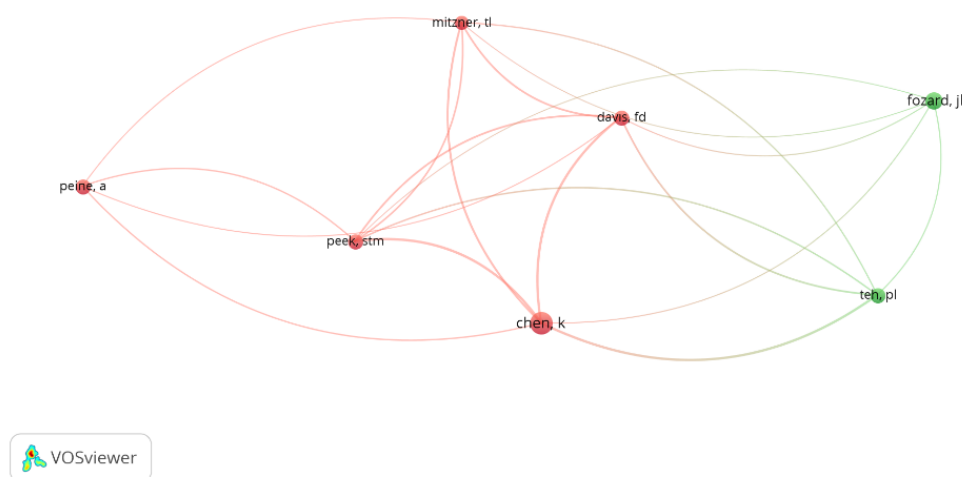


Figure 8. Co-citation Network Map of Authors

5. DISCUSSION AND CONCLUSION

This study evaluates a range of findings derived from both quantitative analysis and the theoretical examination of scholarly works on gerontechnology. A total of 760 publications from various disciplines—comprising 275 journal articles, 23 editorials, 28 book chapters, 4 book reviews, 404 conference papers, 4 early access articles, 49 review articles, and 1 book—published between 1989 and 2024 were analyzed. The findings highlight *gerontechnology* as an emerging multidisciplinary Research and Development domain aimed at enhancing the quality of life for older adults. The concept centers on promoting independence, preventing accidents and health threats, compensating for physical and cognitive limitations, and supporting both informal and formal caregivers. A consensus exists in the literature on the functional roles of gerontechnology, which also necessitates a clearer conceptual definition given its interdisciplinary nature.

The field merges scientific research with ergonomics, gerontology, and technological innovation, positioning itself as a vital platform for responding to the diverse needs of the aging population. Academic contributions from countries such as China, the United States, and Malaysia, and institutions like Hong Kong City University and Monash University, demonstrate the international scope and growing impact of the field. In recent years, emerging contributions from Germany, Egypt, and Bahrain have also gained attention.

Technological solutions—such as vital sign monitoring systems, fall detection devices, medication reminders, and smart home technologies—have been developed to support older adults' mobility, personal care, and daily activities. Despite their benefits, adapting to rapidly evolving technologies can be challenging for older adults due to cognitive and physical limitations; however, they tend to more easily adopt devices similar to technologies they have previously used. The World Health Organization's guidelines on age-friendly cities highlight the importance of accessible housing, transportation, social participation, and healthcare, aiming to foster active aging and inclusion. These approaches position older adults not only as service recipients but as active contributors to society.

Keyword trends show a temporal shift: earlier studies emphasized “aging”, “assistive technology”, “silver economy”, and “aging policy” while recent work has increasingly focused on “life quality”, “emerging technology”, “co-creation”, “mental wellbeing”, “accident prevention”, and “health promotion”. These evolving themes reflect the growing complexity and relevance of gerontechnology. The frequent co-occurrence of keywords such as “ethics” and “older adults” may be interpreted through the lens of the Senior Technology Acceptance Model (STAM), particularly in relation to dimensions such as *technology-related anxiety* and *perceived usefulness*,

indicating that ethical concerns and user characteristics significantly shape the acceptance of gerontechnological innovations.

Looking forward, research in gerontechnology must further investigate its individual, societal, political, economic, and cultural impacts. The rise of artificial intelligence and its symbiosis with user-generated data online offers new opportunities at the intersection of AI and gerontechnology. The steady growth of literature from 53 studies in 1992 to 105 in 2021 demonstrates increasing scholarly interest, supported by accumulated global experience and academic output. Periodic literature reviews will continue to serve as essential tools for informing both experts and the broader public from a scientific perspective.

Future research should also explore the diffusion, usage potential, and ethical dimensions of AI-integrated Geron technological products. Additionally, the effectiveness of public awareness strategies—including education programs, campaigns, and outreach activities—should be evaluated with attention to cultural and demographic diversity. Comparative studies may yield actionable insights for implementation across various sectors.

It is crucial for professionals from a wide range of fields—including engineers, health administrators, urban planners, social workers, technology developers, policymakers, legislators, and care providers—to develop an understanding of gerontechnology. The field offers not only solutions to facilitate daily living for older adults but also strategies to mitigate the broader social and economic consequences of population aging. Thus, increasing interdisciplinary awareness and collaboration is essential to meet the evolving needs of older populations effectively.

Limitations of the study must also be acknowledged. First, while the Web of Science database is a leading source, incorporating additional databases in future research could broaden the scope. This may introduce database bias by excluding relevant studies in other indexing services (e.g., Scopus, PubMed), particularly non-English literature, thereby limiting generalizability. Second, the findings reflect the state of the literature as of the date of data retrieval and may not account for very recent developments. Lastly, although VOSviewer was chosen for its strong visualization capabilities, future studies could benefit from using alternative bibliometric software to explore additional analytical dimensions.

AUTHORS' STATEMENT

Contribution Statement: The authors have contributed equally to the article.

Acknowledgement: The study did not receive support from any institution or organization.

Conflict of Interest Statement: There is no potential for conflict of interest in the study.

REFERENCES

- Bilotta, C., et al. (2011). Older people's quality of life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up: A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-72>
- Blackman, S., Matlo, C., Bobrovitskiy, C., Waldoch, A., Fang, M. L., Jackson, P., ... & Sixsmith, A. (2016). Ambient assisted living technologies for aging well: A scoping review. *Journal of Intelligent Systems*, 25(1), 55-69. <https://doi.org/10.1515/jisys-2015-0061>
- Chen, K., & Chan, A. H. S. (2014). Gerontechnology acceptance by elderly Hong Kong Chinese: A senior technology acceptance model (STAM). *Ergonomics*, 57(5), 635-652. <https://doi.org/10.1080/00140139.2014.907356>
- Delello, J. A., & McWhorter, R. R. (2017). Reducing the digital divide: Connecting older adults to iPad technology. *Journal of Applied Gerontology*, 36(1), 3-28. <https://doi.org/10.1177/0733464814544047>
- Fang, Y., Chau, A. K., Wong, A., Fung, H. H., & Woo, J. (2018). Information and communicative technology use enhances psychological well-being of older adults: The roles of age, social connectedness, and frailty status. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1516-1524. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1362784>
- Huisman, E. R., Morales, E., Van Hoof, J. & Kort, H. S. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70-80. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.07.013>
- Liu, L., Stroulia, E., Nikolaidis, I., Miguel-Cruz, A. & Rincon, A. R. (2016). Smart homes and home health monitoring technologies for older adults: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 91, 44-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.04.003>
- Majumder, S., Aghayi, E., Noferesti, M., Memarzadeh-Tehran, H., Mondal, T., Pang, Z. & Deen, M. J. (2017). Smart homes for elderly healthcare—Recent advances and research challenges. *Sensors*, 17(11), 2496. <https://doi.org/10.3390/s17112496>
- Marshall, G. A., Rentz, D. M., Frey, M. T., Locascio, J. J., Johnson, K. A., & Sperling, R. A. (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in MCI and AD. *Alzheimer's Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* 7(3), 300–308. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2010.04.005>
- Peek, S. T., Luijkx, K. G., Rijnaard, M. D., Nieboer, M. E., Van Der Voort, C. S., Aarts, S., ... & Wouters, E. J. (2016). Older adults' reasons for using technology while aging in place. *Gerontology*, 62(2), 226-237. <https://doi.org/10.1159/000441271>
- Portet, F., Vacher, M., Golanski, C., Roux, C., & Meillon, B. (2013). Design and evaluation of a smart home voice interface for the elderly: Acceptability and objection aspects. *Personal and Ubiquitous Computing*, 17, 127-144. <https://doi.org/10.1007/s00779-012-0576-3>
- Reppermund, S., et al. (2011). The relationship of neuropsychological function to instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(8), 843–852. <https://doi.org/10.1002/gps.2612>
- US Census. (2021). The U.S. joins other countries with large aging populations. 2018 Census.gov. <https://www.census.gov/library/stories/2018/03/graying-america.html> (accessed Dec. 20, 2021).
- Valenzuela, T., Okubo, Y., Woodbury, A., Lord, S. R., & Delbaere, K. (2018). Adherence to technology-based exercise programs in older adults: A systematic review. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 41(1), 49–61. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000095>
- Van Eck, Nees Jan, & Ludo Waltman. (2014). Visualizing bibliometric networks. *Measuring scholarly impact: Methods and practice*. Cham: Springer International Publishing, 285-320.
- Wang, H., Tao, D., Yu, N., & Qu, X. (2020). Understanding consumer acceptance of healthcare wearable devices: An integrated model of UTAUT and TTF. *International Journal of Medical Informatics*, 139, 104156. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104156>

- Woolf, S. H. & Schoomaker, H. (2019). Life expectancy and mortality rates in the United States, 1959-2017. *JAMA*, 322(20), 1996–2016. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.16932>
- Yousaf, K., et al. (2020). A comprehensive study of mobile-health based assistive technology for the healthcare of dementia and Alzheimer's disease (AD). *Health Care Management Science*, 23(2), 287–309. <https://doi.org/10.1007/s10729-019-09486-0>
- Zhang, X., Estoque, R.C., Xie, H., Murayama, Y., & Ranagalage, M. (2019). Bibliometric analysis of highly cited articles on ecosystem services. *PLoS ONE*, 14(2), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210707>



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

TÜRKİYE'DEKİ HASTANELERİN KALİTE POLİTİKALARININ SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARINA GÖRE İNCELENMESİ*

EXAMINATION OF QUALITY POLICIES OF HOSPITALS IN TÜRKİYE ACCORDING TO QUALITY STANDARDS IN HEALTH

Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU¹

Arş. Gör. Pınar ÜNKÜR²

ÖZ

Bu çalışmada Türkiye'deki hastanelerin web sitelerinde yer alan kalite politikalarının incelenmesi ve hastanelerin kalite politikalarının Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) sürüm 6.1'e uygunluk düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda Türkiye'deki hastanelerin web siteleri incelenmiş, hastanelere Google arama motoru üzerinden erişilmiştir. Çalışma kapsamında 1554 hastaneye ulaşılmış olup hastanelerin; 1013 tanesi kamu, 541 tanesi özeldir. Hastanelerden 130'unun web sitesinin olmadığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla çalışmada toplam 1424 hastanenin kalite politikası incelenmiştir. Bu hastanelerden 456 (%32,02) hastanenin web sitesinde kalite politikası yoktur. Hastanelerin kalite politikaları 4 kriter üzerinden incelenmiştir. İnceleme sonucunda hastanelerin 1. kriteri %46,48 (n=450), 2. kriteri %87,08 (n=843) 3. kriteri %39,04 (n=378), 4. kriteri ise %92,76 (n=898) sağladığı görülmüştür. İncelenen kalite politikalarında kriterlerin tamamını sağlayan hastane sayısının 216 (%22,31), tüm kriterleri sağlamayan hastane sayısının ise 28 (%2,89) olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hastanelerin kalite politikalarının, SKS Hastane Sürüm 6.1'de yer alan kalite politikası kriterlerinden en fazla sürekli iyileştirme boyutuna vurgu yaptığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Kalite Politikası, Amaç ve Hedefler, Sürekli Gelişim, Süreklilik

JEL Sınıflandırma Kodları: I11, I18, D02, L15

ABSTRACT

This study aimed to examine the quality policies on the websites of hospitals in Türkiye and evaluate the level of compliance of the quality policies of the hospitals with the Health Quality Standards (HQS) version 6.1. In this direction, the websites of hospitals in Türkiye were analyzed, and the hospitals were accessed through the Google search engine. Within the scope of the study, 1554 hospitals were reached, 1013 of which are public and 541 private. It was observed that 130 of the hospitals did not have a website. Therefore, the quality policy of a total of 1424 hospitals was analyzed in the study. Of these hospitals, 456 (32.02%) do not have a quality policy on their websites. The quality policies of the hospitals were analyzed based on four criteria. As a result of the examination, it was seen that 46.38% (n=450) of the hospitals met the 1st criterion, 87.07% (n=843) of the 2nd criterion, 39.08% (n=378) of the 3rd criterion and 92.76% (n=898) of the 4th criterion. It was determined that the number of hospitals that met all the criteria in the quality policies examined was 216 (%22,31), and the number of hospitals that did not meet all the criteria was 28 (%2,89). The study determined that the quality policies of the hospitals emphasized the continuous improvement dimension the most among the quality policy criteria in the HQS Hospital Version 6.1.

Keywords: Healthcare Quality, Quality Policy, Goals and Objectives, Continuous Improvement, Continuity

JEL Classification Codes: I11, I18, D02, L15

* Bu çalışma 03.05.2024 tarihinde 18. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi'nde sunulan ve tam metni bildiriler kitabında yayınlanmayan "Türkiye'deki Hastanelerin Kalite Politikalarının Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre İncelenmesi" başlıklı bildiriden hazırlanmıştır.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ali.arslanoglu@sbu.edu.tr

² Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, pinar.unkur@gop.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The health sector is the fastest-growing service sector in developed and developing countries and is of great interest worldwide regarding its impact on people's welfare. Rapidly changing health needs, increasing public expectations, and health targets emphasize the necessity of quality health service delivery for health systems to produce better health outcomes and greater social value. In Türkiye, the foundations of quality in health studies are based on the Health Transformation Programme launched in 2003, and the system aims to bring patient and employee safety and patient and employee satisfaction to the best possible level and to provide efficient, practical, efficient, timely, and equitable health services. Hospitals are one of the most critical organizations operating in health services. All hospitals operating in Türkiye must implement and develop the standards in the Health Quality Standards (HQS)-Hospital set put into effect by the Ministry of Health. These hospitals should establish their quality policies and share them with the public. Quality policy is a document that expresses a hospital's actions, methods, actions and orientations regarding quality and is declared to be committed by senior management.

Design/methodology/approach:

The study data were obtained from the quality policies on the web pages of public and private hospitals operating in Türkiye. According to the Health Statistics 2022 published by the Ministry of Health, the number of hospitals in Türkiye is 1555. Therefore, this number was determined as the study population and the websites of 1554 hospitals reached by the researchers between November 2023 and April 2024 were scanned via the Google search engine. Among the 1554 hospitals, 130 did not have a website, and analyses were carried out on the website's of 1424 hospitals. In the first stage, the existence of quality policies of the hospitals was checked, and the compliance of the content of the quality policies of the hospitals with quality policies with the HQS was evaluated. The evaluation criteria are as follows:

- 'Compliance with the objectives of the hospital and its strategic goals established in line with its objectives.'
- 'Establishment and regular review of quality objectives'
- 'Fulfilment of the requirements of the quality management system and ensuring its continuity.'
- 'Continuous improvement of the effectiveness of the quality management system.'

Findings:

Within the scope of the study, 1424 hospitals with websites were examined, and it was seen that the number of public hospitals with quality policies on the website was 626, and the number of private hospitals was 342. Within the scope of the research, the quality policies of a total of 968 hospitals were evaluated. According to the examinations made to assess the compliance of the quality policies of the hospitals with the HQS criteria, it was seen that the commitment status criterion related to the hospital's compliance with the strategic objectives set out for the hospitals was met by 450 hospitals (46.48%). It was determined that 87% of the hospitals had established quality objectives and were committed to reviewing them regularly (n=843). It was found that most hospitals (n=590, 60.95%) did not fulfill the third criterion and, therefore, did not have the commitment to ensure the continuity of the processes related to the quality system. It was observed that the hospitals whose quality policies were analyzed mostly fulfilled the commitment criterion related to continuous improvement of the effectiveness of the quality management system (n=898, 92.76%). In addition to all these, it was observed that the quality policies of the hospitals met all the criteria, and it was found that only 216 (22.31%) of 968 hospitals met all the criteria. In comparison, 28 hospitals (2.89%) did not meet any criteria.

Conclusion and Discussion:

In the present study, the quality policies of hospitals in Türkiye are considered to reflect the service quality offered in hospitals; the aim is to evaluate the compliance of the quality policies of hospitals with the criteria for establishing a quality policy by examining their websites. A quality policy prepared per the HQS will be a strong road map for achieving the institutions' goals and will directly affect the sustainability of the service provided through continuous improvement. In this context, it was determined that 968 hospitals have a quality policy. In the second step of the study, the quality policies of 968 hospitals were analyzed based on four criteria specified in the HQS. During the examination, it was determined that 216 (22.31%) hospitals' quality policies met all criteria. In comparison, 28 hospitals (2.89%) did not meet any criteria and did not prepare a quality policy by the HQS. It was observed that the quality policies of the hospitals emphasized the continuous improvement criterion the most. However, it was observed that the quality policies analyzed mostly did not reflect the aims and objectives of the hospital, and the continuity of the quality management system was not ensured. When the literature on the subject was analyzed, no research directly addressing the quality policies of hospitals was found. This situation limits the comparability of the research data and constitutes one of the study's limitations. When it is foreseen that hospitals that prepare their quality policies by the HQS criteria will act in a more planned manner in line with their vision, the results of the present study reveal that the quality policies of the hospitals providing services in Türkiye should be reviewed and that hospitals without quality policies should create unique quality policies that reflect the service understanding of their institutions.

1. GİRİŞ

Sağlık sektörü, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en hızlı büyüyen hizmet sektörü olmasının yanı sıra, insanların refahını etkilemesi bakımından da dünya çapında büyük ilgi görmektedir. Özellikle hizmetin kalitesini iyileştirmek ve performansı artırmak sağlık kurumlarının en önemli önceliklerindendir (Lee, 2012). Herkes kalitenin bir arzu olarak görülmesinden yanadır ve çoğu kişi kaliteyi gördüğünde tanır ancak sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlamak çok daha zordur (Kapoor, 2011). Bir grup bireye kalitenin onlar için ne anlam ifade ettiği sorulduğunda, gruptaki kişi sayısı kadar tanım olabilir ve farklı tanımlar, herkesin bakış açısına göre kalite kavramının şekillenmesine yol açacaktır (Buttall, Hendler ve Daley, 2008). Örneğin sağlık kuruluşlarındaki hasta ve yakınlarına göre kalite; iyi hizmet, beklenti ve ihtiyaçların karşılanması, mükemmeliyet ve memnuniyet gibi anlamlara gelmekte iken; sağlık çalışanlarına göre kalite teknik donanımı, sağlık kurumunun temiz-düzenli olması ile sağlık personelinin tecrübeli olmasını temsil etmektedir (Oksay, 2016). Bu örnekte olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının literatürde farklı biçimlerde tanımlandığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Seçilmiş Tanımları

Tanımlayan	Kalite Tanımı
Donabedian, 1980	Bakım kalitesi, bakım sürecinin tüm aşamalarında beklenen kazanç ve kayıpların dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın refahını kapsayıcı bir şekilde en üst düzeye çıkarması beklenen bakım türüdür. En genel anlamıyla kalite “eldeki araçları kullanarak arzu edilen amaç ve hedeflere ulaşma yeteneğidir”.
Tıp Enstitüsü (IOM), 1990	Bakım kalitesi, sağlık hizmetlerinin birey ve toplumların istenilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve güncel mesleki bilgiyle tutarlı olma derecesidir.
Avrupa Konseyi, 1997	Bakım kalitesi, mevcut bilgi düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, uygulanan tedavinin hastanın istediği sonuçları elde etme şansını artırma ve istenmeyen sonuç olasılığını azaltma derecesidir.
Avrupa Komisyonu, 2010	Kaliteli bakım, etkili, güvenli ve hastaların ihtiyaç ve tercihlerine yanıt veren sağlık hizmetidir.
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2018	Dünya çapında kaliteli sağlık hizmetleri etkili, güvenli ve insan odaklı olmalıdır. Kaliteli sağlık hizmetlerinin faydalarından yararlanabilmek için sağlık hizmetlerinin zamanında sunulması, adil, entegre ve verimli olması gerekir.

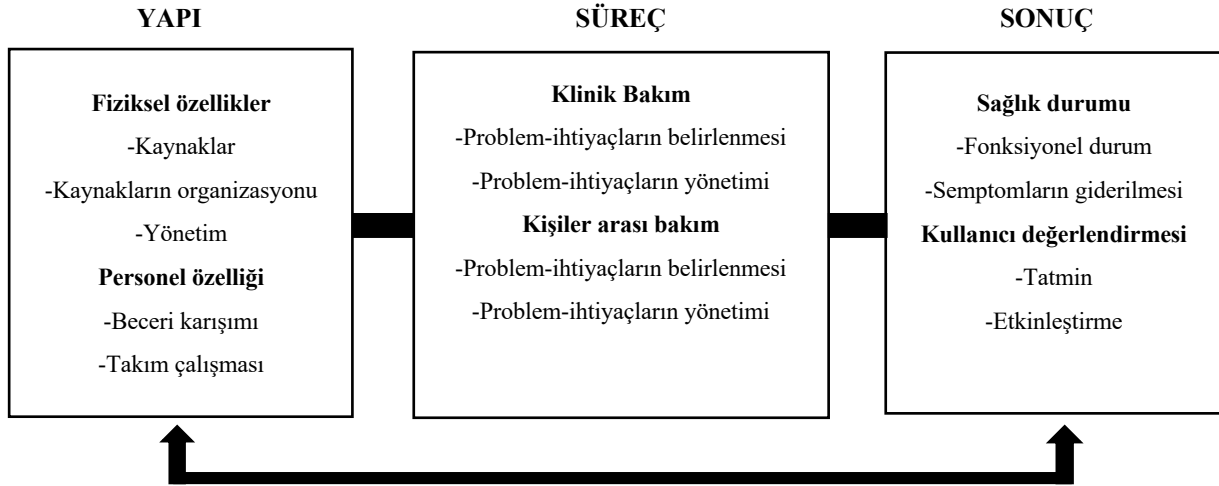
Kaynak: (World Health Organization (WHO), 2019).

IOM’un tanımından yola çıkarak Buttall ve arkadaşları sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını genişletmiş; birey ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarının olasılığını artırma (kalite ilkeleri), mevcut mesleki bilgiyle tutarlı olma (profesyonel uygulayıcı becerisi) ve sağlık hizmeti kullanıcılarının (pazar) beklentilerini karşılama derecesinden meydana geldiğini belirtmişlerdir (Buttall, Hendler ve Daley, 2008).

Sağlık sektöründe bakım kalitesi bir kavramdan daha fazlası olup hasta refahını sağlamak ve finansal açıdan hayatta kalmak için olmazsa olmaz hale gelmiştir (Buttall, Hendler ve Daley, 2008). Sağlık hizmetlerine yönelik artan talep, yükselen maliyetler, kıt kaynaklar ve klinik uygulamalardaki farklılıklara dair bulgular, dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçme ve iyileştirmeye olan ilgiyi artırmıştır (Campbell, Roland ve Buetow, 2000). Sağlık hizmeti kalitesinin değerlendirilmesi sağlık hizmeti alanlar, hizmeti sunanlar ve toplum için oldukça önemli bir faktördür (Ramsaran-Fowdar, 2005). Gupta ve Rokade, sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesinde hasta memnuniyetinin en önemli parametre olduğunu öne sürmektedir. Bununla birlikte yapmış oldukları çalışmada sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirmeye yardımcı olan parametreleri; dokümantasyon, hekim ve çalışan performansı, müşteri memnuniyeti, enfeksiyon oranı, ortalama yatış süresi, hizmetin sorumluluğu, standart operasyon prosedürleri şeklinde açıklamaktadır (Gupta ve Rokade, 2016).

Donabedian sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi için sistem bazlı bir model geliştirmiş ve bu sistemin yapı, süreç ve sonuçlardan meydana geldiğini ileri sürmüştür (Donabedian, 1988). Sağlık hizmetinin yapısı, sunulan hizmet (süreç) ve bireyler ile sağlık sistemi arasındaki etkileşimin sonuçları arasında farklılıklar söz konusudur. Yapı; hizmetin sunulduğu ve alındığı kanaldır. Süreçler, sağlık hizmeti alanlar ile sunanlar arasındaki etkileşimleri; daha genel bir ifadeyle gerçekleştirilen tüm eylemleri içermektedir. Sonuçlar süreçlerde elde edilen çıktılardır. Yapı ve süreçler sonucu dolaylı veya doğrudan etkileyebilir. Ancak, bu bileşenlerin her birinin göreceli önemi farklı durumlarda değişecektir (Campbell, Roland ve Buetow, 2000). Donebedian sağlık hizmetlerinde

kalitenin bileşenlerini yedi boyut olarak ele almış ve bu boyutları; etkililik, etkinlik, verimlilik, uygunluk, eşitlik, yasallık ve kabul edilebilirlik olarak öne sürmüştür. Bu bileşenler tek tek ya da bütüncül bir biçimde ele alındığında sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını ve büyüklüğünü temsil etmektedir (Donabedian, 2003). Şekil 1, bireylerin aldığı sağlık hizmeti için yapı, süreç ve sonucun altında yatan temel alanları ve bu alanların boyutlarını göstermektedir.



Şekil 1. Bakımın Değerlendirilmesi İçin Sistem Bazlı Bir Model

Kaynak: (Campbell, Roland ve Buetow, 2000).

Dünyada hızla değişen sağlık ihtiyaçları, artan kamu beklentileri ve sağlık hedefleri, sağlık sistemlerinin daha iyi sağlık sonuçları ve daha büyük sosyal değer üretmesi için kaliteli sağlık hizmeti sunumunun gerekliliğini vurgulamaktadır (Kruk vd., 2018). 21. yüzyılda sağlık sistemleri, sağlık politikalarının yönünü nüfuslarına sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye odaklanmış vaziyettedir (Sheingold ve Hahn, 2014). Hasta memnuniyeti ve sadakat gibi hasta davranışlarını etkileyen kalitenin (Naidu, 2009), sağlık hizmetlerinde varlığından bahsedilebilmesi için yönetim ve organizasyon süreçlerinin net ve açık bir biçimde ortaya konulması gerekmektedir (Aslantekin vd., 2007).

Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programına dayanmakta olup sistem; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini mümkün olan en iyi seviyeye taşımaya ve etkin, etkili, verimli, zamanlı ve hakkaniyete dayalı sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). Sekiz bileşenden oluşan program, altıncısı olan “nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sunumu için sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon” bileşeni ile kalite ve akreditasyonun altını çizmektedir (Arslanoğlu vd., 2023). Bu kapsamda oluşturulan ve beş boyuttan oluşan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesini ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeyi amaçlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Sağlık hizmetlerinde faaliyet gösteren önemli kuruluşların başında hastaneler gelmektedir. Türkiye’de faaliyet gösteren tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan SKS-Hastane setinde bulunan standartları uygulamak ve geliştirmek zorundadır. Bu hastaneler kalite ile ilgili politikalarını oluşturmalı ve kamuoyu ile paylaşmalıdır. Kalite politikası, bir hastanenin kalite ile ilgili yapacaklarını, yöntemlerini, eylemlerini ve yönelimlerini ifade eden, üst yönetim tarafından taahhüt edildiği bildirilen bir dokümandır.

Mevcut çalışmada Türkiye’de sağlık hizmeti sunan hastanelerin kalite politikalarının web siteleri üzerinden incelenmesi ve SKS-Hastane KKY01.01 kodlu değerlendirme ölçütünde belirtilen kriterlere uyumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hastanelerin kalite politikalarının sorgulanmasının, hastanelerin SKS’ye uyumunun gözlemlenmesi ve ne kadar başarılı olduklarını tespit edebilmek için önemli olacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte kalite politikalarının hastaneler tarafından açıkça paylaşılmasının hem şeffaflık sağlaması hem de hasta deneyimi ve güveni konusunda hastanelerin kendilerini iyileştirmeleri için güçlü bir adım olduğu düşünülmektedir. Literatürde Türkiye’deki hastanelerin web sitelerinin incelendiği çalışmalar yer almasına rağmen (Çolak, Kaymakoglu ve Ersoy, 2006; Özdemir Karaca ve Usta, 2020), hem hastanelerin kalite

politikalarının ele alındığı hem de Türkiye’deki tüm hastanelerin örneklem edinildiği araştırmanın olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla bu durum mevcut çalışmanın gerekli ve değerli olduğunu göstermekle birlikte özgünlüğünü yansıtmaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar ile hastanelerin kalite politikalarını yeniden değerlendirmelerini sağlamaya yönelik görüş sunmak ve sağlıkta kalitenin artırılmasına destek olmak, araştırmanın hedeflediği kazanımlardandır.

2. YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022’ye göre Türkiye’deki hastane sayısı 2022 yılında 1555 olarak kaydedilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2024). Dolayısıyla bu rakam çalışmanın evreni olarak belirlenmiş ve çalışma kapsamında Kasım 2023 ile Nisan 2024 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından ulaşılan 1554 hastanenin web siteleri Google arama motoru üzerinden taranmıştır. Hastanelerin web sitesine her ile ait il sağlık müdürlüğü sayfasından ulaşılmıştır. İl sağlık müdürlüklerinin internet sitelerinde hastanelerin isimlerine ve web sayfalarına ilişkin uzantıların olmadığı durumlarda “trhastane.com.tr” internet adresinden il bazında hastane isimlerine erişilerek ayrıca arama gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda kapatılan hastaneler çalışmaya dahil edilmemiştir. Taranan 1554 hastane arasında 130 hastanenin web sitesi olmadığı görülmüş olup 1424 hastanenin web sitesi üzerinden incelemeler gerçekleştirilerek kalite politikalarının varlığı ve içeriklerinin SKS’ye uygunluğu değerlendirilmiştir.

Verilerin Analizi

SKS Hastane 6.1. versiyonunun birinci boyutunun ikinci bölümünü Kalite Yönetimi oluşturmaktadır. Bu bölüm altında yer alan KKY01 kodlu çekirdek standarda göre hastaneler kalite politikası oluşturmalıdır. Hastanelerin kalite politikalarının nasıl oluşturulması gerektiği KKY01.01 kodlu değerlendirme ölçütünde dört bileşen üzerinden değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020):

- “Hastanenin amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu”
- “Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi”
- “Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması”
- “Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi.”

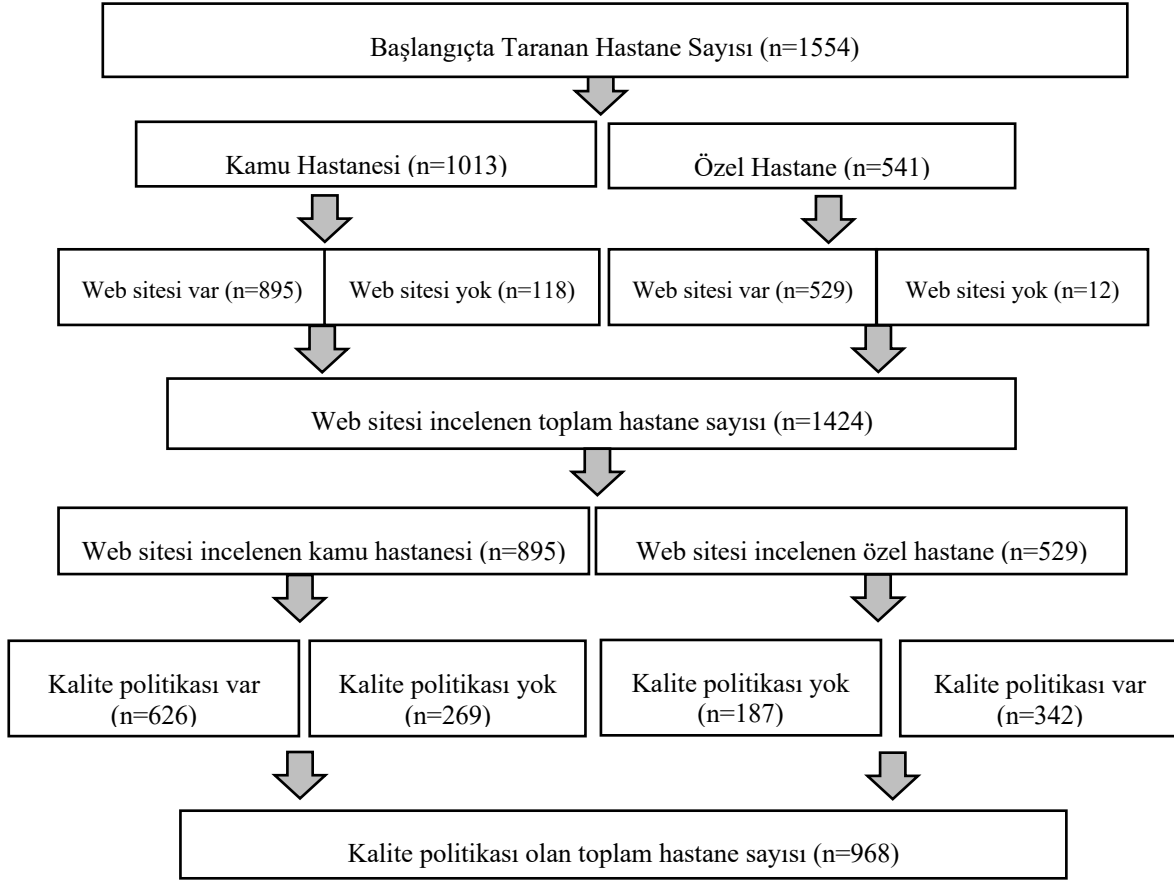
Çalışma kapsamında ilk etapta web sitelerine erişilen hastanelerin kalite politikalarının var olup olmama durumları sorgulanmış ve bu hastaneler Microsoft Excel programı üzerinde plakalarına, illerine, kamu/özel hastane olmalarına ve kalite politikaları olup olmama durumlarına göre sınıflandırılmıştır. İkinci adımda web sitesinde kalite politikası olan hastanelere odaklanılmış ve kalite politikası olan hastanelerin kriterleri sağlayıp sağlamama durumları değerlendirilmiştir. 1424 hastane üzerinden erişilen verilerin analizi Microsoft Excel programı üzerinden yüzdelik değerleri hesaplanarak gerçekleştirilmiştir.

Etik Durum

Mevcut çalışma ikincil verilere dayandığı ve herhangi bir bireysel müdahale içermediği için etik kurul onayı alınmasına ihtiyaç duyulmamıştır.

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde hastanelerin web sitelerinin incelenme adımları Şekil 2, kalite politikalarının SKS’de belirtilen kriterlere uyum sağlama durumları Tablo 2 vasıtasıyla aktarılmıştır.



Şekil 2. Hastanelerin Kalite Politikalarının İncelenme Adımları

Şekil 2’de görüldüğü üzere, çalışma kapsamında web sitesi olan 1424 hastane incelenmiş ve web sitesinde kalite politikası olan kamu hastane sayısının 626, özel hastane sayısının 342 olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamında toplam 968 hastanenin kalite politikası değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Tablo 2. Hastanelerin Kalite Politikalarının Sağlıkta Kalite Standartlarına Uygunluk Durumları

Kriterler	Sağlanma Durumu			
	Sağlanıyor		Sağlanmıyor	
	n	%	n	%
1) Hastanenin amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu ile ilgili taahhüttü	450	46,48	518	53,52
2) Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi ile ilgili taahhüttü	843	87,08	125	12,92
3) Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması ile ilgili taahhüttü	378	39,05	590	60,95
4) Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili taahhüttü	898	92,76	70	7,24
Tüm kriterlerin bütün olarak sağlanma/sağlanmama durumu	216	22,31	28	2,89

Hastanelerin kalite politikalarının SKS kriterlerine uygunluğunu değerlendirmek üzere yapılan incelemelere göre; hastanelerin amaçlarına yönelik ortaya konulan stratejik hedeflerine uygunluğu ile ilgili taahhüt durumu kriterinin 450 hastane tarafından sağlandığı (%46,48) görülmüştür. Hastanelerin %87’sinin kalite hedeflerini oluşturduğu ve düzenli olarak gözden geçirilmesi ile ilgili taahhüttü bulunduğu tespit edilmiştir (n=843). İncelemeye alınan

hastanelerin büyük çoğunluğunun (n=590, %60,95) üçüncü kriteri yerine getirmediği dolayısıyla kalite sistemine ilişkin süreçlerin sürekliliğinin sağlanması ile ilgili taahhütlü bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Kalite politikaları incelenen hastanelerin en çok kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili taahhüt kriterini sağladığı (n=898, %92,76) gözlemlenmiştir. Tüm bunların yanında hastanelerin kalite politikalarının tüm kriterleri sağlama durumları gözlemlenmiş ve 968 hastaneden sadece 216'sının (%22,31) tüm kriterleri sağladığı, 28 hastanenin ise (%2,89) hiçbir kriteri sağlamadığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hayatımızın giderek daha baskın bir parçası haline gelen kalite, bireylerin sürekli kaliteli olan ürünlere yönelmesiyle birlikte kurum yöneticilerinin kaliteyi rekabet avantajı elde etmek için stratejik bir hedef olarak görmelerine neden olmuştur (Mohammad Mosadeghrad, 2011). Rekabet avantajı sağlamanın yanında kalitenin sağlık kurumlarından hizmet alan bireylerin memnuniyetini, güvenliğini ve sürekliliğini doğrudan etkileyen bir unsur olduğu düşünülmektedir. Nitekim sağlık hizmeti kalitesinin ölçümünün sağlık sisteminin gelişim kaydetmesi için bir temel olarak görüldüğü bilinmektedir (Burstin, Leatherman ve Goldmann, 2016). Bu temelde literatüre yaklaşıldığında sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi için birçok yöntemin geliştirildiği görülmektedir. Mevcut araştırmada Türkiye'deki hastanelerin kalite politikalarının hastanelerde sunulan hizmet kalitesinin bir yansıması olduğu düşüncesinden hareket edilmiş; hastanelerin kalite politikalarının web siteleri üzerinden incelenerek SKS kalite politikası kriterlerine uygunluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Zira SKS'ye uygun hazırlanan bir kalite politikasının kurumların hedeflerine ulaşmasında güçlü bir yol haritası olacağı ve sunulan hizmetin sürekli iyileştirilerek sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyeceği düşünülmektedir. Bu kapsamda yürütülen çalışmada taranan 1554 hastaneden 1424 tanesinin web sitesi olduğu gözlemlenmiş, bu hastanelerden 968'inin kalite politikasının olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın ikinci adımında 968 hastanenin kalite politikası SKS'de belirtilen 4 kriter üzerinden incelenmiştir. İnceleme esnasında 216 (%22,31) hastanenin kalite politikalarının tüm kriterleri sağladığı, 28 hastanenin ise (%2,89) hiçbir kriteri sağlamadığı dolayısıyla SKS'ye uygun kalite politikası hazırlamadığı tespit edilmiştir. Hastanelerin kalite politikalarının en çok dördüncü kriteri sağladığı, diğer bir deyişle sürekli iyileştirme kriterine daha çok vurgu yaptığı görülmüştür. Bununla birlikte incelenen kalite politikalarının en çok birinci ve üçüncü kriteri sağlamadığı, dolayısıyla kalite politikalarının hastanenin amaç ve hedeflerine uygun olmadığı ve kalite yönetim sistem sürekliliğinin sağlanmadığı göze çarpmıştır. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, hastanelerin kalite politikalarını doğrudan ele alan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu durum, araştırma verilerinin kıyaslanabilirliğini kısıtlamakta ve araştırmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır. Çalışmada hastanelerin kalite politikaları yalnızca web siteleri üzerinden incelenmiş ve uygulamadaki durum tam olarak ele alınmamıştır. Kalite politikalarının yalnızca varlığı değil hastanelerde uygulanma durumunun da önemli bir faktör olduğu düşünüldüğünde bu durum çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak ele alınabilir. Hastanelerde hem iç hem de dış kalite stratejilerinin uygulanmasının hastane çıktıları üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu bilinmektedir (Sunol vd., 2009). Dolayısıyla bu bulgular, hastanelerde etkili bir kalite politikası oluşturulmasının ve uygulanmasının gerekliliğini ve önemini ortaya koymaktadır.

Kalite politikalarını SKS kriterlerine uygun hareket ederek hazırlayan hastanelerin vizyonları doğrultusunda daha planlı hareket edecekleri öngörüldüğünde, mevcut çalışmanın sonuçları Türkiye'de hizmet sunan hastanelerin kalite politikalarının tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini ve kalite politikası olmayan hastanelerin de kendi kurumlarının hizmet anlayışını yansıtan özgün kalite politikaları oluşturmaları gerektiğini ortaya koymaktadır. Nitekim çalışma verilerinin toplanma aşamasında da görüldüğü üzere özellikle aynı il ve bölgede hizmet sunan hastanelerin kalite politikalarının neredeyse birbirleriyle aynı olduğu ve hatta bir başka hastaneden birebir kopyalandığı göze çarpmıştır. Dolayısıyla her kurumun kendi amaç ve hedefleri doğrultusunda kalite politikası oluşturmaları, mevcut kalite politikalarını belirli aralıklarla gözden geçirerek yenilemeleri önerilmektedir. Bununla birlikte hastanelerin büyük bir kısmının web sitelerinde kalite politikası adı altında ayrı bir bölümün yer almadığı ve kalite politikalarının genellikle amaç ve hedeflerin altında kısa bir bölüm olarak sunulduğu göze çarpan bir diğer husustur. Modern sağlık hizmet sunum anlayışında hastane web siteleri hizmet kalitesinin, hasta odaklılık ve şeffaflık anlayışının önemli bir ölçütüdür. Bu yüzden hastanelerin web sitelerinin düzenlenmesinde ve kalite politikalarının oluşturulmasında danışmanlık hizmeti almaları gerektiği çalışma kapsamında sunulan öneriler arasındadır. Öte yandan gelecek dönemde yapılması planlanan çalışmalarda hastane kalite politikalarının incelenmesiyle birlikte kalite politikalarına yönelik çalışan görüşlerinin alındığı nitel araştırmalar yapılabilir ve

kalite politikaları gözlem ve saha görüşmeleri yoluyla geliştirilebilir. Böylelikle kalite politikalarının sahadaki etkisi daha iyi tespit edilebilir ve literatüre önemli katkılar sağlayabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı yapmıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Araştırmada herhangi bir kişi ya da kurum ile finansal ya da kişisel yönden bağlantı bulunmamaktadır.

Çatışma Beyanı: Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Arslanoğlu, A., Kileci, Y. S., Arslan, Ş. F., Arslan, Z. (2023). Hasta Dostu Hastane: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Uygulaması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 10(2), 283-290. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1280779>
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., & Erdem, R. (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ kadın hastalıkları ve doğum hastanesi örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 55-71.
- Burstin, H., Leatherman, S., & Goldmann, D. (2016). The evolution of healthcare quality measurement in the United States. Journal of internal medicine, 279(2), 154-159. <https://doi.org/10.1111/joim.12471>
- Buttall, P., Hendler, R., & Daley, J. (2008). Quality in healthcare: concepts and practice. The business of healthcare, 3(8), 61-94.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. Social science & medicine, 51(11), 1611-1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Çolak, M., Kaymakoğlu, B., & Ersoy, K. (2006). Türkiye’de özel hastanelerin web sitelerinin değerlendirilmesi. 3. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, Türkiye.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. Jama, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001%2Fjama.1988.03410120089033>
- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press.
- Gupta, K. S., & Rokade, V. (2016). Importance of quality in health care sector: A review. Journal of Health Management, 18(1), 84-94. <https://doi.org/10.1177/0972063415625527>
- Kapoor, P. (2011). Why quality in healthcare. Medical journal, Armed Forces India, 67(3), 206. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(11\)60040-3](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(11)60040-3)
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenaault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. The Lancet global health, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Lee, D. (2012). Implementation of quality programs in health care organizations. Service Business, 6, 387-404. <https://doi.org/10.1007/s11628-012-0141-2>
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. International journal of health care quality assurance, 26(3), 203-219. <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. International journal of health care quality assurance, 22(4), 366-381.
- Oksay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? -What Actually Is Quality In Healthcare?. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(14), 181-192.

- Özdemir Karaca, P., & Usta, I. (2020). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartları: Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ'daki Hastanelerin Web Sitelerinin Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 1101-1120. <https://doi.org/10.26468/trakyasobed.729046>
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2005). Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27(4), 428-443.
- Sheingold, B. H., & Hahn, J. A. (2014). The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960. *International journal of Africa nursing sciences*, 1, 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2014.05.002>
- Suñol, R., Vallejo, P., Thompson, A., Lombarts, M. J. M. H., Shaw, C. D., & Klazinga, N. (2009). Impact of quality strategies on hospital outputs. *BMJ Quality & Safety*, 18(Suppl 1), i62-i68. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029439>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2024). Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> / (Erişim tarihi: 04.12.2024)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1). Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 1. Baskı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi. <https://kalite.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> / (Erişim tarihi: 04.12.2024)
- World Health Organization. (2019). Improving Healthcare Quality in Europe Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

TURİZM SEKTÖRÜNDE BAZ İSTASYONLARI: SAĞLIK, GÜVENLİK VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK TEMELLİ UYGULAMALAR*

BASE STATIONS IN THE TOURISM SECTOR: APPLICATIONS FOCUSED ON HEALTH, SAFETY, AND SUSTAINABILITY

Dr. Öğr. Üyesi Çağla ÇETİNKAYA¹

ÖZ

Baz istasyonları, dijital çağın en önemli iletişim altyapılarından biri olmaktadır. Bu çalışmada, radyo frekansı sinyalleriyle çalışan baz istasyonları ele alınmıştır. Baz istasyonlarının genel sağlık durumu üzerindeki etkilerinin dikkate alınmasının konaklama işletmelerinde misafir memnuniyetini artırabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda, baz istasyonlarının yerlerini belirlemek için ücretsiz mobil uygulamalar kullanılmış ve kolayda örneklem yöntemiyle seçilen 13 otel işletmesinin özel bilgileri kodlanarak dijital haritalar üzerinden değerlendirmelerde bulunulmuştur. Ayrıca konaklama işletmelerinin baz istasyonları ile arasındaki mesafe hesaplanarak, literatürde güvenli alan olarak belirlenen alan üzerinden değerlendirmelerde bulunulmuştur. Araştırmaya dahil edilen otel işletmelerinin tamamı beş yıldızlı otel işletmeleridir ve resmi internet sitelerinde baz istasyonlarına dair güvenli alan mesafelerine ilişkin herhangi bir bilginin paylaşılmadığı tespit edilmiştir. Araştırmanın örneklemini oluşturan otel işletmelerinin çevresinde toplam 1061 baz istasyonu tespit edilmiş olup, bunlardan 452'sinin işletmelerin güvenli alanında, 279'unun güvenli alan dışında ve 329'unun ise orta mesafede bulunduğu belirlenmiştir. Baz istasyonlarının insan sağlığına etkileriyle ilgili araştırmaların önem kazandığı günümüzde güvenli alan dışında kalan otel işletmelerine yönelik çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Güvenli alan içinde yer alan otel işletmelerinin bu bilgiyi resmi internet sitelerinde paylaşmasının müşteri memnuniyetini artırabileceği, güvenli alan dışında yer alan işletmelerin ise önleyici faaliyetler planlaması gerektiği ve bu faaliyetlerin neler olabileceği konusunda öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Baz İstasyonları, Turizm İşletmeleri, Sürdürülebilirlik, Sağlık

JEL Sınıflandırma Kodları: I10

ABSTRACT

Base stations are among the most critical communication infrastructures of the digital age. This study focuses on base stations operating with radio frequency signals. It is suggested that considering the health impacts of base stations could enhance guest satisfaction in hospitality businesses. Within this scope, free mobile applications were utilized to determine the locations of base stations, and the private information of 13 hotel enterprises selected through convenience sampling was coded and evaluated using digital maps. Additionally, the distances between hospitality businesses and base stations were calculated and assessed based on the safe zones defined in the literature. All the hotel enterprises included in the study are five-star hotels, and it was observed that no information regarding the safe zone distances of base stations was shared on their official websites. A total of 1061 base stations were identified around the hotels forming the sample, with 452 located within the safe zone, 279 outside the safe zone, and 329 at an intermediate distance. Considering the increasing importance of research on the health impacts of base stations, various recommendations were developed for hotel enterprises located outside the safe zone. It was proposed that hotels within the safe zone could enhance customer satisfaction by sharing this information on their official websites, while those outside the safe zone should plan preventive measures, with suggestions provided on what these measures could entail.

Keywords: Base Stations, Tourism Management, Sustainability, Health

JEL Classification Codes: I10

* Bu çalışma, 2024 tarihinde "Community Homes And Cell Towers: A New Debate" başlığı ile "9th International Health Sciences and Management Conference" adlı kongrede özet metin olarak sunulmuştur.

¹ İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Turizm ve Otel İşletmeciliği Bölümü, caglacetinkayaa@outlook.com.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

This study focuses on base stations, which are among the most critical infrastructures of the digital age. Base stations operating with radio frequency signals are examined to understand their impacts on general health and guest satisfaction in hospitality enterprises. The research aims to determine whether addressing the health-related effects of base stations can enhance guest satisfaction. To achieve this, the study investigates the spatial relationships between hotels and nearby base stations. Specifically, the private data of 13 five-star hotels selected through convenience sampling were coded and analyzed using digital maps. The study also examines whether hotels share safe zone distance information on their official websites. This investigation provides insights into the proximity of base stations to hospitality enterprises and evaluates their positioning within safe or unsafe zones as defined in the literature.

Design/methodology/approach:

The research employed a convenience sampling method to select 13 five-star hotels in Istanbul. Free mobile applications and digital mapping tools were used to identify the locations of nearby base stations and calculate their distances from the hotels. The hotels' positions relative to the safe zones, as defined in the literature, were also assessed. The study involved coding the hotels' private data to maintain confidentiality and evaluated whether safe zone distance information was disclosed on the hotels' official websites. A total of 1061 base stations were identified, with their distribution categorized as within the safe zone, outside the safe zone, and at intermediate distances. Quantitative data were analyzed to determine patterns and implications for guest safety and satisfaction.

Findings:

The findings revealed that 1061 base stations were located around the selected hotels. Among these, 452 were within the safe zone, 279 were outside the safe zone, and 329 were at intermediate distances. It was observed that none of the hotels shared information about safe zone distances on their official websites, despite the potential importance of such transparency for guest confidence. Additionally, the study highlights the lack of existing research focusing on the spatial relationships between base stations and hospitality enterprises, emphasizing the significance of this topic in light of growing health concerns related to electromagnetic radiation.

Conclusion and Discussion:

The study concludes that addressing the health impacts of base stations can enhance guest satisfaction and trust in hospitality enterprises. Hotels located within safe zones are encouraged to disclose this information on their websites to boost transparency and customer confidence. For hotels outside safe zones, implementing preventive measures such as regular radiation monitoring, utilizing protective technologies, and offering health-focused services can mitigate potential risks. These recommendations aim to support hotels in improving guest satisfaction while addressing growing concerns about base station proximity and its health implications. Future research should explore the long-term impacts of electromagnetic radiation on human health and develop standardized guidelines for safe zone management in hospitality settings.

1. GİRİŞ

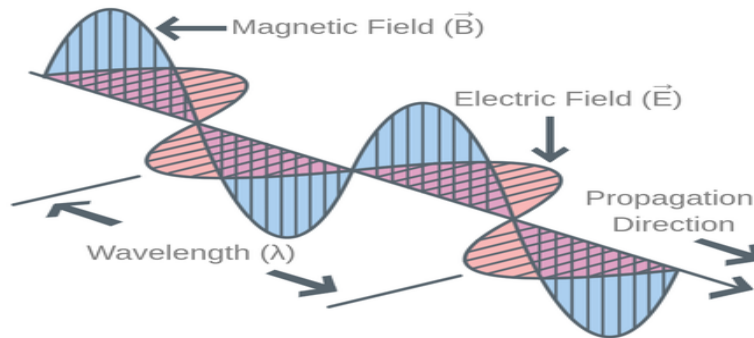
Son yıllarda baz istasyonlarının sağlık üzerine olan etkileri tartışma konusudur. 2009 yılında yayımlanan bir haber, bir otel işletmesinin binasının çatısına izinsiz olarak 13 baz istasyonu yerleştirdiğini ve bunun sağlık üzerindeki olası etkilerine ilişkin kaygıları gündeme getirmiştir (Hürriyet, 2009). Bu kapsamda otel işletmelerinin baz istasyonlarına olan mesafesi, sağlık riskleri ve buna bağlı olarak misafir memnuniyeti açısından düşündürücü olmaktadır. Baz istasyonları, kablosuz iletişim ağlarının omurgasını oluşturarak mobil iletişim sistemlerinin işlevselliğini sağlamaktadır (Becher, Dillinger, Haardt, ve Mohr, 2001; Wang, Haider, Gao, You, Yang, Yuan ve Hepsaydır, 2014). Bu sistemler, kablosuz verilerin yönlendirilmesi, iletilmesi ve alınmasından sorumludur ve genellikle kapsama alanını en üst düzeye çıkarmak için stratejik olarak yüksek yerlere yerleştirilmektedir (Sauter 2006; Wang vd., 2014). Ancak, literatürde baz istasyonlarının yaydığı radyo frekansı (RF) sinyallerinin olası sağlık riskleri konusunda süregelen bir tartışma bulunmaktadır. Örneğin, Siddoo-Atwal (2018), radyofrekans sinyallerine maruz kalan bireylerde baş ağrısı, hafıza değişiklikleri, yorgunluk ve uyku bozuklukları gibi nöropsikiyatrik şikayetlerin ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. Öte yandan bağımsız, kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan Uluslararası İyonlaştırıcı Olmayan Radyasyondan Korunma Komisyonu (ICNIRP), mevcut kanıtların baz istasyonlarından tipik maruziyet seviyelerinde zararlı etkileri göstermediğini ifade etmiştir (Redmayne ve Maisch, 2023).

Bu çalışma, baz istasyonları ile konaklama işletmeleri arasındaki mekânsal ilişkiyi değerlendirerek sağlık üzerindeki olası etkilerini ve misafir memnuniyeti ile güvenliği üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Güncel veriler kullanılarak gerçekleştirilen araştırma, turizm destinasyonlarında baz istasyonlarının yerleşimi konusundaki tartışmaya katkıda bulunarak, bu konuda yeni ve çok disiplinli bir bakış açısı sunmaktadır. Çalışma kapsamında elde edilen bulgular, baz istasyonlarının etkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamanın yanı sıra, otel işletmeleri ve düzenleyici otoriteler için misafir kaygılarını etkin bir şekilde ele almaya yönelik uygulanabilir öneriler de sunmaktadır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

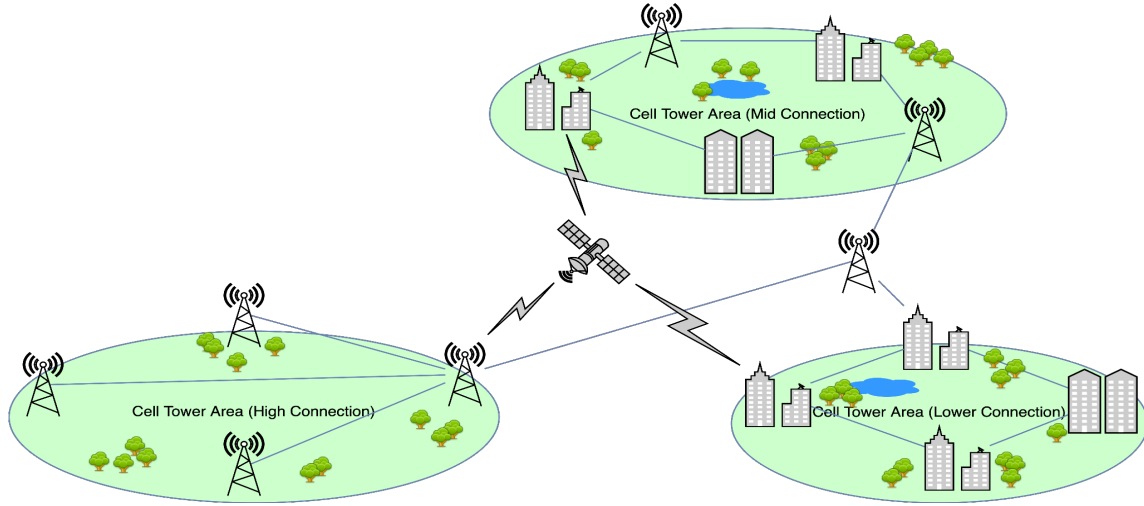
Elektromanyetizma

Elektrik ve manyetik fenomenlerin birleşimi olarak tanımlanan elektromanyetizma, birçok doğal ve teknolojik sürecin temelini oluşturmaktadır. Bu fenomen, elektrik yüklerinin hareketinden kaynaklanmaktadır. Bu hareket manyetik alanlar oluşturarak bir etkileşim yaratmaktadır (Ka ve Rout, 2023). Oersted (1820) yılında elektrik akımının bir manyetik alan oluşturduğunu keşfederek, elektrik ve manyetizma arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. (Fano vd., 1960). Elektromanyetik dalgalar, elektrik ve manyetik alanlar arasındaki sürekli etkileşimlerin sonucudur. Radyo dalgaları, mikrodalgalar, kızılötesi ışık, görünür ışık, ultraviyole ışık, X-ışınları ve gamma ışınları gibi çeşitli formları da içermektedir. Bu dalgalar, iletişimden tıbbi görüntülemeye kadar birçok uygulamada kritik rol oynamaktadır. Örneğin, elektrik motorları, jeneratörler, transformatör sistemleri, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) cihazları ve radyo ile televizyon iletişim sistemleri gibi teknolojiler elektromanyetizma ilkelerine dayanmaktadır (Kumar ve Maheswari, 2023; Khan ve Mukerji, 2020).



Şekil 1. Elektromanyetik Alanların Oluşumu

Bu çalışmada incelenen fenomenler, modern teknolojinin temelini oluşturan elektromanyetizmanın iletişim boyutuna odaklanmaktadır. İletişim boyutunun en kritik bileşeni baz istasyonudur. Şekil 2’de genel iletişim süreçleri temsili olarak yansıtılmaktadır.



Şekil 2. Seviyelere Göre İletişim Alanları

2.2. Baz istasyonu

Baz istasyonları, başta cep telefonu ile haberleşebilmek için elektromanyetik sinyalleri yayınlayan veya alan bir anten ile bir radyo verici alıcısından oluşan iletişimi sağlayan donanımlardır. Her modern iletişim aracı mutlaka bir verici ile bağlantılı olmak zorundadır. Modern iletişimde önemli bir yer tutan baz istasyonları, uydudan aldığı sinyalleri telefon, tablet, radyo ve bir vericiye sahip tüm akıllı cihazlara iletişim sinyallerini iletmektedir (Udo, Maduka ve Okey, 2021). Baz istasyonları; yerleşimin yoğun olduğu yerler dışında daha güçlü olmaktadır. Ayrıca insanların yaşam alanlarından uzak Makroseller (a), şehir içinde nüfusun daha seyrek olduğu yerlerde kullanılan mikroseller (b) ve dar alanlar, sokaklar, tüneller gibi çok daha düşük şiddetli alanlarda kullanılan pikoseller (c) olmak üzere üç grupta incelenmektedir (Zhang, Wang, Zhang, Huang, Su ve Liu, 2013).

Baz istasyonlarının kurulabilmesi için yerel ve küresel politikalar doğrultusunda gerekli prosedürler sağlanmalıdır. Bu alanda görevli kuruluşlar, iletişim sektöründe faaliyet yürüten firmalara gerekli yasal izinleri vermektedirler. Bu doğrultuda da yaşam alanlarına baz istasyonları kurulmaktadır. Uluslararası İyonlaştırmayan Radyasyondan Korunma Komisyonu (ICNIRP) kuruluşu global düzeyde baz istasyonlarına ait sınırlamalar getirmektedir. ICNIRP tarafından baz istasyonları için belirlenmiş olan 41,2 volt/metre ölçüm değeri bir sınır olarak ülkelere önerilmiştir. Fakat ülkeler kendi sınır değerleri doğrultusunda hareket edebilmektedir. Avrupa Çevre Ajansı (EU15) ülkelerinin baz istasyonu verileri tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. EU15 Ülkelerinin Baz İstasyonu Verileri

Ülke	Kurulu Baz İstasyonu Sayısı	Ağ Performansı: Hız (Mbps)	5G Öncü Bantlarının Mevcut Kullanımı (%)	Nüfus Kapsama Alanı (% - genel)	Dikey Sektörler İçin Özel Hükümler	Kurtarma ve Direnç Planlarında Dijital Öncelik Harcamaları (%)

Avusturya	4.287	75,35	65,83	91,7	Uygulandı	0,53
Belçika	2.266,5	68,84	65,83	29,6	Yok	0,27
Danimarka	8.558	124,00	99,17	97,8	Önerildi	0,25
Finlandiya	9.000	86,00	99,17	94,7	Uygulandı	0,27
Fransa	39.502	70,83	59,17	88,8	Uygulandı	0,21
Almanya	90.671	56,59	1	93,2	Uygulandı	0,52
Yunanistan	6.634	53,28	99,17	85,7	Önerildi	23,3
İrlanda	3.098	31,25	62,50	83,9	Yok	0,32
İtalya	60.601	39,81	93,33	99,7	Yok	0,25
Lüksemburg	887	83,93	60,83	93,2	Yok	0,32
Hollanda	12.858	107,42	33,33	100	Uygulandı	0,26
Portekiz	12.194	51,66	91,00	70,1	Yok	0,22
İspanya	18.844	31,42	98,33	82,3	Önerildi	0,28
İsveç	5.077	88,50	83,89	20,5	Uygulandı	20,5
Birleşik Krallık	3.000	1 Gbit/s	-	-	Yok	0,62

Kaynak: <https://5gobservatory.eu/observatory-overview/observatory-reports/,E.T.2024;>

[https://www.ofcom.org.uk/phones-and-broadband/coverage-and-speeds/connected-nations-2020,E.T.2024\).](https://www.ofcom.org.uk/phones-and-broadband/coverage-and-speeds/connected-nations-2020,E.T.2024).)

Örneğin Türkiye’de iletişimle regülatör konumunda olan Bilgi ve İletişim Teknolojileri Kurumu (BTK), “Baz İstasyonları ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular” başlıklı dokümanda baz istasyonları için kritik değeri 9,15 V/m olarak belirlediğini bildirmiştir (Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu [BTK], 2025).

Tablo incelendiğinde EU15 ülkelerinde genel olarak her kullanıcının iletişim teknolojilerine erişebileceği şekilde baz istasyonlarının konumlandırıldığı görülmektedir.

Baz istasyonları ve sağlık ilişkisi

Baz istasyonlarının sağlık üzerindeki etkileri, bir tartışma konusu olmaktadır. Elektromanyetik radyasyonun insan sağlığına potansiyel etkileri üzerine yapılan bilimsel çalışmalar, baz istasyonlarının insan sağlığına etkileri hususunda henüz net bir sonuca ulaşmamıştır (Lias ve Tharek, 2008). Baz istasyonlarının yaydığı radyasyonun, hücresel düzeydeki etkileri hala tam olarak anlaşılamamıştır. Bazı araştırmalar, baz istasyonlarının yaydığı radyofrekans dalgalarına uzun süreli maruz kalmanın kanser gibi ciddi sağlık sorunlarına neden olabileceğini öne sürerken, bazı çalışmalar bu etkinin var olmadığını ileri sürmektedir. Bu konudaki bilimsel görüşler çeşitlilik göstermektedir ve net bir kaniya varmak zor olmaktadır (Kumar, 2016). Baz istasyonlarının etkileri konusundaki tartışmaların önemli bir kısmını da elektromanyetik hassasiyet iddiaları oluşturmaktadır. Elektromanyetik alanlara maruz kalmaları sonucunda baş ağrısı, uyku problemleri ve hatta deri döküntüleri gibi semptomlar yaşadıklarını bildiren kişiler olmasına karşın bazı araştırmalar bu semptomların elektromanyetik alandan ziyade, psikolojik veya üst bir sağlık sorunundan kaynaklanabileceğini bildirmiştir.

3. MATERYAL VE METOD

Araştırmanın evrenini İstanbul'da yer alan beş yıldızlı otel işletmeleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, araştırmacının erişim kolaylığı ve beş yıldızlı otel işletmelerinin yoğun olarak bulunduğu bir bölge olması nedeniyle, İstanbul'un Beşiktaş ilçesinde faaliyet gösteren beş yıldızlı otel işletmelerinden kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Bu kapsamda 13 konaklama tesisine dair veriler çalışmaya dahil edilmiştir.

Baz istasyonu konum tespitinde bulunmak için açık kaynak kodlu bir platform olan OpenCellID platformu kullanılarak, baz istasyonu dağılımı tespit edilmiştir.

Etik Durum

Çalışma kapsamında herhangi bir izne tabi veriler kullanılmamıştır. Kullanılan tüm veriler açık erişimli olarak web siteleri üzerinden yayınlanmaktadır. İnsan veya hayvan denekleri kullanılmamış ve herhangi bir şahsi veri bulunmamaktadır. Bu sebeple çalışmanın etik açıdan izne tabi olmadığına karar verilmiştir. Herhangi bir etik komisyondan izin alınmamıştır. Çalışma kapsamında değerlendirilen konaklama tesislerine ait bilgilere yer verilmemiş, ticari anlamda herhangi bir zarar görmemeleri için lokasyonlar ve konaklama tesislerinin isimleri Ho1, Ho2, Ho3., Ho(n) şeklinde kodlanmıştır.

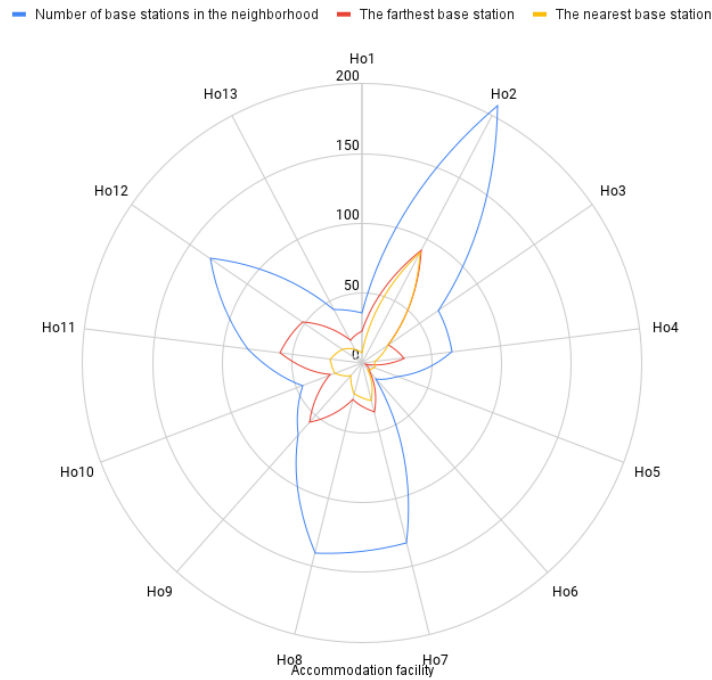
4. BULGULAR

Bölgede yer alan otel işletmelerinin baz istasyonlarına olan mesafelerini belirlemek için dijital harita üzerinden enlem ve boylam bilgileri alınarak OpenCellID platformu üzerinden hesaplamalar yapılmıştır. Yapılan taramalar baz alınarak konaklama tesisinin en yakınındaki baz istasyonu sayısı, konaklama tesisine güvenli alan içinde görece etkisi daha az olacak orta seviyede ve güvenli alan dışında baz istasyonlarının toplam sayısı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular tablo 2'de detaylı olarak gösterilmektedir.

Tablo 2. Bölgede Yer Alan Baz İstasyonları ile Otel İşletmelerinin Mesafeleri

Konaklama tesisi	Enlem	Boylam	Çevresindeki toplam baz istasyonu sayısı	En uzak baz istasyonu	En yakın baz istasyonu
Ho ₁	41.04237***	29.01158***	36	23	7
Ho ₂	41.04697***	29.00947***	208	91	89
Ho ₃	41.04417***	29.01614***	66	23	23
Ho ₄	41.06430***	29.01007***	65	30	9
Ho ₅	41.08910***	29.03496***	27	3	10
Ho ₆	41.05722***	29.03619***	15	9	6
Ho ₇	41.06616***	29.00348***	133	36	28
Ho ₈	41.0627***	29.01171***	140	27	23
Ho ₉	41.06677***	29.01843***	69	57	12
Ho ₁₀	41.0593***	29.01034***	45	24	21
Ho ₁₁	41.04127***	29.00533***	82	59	23
Ho ₁₂	41.0652***	29.00310***	132	52	17
Ho ₁₃	41.04140***	28.9977***	43	18	11
Toplam			1061	452	279

İşletmelerin ticari kaygıları ve etik değerler dikkate alınarak, enlem ve boylam bilgilerinin son üç haneleri gizlenmiştir. Ayrıca otel işletmeleri kolayda örneklem ile seçilerek Ho şeklinde kodlanmıştır. Baz istasyonlarının etki alanları, belirlenmiş kapasite gereksinimleri ve hedeflenen coğrafi kapsama alanına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu değişim, binalarda birkaç metre ile şehirlerde yüzlerce metre arasında, kırsal alanlarda ise onlarca kilometrelik mesafelere kadar uzanabilmektedir. RF enerjisinin tüm vücut tarafından absorbe edilme miktarı, Radyofrekans dalgasının 30-300 MHz frekans aralığı, insan vücudunun tümüyle maruz kaldığında enerjiyi etkin bir şekilde absorbe ettiği rezonans aralığı olarak kabul edilmektedir (Mousa, 2011). Bu kapsamda en yakın ve en uzak baz istasyonu her bir konum için ayrı ayrı hesaplanmıştır.



Şekil 3. Baz İstasyonu Verilerinin Dağılımı

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.

Elde edilen bulgulara göre çalışmaya dahil edilen 5 yıldızlı otellerin çevresinde toplam 1061 baz istasyonu tespit edilmiştir. Bunların 452'si konaklama tesislerine güvenli alan içerisinde konumlanmış olup; 279 tanesi ise güvenli alan dışında yer almaktadır. 329 baz istasyonu ise orta derece yakınlıkta yer almaktadır. Bulgulara göre bir konaklama tesisinin etrafından ortalama 82 adet baz istasyonu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişmeler, özellikle 5G gibi yeni nesil teknolojilerin yaygınlaşmasıyla, baz istasyonlarının sayısında ve yoğunluğunda önemli bir artışa neden olmuştur. Bu durum, konaklama sektöründe misafir memnuniyeti ve sağlık konularında çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, İstanbul'un Beşiktaş ilçesindeki beş yıldızlı otel işletmelerinin çevresinde toplamda 1061 baz istasyonu bulunduğu ve bu baz istasyonlarının %26,3'ünün otellere yakın konumda olduğu tespit edilmiştir. Ortalama olarak her bir otel çevresinde 82 baz istasyonu yer almakta olup, bunların 21'i güvenli alan dışında bulunmaktadır. Bu bulgular, otel işletmeleri açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Baz istasyonlarının konumlarının sağlık üzerindeki olası etkileri, otel işletmeleri için dikkate alınması gereken bir konu haline gelmiştir. Literatürde, baz istasyonlarının yaydığı radyo frekansı dalgalarının sağlık üzerinde nöropsikiyatrik etkilerden kan parametrelerindeki değişimlere kadar farklı sonuçlara yol açabileceği belirtilmiştir. Ancak, bazı çalışmalar bu etkilerin psikolojik ya da çevresel faktörlerle de ilişkilendirilebileceğini ortaya koymaktadır. Bu

bağlamda, otel işletmelerinin misafir memnuniyeti ve güvenliği açısından baz istasyonlarının olası etkilerini proaktif bir şekilde ele alması gerekmektedir.

Bunun yanı sıra, 5G teknolojisinin internet ve veri tüketiminde önemli bir artışa yol açma potansiyeli olabilmektedir. Bu durum, yeni teknolojilerin bireyleri daha fazla tüketim yapmaya teşvik etme eğilimiyle ilişkilendirilebilir. Bu durumun en somut örneklerinden biri, William Stanley Jevons tarafından incelenen buhar makinelerinin enerji tüketimine olan etkisidir. Jevons, buhar makinelerinin yüksek verimliliği sayesinde enerji tüketiminin azalmasını beklediğini, ancak teknolojik ilerlemenin sağladığı enerji tasarrufunun makine kullanımının artmasına yol açtığını ve neticede enerji tüketiminin azalmadığını, aksine arttığını ortaya koymuştur. Literatürde "sekme etkisi" (rebound effect) olarak adlandırılan bu paradoks, yalnızca buhar makineleriyle sınırlı kalmayıp farklı teknolojilere de uygulanabilir bir kavram olarak değerlendirilmektedir. (Pitron, 2024). Bu açıdan baz istasyonlarının artışının da pek çok açıdan istenmeyen etkilere neden olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan baz istasyonları modern iletişim teknolojilerinin bel kemiği niteliğindedir. Baz istasyonları, günlük yaşamı kolaylaştıran pek çok işlevi yerine getirme imkânı sunmaktadır. Ancak yapılan literatür taramasında, konaklama tesisleri ile baz istasyonlarının konumları arasındaki ilişkiye dair herhangi bir çalışma tespit edilememiştir. Buna karşılık, baz istasyonlarının genel sağlık üzerindeki etkileri sıklıkla tartışılmıştır. Örneğin, Samaila ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir derleme çalışmasında, baz istasyonlarına yakın konutlarda yaşayan bireylerin mesafeye bağlı olarak olumsuz semptomlar yaşayabileceği ifade edilmiştir. Alfonso ve Balmori (2022) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise incelenen araştırmaların %73'ünde cep telefonu baz istasyonlarının kanser etkeni olabileceğine dair bulgulara rastlanmıştır. Ayrıca, Hossein ve arkadaşları (2022), baz alıcı-verici istasyonu (BTS) dalgalarına mesleki maruziyetin çalışanların sağlığını etkileyebileceğini, özellikle beyaz ve kırmızı kan hücresi sayılarında değişikliklere neden olabileceğini ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada, anksiyete ve uykusuzluk gibi semptomlar arasında anlamlı farklılıklar da tespit edilmiştir. Öte yandan, bazı araştırmalar baz istasyonlarından yayılan radyofrekansların ve elektromanyetik alanların bilişsel işlevler, fizyolojik parametreler veya genel refah üzerinde önemli bir değişikliğe yol açmadığını bildirmektedir (Sofri vd., 2022; Michael vd., 2018).

Baz istasyonlarının sağlık üzerine etkileri ve dolaylı olarak yaşam alanlarına uzaklıkları ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bu konu hakkında kesin bir ifade öne sürmek hala zor olmaktadır. Ancak konaklama tesislerinin bulundukları konumda yer alan baz istasyonu sayısını tespit etmesi, müşterilerini bu konuda bilgilendirmeleri ve konaklama tesisinde çalışan görevlileri iş sağlığı ve güvenliği noktasında rutin sağlık prosedürlerinden geçirmeleri önerilmektedir. Çünkü baz istasyonlarının sağlıkla ilişkisi üzerine yapılacak çalışmaların sayısı ve önemi de gün geçtikçe artmaktadır. Bu çalışma kapsamında ele alınan olguların da gelecek yıllar içerisinde daha da değerli hale geleceği düşünülmektedir.

Bu kapsamda bu çalışma, baz istasyonlarının konumlarının konaklama sektöründeki etkilerini daha iyi anlamak ve bu konuda çok disiplinli bir yaklaşım geliştirmek için katkıda bulunabilmektedir. İletişim teknolojilerinin hızla yaygınlaştığı günümüzde, baz istasyonlarının sağlık ve misafir memnuniyeti üzerindeki etkilerine yönelik daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Bu tür çalışmalar, otel işletmeleri ve düzenleyici otoriteler için politika oluşturma süreçlerinde de yol gösterici olabilir. Bu açıdan geliştirilen öneriler aşağıda sunulmaktadır

Sağlık ve Güvenlik İnovasyonları

Odalarda ve ortak alanlarda radyasyon koruyucu duvar kağıtları, perdeler ve yatak başlıkları gibi yenilikçi teknolojiler kullanılabilir. Bu teknolojiler, misafirlerin sağlığını korumak amacıyla tercih edilebilir ve etkinliği bilimsel verilerle desteklenerek güvenilirliği artırılabilir. Ayrıca, otelde düzenli olarak radyasyon seviyelerinin ölçülebileceği ve sonuçlarının misafirlerle paylaşılabilceği bir sistem oluşturulabilir. Radyasyon seviyelerini gösteren ekranlar yerleştirilerek şeffaflık sağlanabilir ve misafir güveni artırılabilir.

Dijital ve Akıllı Çözümler

Misafirlerin radyasyona maruz kalma sürelerini en aza indirmek için akıllı oda teknolojileri kullanılabilir. Örneğin, odalardaki elektronik cihazların uzaktan kapatılmasına olanak tanıyan uygulamalar geliştirilebilir. Bunun yanı sıra,

otelin mobil uygulaması üzerinden misafirlerin radyasyon seviyeleri hakkında bilgi edinebileceği ve sağlık ile wellness hizmetlerine kolayca ulaşabileceği çözümler sunulabilir. Uygulama ayrıca, detoks programları, yoga seansları ve spa randevuları gibi hizmetlere erişim sağlayacak şekilde tasarlanabilir.

Yeşil ve Sürdürülebilir Uygulamalar

Otelin enerji verimliliğini artırmak ve çevre dostu malzemeler kullanarak misafir sağlığını korumak amacıyla yeşil bina sertifikaları alınabilir. Bu uygulamalar, pazarlama materyallerinde vurgulanarak otelin çevreye duyarlı bir marka kimliği oluşturmaya katkıda bulunabilir. Ayrıca, otel çevresinde ve çatılarda doğal yeşil alanlar oluşturulabilir. Bu alanlar, misafirlerin doğayla iç içe zaman geçirmelerini sağlamak amacıyla kullanılabilir ve bu alanların görselleri ile tanıtımı yapılabilir.

Sağlık ve Wellness Programları

Elektromanyetik radyasyondan korunma ve detoksifikasyon odaklı özel wellness paketleri oluşturulabilir. Bu paketler kapsamında yoga, meditasyon, spa ve doğal tedavi yöntemlerine yer verilebilir. Ayrıca, otel restoranında organik, sağlıklı ve radyasyondan korunmaya yardımcı olabilecek beslenme programları sunulabilir. Detoks içecekleri ve sağlıklı menüler hazırlanarak misafirlere sunulabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar çalışmaya tek başına katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Alfonso, Balmori. (2022). Evidence for a health risk by RF on humans living around mobile phone base stations: From radiofrequency sickness to cancer. *Environmental Research*.
- Becher, R., Dillinger, M., Haardt, M., & Mohr, W. (2001). Broadband wireless access and future communication networks. *Proceedings of the IEEE*, 89(1), 58-75.
- Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK). (2025, Ocak 17). Baz istasyonları ile ilgili sıkça sorulan sorular. Erişim adresi: <https://www.btk.gov.tr>
- Connected Nations 2020 Report. (2020). https://www.ofcom.org.uk/_data/assets/pdf_file/0024/209373/connected-nations-2020.pdf, Erişim Tarihi: 9/4/2024.
- European 5G Observation. <https://5gobservatory.eu/detailed-country-breakdown/>, Erişim Tarihi: 9/4/2024.
- Fano, R. M., Adler, R. B., & Chu, L. J. (1960). *Electromagnetic fields, energy, and forces*. Taylor & Francis.
- Khan, A. S., & Mukerji, S. K. (2020). *Electromagnetic fields: theory and applications*. CRC Press.
- Hosseini, A., Rangkooy, A., Rahmati, A., & Fouladi, B. D. (2022). Base transceiver station antenna exposure and workers' health. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*.
- Hürriyet Gazetesi. (2009). Çeşme'de Baz İşyanı. <https://www.hurriyet.com.tr/ege/cesme-de-baz-isyani-11171854>, Erişim Tarihi: 9/4/2024.
- J. Zhang, W., Wang, X., Zhang, Y., Huang, Z., Su, Z., & Liu, Z. (2013). Base stations from current mobile cellular networks: Measurement, spatial modeling and analysis. 2013 IEEE Wireless Communications and Networking Conference Workshops (WCNCW), Shanghai, China, pp. 1-
- KA, S. R., & Rout, C. S. (2023). Recent developments, challenges and future prospects of magnetic field effects in supercapacit.
- Khan, A. S., & Mukerji, S. K. (2020). *Electromagnetic fields: theory and applications*. CRC Press.

- Kumar, S. (2016). Cell Tower/Base Station Electromagnetic Radiation: Living Organism, Health Consequences and Protection.
- Kumar, L. A., & Maheswari, Y. U. (2023). Electromagnetic Interference and Electromagnetic Compatibility: Principles, Design, Simulation, and Applications. CRC Press.
- Sauter, M. (2006). Communication systems for the mobile information society. John Wiley & Sons.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı. (n.d.). <https://ktb.gov.tr/genel/searchhotel.aspx?lang=tr&certificateType=4>, Erişim Tarihi: 9/4/2024.
- Labster. <https://theory.labster.com/electromagnetic-waves/>, Erişim Tarihi: 9/4/2024. OpenCellID. <https://opencellid.org/#zoom=16&lat=41.04284&lon=29.00752>, Erişim Tarihi: 9/4/2024.
- Lias, K. B., & Tharek, A. R. (2008). Study of safety and health aspects of base stations and mobile phones (Doctoral dissertation, Universiti Teknologi Malaysia).
- Michael, A., & Isabona, J. (2018). Assessment of Radiated Electromagnetic Waves from Base Station Antennas using Calculation and Field Measurement Techniques. International Journal of Advanced Research in Computer Science and Software Engineering.
- Mousa, A. (2011). Electromagnetic Radiation Measurements and Safety Issues of some Cellular Base Stations in Nablus. Journal of Engineering Science & Technology Review, 4(1).
- OpenCellID, <https://opencellid.org/#zoom=16&lat=41.04284&lon=29.00752>, Erişim Tarihi: 9/4/2024.
- Pamuk, Ş. (2007). Economic change in twentieth-century Turkey: Is the glass more than half-full? (Working Paper No.41). Paris: The American University of Paris.
- Redmayne, M., & Maisch, D. R. (2023). ICNIRP Guidelines' Exposure Assessment Method for 5G Millimetre Wave Radiation May Trigger Adverse Effects. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(7), 5267.
- Samaila, B., Abdul, A., & Ah, A. (2023). Residential exposure to non-ionizing electromagnetic radiation from mobile base stations: a systematic review on biological effects assessment. Material Science & Engineering International Journal
- Siddoo-Atwal, C. (2018). Electromagnetic radiation from cellphone towers: a potential health hazard for birds, bees, and humans. In Current Understanding of Apoptosis-Programmed Cell Death. London, UK: IntechOpen.
- Udo, E. U., Maduka, E. B., & Okey, D. O. (2021). Residential exposure of electromagnetic fields radiated from mobile base stations and broadcast transmitters. Arid Zone Journal of Engineering, Technology and Environment, 17(2), 111-120.
- T. Sofri (2022). Health Effects of 5G Base Station Exposure: A Systematic Review. IEEE Access, 10, 41639-41656.
- Wang, C. X., Haider, F., Gao, X., You, X. H., Yang, Y., Yuan, D., & Hepsaydir, E. (2014). Cellular architecture and key technologies for 5G wireless communication networks. IEEE Communications Magazine, 52(2), 122-130.



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL DÖNÜŞÜMÜ VE GELECEĞE YÖNELİK STRATEJİK YAKLAŞIMLAR: LİTERATÜR İNCELEMESİ

THE HISTORICAL TRANSFORMATION OF HEALTH POLICIES AND STRATEGIC APPROACHES FOR THE FUTURE: A LITERATURE REVIEW

Dr. Öğr. Üyesi Canan BULUT¹

Dr. Dilek KOLCA²

ÖZ

Sağlık politikaları, toplum sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla tarih boyunca evrimleşmiş olup, bu süreç ekonomik, politik, demografik ve teknolojik değişimlerin etkisiyle şekillenmiştir. Özellikle Sanayi Devrimi, refah devleti modelleri, neoliberal sağlık reformları ve küresel sağlık girişimleri gibi kritik dönüm noktaları, sağlık politikalarının yönelimlerini belirlemede önemli rol oynamıştır. Günümüzde ise dijital sağlık çözümleri, yapay zekâ entegrasyonu ve küresel pandemiler gibi dinamikler, sağlık politikalarının gelecekte nasıl şekilleneceğine dair yeni tartışmalar doğurmaktadır.

Bu çalışma, sağlık politikalarının tarihsel dönüşümünü ve geleceğe yönelik stratejik yaklaşımlarını geleneksel bir derleme yöntemiyle ele almaktadır. Sağlık politikalarının, kronolojik olarak incelenmesi ve her dönemde sağlık alanındaki önceliklerin değişmesine bağlı olarak, politika yaklaşımlarının nasıl farklılaştığı ortaya konulmaktadır. Tarihsel olarak bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile başlayan sağlık politikalarının gelişimi, günümüzde dijital sağlık teknolojileri ve yapay zekâ tabanlı çözümlere yöneldiği gözlemlenmektedir. Çalışmada ayrıca, gelecekte sağlık politikalarının sürdürülebilirlik, kapsayıcılık, teknoloji entegrasyonu ve kriz yönetimi gibi konular ile nasıl şekillendirilmesi gerektiği tartışılmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık politikalarının daha kapsayıcı, dayanıklı ve teknolojik yeniliklere entegre edilebilir olması gerektiği vurgulanarak, toplum sağlığının geliştirilmesi için bütüncül ve proaktif politika yaklaşımlarının önemi ortaya konulmaktadır. Ayrıca elde edilen bulgular; politika yapıcılar, sağlık yöneticileri ve akademisyenler için yol gösterici bir çerçeve sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Politikası, Sağlık Sistemleri, Sağlık Reformları, Stratejik Yaklaşım

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I14, I15, I18

ABSTRACT

Health policies have evolved throughout history with the primary aim of protecting and improving public health, shaped by economic, political, demographic, and technological changes. Critical turning points, such as the Industrial Revolution, welfare state models, neoliberal health reforms, and global health initiatives, have played a significant role in determining the direction of health policies. In the contemporary era, factors such as digital health solutions, artificial intelligence integration, and global pandemics have introduced new debates on how health policies will be shaped in the future.

This study provides a traditional review of the historical transformation of health policies and explores strategic approaches for the future. By examining health policies chronologically, the study highlights how policy approaches have evolved in response to shifting health priorities in different periods. Historically, health policies have primarily focused on combating infectious diseases; however, in recent years, there has been a growing emphasis on digital health technologies and artificial intelligence-based solutions. Furthermore, the study discusses how future health policies should be structured around key themes such as sustainability, inclusivity, technological integration, and crisis management.

In conclusion, the study underscores the necessity for health policies to be more inclusive, resilient, and adaptable to technological innovations, emphasizing the importance of holistic and proactive policy approaches for improving public health. Additionally, the findings provide a guiding framework for policymakers, health administrators, and academics in shaping future health policies.

Keywords: Health Policy, Health Systems, Health Reforms, Strategic Approach

JEL Classification Codes: I10, I14, I15, I18

¹ Kültür Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü, c.bulut@iku.edu.tr

² Bağımsız Araştırmacı, kolcadilek@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health policies have continuously evolved to address the changing needs of societies and enhance public health. This study aims to examine the historical transformation of health policies, their impact on public health, and future strategic directions. The research evaluates key milestones in health policy, such as the establishment of public health measures in the 19th century, the development of welfare state models, neoliberal health reforms, and global health initiatives. Additionally, contemporary challenges, including digital health transformation, artificial intelligence integration, and pandemic responses, are analyzed in the context of their influence on future health policies. The study contributes to the literature by providing a comprehensive evaluation of health policies and their role in shaping sustainable healthcare systems that prioritize inclusivity and equity.

Design/methodology/approach:

This study adopts a systematic review methodology to evaluate the evolution of health policies and their effectiveness in addressing public health challenges. The study systematically identifies peer-reviewed journal articles, policy documents, and reports from international health organizations (e.g., WHO, UN, World Bank) using predefined inclusion and exclusion criteria. Relevant studies are sourced from academic databases such as PubMed, Scopus, and Web of Science, focusing on research that examines key aspects of health policy evolution, including accessibility, equity, sustainability, and healthcare financing.

Findings:

The evolution of health policies over time has had a direct impact on public health and healthcare systems. Since the 1980s, policies emphasizing the reduction of public health expenditures and the increasing trend toward privatization have led to significant inequalities in access to healthcare services. Conversely, in welfare state models where universal healthcare services are widely implemented, notable improvements in health indicators have been observed. Significant progress has been made, particularly in maternal and child health, the fight against infectious diseases, and increased life expectancy. The COVID-19 pandemic has once again highlighted the fragility of global health systems and underscored the need to strengthen public health infrastructure. The challenges experienced in accessing healthcare services during the pandemic have made it evident that health systems must be made more resilient during crisis periods. Additionally, the economic burden caused by the pandemic has emphasized the necessity of managing healthcare expenditures in a sustainable manner.

Conclusion and Discussion:

The study emphasizes the importance of integrating technological advancements, strengthening global health cooperation, and ensuring financial sustainability in health policy frameworks. Future health policies should focus on universal health coverage, innovative financing mechanisms, and equitable access to healthcare services. The incorporation of artificial intelligence and digital health technologies must be accompanied by ethical considerations and policies that prevent digital health disparities. Additionally, addressing climate change-related health risks should be a priority, as environmental factors increasingly influence public health outcomes. This study concludes that health policies must adopt a holistic and proactive approach, integrating economic, social, and technological dimensions to build resilient and inclusive healthcare systems that effectively respond to future health challenges.

When developing strategic approaches for future health policies, it is essential to ensure that they are adaptable to the evolving needs of global health systems. Such strategies will contribute to making future health policies more sustainable, efficient, and inclusive.

1. GİRİŞ

Sağlık politikaları, toplum sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla tarihsel süreç içerisinde sürekli bir değişim ve dönüşüm geçirmiştir (Marmot & Allen, 2014). Sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin inşa edilmesi, sağlık politikalarının temel hedefleri arasında yer almaktadır (World Health Organization (WHO), 2018). 19. yüzyıldan itibaren sanayi devrimi, kentleşme ve epidemiyolojik geçiş süreçleri sağlık politikalarının yönünü belirleyen başlıca faktörler olmuştur (Rosen, 2015). Refah devleti modellerinin gelişimi, sağlık hizmetlerinin kamusal bir sorumluluk olarak ele alınmasına ve evrensel sağlık sigortası uygulamalarının yaygınlaşmasına olanak sağlamıştır (Esping-Andersen, 1990). Ancak, 1980'lerden itibaren neoliberal politikaların yükselişi, sağlık sistemlerinde özelleştirme eğilimlerini artırmış ve sağlık hizmetlerine erişimde yeni eşitsizlikler yaratmıştır (Navarro, 2007).

Günümüzde sağlık politikaları, dijitalleşme, yapay zekâ entegrasyonu, küreselleşen sağlık tehditleri ve pandemiler gibi dinamik faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir (Buse & Hawkes, 2015). COVID-19 pandemisi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını ve küresel sağlık iş birliklerinin önemini ortaya koyarak sağlık politikalarında yeniden yapılanma ihtiyacını gündeme getirmiştir (Gostin & Wiley, 2020). Sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği, hizmetlerin kapsayıcılığı ve teknoloji odaklı çözümler, günümüz sağlık politikalarının belirleyici unsurları arasında yer almaktadır (Frenk & Moon, 2013).

Bu çalışmada, sağlık politikalarının tarihsel evrimi ele alınarak, sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri incelenmiş ve gelecekte izlenmesi gereken stratejik yönelimler değerlendirilmiştir. Farklı sağlık politikası modelleri analiz edilerek, başarıları ve sınırlılıkları ortaya konulmuştur (Kruk et al., 2018). Ayrıca, sağlık sistemlerinin gelecekte karşılaşılabileceği zorluklar ve fırsatlar ele alınarak, sürdürülebilir ve eşitlikçi bir sağlık politikası çerçevesi geliştirme gerekliliği vurgulanmıştır (Hogan et al., 2018). Çalışma, sağlık politikalarının toplum sağlığına olan etkilerini bütüncül bir perspektifle ele alarak, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir ve adil hale getirilmesi için öneriler sunmaktadır (WHO, 2018).

2. SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL EVRİMİ

Dünyadaki sağlık politikalarının tarihsel gelişimi, toplumların sağlık hizmetlerine erişimini artırma ve toplum sağlığını iyileştirme amacıyla çeşitli dönemlerde farklı yaklaşımlarla evrilmiştir. Bu evrim, özellikle sosyo-ekonomik, politik ve teknolojik değişimlerin etkisiyle belirginleşmiştir. Aşağıda bu gelişim süreci, kronolojik olarak detaylandırılmıştır.

Yüzyıl ve Öncesi: Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü

19. yüzyıldan önceki sağlık politikaları, genellikle toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve temel hijyen önlemlerinin alınması etrafında şekillenmiştir. Bu dönemde, veba, kolera ve sarı humma gibi salgın hastalıklar, özellikle yoğun nüfuslu şehirlerde büyük bir tehlike oluşturmuş ve hızlı yayılım göstermiştir (Porter, 2020; Rosen, 2015). Bu durum, devletlerin daha kapsamlı halk sağlığı önlemleri geliştirmesine ve temel sanitasyon sistemlerine yatırım yapmasına yol açmıştır. Temel hijyenin iyileştirilmesi, su ve kanalizasyon altyapısının geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemenin en etkili yolları olarak görülmüştür (Fee & Brown, 2005).

Bu dönemde geliştirilen sağlık politikaları hem fiziksel hem de sosyal hijyen kavramlarının halk sağlığına entegre edilmesiyle karakterize edilmiştir (Rosen, 2015). Örneğin, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde halk sağlığı önlemleri, su kaynaklarının korunması, kanalizasyon sistemlerinin iyileştirilmesi ve kalabalık bölgelerdeki temizlik önlemleri gibi pratik çözümlerle desteklenmiştir (Porter, 2020). Fransız Devrimi sonrasında ise Avrupa'da devletlerin sağlık müdahaleleri daha sistematik hale gelmiştir. Bu dönemdeki reformlar, halk sağlığının sadece bireylerin değil, devletlerin de sorumluluğunda olduğuna dair bir anlayış geliştirmiştir (Hamlin, 1998).

19. yüzyıl öncesi sağlık politikalarının odaklandığı en önemli konulardan biri, kentleşmenin getirdiği olumsuz sağlık koşullarıdır. Artan nüfus yoğunluğu, kötü yaşam koşulları ve sanitasyon eksiklikleri, bulaşıcı hastalıkların hızla yayılmasına neden olmuş ve kamu sağlığı üzerinde ciddi bir tehdit yaratmıştır (Fee & Brown, 2005). Bu koşullar, sağlık reformlarının temelini oluşturmuş ve halk sağlığı önlemlerinin erken dönem uygulamalarına ilham vermiştir. Örneğin, John Snow'un Londra'da kolera salgınının su kaynaklarından yayıldığını tespit etmesi, modern epidemiyolojinin başlangıcını ve su hijyenine yönelik halk sağlığı önlemlerinin artmasına neden olmuştur (Rosen, 2015).

Genel olarak, 19. yüzyıl öncesi sağlık politikaları, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve hijyenin iyileştirilmesi üzerine odaklanarak, toplum sağlığının korunması için ilk sistematik müdahaleleri simgelemiştir. Bu önlemler, modern halk sağlığı uygulamalarının temellerini atmış ve devletlerin sağlık hizmetlerine yönelik daha geniş kapsamlı politikalar geliştirmesine olanak sağlamıştır (Hamlin, 1998; Porter, 2020).

Yüzyılın İlk Yarısı: Halk Sağlığı ve Refah Devleti

20. yüzyılın başlarında, sanayi devrimi ve hızlı kentleşme, sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliğini belirgin hale getirdi. Yoğun şehirleşme, işçi sınıfının kötü yaşam koşullarında çalışmasına ve sağlık sorunlarının yaygınlaşmasına yol açtı. Bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin kamusal bir sorumluluk olarak görülmesine ve devletler tarafından daha erişilebilir hale getirilmesine zemin hazırladı (Porter, 2005; Fee & Brown, 2005). Özellikle Avrupa’da, sanayi devriminin yarattığı sosyal eşitsizlikleri azaltma amacıyla refah devleti modelleri benimsendi ve sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulması öncelik haline geldi (Esping-Andersen, 1990).

Refah devleti modelleri, sağlık hizmetlerinin daha kapsayıcı hale gelmesini ve toplum sağlığının iyileştirilmesini hedefledi. Bu yaklaşım, sosyal sigorta programlarının uygulanması, kamu hastanelerinin kurulması ve sağlık hizmetlerinin ücretsiz veya düşük maliyetli olarak sunulması gibi önlemlerle desteklendi (Mishra, 2005). Almanya, İsveç ve Birleşik Krallık gibi ülkeler, refah devletinin erken uygulayıcıları olarak, sağlık hizmetlerine erişimi artıran kapsamlı sosyal sigorta sistemleri geliştirdi. Almanya’da 1880’lerde başlatılan Bismarck modeli, sağlık sigortası, işsizlik yardımı ve emeklilik sistemleriyle entegre bir sosyal güvenlik ağı oluşturdu (Esping-Andersen, 1990). Bu yaklaşım, halk sağlığının sosyal belirleyicilerini ele alarak daha adil ve eşitlikçi bir sağlık hizmeti sunumunu sağladı (Rosen, 2015).

Birleşik Krallık’ta ise, 1911 Ulusal Sigorta Yasası, işçi sınıfına yönelik temel sağlık sigortasını ve sağlık hizmetlerine erişimi garanti altına alarak refah devleti anlayışının somut bir örneğini oluşturdu (Thane, 2016). 1930’lar ve 1940’larda ise, İkinci Dünya Savaşı’nın yıkıcı etkileri, halk sağlığı politikalarının yeniden değerlendirilmesine ve sağlık hizmetlerinin evrensel bir hak olarak tanımlanmasına yol açtı (Hamlin, 1998). Bu dönemde, refah devleti modeli, bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlayarak sosyal adaleti desteklemeyi hedefledi. Halk sağlığına yönelik bu genişletilmiş kamu müdahalesi, işçi sınıfının sağlık koşullarını iyileştirdi ve genel sağlık düzeyini artırdı (Porter, 2005).

Refah devleti politikalarının temel ilkelerinden biri olan sosyal sigorta, yalnızca sağlık hizmetleriyle sınırlı kalmayarak eğitim, emeklilik ve işsizlik yardımı gibi diğer sosyal hizmetleri de kapsadı (Esping-Andersen, 1990). Bu, sağlık hizmetlerinin toplumsal refahın bir parçası olarak görülmesini sağladı ve toplum sağlığında önemli iyileşmelere yol açtı. Ancak, refah devleti modelleri, ekonomik krizler ve mali sürdürülebilirlik sorunları nedeniyle zamanla kısıtlamalarla karşı karşıya kaldı ve bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi tartışmalarını beraberinde getirdi (Fee & Brown, 2005).

1948: Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) Kuruluşu

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 7 Nisan 1948’de Birleşmiş Milletler’in bir ajansı olarak kurulmuş ve uluslararası sağlık politikalarının şekillenmesinde önemli bir rol oynamıştır. WHO’nun kuruluşu, sağlık hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasını ve bu erişimin bir insan hakkı olarak tanımlanmasını hedefleyen bir dönüm noktasıdır. Örgütün ana misyonu, sağlık hizmetlerini tüm dünya için ulaşılabilir kılmak ve toplum sağlığını artırmaktır (Gostin, 2014). WHO, aynı zamanda küresel sağlık sorunlarına koordineli çözümler geliştirme, araştırmaları teşvik etme ve teknik destek sağlama gibi görevlerle uluslararası toplumun sağlık alanındaki en etkili kurumu haline gelmiştir (Brown et al., 2006).

WHO’nun ilk yıllarındaki öncelikli hedefleri arasında bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ve aşılama programlarının yaygınlaştırılması bulunuyordu. Örneğin, 1955’te başlatılan Küresel Sıtma Programı ve 1967’de başlatılan Çiçek Hastalığı Eradikasyon Programı, WHO’nun erken dönemdeki başarılı projeleri arasında yer aldı (Rosen, 2015). Bu kampanyalar, yalnızca belirli bölgelerde değil, küresel düzeyde hastalıkların yayılımını önlemeyi amaçladı ve WHO’nun halk sağlığına yönelik uluslararası iş birliği çabalarını güçlendirdi (World Health Organization, 2008).

WHO’nun faaliyet alanları, yalnızca bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyle sınırlı kalmamış; aynı zamanda, anne-çocuk sağlığı, beslenme, su ve sanitasyon hizmetleri, sağlık eğitimi ve sağlık eşitliği gibi birçok farklı alanı da kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Gostin, 2014). Ayrıca WHO, sağlık hizmetlerinin standardizasyonu ve temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için küresel sağlık rehberleri ve stratejileri geliştirmiştir. 1978’de Alma-Ata

Konferansı'nda WHO, temel sağlık hizmetlerinin (PHC) küresel düzeyde yaygınlaştırılmasını önermiş ve sağlıkta sosyal adaletin sağlanmasına vurgu yapmıştır (Brown et al., 2006).

WHO'nun bu misyonları, uluslararası iş birliğinin güçlenmesine ve ülkeler arasında bilgi paylaşımının artmasına katkıda bulunmuştur. Kuruluş, aynı zamanda sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi için teknik ve mali destek sağlamış; sağlık hizmetlerine erişimi artırmak amacıyla çeşitli fonlar ve programlar geliştirmiştir (World Health Organization, 2008). Ancak WHO, kaynak eksikliği, uluslararası politik sınırlamalar ve ülkeler arası uyumsuzluk gibi zorluklarla da karşı karşıya kalmıştır (Gostin, 2014).

WHO'nun kuruluşu, uluslararası sağlık politikalarının koordinasyonunda bir dönüm noktası olarak kabul edilmekte ve evrensel sağlık hizmetlerinin bir insan hakkı olarak kabul edilmesine önemli bir katkı sağlamıştır. Bu, sağlık politikalarının insan hakları temelinde yeniden tanımlanmasına olanak vermiş ve küresel sağlık sistemlerinin entegrasyonu için kalıcı bir çerçeve oluşturmuştur (Brown et al., 2006; Rosen, 2015).

1978 Alma-Ata Konferansı ve Temel Sağlık Hizmetleri (PHC)

1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde gerçekleştirilen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, küresel sağlık politikaları için bir dönüm noktası oldu. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından düzenlenen bu konferans, temel sağlık hizmetlerinin (Primary Health Care, PHC) toplum sağlığının geliştirilmesinde anahtar bir rol oynaması gerektiğini vurguladı (Cueto, 2004; Hall & Taylor, 2003). Konferansın ana bildirgesi olan Alma-Ata Bildirgesi, "sağlığın, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali" olduğu ve "en yüksek sağlık standardına ulaşmanın temel bir insan hakkı" olduğu ilkesini benimsedi (WHO, 1978).

PHC'nin ana ilkeleri arasında, sosyal adalet, kapsayıcılık ve topluluk katılımı yer aldı. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin toplum temelli bir çerçevede sunulmasını ve yerel toplulukların sağlık hizmetlerinin planlanmasında aktif rol almasını gerektiriyordu (Magnussen et al., 2004). Temel sağlık hizmetleri, yalnızca tıbbi tedaviye odaklanmak yerine; temiz su, temel beslenme, eğitim ve uygun sanitasyon gibi sağlığın sosyal belirleyicilerini de ele almayı hedefledi (Werner & Sanders, 1997). Bu, bireylerin sağlığını iyileştirmek için sadece klinik müdahaleleri değil, aynı zamanda çevresel ve sosyal faktörleri de göz önünde bulundurmanın önemini ortaya koydu (Starfield, 1998).

Alma-Ata Konferansı'nın temel hedefi, sağlıkta eşitlik ilkesinin yaygınlaştırılmasıydı. PHC'nin yaygınlaştırılması için uluslararası iş birliği ve finansal kaynakların artırılması gerektiği belirtildi (Cueto, 2004). Ancak, bu kapsamlı ve idealist vizyonun pratikte uygulanmasında çeşitli zorluklar yaşandı. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, kaynak eksikliği, yetersiz sağlık altyapısı ve siyasi irade eksikliği, PHC'nin tam olarak hayata geçirilmesini engelledi (Magnussen et al., 2004). Ayrıca, PHC'nin uygulanmasında ülkeler arasında ciddi başarı farkları gözlemlendi; bazı ülkeler kapsamlı toplum temelli hizmetler geliştirmeyi başarırken, diğerleri mali ve idari engellerle karşı karşıya kaldı (Werner & Sanders, 1997).

PHC'nin benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin sosyal belirleyicilerini dikkate alan daha kapsamlı bir sağlık politikası modelinin geliştirilmesine olanak sağladı (Starfield, 1998). Bu bağlamda, temel sağlık hizmetleri, özellikle çocuk sağlığı, anne sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi alanlarda önemli başarılar elde etti. Ancak, 1980'lerde neoliberal politikaların yayılması ve sağlıkta özelleştirme eğilimleri, PHC'nin sürdürülebilirliğini zorlaştırdı ve küresel düzeyde sağlıkta eşitsizliklerin artmasına neden oldu (Cueto, 2004).

1980'ler ve Neoliberal Politikalar

1980'lerden itibaren, küresel sağlık politikalarında önemli bir dönüşüm gerçekleşti ve neoliberal yaklaşımlar ön plana çıktı. Neoliberalizmin temel ilkeleri arasında mali sürdürülebilirlik, özelleştirme ve piyasa temelli hizmet sunumu yer aldı (Harvey, 2005). Bu dönemde, kamu-özel ortaklıkları yaygınlaşırken, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına göre organize edilmesi teşvik edildi (Navarro, 2007). Neoliberal sağlık politikaları, devletin sağlık sektöründeki rolünü azaltmayı, özel sektör yatırımlarını artırmayı ve bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ödeme yapmasını içeren reformlar ile karakterize edildi (Birn et al., 2009).

Bu değişim, sağlık hizmetlerine erişimde önemli eşitsizlikler yaratmıştır. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, sosyal güvenlik ağlarının zayıflaması ve kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinin yerini özel sektörün alması, halk sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açtı (Waitzkin, 2011). Neoliberal politikalar, mali sürdürülebilirliği ön planda tutarken, kapsayıcılık ve eşitlik gibi halk sağlığının temel ilkelerini göz ardı etti. Örneğin, Latin Amerika ve

Afrika’da uygulanan neoliberal sağlık reformları, sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan maliyetlerin artmasına ve birçok toplumda temel sağlık hizmetlerinin eksik kalmasına neden oldu (Navarro, 2007; Birn et al., 2009).

Neoliberal politikaların sağlık üzerindeki etkileri, sadece erişim sorunları ile sınırlı kalmamış, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini de etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, genellikle maliyet azaltma ve kar odaklı yaklaşımlar benimsenmesiyle sonuçlanmış; bu da özellikle yoksul ve savunmasız grupların yeterli sağlık hizmeti alamamasına yol açmıştır (Harvey, 2005). Neoliberal reformların etkisiyle, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sadece bireylerin sağlık harcamalarını artırmakla kalmamış, aynı zamanda sağlıkta eşitsizliklerin derinleşmesine neden olmuştur (Birn et al., 2009).

Neoliberalizm, sağlık hizmetlerini genellikle bireysel sorumluluk olarak görürken, devletin rolünü bir düzenleyici veya denetleyici olarak sınırlandırmıştır (Waitzkin, 2011). Bu, sağlık hizmetlerinin piyasa temelli rekabet koşullarına bırakılmasına yol açmıştır. 1980’ler ve sonrasında yapılan sağlık reformları, maliyet etkinliği ve hizmet sunumunun rasyonelleştirilmesi gibi hedefler doğrultusunda şekillenirken; temel sağlık hizmetlerine erişim, koruyucu sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı üzerindeki etkiler genellikle göz ardı edilmiştir (Birn et al., 2009). Bu bağlamda, neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını azaltmış ve sağlık sistemlerinde daha büyük eşitsizliklere yol açmıştır (Navarro, 2007).

2000’ler: Küresel Sağlık Girişimleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

2000’li yıllarda, küresel sağlık politikaları, Birleşmiş Milletler tarafından geliştirilen Binyıl Kalkınma Hedefleri (Millennium Development Goals - MDGs) ile başlayan ve 2015’te Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goals - SDGs) ile devam eden bir süreçte, sağlık hizmetlerinin evrensel olarak erişilebilir hale getirilmesini küresel bir öncelik olarak benimsedi (UN, 2015). Bu süreç, özellikle HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede güçlü bir küresel iş birliğinin sağlanmasına odaklandı. Bu dönemde, Küresel Fon (Global Fund) ve GAVI Aşı İttifakı (GAVI Alliance) gibi uluslararası girişimler, düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimi artırmayı ve sağlık altyapısını güçlendirmeyi hedefledi (Garrett, 2017; Frenk & Moon, 2013).

2000’li yıllardaki küresel sağlık girişimleri, yalnızca bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ile sınırlı kalmadı; aynı zamanda sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi, veri yönetiminin geliştirilmesi ve uzaktan sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi yenilikçi çözümlerle de karakterize edildi (Buse & Hawkes, 2015). Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi hem verimliliği artırmayı hem de hizmetlerin daha geniş kitlelere ulaştırılmasını amaçladı. Örneğin, e-sağlık uygulamaları, düşük gelirli bölgelerde sağlık çalışanlarının eğitiminde ve teşhis hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağladı (WHO, 2016).

SDG’ler kapsamında sağlık politikalarının odağı, evrensel sağlık sigortası, anne-çocuk sağlığı, kronik hastalıkların kontrolü ve ruh sağlığı gibi alanlara genişletildi (UN, 2015). SDG-3’ün özel hedefleri arasında, 2030 yılına kadar çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi ve temel sağlık hizmetlerinin evrensel olarak erişilebilir hale getirilmesi yer aldı (Hogan et al., 2018). Bu hedeflere ulaşmak için, küresel sağlık işbirlikleri, düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim engellerini ortadan kaldırmak ve sağlık altyapısını iyileştirmek için mali ve teknik destek sağladı (Frenk & Moon, 2013).

Bununla birlikte, SDG’lerin uygulanmasında çeşitli zorluklar ortaya çıktı. Yetersiz mali kaynaklar, sağlık sistemlerindeki zayıflıklar ve coğrafi erişim sorunları, hedeflerin başarılmasını zorlaştırdı (Garrett, 2017). Ayrıca, sağlıkta eşitsizliklerin artması ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi gibi sorunlar, özellikle düşük gelirli ülkelerde sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin hayata geçirilmesinde engeller oluşturdu (Buse & Hawkes, 2015). Ancak, uluslararası toplumun SDG’ler çerçevesinde sağlık hizmetlerine yaptığı yatırımlar, genel sağlık düzeyini iyileştirme ve sağlık hizmetlerine erişimi artırma yönünde önemli katkılar sağladı (UN, 2015).

COVID-19 Pandemisi ve Gelecek Vizyonu

COVID-19 pandemisi, küresel sağlık sistemlerinin kırılganlığını ve eksikliklerini belirgin şekilde ortaya koydu. 2019’un sonlarında Çin’in Wuhan kentinde ortaya çıkan virüs, hızla küresel bir tehdit haline gelerek sağlık sistemlerini baskı altında bıraktı ve mevcut sağlık politikalarının yetersizliğini gözler önüne serdi (Kickbusch et al., 2020). Pandemi, özellikle acil müdahale kapasitesi, tıbbi malzeme ve personel eksiklikleri ve sağlık hizmetlerine eşit erişim konularında sağlık sistemlerindeki önemli zayıflıkları ortaya çıkardı (Wang et al., 2020). Bu durum, hükümetlerin ve uluslararası kuruluşların daha dayanıklı ve kapsayıcı sağlık politikaları geliştirme gerekliliğini bir kez daha vurguladı (Gostin & Wiley, 2020).

COVID-19, acil sağlık hizmetlerinin yanı sıra dijital sağlık çözümleri ve uzaktan tedavi uygulamalarının önemini artırdı. Pandemi sürecinde, tele-sağlık hizmetleri ve dijital sağlık kayıtlarının yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve erişilebilirliğini sağlamak için kritik hale geldi (Keesara et al., 2020). Uzaktan sağlık hizmetleri, hastaların hastanelere fiziksel olarak gitmesini gerektirmeden tedaviye erişmesini sağladı ve bulaşma risklerini azalttı. Aynı zamanda, Yapay Zekâ (YZ) ve büyük veri analizleri kullanılarak virüsün yayılımı izlenebildi ve müdahale stratejileri geliştirildi (Whitelaw et al., 2020).

Pandemi sonrası dönemde, sağlık politikalarının daha dayanıklı ve esnek bir yapıya evrilmesi gerektiği yaygın bir görüş haline geldi. Gelecekteki sağlık politikalarının, erken uyarı sistemleri, hızlı müdahale kapasitesi ve küresel sağlık iş birliği odaklı olması beklenmektedir (Gostin & Wiley, 2020). Aynı zamanda, sağlık sistemlerinin dijitalleşmesi, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimi artırma potansiyeline sahip kritik bir strateji olarak görülmektedir (Keesara et al., 2020). Yeni politikaların temel amacı, olası sağlık krizlerine karşı daha hazırlıklı olmak ve sağlık hizmetlerine eşit erişimi sağlamaktır (Whitelaw et al., 2020). Ayrıca, pandeminin ekonomik etkileri göz önünde bulundurulduğunda, mali sürdürülebilirlik ve kapsayıcılık da gelecekteki sağlık politikalarının ana odak noktalarından biri olacaktır (Kickbusch et al., 2020).

3. GELECEĞE YÖNELİK STRATEJİK YAKLAŞIMLAR

Sağlık politikalarının değişimi incelendiğinde, farklı dönemlerde uygulanan politikaların sağlık sistemleri üzerinde belirleyici olduğu ve bu politikaların sağlık göstergelerinde önemli değişimlere yol açtığı görülmektedir. 1980'lerden itibaren sağlık sistemlerinde benimsenen neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur (Navarro, 2007). Özelleştirme süreçleri ve kamu sağlık harcamalarının azaltılması, özellikle düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmasını engellemiştir (Birn, Pillay & Holtz, 2009). Dolayısıyla, neoliberal sağlık politikalarının toplum sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkileri tartışmalı olup, sosyal eşitsizliklerin derinleşmesine yol açtığı ifade edilmektedir (Reeves et al., 2013). Öte yandan evrensel sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılmasını içeren politikalar, toplum sağlığını iyileştirmede kritik bir rol oynamıştır. Refah devleti ülkelerde hizmete erişimin sağlanması ile çocuk ve anne sağlığı göstergelerinde belirgin iyileşmeler kaydedilmiştir. Ayrıca bu ülkelerde, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve yaşam beklentisinin artışı da sağlanmıştır (Kruk et al., 2018). Pandemi sürecinde, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan aksaklıklar, kamu sağlık altyapısının güçlendirilmesi gerekliliğini gözler önüne sermiştir (Wang et al., 2020). Ayrıca, pandeminin mali etkileri, sağlık bütçelerinin sürdürülebilir şekilde yönetilmesini gerektiren bir döneme girildiğini göstermektedir (Haines & Ebi, 2019). COVID-19 pandemisi ayrıca, küresel sağlık sistemlerinin kırılganlığını ortaya koyarak, uluslararası iş birliği ve dayanıklı sağlık sistemlerinin önemini vurgulamıştır (Kickbusch et al., 2020).

Sağlık politikalarında geleceğe yönelik stratejik yaklaşımlar belirlenirken, öncelikle bu politikaların değişim süreci bilinmesi son derece önemli olmaktadır. Daha sonraki süreçte küresel sağlık sistemlerinin değişen ihtiyaçlarına yanıt verebilecek şekilde stratejik yaklaşımlar geliştirilmektedir. Bu stratejiler ile gelecekte sağlık politikalarının daha sürdürülebilir, verimli ve kapsayıcı olmasını sağlanacaktır. Sağlık sistemlerinin hızla değişen küresel koşullara uyum sağlayabilmesi için, aşağıda bahsedilen stratejilerin hayata geçirilmesi kritik bir gereklilik olarak görülmektedir.

Dijital Sağlık ve Yapay Zekâ Entegrasyonu

Sağlık politikalarının dönüşümünde dijital sağlık çözümleri ve yapay zekâ uygulamalarının giderek önem kazandığı görülmektedir. Tele-tıp, uzaktan sağlık hizmetleri ve elektronik sağlık kayıtlarının yaygınlaşması, sağlık hizmetlerine erişimi artırırken, hizmet kalitesini de yükseltmiştir (Buse & Hawkes, 2015). Yapay zekâ destekli sağlık uygulamaları, tanı süreçlerini hızlandırarak hasta bakımında daha etkili çözümler sunmaktadır (Whitelaw et al., 2020). Dijital sağlık çözümleri ve yapay zekâ destekli analizlerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, hastalıkların erken teşhisi, hasta takibi ve sağlık sistemlerinin etkinliğinin artırılması açısından kritik bir strateji olarak değerlendirilmektedir (Haenssger, 2024). Ancak, dijital sağlık çözümlerinin yaygınlaştırılmasında veri güvenliği, etik sorunlar ve dijital sağlık eşitsizlikleri gibi zorlukların dikkate alınması gerekmektedir (Gostin & Wiley, 2020).

Sürdürülebilir ve Kapsayıcı Sağlık Sistemleri

Sağlık hizmetlerinin uzun vadede etkili, erişilebilir, adil ve ekonomik olarak sürdürülebilir olmasını sağlayan politikalar ve stratejileri içermektedir. Bu sistemler hem mevcut hem de gelecek nesiller için kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi güvence altına almayı amaçlamaktadır (Schneider, 2015). Sürdürülebilir sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin finansal, çevresel ve operasyonel olarak devamlılığını sağlamayı hedeflemektedir (Behzadifar et al., 2020). Finansal sürdürülebilirlik ile sağlık harcamalarının yönetilebilir olması, kamu ve özel finansman mekanizmalarının dengeli kullanılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin karbon ayak izinin azaltılması, çevre dostu hastane uygulamalarının teşvik edilmesi gibi politikalar geliştirilmelidir. Kriz dönemlerinde (pandemiler, doğal afetler) sağlık sistemlerinin dayanıklı ve esnek olmasını sağlanmalıdır.

Kapsayıcı sağlık sistemleri; bireylerin gelir, cinsiyet, yaş, coğrafi konum veya sosyoekonomik durum fark etmeksizin sağlık hizmetlerine eşit erişimini garanti altına almayı ifade etmektedir (Jimenez & Jacob, 2020). Evrensel sağlık kapsamı (Universal Health Coverage)'nda bireylerin mali yük altında kalmadan, temel sağlık hizmetlerine erişmesini sağlayan politikalar geliştirilmelidir. Ayrıca dezavantajlı grupları destekleyen kapsayıcı sağlık politikaları uygulanmalıdır. Engelliler, yaşlılar, göçmenler ve kırsal bölgelerde yaşayan bireyler için özel sağlık politikaları desteklenmelidir.

Stratejik Planlama ve Kriz Yönetimi

Stratejik planlama, sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisini, öncelik belirlemeyi ve uzun vadeli hedefleri sistematik hale getiren bir süreçtir (Clarke, 2019). Kriz yönetimi ise, sağlık hizmetleri üzerinde beklenmedik tehditlerin etkisini azaltmak için proaktif önlemler geliştirmeye odaklanır (Diraoui, 2020). Sağlık sistemlerinde stratejik planlama ve kriz yönetimi, beklenmedik sağlık tehditlerine karşı dayanıklı, hızlı ve etkin müdahale edebilmek için geliştirilen politika ve uygulamalardan oluşmalıdır.

Pandemiler, doğal afetler, ekonomik krizler veya tedarik zinciri kesintileri gibi durumlar, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını test etmektedir. Bu nedenle, sağlık politikalarının uzun vadeli hedeflere odaklanırken aynı zamanda acil durum senaryolarına karşı da hazırlıklı olması gerekmektedir. Stratejik planlama ile kriz yönetimi arasındaki bağlantının kuvvetlenmesi, sağlık sistemlerini güçlendirecektir. Bunun sağlanabilmesi için etkili bir kriz yönetimi için önleyici planlar, senaryo bazlı stratejik yaklaşımlar ve veri odaklı karar alma mekanizmaları gerekmektedir.

Sağlık Yönetiminde Stratejik Planlama ve Veri Odaklı Karar Alma

Sağlık yönetiminde stratejik planlama ve veri odaklı karar alma, sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmak, kaynakları verimli kullanmak ve uzun vadeli hedeflere ulaşmak için kritik öneme sahiptir (Rasouli et al., 2020). Stratejik planlama, sağlık hizmetlerinin geleceğini şekillendiren politikaları belirlerken, veri odaklı karar alma süreçleri ise bilimsel verilere dayanarak daha doğru, ölçülebilir ve etkili çözümler üretilmesini sağlayacaktır. Sağlık krizlerinde, veri analitiği sayesinde pandemiler ve diğer sağlık krizlerine karşı daha hızlı tepki verilmesi sağlanabilir. Sağlık harcamalarının hangi alanlara yönlendirilmesi gerektiği konusunda veriye dayalı kararlar alınabilir. Hasta bakımı ve klinik kararlarda, hastaların daha iyi hizmet almasını sağlamak için elektronik sağlık kayıtları ve makine öğrenmesi modelleri kullanılabilir.

Büyük veri analitiği, sağlık politikalarının geliştirilmesinde giderek daha fazla kullanılmakta olup, karar alma süreçlerinin daha bilinçli ve etkili hale gelmesini sağlamaktadır. Büyük veri ve yapay zekâ kullanımı ile hastalık eğilimleri tahmin edilebilir, sağlık hizmetleri daha etkin yönetilebilir. Elektronik sağlık kayıtları (EHR) ve hastane yönetim sistemleri kullanılarak, hizmetlerin etkinliği artırılabilir. Kişiselleştirilmiş tedavi planlaması ile genetik veriler ve sağlık kayıtları analiz edilerek kişiye özel tedavi yöntemleri geliştirilebilir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık politikalarının tarihsel gelişimi ve toplum sağlığı üzerindeki etkileri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Sağlık politikalarının zaman içindeki gelişimi, toplum sağlığı ve sağlık sistemleri üzerinde doğrudan etkiler yaratmaktadır. Özellikle 1980'lerden itibaren uygulanan politikalar, kamu sağlık harcamalarının kısıtlanması ve sağlık hizmetlerinde özelleştirme eğiliminin artmasıyla, sağlık hizmetlerine erişimde ciddi eşitsizliklere yol açmıştır. Bu süreçten en çok düşük gelirli gruplar etkilenmiş, kamu sağlık hizmetlerinin zayıflamasıyla toplum sağlığına yönelik riskler artmıştır. Bu politikaların uzun vadede sosyal eşitsizlikleri derinleştirdiğini ve halk sağlığı göstergelerinde olumsuz sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Öte yandan,

evrensel sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu refah devleti modellerinde, sağlık göstergelerinde belirgin iyileşmeler yaşanmıştır. Özellikle anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve yaşam beklentisinin artışı gibi alanlarda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Almanya ve Birleşik Krallık gibi ülkelerde uygulanan ulusal sağlık sigortası sistemleri, sağlık hizmetlerinin daha adil ve erişilebilir olmasını sağlayarak toplumun genel sağlık seviyesini yükseltmiştir.

COVID-19 pandemisi ise, küresel sağlık sistemlerinin ne kadar kırılgan olduğunu bir kez daha ortaya koymuş ve kamu sağlık altyapılarının güçlendirilmesi gerektiğini göstermiştir. Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar, kriz dönemlerinde sağlık sistemlerinin daha dayanıklı hale getirilmesi gerektiğini açık bir şekilde gözler önüne sermiştir. Ayrıca, pandeminin yarattığı ekonomik yük, sağlık harcamalarının sürdürülebilir şekilde yönetilmesi gerekliliğini de gündeme getirmiştir. Bu süreç, uluslararası iş birliği ve sağlık sistemlerinde dayanıklılığın artırılması ihtiyacını daha da belirgin hale getirmiştir.

Sonuç olarak, gelecekte sağlık politikalarının oluşturulmasında, toplum sağlığını koruma ve eşitsizlikleri azaltma odaklı stratejilere öncelik verilmelidir. Krizlere karşı daha dayanıklı sağlık sistemleri inşa etmek, herkesin eşit ve güvenilir sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, sürdürülebilir ve kapsayıcı sağlık politikalarının temel hedefleri olmalıdır. Uzun vadeli ve bütüncül sağlık politikaları, yalnızca mevcut sağlık sistemlerini güçlendirmekle kalmayacak, aynı zamanda olası krizlere karşı daha hazırlıklı bir toplumun oluşmasına da katkı sağlayacaktır.

Öneriler:

- Gelecekte sağlık politikalarının daha dirençli, erişilebilir ve sürdürülebilir hale gelmesi için yenilikçi stratejilerin benimsenmesi,
- Yapay Zekâ (YZ) ve dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu (Telemedicine, yapay zekâ destekli sağlık analizleri, büyük veri kullanımı),
- İklim değişikliği ile mücadele (yeşil hastane uygulamaları, karbon ayak izinin azaltılması, ekonomik sürdürülebilirlik),
- Kriz/Afet Yönetimi ve Stratejik Planlama, (Pandemilere/Afetlere hazırlık planları ve sağlık altyapısının güçlendirilmesi)
- Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması (Evrensel sağlık kapsayıcılığı, dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimi),
- Sağlık politikalarında küresel iş birlikleri (Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Avrupa Birliği sağlık politikaları, bölgesel iş birlikleri)

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Çalışmaya birinci yazar %65 oranında, ikinci yazar %35 oranında katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Behzadifar, M., Martini, M., Bakhtiari, A., & Bragazzi, N. L. (2020). The barriers to the full implementation of strategic purchasing and the role of health policy and decision-makers: past, current status, ethical aspects and future challenges. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 61(1), E119.
- Birn, A. E., Pillay, Y., & Holtz, T. H. (2009). *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*. Oxford University Press.
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-72.
- Buse, K., & Hawkes, S. (2015). Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift?. *Globalization and health*, 11, 1-8.
- Buse, K., & Hawkes, S. (2015). Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift? *Globalization and Health*, 11(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0098-8>
- Clarke, C. (2019). Strategic planning in healthcare. *Textbook of medical administration and leadership*, 31-46.
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 94(11), 1864-1874.
- Diraoui, A. H. (2020). Strategic planning and its role in crisis management. A case study of the Amal Institute for Orphans in the Gaza Strip. *Finance and Business Economics Review*, 4(2), 118-142.
- Fee, Elizabeth & Brown, Theodore M. (2005). The Public Health Act of 1848.. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (11), 866-867. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/269524>
- Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936-942.
- Garrett, L. (2017). The challenge of global health. In *Global Health* (pp. 525-548). Routledge.
- Gostin, L. O., & Sridhar, D. (2014). Global health and the law. *New England Journal of Medicine*, 370(18), 1732-1740.
- Gostin, L. O., & Wiley, L. F. (2020). *Public health law: Power, duty, restraint*. University of California Press.
- Haines, A., & Ebi, K. (2019). The imperative for climate action to protect health. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 263-273. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1807873>
- Haenssger, M. J. (2024). Aligning global health policy and research with sustainable development: A strategic market approach. *Sustainable Development*, 32(3), 1876-1893.
- Hall, J. J., & Taylor, R. (2003). Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Medical Journal of Australia*, 178(1), 17-20.
- Hamlin, C. (1998). *Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain, 1800-1854*. Cambridge University Press.
- Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford University Press.
- Hogan, D. R., Stevens, G. A., Hosseinpoor, A. R., & Boerma, T. (2018). Monitoring universal health coverage within the sustainable development goals: Development and baseline data for an index of essential health services. *The Lancet Global Health*, 6(2), e152-e168. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2)
- Jimenez, J., & Jacob, P. (2020). Strategic planning and management of healthcare in Saudi Arabia. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7(12), 5198.
- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and health care’s digital revolution. *New England Journal of Medicine*, 382(23), e82.
- Kickbusch, I., Leung, G., Bhutta, Z. A., Matsoso, P., Ihekweazu, C., & Abbasi, K. (2020). Covid-19: How a virus is turning the world upside down. *BMJ*, 369, m1336. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1336>

- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Magnussen, L., Ehiri, J., & Jolly, P. (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23(3), 167-176.
- Marmot, M., & Allen, J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517-S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- Mishra, R. (2005). Globalization and Welfare States. *Welfare States and the Future*, 62–77. https://doi.org/10.1057/9780230554917_5
- Navarro, V. (2007). Neoliberalism, globalization, and inequalities: Consequences for health and quality of life. *Social Science & Medicine*, 64(2), 335-345.
- Porter, D. (2020). *The history of public health and the modern state* (Vol. 26). Brill.
- Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Marmot, M., & Stuckler, D. (2013). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*, 113(1-2), 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005>
- Rosen, G. (2015). *A history of public health*. Johns Hopkins University Press.
- Rasouli, A., Ketabchi Khoonsari, M., Ashja Ardalan, S., Sarace, F., & Ahmadi, F. Z. (2020). The importance of strategic planning and management in health: A systematic review. *Health Management & Information Science*, 7(1), 1-9.
- Schneider, S. (2015). Analysis of management practice strategic planning: A comprehensive approach. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 10(3).
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Thane, P. (2016). *The foundations of the welfare state*. Routledge.
- United Nations General Assembly (UNGA). (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Wang, C. J., Ng, C. Y., & Brook, R. H. (2020). Response to COVID-19 in Taiwan: Big data analytics, new technology, and proactive testing. *JAMA*, 323(14), 1341-1342. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3151>
- Werner, D., & Sanders, D. (1997). Questioning the solution. *The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto CA.
- Whitelaw, S., Mamas, M. A., Topol, E., & Van Spall, H. G. C. (2020). Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *The Lancet Digital Health*, 2(8), e435-e440. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30142-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30142-4)
- World Health Organization. (2018). *World health report 2018: Primary health care—Now more than ever*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563734>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/347879>
- World Health Organization. (2008). The world health report 2008 : primary health care now more than ever. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
- Zeynalli, A. (2019, November). Data-Driven Decision Making in Strategy Management of Enterprises. In *Proceedings of The International Academic Conference on Management and Economics*, Acavent.



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

TÜRKİYE, ALMANYA, FRANSA, İNGİLTERE, İTALYA SAĞLIK SİSTEMLERİ VE COVID-19 SAĞLIK POLİTİKALARI HEALTH SYSTEMS AND COVID 19 HEALTH POLICIES OF TURKEY, GERMANY, FRANCE, ENGLAND, ITALY

Öğr. Gör. Güler SEZGİN¹

Gülşah DENİZ²

ÖZ

Her ülkenin kültürel, idari, sosyal ve ekonomik yapısı birbirinden farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar, ülkelerin sağlık sistemlerinin oluşumunda önemli bir role sahiptir. Bu çalışmada Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) ülkelerinden Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya'nın sağlık sistemleri ve COVID-19 sağlık politikaları incelenmiş ve Türkiye'nin sağlık sistemi ve COVID-19 politikaları ile karşılaştırılmıştır. Bu ülkeler sağlık göstergeleri bakımından OECD ortalamasının üstündedir. Almanya ve Fransa'nın sağlık sistemleri birbirleriyle benzerlik göstermektedir. İngiltere ve İtalya'da benzer sağlık modellerine sahiptir. Türkiye ise daha karma bir sağlık modeli kullanmaktadır. Tüm dünyada pandemiye sebep olan COVID-19 salgını bu ülkelerin ekonomik, idari ve sağlık sistemlerini önemli bir ölçüde etkilemiştir. Bu çalışmada refah düzeyi yüksek olan bu ülkelerin sağlık sistemleri, ekonomik ve sağlık göstergeleri araştırılmış ve COVID-19 pandemiyle mücadelede uyguladıkları sağlık politikaları incelenmiştir. Bu çerçevede çalışmaya literatür taraması yapılarak başlanmıştır. 1. bölümde Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları, 2. Bölümde Türkiye sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları incelenmiştir. 3. bölümde ise Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye'nin sağlık sistemi ve COVID-19 politikaları kıyaslanmıştır. Bu çalışmanın ülkelerin sağlık sistemlerinin pandemi gibi salgın hastalıklarla mücadelede izlediği yolun ne kadar başarılı olduğunu göstermek ve ihtiyaç duyulan yeni politikaların geliştirilmesinde rehber olması amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, OECD Ülkeleri Sağlık Göstergeleri, COVID-19 Sağlık Politikaları

JEL Sınıflandırma Kodları: R118

ABSTRACT

The cultural, administrative, social and economic structures of each country differ from each other. These differences play an important role in the formation of the countries' health systems. In this study, the health systems and COVID-19 health policies of Germany, France, England and Italy from the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries were examined and compared with Turkey's health system and COVID-19 policies. These countries are above the OECD average in terms of health indicators. The health systems of Germany and France are similar to each other. England and Italy have similar health models. Turkey, on the other hand, uses a more mixed health model. The COVID-19 outbreak, which caused a pandemic all over the world, has significantly affected the economic, administrative and health systems in these countries. In this study, the health systems, economic and health indicators of these countries with high welfare levels were investigated and the health policies they used to combat the COVID-19 pandemic were examined. In this context, the study was started by reviewing the literature. In the first section, the health systems and COVID-19 health policies of Germany, France, England and Italy were examined, and in the second section, the health system and COVID-19 health policies of Turkey were examined. In the third section, the health systems and COVID-19 policies of Germany, France, England, Italy and Turkey were compared. This study was conducted to show how successful the path followed by the health systems of the countries in combating epidemic diseases such as pandemics and to guide the development of the new policies needed.

Keywords: Health System, Health Indicators of OECD Countries, COVID-19 Health Policies

JEL Classification Codes: R118

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, gulersezgin@posta.mu.edu.tr

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, g.deniz@adu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The purpose of this article is to examine the health systems of the OECD countries of England, Germany, France, Italy and Türkiye. To determine the similar and different aspects of these countries and to examine their strategies and effects against the COVID-19 outbreak. It is summarized as a comparison of the measures and health policies taken by these countries against the outbreak.

Design/methodology/approach:

In this study, the health systems and COVID-19 health policies of Germany, France, England, Italy and Türkiye, which are economically, culturally, administratively and politically different OECD countries, were examined and the differences between them were determined. Before starting this study, web-based databases on the health system, health financing, health indicators and COVID-19 policies of the countries in question were scanned. Academic studies that met the research criteria and data from the Turkish Statistical Institute (TUIK), OECD and Health Statistics Yearbook were included in the study.

Findings:

Germany and France use the Bismarck model as their health system model. England and Italy use a Beveridge model health system. Turkey, on the other hand, switched to the General Health Insurance System in 2012 and this system increased access to health services. In all countries, population aging, technological costs and inequalities in access to health services are common problems. Although health systems in Western European countries differ from each other, universal health insurance systems and public coverage are more prevalent with their features. Private health insurance is offered optionally in Türkiye and other countries. When health indicators are examined; it is seen that infant mortality rate (IMR) rates have decreased in all countries in the post-COVID-19 period. The country with the lowest rate is Italy with .5%, followed by Germany with 3.0%. In Turkey, this rate is seen to be 8.5%. The country with the lowest maternal mortality rate is Italy with 2%. It is seen that the country with the highest rate is Turkey with 15%. When vaccination rates are examined, it is seen that Italy has the highest vaccination rate with 80%, followed by France. The most populous countries in terms of population density are Türkiye and Germany. When evaluated from an economic perspective; it is seen that all five OECD countries increased their GDP rate after Covid. The country with the highest rate is Germany with 4.22 trillion USD, while England is second with 3.13 trillion dollars. In Turkey, this value was 0.89 trillion USD. When evaluated in terms of health expenditures; health expenditures of all countries increased after COVID-19. While Germany and France allocated 12.7-12.1% of GDP to health expenditures, Turkey allocated a share of 4.3%. When evaluated in terms of health manpower; Germany, France, England and Italy generally provide public and private health services and public services are provided free of charge or at low cost for citizens. The number of health manpower in all countries has increased after Covid-19. Germany is the best country in terms of the number of physicians with 4.5 per thousand people. Germany also has the highest rates in terms of the number of nurses, followed by France. Türkiye has the lowest rate in terms of health manpower with 2.1. When evaluated in terms of chronic diseases and depression rates; the rates differ from each other. The lowest rate in terms of chronic diseases is in Turkey. However, the rate, which was 15% in 2019, increased to 18% in 2022. The highest rate belongs to England. It is the country with the highest increase compared to pre-pandemic rates. The country with the highest Covid deaths is England with 220,000, while the country with the lowest rate is Turkey with 102,000. Depression has shown a significant increase in all countries after the pandemic. The highest rate is England with an increase rate of 8%.

Conclusion and Discussion:

The health models used by Germany, France, England, Italy and Turkey are similar to each other. Germany is based on social insurance, France is based on social insurance and public support, England is based entirely on taxes, Italy is based on central planning and regional application, and Turkey uses a mixed structure system of public and private general health insurance. When the models are compared, Germany and France offer high-quality services with the Bismarck model, while England and Italy offer services with an egalitarian approach and experience resource shortages. Turkey uses a mixed model and has infrastructure and personnel shortages. During the pandemic period, each country took precautions according to its own socio-economic and health infrastructure characteristics. The strictest practices were seen in Germany, while the most flexible country was England. When we look at vaccination rates, while Italy, France and Germany have 75% and above, Turkey has the lowest rate with a rate of 68%. The highest number of people who lost their lives due to COVID is in Italy and the lowest in Turkey. The pandemic has caused an increase in health expenditures. While the best GDP is in Germany, France and England, the lowest rate is in Turkey. The best rate in terms of health manpower is in Germany, while the lowest rate is in Turkey. While England has the highest rate in terms of chronic diseases, the lowest rate is seen in Turkey. The country that the pandemic has affected the increase in depression the most is England. Although Turkey is the country with the lowest depression rate, it seems that the pandemic increased this rate by 6%. As a result; Germany has been the best country in managing the pandemic with early intervention, health infrastructure, scientific approach and transparency. Although other countries have partial successes, Germany has been the country that stands out in this process with its systematic approach and low death rates.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir bireyin sağlıklı sayılabilmesi için hem beden hem de ruhsal ve sosyal sağlığının tam bir iyilik halinde olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu sebeple ülkeler vatandaşlarının refah seviyesini yükseltmek için herkesin rahatlıkla ulaşabileceği, hakkaniyetli, kaliteli ve ihtiyacına yönelik sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlamak için çalışırlar. Bir toplumda sağlıklı birey sayısının ortalamaların üzerinde olması o devletin sağlık hizmetlerini yürütmekte başarılı olduğunun da bir göstergesidir. Salgın hastalık, pandemi ve doğal afetler gibi durumlarda sağlık sistemleri güçlü olan ülkelerin, sağlık hizmetlerini yürütmekte daha başarılı oldukları görülmüştür. Ayrıca bu tür belirsizlik dönemlerinde teknolojik gelişmeler ve teknolojinin tıp alanında etkin bir şekilde kullanılması salgınla mücadele gücünü de artırmıştır.

Bu çalışma (OECD) arasında yer alan gelişmiş ülkelerden Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'nin sağlık sistemlerinin ve COVID-19 politikalarının incelenmesi ve aralarındaki farkların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Her ülkenin kendi normları çerçevesinde kültürel yapısı, ekonomisi, inanç sistemi, tarihsel gelişimi, politikaları ve yaşam şekilleri vardır. Bu unsurlar çerçevesinde ülkeler kendi sağlık politikalarını oluşturmaktadır.

Bu çalışmaya başlamadan önce araştırmaya konu olan ülkelerin sağlık sistemi, sağlık finansmanı, sağlık göstergeleri ve COVID-19 politikaları ile ilgili web tabanlı veri tabanları taranmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olan akademik çalışmalar ile Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), OECD ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı verileri araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çerçevede birinci bölümde Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları, ikinci bölümde Türkiye sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları, üçüncü bölümde ise Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikalarının kıyaslaması yapılmıştır. Bu çalışma sağlık politikalarının geliştirilmesinde karar vericilere rehberlik etmesi amacıyla yapılmıştır.

2. ALMANYA, FRANSA, İNGİLTERE, İTALYA SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID-19 SAĞLIK POLİTİKALARI

Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya sağlık göstergeleri bakımından OECD ortalamasının üstünde olmasına rağmen COVID-19 pandemisiyle mücadelede birtakım zorluklar yaşamışlardır (OECD, 2024). Bu ülkelerin sağlık sistemleri ve COVID-19 politikaları hakkında literatür taraması yapılmış ve pandemi öncesi ve sonrası ülkelerin ekonomik ve sağlık göstergeleri karşılaştırılmıştır.

Almanya Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

Almanya 83,1 milyon nüfusu ile gelişmiş bir Avrupa ülkesidir. GSYH bakımından ekonomik gücü yüksek olan bir ülkedir. 2021 verilerine göre GSYH'si 4, 35 trilyon USD, kişi başı geliri ise 51.200 USD'dir. OECD ortalamasında kişi başına gelir 42.931 USD iken, Avrupa Birliği'nde bu oran 43.350 USD'dir. Kişi başı gelirin yüksek olması yaşam standardının yüksek olduğu izlenimini vermektedir (WB, 2021/OECD,2021). Almanya, ülke zenginliğinin kayde değer miktarını sağlık harcamalarına ayırmaktadır. OECD verilere göre, 2020 yılı GSYH'ye oranı olarak toplam sağlık harcamasında, OECD ortalaması yüzde 8,8 iken, Almanya'nın yüzde 12,5'lik orana sahip olmasıyla ortalamanın üzerinde yer alarak ABD ve İngiltere'den sonra en yüksek orana sahip üçüncü ülkedir. Ayrıca Almanya, AB ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Almanya'nın toplam sağlık harcamalarının kişi başına oranı yüzde 12,8 ve bu oranla OECD ülkeleri arasında üçüncü sırada yerini almıştır. Harcamaların detayına bakıldığında ise Almanya'nın toplam sağlık harcamalarının içerisinde yer alan kamu/zorunlu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı %10,9, isteğe bağlı sağlık harcamalarının oranı ise %1,9'dur. Aynı zamanda, 83 milyondan daha fazla nüfusa sahip olan Almanya'da 2020 yılı verilerine göre, 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 4,5 ve 1000 kişiye düşen hemşire sayısı ise 12,1'dir (OECD, 2020).Dünya Sağlık Örgütü'nün (2021) verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süreside 80,8'dir.

Almanya sağlık sisteminde zorunlu sosyal sağlık sigortası olarak ifade edilen "Bismarck Modeli" uygulanmaktadır (Ertürk Atabey, 2012). Bu modelle, sosyal devlet düşüncesiyle ülkede sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak görülmüştür. Vatandaşların ücretsiz olarak faydalandıkları bir kısım kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinin yanı sıra, zorunlu ve belirli miktarda prim ödeme karşılığında, tedavi ağırlıklı sağlık hizmetlerinden faydalanmaları esas alınmıştır (Sargutan, 2005). Dünyada, iş kazası, ilk hastalık, yaşlılık ve malullük sigortasının

kurulmasını sağlayan bu sistemin 19. yy örneklerine rastlanmaktadır. Bu sistem ile Almanya’da çok yaygın olan küçük boyutlu bütün sağlık yardım sandıklarını 1883-1891 yılları arasında kamu denetiminde birleştirerek tüm çalışanların bunlara katılımını zorunlu hale getirmiştir. Bu modelin uygulanmasını düzenleyip başlatan ve sosyal politika uygulamalarının öncülerinden olan dönemin Alman Başbakanı (Şansölye) Otto von Bismarck, prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta uygulamaları “Bismarck Modeli” olarak da bilinen ve bugün ülke vatandaşlarının çoğunu kapsayan yasal sağlık sigortası sisteminin temellerini atmıştır (Spahn, 2021).

Almanya sağlık sistemi merkezi yönetim esasından daha çok çoğulcu ve özerk bir yönetim esasına bağlıdır (Karaman, 2019). Alman sağlık sistemi organizasyon şemasına bakıldığında, sistemin en başında Federal Sağlık Bakanlığı (BMG) yer almaktadır. Ancak eyaletlerde sağlık hizmetleri sağlama ve bölgesel sağlık hizmetlerinin yapısı için kılavuzlar geliştirme sorumluluğunda on altı eyalet sağlık bakanlığı ile birlikte bu süreci yürütmektedir. En yüksek karar alma organı ise Federal Ortak Komite’dir (Ataç, 2020).

Federal Sağlık Bakanlığı; yasalar, yönetmelikler, idari hükümler hazırlayan, alt federal kurumları denetlemekten ve halk sağlığının gelişimini değerlendirmek için bir uzman komisyonu atamak gibi görevlere sahiptir. Eyaletlerde bulunan Sağlık Bakanlığı da bunların uygulanmasında sorumludur. Ayrıca bölgede hastaneler için planlama, sermaye yatırımının finansmanı, mimari planının geliştirilmesi, projenin bölgenin kentsel dokusuna ilişkin değerlendirilmesi ve hasta ihtiyacına ilişkin kanıtların sunulması eyalet yönetiminin görevleri arasında yer almaktadır (Jonge, Voort & Zwart, 2010).

Almanya’nın sağlık sisteminin temeli, devleti vatandaşlarına sosyal hizmet sağlamakla yükümlü kılan Almanya’nın Temel Yasasından (Grundgesetz) türetilmiştir. Spesifik olarak devlet yeterli düzeyde ihtiyaca dayalı olarak ayaklı ve yataklı tıbbi tedavi hizmetleri sağlamalı ve ilaç maliyetini de karşılamalıdır. Ülkede yaşayan tüm bireyler sağlık sisteminde evrensel kapsama alanı altındadır. Herkes sağlık sisteminden yasal sağlık sigortasına sahip olmak koşulu ile ayırım yapılmaksızın sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır (Atabey & Meriç, 2016).

Sağlık hizmetleri, federal, eyalet hükümetlerine ve belediye yönetimine bağlı bulunan kamu hastaneleri ile kâr amacı gütmeyen Caritas ve Alman Kızılhaçı gibi kiliseler, hayır kurumları ve şirketlere, bireylere ait olan kâr amacı güden özel hastaneler tarafından sunulmaktadır. (Döring & Paul, 2010). 2023 verilerine göre Almanya’da 2.471 hastane, 428.500 doktor ve 1 milyondan fazla hemşire ile 83 milyondan fazla kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Federal İstatistik Ofisi’nin 2023 verilerine göre Almanya’da sağlık hizmetlerine 498 milyar Euro’dan fazla finansal kaynak harcanmıştır (Eurostat, 2023; Statistisches Bundesamt, 2023). Vatandaşlar sağlık kuruluşu ve ayakta hasta bakımının yapıldığı tüm branşlarda hekim seçme özgürlüğüne sahiptirler. Fakat 2004 yılında uygulanan aile hekimliği uygulamasında eğer kişi aile hekimine başvuru yapmadan uzman hekime veya hastaneye başvurursa sigorta kapsamındaki işlemler için cepten ödeme yapması gerekmektedir (Ataç, 2020).

Almanya sağlık sisteminde özel sağlık sigortasını, sadece düzenli geliri sigorta eşliğinin üzerinde olan çalışanlar, din adamları, özel okul öğretmenleri, emekliler ve serbest meslek sahipleri yasal sağlık sigortası programı üzerinden seçebilmektedir. Özel sağlık sigortası için yatırılan primleri incelendiğinde 2020 yılı itibariyle ortalama 400 ile 700 € arasında değişmektedir. Çalışan biri için, özel sağlık sigortası priminin %50’si işveren tarafından karşılanmaktadır ve ayda en fazla 365,63 € ödenmektedir (Orhaner ve Çilhoroz, 2020). Ayrıca yasal ve özel sağlık sigortası olan herkes için bakıma muhtaç olanlara ve aile üyelerine mümkün olan en iyi desteği sağlamak amacıyla 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren uzun süreli bakım sigortası zorunlu hale getirilmiştir. Uzun süreli bakım sigortası, işverenler ve çalışanlar tarafından eşit olarak finanse edilmektedir. 1 Ocak 2019’dan bu yana katkı oranı brüt gelirin %3,05’ini oluştururken, çocuksuz olanlar için %3,3’e yükseltilmiştir. Ancak uzun süreli bakım sigortası hemşirelik bakımının tüm masraflarını karşılamamaktadır. Geri kalanı, bakılan kişiler veya gerekirse sosyal güvenlik yardımları tarafından ödenir. Bu nedenle uzun süreli bakım sigortası “kısmi teminat yaşı sigortası” olarak bilinmektedir (Spanh, 2021).

Almanya’da COVID-19 vakası ilk kez 24 Ocak 2020 tarihinde görülmüştür. COVID-19 ile başa çıkmada sağlık sistemlerinin yanıt verebilirliği ve dayanıklılığı ile ilgili sağlığa yönelik kamu harcamaları, sağlık işgücünün mevcudiyeti ve hastane yapısı olarak üç temel faktör göz önünde bulundurulmuştur (Spanh, 2021). Ülkede COVID-19 pandemisinin yayılmasını durdurmak, ekonomik ve sosyal sonuçlarını hafifletmeye yönelik bazı adımlar atılmıştır (Hüsmenoğlu ve Kuşaklı, 2021). Almanya’nın ilk temel hedefi, salgının yayılma hızını yavaşlatarak sağlık sistemine aşırı yüklenmeyi önlemek ve tüm hastaları en iyi şekilde tedavi etmek olmuştur. Bu

nedenle Federal Hükümet, düzenli olarak toplanan ve kısa sürede politikayı ayarlayabilen bir “koronavirüs kabinesi” kurmuştur. Hükümete bilimsel danışmanlık yaparak bu salgında uygulanacak sağlık politikalarını belirlemek ve bu politikaların nasıl uygulanması gerektiği hakkında bilgi veren kurum ise Federal Sağlık Bakanlığı’na (BMG) bağlı olan Robert Koch Enstitüsü (RKE) olmuştur. Ulusal / eyalet / bölge-yerel sağlık otoriteleri arasındaki sürveyans eylemlerini koordine etmede stratejik bir rol üstlenen sağlık acil durumlarını yönetme deneyimine sahip önemli bir halk sağlığı enstitüsü olmaktadır. (Hüsmenoğlu ve Kuşaklı, 2021). Federal Sağlık Bakanlığı, Robert Koch Enstitüsü’nün (RKE) uzmanlığı ve danışmanlığında ülkede COVID-19 vakalarının görülmeye başlaması ile kişisel koruyucu ekipman, dezenfektan, tıbbi ürünler ve ilaç tedariki organize etme kapasitesine sahip olması gerektiğini anlamıştır ve “Enfeksiyona Karşı Koruma Yasası” nı (IfSG) 27 Mart 2020’de değiştirmiştir (Aydoğdu, Yorulmaz ve Kırac, 2021).

Federal Sağlık Bakanlığı (BMG), ventilatörlü hastane yataklarının sayısına genel bir bakış elde etmek için Nisan 2020’de harekete geçmiş ve ülke çapındaki tüm hastanelerin yoğun bakımda ücretsiz yataklarını bildirmelerini gerektiren bir düzenleme yayınlamıştır. Alman Federal Meclisi tarafından, Mart 2020’de COVID-19 salgını sırasında sağlık hizmeti sağlayıcılarının maddi destek almasını sağlamak amacıyla “Hastaneler Üzerindeki Baskıları Hafifletme Yasası” kabul edilmiştir. Ayrıca kronik hastalıkları olan kişilerin korunması için Federal Hükümet İlaç Komisyonu’nun girişimiyle, 20 Nisan 2020’de yayınlanan SARS-CoV-2 ilaç yönetmeliği ile replasman tedavisi kuralları daha esnek hâle getirilmiştir. Bu da pandemi sırasında bile tedavinin sürdürülebileceği anlamına gelmektedir. Buna paralel olarak, Alman Federal Meclisi, ülke çapında bir salgına karşı koruma yasasını meclisten geçirmiştir. Pandemi süresince, Federal Hükümet öncelikle COVID-19 enfeksiyonlarının hızlı bir şekilde tanımlamak ve tedavi etmeyi amaçlamıştır. Almanya’da aşılama, 27 Aralık 2020’de başlatılmış ve yaşlılara öncelik verilmiştir. İlk aşı, Almanya’da geliştirilen Pfizer-BioNTech aşısı olmuştur. Daha sonra Moderna aşısı, 11 Ocak 2021’den itibaren Almanya’da kullanılmaya başlanmıştır. Almanya, AB’nin ortak tedarik sürecinin bir parçası olarak ilk etapta 64 milyon Pfizer aşısı ve 50 milyon Moderna aşısı satın almıştır. Ayrıca Almanya federal hükümeti ortak süreç dışında 30 milyon daha Pfizer dozu satın almıştır (Our World in Data, 2021).

Fransa Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

World Health Rankings (2020) verilerine göre; Fransa’da doğumdan beklenen yaşam süresi 82,5’tir. Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) bakımından, OECD ülkeleri arasında ekonomik gücü iyi olan bir ülkedir. 2021 verilerine göre Fransa, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla oranı 2,937 trilyon USD, kişi başına gelir oranı ise 50.999 USD’dir. Kişi başına gelir oranı OECD ortalaması ise 49.008 USD’dir. Fransa kişi başı gelir oranı ile OECD ortalamasının üzerinde yer almaktadır (WB, 2021).

OECD verilerine göre 2020 yılında toplam sağlık harcamasının GSYH’ye oranı %12,4’dür. Bu oranla OECD ülkeleri arasında Almanya ile en yüksek orana sahip ülke olarak öne çıkan Fransa, toplam sağlık harcamalarında ise OECD ülkeleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. OECD ülkeleri arasında Fransa’nın dördüncü sırada yer almasındaki en önemli etken kişi başına düşen gelirin, OECD ortalamasının üzerinde olmasıdır. Fransa’nın kişi başı toplam sağlık harcaması GSYH’ye oranı %12,4’lük oranı ile OECD ülkeleri arasında ABD, Kanada ve Almanya’dan sonra en yüksek orana sahiptir. Bu kişi başı toplam sağlık harcamalarının içerisinde kamu/zorunlu sağlık harcamasının GSHY’ye oranı %10,3 iken isteğe bağlı sağlık harcamasının oranı ise %1,9’dur. Ayrıca 67 milyondan daha fazla kişinin yaşadığı Fransa’da, 1000 nüfus başına düşen hekim sayısı 3,4 ve 1000 nüfus başına düşen hemşire sayısı ise 11,3’tür (OECD, 2020).

Fransa sağlık sistemi, büyük ölçüde Refah Yönelimli/Sigorta tipidir. Nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır ve iyi sağlık sonuçlarına sahiptir. Diğer sanayileşmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında Fransa, doğumda ve ileri yaşta beklenen yaşam süresi bakımından üst sıralarda yer almaktadır (Or vd., 2023). DSÖ 2000 yılında Fransa sağlık sistemini performans açısından en iyi sağlık sistemi seçmiştir. OECD ise Fransa sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönlerini değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya göre toplumun kapsayıcılığı, hizmete erişim ve beklenen yaşam süresi güçlü yönler olarak, koruyucu hizmetlerin yetersizliği, ilaç tüketiminin fazla olması ve hastane merkezli olması da zayıf yönler olarak değerlendirilmiştir. Fransa sağlık sistemi, covid 19 salgınına kadar dünyanın en iyilerinden biri olduğu düşüncesini sürdürmüştür (Türk, 2022).

Fransa sağlık sistemi organizasyonu içerisinde sağlık hizmetlerinin yönetimine bakıldığında, Sağlık Bakanlığı sisteminin başında olup, sistemin düzenlenmesi ve yönetimi esas olarak hükümet ile yasal sağlık sigortası fonları

arasında bölünmüştür. Hükümet, sektör düzeyinde harcama hedeflerini, sağlık hizmeti sağlama ve eğitim düzeylerini belirlemektedir. Ulusal programlar için öncelikli alanları tanımlamaktadır. Öte yandan, yasal sağlık sigortası fonları, geri ödeme prosedürlerini, ilaçların ve cihazların fiyatlarının düzenlenmesi ve birlikte ödeme seviyelerinin tanımlamak gibi fayda paketlerinin tanımlanmasında ana rolü oynamaktadır (Or & Gandré, 2019). Sağlık Bakanlığı sorumluluklarını sağlık politikalarından sorumlu olan Genel Sağlık Yöneticiliği, kaynakların kullanımından sorumlu Hastane ve Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği, finansal konularla alakalı birim olan Sosyal Sigorta Yöneticiliği, sosyal hizmetlere ilişkin olarak da Sosyal Politika Yöneticiliği birimleri ile birlikte yerine getirmektedir (Şen, 2019).

Fransa sağlık sisteminin örgüt yapısı içerisinde ayrıca belirli rolleri olan kuruluşlar ve görevleri bulunmaktadır. 2004 yılında Sosyal Sağlık Yasası kapsamında yasalaşan ve 2007 yılında resmen kurulan Halk Sağlığı Yüksek Konseyi (HCSP), halk sağlığı alanında bağımsız uzmanlardan oluşmuş olup nüfusun sağlık durumuna göre de raporlar üretmektedir. Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu (HCAAM), 2004 reformlarının oluşturulmasında etkili olmuştur ve özellikle eşitlik ve finans alanlarında sağlık hizmetlerinde iyileştirmeler önermek için çalışmaktadır. Ulusal Sağlık Kongresi, 2004 Halk Sağlığı Yasası ile kalıcı bir organ olarak oluşturulmuştur. Bu kongre, sağlık mesleklerinin temsilcilerini, sağlık tesislerini, bölgesel sağlık konferanslarını ve bir dizi ek uzmanı ulusal düzeyde sağlık önceliklerini tartışmak ve tanımlamak için bir araya getirmektedir. Ulusal Sağlık Otoritesi (HAS), hasta bakımının kalitesini iyileştirmek ve sağlık sistemi içinde eşitliği garanti altına almak için tasarlanmış bir dizi faaliyeti tek çatı altında toplamak amacıyla 2004 yılında kurulmuştur. Bu kuruluş bir hükümet organı değildir, ancak ilaçların, tıbbi cihazların ve prosedürlerin değerlendirilmesinden kılavuzların yayınlanmasına ve sağlık kuruluşlarının akreditasyonuna ve doktorların sertifikalandırılmasına kadar değişen işleri üstlenmekle yasalarca görevlendirilmiştir. Bakanlıklar Arası Tıbbi Ürünler Ekonomik Komitesi (CEPS), ilaç ve tıbbi cihazlar için fiyatları belirlemekte ve ilaç harcamalarındaki eğilimleri izlemektedir. Ayrıca, harcamalardaki büyümeyi kontrol etmek için ilaç firmalarıyla uzun vadeli anlaşmalar imzalamaktadır (Or & Gandré, 2019).

Fransa'da sağlık hizmeti sunumu, kamu ve özel sağlayıcıları tarafından sağlanmaktadır. Hastalar, kamu ve özel hizmet sağlayıcılarını seçme özgürlüğüne sahiptir. Aynı şekilde Fransa'daki doktorlar da, çalışma yerlerini seçme konusunda serbestliğe sahiptirler. Bu durum, genellikle zengin kentsel alanlarda yoğunlaşmalarına neden olurken, kırsal bölgelerde ise yetersiz hizmet sunulan geniş tıbbi alanların oluşmasına yol açmaktadır (Or vd., 2023). Fransa'da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri herhangi bir sevk zinciri sistemi olmadan kamu ve özel sektör tarafından yerine getirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri esas olarak kendi kişisel muayenehanelerinde veya sağlık/tıp merkezlerinde ve hastane ayakta tedavi bölümlerinde çalışan pratisyen ve uzman hekimler, hemşireler, diş hekimleri ve tıbbi yardımcıları dahil olmak üzere serbest çalışan özel sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin yarısı hemşireleri veya yardımcıları olmadan çalışmaktadır. Ödemeler hizmet başına yapılmaktadır. Hastalar kayıtlı oldukları aile hekiminden ücret ödemedi sağlık hizmeti alabilmektedir ve aile hekimini seçme özgürlüğüne de sahiptir (Ateş, 2011). Ayrıca Fransa'da birinci basamak sağlık hizmeti olarak ambulator hizmetleri yani gezici sağlık hizmeti de sunulmaktadır. Bu hizmet pratisyen hekimler ve evlere sağlık hizmeti veren aile hekimleri tarafından sağlanmaktadır (Or & Gandré, 2019).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise çok sayıda kamu ve özel hastaneler tarafından sağlanmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle özel sektörün rolü oldukça fazladır. Fransa'daki hastane sektörü, hem kamuya ait hem de özel sağlık kuruluşlarının geniş bir yelpazede hizmet sunduğu bir yapıya sahiptir. Kamu ve özel sektör olmak üzere 3.044 hastane olup % 60'ı kamu, %20'si özel sektör, %15'i kâr amacı gütmeyen özel ve %5'i diğer olacak şekilde dağılmaktadır (Türk, 2022). Kamuya açık veya kâr amacı gütmeyen hastanelerdeki doktorlar maaşlı çalışmaktadır. Tüm üniversite hastaneleri halka açıktır (Zaleski, 2014). Almanya'ya göre hastane sayısı daha fazladır ancak çok sayıda küçük hastane de bulunmaktadır (Türk, 2022). Hastalar sevk edilmeden aralarında özgürce seçim yapabilirler. Hastane harcamalarının %90'ını halk sağlığı sigortası ile finanse edilirken, bu harcamaların üçte biri kâr amacı güden özel hastanelerde gerçekleşmektedir. Devlet hastaneleri hastanelerin %60'ını ve tüm akut yatarak yatakların %65'ini temsil etmektedir. Bakımın sürekliliğini sağlama, yani 24 saat acil bakım sağlama, tedavi isteyen her hastayı kabul etme ve ulusal / bölgesel halk sağlığı öncelikleriyle ilgili faaliyetlere katılma gibi yasal yükümlülükleri bulunmaktadır. Kâr amacı güden özel sektör, tüm yatarak yatakların %25'ini, ancak cerrahi yatakların %45'ini temsil etmektedir (Or & Gandré, 2019). Ayrıca Fransa'da rehabilitasyon hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetleri de sunulmaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri özel ve kamu sektörü aracılığıyla sağlanmaktadır. Uzun süreli bakım hizmetleri ise günlük ihtiyaçlarını kendi başına karşılayamayan bireylere yataklı bakım tesislerinde veya evlerinde sunulmaktadır (Or vd., 2023). Bu tesislerin finansmanı, esas olarak sağlık hizmetlerinin maliyetine ilişkin ulusal sağlık sigortasından, kişisel, sosyal bakımı finanse etmek için yerel makamlardan ve ulusal özerklik fonu tarafından karşılanmaktadır. Ulusal sağlık sigortası tarafından finanse edilen yatılı bakımın toplam tutarı yıllık olarak bir bakanlık emriyle belirlenmektedir (Rodwin, 2018).

Fransa’da sağlık hizmetleri evrensel kapsama sahip sosyal sağlık sigortası aracılığıyla finanse edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası programı 1945’te kuruldu ve kapsama yıllar içinde tüm yasal sakinlere kademeli olarak genişletilmiştir (Agnés, 2001). Sosyal sağlık sigortası programına kayıt, istihdam durumuna bağlıdır ve işçiler için otomatiktir, eşlerini ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları kapsamaktadır. Sosyal sağlık sigortası fonları, işverenlerden ve çalışanlardan (sendikalar) eşit temsile sahip bir temsilciler kurulu tarafından yönetilmektedir (Or ve Gandré, 2019). Fransa sağlık sistemi, geniş kapsamlı bir fayda paketi sunarak evrensel erişimi sağlamaktadır. Ancak tüm temel hizmetler için maliyet paylaşımı zorunludur (Or vd., 2023). Sağlıkla ilgili maliyetler, zorunlu sosyal sağlık sigortası ve özel tamamlayıcı sağlık sigortası programlarının bir karışımı ile karşılanmaktadır. Ayrıca Fransa OECD ülkeleri arasında cepten yapılan ödemelerin en düşük seviyelerinden birine sahiptir (Or ve Gandré, 2019).

Sosyal sağlık sigortası sistemi, toplam sağlık harcamalarının %75’ini karşılamaktadır. Ödenmemiş tutarın geri kalanı ise zorunlu veya gönüllü tamamlayıcı sağlık sigortası tarafından ya da hastaların cepten ödemeleriyle karşılanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri bireyler veya gruplar tarafından satın alınabilmektedir (Franc ve Pierre, 2015). Fransa’da nüfusun yaklaşık %95’i tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahiptir. Bunun nedeni, hastaların doktor konsültasyonları, hastane bakımı ve reçeteler dahil olmak üzere hemen hemen tüm hizmetler için maliyetin bir kısmını ödemeleri gerektiğidir (Bidgood & Clarke, 2013). Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına katılım kişilerin isteğine bağlıdır ve yasal maliyet paylaşımını geri ödemektedir. Esas olarak, nüfusun % 87 ile % 90’ını kapsayan kar amacı gütmeyen istihdama dayalı karşılıklı dernekler (mutuelles) tarafından sağlanmaktadır. Yalnızca hâli hazırda sosyal sağlık sigortası kapsamında olan hizmetleri kapsamaktadır. 2000 yılından bu yana düşük gelirli kişiler (işsizler, düşük gelirli kişiler ve tek ebeveyn sosyal yardım alan kişiler) ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, neredeyse hiçbir ücret ödmeden tamamlayıcı özel teminat alma hakkına sahiptir (Zaleski, 2014). İngiltere’den farklı olarak, daha kısa bekleme listelerinden veya ‘seçkin’ uzmanlardan yararlanmak için özel sağlık sigortası kullanılmamaktadır. Bunun yerine, sosyal sağlık sigortası kapsamı ile genel sağlık hizmeti maliyeti arasındaki farkı karşılamak isteyen kişiler tarafından veya sosyal sağlık sigortası tarafından yeterince karşılanmayan veya hiç karşılanmayan tıbbi mal ve hizmetler için kullanılmaktadır (Bidgood & Clarke, 2013).

Ayrıca Fransa’da 2000 yılından bu yana, çok düşük gelirli gruplar için devlet tarafından finanse edilen Kapsamlı Sosyal Sağlık Sigortası bulunmaktadır (Kuvertür Maladie Universelle, CMU). Kapsamlı Sosyal Sağlık Sigortası (CMU), esas olarak devlet tarafından tahsis edilen tütün vergisi ve tamamlayıcı özel sağlık sigortacılarının gelirleri üzerinden % 2,5 vergi yoluyla finanse edilmektedir (Zaleski, 2014).

Fransa’da COVID-19 politikaları merkezî hükümetin sorumluluğunu öne çıkarmıştır. Fransanın sağlık sistemi, sağlık güvenceleri ülkenin bütün sakinlerine kapsamlı bir sağlık hizmeti verilmesi esasına dayanmaktadır. COVID-19 salgını Fransa’yı etkisi altına aldığı anda söz konusu sağlık sistemindeki istikrarın olumlu etkilerinin görüldüğü, ne var ki merkezî ve güçlü otoritenin salgını kontrol altına almakta yetersiz kaldığı ifade edilmelidir. 6 Mart 2020’de “virüs ile savaş” stratejisi kapsamında, Paris ve çevresi için Beyaz Plan (Plan Blanc) olarak ifade edilen bir mücadele programı açıklanmıştır (Strategic Comments, 2020).

Fransa Ocak 2020 sonunda, ilk vakalar görülmeye başlamasına rağmen şubat sonunda radyo ve televizyon kanallarından fiziksel mesafe, el hijyeni ve kendini izole etmenin önemi gibi konularda tedbir almaya başlamıştır (Türk, 2022). 10 Mart 2020’den itibaren Covid Bilim Konseyi tıp ve sosyal bilimlerden oluşan uzmanları bir araya getirerek ve hükümetten bağımsız olarak ve gönüllü çalışma ile önerilerini açıklamıştır (Chauvin vd., 2020). Vaka sayısının özellikle Fransa’nın doğusunda ve Ile de France’ta hızlı yükselmesi karşısında hükümet tüm Fransa’da 17 Mart’ta çok sıkı bir kapanmaya gitmiştir. Zorunlu olmayan bütün aktiviteler durduruldu. Fransa, Mart 2020 başında sağlık çalışanlarını harekete geçirerek geçici olarak sağlık personeli eksikliğini gidermeye çalışmıştır (OECD, 2020). Fransa Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü haftalık bültenleri ile korunma yollarını, farklı bölgelerin

durumlarına ilişkin ayrıntılı bilgileri halka ve sağlık çalışanlarına bildirmiştir. Hükümet, “Stop Covid” mobil uygulaması ile temaslıları izlemeyi düşünmüştür. Kapanmalar sırasında, sağlık yöneticileri sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına COVID hastalarının yönetimi ve aynı zamanda ikincil olarak ortaya çıkacağı öngörülen toplumun hizmete erişiminin ve hizmet sürekliliğinin kesintiye uğramasını engellemek için ayakta tedavi hizmeti veren çok sayıda sağlık çalışanının teletıp uygulama ücretlerinin ödenmesinde kolaylık sağlamıştır (Türk, 2022).

COVID ile mücadele başlangıçta, korunma (el hijyeni, maske), daha yoğun test yapma (semptomatik olgulara ve pozitif olguların temaslılarına), pozitif olguların izolasyonu şeklinde üç genel prensip üzerine kurulmuştur. Daha sonra yeni vakaların tanılarını koymak, aile hekiminden geçmeden doğrudan hastaneye yatırmak, acillerde testlerin yapılması, salgını kontrol altına almak amacıyla da temaslıları belirlemek ve izole etmek için bulaş zincirini kırmak üzere hastane sistemini ve bölgesel sağlık otoritelerini harekete geçirmek şeklinde yürütülmüştür (Türk, 2022). Fransa’ya ilk aşılar 2020’nin son haftası 500.000 doz Pfizer-Biontech şeklinde ulaşmıştır. Aşı ücretsiz olarak uygulamaya konmuş fakat zorunlu tutulmamıştır (Our World in Data, 2021). Fransa’da dört aşı uygulanmıştır. Pfizer/BioNTech 21 Aralık 2020’den itibaren, Moderna 6 Ocak 2021’den itibaren, Astra Zeneca 29 Ocak 2021’den itibaren, Janssen 11 Mart 2021’den itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Başlangıçta, yaşlı bakımevleri ve çalışanları, sosyal hizmet uzmanları sağlık çalışanları, itfaiyeciler, 50 yaş ve üzeri evde bakım hizmeti verenler, engelli merkezlerinde kalan engelliler ve 75 yaş ve üzeri ile başlanmıştır. 18 Ocak 2021’den itibaren yaşa bakılmaksızın yüksek riskli kişiler de dâhil edilmiştir (Our World in Data, 2021).

İngiltere Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

2021 yılında 67 Milyon nüfusa sahip gelişmiş bir Avrupa ülkesidir. Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Oranı (GSYH) 3,1 trilyon USD olup; bu oran içinde kişi başına düşen gelir 46.268 USD’dir. GSYH içindeki toplam sağlık harcamalarının payı % 11,9 olup ortalama yaşam süresi 81,3 yıldır (OECD, 2021).

İngiltere sağlık sistemi, Beveridge temelli sağlık modelinden oluşmaktadır. İkinci Dünya Savaşından sonra devletin sorumlulukları arasında halkın sağlığının korunması ve geliştirilmesinin devletin görevi olduğu görüşünde olan William Beveridge tarafından ortaya konulmuş bir sağlık sistemidir. Sir William Beveridge’in, 2. Dünya Savaşından sonra Londra’nın doğusunda bulunan yoksul olan halkı da içine alacak şekilde yeniden bir yapılanmayı planlamıştır. Sovyetlerde uygulandığı gibi sağlık harcamalarının sadece vergilerle finanse edilerek ek olarak prim alınmaması önerileri arasında yer almıştır. Bu sebeple bir rapor hazırlanmış, hazırlanan raporda istihdam eğitim, barınma ve güvenliği teşvik edecek şekilde düzenlenen kapsamlı bir sağlık hizmeti gündeme getirilmiş ve 1948 yılında tüm vatandaşların faydalanabileceği Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti kurulmuştur. (Light, 2003).

İngiltere’de Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hizmetleri (UHS) aracılığı ile vatandaşlarının sağlık hizmetlerini büyük oranda karşılamaktadır. İngiltere sağlık sisteminin temeli olan UHS, tüm vatandaşları kapsayan devlet tarafından vergilerle finanse edilen vatandaşların ödeme yapmadan katıldığı bir programdır. Sağlık hizmetleri hastaneler ve kliniklerde ücretsiz olarak hekim ve hemşireler tarafından sunulmaktadır. Hastalar bazı reçeteler hariç (göz ve diş sağlığı) prim ödememektedir. Sağlık Bakanlığı sistemin içinde ana aktör olarak rol almakla birlikte UHS ile ilgili plan ve programları da yapmaktadır (Ulusoy ve Aydın, 2021).

İngiltere’nin sağlık sistemi başarısını ölçmek için sağlık göstergelerine bakıldığında, doğumdan beklenen yaşam süresi dünya ortalamasının üstündedir. Dünyada doğumdan beklenen yaşam süresi 73 yıl iken, İngiltere’de bu oran 81,4 yıldır (WHO, 2021). Diğer bir açıdan bakıldığında da Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Evrensel Sağlık Kapsamı Endeksine göre on dört sağlık göstergesinin (bir ülkenin üreme, anne, yeni doğan ve çocuk sağlığı ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla yapılan mücadele ve sağlık hizmetlerinin kapasitesi gibi) değerlendirilmesi sonucu elde edilen verilere göre İngiltere 87 puan ile beşinci sırada bulunmaktadır (WHO, 2021).

Sağlık finansmanı açısından İngiltere vergilerle finansmanı en yoğun kullanan ülkedir. Gelirinin %79,5’lik kısmını yurt içi kaynaklardan sağlamaktadır. Sağlık finansmanının %16’sını cepten ödemeler, %3’ünü özel sağlık sigortası oluşturmaktadır (OECD, 2021). Sigorta sisteminin işleyiş sisteminde ödemeler tedavi görülen kuruma sigorta şirketleri tarafından yapılırken, tedaviyi uygulayan doktorlara da sigortalı bireyler tarafından yapılmaktadır. Fakat hastanın doktora yaptığı ödeme ilerleyen zamanda sigorta şirketi tarafından sigortalıya geri ödemektedir. Sigorta şirketleri bireylerin başvurularını değerlendirirken sağlık risklerini göz önünde bulundurmaktadır. Anlaşmalı

oldukları hastanelerin ücretleri ödenirken, doktor ve kurum olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Özel sigorta hizmeti kapsamında ani olarak meydana gelen, tedaviye hızlı yanıt veren ve acil durumları kapsayan birçok paket bulunmaktadır. Bu paketlerin genel olarak yatarak tedavi gerektiren hizmetleri veya özel bakım gerektiren hastalıkları kapsam içine almaktadır. Ayaktan tedavilerde veya fiziksel tedavi gerektiren hizmetlerde daha yüksek prim ödenmektedir (Boyle, 2011; NHS, 2023). İngiltere’de sağlık hizmeti sunumu üç basamaktan oluşan ve etkili sevk zinciri ile sağlanmaktadır. Bireyler direkt olarak hastaneye başvuru yapamamaktadır. Rahatsızlık durumunda bireyler istedikleri aile hekimine başvurabilirler. Gerekli görüldüğünde aile hekimleri tarafından sevk zinciri yoluyla hastaneye sevk edilebilir. Sağlık ocakları ise koruyucu sağlık hizmeti sunumundan sorumludur. Aile hekimlerine kapı doktoru ya da genel pratisyen gibi isimler verilmiştir ve sağlık ocağı içinde kiralandıkları bir odada ya da kendi evlerinin bir odasında çalışmaktadırlar (Aksakoğlu ve Giray, 2006; NHS, 2023). Sevk sistemi kanser vb. hastalıklarda gecikmeleri önlemek için 2023 yılında gevşetilmeye başlanmıştır (NHS, 2023).

Avrupa birliği üyesi olan diğer ülkelerin vatandaşları, Avrupa Sağlık Sigorta Kartı ile sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Ücretsiz olarak turistlerin faydalanabildiği hizmetler arasında bulaşıcı hastalıklar ile acil hizmetler bulunmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti, ekonomik düzeyi düşük olan grupların reçeteli ilaç, göz ve diş muayeneleri ve hastaneye sevk durumunda oluşacak masraflarını karşılanmaktadır (<https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/>).

Sağlık hizmetlerinde zamanla fiyatlandırma uygulamalarının yapılması kamu-özel sektör ortaklıkları ile taşeronlaşma sistemine geçişin yolunu açmıştır. Taşeronlaşma sistemi ilk olarak çamaşır ve temizlik işleri ve yemekhane gibi ikinci hizmetlerden başlamış, daha sonra da bilgi sistemleri ile muhasebe ile devam etmiştir. İlk olarak tedavi merkezleri UHS tarafından yürütülmüş, 2002 yılından itibaren de kâr amacı güden şirketler hükümet tarafından sisteme davet edilmiştir (Eke ve Kişi, 2019).

İngiltere’nin USH dahili bir "piyasa"ya dayalı eski kurumsal yapıların yerini entegre bakım sistemleriyle değiştirdiği için büyük bir reform sürecindedir. Değişiklikler, ticarileştirmeden sağlık sağlayıcıları arasındaki iş birliğine doğru önemli bir değişimi temsil etmektedir. 2010’dan itibaren kemer sıkma önlemleri, covid 19 ile daha da tüketilen USH’nin ciddi bir şekilde zayıflaması vb. sebepler sağlık hizmetlerinde öz ödemede bir artışa neden olarak özel sağlık hizmetlerinin konumunu güçlendirmiştir. Yeni bir organizasyonel çerçeve uygulamaya yönelik pilot önlemler, 2021 Sağlık ve Bakım Yasasının (SBY) temeli olan 2019 Ulusal Sağlık Hizmetlerinin Uzun Vadeli Planına yol açmıştır (Eke ve Kişi, 2019).

İngiltere COVID-19 pandemisinden kayda değer bir şekilde etkilenmiştir. COVID-19 vakasından 137 binden fazla insan hayatını kaybetmiştir. Vaka sayısı bakımından dünyada dördüncü ülke konumunda olduğu görülmektedir (WHO, 2021). İngiltere’de COVID-19 tedbirleri amacıyla ilki Acil Durum Fonu Kanunu, ikincisi Korona virus Kanunu olmak üzere iki kanun çıkarılmıştır. Acil Durum Fonu Kanunu COVID-19 tedbirleri kapsamında kullanılmak üzere %48’e kadar ek harcama olanağı sağlanmıştır. Korona virus Kanunu ile de sağlık hizmetlerinin kapasitesini artırmak, sağlık hizmeti sunucularının çalışma sistemini düzenleyerek iş yükünü hafifletmek ve halkı desteklemek için hükümeti yetkilendirmiştir (Şahin İpek ve Acar, 2021). İngiliz hükümeti pandemi döneminde GSYH büyüklüğünün %13’üne tekabül edecek miktarda 350 milyar sterlin ek mali destek sağlayarak sağlık harcamalarının üstüne çıkan üçüncü ülke olmuştur (Aydoğdu vd., 2021). COVID-19 tedbirleri kapsamında aşılamanın başlamasından itibaren toplamda 108 milyon doz aşı uygulanmıştır. OECD, (2019) verilerine göre Pandemi öncesi yenidoğan bebek ölüm hızı % 3,9 iken pandemi sonrası 2021 yılında bu oran %3.8’e düşmüştür (OECD, 2021). Anne ölüm oranı 2019 yılında (%07 iken 2022 yılında %06’dır. Kronik hastalıklardan ölen sayısı 2019 yılında % 38 oranında iken 2021 yılında %42 olarak artış göstermiştir (OECD, 2019; OECD, 2021).

İtalya Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

İtalya’nın OECD (2021) verilerine göre nüfusu 59 Milyon, GSYH’ sı 2.1 trilyon ABD Doları, kişi başı GSYH 35.593 ABD Doları, sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı % 9,7’ dir. Ortalama yaşam süresi ise 82,7’dir. Ferre, vd. (2014) yaptığı çalışmada İtalya’nın 20 bölgeden oluştuğu ve bunlardan beş tanesinin özel statüde olduğu ifade edilmiştir. Kuzey İtalya ülke yönetiminde büyük bir katkı payına sahip olan gelişmiş bir bölge olmaktadır. Bu farklılık sağlık göstergelerine de yansımış olduğundan ülkenin kuzeyi ile güneyi arasında bölgesel farklılıklar görülmektedir.

İtalya sağlık sistemi, merkezi olmayan, bölgesel tabanlı sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık hizmetleri esas olarak tahsis edilmiş merkezi ve bölgesel vergilerle finanse edilir. Bölgelere tahsis edilen kaynak, ulusal fondan karşılanmaktadır. Merkezi hükümet sağlık sistemini oluşturmak ve hedeflerini belirlemekle birlikte Sağlık Bakanlığının da görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemekle sorumludur. Kamunun finanse ettiği hizmetler vergi gelirlerinden karşılanmaktadır. Bölgeler kendi alanlarındaki sağlık hizmetlerinin organize edilerek sunulmasından sorumludur. Halk sağlığı sistemleri birinci basamak sağlık hizmetlerini direkt olarak sunarken, ikinci sağlık hizmetleri ile uzman bakımını gerektiren hizmetleri de doğrudan akredite olmuş özel sağlık kurumları aracılığıyla veya kamu hastaneleri tarafından sunulmaktadır (OECD/EU, 2019).

İtalya sağlık sistemi, bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermekle birlikte, sağlık bakımına iyi düzeyde erişim sağlayan büyük ölçüde ücretsiz, bölgesel tabanlı bir ulusal sağlık sistemine sahiptir (OECD/EU, 2019). İtalya'da halk sağlığı birimi Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altındadır. Öncelikli hizmetler arasında tarama ve bağışıklama hizmetleri bulunmaktadır. Rutin programlar arasında pap smear testleri, kolorektal taramalar ve mamografi taramaları yer almaktadır. Bu hizmetler karşılığında ücret ödenmemektedir. Yatan hasta bakımı akredite edilmiş özel hastaneler ve kamu hastaneleri vasıtasıyla sunulmaktadır. Bu tür hizmetler pratisyenlerin ve pediatristlerin yönlendirmeleri üzerine yapılmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin toplum ruh sağlığı hizmetleri adı altında sunulması planlanmıştır. Kuzey ve güney bölgeleri arasında ruh sağlığı hizmetleri bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların düzeltilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Göçmenlerin de, sağlık hizmetlerinden kendi halkı ile aynı şekilde faydalanabilmesi için mevzuat çalışmaları yapılmıştır.

İtalya'da sağlık göstergeleri AB ülkeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresi bakımından İspanya'dan sonra ikinci ülkedir. Doğumda beklenen yaşam süresi 83.1 olup, AB ortalamasının 2 yıl üstündedir. Eurostat (2019) verilerine göre 65 yaş oranı nüfusun %22,3 olup, AB ortalamasından %2,9 oranında yüksektir ve Dünya'da 65 yaş üstü nüfusu olarak Japonya'dan sonra 2. sırada yer almaktadır. Kişi başına sağlık harcaması AB ortalamasından %15 kadar düşüktür. Sağlık harcamaları gayrisafi milli hasılanın %8,8'ini oluşturur (OECD/EU, 2019). İtalya, sağlık göstergeleri bakımından değerlendirildiğinde bebek ölüm hızı binde 2.8, yenidoğan ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı da binde 3.1 oranları ile AB seviyesinden daha iyi durumdadır. Bu göstergeler AB'nde 3.5, 1.92 ve 3.95 şeklinde görülmektedir. Anne ölüm oranı ise İtalya'da yüz binde 2 iken ve AB'nde bu oran 6'dır (Worldbank, 2020; Eurostat, 2020). İtalya'da doğurganlık oranı 1.4 olup dünyanın en az doğurganlık oranına sahiptir. Nüfus artış hızı göçmenlerden kaynaklanmaktadır. Kendi halkının nüfus artış oranı düşüktür (HSP, 2020).

İtalya'nın etkili bir sağlık sistemi vardır. Sağlık hizmetine erişim düşük maliyetli ve yüksek kalitededir. Sağlık sisteminin asıl sorunları, kronik hastalıkları yaşayan nüfusun artması ve sağlık bakımına ulaşılabilirlik bakımından adaletsizliklerin iyileştirilmesi ile ilgilidir (Ferre vd., 2014). Dünya Bankası verilerine göre; bin kişiye düşen doktor sayısının en yüksek olduğu ülke İtalya'dır. İspanya ve Almanya İtalya'dan sonra gelmektedir. Sağlık sisteminin finansmanında ulusal sağlık hizmeti vergilerle finansmanı sağlanırken, ilaç ödemelerinde ve ayaktan tedavilerde katkı payı alınmaktadır. İtalya'da kişi başına düşen yurt içi hasıla (GSYH) 34.483 USD olup, bu oran AB ortalamasından yüksek bir orandır. Genel itibarı ile ilaçlar geri ödeme kapsamındadır fakat ayaktan tedavi alan hastaların kullandığı ilaçlarının maliyeti düşerken, hastanelerin sağladığı ilaçların maliyeti git gide artmaktadır. İtalya'da sağlık harcamalarının dörtte üçünü kamu üçte birini cepten ödemeler karşılamaktadır. Temel Yardım Paketi (TYP), sağlık hizmetlerinin çoğunu karşılamasına rağmen cepten yapılan ödemeler de yüksek orandadır. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcaması içindeki payı küçüktür. Cepten radyolojik görüntülemeler, laboratuvar testleri, ilaçlar, acil servislerde sağlanan gerekçesiz müdahaleler için ödeme yapılır (Group, 2020).

Temel Yardım Paketi temel sağlık hizmetlerini karşılamakta yetersiz kaldığından kapsamının genişletilmesi onaylanmış fakat bu hizmetlere erişilebilirlik bakımından bölgeler arası farklılıklar bulunmaktadır. Bölge halkının sağlık hizmetlerinden faydalanmak için farklı bölgelere gitmeleri konusunda esneklik vardır. Bu sebeple güney bölgenin vatandaşlarının bu yöndeki hareketliliği daha fazladır. Son dönemlerde harcamalardaki maliyeti düşürmek için önlemler alınmaya başlanmış ve alt yapı için ek finansman kaynakları aranmıştır. Kaynaklar, bölge sağlık kuruluşlarının finansmanını kendilerinin sağlaması, Avrupa fonları ve proje finansmanı gibi finansman biçimlerinden oluşmaktadır. Dijital sağlık kayıtları ile reçetelerin dijitalleştirilmesi gibi e-sağlık uygulamaları hükümet tarafından desteklenmektedir. İtalya'nın Lazio, Campania, Molise ve Lombardia bölgelerinde yüksek düzeyde özel bakım hizmetleri mevcuttur. Hastaneye yapılan yatışların %30'u kadar özel hizmet sunucuları tarafından yapılmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmetlerinin istihdam ettiği doktorlar maaşlı çalışmakta olup,

pratisyenler ve pediatristler bazı müdahaleler için ayrıca ödeme almaktadır. Hastanelerde ve ayaktan yapılan tedavilerde alınan ödemeler, ulusal oranlar baz alınarak her bölgenin kendisinin belirlediği oranlarda alınmaktadır (OECD/EU, 2019).

İtalya’da OECD (2020) verilerine göre doktor sayısı AB ortalamasının üzerinde olmakla birlikte 1000 kişiye 4.1 oranında hekim düşmektedir. Kamuda çalışan hekim sayısı azalmıştır. Hemşire sayısı AB ortalamasında 1000 kişi başına 8.8 iken İtalya’da bu oran 5,8 olarak görülmektedir (OECD/EU, 2019). İtalya’da diğer AB ülkelerine kıyasla yabancı hekim sayısı %5 oranında daha düşüktür. Hemşire sayısının dörtte biri yabancıdır. Yabancı uyruklu hemşirelerin büyük bir kısmı orta ve kuzey İtalya’da çalışmakta olup, genellikle evde bakım ve yaşlı bakımı hizmetlerinde görev yapmaktadır. Hemşirelerin uygulama kapsamı sınırlı olup, kariyer fırsatlarını iyileştirmek için bir gelişme sağlanmamıştır. AB dışında olan sağlık hizmet sunucuları sürekli kamu sektöründe sürekli bir çalışan olmamakla birlikte daha az rağbet gören alanlarda çalışmaktadırlar (OECD/EU, 2019).

İtalya COVID-19 salgınına karşı tedbir alma konusunda yavaş davranmış ve salgının ciddi boyutlara ulaşmasına sebep olmuştur (Guiseppe, 2020). İtalya’da ilk vaka 31 Ocak 2020 tarihinde görülmüş ve vaka sayısı bölgeden bölgeye değişiklik göstermiştir. İtalya’ nın kuzey bölgesinde uygulanmak üzere planlanan karantina kararının halk arasında duyulması üzerine halkın bölgeden ayrılarak başka bölgelere yayılması salgının artışına sebep olmuştur. 3 Şubat 2020’de COVID-19 Bilimsel Teknik Kurul “Comitato Tecnico Scientifico” (CTS) kurulmuştur (<https://tg24.sky.it/tecnologia/2020/06/16/report-media-italia>).

Teknik kurulun 7 Eylül’de yaptığı açıklamada hızla bir COVID-19 ile mücadele planı hazırlamak zorunda kaldıklarını bildirmiştir (Iacometti, 2022). Dolayısıyla, İtalya’nın COVID-19 pandemisi için ön hazırlığının yetersiz olduğu ve bu planın vakaların çıkışından sonra ve bilimsel komite ile hazırlanmak zorunda kaldığı görülmektedir. Mayıs ayında COVID-19 testi pozitif çıkanlara bluetooth ile bilgi verebilen Immuni uygulaması sistemine başlanmıştır. Karantina süresi, 3 Mayıs’a kadar uzatılmış, fakat bazı mağazaların 14 Nisan’dan sonra, kademeli olarak gevşetilmesi için stratejik planlar yapılmıştır (Ministera della salute, 2021a). Mayıs itibari ile AB ülkelerine sınırlar açılmış veriler doğrultusunda da diğer birkaç ülkeye de sınırlar açılmıştır. Yeniden açılma politikaları vaka sayılarının artmasına sebep olmuştur (<https://tg24.sky.it/tecnologia/2020/06/16/report-media-italia>).

İtalya’da 27 Aralık 2020 tarihinde Avrupa İlaç Ajansı (AİA)’nın COVID-19 aşısını onaylamasının ardından aşılama başlamıştır. İlk olarak programın kapsamına sağlık hizmet sunucuları ve huzur evleri alınmıştır. Pfizer/BionTech aşısı hem AİA hem de İtalyan İlaç Ajansı (İİA) tarafından onaylanan ilk aşıdır. İtalya’da 26 Nisan 2021 tarihine gelindiğinde onsekiz milyon doz aşının yapıldığı görülmüştür (Our World İn Data, 2021). Sonuç olarak İtalya’nın sağlık sisteminin pandemi karşısındaki durumu değerlendirildiğinde; önlemlerdeki gecikmeler vaka sayılarının artmasına ve koruyucu ekipmanlar ile sağlık çalışanı eksikliği, yatak sayısının azlığı ve tıbbi malzemelerin yetersiz kalması gibi sebeplerden dolayı zor zamanlar geçirmiştir. İtalya’da salgının hızla yayılmasında turistik bir ülke ve hareketli bir sosyal yaşamının olması, yaşlı nüfusun fazlalığı, kronik hasta sayısının çokluğu ve yatak kapasitelerinin orta seviyede olması vb. sebepler etkili olmuştur. İtalya’da sağlık hizmetleri açısından bölgeler arasında farklılıkların olması bazı bölgelerin bu yükü fazlasıyla aldığı görülmüş ve bundan dolayı da kapatma tedbirlerinin ön plana çıkmasına vesile olmuştur (Boccia ve ark, 2020). Sağlık hizmetlerinin sunumunda tedavi hizmetlerinde yoğun bakım yatak sayılarının azlığı sebebiyle sorunlar yaşanmış ve ihtiyacı karşılamamıştır. İtalya’nın yaşlı nüfusunun fazla olması yataklı hizmetlere daha fazla ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur. Hastane kapasitelerinin yetersizliği evde izalasyon tedbirlerinin yaygın olarak uygulanmasına yol açmıştır. Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi pandemi İtalya’nın da sağlık sistemini gözden geçirerek uzun vadeli daha güçlü planlar yapması gerektiğini ortaya koymuştur (Boccia et al., 2020).

3.TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID-19 SAĞLIK POLİTİKALARI

OECD 2021 verilerine göre Türkiye 84 milyonluk nüfusa sahip GSYH'sı 0,8 trilyon olan, kişi başına düşen geliri ise 9,523 USD olup, OECD ülke ortalamalarının altında kalan bir ülkedir. Toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %4,6'dır. OECD ortalamasında ise %8,8 oranındadır.

Türk sağlık sisteminde Genel Sağlık Sigortası, 5510 sayılı kanunla 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 2012 yılından itibaren herkesi kapsamı altına alan bir sigorta sistemi olmuştur. Bu sistemle toplam sağlık harcamasının %79,2'si genel devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası herkesi kapsayan adaletli, ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmayı temel amaç edinmiştir (Tatar ve Diğerleri, 2013). Genel Sağlık Sigortası'nda primler sigortalıların gelirine oranlanarak kesilmektedir (Sülkü, 2011). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, genel sağlık sigortası sistemi içinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yürütülmektedir. Genel Sağlık Sigortası'nın gelirleri; sosyal sigorta primleri, vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağlı sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır. Bu özelliğinden dolayı Türkiye'deki sağlık finansman sistemi karma bir yapıdan oluşmaktadır (Atasever, 2014; Günay, 2017). Türkiye' de sosyal sigortalar sistemi işçi, işveren ve diğer çalışanlardan kesilen primlerden elde edilir (Tatar, 2011; Günay, 2017). Sosyal güvencesi olmayan ve geliri asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların Genel Sağlık Sigortası primleri vergilerden ve hazineinden karşılanmaktadır (5510 sayılı Kanunun 65. maddesi). Birinci basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği hizmetleri devlet tarafından ücretsiz olarak sağlanmakla birlikte giderleri de vergilerden karşılanmaktadır (Altun, Aydın vd., 2013). Özel Sağlık Sigortası isteğe bağlı şekilde yapılır. Sigorta şirketleri ve bireyler arasında ödenecek primlerin oranları, sigortanın kapsamı ve şartları kişinin kazanacağı haklar ve içeriği ile ilgili karşılıklı olarak yapılan anlaşmalardır. Özel Sağlık Sigortası sadece bireyin kendini kapsayabileceği gibi bir gruba ve aile fertlerini de kapsayabilmektedir.

Türkiye'nin sağlık finansmanını cepten yapılan ödemeler doğrudan ödemeler, katkı payı ve enformel ödemeler oluşturmaktadır (Tatar, 2011). Resmi ve özel sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler ve verilen ilaçlar karşılığında belirli miktarlarda katkı payı alınmaktadır (5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2012). Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından Genel Sağlık Sigortası kapsamında tüm vatandaşlara ücretsiz olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği ve halk sağlığı hizmetleri sunulmaktadır.

Türkiye'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2020-2023 yıllarında doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 77,5 yıldır. Dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi ise 78,6 yıldır. Türkiye' de Mortalite oranı 81,3' dür. Anne bebek ölüm hızı 9,1 ölüm oranları da 63,7'dir. 65 yaş üstü vatandaşların oranı ise 9,5'tir (OECD, 2023). Sarıyıldız ve Paşaoğlu' nun (2021) yılında yaptığı bir çalışmada Türkiye'de 6.039'u üniversite hastanesi 16.086'sı Sağlık Bakanlığı ve 15.973 özel hastane de olmak üzere toplam 38.098 yoğun bakım yatağına sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu artışın sebebini Kamu Özel İş birliği modeli ile hizmet veren şehir hastanelerine bağlamıştır (Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2023).

Türkiye'de ilk kez COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de dönemin Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin KOCA'nın açıklaması ile duyurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020). Türk hükümetinin pandemi ile mücadeledeki ilk önlemleri ilk vakanın görüldüğü Çin, Güney Kore ve Japonya gibi ülkelerle ilgili seyahat yasağı önlemleri almak olmuştur. Ekomik tedbirler arasında 35 milyar dolarlık Ekonomik İstikrar Kalkanı paketi hazırlanmış ve düşük gelirli vatandaşlar ekonomik açıdan desteklenmiştir (Yeşilyurt ve Türk, 2023). Daha sonra salgını kontrol altında tutmak için 10 Ocak 2020'de mikrobiyoloji, enfeksiyon, göğüs hastalıkları, acil tıp, viroloji, yoğun bakım, halk sağlığı uzmanı bilim insanlarından oluşan 31 kişilik Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu (Bilim Kurulu) kurmuş ve COVID-19 salgını ile alakalı tüm tıbbi tedbir ve önlemlerin alınmasında görev almışlardır.

COVID-19 (SARS-CoV-2) Enfeksiyonu Rehberi (2020). Sağlık Bakanlığı salgının yayılmasını önlemek amacıyla SARS-CoV-2 Enfeksiyonu (COVID-19) rehberi hazırlamış ve süreç boyunca sürekli güncellenmiştir. Bakanlık aynı zamanda web sitesinden salgının boyutunu ve vaka sayılarına ait verileri sürekli olarak kamuoyu ile paylaşmıştır (Sarıyıldız, Paşaoğlu ve Yılmaz, 2021).

Pandemi döneminde sosyal güvencesi olmayanlar için Cumhurbaşkanlığı'nın yayınladığı kararname kapsamında tüm vatandaşlar koruyucu ekipman, kit, test ve tedavi ilaçlarından ücretsiz olarak faydalanmıştır (TC. Resmi Gazete, 2020). Çok kısa sürede sadece COVID-19 salgınına karşı mücadelede Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi gibi pandemi hastaneleri inşaa edilmiş yatak kapasitesi artırılmış ve hizmetin kilitlenmesi önlenmiştir. Ülkeler kriz anında kendi üretim kapasiteleri doğrultusunda bazı hamleler gerçekleştirmek için gerekli ve çeşitli adımlar atmaktadırlar. Pandemi dönemi ile mücadelede birçok ülke solunum cihazı yetersizliğinden dolayı birtakım sıkıntılar yaşaması üzerine Sağlık Bakanlığı ile Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı ve özel sektör iş birliği ile seri olarak yerli solunum cihazı üretmeye başlamışlardır. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı riskleri tespit etmek ve sağlık kontrollerini yapabilmek için bir mobil uygulama olan ve anlık veri paylaşan HES kodu uygulamasına geçmiştir. Bu kod ile temaslı ve hastalıklı kişiler tespit edilerek takip altına alınmıştır. Kişiler yaptırdıkları testlerin sonuçlarını sağlık kuruluşlarına gitmeden e-Nabız uygulaması üzerinden öğrenebilmişlerdir. COVID-19 pandemisinde tüm dünyada aşılama çalışmalarının başlaması ile kritik hasta ve ölüm oranlarının düştüğü gözlemlenmiştir. Türkiye'de 30 Ağustos 2021 tarihi itibarı ile toplam yapılan aşı sayısı 93.377.256, 1. doz uygulanan kişi sayısı 47.955.208 ve 2. doz uygulanan kişi sayısı 36.792.263'tür (Sağlık Bakanlığı, 2021).

4. ALMANYA, FRANSA, İNGİLTERE, İTALYA VE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID 19 SAĞLIK POLİTİKALARININ KIYASLANMASI

Her ülkenin sağlık sistemi tarih, sosyal ve ekonomik unsurlardan etkilenecek şekilde şekillenmiştir. Sağlık sistemi modelleri bakımında değerlendirildiğinde Tablo 1'de de görüldüğü gibi Almanya ve Fransa Bismarck modelini kullanmaktadır. Yüksek kalitede sağlık hizmeti sunması bu modelin güçlü yönlerindendir. İngiltere ve İtalya Beveridge modeli bir sağlık sistemi kullanmakta olup; eşitlikçi bir yaklaşımla hizmet sunmaya çalışmaktadır. Kaynak sıkıntısı ise sistemin zayıf yönleri arasında yer almaktadır. Türkiye ise 2012 yılında Genel Sağlık Sigortası Sistemine geçmiş ve bu sistemle sağlık hizmetlerine erişim artırılmıştır. Tüm ülkelerde nüfusun yaşlanması, teknolojik maliyetler ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ortak sorunlar arasında yer almaktadır.

Türkiye, 2012 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemini kullanmaya başlayarak büyük bir kamu sigortası sistemini oluşturmuştur. Batı Avrupa ülkelerinde sağlık sistemleri birbirlerinden farklılıklar gösterebilir evrensel sağlık sigortası sistemleri özellikleri ile kamu kapsamı daha ağır basmaktadır. Özel sağlık sigortası Türkiye ve diğer ülkelerde isteğe bağlı olarak sunulmaktadır.

Tablo 1. Sağlık Sistemi Modelleri

Ülkeler	Model Tipi	Finansman ve Kaynaklar	Erişim	Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Almanya	Bismarck Modeli	İşveren/Çalışan Primleri (%14,6 Maaştan Kesinti)	Evrensel (%99)	Bekleme Sürelerindeki Kısalık, Yüksek Kalite	Maliyetlerin artması, Nüfusun yaşlanması (OECD, 2022; (Blümel vd. 2020)
İngiltere	Beveridge Modeli	Genel Vergiler (KDV, Gelir Vergisi)	Evrensel	Düşük Maliyet, Eşitlikçi Yapı	Bekleme Sürelerindeki Uzunluk, Personel Sıkıntısı (The Lancet, 2022; Nuffield Trust, 2022).
Fransa	Karma Bismarck Modeli	Primler (%58) +Genel Vergiler (%42)	Evrensel	Hasta Memnuniyeti,	Bütçe Açığı, Kırsalda Doktor Eksikliği (Who, 2021; Ress (2023).

İtalya	Bölgesel Beveridge	Vergiler (%76) Bölgesel Katkılar	Evrensel	Kronik Hastalıkların Yönetimi Uzun Yaşam Süresi, Yenilikçi Tedaviler	Bütçe Kısıtlılığı, Kuzey Güney Bölge Eşitsizliği (Eurostat, 2022; Annual Health Report, 2023)
Türkiye	Karma Sistem (Sosyal Sigorta, Kamu Destekli)	İşçi, İşveren, Devlet Katkısı (79.3) Özel Kaynaklar (20.7) (Sağlık Bakanlığı, 2023).	Evrensel	Erişimdeki Gelişmeler, Dijital Alt Yapı, E-Nabız Kamu Sigortası Kapsamı Şehir Hastaneleri	Bölgesel Eşitsizlikler, Personel Sıkıntısı, Verimlilik Sorunları, Ekonomik Yük (OECD, 2023)

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Sağlık göstergeleri açısından bakıldığında; COVID-19 sonrası dönemde tüm ülkelerde bebek ölüm hızı (BÖH) oranlarının düştüğü görülmektedir. En düşük ülke %5 oranı ile İtalya'dır ve İtalya'yı %3,0 oranıyla Almanya takip etmektedir. Türkiye'de ise bu oranın %8,5 olduğu görülmektedir. Anne ölüm hızının en düşük olduğu ülke %2'lik oranla İtalya'dır. Bu oranın en yüksek ülkenin de %15'lik oranla Türkiye olduğu görülmektedir. Aşılama oranlarına bakıldığında en fazla aşılama %80'lik oranla İtalya'nın olduğu ve onu da Fransa'nın takip ettiği görülmektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi açısından bakıldığında; Almanya, İngiltere ve Türkiye'de pandemi sonrası yaşam süresinin kısaldığı, Fransa'da artış gösterdiği, İtalya'da ise pandemi öncesi ile aynı olduğu görülmektedir. Nüfus yoğunluğu bakımından değerlendirildiğinde ise en kalabalık ülke Türkiye ve Almanya'dır.

Tablo 2. Pandemi Öncesi ve Sonrası Sağlık Göstergeleri

Göstergeler ve Yıllar	Almanya		Fransa		İngiltere		İtalya		Türkiye	
Yıllar	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Bebek ölüm hızı (%)	3.1	3.0	3.8	3.7	3.9	3.8	2.6	2.5	9.1	8.5
Anne ölüm hızı (100.000'de)	3	3	8	7	7	6	2	2	17	15
Covid-19 sebebiyle hayatını kaybedenler (100.000'de)	-	160	-	220	245	-	-	280	-	110
Doğuşta beklenen yaşam süresi	81	80,7	82	82,3	81	80,4	83	83	78	77,3
Nüfus (milyon)	83.12	83.20	67.06	67.75	66.65	67.22	60.36	59.11	83.43	85.34

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde; beş OECD ülkesinin de COVID sonrasında GSYH oranını artırdığı görülmektedir. Bu oranın en yüksek olduğu ülke 4,22 trilyon USD Almanya iken ikinci sırada 3,13 trilyon dolarla İngiltere yer almaktadır. Türkiye'de ise bu değer 0,89 trilyon USD olduğu görülmektedir. Sağlık harcamaları bakımından değerlendirildiğinde; Tablo 3'te de görüldüğü gibi tüm ülkelerin sağlık harcamaları COVID-19 sonrasında artış göstermiştir. Almanya ve Fransa GSYH'nın %12,7-12,1 oranını sağlık harcamalarına ayırırken Türkiye'nin %4,3 oranında bir pay ayırdığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için sağlık harcamalarının GSYH'ndaki oranının en az %5'i civarında olması gerektiğini ifade etmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015; Kırılmaz, Amarat ve Ünal, 2017).

Tablo 3. Pandemi Öncesi ve Sonrası Ekonomik Göstergeler

Göstergeler ve Yıllar	Almanya	Fransa	İngiltere	İtalya	Türkiye
-----------------------	---------	--------	-----------	--------	---------

Pandemi Öncesi ve Sonrası	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
GSYH (trilyon \$)	3.85	4.22	2.72	2.94	2.86	3.13	2.00	2.10	0.76	0.89
Kişi başı GSYH	46.000	50.400	40.500	43.800	42.300	46.540	33.200	35.530	9.200	10.430
Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki oranı (%)	11.7	12.7	11.1	12.1	10.2	11.3	8.7	9.7	4.2	4.3

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Sağlık insan gücü bakımından değerlendirildiğinde; Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya genellikle kamu ve özel sağlık hizmeti sunmaktadır ve kamu hizmetleri, vatandaşlar için ücretsiz ya da düşük maliyetli olarak sunulmaktadır. COVID-19 sonrası tüm ülkelerdeki sağlık insan gücü sayısı artmıştır. Hekim sayısı açısından bin kişide 4.5 ile en iyi ülke Almanya'dır. Hemşire sayısı bakımından da en yüksek oranlar Almanya'nın olup onu Fransa takip etmektedir. Sağlık insan gücü bakımından 2.1 ile en düşük oran Türkiye'ye aittir.

Tablo 4. Sağlık Alt Yapısı ve Sağlık İnsan Gücü

Göstergeler ve Yıllar	Almanya		Fransa		İngiltere		İtalya		Türkiye	
Yıllar	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Hekim sayısı (1000 kişi'de)	4.3	4.5	3.4	3.5	2.8	3.0	4.1	4.2	1.9	2.1
Hemşire Sayısı (1000 kişi'de)	13.2	13.5	10.8	11.0	8.2	8.5	6.2	6.5	2.3	2.5
Yoğun Bakım Yatak Sayısı (100.000'kişi'de)	34	34	16	16	7	7	12	12	46	46

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Kronik hastalıklar ve depresyon oranları açısından değerlendirildiğinde; oranların birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklar sınıfına diyabet, KOAH ve kalp hastalıkları girmektedir. Tablo 5'te de görüldüğü gibi kronik hastalıklar bakımında en düşük oran Türkiye'dedir. Fakat 2019 yılında %15 olan oran 2022 yılında %18'e çıkmıştır. En yüksek oran ise İngiltere'ye aittir. Pandemi öncesi oranlarla kıyaslandığında en yüksek artışa sahip ülkedir. COVID ölümlerinin en yüksek olduğu ülke 220.000 ile İngiltere iken 102.000'lik oranla en düşük olan ülke Türkiye'dir. Depresyon pandemi sonrasında tüm ülkelerde önemli bir artış göstermiştir. En yüksek oran %8'lik bir artış oranıyla İngiltere'dir.

Tablo 5. Kronik Hastalıklar ve Depresyon Oranları

Ülke	Kronik Hastalık Oranı (2019) %	Kronik Hastalık Oranı (2022) %	Depresyon Oranı (2019) %	Depresyon Oranı (2022) %	Covid 19 ölümleri 2023 verileri
Almanya	35 (Robert Koch Enstitüsü, 2019)	36 (Robert Koch Enstitüsü, 2019)	9 (WHO, 2022)	15 (WHO, 2022)	174.000 (Destatis, 2023)
İngiltere	38 (OECD, 2019)	42 (NHS, 2022)	10 (The lancet Psyshiary, 2022)	18 (The lancet Psyshiary 2022)	220.000 (The lancet Psyshiary, 2022; NHS, 2022; UK Government, 2023)
Fransa	20 (DRESS, 2022)	22 (Sate Pulique France, 2022)	11 (Sate Pulique France, 2022)	17 (Sate Pulique France, 2022)	167.000 (Sate Pulique France, 2022; Sate Pulique France, 2022)

İtalya	23 (Eurostat, 2019)	25 (Eurostat, 2022)	6 (Italian Ministry of Health, 2022)	12 (Italian Ministry of Health, 2022)	193.000 (WHO, 2023)
Türkiye	15 (TUİK, 2019)	18 (TUİK, 2019)	8 (Sağlık Bakanlığı, 2022)	14 (Sağlık Bakanlığı, 2022)	102.000 (TUİK, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2022; WHO 2023)

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye OECD ülkeleri arasında yer almasına rağmen bu ülkelerin refah düzeyleri ve gelişmişlik düzeyleri birbirlerinden farklılık göstermektedir. Sağlık alt yapısı, sağlık insan gücü, ekonomik refah düzeyi vb. sebepler ülkelerin salgın hastalıklarla mücadelesini etkilemektedir. Bu çalışmada birbirine benzer ve ekonomik refah düzeyi yüksek olan OECD ülkelerinden dört tanesi seçilmiş ve sağlık sistemleri, pandemi öncesi ve sonrası dönemi sağlık verileri ülkemizin verileri ile karşılaştırılmıştır.

Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye'nin kullandıkları sağlık modelleri birbirlerine benzerlik göstermektedir. Almanya sosyal sigorta temelli, Fransa sosyal sigorta ve kamu destekli, İngiltere tamamen vergilere dayalı, İtalya merkezi planlama ve bölgesel uygulama, Türkiye ise genel sağlık siortası kamu ve özel karma yapı sistemlerini kullanmaktadır. Modeller karşılaştırıldığında Almanya ve Fransa Bismarck modeli ile yüksek kalitede hizmet sunarken, İngiltere ve İtalya eşitlikçi yaklaşımla kaynak sıkıntısı çekerek hizmet sunmaktadır. Türkiye ise karma bir model kullanmakta olup alt yapı ve personel sıkıntısı çekmektedir. Pandemi döneminde her ülke kendi sosyo-ekonomik ve sağlık alt yapı özelliğine göre önlem almıştır. En katı uygulamalar Almanya'da görülürken en esnek davranan ülke İngiltere olmuştur. Aşılama oranlarına bakıldığında İtalya, Fransa, Almanya % 75 ve üzeri iken %68'lik oranla Türkiye en düşük orana sahiptir. COVID sebebiyle hayatın kaybeden insan sayısı en fazla İtalya'da en düşük Türkiye'dedir. Pandemi sağlık harcamalarında artışa sebep olmuştur. En iyi GSYH Almanya, Fransa ve İngiltere iken en düşük oran Türkiye'nindir. Sağlık insan gücü bakımından en iyi oran Almanya' da iken en düşük oran Türkiye'dedir. Kronik hastalıklar konusunda en yüksek orana İngiltere sahipken en düşük oran Türkiye'de görülmektedir. Pandeminin depresyon artışını en çok etkilediği ülke İngiltere'dir. Depresyon oranının en düşük olduğu ülke Türkiye olmasına rağmen pandeminin bu oranı %6 oranda artırdığı görülmektedir. Sonuç olarak; Almanya erken müdahale, sağlık alt yapısı, bilimsel yaklaşım ve şeffaflıkla pandemiye yöneten en iyi ülke olmuştur. Diğer ülkelerin kısmi başarıları olsa da Almanya sistematik yaklaşımı ve ölüm oranlarının azlığı ile bu süreçte öne çıkan ülke olmuştur.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makaleye %60, ikinci yazar ise makaleye %40 oranında katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Agnes, C. (2001). The French Health Care System: A Brief Overview. Presentation Prepared For The PWG Meeting, CREDES. Erişim adresi: <https://www.irdes.fr/english/documentation/documents/the-french-health-care-system.pdf>, (09.12.2023).
- Akman, E., ve Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt:6 Sayı:2, ISSN -2149-6161
- Aksaoğlu, G.ve Giray, H. (2006). Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü. *Toplum ve Hekim*, 21 (56), ss. 1-16.

- Anelli F, Leoni G, Monaco R, Nume C, Rossi RC, Marinoni G, vd. (2020). Italian Doctor Call For protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid 19 outbreak. BMJ. 26 Mart 2020;368. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1254>.
- Altınkaya, Z. (2020). Koronavirus Pandemisinde Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Neoliberalizm İtalya Örneği, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt .10 Sayı. 20.
- Arslan Çilhoruz, İ., ve Orhaner, E. (2020). Özel Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: Türkiye Almanya Örneği. İşletme Akademisi Dergisi, 1 (2): 88-10. DOI:10.26677/TR1010.2020.434.
- Arslanoğlu, A. (2021). *5n 1 Kalite*. İstanbul: Eftalya Yayım.
- Association of British Insurance, Health Insurance, Erişim adresi: <https://www.abi.org.uk/Insurance-and-savings/Topics-and-issues/Health insurance>, (21.10.2023).
- Atasever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. ISSN:978-605-67663-9-8.
- Ateş, M (2011). Birleşik Krallık’ ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü, Toplum ve Hekim TTB Yayını, 21, 335-343.
- Ateş, M. (2011). Sağlık Sistemleri. İstanbul: Gerekli Kitap.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmen, U., Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X.
- Aydoğdu, A., Yorulmaz, M. & Kırac, R. (2021). Covid-19’A Karşı Alınan Ekonomik Önlemlerin Büyüklüklerinin Değerlendirilmesi: Amerika, Almanya, İngiltere, İtalya ve Türkiye Örneği. International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences, 7(1).
- Bank, W. (2020). *World Bank Open Data | Data [Internet]*. . Available at: <https://data.worldbank.org/> adresinden alınmıştır
- Bayliss, K. (2022). Can England’s National Health System Reforms Overcome The Neoliberal Legacy? International Journal Of Health Services, Vol. 52(4), 480–491 Doi:10.1177/00207314221115945.
- Bebbington, J. and Song, E. (2004). *The adoption of IFRS in the EU and New Zealand*. Access address: <http://www.europe.canterbury.ac.nz/>, (14.07.2008).
- 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu, (2012). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf>. (Erişim Tarihi:11/03/2025).
- Bevan, G., Karanikolos, M., Exley, J., Nolte, E., Connolly, S., ve Mays, N. (2014). Sağlık sistemleri, İstanbul: Gerekli Kitap Yayınları The four health systems of the United Kingdom: How do they compare? Summary Report. The Health Foundation.
- Birleşik Krallık 2020 Etkinlikleri*. (tarih yok). 09 11, 2023 tarihinde Human Right Watch: <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/united-kingdom> adresinden alındı.
- Boccia, S., Ricciardi, W., Ioannidis, JPA. (2020). What other countries can learn from Italy, during the Covid-19 pandemic. JAMA Vol 180, No 7 p:927-8. Erişim Adresi: <http://jamanetwork.com/on11/09/2020>. Erişim Tarihi: 11 Kasım 2020.
- Boyle S. (2011) Health Systems in Transition; United Kingdom (England): *HealthSystem Review*. Erişim Adresi: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf. Erişim Tarihi: 15.10.2023.
- Boz, C., ve Önder, E. (2017). Oecd ülkelerinin sağlık sistemi performanslarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvence Dergisi* (11). DOI: 10.21441/sguz.2017.54.

- Brexit briefing reciprocal healthcare between the UK and the EU, <https://www.bma.org.uk/collectivevoice/influence/europe/brexit/bma-brexit-briefings/reciprocalhealthcare>.
- Blümel, M., Spranger, A. Achstetter, K. Maresso, A. and Busse, R. (2020). Germany: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, 22(6): 1–273. Erişim adresi: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020> (03.04.2022).
- Çapar, H. ve Çakmak, C. (2021). *Sağlık Turizmi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Çakmak, Ö., Biçer, İ. ve Demir, H. (2020). Sağlıkta Sanat Terapisi Kullanımı: Literatür Taraması. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 12-21.
- Çapar, H., Çınar, F., ve Arıcı, H. (2014). Communication Problems with People on the Streets during COVID 19 in terms of Social Well-being. 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 20-22 Mayıs 2021, Isparta, 158-169.
- Çapar, H., Çınar, F. ve Güven, B. (2021). Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim. A. Yıldız ve B. Özgüleş (Ed.), *Stratejik Yönetim* içinde (28-49), Ankara: Gazi Kitabevi.
- Chauvin, F, Yazdanpanah, Y, Lina, B, et al. (2020). “France’s Covid 19 Response: Balancing Conflicting Public Health Traditions”. The Lancet 396 (10246), 219-221. Erişim adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31599-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31599-3/fulltext) (Erişim tarihi: 01.12.2022). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31599-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31599-3).
- Clarke, E. (2012) and Bidgood, E. (2013). Based on the 2001 Civitas Report by David Green and Benedict Irvine. Healthcare Systems: France
- Çınar, F. (2021). Sağlık Politikaları. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 128-138.
- Çınar, F. ve Çapar, H. (2021). Association of new coronavirus (COVID 19) with hand hygiene score. *Annals of Clinical and Analytical Medicine Journal*, 12(3), 102-112.
- Çınar, F. ve Oğuz, M. (2020). Türkiye’de COVID-19 Pandemisine Yönelik Stratejilerin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2) , 1-11.
- Cookies on the NHS websitesi, (NHS). (2025). Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/>. Erişim Tarihi: (11.03.2025).
- Çöl, M. (2021). İtalya’ da Sağlık Sistemi ve Covid 19 Pandemisi yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 36(5).
- Çifçi, H. İ., (2011). Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.
- Cylus, J, Richardson, E, Findley, L, Longley, M, O'Neill, C, Steel, D (2015). United Kingdom: Health system review. Health systems in transition, 17(5), 1-126.
- Daşdan, İ. ve Çetinkaya. V. (2015), OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa 104-134.
- Direction de la Recherche, des Études, de l’Evaluation et des Statistiques (DRESS). (2023). Fransa Sağlık Harcamaları Raporu. [<https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr>].
- DREES, Études et Résultats. (2022). Chronic diseases most often affect those on low incomes and significantly reduces their life expectancy. Erişim Adresi: <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1243ENMAJ0704-23.pdf>.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2021). Fransa Sağlık Sistemi İncelemesi. Erişim Adresi: <https://www.who.int>.

- Eke, E. ve Kişi, M. (2018). Sustainability and transformation in the NHS. Erişim Adresi: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/Sustainability-and-transformation-in-the-NHS.pdf>.
- Eke, E. ve Kişi, M. (2019). Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *OPUS International Journal of Society Researches*, 11(18), 2687-2707.
- Ekinci, G., Arslanoğlu, A., Çapar, H. ve Çınar, F. (2021). *Sağlıkta Kalite*. İstanbul: Eftalya Yayınları.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2016). The Economic Consequences Of Brexit: A Taxing Decision. Erişim Adresi: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4jmOsvdkföken.pdf>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü/Avrupa Birliği (OECD/AB). (2019). Sağlık Genel Bakış: Avrupa 2019 – AB Döngüsünde Sağlık Durumu. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/en/data.html>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2019). İngiltere Sağlık Profili. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) (2020). Tackling coronavirus (COVID19)-Browse OECD contributions: Beyond Containment: Health systems responses to COVID 19 in the OECD, Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/coronavirus/en/>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2021). OECD Health Statistics. <https://web.archive.oecd.org/temp/2024-02-21/78817-health-data.htm>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2022). Sağlık Bir Bakışta: Avrupa [<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-2022.htm>].
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2023). Sağlık Bir Bakışta: Türkiye Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/turkey/health-at-a-glance-turkiye.htm>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü OECD. (2024). Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? OECD Publishing, Paris. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>
- Ekonomik Örgütü (ve Kalkınma Örgütü) (OECD). (2021), OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 2, No. 110, OECD Publishing, Paris. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1787/66c5ac2c-en>.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), (2020). European Centre for Disease Prevention and Control. Testing strategies. Erişim Adresi: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/testing-strategies>
- Eurostat. (2023). Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals. (Erişim Tarihi: 29.03.2025).
- Eurostat, (2020). *The health systems and policy monitor*. Erişim Adresi: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=en..>
- Eurostat. (2022). İtalya'da Sağlık Hizmetleri: Bölgesel Farklılıklar. Erişim Adresi: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Ergenay, O. Şataf, C. (2021). İngiltere'de Sağlık Harcamaları ve COVID 19. *Journal of Public Economy and Public Financial Management*, 1(1), 10-27.
- Ertürk Atabey, S. (2012). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Ankara: Gazi Kitabevi Yayınları.
- Ertürk Atabey, S., Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelemesi. *Sosyoekonomi Dergisi*, Vol. 24(29), 113-131 DOI: 10.17233/se.2016.06.005

- Evans, D. (2013). What price public health? Funding the local public health system. *Critical Public Health*, 31:4, 429-440, DOI: 10.1080/09581596.2020.1713302
- Fahy, N, Hervey, T, Greer, S, Jarman, H, Stuckler, D, Galsworthy, M, McKee, M. (2019). How will Brexit affect health services in the UK? An updated evaluation. *The Lancet*, 393(10174), 1-10. Greener, I. (2015).
- Ferre, F., Giulio De Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., et al. (2014). Health Systems in Transition C.16. *Italy Health System Review*. Erişim Adresi: <https://air.unimi.it/bitstream/2434/1023586/3/HiT-16-4-2014-eng.pdf>.
- Franc C, Pierre A (2015). Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: Implications and current debate. *Health Policy*, Volume 119, Issue 2: 111-116. Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.014>
- Godin M. (2020). Why Is the Coronavirus Outbreak So Bad in Italy? |Time Erişim Tarihi:05.09.2023.
- Gönül D (2009) Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. Erişim Adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/component/com_booklibrary/ebook/nhs_kitap_0210.pdf
- Guiseppe G. (2020). HealthManagement.org, Management of CO VID-19 in Italy; 20(3) Erişim tarihi 18 Ekim 2020 Ava-ilable at: <https://healthmanagement.org/c/hospital/issueartic-le/management-of-covid-19-in-italy>
- Günay, A. (2017). Türkiye' de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere İle Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü*. İstanbul.
- Güngör, B. (2020). Ortodontik Pekiştirme Tedavisinde Maliyet Analizi: Essix – Sabit Retainer Karşılaştırması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim Adresi: <https://time.com/5799586/italy-coronavirus-outbreak/>
- Group. WB. (2020). Italy GDP per capita. Erişim Adresi: <http://www.governo.it/it/ articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-22-marzo-2020/14363>. Erişim Tarihi:15.08.2023.
- Health Systems and Policy Monitor HSP. (2020). The health systems and policy monitör. Erişim Adresi: <https://hspm.org/countries/italy/25062012/countrypage.aspx>.
- Health Care Systems in the EU [: A Comparative Study, European Parliament, Erişim Adresi: http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf:
- Health and Social Care Information Centre (2013/2014) NHS Denta Statistics for England), Erişim Adresi: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB14738>. (Erişim Tarihi: 20.10.2023).
- Health at a Glance: Europe (2022) State Of Health In The Eu Cycle, ISSN 2305-607X (print) ISSN 2305-6088. (Erişim Tarihi: 20.10.2023).
- Help with health cost. Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs>. (Erişim Tarihi: 03/11/2025).
- Hermann C (2010). The UK national health service, DFID Health Systems Resource Centre. Erişim Adresi: <http://www.heartresources.org/wpcontent/uploads/2012/10/The-history-and-development-of-the-UK-NHS.pdf>.
- Hüsmenoğlu, M., Yılmaz Kuşaklı, M. (2021). Almanya sağlık sistemi COVID 19 pandemisi durum analizi German health system situation analysis in COVID 19 pandemic. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Vol 8(2): 156-162.
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), (2023). France pandemic death report. Erişim Adresi: <https://www.insee.fr>.

- Işık, DW (2003). Evrensel sağlık bakımı: Britanya deneyiminden dersler. *Amerikan halk sağlığı dergisi*, 93 (1), 25-30.
- Italian Ministry of Health. (2022). Mental health survey. Erişim Adresi: <https://fundit.fr/en/institutions/ministry-health>.
- Italian Ministry of Health. (2023). Annual Health Report. Erişim Adresi: <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>.
- Iacometti, M. (2022). Pandemi döneminde İtalya, İspanya ve Belçika'daki yerel yönetimlerin sağlık konusundaki yasama yetkileri. *DPCE Çevrimiçi*, 54 (Sp).
- Jothikasthira, N. (2021). *Medikal Turizm*. H. ÇAPAR (Çev.), Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Karagan. E., (2008). Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.
- Kaya, A., (2011). Türkiye ile Bazı Oecd Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması. *Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı*, Yüksek Lisans Tezi.
- Kırılmaz, H., Amarat, M. ve Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- King's Fund (2014). The UK Private Health Market, Erişim Adresi: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/commission-appendix-ukprivate-health-market.pdf> (Erişim Tarihi: 05.10.2023).
- Lancet. (2022). NHS Performans Analizi. Erişim Adresi: <https://www.thelancet.com>.
- Light, D. W. (2003). Universal health care: lessons from the British experience. *American journal of public health*, 93(1), 25-30.
- Medikal Turizm Derneği. (2021). *COVID 19'un Medikal turizm Üzerindeki Etkileri*. Access address: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901355/>, (13.06.2021).
- Merlin Press, Hitiris, (1997). Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları, L. Panitch ve C. Leys (Eds.), U. Haskan (Çev.), (2. Bsm) London. NHS England. (2014). Five year forward view. Leeds: NHS England. NHS England. (2019). The NHS long term plan. Leeds: NHS England
- Mooney, (2012). Universal health care: Lessons from the British experience, *American Journal of Public Health*, 93(1), 25-30.
- National Health Service (NHS). (2022). Post-Pandemic Chronic Disease Report. <https://www.nhs.uk/search/results?q=Post-Pandemic+Chronic+Disease+Report>
- National Health Service (NHS), (2023). How to Access NHS Services. Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/nhs-services/>.
- Nuffield Trust (2013) Public Payment and Private Provision: The Changing Landscape of Health Care in The 2000s Erişim Adresi: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130522_public-payment-and-private-provision.pdf. (Erişim Tarihi: 08.2023).
- Nuffield Trust. (2022). UK Waiting Times Report. Erişim Adresi: <https://www.nuffieldtrust.org.uk>.
- Our World in Data, COVID 19 Data Explorer. Erişim Adresi: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data>. (Erişim Tarihi 09.03.2023).
- Or, Z., and Gandré, C. (2019). Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage Barber. S.L., Lorenzoni. L and Ong, P (Ed.), Price setting and price regulation in health

- care: France (57-84), World Health Organization and the Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K (2023). France: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, 25(3): 1 –276. Erişim adresi: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>
- Özkaraduman. H. T., (2019). Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası, Genel Olarak AB Ülkeleri Değerlendirmeleri, İngiltere ile Türkiye Kıyaslaması ve Öneriler, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sigorta ve Risk Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi.
- Pamuk, Ş. (2007). *Economic change in twentieth century Turkey: Is the glass more than half full?* (Working Paper No.41). Paris: The American University of Paris.
- Robert Koch Institute, (2019). Chronic conditions in Italy. Erişim Adresi: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_it_english.pdf.
- Santé Publique France, (2022). Depression and anxiety study.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3).
- Sargutan, E., (2006). Karşılaştırmalı sağlık sistemleri, *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Ankara.
- Sarıyıldız, Y., A., Paşaoğlu, M. T. ve Yılmaz, M. E. (2021). Türkiye, Çin, ABD, Fransa sağlık sistemleri ve Covid-19 politikaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 314-327.
- Sky tg24, (2025). Erişim Adresi: <https://tg24.sky.it/tecnologia/2020/06/16/report-media-italia>. Erişim Tarihi: (11.03.2025).
- Spahn, J. (2021). The German Healthcare System: Strong, Reliable, Proven. Erişim adresi: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf (Erişim tarihi: 05.12.2023).
- Strategic Comments. (2020). “France’s Response to Covid 19.” 26 (5), 4-6 Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13567888.2020.1805910> (Erişim tarihi: 05.12.2023).
- Statistisches Bundesamt. (2023). Erişim Adresi: https://www.destatis.de/EN/Home/_node.html. (Erişim Tarihi: 29.03.2025).
- Sülkü, S. N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. *Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı*.
- Şahin İpek, E. A. ve Acar, İ. A. (2021), Covid-19 Salgını ve Bütçe Yönetimi: Seçilmiş Ülke Örnekleri Çerçevesinde Türkiye Açısından Bir Değerlendirme, *Pandemi Ekonomisi* (s. 153- 188). Bursa: Dora Yayınevi.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman model: “sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1).
- TC. Resmi Gazete. (2020, 04 04). Cumhurbaşkanlığı Kararı. Karar Sayısı: 2399. (31099), 317.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2022). Ruh sağlığı verileri. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr>.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2023). Genel Sağlık Sigortası Faaliyet Raporu. Erişim Adresi: <https://https://www.saglik.gov.tr>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). COVID 19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2020). Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Covid 19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid19-rehberi.html>. (Erişim Tarihi: 11.01.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2021). Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri (2023). 2012/25 sayılı SGK Genelgesi, Erişim Adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a/28.06.2012_2012_25.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42513bda-6eaa4a3f-a257-239149e51e7a. (Erişim Tarihi: 27.10.2023).
- Türk, M. (2022). Fransa Sağlık Sistemi ve Pandemi Yanıtı. Toplum ve Hekim, 37(3), 231-240.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2019). Türkiye sağlık harcamaları. Erişim Adresi: <https://www.tuik.gov.tr>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=n%C3%BCfus>. (Erişim Tarihi: 10.10.2023).
- Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Erişim Tarihi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>.
- Ulusoy, H. ve Aydın, J. C. (2021). Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri* (s. 258). Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım Tic. Ltd.Şti.
- Yeşilyurt, E. ve Türk, Y. (2023). *Turkey's relief package against virus hits* Erişim Adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2019). Word Health Statistics. Erişim Adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2021). Word Health Statistics, Erişim Adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (2023). Italy COVID-19 dashboard. Erişim Adresi: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/italy/>.
- World Health Organization (WHO). (2023). Türkiye COVID-19 death data. Erişim Adresi: <https://www.who.int>.
- World Bank Group. (2025). *World Development Indicator* Erişim Adresi: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&country=FRA>. Erişim Tarihi: 06.03.2023
- World Bank. (2021). Erişim Adresi: <http://data.worldbank.org/The>. (Erişim Tarihi: 06.03.2023).
- Zaleski, I.D. (2014). The French Health Care System, Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/266507927> (Erişim tarihi: 06.12.2022).
- Zwart, J, Jonge, H., Voordt, T. (2010). Private Investment in Hospitals: A Comparison of Three Healthcare Systems and Possible Implications for Real Estate Strategies. *HERD Healt Environments Research & Desing Journal*, 3(3):70-86 DOI:10.1177/193758671000300308 Source PubMed.



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

DİJİTALİZASYONUN SAĞLIK TURİZMİNDEKİ YERİ: TÜRKİYE'DE GÜNÜMÜZÜN DURUMU VE GELECEK PERSPEKTİFİ

SAĞLIK TURİZMİNDE DİJİTALLEŞME: TÜRKİYE'NİN MEVCUT DURUM VE GELECEK PERSPEKTİFİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Cuma SUNGUR¹

ABSTRACT

Health tourism refers to the practice of traveling to a different region or country to benefit from healthcare services, and it is an essential part of the globalization of healthcare services. In recent years, digitalization has transformed health tourism, with technologies such as artificial intelligence, virtual reality, augmented reality, telemedicine, and blockchain playing a crucial role. These technologies have made health tourism processes more accessible, faster, and personalized, improving the experiences of both patients and healthcare providers. Especially, Türkiye holds a significant position in the health tourism market due to its advanced technological infrastructure and cost-effective advantages. The impact of digitalization on health tourism in Türkiye has resulted in positive outcomes, such as increased patient satisfaction, improved health outcomes, and reduced operational costs. Since the 2010s, health tourism in Türkiye has shown significant development, with a notable increase in market share. Additionally, the growing interest in digital technologies in recent years has further enhanced the potential for growth in this sector. In this context, the role and adaptation of digital technologies in health tourism are becoming critical factors for Türkiye's future growth. Innovative technologies like artificial intelligence, virtual and augmented reality, telemedicine, and blockchain are making health tourism processes faster and more efficient, allowing patients easier access to healthcare services, more accurate diagnoses, and more personalized treatment experiences. Türkiye's investments in digital health technologies and its ongoing digital transformation in the healthcare sector will accelerate developments in this area and strengthen the country's competitive position in the health tourism market. This study aims to evaluate the current state and future perspectives of Türkiye's healthcare sector regarding the use and adaptation of these technologies in health tourism, by first addressing the role of digitalization in the field.

Keywords: Digital transformation, Innovative Technologies, Health Tourism, Türkiye

JEL Classification Codes: I15, H51, F63, L83

ÖZ

Sağlık turizmi, insanların sağlık hizmetlerinden faydalanma amacıyla bulundukları bölgeden farklı bir bölgeye veya ülkeye seyahat etmelerini ifade eden, küreselleşen sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Son yıllarda, dijitalleşme sağlık turizmini dönüştürmüş ve bu süreçte yapay zekâ, sanal gerçeklik, artırılmış gerçeklik, teletıp ve blockchain gibi dijital teknolojiler önemli bir rol oynamıştır. Bu teknolojiler, sağlık turizmi süreçlerini daha erişilebilir, hızlı ve kişiselleştirilmiş hale getirerek hem hastaların hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarının deneyimlerini iyileştirmiştir. Özellikle Türkiye, yüksek teknoloji altyapısı ve uygun maliyet avantajları ile sağlık turizmi pazarında önemli bir konumda yer almaktadır. Türkiye'de dijitalleşmenin sağlık turizmine etkisi, hasta memnuniyetini artırmak, sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve operasyonel maliyetleri düşürmek gibi olumlu sonuçlar doğurmuştur. Türkiye'de sağlık turizmi 2010'lu yıllardan itibaren önemli bir gelişim göstermiş ve pazar payında önemli artışlar yaşanmıştır. Ayrıca son yıllarda dijital teknolojilere duyulan ilgi, bu alandaki gelişim potansiyelini artırmaktadır. Bu bağlamda dijital teknolojilerin sağlık turizmindeki rolü ve adaptasyonu, Türkiye'nin gelecekteki büyümesinde kritik bir faktör olma yolunda ilerlemektedir. Yapay zekâ, sanal ve artırılmış gerçeklik, teletıp ve blockchain gibi yenilikçi teknolojiler, sağlık turizmi süreçlerini daha hızlı ve verimli hale getirerek, hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay erişmesini, daha doğru teşhisler almasını ve tedavi süreçlerini kişiselleştirilmiş bir şekilde deneyimlemesini mümkün kılmaktadır. Türkiye'nin dijital sağlık teknolojilerine yaptığı yatırımlar ve sağlık sektöründeki dijital dönüşüm, bu alandaki gelişmeleri hızlandıracak ve ülkenin sağlık turizmi pazarındaki rekabet gücünü daha da pekiştirecektir. Bu çalışmada, öncelikle dijitalleşmenin sağlık turizmi alanında kullanımına değinilerek, sağlık turizmi alanında bu teknolojilerin kullanımı ve adaptasyonunda Türkiye sağlık sektörünün mevcut durumu ve gelecek perspektifinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dijital dönüşüm, Yenilikçi Teknolojiler, Sağlık Turizmi, Türkiye

JEL Sınıflandırma Kodları: I15, H51, F63, L83

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, cumasongur@gmail.com

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Amaç ve Kapsam:

Bu çalışma, dijitalleşmenin sağlık turizmi üzerindeki etkilerini inceleyerek, Türkiye'nin bu alandaki potansiyelini ve karşılaştığı zorlukları analiz etmeyi amaçlamaktadır. Özellikle yapay zekâ, artırılmış ve sanal gerçeklik, teletıp ve blokzincir gibi yenilikçi teknolojilerin sağlık turizmi süreçlerine entegrasyonu değerlendirilmiştir. Türkiye'nin dijital sağlık altyapısı, rekabetçi maliyet avantajları ve uluslararası hasta akışındaki artış, bu çalışmanın temel odak noktaları arasında yer almaktadır. Bu kapsamda, dijital dönüşümün sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, verimliliği ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Yöntem:

Bu çalışma, nitel bir literatür taraması yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Türkiye'deki sağlık turizmi uygulamaları, dijital sağlık teknolojilerine entegrasyon süreci ve uluslararası karşılaştırmalar, akademik yayınlar, sektör raporları, sağlık turizmi değerlendirme raporları ve istatistikleri ile resmi veriler ışığında değerlendirmeler yapılmıştır. Teletıp, yapay zekâ, artırılmış-sanal gerçeklik ve blokzincir teknolojileri gibi temel dijital araçların sağlık turizmindeki kullanımına yönelik örnek uygulamalar incelenmiştir. Ayrıca, COVID-19 pandemisi döneminde dijital sağlık çözümlerinin hızlı gelişimi ve yaygınlaşması, değerlendirmeye dâhil edilmiştir.

Bulgular:

Türkiye'nin sağlık turizmi alanında güçlü teknolojik altyapısı ve uygun maliyetli hizmet sunumu sayesinde küresel ölçekte rekabet avantajı sağlamaktadır. Estetik cerrahi, diş tedavisi, tüp bebek ve onkoloji gibi alanlarda Türkiye, yüksek kaliteli hizmetleri uygun fiyatlarla sunarak uluslararası hastalar için cazip bir destinasyon haline gelmiştir. Dijital sağlık teknolojilerinin, özellikle teletıp uygulamalarının yaygınlaşması, hizmet erişimini hızlandırmakta ve coğrafi engelleri ortadan kaldırmaktadır. COVID-19 döneminde teletipte %600'lük küresel artış, bu teknolojinin potansiyelini ortaya koymuştur. Yapay zekâ ve büyük veri analitiği, bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulmasına katkı sağlamakta, hasta memnuniyetini artırmaktadır. Artırılmış ve sanal gerçeklik teknolojileri, hem hastaların hizmetler hakkında bilgi edinmesini sağlamakta hem de sağlık personelinin eğitim ve operasyonel süreçlerini desteklemektedir. Blokzincir teknolojisi ise hasta verilerinin güvenliği, şeffaflığı ve işlem süreçlerinin otomasyonu açısından önemli katkılar sunmaktadır. Türkiye'de dijital sağlık uygulamalarına yapılan yatırımlar, 5G teknolojisinin yaygınlaşması ve bazı hastanelerin HIMSS EMRAM 7 seviyesine ulaşması, bu alandaki dijital dönüşümün somut göstergelerindendir. Ancak dijitalleşme sürecinin önünde bazı engeller de tespit edilmiştir. Veri güvenliği, yasal düzenlemelerdeki eksiklikler, uluslararası standartların olmaması ve dijital sağlık hizmetlerinin maliyetleri, bu sürecin yaygınlaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde altyapı eksiklikleri, ileri teknolojilerin benimsenmesini sınırlamaktadır.

Sonuç ve Tartışma:

Elde edilen bulgular, dijitalleşmenin sağlık turizmi alanında köklü bir dönüşüm potansiyeli taşıdığını ortaya koymaktadır. Türkiye, dijital sağlık teknolojilerini sağlık turizmine entegre ederek hem ulusal hem uluslararası hastalar için cazip bir destinasyon haline gelme yolunda ilerlemektedir. Dijital çözümler sayesinde hasta deneyimi iyileşmekte, sağlık hizmetleri daha erişilebilir ve kişiselleştirilmiş hale gelmekte, süreçler ise daha verimli yürütülmektedir. Ancak bu gelişimin sürdürülebilir kılınması için bazı stratejik adımların atılması gerekmektedir. Öncelikle, veri güvenliği ve hasta mahremiyeti konularında uluslararası iş birliklerinin artırılması, sağlık turizminde dijital hizmetlerin sınır ötesi uygulanabilirliğini kolaylaştıracaktır. Altyapı yatırımlarının hızlandırılması, özellikle gelişmekte olan bölgelerde dijital sağlık hizmetlerine erişimi artıracaktır. Sağlık çalışanları ve hastalar için dijital okuryazarlığın artırılması, teknolojinin daha etkin kullanılmasını sağlayacaktır. Son olarak, yenilikçi teknolojilerin maliyetlerinin azaltılması ve devlet desteklerinin artırılması, dijitalleşmenin yaygınlaşmasına katkı sağlayacaktır. Sonuç olarak, Türkiye'nin dijital sağlık teknolojilerine yönelik stratejik yatırımları, sağlık turizmi alanındaki küresel liderlik hedeflerine ulaşmasında kritik rol oynamaktadır. Dijitalleşmenin sunduğu fırsatlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmakla kalmayıp aynı zamanda Türkiye'nin uluslararası sağlık turizmi pazarındaki rekabetçiliğini de güçlendirecektir.

1. INTRODUCTION

The healthcare sector has undergone a significant transformation through the process of digitalization. With the introduction of computers in the 1960s, many processes became digitalized, and by the 1980s, this transformation began to show its effects in clinical applications. The first step in this process was the digitalization of documents. Over time, with the increase in computer processor speeds, the development of mobile technologies, and the widespread use of cloud-based computing services, portable digital devices became more accessible, accelerating digitalization in business practices.

Health tourism is growing rapidly as part of the globalization of healthcare services. Influenced by technology, people's tendency to travel to other countries for medical treatment has diversified, and digital transformation has reshaped the health tourism industry with technologies like artificial intelligence (AI), big data, virtual reality (VR), and augmented reality (AR). These innovations enhance the capabilities of businesses, contributing to the growth of the sector. The widespread adoption of digitalization in healthcare is also facilitated by the expansion of 5G technology, making telemedicine services more accessible and enabling more effective use of AI, VR, and AR technologies. Consequently, this situation increases the impact of digitalization on health tourism.

Türkiye has effectively embraced digitalization in the field of health tourism, positioning itself as one of the leading countries in the international market. It is actively working to maintain and enhance its current position. In this context, Türkiye is leveraging technologies such as AI and telemedicine types (such as teleconsultation and teleradiology). Undoubtedly, the use and widespread adoption of these technologies could contribute to Türkiye gaining a larger market share in health tourism and improving its competitive position. This study focuses on the use of digitalization in the field of health tourism; it evaluates the current state of Türkiye's healthcare sector along with the use of digital technologies in health tourism and the process of adapting to these technologies. In addition, the study analyzes Türkiye's digitalization perspective in health tourism and potential future developments in this field.

2. DIGITAL TRANSFORMATION IN HEALTH AND HEALTH TOURISM

Health tourism refers to individuals traveling to other countries for treatment or healthy living purposes. Digital transformation is a process aimed at increasing efficiency in the healthcare sector to provide higher quality services. With the help of AI and big data analytics, patients' health data is analyzed, and personalized treatment plans are created. Mobile health applications allow individuals to manage their treatment processes more effectively, while telemedicine technologies increase access to healthcare services for individuals living in remote areas. The integration of these technologies into the field of health tourism significantly improves the quality and accessibility of services (Topol, 2022; Peek et al., 2023). With the development of technology, health tourists can more easily access affordable, high-quality, and fast services (Carrera and Bridges, 2006; Heung et al., 2011). When examining the historical dimensions of health tourism, high costs and long waiting times have led patients to travel to other countries in search of more affordable and higher-quality services (Dinçer et al., 2016; Kozak et al., 2013). The provision of high-quality services in areas such as aesthetic surgery, dental treatment, and organ transplants in medical tourism is directly related to technological advancements (Carrera and Bridges, 2006; Dinçer et al., 2016).

New health tourism trends heavily rely on technologies for competition, and these technologies attract health tourists by enhancing the services and competitiveness of health tourism centers. AI has expanded the use of digital technologies, provided access to big data sources, and influenced tourist preferences. Ease of use has become one of the most important expectations of tourists and has directly impacted their preferences. In this context, one of the AI technologies, facial recognition, is widely used in the medical sector to improve medical outcomes. On the other hand, virtual reality applications are commonly used in health tourism. Virtual treatment tours, presented in three-dimensional videos, allow tourists to view the hospital environment and services in real time (Rady et al., 2024). These types of technologies directly affect health tourists' decision-making processes, shaping their preferences. Thanks to digitalization, access to healthcare services has become easier through online platforms; tourists now have the ability to compare services that fit their budgets. In this process, affordability, accessibility, and fast service delivery are among the main motivational factors for health tourists. Telemedicine, mobile health applications, and big data analytics are digital health technologies that optimize patients' treatment processes. Particularly, telemedicine applications allow patients to manage their pre- and post-treatment processes remotely. During the COVID-19 pandemic, telemedicine services increased by 600% globally (Indugu et al., 2020).

Countries like Türkiye have transitioned to using telemedicine services by remotely monitoring pre- and post-surgery processes.

Digitalization is considered a significant source of efficiency in the health tourism sector. Particularly in areas such as aesthetic surgery, dental treatment, organ transplants, and cancer treatment, digitalization enables patients to access faster and higher-quality healthcare services. Türkiye is one of the leading countries in the digital transformation process in this field. Health tourism in the country allows health tourists to make more informed decisions thanks to digital platforms. Additionally, digital solutions such as telemedicine and mobile health applications enable patients to manage their treatment processes remotely (AlBasri et al., 2024). Türkiye's digital health infrastructure accelerates the growth of the health tourism sector. Digitalization not only improves the quality of healthcare services but also makes it easier for patients to access personalized treatment plans. Health tourists can access high-quality healthcare services at lower costs thanks to digital technologies (USHAŞ, 2024). With its healthcare services and geographical advantages, Türkiye is progressing towards becoming a global leader in health tourism.

3. USE OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN HEALTH TOURISM

Digital transformation in the healthcare sector refers to the integration of technological innovations that make the delivery of healthcare services more efficient, accessible, and patient-centered. This transformation presents significant opportunities, especially in the field of health tourism. Health tourism refers to an individual crossing borders to access healthcare services, and the use of digital health technologies offers numerous advantages in this area. Below, the digital transformation technologies in healthcare and their use in health tourism are discussed.

Telemedicine

Digital health services, particularly telemedicine, are creating a significant transformation in the field of health tourism. Initially used to increase access to healthcare services in rural areas, telemedicine is now widely used in global sectors such as health tourism. This technology enables the remote delivery of healthcare services through video conferencing, smartphones, and other digital tools. Türkiye has integrated digital health services, including mobile health applications and telemedicine solutions, to offer high-quality and accessible services to health tourists. Through telemedicine, patients' treatment processes in areas such as aesthetic surgery and dental care are monitored remotely, which enhances service quality and reduces costs. With the widespread adoption of telemedicine services, access to high-quality healthcare at affordable costs is now possible. The integration of telemedicine into health tourism provides many benefits (Medical Tourism Magazine, 2023):

- **Accessibility:** Patients in rural areas or with mobility limitations can communicate with specialists worldwide.
- **Cost-effectiveness:** Virtual consultations are more affordable than in-person meetings and eliminate travel expenses.
- **Time-saving:** Patients can receive services at their convenience, without long waiting times or the need to travel.
- **Continuous care:** Telemedicine provides continuous communication and follow-up between patients and doctors, improving the treatment process.
- **Privacy and security:** Virtual platforms protect patient confidentiality, especially when seeking advice on sensitive health issues.

Despite the widespread adoption of telemedicine services, there are also some challenges (Medical Tourism Magazine, 2023):

- **Legal and Regulatory Barriers:** The lack of a unified legal framework between countries can create issues such as data privacy and licensing concerns.
- **Technological Issues:** Internet access, outdated software, and inadequate hardware can hinder the smooth delivery of services.

- **Language and Cultural Differences:** Language and cultural differences can lead to misunderstandings during virtual consultations.
- **Ethical Issues:** Ethical practices must be prioritized to protect patient rights.

Telemedicine applications, in the integration of health tourism and remote healthcare services, facilitate patient follow-up and increase service accessibility, especially through the flexibility provided by synchronous and asynchronous methods. Telemedicine offers effective solutions for individuals who cannot access healthcare services due to geographic distances in international health tourism. Through synchronous methods (e.g., live video conferences), patients can benefit from immediate consultations and diagnostic services, while asynchronous methods (e.g., medical record and image sharing) optimize healthcare delivery by reducing operational costs. Telemedicine not only facilitates access to healthcare services but also creates a competitive advantage in the health tourism sector (Doğramacı, 2020). Among the factors that enhance Türkiye's competitiveness in the health tourism sector, high-quality service delivery, affordable costs, and the integration of telemedicine technologies play a significant role. In health tourism, telemedicine increases patient satisfaction, particularly by remotely managing pre- and post-treatment processes, strengthening Türkiye's capacity to attract international patients. Telemedicine applications in Türkiye make significant contributions to the development of health tourism. Access to quality service and cost advantages for international patients support Türkiye's competitive power in health tourism (Tontuş, 2019). According to Gökçe Kutsal and Aslan, 33% of physicians communicated with their patients via phone, while 21% utilized video consultations, indicating an increase in telemedicine applications during the pandemic (27). However, research points out that general problems related to telemedicine were particularly prevalent during the COVID-19 pandemic (Gökçe Kutsal and Aslan, 2021). With the impact of digitalization, the integration of telemedicine and health tourism is rapidly developing. The widespread adoption of 5G technology will make services such as high-quality video consultations and remote surgical interventions more accessible. AI and big data analytics enable the analysis of patients' symptoms and the creation of personalized treatment plans. The 600% increase in telemedicine applications during the pandemic clearly demonstrates the potential in this field (Indugu et al., 2020). In the context of health tourism, these innovations create a more sustainable and efficient model in the sector while improving the patient experience.

Artificial Intelligence (AI)

AI is emerging as a tool that enhances operational efficiency and service quality in the health tourism sector. Specifically, clinical decision support systems play a significant role in improving patient care processes and reducing errors. AI-based algorithms assist healthcare professionals in making more accurate and faster decisions, contribute to the development of innovative strategies in healthcare services, and can offer solutions tailored to patients' needs, improving patient satisfaction levels and enhancing the competitive advantages of healthcare centers. Furthermore, the development of applications aimed at preventing medical errors and technologies that reduce the workload of healthcare professionals enable more effective organization of health tourism (Akalin and Veranyurt, 2020; Yılmaz et al., 2021). Digital transformation and AI have significant potential in improving patient experience and enhancing service quality in the healthcare sector. AI has various applications, including processing medical records, creating treatment plans, solving public health challenges, and identifying at-risk populations through big data analysis. Particularly regarded as an important tool for increasing access to healthcare services in rural areas, AI optimizes processes in the health tourism sector, enhancing patient satisfaction. This technology, combined with the digitalization of healthcare systems, is used in areas such as personalizing treatment processes, disease prediction, and resource management. Digital solutions like the Central Physician Appointment System (MHRS) and e-Nabız in Türkiye enable more effective delivery of healthcare services. MHRS is an integrated digital platform developed to facilitate individuals' access to healthcare institutions in Türkiye, including hospitals, Oral and Dental Health Centers, and Family Health Centers. Accessible via the internet, mobile applications, and the Alo 182 call center, the system aims to reduce inequalities in access to healthcare, eliminate fragmentation in appointment systems, and prevent overcrowding in healthcare facilities. In recent years, with the advancement of digital health infrastructure, MHRS has been integrated with e-Nabız (the national personal health record system) and the e-Government platform. Furthermore, artificial intelligence-supported planning and decision-support algorithms have enabled more effective, data-driven practices in appointment density analysis, resource allocation, and patient referrals. In this context, MHRS has evolved beyond a mere appointment platform to become one of the key components of Türkiye's digital health transformation (Akalin and Veranyurt, 2020).

AI, with methods such as natural language processing and imaging technologies, improves diagnostic processes and provides cost savings in resource usage. For example, in the United States, natural language processing technologies analyze patient data, generating significant cost savings (Akalın and Veranyurt, 2020). The advantages of AI in the healthcare sector include (Rady et al., 2024):

- Digital storage of health data and enabling machine learning applications,
- Development of a clinical decision support system that assists healthcare professionals in solving clinical problems,
- Supporting the healthcare service diagnostic process in areas such as pathology, genetics, and radiology.

Another area where AI enhances the patient experience is real-time monitoring systems and decision support applications. These technologies allow for the optimization of treatment processes and the execution of more cost-effective operations. Additionally, they increase access to healthcare services in rural or developing areas, strengthening the health tourism potential in these regions (Gretzel et al., 2015). AI-based solutions are effective in increasing the accessibility and efficiency of services within the scope of health tourism. According to Gretzel et al. (2015), smart tourism applications use big data analytics to improve customer satisfaction and better understand consumer behavior. Ivanov and Webster (2019) emphasize that AI particularly supports strategic decision-making processes and provides efficiency and cost optimization. Furthermore, Mar and Soyer (2018) state that AI improves diagnostic accuracy, thereby enhancing the patient experience.

AI is leading to significant changes in the health tourism sector through decision support systems, personalized treatment plans, and problem-solving capabilities. AI-based technologies allow for the analysis of patients' genetic data and medical histories to determine the most appropriate treatment options. This is a major advantage, especially for patients with chronic conditions (Esteve et al., 2021). In this context, the analysis of radiology images by AI enables the rapid and accurate detection of tumors (Topol, 2022). AI-supported telemedicine and robotic surgery applications have great potential to enhance service quality and ensure patient satisfaction in the health tourism sector. Telemedicine platforms allow patients to have online consultations with their doctors during pre-treatment processes. Additionally, virtual assistants and AI-based chatbots can provide support at various stages, from helping patients choose healthcare providers to organizing their travel plans. These innovations, particularly in facilitating international patient traffic, optimize treatment processes (Bhandari et al., 2020). Robotic surgery stands out as one of the most striking applications of AI in the healthcare sector. Robots that perform precise surgical procedures safely and effectively can encourage international patients to travel to different countries for complex surgical procedures. For example, robotic systems like CyberKnife enable radiosurgery in sensitive areas of the brain, providing minimally invasive solutions and increasing patient safety (Murphy et al., 2003; Tzafetas et al., 2020). With digital transformation, AI is considered one of the most important technologies shaping the health tourism sector. The widespread adoption of 5G technology will make AI more accessible and allow for more efficient implementation (Indugu et al., 2020). The integration of big data analytics with AI algorithms enables early disease detection, improvement of treatment processes, and the widespread use of personalized services in health tourism. The rapid increase in AI applications in healthcare during the pandemic has revealed the potential in this field. In the context of health tourism, AI-supported innovations enhance patient satisfaction, creating a more efficient and sustainable business model in the sector.

Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR)

AR and VR initially emerged as innovative technologies used in the entertainment and gaming sectors. However, today these technologies are creating revolutionary transformations in many fields such as healthcare, education, tourism, and architecture. Health tourism is one of the areas where AR and VR technologies stand out, with the potential to improve patient experience, facilitate treatment processes, and enhance interaction between healthcare professionals and patients. AR technology provides users with an enriched visual experience by integrating digital information and visuals into the real world (Azuma, 1997). In this context, AR can help explain anatomical structures, surgical procedures, or treatment processes to patients with three-dimensional visuals. This helps patients better understand their treatment processes and increases their trust in healthcare services. Similarly, VR surrounds users with a fully digital environment, creating simulations and interactive experiences. In the context of health tourism, VR is used in areas such as pre-surgical simulations, virtual rehabilitation programs, and stress management (Chirico et al., 2020). AR and VR are also effective alternatives in pain management and have the

potential to reduce anxiety, especially in cancer patients. AR helps clarify patients' expectations about their treatment process by visualizing post-operative results in areas like dental aesthetics and plastic surgery. Additionally, AR enables virtual tours of healthcare facilities and interactive presentations of treatment plans, providing a personalized experience, particularly in the context of health tourism. In education, medical students can use AR technology to examine complex surgical operations in advance and practice. VR, on the other hand, is heavily used in rehabilitation and surgical simulations. For example, with VR technologies, students and doctors can experience surgical procedures through risk-free simulations. Moreover, social skill training programs using VR help individuals with autism improve their daily living skills. In rehabilitation processes, VR environments can help patients affected by brain damage regain cognitive and motor skills. Another benefit of these technologies is enabling patients to make informed decisions during or prior to treatment in virtual environments (Mallari et al., 2019).

Health tourism is a rapidly growing sector where international patients travel to receive healthcare services. In this context, AR and VR technologies play a crucial role in the transformation of health tourism. These technologies allow patients to virtually explore healthcare facilities, better understand pre-surgical processes, and interact with specialist doctors (Giglioli et al., 2018). VR technology enables potential health tourists to take virtual tours of healthcare facilities and experience the services offered, while AR technology helps visualize the treatment process, assisting patients in making informed decisions (Azuma, 1997). Such applications particularly enhance the accessibility and transparency of health tourism services for international patients (Chirico et al., 2020). Additionally, the integration of these technologies ensures the more effective delivery of patient-centered healthcare services. For example, AR and VR-based simulations provide visual and interactive guidance for patients to better understand their treatment processes, while also facilitating education and operational planning for healthcare professionals (Mallari et al., 2019). These innovations enhance both the quality and competitiveness of health tourism services. The widespread use of these technologies in health tourism requires an interdisciplinary approach and continuous technological adaptation. In terms of improving patient experiences and supporting healthcare professionals, AR and VR can play an important role in the future of health tourism.

AR and VR technologies offer many innovations in health tourism and digital health services, while also presenting challenges such as cost, access, and data security. High costs, particularly in low-income regions, limit access to these technologies and hinder the widespread adoption of digital health applications (Kıraç, 2024; Yao et al., 2022). Even in developed countries, significant investments are required for the integration of these technologies into the healthcare system. Additionally, AR and VR applications collect large amounts of personal health data, raising concerns about the security and privacy of this data. In digital health environments, data management has a direct impact on patient satisfaction. Security vulnerabilities can undermine user trust in these innovative solutions and may necessitate the establishment of new standards by regulatory bodies (Tu et al., 2020; Kıraç, 2024). However, for these technologies to be fully adopted, costs need to be reduced, access to the technologies should be increased, and concerns about data security must be addressed (Yao et al., 2022).

Blockchain

Blockchain technology is a digital, distributed ledger used to securely record and verify transactions without the need for a central authority. This technology ensures that transactions are stored in an immutable and transparent manner. Key features of blockchain include decentralization, immutability, transparency, and high security. In complex systems such as health tourism, which involves many different stakeholders, these features offer significant opportunities to make processes more secure, efficient, and transparent. Blockchain provides effective solutions in critical areas such as data security, patient privacy, medical data sharing, and payments in the context of health tourism. Especially in cross-border healthcare services, securely storing and sharing patient data is of utmost importance. Blockchain technology offers an effective solution to this need through its encryption and decentralized structure (Esteva et al., 2021).

Blockchain technology offers innovative solutions for ensuring data security and patient privacy in health tourism processes. This technology encrypts data and stores and shares it securely. The distributed ledger structure of blockchain ensures that medical records are accessible securely and quickly worldwide, while also preventing data manipulation and unauthorized access. Blockchain-based smart contracts automate financial transactions in health tourism, providing transparency and security in payment processes. For example, automatic payment systems reduce the risk of fraud and expedite processes once treatment is completed. Furthermore, this technology reduces costs by eliminating intermediaries. To ensure continuity of healthcare services, blockchain's immutable record

structure prevents data inconsistencies and enhances reliability. However, the implementation of blockchain technology faces challenges such as the lack of international standards and legal regulations. Despite this, the advantages it offers in enhancing patient data privacy and security make it an effective tool in the health tourism sector (Fonsêca et al., 2024; Swan, 2015). Blockchain-based digital health identities securely store patient information such as vaccination status, medical history, and test results. These blockchain-supported passports enable the rapid verification of health conditions at border crossings during international travel, facilitating faster processes and enhancing security. Blockchain technology also facilitates the use of anonymized patient data in medical research. In the context of health tourism, this application could make a significant contribution to the development of new treatment methods. When a transaction is requested, it is converted into a cryptographic block containing information about the date/time, sender, receiver, asset type, and amount, and is stored to be added to the ledger. It is then connected to a network of nodes for block validation. After validation, the block is added to the blockchain. Due to its unique features, blockchain technology has the potential to revolutionize many industries. The main advantages of blockchain technology include (Tyan et al., 2021):

- **Elimination of intermediaries:** Blockchain's peer-to-peer structure eliminates the need for a central authority.
- **Data integrity:** Any data added to the blockchain is immutable and cannot be deleted, ultimately providing a very high level of security.
- **Traceability:** All data can be traced to verify its origins and paths.
- **Security:** Block encryption in the chain and the provision of a unique identity for each user of the blockchain guarantee a high security range.
- **Faster processing:** Compared to the traditional banking process, which usually takes three days, blockchain technology significantly reduces transaction times, with the process taking only a few minutes or seconds.
- **Lower costs:** Costs can be reduced due to the elimination of intermediaries.
- **Trust:** All users of the blockchain can trust one another and transact directly with each other.

However, there are some challenges in applying blockchain to health tourism, which are discussed below (Tyan et al., 2021):

- **High energy consumption:** The energy intensity of blockchain networks raises environmental concerns.
- **High operational costs:** The implementation and maintenance of the technology can be costly.
- **Regulatory gaps:** The international regulation and compliance processes for blockchain technology may take time.

In conclusion, blockchain technology offers significant benefits to the health tourism sector by improving data security, patient privacy, and transaction speed. However, overcoming cost and regulatory challenges is necessary for the widespread adoption of this technology.

4. THE ROLE OF DIGITAL TRANSFORMATION IN HEALTH TOURISM AND THE CHALLENGES FACED

Digital transformation is a significant process that enhances efficiency by optimizing processes and improving services through technology in the healthcare sector. In the health tourism sector, digitalization offers advantages such as improving patient experience, reducing costs, and increasing service quality. Innovative technologies like AI, telemedicine, big data analytics, mobile health applications, and blockchain facilitate cross-border access to healthcare services and contribute to personalized service delivery (Topol, 2022). These technologies offer a wide range of impacts in the health tourism sector, from fast and efficient treatment processes to cost advantages, while also presenting various challenges such as infrastructure gaps, data security, and legal regulations. The contributions of digital technologies to health tourism are discussed below:

- **Fast and Efficient Treatment Processes:** Telemedicine applications speed up remote diagnosis and treatment processes, providing both time and cost savings (Ryu, 2012).
- **Broad Access and Easy Communication:** Mobile health applications and telemedicine services facilitate access to cross-border healthcare, providing significant ease in the health tourism sector (Phuong et al., 2023).
- **Personalized Service and Patient Satisfaction:** AI and big data analytics help deliver personalized healthcare services, enhancing patient satisfaction and contributing to the sector (Kaur, 2024).
- **Cost Reduction:** Remote healthcare services offer more economical solutions to health tourists by reducing costs such as travel and accommodation (Phuong et al., 2023).
- **Data Security and Patient Privacy:** Blockchain technologies ensure the security of patient data and enhance privacy (Kaur, 2024).

However, there are certain challenges brought about by digital transformation in health tourism, as discussed below (Kaur, 2024):

- **Lack of Digital Infrastructure:** The lack of digital infrastructure, especially in developing countries, hinders the digitalization of healthcare services and slows the global development of health tourism. Strengthening infrastructure is crucial for the widespread adoption of advanced technologies.
- **Data Security and Privacy Issues:** While the protection of digital health data is a critical requirement for health tourism, the lack of data security standards and insufficient legal regulations create significant security vulnerabilities in this area.
- **Legal Regulations:** Different legal regulations between countries limit the international applicability of digital health services. This situation makes it difficult for health tourism to reach a broader audience. The lack of international standards, especially regarding data sharing and patient privacy, negatively impacts this process.

Digital transformation improves service quality in the health tourism sector, enhances patient experiences, reduces costs, and ensures services reach a wider audience. However, challenges related to infrastructure gaps, data security, and legal regulations must be addressed for the sustainable growth of the sector.

5. EVALUATION OF TURKIYE'S CURRENT STATUS AND POTENTIAL IN DIGITAL HEALTH APPLICATIONS IN TERMS OF HEALTH TOURISM

Digitalization has emerged as one of the key factors supporting the growth of the health tourism sector. Today, digital technologies not only make it easier for individuals to access healthcare services but also enhance the global competitive edge of countries in the field of health tourism. In this context, Türkiye holds a significant advantage, modernizing its healthcare services through digitalization and developing notable practices in the medical tourism sector.

Telemedicine, used as an innovative approach in the Turkish healthcare sector, has become an integral part of the healthcare system, allowing patients to access remote health services, particularly gaining momentum during the COVID-19 pandemic (Bak and Çobanoğlu, 2024). The COVID-19 pandemic has clearly highlighted the importance of digital health technologies in crisis management. During the pandemic, big data analytics was effectively used to track disease spread and develop prevention strategies. During this period, telehealth applications quickly became widespread in response to social distancing requirements and played a critical role in ensuring the continuity of healthcare services. The use of 5G technology has enhanced the speed and quality of remote healthcare services, strengthening communication between healthcare providers and patients. This process demonstrated that digital health technologies can play a critical role not only during crisis periods but also in long-term healthcare systems (Samancı, 2024). Through telemedicine, healthcare services can reach wider audiences by overcoming geographic and economic barriers (Bak and Çobanoğlu, 2024; Yapar and Demirköse, 2024). Health tourism, costs, and telemedicine applications mean that patients no longer need to physically travel to receive

certain healthcare services. Studies have shown that healthcare services provided via telemedicine reduce costs and increase patient satisfaction. These developments are also changing the dynamics of health tourism and expanding its boundaries (Sevim et al., 2024).

Given Türkiye's geographical structure and rural-urban population distribution, telemedicine presents innovative opportunities as an alternative healthcare delivery model for both national and international health tourists. Digital platforms such as e-Pulse, developed under the leadership of the Ministry of Health in Türkiye, enable the secure storage of patient data and provide easy access to this data from anywhere, offering significant convenience for health tourism patients. This platform is evolving into a model for international patients, known as the "e-Pulse International" system (Yıldırım, 2021). These systems have ensured continuity in healthcare services by offering remote video consultations and consultations to patients. Telemedicine has also become a crucial solution for individuals living in rural areas or those who are unable to access healthcare centers due to physical disabilities (Ulutan and Ünal, 2024). When we look chronologically at remote healthcare services in Türkiye, we see that telemedicine and telehealth applications, which directly cover remote healthcare services, are relatively new and span only a few years. Like most parts of the world, one of the first implementations in Türkiye was in the field of tele-radiology. The infrastructure for tele-radiology services was established when the first version of the "Tele-Radiology System" was developed by the Ministry of Health's General Directorate of Health Information Systems' Projects Coordination Department on 05.12.2014, and it began to be actively used. The tele-radiology system was updated and improved on 31.05.2022. The health services provided through the tele-radiology system offer four different service modules. The goals of these services are defined as follows: The first module, Radiological Reporting, aims to balance the workload distribution of radiologists between hospitals, thereby enabling faster radiological reports for patients. The second module, Quality Control, involves the continuous monitoring and inspection of all radiological images and reports across the country to improve the quality of radiology services. The third module, Tele-Consultation, allows radiologists to consult with specialists in other fields, enabling a more accurate diagnosis. Finally, e-Pulse Integration allows citizens to access their own radiological images registered in the Tele-Radiology System via e-Pulse. In 2021, the Ministry of Health's SBSGM launched the "Dr. E-Pulse System," which is a telehealth project. The Dr. E-Pulse System is an integrated and comprehensive telehealth application that enables information sharing with the MHRS and e-Pulse systems, using information technology and telecommunications technologies through smart devices and mobile applications. During the COVID-19 pandemic, this project was implemented to provide online video consultations for patients who were in quarantine due to being coronavirus-positive or in contact with infected individuals, through internet connections and smart mobile devices. Appointments for online video consultations can be made through the Ministry of Health's Central Physician Appointment System (MHRS) (Gerçeker and Erdemi, 2024). However, outside of tele-radiology, other telemedicine applications (such as tele-clinic, tele-radiology) in Türkiye are relatively limited. Issues such as technological infrastructure deficiencies, low digital literacy levels, and data security concerns are the main barriers to the widespread adoption of these applications (Yapar and Demirköse, 2024; Bak and Çobanoğlu, 2024). Therefore, enhancing the digital skills of users and strengthening technological infrastructure could facilitate the development of Turkey's national and international health tourism market.

Turkey offers healthcare services at 50–70% lower costs compared to Europe and the United States, positioning itself as one of the most preferred global destinations, particularly in fields such as hair transplantation, dental treatments, and aesthetic surgery. Artificial intelligence and other digital health applications not only support this cost advantage but also significantly contribute to the expansion of Turkey's market share in healthcare services (Tiryaki, 2025). In Turkey, AI-supported healthcare projects have gained momentum in recent times, with digitalization efforts, particularly those supported by the Ministry of Health, drawing attention. The Corona Prevention Application, developed by the Ministry of Health during the COVID-19 period and made available to all citizens, is an AI application designed to provide a preliminary assessment based on COVID-19 symptoms and recommend that citizens visit a healthcare facility based on this assessment. Similarly, the "Neyim Var" Application, developed by the Ministry of Health, is another AI application launched in September 2021 to prevent patients from seeking treatment in the wrong departments and to provide effective treatment to patients as quickly as possible. This application aims to prevent users from applying to the wrong department for healthcare services. Another example of AI in the Turkish healthcare sector is the mammography CAD (Computer-Aided Diagnosis) application, which is currently under development by the Ministry of Health. This application, expected to play a significant role in the analysis and diagnosis of radiological images, can help increase the accuracy rates of detecting diseases such as lung and breast cancer (Tarcan et al., 2024).

The integration of Hospital Information Management Systems (HIMS) with IT technologies and applications has enabled progress in the healthcare sector, improving the reliability of patient data, ensuring compliance with JCI standards, and enhancing service quality. This has facilitated the development of personal health record (PHR) systems directly connected to HIMS. Moreover, the expansion of access to personal health records (PHR), now also available through mobile devices, offers more pathways for patients to engage more actively in their own care. However, in the context of the digitalization of healthcare services, it may be more beneficial to provide access to health data via the personal health record system instead of printing the health data from HIMS and handing it to health tourism patients (Yıldırım, 2022).

Turkey, in the midst of its digital transformation in the healthcare sector, has made significant strides in enhancing the accessibility of healthcare services through the development of digital health platforms such as e-Nabız and the increasing adoption of telemedicine applications. These digital tools have allowed for greater convenience and efficiency in healthcare delivery, especially during the COVID-19 pandemic, which saw a rapid surge in the use of remote consultations and digital health services. However, despite these advancements, blockchain technology remains relatively underutilized in Turkey's healthcare transformation. Blockchain, known for its ability to provide secure, transparent, and tamper-proof systems, has the potential to revolutionize various aspects of healthcare. In Turkey, its adoption in the healthcare sector has been slow, but there is increasing awareness of its potential benefits, particularly in areas such as data security, patient privacy, and the efficient management of medical records. Blockchain's decentralized structure could significantly reduce the risk of data breaches, ensuring that sensitive patient information remains secure and accessible only to authorized individuals. Furthermore, blockchain technology could streamline healthcare operations by enabling more efficient tracking of medical supplies, simplifying billing processes, and ensuring the authenticity of pharmaceuticals. As Turkey's healthcare sector continues to modernize and embrace digitalization, there is growing interest in exploring the integration of blockchain technology to address challenges related to data management, trust, and transparency. Additionally, the country's increasing focus on healthcare tourism has accelerated the need for more reliable and secure systems that can handle cross-border patient data exchanges. Blockchain's ability to facilitate secure international collaborations, while ensuring compliance with privacy regulations, makes it a valuable tool for the growth of health tourism in Turkey. While blockchain technology is still in its early stages in Turkey's healthcare sector, it holds immense potential to enhance security, improve patient care, and optimize healthcare services. As global healthcare trends continue to evolve, and with the increasing integration of digital platforms, blockchain is expected to play a pivotal role in shaping the future of both the healthcare sector and health tourism industry in Turkey.

In connection with Industry 4.0, the Health 4.0 framework has emerged, where technologies such as virtual reality (VR) and the Internet of Things (IoT) are making healthcare services more efficient, and disease diagnosis processes are accelerated through AI-supported systems. In the Turkish healthcare sector, there are applications related to the use of virtual reality technologies. For instance, in 2022, Ankara University İbni Sina Hospital began performing brain surgeries using 'metaverse' technology, a practice now being applied in only a few centers globally (Medimagazin, 2024). As of 2022, Romatem Bursa Physical Therapy Hospital and Bursa City Hospital, with approval from the Ministry of Health, conducted an important study using "VR (augmented/virtual reality) technology" for the rehabilitation of Parkinson's patients with walking disorders (DHA, 2025). This technology helps make treatment processes more effective by visualizing three-dimensional hospital environments, surgical procedures, and treatment methods in virtual settings. Therefore, in the field of health tourism, the use of such technologies could play a significant role in patients' and health tourists' choices of hospitals and doctors. The detailed and engaging presentation of healthcare services in digital environments can assist in making more informed decisions and increasing trust in the treatment processes. While the number of such applications is currently limited and still developing, Turkey's investments in digital health solutions are expected to increase the number of international patients, contribute to the country's economy through health tourism, and strengthen Turkey's competitive position in the health tourism market.

6. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Digitalization has significant transformative potential in the health tourism sector. Digital technologies, which enable healthcare services to be delivered more quickly, accessibly, and securely, also offer the opportunity to reduce process costs and reach a broader audience. However, the full adoption of these technologies requires the evaluation of certain opportunities and overcoming challenges. In this context, telemedicine is one of the greatest

advantages that digitalization offers in the field of health tourism. This technology, which enables remote diagnosis and treatment processes, not only increases access to healthcare services but also reduces travel and logistics costs (Indugu et al., 2020). Countries like Turkey are gaining a competitive advantage in the global market by integrating telemedicine infrastructure into their health tourism strategies. However, the regulation of telemedicine services at the international level and the protection of patient privacy are critical to enhancing the effectiveness of this technology.

Another digital application used in the healthcare sector, AI, has the potential to make processes more efficient in the health tourism sector and provide personalized solutions to patients' individual needs. For example, AI-based applications can analyze patients' past medical data and offer personalized treatment recommendations. However, the use of AI is limited by high costs, data security concerns, and regulatory shortcomings. Overcoming these challenges will enable the sector to fully benefit from AI technologies. Furthermore, AR and VR offer new opportunities for both patients and healthcare professionals in health tourism. These technologies are particularly effective in rehabilitation and surgical training processes. AR and VR, enable treatment processes to be applied in a more efficient and personalized manner. Through virtual environments, patients can visualize three-dimensional hospital settings and surgical procedures, allowing them to engage more actively in the treatment process. Moreover, the potential of VR technology in the context of health tourism is also considerable. Today, health tourism not only focuses on medical success but also on the digital experiences that play a significant role in patients' choices of hospitals and doctors. Innovative technologies like virtual reality can effectively present aspects of healthcare that could not be experienced before, allowing both local and international patients to make more informed decisions. For instance, patients can observe how treatment processes will unfold and how these processes will be visualized in virtual environments, thereby increasing their trust in the treatment process. These developments can significantly improve the quality of healthcare not only in terms of the efficiency of treatment processes but also in terms of patient satisfaction and trust. Through digital platforms, healthcare institutions can promote themselves more effectively, meet potential patients' expectations, and gain a competitive advantage in the health tourism market. Digital solutions that can influence health tourists' decision-making processes in selecting hospitals and doctors may become a key element shaping the future of the healthcare sector.

Blockchain technology provides a revolutionary solution in health tourism in terms of data security, patient privacy, and process transparency. Blockchain-based systems ensure that medical data is stored and shared securely, protecting patients' privacy. However, challenges such as high energy consumption and regulatory uncertainties need to be addressed for the widespread adoption of this technology (Kaur, 2024). On the other hand, Turkey, in the process of digital transformation in the healthcare sector, has made healthcare services more accessible through digital health platforms such as e-Nabız and telemedicine applications, while blockchain technology is not yet widespread in this transformation. However, due to the global transformation in the healthcare sector and the influence of the healthcare tourism perspective turning towards this area, blockchain technologies are expected to gain significant importance in both the healthcare sector and the health tourism industry.

In conclusion, digitalization has the potential to make the health tourism sector more efficient, accessible, and personalized. Innovative technologies such as telemedicine, AI, augmented reality, and blockchain are leading to profound changes in the sector. However, the key challenges of strengthening digital infrastructure, ensuring data security, and developing an international legal framework must be overcome in this process. In recent years, as part of the government's policies in the healthcare sector and health tourism, digitalization has gained significant importance in Turkey. Efforts to expand telemedicine and the use of AI in the healthcare sector are expected to further enhance Turkey's competitive advantage in the field of health tourism.

DECLARATION OF THE AUTHORS

Declaration of Contribution Rate: The author has made a sole contribution to the work.

Declaration of Support and Thanksgiving: The study did not receive support from any institution or organization.

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

REFERENCES

- Akalın, B., & Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta Dijitalleşme ve Yapay Zekâ. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 2(2), 82-85.
- AlBasri, M., Öztürk, O., Sülün, S. and Ali Ustun (2024). How digital healthcare in Türkiye could improve efficiency and outcomes. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/how-digital-healthcare-in-turkey-could-improve-efficiency-and-outcomes#/>
- Azuma, R. T. (1997). A Survey of Augmented Reality. Presence: Teleoperators and Virtual Environments/MIT press
- Bak, İ., & Çobanoğlu, N. (2024). Telehealth and telemedicine applications in Türkiye: Telehealth ethics. Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topic, 10(1), 119-122.
- Bhandari, M., Zeffiro, T., & Reddiboina, M. (2020). Artificial intelligence and robotic surgery: Current perspective and future directions. Current Opinion in Urology, 30(1), 48-54.
- Carrera, P., & Bridges, J. F. P. (2006). Globalisation and healthcare: Understanding health and medical tourism. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 6(4), 447-454.
- Chirico, A., Lucidi, F., De Laurentiis, M., Milanese, C., Napoli, A., & Giordano, A. (2016). Virtual reality in health system: beyond entertainment. A mini-review on the efficacy of VR during cancer treatment. Journal of cellular physiology, 231(2), 275-287.
- DHA (2025). Parkinson hastaları VR teknolojisi ile yeniden adım atabilecek. <https://www.dha.com.tr/saglik-yasam/parkinson-hastalari-vr-teknolojisi-ile-yeniden-adim-atabilecek-2153819>.
- Dinçer, F., Aydoğan, E., & Karayılan, A. (2016). Türkiye’de medikal turizm: Güçlü yönler, zayıf noktalar ve rekabetçi avantajlar. Turizm Araştırmaları Dergisi, 4(3), 2974-2984. Erişim bağlantısı
- Doğramacı, Y. G. (2020). Teletıp, sağlık turizmi ve uzaktan sağlık hizmetleri: Mesafeli sözleşmeler. İstanbul Hukuk Mecmuası, 78(2), 657-710
- Esteva, A., Robicquet, A., Ramsundar, B., Kuleshov, V., DePristo, M., Chou, K., Cui, C., Corrado, G. S., Thrun, S., & Dean, J. (2021). A guide to deep learning in healthcare. Nature Medicine, 25(1), 24-29.
- Fonsêca, A. L. A., Barbalho, I. M. P., Fernandes, F., Arrais Júnior, E., Nagem, D. A. P., Cardoso, P. H., ... & Valentim, R. A. D. M. (2024). Blockchain in Health Information Systems: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(11), 1512.
- Gerçekler, K., & Erdem, R. (2024) Türkiye’de Uzaktan Sağlık Hizmetleri Ve Uzaktan Muayene. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 6(2), 143-166.
- Gretzel, U., Reino, S., Kopera, S., & Koo, C. (2015). Smart tourism challenges. Journal of Tourism, 16(1), 41-47.
- Heung, V. C. S., Küçükusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Asia: The impact of public policy. Asia Pacific Journal of Tourism Research, 16(1), 93-111.
- Indugu, V. V. R., Bandaru, V. K. R., Gondi, K., Thomas, J., & Volikatla, H. (2020). The Rise of Telemedicine during the COVID-19 Pandemic: Challenges, Innovations, and Future Directions. MZ Computing Journal, 1(2).
- Ivanov, S. H., & Webster, C. (2019). Robots in tourism: A research agenda for tourism economics. Tourism Economics, 26(7), 1065-1085.
- Kaur, J. (2024). Decentralized Finance (DeFi) and Blockchain Technology in Healthcare: A Promising Confluence for Enhanced Security, Data Interoperability, and Patient. In Harnessing Technology for Knowledge Transfer in Accountancy, Auditing, and Finance (pp. 126-149). IGI Global.
- Kıraç, F. Ç. (2024). Dijital Sağlık Ortamında Veri Yönetiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21(2), 849-858.

- Kozak, M. A., Evren, S., & Çakır, O. (2013). Tarihsel süreç içinde turizm paradigması. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 24(1), 7–22.
- Mallari, B., Spaeth, E. K., Goh, H., & Boyd, B. S. (2019). Virtual reality as an analgesic for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of pain research*, 2053-2085.
- Mar, V. J., & Soyer, H. P. (2018). Artificial intelligence for melanoma diagnosis: How can we deliver on the promise? *Annals of Oncology*.
- Medical Tourism Magazine. (2023). Telemedicine consultations: A new frontier in medical tourism. *Medical Tourism Magazine*. Retrieved from <https://www.medicaltourism.com>
- Medimagazin (2024). Ankara Tıp metaverse teknolojisiyle 6'ncı beyin ameliyatını yaptı. <https://medimagazin.com.tr/hekim/ankara-tip-metaverse-teknolojisiyle-6nci-beyin-ameliyatini-yapti-105392>
- Murphy, M. J., et al. (2003). Patterns of patient movement during frameless image-guided radiosurgery. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 55(5), 1400-1408.
- Peek, N., Sujan, M., & Scott, P. (2023). Digital health and care: emerging from pandemic times. *BMJ health & care informatics*, 30(1).
- Phuong, J., Ordóñez, P., Cao, J., Moukheiber, M., Moukheiber, L., Caspi, A., ... & Mankoff, J. (2023). Telehealth and digital health innovations: A mixed landscape of access. *PLOS Digital Health*, 2(12), e0000401.
- Rady, A., & Wahab, H. A. (2024). The Role of Artificial Intelligence to Enhance Health Tourism Applications in Egyptian Tourist Destinations. *Minia Journal of Tourism and Hospitality Research MJTHR*, 17(2), 44-62.
- Ryu, S. (2012). Telemedicine: Opportunities and developments in member states. *Healthcare Informatics Research*, 18(2), 153–155.
- Samancı, M. (2024). Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme. *Journal of Health and Management (Sağlık ve Yönetim Dergisi)*, (1), 67-86.
- Sevim, F., Gül, B., & Akbulut, Y. (2024). Dijital Sağlık Uygulamalarının Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi: Sistemik Bir Derleme. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (22), 334-353.
- Swan, M. (2015). *Blockchain: Blueprint for a New Economy*. O'Reilly Media.
- Tarcan, G. Y., Balçık, P. Y., & Sebik, N. B. (2024). Türkiye ve Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekâ. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(1), 50-60.
- Tontuş, Ö. H. (2019). Sağlık turizmi nedir? Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu Yayınları, Ankara.
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again*. Hachette UK.
- Topol, E. (2022). The digital transformation of healthcare: Current and future trends. *Journal of Health Innovation*, 7(2), 24-35.
- Tu, J., Torrente-Rodríguez, R. M., Wang, M., & Gao, W. (2020). The era of digital health: A review of portable and wearable affinity biosensors. *Advanced Functional Materials*, 30(29), 1906713.
- Tyan, I., Guevara-Plaza, A., & Yagüe, M. I. (2021). The Benefits of Blockchain Technology for Medical Tourism. *Sustainability* 13 (22): 12448.
- Tzafetas, M., Mitra, A., Paraskevaidi, M., Bodai, Z., Kalliala, I., Bowden, S., ... & Kyrgiou, M. (2020). The intelligent knife (iKnife) and its intraoperative diagnostic advantage for the treatment of cervical disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(13), 7338-7346.
- Ulutan, A. K., & Ünal, E. (2024). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Teletıp Kullanımı: Bir Literatür Derlemesi. *Türk Tıp Dergisi*, 9(1), 19-26.

- USHAŞ. (2024). We want to turn Türkiye into the world's most successful health tourism brand. <https://www.ushas.com.tr/en/we-want-to-turn-turkey-into-the-worlds-most-successful-health-tourism-brand/>
- Yao, R., Zhang, W., Evans, R., Cao, G., Rui, T., & Shen, L. (2022). Inequities in health care services caused by the adoption of digital health technologies: scoping review. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e34144.
- Yapar, D., & Demirköse, H. (2024). COVID-19 pandemic: The critical role of telehealth applications. *Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 10(1), 112-118.
- Yıldırım, B. F. (2021). Bilgi sistemi olarak e-nabız uygulamalarının sağlık turizmi hastaları için geliştirilmesi: Bir model önerisi. *Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Yıldırım, B. F. (2022). Dijital hastane modelinin gerçekleşmesi bağlamında mobil cihazların sağlık turizmi alanındaki rolü. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(3), 250-257.
- Yılmaz, Y., Uzelli Yılmaz, D., Yıldırım, D., Akın Korhan, E., & Özer Kaya, D. (2021). Yapay Zekâ ve Sağlıkta Yapay Zekânın Kullanımına Yönelik Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Görüşleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 297-308.
- Gökçe Kutsal, Y. and Aslan D. (2021). Teletıp, Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları. *Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yay. Ltd. Şti.: Ankara*.
- Tiryaki, U. (2025, Şubat 4). *Türkiye'nin sağlık turizmindeki yükselişi*. New Health Media. <https://www.newhealth.media/blog/turkiyenin-saglik-turizmindeki-yukselisi>.
- Akalın, B., & Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta dijitalleşme ve yapay zekâ. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(2), 128-137.



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MESLEKİ KARAR PIŞMANLIĞI: NEDENLER VE SONUÇLAR ÜZERİNE SİSTEMATİK BİR DERLEME

PROFESSIONAL DECISION REGRET IN THE HEALTH SECTOR: A SYSTEMATIC REVIEW ON CAUSES AND CONSEQUENCES

Dr. Öğr. Üyesi Onur GÖZÜBÜYÜK¹
İlyas AKSOY²

ÖZ

Sağlık çalışanları ve bu alandaki öğrencilerin meslek seçimlerine ilişkin pişmanlık duyguları, sağlık hizmetlerinin kalitesiyle birlikte sektörün sürdürülebilirliğini de etkileyen önemli bir kariyer sorunudur. Çalışmanın amacı, Türkiye'deki sağlık profesyonellerinin ve sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin meslek seçiminden dolayı pişman olma durumlarını incelemektir. Hem Türkçe hem de İngilizce dilinde 'ULAKBİM Türk Tıp Dizini, Türk Psikiyatri Dizini, Türk Medline, Google Scholar, Ulusal Tez Merkezi' veri tabanlarından 'mesleki karar pişmanlığı', 'mesleki pişmanlık', 'kariyer pişmanlığı', 'kariyer karar pişmanlığı' ve 'kariyer hedef tutarsızlığı' sözcükleri ile tarama yapılmıştır. Bu kapsamda 5'i sağlık profesyonellerine, 7'si ise öğrencilere yönelik toplam 12 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlık profesyoneli olarak hekim ve hemşire grubu ağırlıklıdır. Sağlık profesyonellerinin mesleki karar pişmanlığı, iş motivasyonu ve memnuniyeti azaltırken, işten ayrılma niyetini, depresyonu ve stresi arttırmaktadır. Öğrencilerde ise seçilen mesleğin çalışma koşulları, ekonomik durum ve mesleğin saygınlığının azalması mesleki karar pişmanlığını arttırmış, sonuç olarak da depresyon ve intihar olasılıklarını arttırmaktadır. Pişmanlık düzeyi arttıkça mesleğe olan ilgi azalacak, personel arzını ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesini etkileyecektir. Sağlık alanındaki mesleki karar pişmanlığının sonuçlarına dair farkındalığın artırılması için, tüm sağlık profesyonellerini kapsayan araştırmaların yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mesleki Karar Pişmanlığı, Meslek Seçimi, Sağlık Profesyonelleri, Sağlık Sektörü

JEL Sınıflandırma Kodları: J20, J24, I19, I10

ABSTRACT

Regret related to career choice among healthcare professionals and students constitutes a significant career issue that affects both the quality of healthcare services and the sustainability of the sector. The aim of the study was to examine the career choice regret among health professionals and health students in Turkey. Both Turkish and English language databases 'ULAKBİM Turkish Medical Index, Turkish Psychiatry Index, Turkish Medline, Google Scholar, National Thesis Center' were searched with the words 'professional decision regret', 'professional regret', 'career regret', 'career decision regret', and 'career goal inconsistency.'. In this context, a total of 12 studies were included in the analysis, comprising five focused on health professionals and seven on students. Among health professionals, physicians and nurses were the predominant groups. In health professionals, professional decision regret decreases work motivation and satisfaction while increasing turnover intention, depression, and stress. In students, the working conditions of the chosen profession, the economic situation, and the decrease in the prestige of the profession have increased the regret of professional decisions, and as a result, may increase the possibility of depression and suicide. As the level of regret increases, interest in the profession will decrease, affecting the supply of personnel and the quality of health service delivery. In order to increase awareness of the consequences of professional decision regret in the field of health, it is recommended that research involving all health professionals should be expanded.

Keywords: Professional Decision Regret, Career Choice, Health Professionals, Health Sector

JEL Classification Codes: J20, J24, I19, I10

¹ Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ogozubuyuk@bandirma.edu.tr

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

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The aim of this study is to systematically examine the research on professional decision regret among health professionals and health students. Healthcare services can lead to various psychological, social, and occupational effects on employees due to their intense work pace and complex structural dynamics. In addition to individual factors such as professional experience, age, and education, environmental factors such as working conditions, institutional support mechanisms, and workload also play a determining role in individuals' attitudes towards the profession and their professional commitment. Positive or negative professional experiences encountered by health professionals shape both the process of choosing a profession and the professional expectations of individuals receiving education in the field of health. This situation may cause both candidates in the education process and actively working healthcare professionals to regret their professional choices. The findings of this study include critical factors identified in the literature for health professionals to continue their profession more effectively and efficiently. In addition, it can guide the development of strategies to increase satisfaction with the profession and contribute to the creation of preventive policies to reduce professional decision regret. The results obtained may also enable the development of practices that will strengthen the commitment of individuals working in the health sector to their profession.

Design/methodology/approach:

The study was conducted using the systematic review method and included studies conducted on a sample of Turkish employees and students studying in the field of health. Both Turkish and English publications were reviewed in line with the inclusion and exclusion criteria. During the screening process, databases such as ULAKBIM Turkish Medical Directory, Turkish Psychiatry Directory, Turkish Medline, Google Scholar, and National Thesis Center were searched by using keywords such as 'professional decision regret,' 'professional regret,' 'career regret,' 'career decision regret,' and 'career goal inconsistency.'. Articles and theses were analyzed through these databases. No limitation was imposed in terms of the publication year of the studies, and studies from all years were included in the evaluation. However, studies whose full text could not be accessed, scale development studies, and review studies were not included in the scope of the research. After the screening, the studies that were out of scope and repeated studies were eliminated, and the studies suitable for evaluation were determined.

Findings:

Within the scope of the systematic review study, 1018 records were screened using the PRISMA checklist, and 832 studies were eliminated after title and abstract reviews. After removing duplicate records, 79 studies remained, and 12 studies were included after applying the exclusion criteria. Of these studies, 5 focused on health professionals (physicians and nurses) and 7 focused on students studying in the field of health. Studies on nurses revealed that career decision regret was associated with turnover intention, job satisfaction, and career stress, while studies on physicians found that professional expectations and social support mechanisms affected career regret. Studies on students show that factors such as professional interest, perception, career planning, and exposure to clinical practices affect the level of career regret. It was found that regret levels increased, especially in students who were exposed to violence in clinical practice, and as age increased. In addition, external factors such as the COVID-19 pandemic were also found to be effective on professional anxiety and regret. These findings emphasize the importance of interventions for professional satisfaction, stress management, and career planning for health professionals and students.

Conclusion and Discussion:

This study conducted a systematic review of the existing literature on professional decision regret among health professionals and health students in Turkey. The findings reveal that professional regret is a common problem among both health professionals and students and is closely related to factors such as job satisfaction, psychological health, career planning and turnover intention. In particular, studies on nurses and physicians suggest that professional adjustment skills, social support mechanisms and career management strategies play a critical role in reducing regret levels. These results emphasize the necessity of interventions such as career support programs, psychological support mechanisms and improvement of clinical education processes to increase professional satisfaction and reduce regret levels. This review study contributes to our understanding of how professional decision regret of health professionals and prospective professionals is related to various factors and how it affects professional outcomes and provides guiding suggestions for the development of strategies to increase professional satisfaction and work motivation in the health sector. It is thought that future research on different health professional groups will make important contributions to the literature in this field.

1. GİRİŞ

Meslek seçimi ve mesleki başarı birbiriyle yakın ilişkili kavramlar olmakla birlikte, seçilen mesleğin isteyerek uygulanması kuşkusuz ki mesleki başarıyı da arttıracaktır. Kariyer kararı, alternatifler arasından bireyin mutlu olabileceği bir iş seçimi yapmasıyla başlayıp bunun için iyi bir eğitim almasıyla devam eden ve emekliliğe kadar uzanan bir süreci kapsamaktadır (Gati ve Kulcsár 2021). Yaşamımız boyunca aldığımız en kritik kararlardan biri olan mesleki kariyer seçimi, bireyin ilgi alanları, becerileri ve değerleri temelinde yön bulan, farklı içsel dinamikler ve dışsal koşullar nedeniyle karmaşıklığı artabilen bir süreçtir (Santos vd., 2018; Kulcsár vd., 2020). Bu seçimlerin doğrultusunda, bireyler mutluluk duyabilmekte veya pişman olabilmektedir (Erdurcan ve Kırdök 2017).

Birey hayatı boyunca çok sayıda kararın sonucuna göre hayatını şekillendirir ancak bu kararları sonucunda pişmanlık yaşaması olası bir durumdur (Yam ve Korkmaz 2024). Kariyer pişmanlığı, tercihimizin farklı olması durumunda daha iyisi olabileceğini düşündüğümüzdeki duygudur ve nispeten de değiştirilmesi güçtür (Budjanovcanin ve Woodrow 2022). Kariyer seçiminde çevrenin baskın rolü, mesleği çekici kılabilir ancak seçimden vazgeçilmesi mesleğin çekiciliğinin karşılık bulamamasını ifade eder (Li vd., 2015). Bu durumda mesleki karar pişmanlığını doğurması muhtemel bir sonuçtur ve pişmanlık sonucu diğer seçenekler yeniden değerlendirilebilir (Ephrem ve Murimbika 2024).

Sağlık kurumlarında, sağlığı bozulan bireyin sağlığına kavuşması, sağlıklılık halinin korunması ve devam ettirilmesi odağında hizmetler verilmektedir. Sağlık hizmetinin kalitesini belirlemedeki en önemli unsur olan sağlık çalışanları çeşitli zorluklara göğüs gererek görevlerini yerine getirmektedir. Bu durum zamanla çeşitli problemleri beraberinde getirmekte ve psikolojik olarak çalışanları etkilemektedir (Kang vd., 2020). Çalışanlarda stresi önlemek tükenmişliği ve tıbbi hataları azaltmakta, psikolojik rahatsızlıkların tetikleyicileri ve yüksek seviyedeki tükenmişlik ise mesleki kariyer pişmanlığına sebep olabilmektedir (Tian vd., 2019; Panagioti vd., 2018).

Sağlık çalışanlarının meslek seçimlerinden dolayı pişmanlık duymaları, yalnızca bireysel memnuniyetin azalmasına değil, aynı zamanda tatmin edici olmayan bir çalışma yaşamına da yol açabilmektedir. Bu durum; çalışanların motivasyon kaybı yaşamasına, iş tatmini ve verimliliğin düşmesine, istenmeyen davranışlar sergilemesine, meslek ve kurumla özdeşleşme güçlüklerine, iş-yaşam dengesinin bozulmasına, depresyon ve tükenmişlik gibi psikolojik sorunlara ve işten ayrılma niyetinin artmasına neden olabilmektedir (Budjanovcanin & Woodrow, 2022; Cheval et al., 2019; Dyrbye et al., 2018; Sierra et al., 2019; Yan et al., 2022). Literatürdeki çalışmaların büyük bölümü belirli meslek gruplarına odaklanmakta ve konuyu sınırlı boyutlarıyla ele almaktadır. Bu çalışma ise Türkiye’de sağlık profesyonelleri ve bu alanda eğitim gören öğrenciler üzerine yürütülen araştırmaları sistematik bir bakış açısıyla değerlendirerek, mesleki karar pişmanlığını sağlık sektörü özelinde bütüncül bir çerçevede incelemeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda çalışma, üç temel araştırma sorusuna odaklanmaktadır:

- Türkiye’de mesleki karar pişmanlığı yaşayan sağlık profesyoneli grupları hangileridir?
- Karar pişmanlığının nedenleri ve sonuçları nelerdir?
- Karar pişmanlığının yaşanmaması için neler yapılabilir?

Bu kapsamda çalışmada, ilk olarak araştırmada kullanılan sistematik derleme yöntemi ve literatür tarama sürecine ilişkin detaylara yer verilmiştir. Ardından, ulaşılan araştırmalar belirli ölçütlere göre değerlendirilmiş ve sağlık profesyonelleri ile sağlık alanında eğitim gören öğrencilere yönelik bulgular ayrı başlıklar altında sunulmuştur. Son olarak, elde edilen bulgular tartışılmış ve mesleki karar pişmanlığının alandaki yansımalarına yönelik sonuç ve öneriler ortaya konulmuştur.

2. YÖNTEM

Çalışma 3 Ocak 2025-1 Şubat 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş sistematik bir araştırmadır. Çalışma için belirlenen anahtar kelimeler için öncelikli olarak literatür taraması yapılmış ve çalışmada kullanılan ölçekler incelenmiş hem ulusal hem de uluslararası yazındaki ifadeler araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Taramada kullanılan anahtar kelimeler ‘mesleki karar pişmanlığı’, ‘mesleki pişmanlık’, ‘kariyer pişmanlığı’, ‘kariyer karar pişmanlığı’, ‘kariyer hedef tutarsızlığı’ şeklindedir.

Taramada Kullanılan Veri Tabanları

Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler belirlenen veri tabanlarından (ULAKBİM Türk Tıp Dizini, Türk Psikiyatri Dizini, Türk Medline, Google Scholar, Ulusal Tez Merkezi) taranmıştır. Çalışmaların yayımlanma tarihleri için herhangi bir sınırlandırma yapılmamış ve araştırma niteliğindeki tam metne ulaşılan makale ve tezler çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme-Hariç Tutulma Kriterleri

- Türkiye'deki sağlık profesyonelleri veya sağlık alanında eğitim gören öğrencilerden oluşan örneklem grubuna sahip araştırma makaleleri ve tez çalışmaları dahil edilmiştir.
- Olgu sunumu ve derleme çalışmaları,
- Konu ile ilgili ölçek çalışmaları kapsam dışı bırakılmıştır.

Araştırma Kapsamına Alınan Çalışmalarda Kullanılan Ölçme Araçları

Türkiye’de mesleki karar pişmanlığına yönelik farklı ölçme araçları bulunmaktadır. Bunlardan üç tanesi çalışmaya konu olan araştırmalarda kullanılan ölçme araçlarıdır. Ölçme araçlarına kısaca bakılacak olursa, en başta mesleki karar pişmanlığı ölçeği gelmektedir. Brehaut vd. (2003) tarafından geliştirilmiş ve Erdurcan ve Kırdök (2017) tarafından uyarlanan mesleki karar pişmanlığı ölçeği tek boyutlu ve 5 ifadeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Mesleki pişmanlığı ölçen bir diğer ölçme aracı ise kariyer hedef tutarsızlık ölçeği, bir diğer adıyla kariyer hedeflerinde uyumsuzluk ölçeğidir. Creed ve Hood (2015) tarafından geliştirilmiş hem Yam vd. (2020) hem de Yeğintürk ve Siyez (2023) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek, tek boyut ve 12 ifadeden oluşmaktadır. Diğer ölçeklere nazaran daha az kullanılan bir diğer ölçek de pozitif kariyer hedef tutarsızlığı ölçeğidir. Akmal vd. (2020) tarafından geliştirilen ve Atay ve Kavas (2024) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek, 3 boyut ve 15 ifadeden oluşmaktadır.

Literatürde çalışmanın konusu dışında kalan ölçme araçları da bulunmaktadır. Bunlar, birey-ebeveyn kariyer hedefi tutarsızlığı ve ebeveyn-birey kariyer hedefleri çelişkileri ölçekleridir. Bu ölçme araçları ebeveyn ve birey arasındaki kariyer tutarsızlığını araştırmaya yönelik ölçme araçlarıdır. Bu bağlamda, bu araştırma kapsamında incelenen çalışmalarda, meslek seçimindeki aile faktörünü ve kariyer tutarsızlığını ele alan ölçme araçlarına rastlanmamıştır.

Etik Durum

Çalışmada yalnızca ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul onayı gerekmemektedir.

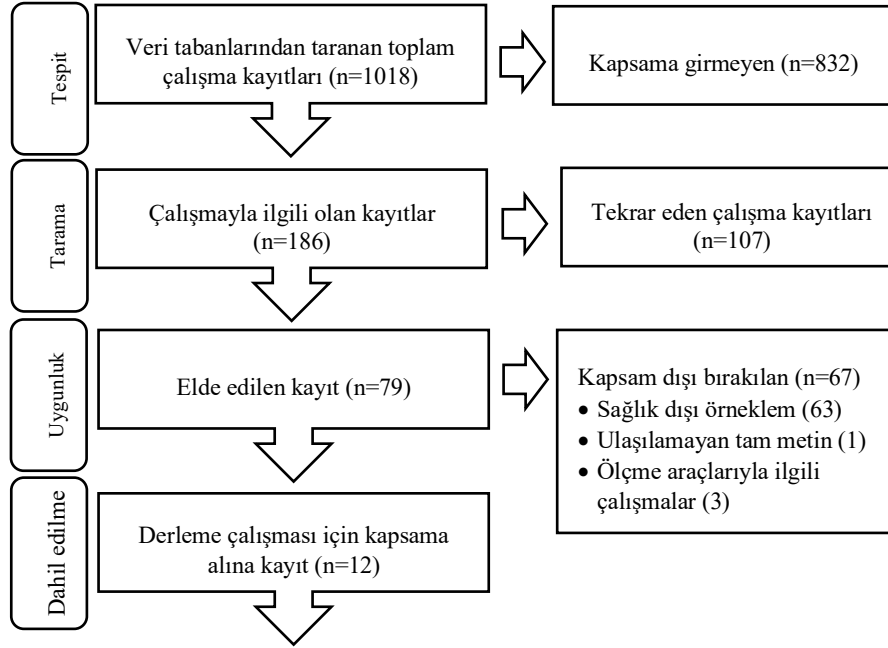
3. BULGULAR

Araştırma kapsamında incelenen mevcut literatür, PRISMA kontrol listesi esas alınarak sistematik biçimde değerlendirilmiştir (Şekil 1). İlk etapta tüm veri tabanlarından toplam 1018 kayda ulaşılmıştır. Başlık ve özet elemleri ile 832 çalışma kapsam dışı bırakılmıştır. Tekrar eden çalışmaların çıkartılmasıyla 79 çalışma elde edildi ve kapsam dışı bırakma kriterleri dikkate alınarak toplamda 12 çalışma değerlendirmeye alındı. Değerlendirilen çalışmaların 5’i sağlık profesyonellerine, 7’si ise sağlık alanında eğitim gören öğrencilere yöneliktir.

Sağlık profesyonellerinin mesleki karar pişmanlığı üzerine yapılan araştırmalar genellikle hekim ve hemşireler üzerinedir (Tablo 1). Hemşireler arasında mesleki karar pişmanlığının işten ayrılma niyeti üzerine etkisini araştıran Doğrusöz vd. (2022), mesleki karar pişmanlığı ve işten ayrılma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlemiş, bu da hemşirelerin mesleki kararlarından duydukları pişmanlığın, işten ayrılma düşüncelerini artırdığını göstermektedir. Hemşireler üzerindeki bir diğer araştırma da Akturan vd. (2024) çalışmasıdır. Çalışmada, hemşirelerin kariyer pişmanlığı ile kariyer stresi, iş stresi, iş tatmini ve kariyer uyum becerileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda kariyer uyum yeteneklerinin kariyer pişmanlığını ters yönde etkilediği ve kariyer pişmanlığının iş tatminini negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu sonuç, mesleki uyum becerilerinin, mesleki tatmin ve pişmanlık süreçleri üzerindeki koruyucu rolüne işaret etmektedir.

Hemşireler gibi hekimler üzerine de mesleki karar pişmanlığına yönelik araştırmalar bulunmaktadır. Demir (2023), kariyer seçiminin sonucundaki mesleki beklentilerin (tatmin, başarı, istenilen işe girme, mesleki becerilerini kullanabilme, karar kontrolü) kariyer pişmanlığını pozitif yönlü etkilediğini belirlemiştir. Çalışma ayrıca, çalışma arkadaşlarının desteğinin bu ilişkiyi düzenleyici bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, sosyal destek

mekanizmalarının mesleki tatmin ve pişmanlık süreçlerindeki önemini vurgulamaktadır. Emiral vd. (2024) de çalışmalarında, hekimlerin mesleki karar pişmanlığı ile depresyon, stres ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemiş ve kariyer pişmanlık düzeyinin artmasıyla birlikte bu psikolojik durumların da artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, kişisel özelliklerin mesleki karar pişmanlığı ile olan ilişkisi de incelenmiş ancak değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.



Şekil 1. PRISMA Akış Diyagramı

Tablo 1. Sağlık Profesyonellerine Yönelik Yapılan Mesleki Karar Pişmanlığı Çalışmaları

Araştırmacı/Yıl	Araştırmacının Amacı	Örneklem	Bulgular
Doğrusöz vd., (2022)	Mesleki karar pişmanlığının işten ayrılma niyetine etkisinin belirlenmesi	415 Hemşire	•Mesleki karar pişmanlığı hemşirelerin işten ayrılma niyetini etkilemektedir.
Demir (2023)	Mesleki sonuç beklentisinin kariyer pişmanlığına etkisi ve çalışma arkadaşı desteğinin düzenleyici rolünün belirlenmesi	400 Hekim	•Mesleki sonuç beklentileri kariyer pişmanlığını pozitif yönlü etkilemektedir.
Emiral, Örs ve Cantürk (2024)	Depresyon, stres ve anksiyete ile mesleki karar pişmanlığı arasında ilişkinin incelenmesi	300 Hekim	•Kariyer pişmanlık düzeyi arttıkça, depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri artmaktadır. •Kariyer pişmanlığı ve sosyodemografik özellikler arasında bir ilişki bulunmamaktadır.
Akturan vd., (2024)	Kariyer stresi, iş stresi, kariyer pişmanlığı, iş tatmini ve kariyer uyum becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi	576 Hemşire	•Kariyer uyum yeteneği kariyer pişmanlığını ters yönlü etkilemektedir. •Kariyer pişmanlığı iş memnuniyetini negatif yönlü etkilemektedir.
Öksüz ve Perker (2024)	Kariyer hedef tutarsızlıklarının iş motivasyonu üzerine etkisinin incelenmesi	151 Odyolog	•Kariyer hedef tutarsızlığı ve iş motivasyonu arasında korelasyon bulunmamaktadır. •Lisans mezunlarının lisansüstüne göre kariyer hedef tutarsızlığı puanları daha yüksektir.

Hekim ve hemşire dışındaki sağlık çalışanlarında sınırlı sayıda çalışma örnekleri bulunmaktadır. Öksüz ve Perker'in (2024) odyologlar arasında yaptığı çalışmada kariyer hedef tutarsızlıklarının iş motivasyonu üzerindeki etkisini araştırmıştır. Araştırma sonuçları, kariyer hedef tutarsızlığı ile iş motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, eğitime göre farklılık da belirlediği çalışmada lisans mezunlarının kariyer hedef tutarsızlığı puanlarının lisansüstü mezunlarına göre daha yüksektir.

Çalışmalardan elde edilen sonuçlar, çalışanlar için genel olarak işten ayrılma, depresyon, iş tatmini ve strese odaklanırken, öğrenciler için mesleki ilgi, algı, kariyer planlama, öz yeterlilik ve klinik uygulamalarla etkileşimleri ortaya koymaktadır.

Mesleki karar pişmanlığı çalışmalarına bakıldığında sağlık profesyonelleri adaylarına yönelik daha fazla çalışma olduğu görülmektedir (Tablo 2). Sağlık profesyonelleri adaylarının mesleki karar pişmanlıkları, sadece sağlığa yönelik olarak ya da diğer meslek gruplarıyla birlikte değerlendirilmektedir. Siyahtaş ve Yılmaz (2023) tarafından yapılan çalışmada, ebelik bölümü öğrencilerinin mesleki karar pişmanlığı ile mesleki ilgi ve algı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Öğrencilerin, mesleki ilgi ve algı düzeyleri yüksek olmasına karşılık, mesleki karar pişmanlıklarının olduğu ortaya konulmuştur. Karatepe vd. (2021) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada kariyer yönetimi uygulamalarının mesleki karar pişmanlığını azalttığını belirlemiştir. Bezgin (2024) ise hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada, erkek öğrencilerin kariyer hedefi uyumsuzluğu puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo 2. Mesleki Adaylara Yönelik Yapılan Mesleki Karar Pişmanlığı Çalışmaları

Araştırmacı/Yıl	Araştırmanın Amacı	Örneklem	Bulgular
Siyahtaş ve Yılmaz (2023)	Mesleki ilgi ve algı düzeylerinin ve mesleki karar pişmanlığı arasındaki ilişkisinin incelenmesi	307 Ebelik Bölümü Öğrencisi	•Mesleği kendi fikriyle seçenler ve mezuniyet sonrası mesleğini devam ettirmeyi düşünenlerde mesleki karar pişmanlığı puanları yüksektir.
Civelek (2023)	Mesleki pişmanlık ile depresyon ve intihar olasılığı ilişkisinin incelenmesi	208 Tıp Fakültesi Öğrencisi	•Mesleki karar pişmanlığının nedenleri arasında, çalışma koşulları, ekonomik sebepler, hekimlik mesleğine saygınlığın azalmasıdır. •Pişmanlık arttıkça depresyon ve intihar olasılığı artmaktadır.
Donar ve Aydan (2021)	Mesleki karar pişmanlığı ile kariyer planlama tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi	342 Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencileri	•Öğrencilerin kariyer iyimserliği puanları arttıkça mesleki pişmanlık düzeyleri düşmektedir.
Demirci vd., (2024)	Klinik uygulamalarda şiddete maruz kalan ya da karşılaşan öğrenciler ile klinik uygulama yapmayan öğrencilerin kariyer kararlarından pişmanlık duyup duymadıklarını belirlemek	596 Tıp, Fizyoterapi, Hemşirelik, Anestezi, Paramedik, Tıbbi Laboratuvar, Yaşlı Bakımı Öğrencisi	•Yaş arttıkça pişmanlık düzeyi artmaktadır. •Şiddete maruz kalan erkeklerin kadın öğrencilere göre mesleki karar pişmanlığı puanları daha yüksektir. •Tıp fakültesi öğrencilerinin diğer öğrencilere göre mesleki karar pişmanlığı puanları daha yüksektir.
Karatepe vd., (2021)	Kariyer yönetimi uygulamalarının kariyer kararı, akademik motivasyon ve karar pişmanlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi	40 Hemşirelik Öğrencisi	• Kariyer Yönetimi Uygulamaları mesleki karar pişmanlığını azaltmakta
Bezgin (2024)	Cinsiyetin mesleki sonuç beklentileri, kariyer hedefi uyumsuzluğu ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi	358 Hemşirelik Öğrencisi	•Cinsiyete göre kariyer hedefi uyumsuzluğu arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir. Erkeklerin kadınlara göre kariyer hedefi uyumsuzluğu puanları daha yüksektir.
Yeğin ve Kalaoğlu, (2022)	COVID-19 pandemisi kaygısı ile kariyer seçimi pişmanlığının değerlendirme	534 Diş Hekimliği Öğrencisi	•Bilgi düzeyi arttıkça meslek kaygı düzeyi azalmaktadır. •Öğrencilerin %72,3' ü kariyer seçiminden pişman olmadığını bildirmiş ve pişman olanların mesleki kaygı puanlarının pişman olmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Demirci vd. (2024) tarafından yapılan araştırma, klinik uygulamalarda şiddete maruz kalan veya karşılaşan öğrenciler ile klinik uygulama yapmamış öğrencilerin mesleki karar pişmanlığı düzeylerini karşılaştırmıştır. Farklı sağlık alanında öğrenim gören öğrencileri kapsayan çalışmanın sonucunda, yaş arttıkça pişmanlık düzeyi artmaktadır. Diğer bir sonuç da şiddete maruz kalan erkeklerin kadın öğrencilere göre; tıp fakültesi öğrencilerinin diğer öğrencilere göre mesleki karar pişmanlığı puanları daha yüksektir.

Tıp fakültesi adaylarına çalışma yürüten Civelek (2023) ise mesleki pişmanlık, depresyon ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma, mesleki karar pişmanlığının nedenleri arasında çalışma koşulları, ekonomik sebepler ve mesleğin saygınlığının azalması gibi faktörlerin bulunduğunu ve pişmanlığın arttıkça depresyon ve intihar olasılığının da arttığını göstermiştir. Yeğin ve Kalaoğlu (2022) da diş hekimliğinde öğrenim gören öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, COVID-19 pandemisi kaygısının kariyer seçimi pişmanlığı

üzerindeki etkisini incelenmiş, öğrencilerin %72,3'ünün kariyer seçiminden pişman olmadığını, pişman olanların ise mesleki kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Donar ve Aydan (2021), sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören öğrencilerinin kariyer plan tutumları ile mesleki karar pişmanlığı arasındaki ilişkiyi araştırmış ve kariyer iyimserliği arttıkça mesleki pişmanlık düzeylerinin azaldığını bulmuşlardır. Sağlık alanında eğitim gören öğrenciler mesleğe adım atmamış olmasına rağmen ileride profesyonel hayatlarını etkileyeceği düşünüldüğünde bu tür çalışmalar daha fazla önem kazanmaktadır.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de sağlık profesyonelleri ile sağlık alanında eğitim gören öğrencileri kapsayan mesleki karar pişmanlığına ilişkin literatür, bu çalışma kapsamında sistematik derleme yöntemiyle analiz edilmiştir. Mesleki karar pişmanlığı literatürde farklı başlıklar halinde incelemelere konu olmuştur. Türkiye’de belirli bir başlık altında incelenmemesi kavramsal olarak bir birliğin olmadığını göstermektedir. Bu çalışmada literatürde en çok yer bulan ‘mesleki karar pişmanlığı’ kavramı kullanılmıştır. Çalışmalar genel olarak incelendiğinde pişmanlığın meslek öncesi başlama durumunun da araştırmalarda sıklıkla yer aldığı belirlenmiştir. Bu nedenle derleme çalışmasında, meslek öncesi ve sonrası şeklinde bölümlendirilerek incelenmiştir. Bu kapsamda değerlendirmeye alınan araştırmaların 5’i sağlık profesyonellerine yönelik, 7’si ise sağlık mesleği adaylarına yöneliktir. Çalışmalar 2021 ve 2024 yılları arasındadır.

Son zamanlarda hem dünyada hem de Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler sağlık profesyonellerinin mesleklerine olan bağlılığını sorgulamalarına; mesleği seçmek isteyen ya da sağlık eğitimine başlayan öğrencileri de etkilemiştir. Öğrenciler hem staj uygulamasında hem de aktif olarak çalışan meslektaşlarının karşılaştığı problemleri gözlemleyerek daha fazla pişmanlık duymaktadır. Her geçen gün artan şiddet olayları, iş yeri ortamı (iş arkadaşı nezaketsizliği, mobbing vb.), maddi ve manevi kazanç olasılıkları, yaşam kalitesi, diğer mesleklerin çekiciliği, doğal afetler, salgın hastalıklar, iş yükü, stres gibi çok sayıda faktör mesleki kariyer pişmanlığını etkileyen faktörlerdir.

Elde edilen bulgular hem sağlık çalışanları hem de sağlık alanında eğitim gören öğrenciler arasında mesleki pişmanlığın önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle hemşireler üzerine yapılan çalışmalar, mesleki pişmanlığın işten ayrılma niyeti, iş tatmini ve kariyer stresi gibi faktörlerle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Doğrusöz vd. (2022) ile Akturan vd. (2024) tarafından yapılan araştırmalar, mesleki uyum becerilerinin ve kariyer yönetimi stratejilerinin mesleki kariyer pişmanlığı düzeylerini azaltmada önleyici bir rol oynadığını işaret etmektedir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının mesleki tatminlerini artırmak ve işgücü kaybını önlemek için kariyer destek programlarının önemini vurgulamaktadır.

Hekimler üzerine yapılan çalışmalar ise mesleki beklentilerin ve sosyal destek mekanizmalarının kariyer pişmanlığı üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Demir (2023) ve Emiral vd. (2024) tarafından yapılan araştırmalar, mesleki pişmanlığın depresyon, stres ve anksiyete gibi psikolojik sorunlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığını destekleyecek müdahalelerin gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca, çalışma arkadaşlarının desteğinin mesleki pişmanlığı azaltmada etkin bir rol oynaması sağlık kurumlarında sosyal destek ağlarının önemini güçlendirilmektedir.

Sağlık alanında eğitim gören öğrenciler üzerine yapılan çalışmalar ise mesleki pişmanlığının, kötü klinik uygulamalara maruz kalma, mesleki ilgi ve algı düzeyleri ile mesleki itibar gibi faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle klinik uygulamalarda şiddete maruz kalan öğrencilerin mesleki pişmanlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Demirci vd., 2024). Bu bulgu, klinik eğitim süreçlerinde öğrencilerin maruz kaldığı olumsuz deneyimlerin mesleki kararlarını etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca, COVID-19 pandemisi gibi dışsal faktörlerin de mesleki kaygı ve pişmanlık üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Yeğin ve Kalaoğlu, 2022). Bu durum, öğrencilerin mesleki kararlarını etkileyen çevresel faktörlerin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gittikçe mesleğe olan ilginin azalması ya da azalabileceğini sağlık mesleği adayları üzerine yapılan çalışmalardan anlayabileceğimiz gibi, pratikte de sağlık profesyonellerinin de pişmanlığını görebilmekteyiz. Sağlık personeli arzı, planlaması ve sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından bu tür araştırmalara olan ihtiyaç her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Ancak Türkiye’deki sağlık profesyonellerinin mesleki karar pişmanlığına yönelik mevcut

çalışmalar incelendiğinde, büyük ölçüde son dört yılla sınırlı olması ve çalışma sayısının yetersizliği nedeniyle daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Sağlık profesyonellerinin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, mesleki gelişim fırsatlarının artırılması ve motive edici politikaların benimsenmesi, mesleki karar pişmanlığını azaltmada etkili olabilir. Öğrencilerin mesleki beklentileri ile çalışma koşulları arasındaki uyumu güçlendirmek için kariyer danışmanlığı programları sunulabilir. Ayrıca, mesleğin yol açabileceği psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarıyla başa çıkabilmeleri için psikososyal destek mekanizmaları oluşturulabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma sağlık profesyonelleri ve öğrenciler arasında mesleki karar pişmanlığının yaygın bir sorun olduğunu ve bunun iş tatmini, psikolojik sağlık ve kariyer planlaması üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Gelecek araştırmalarda, farklı sağlık meslek grupları üzerinde yapılacak çalışmaların bu alandaki literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit düzeyde katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Akmal, S.Z., Creed, P.A., Hood, M. ve Duffy, A. (2020). The positive career goal discrepancy scale: Development and initial validation. *Journal of Career Assessment*, 29(2), 338-354.
- Akturan, A., Arslan, A., Yener, S. ve Kiliç, S. (2024). Understanding career adapt abilities, career stress, work stress, career regret, job satisfaction among nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 0, 1–13.
- Atay, M.R. ve Kavas, A. (2024). Pozitif kariyer hedef tutarsızlığı ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (72), 182-209.
- Bezgin, S. (2024). Examination of nurse candidates' vocational outcome expectations, career goal discrepancy and psychological well-being based on their genders. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 16-28.
- Brehaut, J.C., O'Connor A.M., Wood T.J., Hack T.F., Siminoff, L., Gordon, E. ve Feldman-Stewart, D. (2003). Validation of a decision regret scale. *Medical Decision Making*, 23(4), 281-292.
- Budjanovcanin, A. ve Woodrow, C. (2022). Regretting your occupation constructively: A qualitative study of career choice and occupational regret. *Journal of Vocational Behavior*, 136, 103743.
- Cheval, B., Cullati, S., Mongin, D., Schmidt, R. E., Lauper, K., Pihl-Thingvad, J., ... ve Courvoisier, D. S. (2019). Associations of regrets and coping strategies with job satisfaction and turnover intention: International prospective cohort study of novice healthcare professionals. *Swiss medical weekly*, 149(17-18), w20074.
- Civelek, E.T. (2023). Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde depresyon, intihar olasılığı ve mesleki karar pişmanlığı ilişkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Creed, P.A. ve Hood, M. (2015). The development and initial validation of a scale to assess career goal discrepancies. *Journal of Career Assessment*, 23(2), 308-317.
- Demir, E. (2023). Hekimlerin mesleki sonuç beklentilerinin kariyer pişmanlıkları üzerine etkisinde çalışma arkadaşı desteğinin düzenleyici rolü. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Demirci, Y.A., Çuvalcı, B., Purut, H.P., Çol, B.K. ve Albayrak, Ö. (2024). The effect of violence experienced in healthcare on professional decision regret in students. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 449-461.
- Doğrusöz, L.A., Polat, Ş., Yeşilyurt, T. ve Göktepe, N. (2022). Hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri ile mesleki karar pişmanlıklarının işten ayrılma niyetlerine etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(2), 311-321.

- Donar, G.B. ve Aydan, S. (2021). Bir üniversitenin sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin kariyer planlama tutumlarının mesleki karar pişmanlığı üzerindeki etkisi. 4. Uluslararası 14. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 14-17 Ekim 2021, İstanbul, 376.
- Dyrbye, L. N., Burke, S. E., Hardeman, R. R., Herrin, J., Wittlin, N. M., Yeazel, M., ... ve Van Ryn, M. (2018). Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians. *Jama*, 320(11), 1114-1130.
- Emiral, E., Örs, B. ve Cantürk, N. (2024). Assessing depression, anxiety, stress, and occupational decision regret levels among resident physicians working at Ankara University Faculty of Medicine Hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 54(5), 970-978.
- Ephrem, A.N. ve Murimbika, M. (2024). When do entrepreneurs and employees consider reversing career choices to manage regrets?. *Journal of Decision Systems*, 1-24.
- Erdurcan, S., Kırdök, O. (2017). Mesleki karar pişmanlığı ölçeği: adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(3), 1140-1150.
- Gati, I. ve Kulcsár, V. (2021). Making better career decisions: From challenges to opportunities. *Journal of Vocational Behavior*, 126, 103545.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... ve Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11-17.
- Karatepe, H.K., Atik, D., Şen, H.T., Yüce, U.Ö. ve Elibol, E. (2021). Effects of career management applications on nursing students' career decisions, academic motivations and decision regret. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 113-119.
- Kulcsár, V., Dobrean, A. ve Gati, I. (2020). Challenges and difficulties in career decision making: Their causes, and their effects on the process and the decision. *Journal of Vocational Behavior*, 116, 103346.
- Li, X., Hou, Z.J., Jia, Y. (2015) The influence of social comparison on career decision-making: Vocational identity as a moderator and regret as a mediator. *Journal of Vocational Behavior*, 86, 10-19.
- Öksüz, T.S. ve Perker, Y. (2024). Odyologların kariyer hedef tutarsızlığının mesleki motivasyona etkisinin incelenmesi. *Türk Odyoloji ve İşitme Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 1-8.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... ve Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317-1331.
- Santos, A., Wang, W. ve Lewis, J. (2018). Emotional intelligence and career decision-making difficulties: The mediating role of career decision self-efficacy. *Journal of Vocational Behavior*, 107, 295-309.
- Sierra, T., Rodriguez, M. D. ve Forbes, J. (2019). Career regret: an analysis of physician assistants. *MedEdPublish*, 8, 37.
- Siyataş, G.F. ve Yılmaz, E.D. (2024). Ebelik öğrencilerinin mesleki ilgi ve algılarının mesleki karar pişmanlığı ile ilişkisinin belirlenmesi. *Journal of Health Sciences and Management*, 4(1), 1-7.
- Tian, L., Pu, J., Liu, Y., Zhong, X., Gui, S., Song, X. ve Xie, P. (2019). Relationship between burnout and career choice regret among Chinese neurology postgraduates. *BMC Medical Education*, 19(1), 1-10.
- Yam, F.C. ve Korkmaz, O. (2024). Linking career decision regret to psychological well-being: serial mediation of vocational outcome expectations and proactive career behaviors. *Current Psychology*, 43(41), 32274-32287.
- Yam, F.C., Alkın, S. ve Barut, Y. (2020). Kariyer hedef tutarsızlık ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İş ve İnsan Dergisi*, 7(1), 23-32.

- Yan, L., Zhong, X., Yang, L., Long, H., Ji, P., Jin, X. ve Liu, L. (2022). Gender differences in job burnout, career choice regret, and depressive symptoms among Chinese dental postgraduates: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 10, 832359.
- Yeğın, E. ve Kalaoğlu, E.E. (2022). Do dental students regret the career choice because of COVID-19 pandemic?. *Current Research in Dental Sciences*, 32(2), 152-157.
- Yeğintürk, G. ve Siyez, D.M. (2023). Kariyer hedeflerinde uyumsuzluk ölçeği'nin türkçe formu'nun üniversite öğrencilerinde psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *İşletme Akademisi Dergisi*, 4(2), 143-15.



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

ÇOCUK KORUMA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: TÜRKİYE, ALMANYA VE İNGİLTERE ÖRNEĞİ*

A COMPARISON OF CHILD PROTECTION SYSTEMS: THE CASE OF TURKEY, GERMANY AND ENGLAND

Sosyal Çalışmacı Kerem AZBAY¹

Doç. Dr. Oktay TATLICIOĞLU²

ÖZ

Tarihsel olarak bakıldığında çocuk koruma sistemlerinin ülkeden ülkeye farklılıklar gösterdiği ve bu farklılıklar kapsamında zaman içerisinde farklı modellerin geliştirdiği gözlenmektedir. Bu modeller ise ülkelerin kültürel, sosyo-ekonomik, gelişmişlik v.b etkenlere bağlı farklılıklar gösterebilmektedir. Bu bağlamda korunmaya ve bakıma ihtiyaç duyulan çocuklara yönelik hizmetler tarihsel açıdan öncelikli olarak kalabalık ve koğuş tipi kurum bakımlarında sağlanmıştır. Ancak günümüzde gerek Avrupa ve gerekse ülkemizde kalabalık kurum bakım modelleri dönüştürülüp kapatılmıştır. Bunun yerine çocukların bakımı ev tipi sosyal hizmet modelleri veya evlat edindirme ve koruyucu aile gibi farklı bakım yöntemleri kullanılarak sağlanması ağırlıklı olarak uygulanmaya başlamıştır. Bu doğrultuda bu çalışmada özellikle kurum bakımı ve aile temelli bakım modelleri üzerinde durularak koruyucu aile sistemi, evlat edinme ve sosyal ve ekonomik destek hizmetlerinin farklı ülkeler özelinde nasıl yürütüldüğü ve uygulandığı farklı örnekler üzerinden verilmiştir. Bu kapsamda Türkiye, Almanya ve İngiltere ülkeleri incelemeye alınmıştır. Bu üç ülkenin seçilmesinde ise çocuk koruma sistemlerinin, yapılanma açısından farklı modellere sahip olması etkin bir rol oynamıştır. Türkiye’de çocuk koruma sistemleri merkezi idare yönetim modeli ile uygulanırken İngiltere ve Almanya ise yerel yönetim modelleri ağırlıklı olarak uygulanmaktadır. Yine Almanya’da sadece yerel düzeyde oluşturulan gençlik daireleri ve sivil toplum kuruluşları tarafından çocuk koruma hizmetleri yerine getirilirken İngiltere’de yerel ölçekli birden çok resmi, özel ve gönüllü kurum ve kuruluş tarafından çocuk koruma hizmetleri yerine getirildiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Koruma Sistemleri, Çocuk, Alternatif Bakım

JEL Sınıflandırma Kodları: I20, I39

ABSTRACT

Historically, it is observed that child protection systems differ from country to country and different models have been developed over time within the scope of these differences. These models may vary depending on the cultural, socio-economic, developmental, etc. factors of the countries. In this context, services for children in need of protection and care have historically been provided primarily in crowded and ward-type institutional care. However, today, both in Europe and in our country, crowded institutional care models have been transformed and closed. Instead, the care of children has begun to be predominantly provided using home-based social service models or different care methods such as adoption and foster care. Accordingly, this study focuses particularly on institutional care and family-based care models and examines how the foster care system, adoption and social and economic support services are carried out and implemented in different countries through different examples. Within this scope, Turkey, Germany and the United Kingdom were analyzed. The fact that child protection systems have different models in terms of structuring played an active role in the selection of these three countries. In Turkey, child protection systems are implemented through the central administration model, whereas in the UK and Germany, local administration models are predominantly applied. Again, in Germany, child protection services are provided only by local youth welfare offices and non-governmental organizations, whereas in the UK, child protection services are provided by multiple local public, private and voluntary institutions and organizations.

Keywords: Protection Systems, Child, Alternative Care

JEL Classification Codes: I20, I39

* Bu çalışma 17-19 Ekim 2024 tarihinde I. Uluslararası Toplum ve Ruh Sağlığı Kongresi’nde sunulan ve tam metni bildiriler kitabında yayınlanmayan “Bildiri Başlığı” başlıklı bildiriden hazırlanmıştır.

¹ Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, azbay.21@hotmail.com

² Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, oktay.tatlcioglu@dicle.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

This study aims to examine the child protection systems in Turkey, the UK, and Germany. It will present the basic concepts of these systems and the service models offered within them. Additionally, it will present the history and legal basis of these models, as well as their legislative structures, by comparing them. These three countries were chosen because their child protection systems differ in terms of structure.

Design/methodology/approach:

Our study is designed as a compilation study. In this context, child protection systems in Turkey, the UK and Germany have been analyzed and their similarities and differences have been tried to be revealed.

Findings:

The child protection systems of the three countries we examined have different models in terms of structuring. While Turkey has a central administration system, the UK and Germany have predominantly local administration models. The difference between Germany and the UK is that in Germany, child protection services are provided only by local youth welfare offices and non-governmental organizations, while in the UK, child protection services are provided by multiple local institutions.

Care models for children in need of protection vary depending on the cultural, socio-economic, developmental, etc. factors of the countries. Protection and care for these children has primarily been provided in institutional care. However, today, both in Europe, the USA and in our country, institutional care models such as crowded orphanages, kindergartens, etc. have been transformed into family care or home-type social service models within the scope of family-based social service models. When we look at the history of the child protection system in our country in the context of social services, it is seen that the system started as traditional crowded institutional care and then transformed into modern family-based care, foster care or home-based social service models.

Instead of institutional care, states have developed foster care as an alternative service model for children to develop healthily in a family environment. While institutional care is still widely adopted in Turkey, the foster family model and adoption service models have not developed sufficiently. However, in the UK and Germany, the foster family model is more widely used than institutional care. In our country, new practices and innovations have recently been made to ensure that children are cared for by their own families or relatives instead of institutional care. In this context, children are supported economically by their families and relatives within the scope of social and economic support service models within the scope of family-based service models. In our country, individuals and families between the ages of 25 and 65 can apply for foster care. In Germany, the age difference between the families and individuals who want to become foster parents and the child to be placed with a foster family must be over 45 years of age (Doğan, 2020). In the UK, the age difference between the families and individuals who want to become foster parents and the child to be placed with a foster family must be over 21 years of age (Fostercare, 2024).

Various foster family models have been established in countries, taking into account the different characteristics of children under protection who are deemed suitable for placement with foster families and the families who apply for foster care. In Turkey, there are four different foster family models: Relative or Close Environment, Specialized, Temporary and Temporary Foster Family Models.

In the German foster care system, which is similar to Turkey, there are 5 different foster family models and the 'On-Call Full-Time Care' model differs from Turkey (Doğan, 2020). In terms of foster family modeling, the UK has 11 different foster family models that differ from both Turkey and Germany in this respect. Foster family models in the UK: "Long Term Care, Care for Children in Detention, Short Term Care, Multi-Dimensional Treatment, Emergency Care, Family, Friend or Relative Care, Foster Care for Adoption, Short Breaks, Supportive Bridging, Parent Child Care, Foster Care for Siblings" (İzci, 2020).

In Turkey, foster care is carried out by the Foster Family Units of the Ministry of Family and Social Services, while in Germany it is carried out under the joint coordination of the central government and non-governmental organizations. In the UK, foster care services are carried out by the central government, local governments and Independent Foster Agencies.

Conclusion and Discussion:

While the child protection systems of the three countries examined have different structuring models, it has been observed that the systems have various advantages and disadvantages in their own respects, and that the systems can be improved and made healthier through intercultural transfer and new studies.

1. GİRİŞ

Demokratikleşmenin en önemli göstergelerinden biri hiç kuşkusuz çocuk haklarının hayata geçirilmesidir. Ancak çocuk haklarının hayata geçirilmiş olmasına rağmen çocuklara yönelik ayrımcılık, ihmal, istismar, şiddet dünya çapında halen en büyük sorunların başında gelmektedir. Bahsedilen bu durumlar çocuklara yönelik tüm kesimler tarafından uygulanmaktadır. Bu nedenle her kesimden çocuğun korunmaya ihtiyacı olmaktadır (Baykara Acar, Acar ve Berghan, 2018). Bu bağlamda korunma ihtiyacı bulunan çocukların bakımı, gözetimi, eğitimi, sorunları eskiden olduğu gibi günümüzde de sosyal politika problemlerinin başında gelmektedir (Şenocak, 2010). Bu durumlara bağlı olarak birçok ülkenin farklı modeller geliştirdiği gözlenmektedir. Bu modeller, o ülkelerin kültürel yapısı, sosyo- ekonomik gelişmişliği, kanuni düzenlemeleri gibi etkenlere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Tarihsel süreçte bakıldığında çocuklara yönelik korunma ve bakım öncelikli olarak kalabalık kurum bakımı modelleri ile sağlanmıştır. Yurt ve yuva temelli kalabalık kurum bakımı modellerinde korunmaya muhtaç çocukların toplumsal bütünleşme ve sosyalleşmeleri tam olarak sağlanamadığından gerek Avrupa ve gerekse ülkemizde kalabalık kurum bakım modelleri dönüştürülüp kapatılmıştır (Şimşek, Erol, Öztıp ve Özcan, 2008).

Kapatılan kalabalık kurum bakım modelleri yerine çocukların ailesi ve yakınları yanında sosyal ve ekonomik olarak desteklenerek bakımı ve korunmasının sağlanması, Çocuk Evi ya da Çocuk Evleri Sitesi tarzı ev tipi sosyal hizmet modellerinden faydalandırılması veya evlat edindirme ve koruyucu aile gibi farklı bakım yöntemleri kullanılarak bakımlarının sağlanması ağırlıklı olarak uygulanmaya başlamıştır. Bu yeni bakım modellerinde temel amaç ise korunmaya muhtaç çocukların toplumsal bütünleşme ve sosyalleşmelerinin daha iyi düzeyde sağlanabilmesidir.

Ülkelerin çocuk koruma sistemleri içerisinde yer alan koruyucu aile ve evlat edindirme hizmetleri incelendiğinde sistemler arasında benzerlikler ve farklılıklar yer almaktadır. Koruyucu aile hizmeti Türkiye ve İngiltere’de aile merkezli hizmet modeli olarak baz alınırken Almanya’da ise kurum bakımına alternatif olarak ele alınmaktadır.

2. DÜNYADA ÇOCUK KORUMA SİSTEMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Dünyadaki ve ülkemizdeki çocuk koruma sistemlerinin temel amacı çocukların her açıdan sağlıklı gelişimleri ve iyi olma durumlarının korunmasını, haklarının güvence altına alınmasını sağlayan yasal süreçlerdir. Tarihsel olarak bakıldığında çocuk koruma sistemlerinin ortaya çıkışı ve değişimini birçok faktör etkilemiştir. En önemli etkenlere baktığımızda bunların manevi, dini, sosyal, ekonomik ve düşünsel olarak sıralayabiliriz (İzci, Seyhun Sarı ve Uyanık, 2021). Ayrıca çocuk koruma sisteminin gelişiminde çocuklara yönelik olarak geliştirilen psikolojik, sosyolojik, v.b kuramlar da bu alandaki gelişimlere katkıda bulunmuştur. Diğer taraftan ülkelerin çocuk koruma sistemleri köken ve düşünsel olarak birbirinden farklı özellikler de gösterebilmektedir. Bunlar o ülkenin kendine özgü inanışları, değerleri, gelenekleri, bilgi düzeyi ve siyasi yaklaşımları ile şekillenebilmektedir. Bu nedenle çocuk koruma sistemi ile ilgili yasal mevzuat ve düzenlemeler ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir (İzci ve diğerleri, 2021).

Günümüzde ise çocuk koruma sistemi ile ilgili yasal düzenlemelerin birçok ülkede ortak olarak kabul görmesi genel olarak 20. yüzyıldaki sanayileşme, kentleşme ve modernleşme gibi gelişmelerle şekillenmiştir. Söz konusu gelişmeler neticesinde çocuk koruma alanı ile ilgili devlet denetiminin artırılmasına paralel olarak alan ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmış ve zaman içinde özgün kurum ve kuruluşlar yaygınlaşmıştır (Bergman, 2016). Bu süreçte çocuk alanı ile ilgili uluslararası arenada gerçekleştirilen çalışmalar ve yasal düzenlemeler çocuk alanının daha görünür olmasını sağlamıştır. Uluslararası düzeyde çocukların korunmasına yönelik ilk düzenlemeler Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (ÇHB) ile yasal güvence altına alınmıştır. Günümüzde Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS) olarak bilinen “Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi” 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilmiştir. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi’nin temel ilkelerinden olan “*Dünyadaki çocuklara asgari bir özen gösterilmelidir*” ilkesi de bu kurulda kabul edilmiş ve böylelikle çocuk haklarının uluslararası alanda görünümünü artırmıştır. Bu kararlara paralel olarak 1979 yılı “Dünya Çocuk Yılı” olarak ilan edilmiştir. Bu yapılan düzenlemelere bağlı olarak çocuk koruma sistemi ile ilgili dünya çapında kapsamlı çalışmalar başlatılmış ve bu çalışmalar neticesinde 1989 tarihinde Çocuk Hakları Sözleşmesi Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilmiştir (Yolcuoğlu, 2009).

3. ÇOCUK KORUMA SİSTEMİ İLE İLGİLİ ULUSLARARASI DÜZENLEMELER

Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda 1989 yılında kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocuk hakları ile çocuk koruma sistemleri açısından en önemli uluslararası belgedir. Bu sözleşmeyi Türkiye 1995 tarihinde kabul etmiştir. Sözleşmede, çocukluk çağı 18 yaş altı olarak kabul edilirken çocukluk başlangıç yaşı için ise herhangi bir yaşı sınırı belirlenmemiş ve bu yaş belirleme kriterleri ülkelerin kendi yasalarına bırakmıştır.

Sözleşmenin 19.maddesinin 1. fıkrasında hangi hallerde çocuklar için koruyucu önlemler alınacağına ilişkin düzenlemelere de yer verilmiştir. Bunlar, “*çocuğun ana- babasının ya da ondan birinin, kanuni vasi ya da vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırıya, şiddete veya suiistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismara ve kötü muamele*” olarak belirtilmiştir.

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 3. madde 1. bendinde; “*çocuğu ilgilendiren bütün faaliyetlerde, ‘çocuğun yararı’ temel düşüncedir*” hükmü yer almaktadır. Ayrıca söz konusu sözleşmede, “*her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir hayat seviyesine hakkı olduğu kabul edilmiştir*” (Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1989) .

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 9. madde 1. bendine göre, “*Yetkili makamlar uygulanabilir yasa ve usullere göre ve temyiz yolu açık olarak, ayrılığın çocuğun yüksek yararına olduğu yolunda karar vermedikçe, Taraf Devletler çocuğun; ana babasından, onların rızası dışında ayrılmasını güvence altına alırlar*” denilmektedir (Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1989).

Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW) çocuğun korunması konusunda diğer önemli uluslararası bir sözleşmedir. Bu Sözleşme BM Genel Kurulu tarafından 1979 yılında kabul edilmiş ve Türkiye Sözleşmeyi 1985 yılında imzalamıştır. Sözleşmenin yürürlüğe girdiği tarih ise 19 Ocak 1986’dır. Sözleşme kadın ve erkek arasındaki cinsiyete dayalı ayrımı ortadan kaldırmayı amaçlasa da bu Sözleşme’nin bazı maddeleri doğrudan çocukların korunmasına yönelik olduğunu görülmektedir. Sözleşmenin 5. maddesinin b bendinde, “*aile eğitiminde çocukların çıkarının her durumda ve her şeyden önce gözetilmesi gerektiğini*”, 9. Maddenin 2. bendi ise Taraf Devletlerin, çocukların tabiiyeti konusunda kadınlara erkeklerle eşit haklar sağlanacağını”, Madde 10’un f bendinde “*kız çocuklarının okuldan ayrılma oranlarının düşürülmesi ve okuldan erken ayrılan kız çocukları ve kadınlar için eğitim programları düzenlenmesi gerektiği*”, Madde 16’nın 2 bendinde ise “*çocuğun erken yaşta nişanlanması veya evlenmesinin hiçbir şekilde yasal sayılmayacağını ve evlenme asgari yaşının belirlenmesi ve evlenmelerin resmi sicile kaydının mecburi olması için, yasama dâhil gerekli tüm önlemler alınması*” gerektiğini hükümlerine yer verilmiştir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. madde 2. bendinde “*anne ve çocukların özel bakım ve yardıma hakları vardır. Tüm çocuklar, evlilik içi ya da dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın, aynı toplumsal korumadan yararlanır*” hükmüne yer verilmiştir (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948).

Uluslararası bu düzenlemelere bakıldığında bu düzenlemelerin çocuk koruma sistemleri üzerinde önemli etkiler oluşturduğu, bu düzenlemelerle ülkelerin çocuk koruma ile ilgili ulusal politikaları, kurumsal yapıları ve toplumsal algıları şekillendirdiği ve hak temelli yaklaşımları güçlendirdiği, önleyici ve bütünleştirici sitemlerinin yaygınlaşmasını desteklediği, uluslararası işbirliği, hesap verebilirlik ve izleme mekanizmalarını sağlamasına yardımcı olmuştur.

4. TÜRKİYE’DE ÇOCUK KORUMA SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ

Bu başlık altına bir giriş paragrafı eklenmelidir. Sözleşme maddesiyle giriş yapılması çok uygun değildir...

2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 1. maddesinde kanunun amacı şu şekilde tanımlanmıştır. “*Korunmaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir*” (Resmi Gazete, 1983).

Madde 3’te ise “*korunmaya ihtiyacı olan çocuğun tanımı şu şekilde yapılmıştır. “Korunmaya ihtiyacı olan Çocuk”; beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup;*

1. Ana veya babasız, ana ve babasız,
2. Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,
3. Ana ve babası veya her ikisi tarafından terkedilen,

4. Ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuk olarak tanımlanmıştır. Ayrıca aynı maddenin devamında korunmaya ihtiyacı olan çocukların hangi sosyal hizmet kuruluşlarında hizmet alması gerektiği ile ilgili tanımlama da yapılmıştır.

Bu kapsamda bu çocukların çocuk evleri sitesi, ihtisaslaştırılmış çocuk evleri sitesi yetiştirme yurdu, kreş ve gündüz bakım evleri, çocuk ve gençlik merkezleri, toplum veya aile danışma merkezleri, çocuk evleri, sosyal hizmet merkezleri gibi kuruluşlardan hizmet alabileceğini ifade etmektedir.

2005 yılında yürürlüğe giren Çocuk Koruma Kanun'un amacı ilgili kanunda şu şekilde tanımlanmıştır. “Korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek” olarak ifade edilmiştir. Kanunun 2.bölüm koruyucu ve destekleyici kısım 5. maddesinde “çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma tedbirlerini” tanımlamıştır.

Kanun; “adli ve idarî mercileri, kolluk görevlilerini, sağlık ve eğitim kuruluşlarını, sivil toplum kuruluşlarını, korunma ihtiyacı olan çocuğu Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı ilgili birimlerine bildirmekle yükümlü kılınmıştır”.

Kanun Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı'na tedbir kararlarının uygulanması konusunda başlıca görevler vermiştir. Kanun kapsamında verilen tedbir kararları, “bakanlıkların yerel teşkilatlarının ilgili birimleri tarafından uygulanır ve İl ve İlçe Çocuk Koruma Koordinasyon Birimi tarafından izlenir”. Tedbir kararlarının yanı sıra, her bakanlığın kendi hizmet alanı çerçevesinde önleme, müdahale ve izleme kapsamında çeşitli hizmetleri bulunmaktadır.

Ülkemizde çocuk koruma sistemleri aile odaklı hizmet modelleri ve kurum bakımı hizmet modelleri olarak iki başlık altında ele alınmıştır

4.1. Aile Odaklı Hizmetler

Ülkemizde aile odaklı sosyal hizmet modelleri Sosyal-Ekonomik Destek ile aile yanında bakım, Koruyucu Aile Yanında Bakım ve Evlat Edindirme hizmeti başlıkları altında ele almak mümkündür.

4.1.1. Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmeti (SED)

Sosyal Ekonomik Destek Hizmetinin temel amacı ekonomik yoksunluk nedeniyle çocukların temel ihtiyaçlarını yerine getiremeyen aileler geçici bir süre maddi olarak desteklemektir.

Kurum bakımına alınma riski taşıyan çocukların kurum bakımına almak yerine bu çocukların ailelerinin ve yakınlarının maddi olarak desteklenerek çocuklarının aile yanında bakımlarının sağlanması amaçlanmaktadır. Ayrıca Sosyal Ekonomik Destek Hizmetinin bir diğer amacı da kurum bakımlarının olumsuz havasından çocukların uzak tutulması amaçlanmaktadır (Uğur, 2018).

Sosyal Ekonomik Destek Hizmeti geçici bir süre bağlanabileceği gibi terör veya sel, deprem v.b gibi doğal afetlerde kriz durumuna göre tek seferlik olarak da bağlanabilmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

4.1.2. Koruyucu Aile Hizmeti

Öz aile yanında farklı sebepler ile bakımı sağlanamayan veya evlat edindirme hizmetinden faydalandırılmayan çocukların belli bir süreliğine ödeme karşılığı ve karşılıksız olarak bir aile ya da kişi tarafından devlet denetiminde yerine getirilmesidir.

Bu hizmetteki temel amaç kurum bakımının olumsuz havasından çocukların uzaklaştırılması, ilgiye ve şefkate ihtiyaç duyan bu çocukların bir aile ortamında örselenmeden ve zarar görmeden normal hayatlarına devam ettirilmesini yardımcı olmaktır (Tuncer ve Erdoğan, 2018).

Ülkemizde çocuğun biyolojik anne ve babası ile vasisi hariç Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olup sürekli Türkiye’de ikamet eden, 25-65 yaş aralığında bulunan, en az ilkokul mezunu, düzenli geliri bulunan, evli/bekar veya çocuklu/çocuksuz herkes koruyucu aile olabilmektedir.

Ülkemizde koruyucu aile sistemi Akraba veya Yakın Çevre Koruyucu Aile Modeli, Geçici Koruyucu Aile Modeli, Süreli Koruyucu Aile Modeli ve Uzmanlaşmış Koruyucu Aile Modeli olmak üzere 4 kategoride ele alınmaktadır.

4.1.3. Evlat Edindirme Hizmeti

Bu modelde kendi öz ailesi ile yaşama ihtimali kalmamış çocukların evlat edinmeye uygun olan aile ve kişi arasında kanuni bir bağ ile evlatlık ilişkisinin kurulmasıdır (Tuncer ve Erdoğan, 2018).

Evlat Edindirme hizmeti; kanuni olarak durumu evlat edindirilmeye olan çocuk ve yapılan sosyal incelemeler sonucu evlat edinmeye uygun olduğu belirlenen aile veya kişi arasında kanuni bağlarla ilişki kurulmasıdır. Bu hizmetteki temel amaç kendi öz ailesi tarafından bakımı sağlanamayan çocuğa aile ortamında yetişme ve aileye ise çocuk özlemini karşılama olanağı sunarken aynı zamanda aile yanında çocuğu zihinsel, fiziksel ve duygusal olarak destekleyen bir hizmet modelidir.

4.2. Kurum Bakımı Hizmetleri

Ülkemizde farklı sebepler ile öz ailesi veya yakınları tarafından bakımı sağlanamayan çocuklara yatılı kurum bakımı hizmeti verilmektedir. Çocuklara yönelik yatılı bakım hizmeti veren kuruluşlar Çocuk Koruma İlk Kabul ve Müdahale Birimi, Çocuk Evleri Sitesi, Çocuk Evleri, İhtisaslaştırılmış Çocuk Evleri Sitesi Müdürlükleridir.

5. ALMANYA'DA ÇOCUK KORUMA SİSTEMİ

Almanya'da Gençlik Koruma yasası ile çocuk ve gençlerin her türlü risklere karşı korunması gerektiği düzenlenmiştir. 1990 yılında Almanya'da Çocuk ve Gençlik Yardımı Yasası kabul edilmiş ve bu yasa Almanya'da sosyal hizmet uygulamalarının yürütülmesi sürecinde temel alınmaktadır. Nitekim bu yasanın üçüncü bölümünde koruyucu aile ve kuruluş bakımında bulunan çocuk ve gençlerin korunmaları ile ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır. 8 sayılı Sosyal Kanun Alman Çocuk koruma sistemi için en önemli kanundur. Bu kanun çocuk ve gençlere yönelik koruyucu ve önleyici kararları içeren bir kanun olmakla birlikte gençlik dairelerine sorumluluk yüklemektedir. Almanya'da çocuk koruma sistemi genel olarak aile hukuku temelinde ele alınarak belirlenmiştir. Almanya'da 0-14 yaşına kadar olanları kişileri çocuk ve 14-18 yaş arasında olanları ise genç olarak kabul etmektedir.

Kurumsal olarak ise Almanya'da çocuk ve gençlerin korunması, hayata hazırlanmaları bakımları, eğitimleri v.b sorumluluk Gençlik Dairelerine verilmiş ve her eyalet ve eyalet düzeyinde bu daireler bulunmaktadır. Gençlik Daireleri bu hizmetleri yerine getirirken bu alanda hizmet veren sivil toplum kuruluşları bulunması halinde bu hizmeti bu yüklenicilere yetki devri yaparak sağlamaktadır. Gençlik Dairesi, selameti tehlikede olan çocuk veya gençleri koruma ve bakım altına alırken aynı zamanda gençleri yetiştirme yurtlarına, küçük yaş grubundaki çocuklar ise koruyucu aile yanına yerleştirilmekte görevini yerine getirmektedir (Vatandaş ve Vatandaş, 2014).

5.1. Almanya'da Çocukların Korunma Altına Alınması

Alman Kanunlarına göre ebeveynlerin anayasal hakları olan “*çocuklarını yetiştirme ve eğitme hakkı*” sadece çocuğun selameti tehlikeye girdiği hallerde engellenebilir hükmü yer almaktadır (8 Sayılı Sosyal Yasa 42/1).

Gençlik Dairelerince bir çocuğun koruma altına alınmasında;

1-Çocuk veya gencin velayet talebinde bulunması,

2-Çocuk veya gencin esenliğine acil bir tehlike oluşturan durumlarda,

-Yasal vasilerin itiraz etmesi veya

-Aile mahkemesi kararının zamanda alınmaması,

3-Yabancı bir çocuk veya gencin Almanya'ya refakatsiz bir şekilde gelmesi ve bakım ve gözetiminden sorumlu kimsenin bulunmaması halinde durumuna uygun bir kuruluşa veya barınma merkezine yerleştirilir (Buzer, 2024).

Ayrıca 2005 yılında çıkartılan Çocuk ve Gençlik Refahı Sisteminin Geliştirilmesine İlişkin kanunda gencin veya çocuğun hayati tehlikesinin olması ve mahkemeden alınması gereken kararların beklenmeyeceği durumlarda Gençlik Dairesi ivedi bir şekilde çocuğu veya genci koruma altına almak zorundadır. Almanya'da yetki devrine

dayalı ve kültürel özellikler dikkate alınarak çocuk koruma sisteminde bir örgütlenme modeli yer almaktadır. Bu bağlamda Almanya’da çocuklara yönelik hizmetler ve işlemler merkezi hükümet dışı kurumlar tarafından yapılmaktadır (Vatandaş ve Vatandaş, 2014). Hükümet dışı kurumlar tarafından yerine getirilen bu hizmetler merkezi hükümet tarafından finanse edilmektedir. Bu nedenle Almanya’da çocuk koruma sisteminde merkezi hükümetin hizmet oranı diğer hizmet sağlayıcılarına oranla oldukça düşüktür.

5.2. Almanya’daki Koruyucu Aile Sistemi

Almanya’da koruyucu aile olmak isteyen ebeveynler bilgilendirme toplantısı, hazırlık seminerleri ve inceleme olmak üzere çeşitli süreçlerden geçmektedirler. Bu süreçler sonucunda eğitim alan ailelerin adli sicil kayıtlarına bakılması sonrasında koruyucu aile olup olamayacakları değerlendirilmektedir (DİTİB-Kadın, 2024).

Almanya’da koruyucu aile olmak isteyen kişilerin Almanya’da ikamet etme şartının yanı sıra koruyucu aile olmak isteyen aile veya kişiler ile koruyucu aile yanına yerleştirecek çocuk arasındaki yaş farkının 45 yaş üzerinde olması şartı aranmaktadır. Ancak koruyucu aile olmak için ise Almanya vatandaşı olma şartı ise zorunlu tutulmamıştır (Doğan,2020).

Koruyucu aile olma sürecinde adaylar ilk olarak koruyucu ailesi olacakları çocuğun biyolojik aileleri ile tanıştırılmaktadırlar. Bu tanışma ve görüşme sürecinde çocuğun biyolojik ailesi ve koruyucu aile adayı koruyucu ailelik sürecini birlikte yürütüp yürütemeyecekleri konusunda görüşürler. Yapılan görüşmenin olumlu geçmesi halinde çocukla ilk görüşmeler gerçekleştirilir ve koruyucu aile olmak isteyen aile ve çocuk birbirlerini tanımları için birlikte vakit geçirmeleri sağlanır. Yapılan görüşme sonucunda hem çocuk hem de koruyucu aile olmak isteyen ailenin istekli ve talepleri olması halinde ve ayrıca kurumunda koruyucu aile olunması hakkında olumlu kanaat bildirmesi halinde işlem başlatılır. Kurum ve koruyucu aile arasında sözleşme imzalanır ve çocuk koruyucu aile yanına yerleştirilir (DİTİB-Kadın, 2024).

Koruyucu aile modelleri açısından Türkiye’yle benzerlik gösteren Alman koruyucu aile sisteminde ise 5 farklı koruyucu aile modeli bulunmaktadır. Bunlar Nöbetçi Koruyucu Aile, Kısa Süreli Tam Zamanlı Koruyucu Aile, Uzun Süreli Tam Bakım Koruyucu Aile, Akraba Yanında Koruyucu Aile ve Uzmanlaşmış Koruyucu Aile modelleridir. Alman koruyucu aile sistemi modellerine bakıldığında Türkiye’den ‘Nöbetçi Tam Zamanlı Bakım’ modeli ile farklılaşmaktadır.

5.3. Almanya’da Evlat Edinme ve Evlat Edindirme

Almanya’da evlat edinmek için Gençlik Dairesi Evlat Edinme Birimleri, Katolik Evlat Edinme Hizmetleri Birimi ve Mezhepsel Olmayan Sponsorlukta Evlat Edinme Kurumlarına başvuru yapılması gerekmektedir. Bu kurumların temel görevi her çocuk için en uygun olan bireyi/aileyi seçmektir. Bu bağlamda Almanya’da evlat edinebilmek için en az 25 yaşını doldurmuş olmak, evli olması halinde eşlerden birinin 25 diğer eşin 21 yaşını tamamlamış olması gerekmektedir. Ayrıca Almanya’da evlat edinme için kök ailenin onayı zorunludur. Ancak anne ve babanın nerde olduğu bilinmiyorsa onay alınmasına gerek bulunmamaktadır. 14 yaşını doldurmuş olan çocukların evlat edindirilmesinde çocuğun da rızasının alınması 14 yaşın altında olması halinde ise yasal temsilcinin onayı gerekmektedir. Evlat edindirilme ile birlikte çocuğun vasisi gençlik dairesine geçmektedir.

Almanya’da birden çok evlat edinme türü bulunmaktadır. Bunlar Yabancı Çocukların evlat edindirilmesi, Üvey Çocukların Evlat Edindirilmesi, Göreceli Evlat Edinilmesi, Koruyucu Aile Tarafından Çocuğun Evlat Edindirilmesi, Ard Arda Evlat Edinme modelleridir.

6. İNGİLTERE’DE ÇOCUK KORUMA SİSTEMİ

Günümüzde birçok ülkede ve özellikle Avrupa birliği üyesi ülkelerde çocuk refah sistemi hizmetlerinin sorumluluğu ve görevi merkezi yönetimler yerine yerel yönetimlere verilmiştir. İngiltere’de ortaçağ öncesi zamana kadar da çocukların korunmasında yerel yönetimlerin çok etkin rol oynadığı ve hizmetlerin yerel yönetimler üzerinden sağladığı görülmektedir (Güneş Aslan, 2023). Bunun yanı sıra İngiltere’deki çocuk koruma sistemi incelendiğinde ortaçağ öncesi dezavantajlı bireylerin korunması Feodal Lordlara ait olduğu görülmektedir. Lordların korunması altında bulunan bireylerin Lordların ölümü sonrası bu çocuklara vasi atanması yapılmaktadır. Atanan bu vasilerde Lordlar gibi çocukların korunması, yetiştirilmesi ve bakımlarından sorumludur (Gökçe, 1971). İngiltere’de yasal olarak çocuk koruma alanına ilişkin ilk kanuni düzenlemelerin 1601 yılına kadar uzandığı

görülmektedir. 2. Elizabeth tarafından çıkarılan Yoksullar Yasası'nda çocukların barınma ve eğitim olanaklarından yararlanması için yerel yönetimlere önemli görevler vermiştir (Seçkiner Bingöl, 2018).

İngiltere'de 1800'lü yıllarda çocuklara kötü muamelelerin artması, çocuk işçiliğinin oldukça yaygın olmasıyla da beraber çocuk koruma alanında bu yıllarda birçok yasal düzenleme yapılmasını ve birçok uygulamanın hayata geçirilmesini sağlamıştır. Küçük yaştaki çocukların fabrikalarda çalıştırılması yasaklanması, kız çocuklarının istismar edilmesi ve kız çocuklara yönelik ensestini suç kabul edilerek cezalandırılması, özellikle belli yaş grubundaki çocukların kaçırılarak veya para karşılığında evlat edindirilmesinin yasaklanması ve suç olarak tanımlanması bu yıllarda yapılan kanuni düzenlemelerle sağlanmıştır (Güneş Aslan, 2023). Ayrıca 1800'lü yıllarda çocuk koruma alanında sivil toplum kuruluşlarının İngiltere'de kurulmaya başladığı görülmektedir (Salim, 2011). Bu bağlamda İngiltere de sistematik olarak çocukların korunmasının bütüncül ve sistematik olarak ele alınması 1940-1950 yılları arasında öne çıktığı, çocukların yerel yönetimlerce korunması tam olarak ise 1971 yılında sonra olmuştur (İzci, 2020). İngiltere'de 1989 yılında çıkarılan "Çocuk Yasası" ile ülkenin çocuk adalet sisteminin temeli atılırken aynı zamanda ülkenin çocuk koruma sistemine yönelik yasal çerçeveyi de sağlamıştır. 2004 tarihli Çocuk Yasası ile yerel yönetimler ve özel kuruluşlar arasındaki işbirliğini önemseyen yönüyle de yasa güçlendirilmiştir. 2017 yılında çıkarılan Çocuk ve Sosyal Hizmet yasası ile ihtiyaçlar doğrultusunda her iki yasada bazı değişiklikler yapılmıştır (Güneş Aslan, 2023).

6.1 İngiltere'de Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan Bakım Hizmetleri

İngiltere de kanun kapsamında çocukların bakım altına alma kararı aile mahkemeleri tarafından verilebilmektedir. Kanun kapsamında çocuk hakkında mahkemece 3 tür karar verilebilir. Bunlar;

- 1-Koruyucu aile yanında bakım
- 2-Koruma kararı ile çocuğun biyolojik ailesi yanında bakımı
- 3-Güvenli birimler olan kurum çatısı altında bakım (özel konutlu okullar ve güvenli evler)

Ayrıca İngiltere de yerel yönetimlere ait bağımsız ve güvenli evler, bağımsız kuruluşlar ve gönüllü evlat edindirme kuruluşları çocuk bakımı ve çocuğu koruma alanında hizmet sağlayıcıları oldukları görülmektedir (OFSTED,2018).

6.1.1. Koruyucu Aile Yanında Bakım

Koruyucu aile yanına yerleştirmenin ana odağı, kendi kök aileleri tarafından bakımı sağlanmayan çocukların aile ortamında yaşamlarını idame ettirmelerini sağlamaktır. Koruma ve bakım altına alınan çocuklara yönelik dünyada birçok ülke kurum bakımının olumsuz etkileri nedeniyle kurum bakımına alternatif modeller geliştirmiştir. Bu ülkelerin başında İngiltere gelmektedir. Kurum bakımına alternatif hizmet modellerden birisi ve en önemlisi de koruyucu aile hizmet modelidir. İngiltere'de koruyucu aile bakımının yasal zemini 1989 tarihli Çocuk Yasası ile düzenlenmiştir. İngiltere'de koruyucu aile hizmet modeli yerel yönetimlerin yanı sıra yasal sorumluluklarını yerine getiren Bağımsız Koruyucu Aile Şirketleri tarafında da yerine getirilebilmektedir (OFSTED, 2018).

Koruyucu ailelerin denetimi incelenmesi ve izlenmesi bağımsız bir hükümet kurumu olan OFSTED tarafından yapılmaktadır (İzci, 2020). İngiltere'de koruyucu aileler için oldukça kapsayıcı bir destek sistemi bulunmaktadır. İngiltere Eğitim Bakanlığı, 2012 yılında Koruyucu Aileler için Eğitim, Destek ve Geliştirme Standartlarını yayınlamıştır. Bu standartlar ile koruyucu ailelerin koruyucu aile olma şartlarını taşımaları ve koruyucu aile olabileceğinin onaylanması sonrasındaki süreçteki ilk 12-18 ay içinde neleri bilmesi, anlaması ve yapabilmesi gerektiğini belirleyen ulusal bir asgari ölçütler belirlenmiştir (Jarrett ve Bellis, 2018).

İngiltere'de koruyucu aile olmak isteyen aile ve kişilerin İngiltere'de süresiz oturma izni ve tam zamanlı bir ikametgaha sahip olma şartının yanı sıra koruyucu aile ile koruyucu aile yanına yerleştirecek çocuk arasındaki yaş farkının 21 yaşından büyük olması şartı aranmaktadır (Fostercare, 2024).

Koruyucu aile modeli konusunda İngiltere 11 farklı koruyucu aile modeli bulunmaktadır. Bu nedenle İngiltere koruyucu aile modeli hem Türkiye'den ve hem de Almanya'dan bu yönleriyle ayrılmaktadır. İngiltere'deki koruyucu aile modelleri: "Uzun Dönem Bakım, Tutuklu Çocuklara Yönelik Bakım, Kısa Dönem Bakım, Çok Boyutlu Tedavi İçeren Bakım, Acil Durum Bakımı, Aile, Arkadaş veya Akraba Bakımı, Evlat Edinmek için Koruyucu Bakım, Kısa Süreli Molalar, Destekleyici Köprü Oluşturma, Ebeveyn Çocuk Bakımı, Kardeşler için Koruyucu Bakım" yer almaktadır.

6.1.2. Korunma Kararı ile Çocuğun Biyolojik Ailesi Yanında Bakımı

İngiltere’de çocuk korunma sisteminin asıl hedefinin çocuğun aile yanında korunarak bakımının sağlanmasıdır. Bu bağlamda 1989 tarihli çocuk yasasında da çocuğun yaşamış olduğu sorunların öncelikli olarak profesyonel yardım alınarak aile içinde çözülmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle sorunların çözümünde ailenin yerel yönetimlerle işbirliği içinde olmasına önem verilmektedir. Ailenin bu süreçte yerel yönetimlerle işbirliği içinde olmaması mesleki çalışmalara yanıt vermemesi, çocuğun olumsuz koşullarını düzeltmemesi halinde yerel yönetimlerce çocuk bakım altına alınabilmektedir. Ancak çocuğun koruma ve bakım altına alınması halinde aile ebeveynlik görevlerini yerine getirmek zorundadırlar (Güneş Aslan, 2023). Çocuk korunma ve bakım altına alınmadan önce yetkili olan mahkeme yerel yönetimlerin aile ve çocukla yapmış olduğu çalışmaları talep edebilir (Beter, 2010).

6.2. Kurum Çatısı Altında Bakım

İngiltere’de herhangi bir koruyucu ailenin yanına veya biyolojik ailesi yanına döndürülmesi mümkün olmayan çocuklar kurum bakımına alınmaktadır (Zayed ve Harker, 2015). İngiltere’de çocuk evi sistemi 3 kategoride ele alınmaktadır. Bunları Çocuk Evleri, Çocuk Yurdu olarak kayıtlı yatılı özel okullar ve Güvenli Çocuk Evleri olarak sıralayabiliriz.

Yukarıda bahsedilen bu kurumlara çocukların korunma altına alınma durumlarına göre çocukların yerleştirilmeleri yapılmaktadır. Ayrıca farklı olumsuz davranışlara sahip olan çocuklar için farklı kurumlarda özel terapiler oluşturulmuş kurumlarda çocuklara bakım hizmeti de verilmektedir. Bu kurumları Terapötik Yatılı Birimler, Yarı Bağımsız Yatılı Kuruluşlar, Güvenlikli Gözetim Birimleri ve Geçici Bakım sağlayan kurumlar olarak sıralayabiliriz.

6.2.1. İngiltere’de Evlat Edinme Sistemi

Evlat Edindirme ve Çocuk Kanunu İngiltere’de 2002 yılında kabul edilmiş ve 2005 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanun 2009 ve 2018 yılında yapılan değişikliklerle bugünkü halini almıştır (Güneş Aslan, 2023). İngiltere’de evlat edindirilen çocuk biyolojik ailesi ile bağı tümüyle kesilmemekte, mektuplar veya yılda bir veya iki kez toplantılar aracılığıyla bağları devam ettirilmektedir. Evlat edinen kişi/aile evlat edindiği çocuğun öz geçmişini, çocuğun terk edilme sebeplerini, çocuğun anne babasının sağlık durumunu ve hatta kimlik tanımlamasını bilme hakkı bulunmaktadır (Mignot, 2017).

7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

İncelenen üç ülkenin çocuk koruma sistemleri, yapılanma açısından farklı modellere sahiptir. Türkiye’de merkezi idare sistemi uygulanırken İngiltere ve Almanya yerel yönetim modelleri ağırlıklı olarak uygulanmaktadır. Almanya ve İngiltere arasındaki fark, Almanya’da sadece yerel düzeyde oluşturulan Gençlik Daireleri ve sivil toplum kuruluşları tarafından çocuk koruma hizmetleri yerine getirilirken İngiltere’de yerel yönetim ölçekli birden çok kurum tarafından çocuk koruma hizmetleri yerine getirilmektedir.

Koruma ihtiyacı bulunan çocuklara yönelik bakım modelleri, ülkelerin kültürel, sosyo- ekonomik, gelişmişlik vb. etkenlere bağlı farklılıklar göstermektedir. Bu çocuklara yönelik korunma ve bakım öncelikli olarak kurum bakımında sağlanmıştır. Ancak, günümüzde gerek Avrupa ve gerekse ülkemizde kalabalık kurum bakım modelleri olan yetiştirme yurtları, çocuk yuvaları gibi kurum bakım modelleri aile temelli sosyal hizmet modellerine dönüştürülüp kapatılmıştır. Sosyal hizmet bağlamında ülkemizdeki çocuk koruma sisteminin tarihçesine bakıldığında sisteminin geleneksel kalabalık kurum bakımları olarak başlayıp sonrasında modern aile yanında bakım, koruyucu aile yanında bakım veya ev tipi sosyal hizmet modellerinde bakım gibi çocuk sistemlerine dönüştüğü görülmektedir.

Devletler kurum bakımı yerine çocukların bir aile ortamında sağlıklı gelişim gösterebilmesi için koruyucu aile hizmetini alternatif bir hizmet modeli olarak geliştirmiştir. Ülkemizde halen kurum bakımı önemli ölçüde benimsenirken koruyucu aile modeli ve evlat edinme hizmet modellerinin yeterince gelişmediği görülmektedir. Ancak İngiltere ve Almanya’da kurum bakımına kıyasla koruyucu aile modeli daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde son zamanlarda çocukların kurum bakımı yerine kendi ailelerinin veya yakınlarının yanında bakımlarının sağlanmasına yönelik yeni uygulamalar ve yenilikler yapılmıştır. Bu bağlamda çocuklar aile temelli hizmet modelleri kapsamında sosyal ve ekonomik destek hizmet modelleri kapsamında aileleri ve yakınları yanında ekonomik olarak desteklenmektedirler.

Almanya, İngiltere ve Türkiye'nin koruyucu aile olma yaş sınırlarına bakıldığında ülkemizde 25 ile 65 yaş arası kişiler ve ailelerin koruyucu ailelik için başvuruda bulunabildiği ve çocuk ve aile koruyucu aile arasındaki yaş farkının en az 18 yaş olması gerektiği, Almanya'da koruyucu aile olmak isteyen aile ve kişiler ile koruyucu aile yanına yerleştirecek çocuk arasındaki yaş farkının 45 yaş üzerinde olması şartı arandığı, İngiltere'de ise koruyucu aile olmak isteyen aile ve kişiler ile koruyucu aile yanına yerleştirecek çocuk arasındaki yaş farkının 21 yaşından büyük olması şartı arandığı görülmektedir. Ülkemizde koruyucu aile olmak için Türk vatandaşı olma şartı yer almakta iken Almanya ve İngiltere koruyucu aile sistemlerinde ise farklı bir uyruğa sahip kişi ve ailelerde koruyucu aile olabilmektedir. Bu yönleriyle Almanya ve İngiltere'ye göre ülkemizdeki koruyucu aile modelinin daha katı olduğu görülmektedir.

Koruma altındaki çocuklardan koruyucu aile yanına yerleştirilmesi uygun görülen çocuklar ve koruyucu ailelik için başvuruda bulunan ailelerin farklı özellikleri göz önünde bulundurularak ülkelerde çeşitli koruyucu aile modelleri oluşturulmuştur. Ülkemizde Akraba veya Yakın Çevre, Uzmanlaşmış, Süreli ve Geçici Koruyucu Aile Modelleri olmak üzere dört farklı koruyucu aile modeli bulunmaktadır. Türkiye ile benzerlik gösteren Almanya koruyucu aile sisteminde 5 farklı koruyucu aile modeli bulunmakta olup Türkiye'den 'Nöbetçi Tam Zamanlı Bakım' modeli ile ayrılmaktadır (Doğan,2020). Koruyucu aile modeli konusunda İngiltere 11 farklı koruyucu aile modeli ile hem Türkiye'den ve hem de Almanya'dan bu yönleriyle ayrılmaktadır.

Ülkemizde koruyucu ailelik hizmeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Koruyucu Aile Birimleri tarafından yürütülürken Almanya'da merkezi hükümet ile sivil toplum kuruluşlarının ortak koordinesinde yürütülmektedir. Koruyucu ailelik hizmeti İngiltere'de ise merkezi hükümet ile yerel yönetimler ve Bağımsız Koruyucu Ajanslar tarafından yürütülmektedir. Benzer şekilde evlat edindirme hizmeti de Almanya ve İngiltere'de yerel yönetimler, özel ve gönüllü kurum ve kuruluşlar eliyle yürütülmekte iken ülkemizde ise merkezi yönetim tarafından yürütüldüğü görülmektedir.

İngiltere'de evlat edindirilen çocuk biyolojik ailesi ile bağı tümüyle kesilmemekte mektuplar veya yılda bir veya iki kez toplantılar aracılığıyla bağları devam ettirilmekte iken Almanya ve Türkiye'de biyolojik ailesi ile bağı tamamen kesilmektedir. Bu yönüyle İngiltere evlat edindirme hizmet modelinde Türkiye ve Almanya'dan farklılaşmaktadır.

Özetle incelenen üç ülkenin çocuk koruma sistemleri, farklı yapılanma modellerine sahipken, sistemlerin kendi açılarından çeşitli avantaj ve dezavantajlar taşıdığı, yapılacak kültürler arası transfer ve yeni çalışmalarla, sistemlerin geliştirilmesi ve daha sağlıklı bir hale gelmesinin sağlanabileceği gözlenmiştir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2024, 8 Mayıs). 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramının 100. Yılına Özel Çocuk Bülteni. <https://www.aile.gov.tr/chgm/sayfalar/23-nisan-cocuk-bulteni> adresinden erişildi.

Baykara Acar, Y., Acar, H. ve Berghan, S. (2018). *Türkiye'de Çocuk Koruma Sistemi: Sorunlar ve Savunu Alanları*. Uluslararası Çocuk Merkezi. <https://cocukhaklariizleme.org/storage/app/uploads/public/5ef/5fc/cc7/5ef5fcc70c70117654780.pdf> adresinden erişildi.

Bergman, A.-S. (2016). "In a Proper Home": Foster Children's Needs and Foster Parents' Suitability during the Twentieth Century. *Journal of Family History*, 41(2), 176-191. doi:10.1177/0363199016635493

Beter, Ö. (2010). *Türkiye ve İngiltere'de çocuk koruma sistemleri*. (Yayımlanmamış yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi.

BM Genel Kurulu. (1948). "Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi" (217 [III] A). Paris.

- Buzer. (2024, 8 Mayıs). Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). https://www.buzer.de/42_SGB_VIII.htm adresinden erişildi.
- Çocuk Hakları Sözleşmesi. (1989).
- DİTİB-Kadın. (2024, 10 Mayıs). Aile, Gençlik ve Sosyal Hizmetler Merkezi. <http://jugendschutz.ditib.de/index.php/tr/content-items/8-nachrichten/47-pflegefamilie-eineverdienst-und-verantwortungsvolle-aufgabe-tr> adresinden erişildi.
- Doğan, B. (2020). *Alman çocuk koruma sisteminde Türkiyeli ailelerin kültür ve göç bağlamında koruyucu aile olma deneyimi*. (Yayımlanmamış yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi.
- Fostercare, U. (2024, 20 Mayıs). Koruyucu Aile Türleri. <https://www.ukfostering.org.uk/fosteringinformation/types-of-fostering/> adresinden erişildi.
- Gökçe, B. (1971). *Memleketimizde Cumhuriyet Devrinde Kimsesiz Çocuklar Sorunu ile İlgili Tutumun Sosyolojik Mukayeseli Tahlil ve İzahı*. Ankara: Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı.
- Güneş Aslan, G. (2023). *Dünyadaki Örnekleriyle Çocuk Koruma Sistemleri* (1. bs., C. Amerikan Cilt). Ankara: Nobel.
- İzci, L. (2020). Türkiye ve İngiltere’de koruyucu aile sisteminin karşılaştırması. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (50), 140-163. doi:10.48070/erusosbilder.740035
- İzci, L., Seyhun Sarı, K. ve Uyanık, M. N. (2021). *Aile Odaklı Hizmet Modeli olarak Koruyucu Aile Uygulaması*. Ankara: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- Jarrett, T. ve Bellis, A. (2018). *Foster care in England*. UK: House Of Commons Library. <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cdp-2018-0064/> adresinden erişildi.
- Mignot, J.-F. (2017). Full adoption in England and Wales and France: A comparative history of law and practice (1926–2015). *Adoption & Fostering*, 41(2), 142-158. doi:10.1177/0308575917704551
- OFSTED. (2018). *Children’s social care in England*. National Statistics. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/381141/Introduction_20to_20independent_20fostering_20agencies.pdf adresinden erişildi.
- Resmi Gazete. Sosyal Hizmetler Kanunu. 18059 Sosyal Hizmetler Kanunu (1983).
- Salim, M. (2011). *Geçmişten Günümüze Türkiye’de Çocuk Koruma Politikaları ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu*. (Yayımlanmamış yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Seçkiner Bingöl, E. (2018). İngiltere Yerel Yönetimlerinde Sosyal Hizmet ve Sosyal Yardım. *Ombudsman Akademik*, (8), 105-123. doi:10.32002/ombudsmanakademik.443484
- Şenocak, H. (2010). Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (51), 177-228.
- Şimşek, Z., Erol, N., Öztop, D. ve Özcan, Ö. Ö. (2008). Kurum bakımındaki çocuk ve ergenlerde davranış ve duygusal sorunların epidemiyolojisi; ulusal örnekleme karşılaştırmalı bir araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3). <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/82521> adresinden erişildi.
- Tuncer, B. ve Erdoğan, T. (2018). Korunmaya Muhtaç Çocuklar ve Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri. *Journal of International Scientific Researches*, 3(2), 515-527. doi:10.21733/ibad.417251
- Uğur, Ç. (2018). *Türkiye’de Çocuk Koruma Politikaları: Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmetinin Rolü*. (Yayımlanmamış yayınlanmamış uzmanlık tezi). Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Politika Genel Müdürlüğü.
- Vatandaş, S. ve Vatandaş, S. (2014). Alman Gençlik Dairesi (Jugendamt) ve Koruma Altına Alınan Türk Kökenli Çocuklar. *Bilge Strateji*, 6(10), 137-156.

- Yolcuoğlu, Dr. İ. G. (2009). Türkiye’de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(18), 43-58. doi:10.21560/spcd.15089
- Zayed, Y. ve Harker, R. (2015, 24 Mayıs). Childeren in care England:statistics. https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/24518/2/snsg-04470_Redacted.pdf adresinden erişildi.