

SAĞLIK YÖNETİMİ

ALANINDA GÜNCEL ÇALIŞMALAR

EDİTÖR:
PROF. DR. NESRİN AKCA



BİDGE Yayınları

Sağlık Yönetimi Alanında Güncel Çalışmalar

Editör: Nesrin Akca

ISBN: 978-625-8989-34-2

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2026-06-25

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İÇİNDEKİLER

Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi	1
<i>SİNEM YILDIZ, TÜRKAN YILDIRIM</i>	
Sağlık Turizminde Türkiye İçin Stratejik Yaklaşımlar	40
<i>PINAR ÖKE KARAKAYA</i>	
Sağlık Çalışanlarının Dijital Hastane Değerlendirmelerine Yönelik Tutumları	62
<i>NESRİN AKCA, AHMET KAR, ŞEYMA HASPOLAT, RÜMEYSA YALMAN</i>	
Diyabet Hastalarında Hasta Merkezli Bakım ve Yaşam Kalitesi ..	86
<i>NUR KIZILKAYA, AHMET KAR</i>	
Sağlık Çalışanlarında Eleştirel Düşünme	127
<i>BÜŞRA KILIÇ, NESRİN AKCA</i>	

BÖLÜM 1

BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINDAKİ ROLÜ*

SİNEM YILDIZ¹
TÜRKAN YILDIRIM²

Giriş

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sağlık hizmetlerinden etkili ve verimli bir şekilde yararlanabilmeleri açısından kritik bir öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı kavramı çoğu zaman yalnızca temel okuma ve yazma becerileriyle ilişkilendirilse de bu yaklaşım kavramın kapsamını tam olarak yansıtmamaktadır. Nitekim Pleasant'ın (2014) belirttiği üzere sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerinin yanı sıra, söz konusu bilgi ve becerileri sağlıkla ilgili karar ve davranışlara dönüştürebilme kapasitesini de içermektedir (Nutbeam, 2000). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı,

*Bu bölüm, Prof. Dr. Türkan Yıldırım danışmanlığında hazırlanan "Göçmenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Arş. Gör., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0009-0005-5461-1776

²Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-5104-9750

yalnızca bilişsel bir yeterlilik alanı değil, aynı zamanda bireyin sağlık davranışlarını şekillendiren çok boyutlu bir yetkinlik olarak değerlendirilmektedir. Sağlık okuryazarlığının önemli sonuçlarından biri, bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili kararlarında daha bilinçli davranabilmeleridir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden elde edilen yararın artırılmasında önemli rol oynayan unsurlardan biri de akılcı ilaç kullanımıdır. Tıp biliminde yaşanan gelişmeler ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ilaçların sayı ve çeşitliliğinde önemli artışlara yol açmıştır. İlaç seçeneklerinin çoğalması, ilaç kullanımı sonrası edinilen deneyimler ve değişen tedavi modelleri hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların ilaç kullanımı konusunda bilinçli ve akılcı kararlar almasını gerekli kılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını; bireylerin klinik gereksinimlerine uygun ilacı, doğru dozda, doğru zamanda ve en düşük maliyetle temin etmeleri ve kullanmaları şeklinde ifade etmiştir (WHO, 1986). Bununla birlikte, DSÖ'ne göre akılcı olmayan ilaç kullanımı küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri temel ilaçlara erişimde güçlük yaşarken, dünya genelinde kullanılan ilaçların yarısından fazlasının uygunsuz şekilde reçete edildiği, dağıtıldığı veya satıldığı bildirilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı; tedavi başarısızlığı, ilaç yan etkileri, ilaç direnci ve ilaç etkileşimleri gibi sağlık sorunlarına yol açmasının yanı sıra, sağlık sistemlerinin sınırlı ekonomik kaynaklarının verimsiz kullanılmasına ve önemli düzeyde kaynak israfına neden olmaktadır (WHO, 2025).

Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Tarihçesi ve Tanımı

Çağın gerektirdiği sosyal ve teknolojik dönüşümler sağlık sistemlerinde de önemli değişimlere yol açmıştır. Değişen sağlık sistemleri hem hizmet sunucularının hem de hizmetten yararlanan bireylerin rollerini ve beklentilerini yeniden şekillendirmiştir. Bu

kapsamda bireylerin kendi sağlık durumları ve sorunları hakkında bilgi sahibi olmaları, aldıkları sağlık hizmetlerini anlayabilmeleri, sağlıkla ilgili hak ve sorumluluklarının farkında olmaları ve sağlıklarına ilişkin karar alma süreçlerine etkin biçimde katılmaları beklenmektedir (Tontuş, 2014).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin sağlık sistemi içerisinde etkin bir şekilde yer alabilmeleri için gerekli kişisel ve sosyal beceriler ile bilgiyi kavrama, değerlendirme, karar verme ve problem çözme süreçlerinde kullanılan temel okuryazarlık becerilerinden ortaya çıkmıştır (Mancuso, 2009). Bu yönüyle sağlık okuryazarlığı, yalnızca okuma ve yazma yeterliliğini değil, aynı zamanda sağlıkla ilgili bilgileri yorumlayabilme ve bu bilgileri uygun sağlık kararlarına dönüştürebilme kapasitesini de kapsamaktadır. Diğer taraftan sağlık bilgisinin niteliği, erişilebilirliği ve etkin kullanımı konusundaki farkındalığın artmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığı; araştırmacıların, sağlık profesyonellerinin, politika yapıcılarının ve sağlık alanında faaliyet gösteren kurumların önemli ilgi alanlarından biri hâline gelmiştir (Örnek, 2014).

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı terimleri yıllar boyunca değişen ihtiyaçlar ve sağlık sistemlerinde yaşanan dönüşümler doğrultusunda zaman içinde farklı şekillerde tanımlanmış ve geliştirilmiştir. Böylelikle sağlık okuryazarlığı alanı hızla gelişerek daha geniş disiplinleri kapsamış ve disiplinler arası niteliği daha belirgin hale gelmiştir. Sağlık okuryazarlığı terimi ilk defa 1974'te Simonds tarafından kullanılmıştır. Simonds (1974) sağlık okuryazarlığını sağlık eğitimi bağlamında ele almış ve sağlık sistemini etkileyen önemli bir politika sorunu olarak değerlendirmiştir. Süreç içerisinde sağlık okuryazarlığı kavramını açıklamaya yönelik akademik literatürde yaklaşık 250 farklı tanım yapılmıştır (Malloy, 2016). Tanımlarda ortak değinilen nokta ise;

sağlık okuryazarlığı kavramının bir dizi bilgi ve işlevsel becerilerden oluştuğudur (Schulz, 2012).

DSÖ 1998’de sağlık okuryazarlığını; *“bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal beceriler”* olarak tanımlamıştır (WHO, 1998). Bu tanım, sağlık okuryazarlığını yalnızca bireysel bilgi düzeyiyle sınırlamamakta, aynı zamanda bireyin sosyal çevresiyle etkileşimi ve karar verme süreçlerini de kapsayan geniş bir çerçevede ele almaktadır.

Benzer şekilde Nutbeam (1998) sağlık okuryazarlığını, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlayıp kullanma motivasyonu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak değerlendirmiştir. Sağlık okuryazarlığına sahip olmak, yeterli sağlık davranışları sergilemede bir ön koşul olarak görülmektedir (Nutbeam, 1998).

1999 da Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association – AMA) sağlık okuryazarlığını daha işlevsel bir perspektiften ele alarak *“sağlıkla ilgili bir dizi temel okuma ve işlevsel görevleri gerçekleştirme becerisi”* olarak tanımlamıştır (AMA, 1999). Bu tanım özellikle sağlık hizmetlerinin kullanımı sırasında gerekli olan temel becerilere odaklanmaktadır.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı kavramı Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde; *“bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder”* olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu tanım, uluslararası literatürde yer alan yaklaşımlarla uyumlu olup sağlık okuryazarlığının hem bilişsel hem de davranışsal boyutlarını vurgulamaktadır.

Sağlık okuryazarlığına ilişkin mevcut tanımların büyük bölümü; bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve değerlendirme becerilerine odaklanmakla birlikte, edinilen bilginin

uygulamaya aktarılması ve sağlık davranışlarına dönüştürülmesi boyutunu yeterince vurgulamamaktadır. Bu eksiklikten hareketle Pleasant (2014) sağlık okuryazarlığına daha kapsamlı bir yaklaşım getirerek yeni bir tanım önermiştir. Bu tanıma göre sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık sistemi içerisinde hareket edebilmesi, sağlıklarını koruyup geliştirebilmeleri ve mevcut hastalıklarını yönetebilmeleri için gerekli olan sağlık bilgilerini edinme, anlama ve bu bilgileri uygun bir biçimde uygulayabilme becerisi olarak ifade edilmiştir (Pleasant, 2014).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişme ve hizmeti kullanma, bilgileri anlama ve kendi sağlıkları için en doğru kararları verebilmeleri ve sağlıkla ilgili bilgileri yönetmeleri konularında güçlük yaşanmasına neden olmaktadır (Davis, 2002). Bu durum, bireylerin sağlık sonuçlarının olumsuz etkilenmesine, sağlık hizmetlerinden daha düşük düzeyde yararlanmalarına ve sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine sebep olabilmektedir.

Bir toplumda okuryazarlık seviyesinin düşük olması, sunulan sağlık bilgilerinin ve hizmetlerin yeterli düzeyde kullanılamamasına neden olmaktadır. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda sağlık bilgilerine erişim ve hizmetleri kullanmama durumunda daha fazla sorun yaşandığı görülmektedir. Bu durum, söz konusu grupların sağlık risklerine daha fazla maruz kalmalarına ve sağlık sonuçlarının daha olumsuz seyretmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle düşük sağlık okuryazarlığının sağlık  ıktıları üzerindeki olumsuz etkileri ve sağlık maliyetlerini artırıcı rolü, sağlık hizmeti sunucularının, yöneticilerin ve politika yapıcıların dikkatini çeken önemli bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir (Nutbeam, 2008).

Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığının toplum için önemi literatürde genel olarak altı temel başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar; sağlık okuryazarlığından etkilenen birey sayısının yüksek olması, düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz sağlık çıktılarıyla olan ilişkisi, kronik hastalık yükündeki sürekli artış, sağlık hizmetleri maliyetleri üzerindeki yükü, sağlık bilgisine yönelik artan talep ve sağlıkta eşitliğin sağlanmasındaki rolüdür (Kanj & Mitic, 2009).

Çok sayıda kişiyi etkilemesi: Bazı ülkelerde yüksek yetişkin sağlık okuryazarlık düzeyi görülse de küresel olarak düşünüldüğünde yeryüzündeki insanların yalnızca %16'sının yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu durumdan pek çok insan etkilendiği için okuryazarlığın yükseltilmesi önemli görülmektedir.

Olumsuz sağlık çıktıları: Sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan pek çok kıstasın olmasına rağmen okuma akıcılığı ile ölçülmesi gibi yapılan yetersiz ölçümler ve sonuç olarak artan ölüm oranları arasında açık bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir.

Kronik hastalık yükünün giderek artması: Sağlık okuryazarlığına sahip olmak kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemli rol oynamaktadır. Tahminlere göre kronik hastalıklar, toplam hastalık yükünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığına sahip olması da hem süreç yönetimini kolaylaştıracak hem de sağlık hizmeti sunum maliyetlerinin azaltılmasını sağlayacaktır.

Sağlık hizmeti maliyeti: Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmetinin toplam maliyetinin üzerine %3- 5 arasında ek maliyete neden olmaktadır.

Sağlık bilgisi talepleri: Mevcut sağlıkla ilgili materyallerin okunur ve anlaşılır olma seviyeleri ile hedef kitlenin okuma ve anlama seviyesi arasında bir uyumsuzluk bulunmaktadır. Teknik dilin sık

kullanılması sağlıkla ilgili kaynakların anlaşılabilirlik düzeyini düşürerek kullanılamaz hale getirmiştir.

Eşitlik: En kötü sağlık sonuçlarına sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini arttırmak, sağlık eşitsizliklerini azaltmada önemlidir. Çünkü düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip bir birey kendi sağlığını etkili bir şekilde yönetme, sağlık hizmetlerine etkili bir biçimde erişeme ve kendisine sunulan bilgileri anlama noktasında yetersizlikler yaşamaktadır (Kanj & Mitic, 2009).

Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlıklarıyla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabilmekte ve elde ettikleri bilgileri daha etkin bir biçimde kullanabilmektedir (Nutbeam, 2000). Buna karşılık, sağlık okuryazarlığının düşük olması sağlık bilgilerini anlamada güçlük yaşanması ve tedavi süreçlerine uyumun azalması özellikle ilaç kullanımında sorunların ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu durum; daha kötü sağlık sonuçları, artan mortalite riski, sağlık hizmetlerinin yetersiz veya gereksiz kullanımı ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarında artış gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Berkman et.al., 2011). Düşük sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltmakta ve bireylerin sağlık çıktılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Buna karşın sağlık okuryazarlığının temel faydası, bireylerin sağlıkları ile ilgili bilinçli ve doğru kararlar alabilmelerine olanak sağlamasıdır (Baker et.al., 1998). Özellikle kronik hastalıkların yaygın olduğu ve tedavi maliyetlerinin giderek arttığı durumlarda, bireylerin kendi sağlıklarının yönetiminde daha fazla aktif rol üstlenmeleri büyük önem taşımaktadır (McQueen et.al., 2007).

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı, çok boyutlu yapısı ve bileşenleri içermesi nedeniyle literatürde çeşitli modeller ve sınıflandırmalar çerçevesinde ele alınmaktadır. Zarcadoas ve arkadaşlarının 2006 yılında geliştirdiği model ile Don Nutbeam'ın 2000 yılında ortaya

koyduğu sınıflandırma en yaygın kabul gören yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Zarcadoolas ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını çok boyutlu bir perspektif ile ele almış ve kavramı dört temel bileşen çerçevesinde açıklamıştır. Bu bileşenler; temel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık ve kültürel okuryazarlıktır. Sağlık politikalarının geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde söz konusu okuryazarlık boyutlarının dikkate alınması gerektiği işaret edilmiştir (Zarcadoolas, 2005).

- Temel okuryazarlık bireylerin okuma-yazma ve matematiksel becerilerini ifade etmektedir.
- Yurttaşlık okuryazarlığı, toplumsal konularda bilinçli olma ve bu konularla ilgili tartışma ve karar süreçlerinde aktif katılma yeteneğini ifade etmektedir.
- Bilimsel okuryazarlık bireyin bilimi ve teknolojiyi anlama ve kullanabilme becerisini ifade etmektedir.
- Kültürel okuryazarlık ise sağlıkla ilgili bilgileri kolektif inanç, gelenekler ve sosyal kimlik ile anlayıp yorumlayabilme ve kullanabilme becerisini ifade etmektedir (Zarcadoolas, 2005).

Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişebilme ve bu bilgiyi sağlık kararlarında etkin bir biçimde kullanabilme kapasitesi ile ilişkilendirmiştir. Yani sağlık okuryazarlığı yalnızca bireyin okuma ve yazma becerileriyle sınırlı bir kavram olarak değil, söz konusu becerilerin bireye sağlıkla ilgili konularda ne ölçüde yetkinlik kazandırdığı açısından ele alınmaktadır. Bu doğrultuda Nutbeam tarafından geliştirilen modelde sağlık okuryazarlığı temel/fonksiyonel, iletişimsel/interaktif ve eleştirel/kritik olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmıştır (Nutbeam, 2000).

Temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları sağlıkla ilgili durumlarda etkili bir şekilde hareket edebilmelerini sağlayan temel bilgi ve becerileri ifade

etmektedir. Bu düzey sağlık okuryazarlığının dar anlamdaki kullanımına karşılık gelmektedir. Temel sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık risklerini tanımlayabilmekte, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasına yönelik temel bilgileri anlayabilmekte ve ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine nasıl erişecekleri ve bu hizmetlerden nasıl yararlanacakları konusunda bilgi sahibi olmaktadır. Bu nedenle fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sisteminde etkin bir şekilde yer alabilmeleri için gerekli olan asgari bilgi ve beceri düzeyini temsil etmektedir.

İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı temel sağlık okuryazarlığının ötesinde, daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri içeren bir düzeyi ifade etmektedir. Burada birey farklı iletişim biçimlerinden yararlanarak sağlıkla ilgili anlamlı bilgiler çıkarabilmekte ve bu bilgileri günlük yaşamlarında sağlıklarını korumak ve geliştirmek adına uygulayabilmektedir.

Eleştirel /kritik sağlık okuryazarlığı sağlık okuryazarlığının en ileri düzeyini temsil etmekte olup bireylerin sahip olduğu gelişmiş bilişsel ve sosyal beceriler aracılığıyla sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel bir bakış açısıyla analiz edebilme ve değerlendirebilme yetkinliği olarak ifade edilebilir. Böylece bireyler, yaşamları boyunca karşılaştıkları olaylar ve durumlar üzerinde daha fazla kontrol sağlayabilmektedir (Nutbeam, 2000).

Literatürde yer alan çok sayıda çalışma, sağlık okuryazarlığının yalnızca okuma ve yazma becerilerinden ibaret olmadığını, bunun ötesinde sağlıkla ilgili bilgileri dinleme, okuma, anlama, etme ve bunların sonucunda sağlıkla ilgili karar verme süreçlerini de kapsadığını ortaya koymaktadır. Bir bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi içinde bulunduğu eğitim sisteminden, sağlık sisteminden, kültürden ve toplumsal faktörden etkilenerek şekillenmektedir (Sörensen et.al., 2012).

Pawlak 2005 yılındaki bir çalışmasında sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri incelemiş ve sağlık okuryazarlığının toplumsal sağlık sonuçları üzerinde önemli bir role

sahip olduğunu ortaya koymuştur. Araştırma bulgularına göre toplum sağlığında gözlenen iyileşmeler, sağlık okuryazarlığı düzeyini şekillendiren çeşitli faktörlerle yakından ilişkilidir. Yaş, genetik, dil, eğitim, kültür vb. değişkenler bireylerin sağlık okuryazarlığını etkileyen temel unsurlar arasında yer almaktadır (Pawlak, 2005).

Sosyoekonomik düzey, sağlık okuryazarlığının en önemli belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde daha avantajlı konumda olduklarını ve bu nedenle daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olma eğiliminde bulunduklarını göstermektedir. Buna karşılık, düşük sosyoekonomik gruplarda yer alan bireyler; sınırlı ekonomik kaynaklar, düşük eğitim düzeyi ve olumsuz çalışma koşulları gibi faktörlerin etkisiyle sağlık okuryazarlığı açısından daha dezavantajlı bir konumda bulunmaktadır (Braveman, 2014).

Sorensen ve arkadaşları (2012) gerçekleştirdikleri bir çalışmalarında sosyoekonomik statü, meslek, eğitim durumu, gelir vb. demografik ve sosyal faktörlerin bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu saptamışlar ve bu nedenle bu faktörleri sağlık okuryazarlığını etkileyen öncü faktörler olarak değerlendirmişlerdir (Sorensen et.al., 2012).

Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Ölçüm Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığını oluşturan bilgi ve becerilerin ölçülmesi hem halk sağlığı araştırmalarında hem de klinik uygulamalarda önemli bir yere sahiptir (Guzys et.al., 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmesi literatürde genel olarak biçimsel (formal) ve biçimsel olmayan (informal) yöntemler olmak üzere iki temel yaklaşımla gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel Olmayan (İnformel)

Değerlendirmesi: Biçimsel olmayan değerlendirme yaklaşımları sağlık okuryazarlığı düzeyinin hasta ile kurulan iletişim sırasında yapılan gözlemler, görüşmeler ve soru-cevap teknikleri aracılığıyla değerlendirilmesine dayanmaktadır. Okuma- yazma veya sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan yetişkinler bu yetersizliklerini çeşitli nedenlerle gizleme eğiliminde olabilmektedir. Bu nedenle, sınırlı okuryazarlık becerilerine sahip bireylerin belirlenmesinde bazı biçimsel olmayan yöntemler de kullanılabilir (CHCS, 2024). Bunlar: Kişinin sık sık randevu kaçırmaması,

- Testleri veya yönlendirmeleri takip etmekten kaçınması,
- Hasta kayıt formunu dolduramaması veya yanlış doldurması,
- Yazılı bir materyal verildiğinde gözlüğümü unuttum, eve gidince okurum vb. ifadeler kullanması,
- İlaçların sağlığına olan etkilerini okumak yerine ilacın görünüşüne bakarak ilacı değerlendirmesi (CHCS, 2024).

Bu tür değerlendirmeler bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri hakkında davranışsal göstergeler üzerinden önemli bilgiler sunabilmektedir. Bununla birlikte, değerlendirmelerin gözleme ve yorumlamaya dayanması nedeniyle nesnellik, güvenilirlik ve geçerlilik açısından bazı sınırlılıklar bulunmaktadır (Guzys, 2015). Bu nedenle biçimsel olmayan yöntemlerin, sağlık okuryazarlığının kapsamlı ve doğru bir şekilde değerlendirilmesi amacıyla biçimsel ölçüm araçlarıyla desteklenmesi önerilmektedir.

Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel (Formal) Değerlendirmesi:

Sağlık okuryazarlığının biçimsel (formal) olarak değerlendirilmesinde, klasik veya modern test kuramları çerçevesinde geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış standar ölçüm araçları kullanılmaktadır. Bu değerlendirme yönteminde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri nicel olarak ölçülebilmektedir. Sağlık alanına özgü okuryazarlık becerilerinin ölçülmesine yönelik çalışmalar özellikle 1990'lı yıllardan itibaren

gelişmeye başlamış ve bu amaçla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (Parker et.al.,1995). Sağlık okuryazarlığı ölçümü belirli gruplar üzerinden yapılabildiği gibi bir hedef kitlenin veya toplumun geneli için de ölçülebilmektedir (IOM, 2013). Pelikan ve arkadaşlarının (2014) 17 Avrupa ülkesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, sağlık okuryazarlığının ölçümünde kullanılan araçlar incelenmiş ve bu araçlar temel özelliklerine göre beş ana başlık altında sınıflandırılmıştır. Bunlar (Pelikan et.al., 2014);

- Nüfus veya dile özgün ölçüm araçları,
- Spesifik bir hastalığa yönelik ölçüm araçları,
- Hayat döngüsünün farklı aşamalarına yönelik (çocukluk, ergenlik, yetişkinlik vb.) ölçüm araçları,
- Spesifik roller ve görevler için kullanılan ölçüm araçları,
- Belirli alt yeterlikleri ölçmek için kullanılan ölçüm araçlarıdır.

Farklı nüfus grupları ve dilsel bağlamların okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçüm araçları, ilgili toplumun hem kültürel hem de dilsel özellikler dikkate alan bir değerlendirme yapmayı mümkün kılmaktadır. Bu amaçla geliştirilen ve literatürde yer alan bazı ölçüm araçları ise; 2006 yılında geliştirilen İspanyol Sağlık Okuryazarlığı Testi, 2009 tarihli Kore Sağlık Okuryazarlığı Testi, 2010 yılında yayımlanan Tayvan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 2011 yılında oluşturulan Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Japon yetişkinler için kullanılan HLS-14 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği örnek olarak verilebilmektedir (Pelikan et.al., 2014).

Spesifik hastalıklara yönelik sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçüm araçları, hastalığın özelliklerini göz önünde bulundurarak bir ölçüm yapmayı mümkün kılmaktadır. Bu amaçla geliştirilen ve literatürde yer alan bazı ölçüm araçları ise; 2001 yılında geliştirilen ve diyabet yönetimine yönelik oluşturulan Diyabet Okuryazarlığı Ölçeği, astım hastalığına özgü

aritmetik temelleri olan 2006’da geliştirilen Astım Aritmetik Anketi, 2007 yılında diş hekimliği alanında geliştirilen Diş Hekimliğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi ve 2012 yılında kanser hastalarına yönelik geliştirilen Kanser Okuryazarlık Testi bulunmaktadır (Pelikan et.al., 2014).

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde, bireylerin yaşam döngüsünün farklı evrelerine özgü ihtiyaç ve özellikleri dikkate alan çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu kapsamda ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla 2010 yılında geliştirilen Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Etkinlikler Testi ile ergen ve gençlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmeyi amaçlayan Kanada Lise Öğrencilerine Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Testi yaşam dönemine özgü ölçüm araçlarına örnek olarak gösterilebilir.

Farklı spesifik roller ve belirli alt yeterlilikleri değerlendirmek için kullanılan ölçüm araçlarına örnek olarak; bireylerin beslenme ile ilgili bilgi ve becerilerini ölçmeye yönelik geliştirilen Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği, sağlıkla ilgili sayısal ve klinik verilerin yorumlanma becerisini değerlendiren Tıbbi Veri Yorumlama Testi ve bireylerin sağlıkla ilgili sayısal bilgileri anlama ve kullanma yeterliliklerini ölçmeyi amaçlayan Genel Sağlık Aritmetik Testi örnek olarak verilebilir (Pelikan et.al., 2014).

Sağlık okuryazarlığının spesifik ölçülmesi için araçlar geliştirilse de sağlık okuryazarlığını genel olarak ölçmeye yönelik araçların daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Yapılan değerlendirme yöntemlerinde en sık kullanılan iki test ise Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (Davis et.al., 1993) ve Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testidir (TOFHLA- Test of Functional Health Literacy in Adults) (Parker et.al., 1995).

Sonraki yıllarda çeşitli ölçekler geliştirilse de en yaygın kullanılan testler TOFHLA, REALM, NVS (Newest Vital Sign), HLS- EU (European Health Literacy Survey) ve HALS (Health

Activities Literacy Scale) testleridir. Ölçeklerin çok çeşitli olması ve uygulama yöntemlerinin de farklı olması nedeniyle 2004 yılında Tıp Enstitüsü tarafından “Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa Son Vermek İçin Yönerge” (Health Literacy: Prescription to and Confusion) yayınlanmıştır (Kindig, 2004).

REALM bireylerin sağlık alanına ilişkin okuma becerilerini değerlendirmek için geliştirilmiş bir testtir. Testte katılımcılardan kendi sağlık bakım süreçlerine etkin biçimde katılabilmeleri için anlamaları beklenen 66 yaygın tıbbi terimden oluşan bir listeyi sesli olarak okumaları istenmektedir. Testte yer alan kelimeler, telaffuz güçlüğü ve hece sayısına göre kolaydan zora doğru sıralanmıştır ve katılımcılar her doğru okunan kelime için bir puan almakta ve elde edilen toplam puan bireyin sağlıkla ilişkili okuma düzeyinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (Davis et.al., 1993).

TOFHLA ise sayısal yetenek ve okuduğunu anlama testlerinden oluşmaktadır. Testte 17 soru sayısal yeteneği, 50 soru ise okuduğunu anlamayı ölçmektedir. Sayısal testlerin amacı ise kan şekeri ölçümünü anlama, ilaç alımında uygun dozu alma, randevuları takip edebilme becerilerini ölçmektir. TOFHLA 22 dakikalık bir süreyi kapsadığı için S-THOFLA ismi ile kısaltılmış bir versiyonu da yayınlanmıştır (Parker et.al., 1995).

Günlük yaşamda karşılaşılan durumlar veya sağlıkla ilgili davranışlar hakkında daha fazla bilgi edinilmesine ihtiyaç duyulmuş ve yapılan ölçüm testlerinin daha kapsamlı hale gelmesi için çalışmalar yapılmıştır. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS Health Activities Literacy Scale) de bu amaçla geliştirilmiş bir ölçektir (Baker, 2006).

Ülkemizde bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçekler aşağıda yer almaktadır:

- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)
- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

- Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)

Sağlık Okuryazarlığını Destekleyen Politikalar

Sağlık okuryazarlığı kapsamı ve bileşenleri bakımında karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olup temel olarak bireysel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı ortamı olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır. Bireysel sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve sağlık kararlarında kullanma kapasitesi ile motivasyonunu ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı ortamı ise temelde sağlık sistemi altyapısı ve politikaları olarak ifade edilmektedir. Yani kişinin sağlıkla ilgili bilgi edinmesinde etkili olan kişiler, süreçler, uygulama biçimlerini belirleyen politikaları kapsamaktadır (Parker, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının yetersiz koruyucu sağlık hizmetleri kullanımına ve hastane yatışlarında artışa neden olduğu belirtilmiştir. Bu durumu çözmek için 2010 yılında herkesin sağlık bilgisine sahip olabilmesi, kaliteli bir yaşam içinde sunulan sağlık hizmetinin faydalı ve anlaşılabilir olması ilkelerinden hareketle ulusal eylem planı belirlenmiştir (OASH, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Tıp Enstitüsü’ne göre sağlık okuryazarlığının gelişmesinde etkili olan üç müdahale alanı vardır. Bunlar; sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültür ve toplumdan oluşmaktadır. Bu üç müdahale alanı etrafında gerçekleştirilen çalışmalar hem sağlık çıktılarının iyileşmesini hem de sağlık hizmeti maliyetlerinin azalmasını sağlayacaktır (Institute of Medicine, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından yayımlanan “Sağlık 2020” stratejisinde, sağlık okuryazarlığı sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması açısından temel bir unsur olarak vurgulanmıştır (World Health Organization, 2013). Bu gibi verilerden hareketle Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Birleşik Krallık, Avustralya ve Çin gibi birçok ülke sağlık

okuryazarlığını ulusal stratejilerinin öncelikli stratejileri arasına dahil etmiştir (Apfel et.al., 2013).

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey'inin 2009 yılında İtalya'nın Cenova kentinde yayımlanan Bakanlar Deklarasyonunda, sağlık okuryazarlığının birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin etkili kullanımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlık sonuçlarının iyileşmesi açısından önemli bir politika aracı olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının halk sağlığı politikaların merkezinde yer alması gerektiği belirtilmiştir (United Nations Economic and Social Council, 2009).

MacLeod ve arkadaşlarının (2017) bir çalışmasında, sağlık okuryazarlığının ulusal sağlık sistemi kullanımı ve harcamalar üzerindeki etkisinin önemine vurgu yapılmıştır. Amerika'da toplam nüfus içinde yaşlı nüfus artışının devam edeceği ve bu nedenle yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yapılan girişimlerin potansiyel olarak daha yüksek hasta memnuniyeti sağlayacağı, önleyici hizmetlere uyum ve sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmada etkili olabileceği vurgulanmaktadır (MacLeod et.al., 2017).

Avrupa Komisyonu, 2008–2013 Stratejik Planı çerçevesinde sağlık okuryazarlığı konusunu öncelikli politika alanlarından biri olarak tanımlamıştır. (Sentell et.al., 2011). Ayrıca 2008 yılında gerçekleştirilen Avrupa Birliği Üst Düzey Farmasötik Forumu'nda, sağlık okuryazarlığının dikkate alınması gereken önemli bir politika konusu olduğu vurgulanmıştır (Institute of Medicine, 2013).

Almanya ulusal eylem planında bireylerin sağlık okuryazarlığını arttırmak için sağlık okuryazarlığının kurumsal planlara dahil edilmesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve hizmeti talep eden grubun farkındalığının artırılması, halkla iletişim materyallerinin sadeleştirilmesi gibi girişimlere yer verilmiştir (Doris et.al., 2020).

Avustralya Hükümeti tarafından hem sağlık profesyonellerinin eğitimini hem de tüketicilerin sağlık okuryazarlığını arttırmak amacıyla özel bir fon ayrılmıştır. Çalışma kapsamında ilaçların güvenli ve etkili kullanımını artırma, hastalık temelli kampanyalar düzenleme, çok dilli materyaller geliştirme vb. düzenlemeler üzerine odaklanılmaktadır (Australian Government Department of Health, 2025).

Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik gerçekleştirilen uygulamalar, sağlık okuryazarlığını ölçen çalışmalardan çıkan sonuçlar neticesinde belirlenmiştir. Okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylere yönelik bilgi, tutum ve davranışların belirlenerek ihtiyaca yönelik kullanılması düşük olan sağlık okuryazarlığı seviyesini arttırmada fayda sağlayacaktır. Ülkemizde, 2013-2017 yıllarını kapsayan stratejik eylem planında halk sağlığını hakkaniyetli bir şekilde korumak ve iyileştirmek amacıyla sağlık okuryazarlığı konusuna yer verilmiştir. Bu hedef doğrultusunda belirlenen stratejilerden biri, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki sorumluluklarını artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmektir. Geliştirme çalışmalarında ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesi, izlenmesi ve artırılmasının yanı sıra iletişim faaliyetlerinin güçlendirilmesi de yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen “Sağlık Okuryazarlığı E-Öğrenim Sertifika Programı”nda aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerindeki çalışanlara “Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi” programı başlatılmıştır. Programın temel amacı aile sağlığı merkezi ve halk sağlığı müdürlükleri çalışanlarında farkındalık oluşturarak sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimin kuvvetlendirilmesi ve memnuniyetin artırılmasıdır. Program kapsamında 81 ilde hem halk sağlığı müdürlüklerinde hem de toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan 400 hekime 2 ay süren eğitimler verilmesi, eğitimi tamamlayan hekimlerin görev yaptıkları illerdeki diğer hekimleri eğitime tabi tutması planlanmıştır. Böylelikle yaklaşık 45 bin aile sağlığı merkezi

çalışanının eğitilmesi hedeflenmiştir (TimeTürk, 2016). Proje kapsamında eğitim düzeyi düşük hastalar için özel yöntemlerin uygulanması planlanmıştır. Örneğin, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun broşür ve görsel materyaller geliştirilerek göçmen hastaların sabahları alması gereken ilacı güneş figürü ile, akşam alması gereken ilacı ise ay figürü ile ifade edilmesi gibi uygulamalar geliştirilmiştir. Bu sayede yanlış ilaç kullanımı engellenmesi hedeflenmiştir (TimeTürk, 2016).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 2020 yılında toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için yapılan çalışmada ülkede yaşayan 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sınırlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaş grupları arasında değerlendirildiğinde 10 yaşlı kişiden 9’unun sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarından elde edilen bir diğer önemli bulgu ise sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşmesiyle kronik hastalıkların artmasıdır. Çalışma sonuçlarına paralel olarak, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla çeşitli kampanyalar ve etkinlikler düzenlenmektedir. Bu kapsamda “Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyası”, “Obeziteyle Mücadele Kampanyası”, “Aile Hekiminizi Erken Tanıyın Kampanyası” ve “Bağımlılıkla Mücadele Çalışmaları” gibi uygulamalar yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık Bakanlığı “Sağlıklı Türkiye Yüzyılı” vizyonu doğrultusunda Türkiye genelinde sağlık eğitimi seferberliğinin başlamasını planlamıştır. Çalışma kapsamında hem eğitim hem de sağlık sektörünün birlikte kapsamlı bir çalışma yürütmesi ve eczacıların bu süreçte hastaya ilacı ve son bilgiyi veren kişiler olması nedeniyle önemli bir paydaş olması planlanmaktadır. Çalışmanın temel amacı toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmak, bir vatandaşın sağlığını kontrol altına alabileceği ve süreçte aktif rol

alabileceği bilgiye ulaşmasını sağlamaktır. Sağlıklı Türkiye Yüzyılı vizyonu doğrultusunda vatandaşını koruyan, hizmeti geliştiren ve üreten sağlık modeli ile Sağlık Bakanlığı süreçte yeni bir yaklaşım sergilemektedir. Sürecin en önemli hedeflerinden birisi ise birinci basamak sağlık hizmetini güçlendirmek ve koruyucu sağlık hizmetini ön plana çıkaran çalışmalarda bulunmaktır (Yener, 2025).

Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Berens ve arkadaşlarının 2016 yılında Almanya’da yaptığı bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin davranışlarla bağlantılı olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylerin daha fazla hastaneye başvurdıkları ve yetişkin göçmenlerin sağlıkla ilgili bilgileri daha sınırlı anladığı ve düşük okuryazarlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Berens et.al., 2016).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yapılan bir araştırmada Avrupa’nın sağlık okuryazarlık durumu ölçülmüştür. 8 ülkede (İspanya, Polonya, Almanya, Hollanda, Yunanistan, Bulgaristan, Avusturya, İrlanda) HLS- EU (The European Health Literacy Survey- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi) çalışması gerçekleştirilmiştir. Çalışma çıktıları 4 ayrı kategoriye ayrılmıştır (mükemmel/yeterli/kuşkulu/yetersiz). 8000 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda katılımcıların %12’sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı, %47’sinin sınırlı ve kalanın da yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (Sorensen et.al., 2012).

Malezya’da 2019 yılında yapılan bir nüfus araştırmasına göre genel nüfusun yaklaşık %35’inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Institute for Public Health, 2020). Çin’de 2021 yılında yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlık seviyesinin %25,4 olduğu görülmüştür. Bu veri ise 16-69 yaş arası nüfusun yaklaşık %75’inin sağlık bilgilerini anlama ve buna göre

hareket etme kapasitesinden ve kendi başlarına uygun sağlık kararını alma yeteneğinden yoksun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (NHC, 2021).

Almanya’da sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2021 yılında geçekleştirilen bir çalışmada 18 yaş ve üzeri Almanca konuşabilen yerleşik nüfusa anket uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %58,8’inin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, sağlıkla ilgili bilgiye erişmede, bilgiyi anlama ve uygulama konusunda güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Schaeffer et.al., 2021).

Amerika Kansas’ta 2023 yılında yapılan bir çalışmada, 2012–2018 yılları arasındaki nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık eğilimleri incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, düşük sağlık okuryazarlığı oranı 2012 yılında %67 iken, 2018 yılında %51’e düşmüştür. Ancak çalışmanın tartışma bölümünde, düşük sağlık okuryazarlığı oranında azalma gözlenmesine rağmen, nüfusun %51’lik bir kesiminin hl sağlık bilgisi ve tıbbi sistem hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğu belirtilmektedir (Keene Woods et.al., 2023).

Türkiye’de 2014 yılında ülke genelinde yrtlen bir çalışmada, nüfusun %64,6’sının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu oran topluma yansıtıldığında, yaklaşık 35 milyon kişiye tekabül etmektedir (Sağlık-Sen, 2014). Ankara ilinde 2016 yılında geçekleştirilen bir çalışmada, 18 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve bu düzeyin belirleyicilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda, katılımcıların %73,9’unun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Baran Aksakal, 2016).

“Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması” adlı 2018 yılında, geçekleştirilen çalışmada, Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin saptanarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik etmesi amaçlanmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %68,9'unun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Özkan vd., 2018).

Kavuncuoğlu ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı bir çalışmada yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ölçülmüştür. Çalışma sonucuna göre, katılımcıların %44,3'ünde sağlık okuryazarlığı düzeyin yeterli ve mükemmel düzeyde olduğu görülmüştür (Kavuncuoğlu vd., 2023).

Akılcı İlaç Tanımı ve Kapsamı

Tıp alanındaki gelişmelerle birlikte ilaçların çeşitliliği ve kullanım sıklığı önemli ölçüde artmıştır. Hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde ilaçlar temel bir unsur haline gelirken tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ilaçlara olan talebi ve tüketimin yükselmesine neden olmuştur (Özata vd., 2008). Ayrıca virüsler, enfeksiyöz ajanlar, radyasyon ve çevre kirliliği gibi faktörlerin etkisiyle yeni hastalıklar yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini gerektirmiş ve buna bağlı olarak ilaç kullanımının artmasına katkı sağlamıştır.

Akılcı ilaç kullanımı kavramı ilk kez DSÖ tarafından 1985'te Nairobi'de düzenlenen uluslararası bir konferansta tanımlanmıştır. Burada yapılan tanıma göre akılcı ilaç kullanımı, hastanın klinik bulguları ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı uygun sürede ve dozda kullanması ve bunu en düşük maliyetle temin etmesi anlamına gelmektedir (WHO, 1986). Dünya Bankası akılcı ilaç kullanımını iki temel ilkeyi kapsayacak şekilde ifade etmiştir. Bunlar (World Bank, 2009):

- İlaçların etkinlik, güvenlik ve uyumluluk hakkında bilimsel verilere göre kullanılması,
- İlaçların belirli bir sağlık sisteminin kısıtlamaları dahilinde maliyet etkili kullanılması

Akılcı ilaç kullanımı, hastalıkların önlenmesi, hafifletilmesi ve tedavisi için ilaçların uygun şekilde reçetelenmesi ve hastalar tarafından uygun şekilde kullanılması anlamına gelmektedir. Ayrıca akılcı ilaç kullanımı, ilaçların güvenli ve maliyet etkin olarak sürdürülebilir bir şekilde kullanılmasını da ifade edebilmektedir. Akılcı ilaç kullanımının artırılabilmesi için, hastaların sağlık ihtiyaçlarına uygun ilaçlara, uygun maliyetlerle, optimum dozlarda ve yeterli tedavi süresince erişilebilmesi gerekmektedir (Management Sciences for Health , 1997). En sadeleştirilmiş hali ile akılcı ilaç kullanımı 5 aşama ile ifade edilebilmektedir: Doğru ilaç, doğru doz, doğru uygulama yolu ile doğru zaman ve doğru hastaya uygulama olarak ifade edilebilmektedir (Mehta & Gogtay, 2005). Akılcı ilaç kullanımı, reçete yazma aşamasından itibaren gerekli adımlar uygulandığında ancak yerine getirilebilmektedir. Bunlar: hastanın sorununu doğru tanımlama, bu sorun için etkili ve güvenli tedavileri tanımlama (ilaçlı ve ilaçsız tedaviler), uygun ilaçları, dozu ve süreyi seçme, anlaşılır bir reçete yazma, hastalara yeterli bilgi vermeyi içermektedir (Chaturvedi et.al., 2019). Akılcı ilaç kullanımı kısaca uygulanacak ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik olarak uygulanabilmesi için sağlanan planlama, uygulama ve izleme süreci olarak tanımlanmaktadır (Acar & Yeğenoğlu, 2005).

DSÖ'ye göre akılcı olmayan ilaç kullanımı dünya çapında önemli bir sorundur. Dünya nüfusunun üçte biri temel ilaçlara erişimde sorun yaşarken dünya genelinde tüm ilaçların %50'sinden fazlası uygunsuz bir biçimde reçete edilip, dağıtılmakta ve satılmaktadır. Hastaların %50'si ise ilaçları doğru bir şekilde kullanmamaktadır (WHO, 2025).

Akılcı olmayan ilaç kullanımlarına örnekler ise şunlardır (WHO, 2025):

- Polifarmasi yani bir hastanın çok fazla ilaç alması durumu,
- Bakteriyel olmayan enfeksiyonlarda antimikrobiyallerin uygunsuz kullanımı,

- Ağızdan alınan formülasyonların daha uygun olmasına rağmen enjeksiyonların aşırı kullanımı,
- Sadece reçete ile satılması gereken ilaçların hasta tarafından kendi kendine alınması ve kendi kendine doz ayarlaması durumları örnek olarak verilebilmektedir (WHO, 2025).

Bu durumlar akılcı olmayan ilaç kullanımının her seviyesinde görülen yaygın bir sorun haline gelmiş ve ilaç tedavilerinin kalitelerinin azalmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına, istenmeyen ilaç reaksiyonlarına, kötü hasta sonuçlarına ve kaynakların israfına neden olmuştur (Afriyie & Tetteh, 2014). Akılcı ilaç kullanımı ekonomi, insan gücü, kültür, tutum ve inançlar, ilaçlar hakkında bilgi boşluğu, ilaç kullanımı üzerinde uygulanan gevşek politikalar ve ilaçların yanlış tanıtımı gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Mariam & Bobasa, 2015).

Akılcı İlaç Kullanımını Destekleyen Politikalar

Akılcı ilaç kullanımına yönelik ilk önemli adım 1977’de DSÖ tarafından ülkelerin kendi ulusal ilaç listelerini oluşturmalarına yardımcı olmak amacıyla tasarlanmış 212 ilacı içeren temel ilaçlar model listesinin oluşturulmasıyla atılmıştır. Ardından 1989 yılında akılcı ilaç kullanımını teşvik etmede kullanılacak müdahaleleri araştırmak amacıyla uluslararası ilaç kullanım ağı (INRUD-International Network for the Rational Use of Drugs) kurulmuştur. İlaçların rasyonel kullanımını teşvik etmek için multidisipliner araştırma projeleri yürütülmüştür. Çalışmalar sonucunda birinci basamak sağlık hizmeti sunulan tesislerde ilaçların kullanımını gözlemlemek için WHO/ INRUD göstergeleri geliştirilmiştir (World Health Organization, 2002).

DSÖ akılcı olmayan ilaç kullanımına dair araştırmalar yapmış ve bu durumu gelişmiş ülkelerde kritik bir sağlık sorunu olarak tanımlamıştır. Yapılan çalışmada akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek amacıyla 12 temel politika önermiştir. Bu müdahaleler doğası

gereği düzenleyici, eğitici ve yönetsel niteliktedir. Bunlar (WHO, 2005; Lal, 2010):

Eğitimsel nitelikte olan politikalar:

1. Lisans eğitimlerinde farmakoterapi eğitimi verilmesi,
2. Lisans eğitimlerinde sorun odaklı eğitim verilmesi,
3. İlaçlar hakkında tarafsız bilgilerin kullanılıp paylaşılması,
4. Kamuoyunun ilaçlar ve ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi,

Yönetimsel nitelikte olan politikalar:

5. Klinik kılavuzların ıkartılması,
6. Tedavi seçeneklerini içeren temel ilaç listelerinin oluşturulması,
7. Hastanelerde ilaç ve tedavi komitelerinin oluşturulması,
8. Yapılan denetimlerin sonucu olan geribildirimlerin takibi,
9. İlaç kullanımlarının artışına neden olan ve etik olmayan mali teşviklerin  nlenmesi,

Düzenleyici nitelikte olan politikalar:

10. İlaç kullanım politikalarını düzenlemek için multidisipliner bir ulusal kurumun kurulması,
11. Uygulanabilir ve bağlayıcı yasal düzenlemelerin oluşturulması,
12. Yeterli ilaç ve personel temininin sağlanması için h k metin yeterli finansal desteği sağlaması olarak sıralanabilmektedir (World Health Organization, 2005; Lal, 2010).

İlaç kullanımını etkileyen sağlık politikalarının ve sistemlerinin çeşitli bileşenleri bulunmaktadır. Bu bileşenler; sigorta, finansman, ilaçların seçimi, fiyatlandırılması ve erişilebilirliği şeklinde sıralanmaktadır. Tanıtım ve düzenlemelerde izleme ve denetim komitelerinin kurulması, kalite iyileştirme yapılarının oluşturulması, kamuoyu eğitimi ve sağlık profesyonellerine erişimin sağlanması gibi uygulamalar  ne çıkmaktadır (World Health Organization, 2011).

DSÖ'nün 2030 yılına kadar Evrensel Sağlık Kapsamı (Universal Health Coverage/UHC) ile politika yapıcılara temel ilaçlara erişimi iyileştirmede yardımcı olmak üzere bir çerçeve oluşturmalarının ardından ülkeler kendi Ulusal İlaç Programlarını uygulamıştır (Atif et.al., 2019). Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyumlu olan Evrensel Sağlık Kapsamı (UHC) aşağıdaki dört unsuru içermektedir:

- Temel ilaçların akılcı seçimi ve kullanımı: Standart Tedavi Kılavuzlarının geliştirilip uygulanmasına bağlıdır.
- Ulaşılabilirlik ve Erişebilirlik: Temel ilaçlara erişimin sağlanabilmesi için tarafsız mevcut fiyatların kullanılması, adil fiyatlama ve vergilerin kaldırılması için müzakereler gibi müdahalelerin yapılması ile yerel ilaç üretiminin teşvikini içermektedir.
- Sürdürülebilir Finansman: Kamu fonlarının artırılması cepten yapılan harcamaların azaltılması ve sağlık sigortası kapsamının geliştirilmesi gibi müdahalelerin yapılmasını gerektirmektedir.
- Güvenilir Sağlık ve Kaliteli Ürün Tedariği: Etkili bir sağlık ve tedarik sistemini destekleyen faktörler arasında sağlık sektörü gelişimi, kamu, özel sektör ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK) iş birliği gibi çalışmalar yer almaktadır (World Health Organization, 2017).

Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayan akılcı ilaç kullanımı çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri ile yürütülmeye devam etmektedir. Çalışmaların önemli kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bakanlık yapılan tüm faaliyetlerde ya doğrudan yürütücü olarak rol almış ya da dolaylı olarak destekleyici ve teşvik edici bir misyonla rol üstlenmiştir. Çalışmalar akademik çevreler, eğitim kurumları, sivil toplum kuruluşları faaliyetleriyle de

desteklenmiştir. Bu kapsamda geçmişten günümüze yapılan önemli çalışmalar kronolojik olarak şu şekilde sıralanabilir:

- 1992 yılında probleme dayalı akılcı ilaç eğitimi uygulanmıştır.
- 1998-1999 yıllarında DSÖ ile iş birliği yapılmış ve Türkiye İlaç Kılavuzu yayınlanmıştır.
- 2002-2003 yıllarında DSÖ'ne ait Reçete Yazma Rehberi, eğitimcilere yönelik reçete yazma rehberi ve akılcı ilaç konusunda halk eğitimi kitabı Türkçe 'ye çevrilmiştir.
- 2006 yılında akılcı ilaç kullanımı çalıştayını gerçekleştirmiş ve eczacılık eğitiminde akılcı ilaç kullanımı eğitimi içeriğine yer verilmiştir.
- 2010 yılında Ulusal Akılcı İlaç Koordinasyon Kurulu kurulmuştur.
- 2011-2013 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından Akılcı İlaç Kullanım Kitabı yayınlanmıştır.
- 2014-2017 yılları arasında akılcı ilaç kullanımını arttırmaya yönelik yapılan çalışmaların daha koordineli yürütülebilmesi için Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı hazırlanarak yürürlüğe konulmuştur (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2024).

Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın 2014- 2017 yılları arasında yürüttüğü Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı ile hız kazanmıştır. Ayrıca akılcı ilaç kullanımının artırılması için Reçete Bilgi Sistemi (RBS) geliştirilmiştir. Bu sistem aracılığıyla hekimin yazdığı reçete verileri analiz edilip, sonuçlarına göre bilgilendirme yapılmaktadır.

Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Türkiye'de Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran 18 yaş üstü hastalara akılcı olmayan ilaç

kullanımlarının değerlendirilmesi araştırması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %20,1'i doktor reçetesi olmadan kendi kendine ilaç kullanmış, %3,4' hekimin ilaç için önerdiği doz ve sreye uymamış, %47,4' istediği ilacı reçete ettirmek için başvuruda bulunmuş ve %65'inin evinde daha sonra kullanmak üzere yedek ilacı bulundurduğu görülmüştür. Ayrıca ilaç kullananların %24,1'inin son kullanma tarihine bakmadan ilacı kullandığı, %45,5'inin ise hasta bilgi broşürünü (Prospektüs) okumadan ilaç kullandığı belirlenmiştir (İlhan vd., 2022).

Türkiye'de İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Karşıyaka 17. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmış bir çalışmada 18-65 yaş arası merkeze başvuran hastalar üzerinde sağlık okuryazarlık düzeyinin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışma sonucuna göre katılımcıların %45,5'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu düzeyde olduğu saptanmıştır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı alışkanlığına sahip kişilerin ise sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olduğu görülmüştür (İsler vd., 2022).

Bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamaların incelendiği 2016 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada. Katılımcıların doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma oranları %77,3 olarak tespit edilmiştir. Doktorun ilaç kullanımı için önerdiği sreden önce ilacı bırakma oranı ise %77,3 olarak bulunurken %26,2'si doktora danışmadan ilaç dozlarını artırıp/azalttıkları bulunmuştur (Ekenler & Koçoğlu, 2016). Yapıcı ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma oranını %26 olarak bulmuşlardır (Yapıcı vd., 2011).

İstanbul'da yaşayan Suriyeli göçmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve akılcı ilaç kullanımlarını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla 542 Suriyeli göçmen üzerinde yapılan bir çalışmada. Katılımcıların %62,5'i ilacın yalnızca doktor tarafından reçete edilmesi gerektiğini düşünürken %62,5'i bitkisel ilaç kullanımının zararsız olduğunu düşünmektedir. Çalışma

bulgularına göre düşük e-sağlık okuryazarlığı, düşük eğitim düzeyi, ileri yaş, düzenli ilaç kullanımı, Türkiye’de kalış süresi ve medeni durum gibi faktörlerle ilişkili bulunmuştur. (Değer vd., 2023).

Manisa’da yaşayan 18 yaş ve üzeri kişilerde akılcı ilaç kullanımı ve ilaç kullanımlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre hekime başvurmadan ilaç kullanım oranı %76 olarak bulunmuştur. Evde kullanılmayan yedek amaçla ilaç saklayanların oranı %85,5’tir. Bir işte aktif olarak çalışanların, geliri giderinden yüksek olanların, eşi ve kendisinin eğitim durumu ortaokul ve üstü olan çekirdek ailelerde akılcı ilaç kullanımının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Hatipoğlu & Özyurt, 2016).

Hindistan’da bir bölgede yapılan bir çalışmada özel sektörde ilaçlara harcanan paranın %69,2’sinin, kamu sektöründe ise %55,4’ünün israf edildiği görülmüştür. Bu bölgede sadece bir yılda irrasyonel reçetelerle bölgenin toplam ilaç tüketiminin %67,58’ine denk gelen miktarın israf edildiği görülmüştür (Srinivasan, 1999).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı küresel bir sorundur. Bu sorun da beraberinde polifarmasiyi (çoklu ilaç kullanımı durumu), antibiyotiklerin ve enjeksiyonların aşırı kullanımını getirmektedir. Polifarmasi, istenmeyen ilaç- ilaç reaksiyonları ile hastanın tedaviye uyumunun azalması ve gereksiz yere yüksek ilaç maliyetlerine yol açan bir durumdur. Antibiyotiklerin aşırı derecede reçete edilmesi ve enjeksiyonların aşırı derecede kullanım durumu ilaç direnci ve ilaç maliyetlerini artırırken aşırı enjeksiyon kullanımı doku hasarına ve kan yoluyla bulaşan hastalıkların bulaşma riskinin artmasına neden olmaktadır (Mulwa et.al., 2015).

Çoklu ilaca karşı direnç kazanmış bakteriler, her yıl Kuzey Amerika’da 20.000’den fazla, Avrupa’da 25.000 ve Güney Asya bölgesinde 90.000 insanın ölmesine neden olmaktadır. Dünya genelinde ilaç dirençli enfeksiyonlardan dolayı meydana gelen yıllık 700.000 ölümün 2050 yılına kadar 10 milyona çıkması beklenmektedir. Bu hastaların maliyetinin ise yaklaşık 100 trilyon ABD dolarına mal olması beklenmektedir (Erku, 2017).

Çin’de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışma sonucuna göre, öğrencilerde akılcı olmayan ilaç kullanımı yaygın görülmüştür. Ayrıca kadın öğrencilerde erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek akılcı olmayan ilaç kullanımı tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda ise öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı bilgi ve davranışların iyileştirilmesi için akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitimlerin artırılması gerektiği tavsiye edilmiştir (Yin vd., 2022).

Sonuç

İki konuyu birlikte inceleyen çalışmalar, genel olarak sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkiye işaret etmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunduğu; akılcı ilaç kullanımındaki değişimin yaklaşık yüzde on beşinin sağlık okuryazarlığı düzeyi tarafından açıklandığı saptanmıştır. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığının tek başına belirleyici olmakla birlikte akılcı ilaç kullanımının çok faktörlü bir yapı taşıdığını da ortaya koymaktadır (Kuşcu Şahin, 2026).

Bireysel düzeyde bakıldığında, reçetesiz ilaç kullanan bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının daha düşük olduğu; ilaç prospektüsünü ve son kullanma tarihini okuyan bireylerin ise daha yüksek okuryazarlık puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra hekim tarafından belirlenen ilaç dozunu kendi kararıyla değiştiren ya da şikâyetleri geçince ilacı bırakan bireylerin okuryazarlık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Yılmaz, 2018). Geniş ölçekli çalışmaların bulguları ise tutarlı bir tablo çizmektedir. 3.500 kişiyle yürütülen kesitsel bir araştırmada akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmış; eğitim düzeyi azaldıkça ve yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığının gerilediği görülmüştür (Durmuş İskender, 2023).

Toplumun özel kesimlerine yönelik çalışmalar da bu genel tabloyu desteklemektedir. Türkiye'deki yabancı uyruklu popülasyonlarda yürütülen araştırmalarda, göçmenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin akılcı ilaç kullanımını etkileyen bir belirleyici olduğu vurgulanmış; akılcı ilaç kullanımının, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık profesyonellerinden aldıkları danışmanlık, sosyo-demografik özellikleri ve sağlık davranışları gibi çok boyutlu etkenlerden etkilendiği anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, toplumda akılcı ilaç kullanımını artırmaya yönelik stratejiler geliştirilirken sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik eğitimlerin desteklenmesi, ancak bunun yanı sıra diğer çevresel ve bireysel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği önerilmektedir (Yıldız, 2025).

Sonuç olarak, incelenen çalışmalar sağlık okuryazarlığı düzeyinin akılcı ilaç kullanımını etkileyen önemli bir değişken olduğuna işaret etmektedir. Ancak bu ilişkinin gücü ve yönü; örneklemin sosyodemografik yapısına, kronik hastalık varlığına, ölçme araçlarına ve araştırmanın yürütüldüğü sağlık birimine göre farklılık göstermektedir. Türkiye'de bu iki konuyu birlikte ele alan çalışmaların sayısı son yıllarda artmakla birlikte, farklı toplumsal grupları ve sağlık düzeylerini kapsayan daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık politikaları açısından değerlendirildiğinde, toplumsal sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik müdahaleler yalnızca bireylerin genel sağlık düzeyini değil, ilaç kullanım güvenliğini ve tedaviye uyumu da olumlu yönde etkileyecektir.

Kaynakça

Acar, A., & Yeğenoğlu, S. (2005). Akılcı ilaç kullanımı penceresinde farmakoekonomi ve hastane formüllerleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi.

American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA, 281, 552–557.

Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: The solid facts. World Health Organization.

Atif, M., Malik, I., Razzaq, M., & Umar, M. I. (2019). Essential medicine list, policies, and the World Health Organization. In Encyclopedia of pharmacy practice and clinical pharmacy (pp. 239–249). Elsevier.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2013). Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.

Australian Government Department of Health and Aged Care. (2025). Improving health literacy and educating health professionals about safer medicine use. <https://www.health.gov.au/news/improving-health-literacy-and-educating-health-professionals-about-safer-medicine-use>

Baker, D. W. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 791–798. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00204.x>

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>

Berens, E. M., Vogt, D., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 16, Article 1151. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*, 129(Suppl. 2), 5–8. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S203>

Center for Health Care Strategies. (2024). Identifying limited health literacy. <https://www.chcs.org/resource/identifying-limited-health-literacy/>

Chaturvedi, V. P., Bhatt, S., & Bhatt, M. (2019). Rational drug use – As common as common sense? Medical Journal Armed Forces India, 75(3), 273–276. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2019.03.002>

Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. Family Medicine, 25(6), 391–395.

Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52(3), 134–149. <https://doi.org/10.3322/canjclin.52.3.134>

Değer, M., Sönmez, Ş., & Değer, V. (2023). Rational drug and antibiotic use, e-health literacy, and related factors among Syrian immigrants: A cross-sectional study. Antibiotics, 12(10), Article 1531. <https://doi.org/10.3390/antibiotics12101531>

Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları.

Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3), 44–55.

Erku, D. A. (2017). Inappropriate use of antibiotics among communities of Gondar Town, Ethiopia: A threat to the development of antimicrobial resistance. Antimicrobial Resistance & Infection Control, 6, Article 112. <https://doi.org/10.1186/s13756-017-0272-4>

Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). Health literacy: A concept analysis. BMC Public Health, 15, Article 1150. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6>

Hatipoğlu, S., & Özyurt, B. C. (2016). Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-14>

İlhan, S. Ö., Aksoy, Ş., & Büyüktiryaki, M. (2022). Evaluation of irrational drug use of individuals over the age of 18 who applied to a university hospital. Turkish Journal of Medical Sciences, 52(2), 484–493. <https://doi.org/10.3906/sag-2107-250>

Institute for Public Health. (2020). National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019: Non communicable diseases, healthcare demand, and health literacy—Key findings. Ministry of Health Malaysia. <https://www.iku.gov.my/images/IKU/Document/REPORT/NHMS2019/>

Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>

Institute of Medicine. (2013). Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18325>

İsler, A., Onan, A., & Kaban, I. (2022). Health literacy levels of individuals between 18–65 years old and its effect on rational drug use. Eurasian Journal of Family Medicine, 11(3), 127–135. <https://doi.org/10.33880/ejfm.2022113004>

Kanj, M., & Mitic, W. (2009, October 26–30). Promoting health and development: Closing the implementation gap [Paper presentation]. 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya.

Kavuncuoğlu, D., Karahan, Ö., & Yalçın, H. (2023). Health literacy levels and affecting factors among adults in Northeast Anatolia. Journal of Surgery and Medicine, 7(1), 20–25. <https://doi.org/10.28982/josam.1062817>

Keene Woods, N., Adrion, E., & Bhatt, D. L. (2023). Health literacy, health outcomes and equity: A trend analysis based on a population survey. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14. <https://doi.org/10.1177/21501319231177851>

Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>

Kuşcu Şahin, F. N., & Arslan, G. (2026). Health literacy and drug utilization behavior: A relational approach. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1819575>

Lal, L. S., Bhatt, D., & Shah, R. (2010). Evaluation of rational use of medications in the United States. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1(1), 62–68. <https://doi.org/10.1177/2150131910369889>

MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., & Klemes, A. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334–341. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003>

Management Sciences for Health. (1997). *Managing drug supply: The selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. Kumarian Press.

Mariam, A. H., & Bobasa, E. M. (2015). Evaluating rational drug use with the help of World Health Organization's core indicators in Bule Hora Hospital. *European Journal of Therapeutics*, 21(2), 108–113.

McQueen, D. V., & Kickbusch, I. (2007). Health and modernity: The role of theory in health promotion. *International Journal of Epidemiology*, 36(1), 226–228. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl316>

Mehta, S., & Gogtay, N. J. (2005). From the pen to the patient: Minimising medication errors. *Journal of Postgraduate Medicine*, 51(1), 3–5.

Mulwa, N. C., Obimbo, M. M., & Wangia, E. (2015). Patterns of prescribing practices in Makueni County Referral Hospital, Kenya. *African Journal of Pharmacology and Therapeutics*, 4(1), 1–7.

National Health Commission of the People's Republic of China. (2022, June 7). 2021 national health literacy level reached 25.40%.

<https://www.nhc.gov.cn/xcs/c100122/202206/e92c5302aa774c09b96b04fb5d8e5982.shtml>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Nutbeam, D., & Harris, E. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

Örnek, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*.

Özata, M., & Aslan, Ş. (2008). Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 373–389.

Özkan, S. (2018). Evde ilaç bulundurma ve ilaçların akılcı kullanımı: Bir toplum sağlığı sorunu. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 16(1), 45–52.

Parker, R. M. (2009). Measuring health literacy: What? So what? Now what? In *Measures of health literacy: Workshop summary* (pp. 91–98). National Academies Press.

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537–541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>

Pawlak, R. (2005). Economic considerations of health literacy. *Nursing Economics*, 23(4), 173–180.

Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2014). Measuring comprehensive health literacy in general populations: Validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study [Paper presentation]. 6th Annual Health Literacy Research Conference, USA.

Pleasant, A. (2014). Advancing health literacy measurement: A pathway to better health and health system performance. *Health Promotion International*, 29(Suppl. 1), 19–31. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau009>

Schaeffer, D., Berens, E. M., & Hurrelmann, K. (2020). Implementation of the National Action Plan Health Literacy in Germany—Lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), Article 4403. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124403>

Schaeffer, D., Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Mahler, C., Simon, D., Winkler, M., Hurrelmann, K., & Palkoska, F. (2021). Health literacy in Germany: Findings of a representative follow-up survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(11), 185–191. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0100>

Sentell, T., Baker, K. K., Onaka, A., & Braun, K. (2011). Low health literacy and poor health status in Asian Americans and Pacific Islanders in Hawai'i. *Journal of Health Communication*, 16(Suppl. 3), 279–294. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604390>

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, Article 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Srinivasan, C. (1999). Trained quacks: An Indian drug tragedy. *Issues in Medical Ethics*, 7(3), 86–87.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). 2013–2017 Stratejik planı. <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü. Sağlık Güvenliği ve Geliştirme Merkezi. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>

TimeTürk. (2016, Ekim 2). Sağlık okuryazarlığı eğitici eğitimi programı başladı. <https://www.timeturk.com/ajans/saglik-okuryazarligi-egitici-egitimi-programi-basladi/haber-358403>

Tontuş, H. Ö. (2014). Sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlığa ve sağlık hizmetleri kullanımına etkileri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 12(3), 176–184.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2024). Akılcı ilaç kullanımı bülteni. https://akilciilac.titck.gov.tr/Assets/AnnouncementsAndPublicationSPdf/2024/05/1716452627_aik-bltn-12-i.pdf

United Nations Economic and Social Council. (2009). High-level segment of ECOSOC statements. <https://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/statement09.shtml>

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National action plan to improve health literacy. U.S. Government Printing Office.

World Bank. (2009). A practical approach to pharmaceutical policy. World Bank Publications. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/751541468325451548/pdf/552030PUB0Phar10Box349442B01PUBLIC1.pdf>

World Health Organization. (1985). The rational use of drugs: Report of the Conference of Experts. World Health Organization.

World Health Organization. (1993). How to investigate drug use in health facilities: Selected drug use indicators. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60519>

World Health Organization. (1998). Health promotion glossary of terms. World Health Organization.

World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: Core components. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf

World Health Organization. (2011). National essential drug policy including rational use of medicines (Regional Committee Provisional Agenda Item). World Health Organization.

World Health Organization. (2013). Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (short version). World Health Organization.

World Health Organization. (2017). The selection and use of essential medicines: Report of the WHO Expert Committee (including the 20th WHO model list of essential medicines and the

6th model list of essential medicines for children) (WHO Technical Report Series, No. 1006). World Health Organization.

World Health Organization. (2025, July 4). Rational use. In Health product policy and standards. <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/medicines-selection-ip-and-affordability/medicines-policy/rational-use>

World Health Organization. (n.d.). Health literacy. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

Yapıcı, G., Beydağ, K. D., & Tosun, A. (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi, 38(4), 458–465. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2011.04.0077>

Yener, D. (2025, Nisan 7). Sağlık Bakanlığından 'sağlık okuryazarlığı' için yeni eylem planı. Anadolu Ajansı. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligindan-saglik-okuryazarligi-icin-yeni-eylem-plan/3530232>

Yıldız, S. (2025). Göçmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>

Yin, C., Huang, C., Wang, X., & Liu, Y. (2022). Knowledge and behavior in rational drug use among college students in Zunyi City. Risk Management and Healthcare Policy, 15, 121–131. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S347373>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. Health Promotion International, 20(2), 195–203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

BÖLÜM 2

SAĞLIK TURİZMİNDE TÜRKİYE İÇİN STRATEJİK YAKLAŞIMLAR

PINAR ÖKE KARAKAYA¹

Giriş

Küreselleşme ile beraber malların, hizmetlerin ve kişilerin serbest dolaşımının artışı turizm sektörünün büyümesinin önünü açmıştır. Ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki farklılıklar ise sağlık hizmet sunum kapasitesi yüksek ülkelerin sağlık turizmine yönelik yatırımlarını teşvik etmektedir. Bir ülkede, sağlık hizmet sunumunda uzun bekleme sürelerinin varlığı, düşük kaliteli ve yüksek maliyetli sağlık hizmeti sunulması, sağlık sigortalarının kapsam derinliği ve genişliği bakımından arzu edilen düzeyde olmaması gibi faktörler kişilerin vatandaşı oldukları ülke dışında sağlık hizmeti talep etmelerinde rol oynamaktadır. Söz konusu faktörlerin sağlık sisteminde yarattığı kriz ise talep edilen sağlık hizmetini sunma kapasitesine sahip ülkeler için bir önemli fırsattır. Çünkü sağlık turizmi ekonomik değer üretme, sağlık diplomasisi oluşturma ve ülke markası yaratma gibi noktalarda stratejik öneme sahip bir sektördür. Türkiye de sağlık turizminin stratejik önemini fark eden ülkelerden biri olarak bu alana yatırımları teşvik etmektedir.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0002-5271-3139

Sektörün stratejik düzlemde hayati konumunu anlamak amacıyla sağlık turizminin küresel gelişimi ve Türkiye'nin mevcut konumunu, rekabet avantajlarını ve stratejik potansiyeli, riskleri ve stratejik yönelim alanlarından bahsedilecektir.

Sağlık Turizminin Kavramsal Çerçevesi

Sağlık turizmi literatürde farklı tanımlamalara sahiptir. Birleşmiş Milletler'in turizm alanındaki uzman kuruluşu olan UN Tourism (eski adıyla UNWTO) sağlık turizmini, temel motivasyonu bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılama ve çevrelerinde ve toplumda birey olarak daha iyi işlev görme kapasitelerini artıran tıbbi ve sağlıklı yaşam odaklı faaliyetler yoluyla fiziksel, zihinsel ve/veya ruhsal sağlığa katkıda bulunmak olan turizm türlerini kapsayan bir faaliyet alanı olarak tanımlamaktadır. Sağlık turizmi, sağlıklı yaşam turizmi, medikal turizm gibi alt türleri için kullanılan genel terimdir UNWTO (2018). Carrera ve Bridges (2006) ise sağlık turizmini; “bireyin zihinsel ve bedensel iyilik hâlini sürdürmek, geliştirmek veya yeniden kazanmak amacıyla kendi yerel çevresinin dışına yaptığı organize seyahat” olarak tanımlamaktadır. Tanımlamalardan da anlaşılabilceği üzere sağlık turizmi sadece tedavi değil sağlığı koruma ve geliştirme amacını da taşıyabilmektedir. Bu nedenle sağlık turizmi; medikal turizm, termal sağlık turizmi, wellness (sağlıklı yaşam) turizmi, yaşlı ve engelli turizmi gibi türlere ayrılmaktadır.

Medikal turizm: Tıbbi turizm, kanıta dayalı tıbbi iyileştirme kaynaklarının ve hizmetlerinin (hem invaziv hem de invaziv olmayan) kullanımını içeren bir turizm faaliyeti türüdür. Bu, teşhis, tedavi, iyileşme, önleme ve rehabilitasyonu içerebilir (UNWTO, 2018).

Termal turizm: Küresel Sağlık Enstitüsü termal/mineral kaynak endüstrisini, özel özelliklere sahip suların sağlık, rekreasyon ve tedavi amaçlı kullanımlarıyla ilgili gelir getiren

işletmeleri kapsayan bir sekt2r olarak tanımlamaktadır (GWI, 2026). Termal kaynakların terap2tik amaçlı kullanımını içeren t2m faaliyetler ise termal sağlık turizmi kapsamında değerlendirilmektedir.

Wellness (sağlıklı yaşam) turizmi: Fiziksel, zihinsel, duygusal, mesleki, entelekt2el ve ruhsal dahil olmak 2zere insan yaşamının t2m temel alanlarını iyileştirmeyi ve dengelemeyi amaçlayan bir turizm faaliyeti t2r2d2r. Sağlıklı yaşam turisti için temel motivasyon, fitness, sağlıklı beslenme, rahatlama, şımartılma ve iyileştirici tedaviler gibi 2nleyici, proaktif, yaşam tarzını iyileştirici faaliyetlerde bulunmaktır (UNWTO 2018).

Yaşlı ve Engelli Turizmi: Kişilerin yaşlarından ya da engellilik hallerinden kaynaklanan sağlık taleplerini karşılamak amacıyla seyahat etmesini kapsayan 2zel bir sağlık turizmi t2r2d2r (Denizli, 2023). T2m bireylerin turizm çevrelerine ve hizmetlerine eşit koşullar altında erişebilmesini, bunları kullanabilmesini ve bunlardan yararlanabilmesini sağlamayı içeren erişilebilir turizm yaklaşımı bu sağlık turizmi t2r2 için 2nem arz etmektedir (WTO, 2016).

Sağlık turizminde faaliyet g2steren 2lkelerin hangi sağlık turizmi alanına ağırlık verecekleri 2lkelerin stratejik analiz sonuçları ile şekillenmektedir. 2rneğin ileri tanı ve tedavi sağlama kapasitesi 2n planda olan 2lkeler medikal turizme, doğal kaynakların sağlık amaçlı kullanım potansiyeli fazla 2lkeler termal sağlık turizmine, koruyucu sağlık ve iyi oluş arayışına y2nelik taleplere cevap verme yetkinliğine sahip 2lkeler wellness (sağlıklı yaşam) turizmine, 2zel hasta gruplarına b2t2nc2l rehabilitasyon hizmeti sunma kapasitesine sahip 2lkeler ise ileri yaş ve engelli turizmine y2nelmektedir. Sağlık turizminin farklı pazarlara hitap edebilen y2n2 T2rkiye açısından stratejik bir fırsattır. T2rkiye'nin bir sonraki b2l2mde detaylandırılacak çekici unsurları sağlık turizminin farklı sağlık turizmi alanlarında rekabet avantajı sağlamada 2nemli bir fırsattır.

Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Mevcut Konumu ve Stratejisi

Uluslararası düzeyde, sağlık turizmi, yıllık %3,9 büyüme oranıyla 617 milyon birey tarafından desteklenen ve 513 milyar ABD doları değerinde bir sektördür (Carrera & Bridges, 2006). Türkiye de bu sektörden payını almaya yönelik kayda değer çabalara sahiptir. 1980’lerden itibaren Türkiye, dünyanın dört bir yanından gelen turistler için popüler ve çekici bir ülke konumundadır. Bu popülaritenin nedenleri arasında sadece turistik avantajlar değil gelişmiş sağlık tesisleri de bulunmaktadır. Zengin tarih ve kültür mirasının yanı sıra elverişli iklimi ülkeyi turizm alanında cazip hale getirmiştir. Türkiye mevcut turizm deneyimini sağlık hizmetleri kapasitesi ile birleştirerek sağlık turizminde rekabet avantajı elde etmeyi hedeflemektedir (Omay & Cengiz, 2013). Bu anlamda Türkiye’nin sağlık turizminde yüksek potansiyele sahip olduğu söylenebilir.

Bir ülkenin sağlık turizminde mevcut potansiyelini kullanabilmesi kamusal düzeyde stratejik planlama gerektirmektedir. Sağlık turizmi Türkiye’nin kalkınma planlarında ve diğer strateji geliştirme dokümanlarında sıkça üzerinde durulan bir alandır. Türkiye’nin sağlık turizmine ilişkin stratejik hedefleri değerlendirilirken, kamu politika dokümanları içinde 2026 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı önemli bir referans niteliği taşımaktadır. Programda yer alan aşağıdaki maddeler bu alana verilen önemin göstergesidir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2025);

- Sağlık turizmi alanında hizmet kapasitesi nitelik ve nicelik olarak geliştirilecek, akreditasyon faaliyetleri yürütülecek, tanıtım ve pazarlama faaliyetleri artırılabacaktır.
- “Health Türkiye” küresel bir markaya dönüştürülecek, bu kapsamda sağlık turizmi alanında

Ülkemizin tanıtım ve pazarlama faaliyetleri yürütülecektir.

- Sağlık tesislerinin sağlık turizmi konusunda akreditasyonu teŗvik edilecektir.

Türkiye’de sağlık turizmi, özellikle 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Kalkınma Planı ile ağırlık verilen bir politika alanı olarak ele alınmıŗtır. Onuncu Kalkınma Planı döneminde hazırlanan Sağlık Turizminin Geliŗtirilmesi Programı Eylem Planı’nda sağlık turizmde kapasitenin geliŗtirilmesi ve hizmet kalitesini yükselterek rekabet gücünü artırması amalanmıŗtır (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2014). 2019-2023 yıllarını kapsayan On birinci Kalkınma Planında ise Türkiye’nin sağlık turizmi alanında tanınırlığının ve tercih edilirliliğinin artırılması, hizmet kapasitesinin geliŗtirilmesi hedeflenmiŗtir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). 2024-2028 yıllarını kapsayan On İkinci Kalkınma Planı’nda ise; sağlık turizmde markalaŗma, akreditasyon, yüksek katma değer yaratan alanlara yönelme ve dięitalleŗme gibi hedefler vurgulanmıŗtır (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Kalkınma planlarında ilk etapta sağlık turizmde kapasite arttırımına, daha sonra ise gelir arttırıcı bir ekonomik faaliyet olarak sağlık turizmine odaklanıldığı söylenebilir. Son dönemlerde ise; akreditasyon, markalaŗma ve yüksek katma değerli hizmetlere yönelim gibi stratejik ağırlığı yüksek hedefler belirlenmektedir.

On İkinci Kalkınma Planı’nda sağlık turizminin geliŗtirilmesine yönelik hedefler şunlardır (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023);

- Sağlık turizmi hizmet kapasitesi nitelik ve nicelik olarak geliŗtirilecek, uluslararası alanda ülkemizin tercih edilirliliği arttırılacaktır.

- “Health Türkiye” küresel bir markaya dönüştürülecek, bu kapsamda sağlık turizmi alanında ülkemizin tanıtım ve pazarlama faaliyetleri yürütülecektir.
- Sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren ve yetki belgesine sahip sağlık kuruluşları ile aracı kuruluşların denetlenmesine yönelik sistem güçlendirilecektir.
- Sağlık tesislerinin sağlık turizmi konusunda akreditasyonu teşvik edilecektir.
- Sağlık turizminin katma değerin yüksek olduğu alanlara yayılmasına yönelik uygulamalar geliştirilecektir.
- Sağlık turizmi faydalanıcılarının uzaktan takibi için gerekli altyapı oluşturulacaktır.

Kalkınma Planı başta olmak üzere kamu politika dokümanlarında vurgulanan stratejik hedeflere uygun olarak sağlık turizmi kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar şunlardır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2025; T.C Ticaret Bakanlığı, 2026, healthturkiye.gov.tr/);

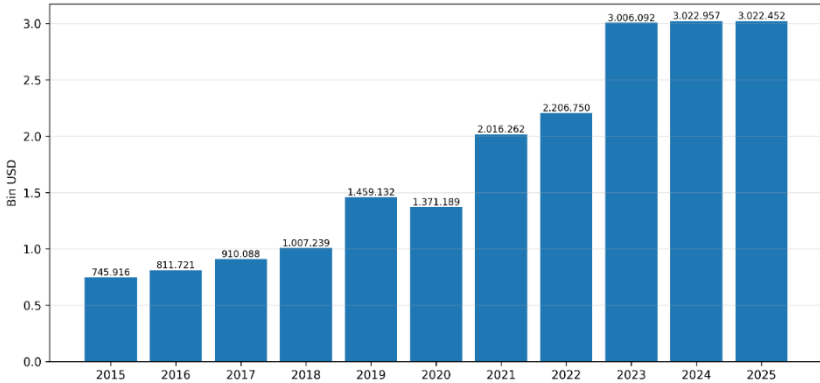
- Sağlık turizminde çatı markası oluşturmak, uluslararası tanıtım faaliyetlerini ve uluslararası hasta takibini gerçekleştirmek için beş dilde hizmet veren Health Türkiye platformunun oluşturulması,
- Sağlık turizmi yetki belgesine sahip sağlık tesislerinin platforma üyeliklerinin gerçekleştirilmesi,

- Sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirlerinin düzenli takibi.
- Ticaret Bakanlığı tarafından sağlık turizmi faaliyeti gerçekleştiren sağlık tesisleri ve aracı kurumlara sağlanan reklam, tanıtım, pazarlama, hasta yol desteği gibi sağlık hizmet ihracatı desteği mekanizmalarının varlığı.

26 Nisan 2025 tarihli Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik'te yer alan düzenlemeler kapsamında;

- Sağlık turizmi yetki belgesine sahip sağlık tesislerinin 2026 yılı sonuna kadar Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'nden (TÜSKA) akredite olma zorunluluğunun getirilmesi,
- Aracı kuruluşların belli ölçütlere göre yetkilendirme, izlem ve denetimlerinin UHSAŞ tarafından gerçekleştirilmesi.

Grafik 1. Yıl Bazında Türkiye Sağlık Turizmi Gelirleri



Kaynak: UHSAŞ (2026).

Sağlık turizminde stratejik hedefler doğrultusunda yürütülen uygulamaların sonuçları incelendiğinde, Türkiye’de sağlık

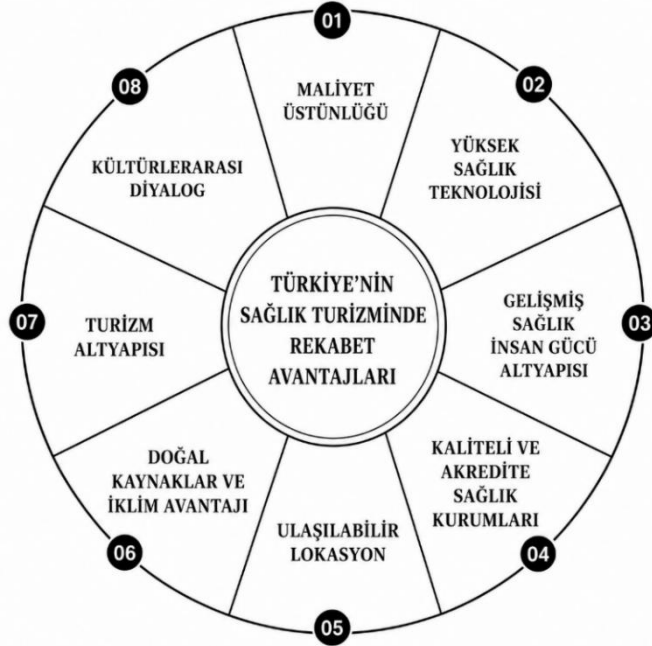
turizminde daha kurumsal ve kalite odaklı bir yapıya doğru dönüşüm yaşandığı görülmektedir. Bu dönüşümün en somut çıktısı artan sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirleridir. 2025 yılında sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'yi 1.398.580 kişi ziyaret etmiştir. Elde edilen sağlık turizmi geliri ise 3.022.452 bin ABD Doları'na ulaşmıştır. Grafik 1'de görüldüğü üzere Türkiye'nin sağlık turizmi gelirleri her geçen gün artış göstermektedir. 2026 yılı I. çeyreğinde dahi Türkiye'yi sağlık hizmeti almak amacıyla ziyaret eden kişi sayısı 302.487'ye, elde edilen sağlık turizmi geliri ise 761.523 bin ABD Doları'na ulaşmıştır (UHSAŞ, 2026). 2012-2024 döneminde ise sağlık turizmi kapsamında Türkiye'yi tercih eden sağlık turistlerinin sayısının yaklaşık beş kat arttığını ve gelirin iki katına çıktığını belirtilmektedir. Özellikle COVID-19 sonrasında sağlık turizmi amacıyla gelen ziyaretçilerin sayısında ciddi artış vardır (Kesin, 2025). Yıllara göre hasta başına gelirin artış göstermesi de katma değer yaratan faaliyetlere ağırlık verilmeye başlandığının bir göstergesi olabilir. Türkiye'de Değer Odaklı Medikal Turizmin Güçlendirilmesi Raporu'na göre Türkiye sağlık hizmet ihracatında en hızlı büyüme Mod 2'de medikal turizm alanında gözlemlenmiştir ve bu alanda lider ülkelerdendir. Diğer bir ifadeyle Türkiye sağlık turistlerinin gittiği ülkelere doğrudan sağlık yatırımı yapmamakta ancak sağlık turistleri hizmet almak için ülkeye gelmektedir (Amcham ve PWC Türkiye, 2021)

Türkiye'nin Sağlık Turizminde Rekabet Avantajları ve Stratejik Potansiyeli

Türkiye küresel düzeyde sağlık turizminin önemli oyuncuları arasında yer almaktadır. Sağlık turistleri kaliteli sağlık hizmetini düşük maliyetlerle almak ve bu esnada farklı kültürleri deneyimlemek istemektedir (Kaya & Kar, 2020). Türkiye ise bu talepleri karşılama potansiyeli yüksek bir ülkedir. Şekil 1'de görüldüğü üzere rakiplerine kıyasla maliyet avantajı, ulaşılabilir

lokasyonu, hizmet kalitesi, sağlık altyapısı gibi unsurlar açısından rekabet avantajına sahiptir.

Şekil 1. Türkiye'nin Sağlık Turizminde Rekabet Avantajları



Söz konusu rekabet avantajlarının kanıt düzeyinde ifadeleri şunlardır;

- Türkiye sağlık hizmet maliyetler açısından cazip konumdadır, karşılaştırmalı maliyet üstünlüğü bulunmaktadır (Kılavuz, 2018). Bazı alanlarda Türkiye’de tedavi olmak birçok Avrupa ülkesine göre yüzde 60’a varan oranlarda daha ucuz olduğu belirtilmektedir (TÜRSAB, 2014).
- Sağlık hizmet sunumunda yüksek teknoloji kullanımı yaygındır. Sağlık sektöründe dijitalleşmeye yönelik yoğun bir istek ve çaba mevcuttur. Türkiye sağlık

sektöründe robot kullanımını %85 oranında desteklemektedir (Amcham ve PWC Türkiye, 2021).

- Uzman hekim kapasitesi ve gelişmiş sağlık insan gücü altyapısına sahiptir. 1.420.324 sağlık personeli ile hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir (Health Türkiye, 2022).
- Kalite ve akreditasyon açısından avantajlı konumdadır. Sağlık turizmi kapsamında hizmet vermeyi hedefleyen sağlık tesisleri TÜSKA akreditasyonuna tabidir. Aynı zamanda 2026 yılında 41 hastane JCI akreditasyonuna sahiptir (JCI, 2026). Akredite sağlık kuruluşlarının varlığı sağlık turistlerine güven vermektedir.
- Türkiye küresel havacılıkta merkez ülke konumundadır. Türk Hava Yolları dünyanın en fazla ülkesine uçan havayolu unvanına sahip olan havayolu şirketi unvanını Guinness Dünya Rekoru ile tescillemiştir (THY, 2026). Coğrafi konumu sebebiyle birçok ülkesi açısından ulaşılabilir bir lokasyondadır.
- İklim ve doğal kaynaklar açısından cazip konumdadır (Baybatlı, 2022).
- Yurt dışında yaşayan 7,5 milyondan fazla Türk vatandaşının yaklaşık 6 milyonu Batı Avrupa ülkelerine yerleşmiş durumdadır (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2026). Özellikle Almanya ve Hollanda'da ikamet eden Türk kökenli nüfusun sağlık hizmetinde Türkiye'yi tercih etme eğilimleri bulunmaktadır (Şengül & Çora, 2020). Diaspora sağlık turizmi olarak isimlendirilen bu eğilim Türkiye açısından

rekabet avantajı sağlamaktadır. Ayrıca Dini ve kültürel yakınlık sebebiyle Müslüman ülkeler ve Türki cumhuriyetlerden hasta çekmektedir.

Literatürde ve politika dokümanlarında vurgulanan bu rekabet avantajları ampirik çalışmalarla da desteklenmiştir. Örneğin, Üstün ve Uslu (2022)'nin Türkiye'yi sağlık turizmi kapsamında tercih eden uluslararası hastalarla gerçekleştirdikleri nitel araştırma sonucu tercih sebeplerinin sağlık tesis ve hizmetlerine ilişkin faktörler, cazip bir turizm destinasyonu olması, düşük hizmet maliyeti ve çevresel faktörler üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Kuşat ve Esen (2022) ise açıklanmış karşılaştırmalı üstünlükler endeksi (RCA) tekniği ile Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründeki rekabet avantajının oldukça yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Türkiye'nin sağlık turizminde rekabet avantajı sağlayan güçlü yönleri uluslararası pazarda büyüme yönündeki stratejik potansiyelinin temelini oluşturmaktadır. Hedef ülkelerin yaşadığı demografik dönüşümler ve sağlık sistemine ilişkin krizler Türkiye için sağlık turizmi pazarında önemli fırsatlar yaratmaktadır. EUROSTAT (2026) verilerine göre; AB'de 65 yaş ve üzeri kişilerin oranı 2005'te %17'den 2025'te %22'ye yükselmiştir. 2012'den beri ise ölüm oranları doğum oranlarını aşmıştır. OECD (2026) verilerine göre AB'de yaşlanan nüfusun uzun süreli bakım hizmetlerine olan talebi önemli ölçüde artırmaktadır ancak bakım çalışanı arzı son on yıldır durgunluk göstermektedir. Bu demografik dönüşüm Türkiye'nin uzun dönemli bakım ve rehabilitasyon, ileri yaş cerrahisi gibi sağlık hizmetleri ile mevcut potansiyelini kullanmak için önemli bir fırsattır. Bu nedenle, Avrupa, hızlı yaşlanan nüfusu ile sağlık turizminde önemli bir hedef pazardır. Yaşlı ve engelli turizminin yanı sıra termal turizm alanı da yaşlı nüfus tarafından tercih edilen hizmetleri sağlayabilmektedir. Ülkelerin sağlık hizmet sunumunda bekleme sürelerinin uzunluğu da Türkiye için sağlık turizminde bir fırsattır. Örneğin; OECD (2023) verilerine göre; kalça

protezi işlemi için 3 aydan fazla bekleyen hastaların yüzdesi Birleşik Krallık için %63.5, Norveç için % 85.3'tir. Bu noktada sağlık hizmetini hızlı ve uygun maliyetli biçimde almak isteyen hastalar için Türkiye avantajlı bir seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Orta Doğu, Balkanlar, Kafkasya ve Orta Asya'daki bazı ülkelerle Türkiye arasındaki sağlık sistemindeki kapasite farklılıkları sağlık turizminde Türkiye'nin lehinedir. Örneğin, Azerbaycan'da sağlık hizmetlerinin %80'den fazlası cepten harcama ile finanse edilmektedir (Dünya Bankası, 2022). Ülkenin sigorta kapsam derinliği ve genişliği noktasında yetersiz oluşunun yanında kültürel ve coğrafi yakınlık da Türkiye'nin sağlık turizminde tercih edilmesinde önemli rol oynamaktadır. Uzman cerrahi personeli sayısı (100.000 nüfus başına) Türkiye'de 2015 yılında 48 iken Orta Doğu, Kuzey Afrika, Afganistan ve Pakistan'da 15, Sahra Altı Afrika'da 2, Güney Asya'da ise 6'dır (Dünya Bankası, 2015). Bu nedenle söz konusu bölgelerde de Türkiye'yi sağlık hizmeti alma amacıyla tercih etme eğilimi görülebilmektedir.

Stratejik Yönetim Alanları: Pazar Segmentasyonu, Markalaşma, Kalite ve Dijitalleşme

Önceki başlıkta vurgulandığı üzere Türkiye sağlık turizminde önemli bir rekabet avantajı ve stratejik potansiyele sahiptir. Bu avantajları korumak ve geliştirmek için alınan stratejik hamleler kritik rol oynamaktadır.

Ticaret Bakanlığı (2022) “5448 Sayılı Hizmet İhracatının Tanımlanması, Sınıflandırılması ve Desteklenmesi Hakkında Karar'ın Sağlık ve Spor Turizmi Hizmetlerine Yönelik Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Genelgesi” ekinde sağlık turizmi sektöründe 30 hedef ülke bulunmaktadır. UHSAŞ (2025) stratejik hedefleri bağlamında, Türkiye'nin sağlık turizminde 2025 yılında belirlenen hedef ülkelerini;

Avrupa ve diaspora pazarında; Almanya, Fransa, Hollanda, Birleşik Krallık,

Körfez ülkeleri; Suudi Arabistan, Katar, Kuveyt, BAE, Bahreyn, Umman,

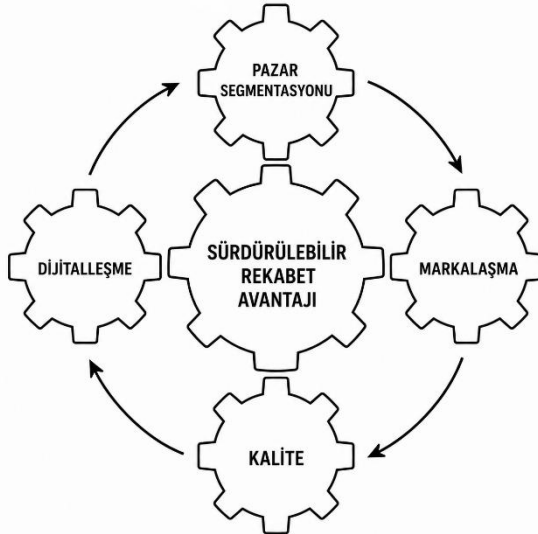
Yakın coğrafyada Irak, İran, Ürdün, Libya,

Türk Cumhuriyetleri; Azerbaycan, Özbekistan, Türkmenistan,

Küresel stratejik pazarları ise ABD, Rusya olarak belirtmiştir.

Hedef ülkeler açısından görülen bu çeşitlilik Türkiye'nin sağlık hizmeti talebinde farklı motivasyonlara sahip hastalara hitap ettiğinin göstergesidir. Hedef pazarları çeşitlendirmek risk dağıtımı açısından da tercih edilebilir bir stratejidir. Ancak pazardaki bu çeşitlilik Pazar bölümlendirmesini gerektirmektedir. Şekil 2'de görüldüğü üzere; Pazar segmentasyonu, markalaşma, kalite ve dijitalleşme sağlık turizmde sürdürülebilir rekabet avantajı yaratmada birbiri ile ilişkili 4 stratejik yönetim alanıdır.

Şekil 2. Türkiye'nin Sağlık Turizminde Stratejik Yönetim Alanları



Sektörün başarısı büyük ölçüde pazarın doğru segmentasyonuna ve hedef segmentlerin doğru seçimine bağlıdır. Çalışmalar değer tabanlı değişkenlerin sağlık turizmi pazar segmentasyonunda daha iyi sonuç veren kriterler olduğunu göstermiştir. Ancak niteliksel kriterlere dayalı değerlendirmenin zor olması nedeniyle, çoğunlukla nicel kriterlere dayalı olarak değerlendirme yapılmaktadır (Torkzadeh et.al., 2024). Bu anlamda Türkiye'nin hasta deneyimini bütünsel biçimde değerlendirecek karma yaklaşımlara yönelmesi, pazar bölümlendirmesinin daha etkin biçimde gerçekleştirilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir. Her bir pazar segmenti için değer yaratan faaliyetleri tespit etmek daha verimli bir pazarlama stratejisi geliştirmenin önünü açar. Bu amaçla İldaş (2022) her ülke için ayrı bir iletişim planı hazırlanmasının gerekliliğini vurgulamıştır. Bu doğrultuda, Amerika, Avrupa, Orta Doğu, Türki Cumhuriyetler ve komşu ülkeler için ayrı tanıtım filmleri ve farklı konseptlerde web siteleri hazırlanmasını, sağlık turistlerine özgü iletişim ofislerinin ve iletişim hatlarının kullanımının yaygınlaştırılmasını, sağlık turizminde pilot bölgeler ve şehirler seçilerek marka çalışmaları derinleştirilmesi önerilmektedir.

Sağlık turizminde üzerinde durulması gereken stratejik yönetim alanlarından bir diğeri markalaşmadır. Yıldırım entegre, bütünsel, bilimsel ve hiyerarşik bir marka oluşturmayı içeren, kullanılabilir bilgiye dayalı, Ar-Ge tabanlı, yenilikçi, özgün ve yaratıcı bir iş modeli ile Türkiye'nin sağlık turizminde marka değeri oluşturmalarının gerekliliğine vurgu yapmıştır. Özellikle Anadolu'nun kültürel mirasının markalaşma stratejisinde önemli rol üstleneceğini savunmuştur. Türkiye medikal turizmde gelişmiş pazarlara kıyasla fiyat avantajı ile ön plana çıkmaktadır (COMEC, 2020). Ancak kaliteli sağlık hizmetine erişilebilir maliyetlerle ulaşılabileceğinin vurgulanması, sağlık turizmde Pazar payı arttırma noktasında önemlidir. 12 farklı ülkeden gelen sağlık turistleri ile gerçekleştirilen

çalışma kapsamında, Türkiye'nin tercih edilmesinde sağlık hizmetlerinin gelişmiş olması ve fiyatların uygunluğu ön plana çıkmıştır (Toptaş, 2020). Sağlık turizminde rekabetçi fiyat avantajına sahip olmak güçlü bir yön olmakla birlikte sağlık turistinin alacağı sağlık hizmetini yüksek kaliteli olarak algılamasına yönelik stratejik hamleler gerçekleştirmek maliyet kaygısı olmayan yüksek katma değer yaratan sağlık turistlerini çekme açısından elzemdir.

Sağlık turizminde stratejik yönelim alanlarından bir diğeri hasta deneyimini üst düzeye taşımayı hedefleyen kalite ve dijitalleşme uygulamalarıdır. Düşük maliyet, kısa bekleme listesi, kalite ve mevcut prosedürler, yurtdışında tedavi görmenin motivasyon kaynaklarıdır. Tıbbi kalitenin algılanan değeri ise hastaların genel memnuniyetini doğrudan etkileyen bir unsurdur (Xu et.al., 2020). Sağlık hizmetlerinde algılanan değer ise teknik kaliteden ziyade hizmet kalitesi ile sağlanmaktadır. Hwang ve diğerleri (2018); sağlık turizminde hasta deneyiminin tedavi öncesi, tedavi sırası ve tedavi sonrası tüm aşamalarda bütüncül biçimde incelenmesi gerektiğini belirtmiştir. Sağlık turistinin hizmet almadan önceki araştırma sürecindeki iletişim deneyimi, tedavi sürecindeki deneyimini etkilemekte, tedavi sürecindeki olumlu deneyim ise tedavi sonrası tavsiye, geri bildirimi üzerinde pozitif etkiye neden olmaktadır. Bu anlamda hastanın kurumla ilk temasından başlayarak sağlık hizmeti öncesi, esnası ve sonrasında -hatta hasta ülkesine döndükten sonra dahi- takip ve iletişime devam etmek hasta deneyimini olumlu etkilemektedir. Hasta deneyimini bütüncül biçimde ele almanın en önemli unsurlarından biri dev sağlık hizmet sunum sürecini dijitalleştirmektir. Dijitalleşme sayesinde gerçekleştirilen web tabanlı tanıtım ve pazarlama, çevrimiçi ikinci görüş hizmetleri, CRM tabanlı dijital randevu ve takip uygulamaları ile tedavi sonrası uzaktan izlem ve komplikasyon yönetimi süreçleri hasta deneyiminde hayati rol üstlenir.

Sonuç

Sağlık turizmi ekonomik büyümeyi hızlandırma ve sağlık diplomasisi oluşturma noktasında stratejik öneme sahip bir sektördür. Yüksek katma değer yaratan bir alan olması sebebi ile sağlık turizmi pazarı her geçen gün büyümektedir. Geçmiş dönemlerde gelişmiş ülkelerden çok gelişmiş ülkelere doğru gerçekleşen uluslararası hasta akışı günümüzde tam tersi bir duruma evrilmiştir. Başka bir ifade ile sağlık turizmi çok gelişmiş ülkelerin tekelinde bir faaliyet olmaktan çıkmıştır.

Küresel boyutta yaşanan nüfusun artış göstermesi ve doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması sağlık hizmetlerine yönelik talebi arttırmıştır. Ancak bazı ülkelerin sağlık sistemleri bu talebe cevap verme noktasında sorunlar yaşamaktadır. Bekleme sürelerinin uzunluğu, sigorta kapsamının yetersizliği, yüksek sağlık hizmet maliyetleri gibi sebepler kişilerin sınır ötesi sağlık hizmeti talebini arttıran unsurlardır. Bu talebe cevap verme potansiyeline sahip birçok ülke ise sağlık turizmine yönelik faaliyetlerini güçlendirerek pazar payını arttırmayı hedeflemektedir. Söz konusu pazarda payını genişletmek ise doğru stratejik hamlelerle mümkündür. Ülkeler stratejik üstünlüklerine göre medikal, termal, yaşlı ve engelli turizmi gibi alanlara yönelmektedirler. Türkiye ise sağlık turizminin farklı alanlarında faaliyet gösterebilecek potansiyele sahiptir.

Türkiye’yi sağlık turizmi pazarında çekici kılan unsurlar rekabet avantajı sağlamada önemli bir fırsattır. Rakiplerine göre sağlık hizmeti sunumunda maliyet avantajına sahip olması, turizmde gelişmiş altyapısı, akredite sağlık kurumları, nitelikli sağlık insan gücü, ulaşılabilir lokasyonu, doğal güzellikleri ve iklimi açısından cazip konumuyla Türkiye sağlık turizminde önemli rekabet avantajlarına sahiptir. Doğru stratejiler geliştirmek ise söz konusu rekabet avantajlarını sürdürülebilir kılmaktadır. Bu hedefe gerçekleştirecek faaliyetler kamu politika dokümanlarında sıkça

vurgulanmaktadır. Söz konusu dokümanlarda yer alan kalkınma hedeflerine yönelik olarak sağlık turizmine özđü tanıtım faaliyetleri gerçekleştirilmiş, sağlık tesislerinin yetkilendirme ve denetim faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla USHAş, TÜSKA gibi kuruluşlar hayata geçirilmiş, sağlık turizmi alanında çalışan kuruluşlara Ticaret Bakanlığı tarafından teşvikler verilmiş, ülkenin marka değeri olarak küresel boyutta tanınmasına yönelik “Health Türkiye” markası oluşturulmuştur. Bu faaliyetler incelendiğinde sağlık turizminde önemli stratejik yönetim alanlarından biri olan markalaşmaya önem verildiğini gösterir. Sektörel başarıyı arttırmada anahtar unsurlardan bir diğeri de Pazar segmentasyonudur. Böylece sağlık turizmi kapsamında belirlenen hedef ülkelerdeki potansiyel sağlık turistlerinin beklentilerine cevap verilebilecektir. Hedef lke pazarlarındaki beklenti ve öncelikler farklı olsa da nihayetinde tüm talepler sağlık turizminde bütüncöl hasta deneyim sağlamayı gerektirmektedir. Bu noktada kalite ve dijitalleşme uygulamaları bütüncöl hasta deneyiminin önemli araçlarıdır. Bu nedenle, Türkiye’nin sağlık turizminde mevcut potansiyelini kullanarak kümülatif ekonomik büyümeyi gerçekleştirme hedefinde söz konusu dört stratejik alana yoğunlaşması önerilmektedir.

Kaynakça

Amcham ve PWC Türkiye. (2021). *Türkiye’de değer odaklı medikal turizmin güçlendirilmesi raporu*.

Carrera, P. M., & Bridges, J. F. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 6(4), 447-454.

Dünya Bankası. (2022). *Azerbaijan: Health Sector Organization And Public Disclosure Authorized Strategic Purchasing* . 02 06, 2026 tarihinde [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://documents1.worldbank.org/curated/en/099815404182261622/pdf/IDU045ae2cd40a0c70422d0b4b60270dc8e77661.pdf](https://documents1.worldbank.org/curated/en/099815404182261622/pdf/IDU045ae2cd40a0c70422d0b4b60270dc8e77661.pdf) adresinden alındı

COMEC. (2020). Developing medical tourism in the OIC member countries. : 26.05.2026 tarihinde <https://www.comcec.org/wp-content/uploads/2021/12/Developing-Medical-Tourism-in-the-OIC-Countries-Report.pdf> adresinden alındı

Denizli, F. (2023). Yaşlı ve engelli bakım turizm potansiyelinin değerlendirilmesi “fırsatlar ve tehditler”: Kayseri ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 46, 59–75.

EUROSTAT. (2026). Demography of Europe 2026 edition. 26.05.2026 tarihinde <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2026> adresinden alındı.

Global Wellness Institute. (2026). *Thermal/mineral springs*. 10.05.2026 tarihinde <https://globalwellnessinstitute.org/what-is-wellness/thermal-mineral-springs/> adresinden alındı.

Health Türkiye (2022). Türkiye Health System By Numbers. 02.06.2026 tarihinde <https://www.healthturkiye.gov.tr/> adresinden alındı.

Hwang, S., Lee, D., & Kang, C. Y. (2018). Medical tourism: Focusing on patients' prior, current, and post experience. *International Journal of Quality Innovation*, 4(1), 4.

İltaş, G. (2022). The tourism sector in country branding: An assessment on health tourism in Turkey. *Kent Akademisi*, 15(1), 155–176.

JCI. (2026). List of JCI Accredited Organizations. 02.06.2026 tarihinde https://www.jointcommission.org/en/about-us/recognizing-excellence/find-accredited-international-organizations?rfkid_7:content_filters=country:eq:Turkey&rfkid_7:content_page=1&rfkid_7:content_limit=100 adresinden alındı.

Kaya, M., ve Kar, A. (2020). Güney Kore sağlık turizmi ve sağlık sistemi. D. Aydın (Ed.), *Sağlık turizminde öne çıkan ülkeler, sağlık sistemleri ve dünya sağlık turizmindeki yerleri içinde* (ss. 263–288). Nobel Akademik Yayıncılık.

Kesin, M. (2025). 2012-2024 yılları arasında ülkemize gelen turistlerin sağlık turizmi kapsamında incelenmesi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 205–216.

Kılavuz, E. (2018). Medical tourism competition: The case of Turkey. *International Journal of Health Management and Tourism*, 3(1), 42–58.

Kuşat, N., & Esen, E. (2022). Sağlık turizmi perspektifinden Türk sağlık sektörü rekabet gücü. *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 37–50.

OECD. (2023) 26.05.2026 tarihinde [https://dataexplorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=DisseminateFinalD](https://dataexplorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DisseminateFinalD)

MZ&df[id]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_WAITING&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1 adresinden alındı.

OECD. (2026). Ageing and long-term care .05.2026 tarihinde <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/ageing-and-long-term-care.html> adresinden alındı.

Şengül, C., & Çora, H. (2020). Healthcare tourism in second decade of 21st century-a review of Turkey as the new global center for international patients. *Journal of Health Systems and Policies*, 2(1), 56–86.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023*.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). *On İkinci Kalkınma Planı 2024-2028*.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2025). *2026 yılı Cumhurbaşkanlığı yıllık programı*. Resmî Gazete, 30 Ekim 2025.

T.C. Dışişleri Bakanlığı. (2026). 02.06.2026 tarihinde https://www.mfa.gov.tr/yurtdisinda-yasayan-turkler_.tr.mfa adresinden alındı.

T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018: Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı*.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik*. Resmî Gazete, 26 Nisan 2025, Sayı: 32882.

T.C. Ticaret Bakanlığı. (2022). *5448 sayılı Hizmet İhracatının Tanımlanması, Sınıflandırılması ve Desteklenmesi Hakkında Karar'ın sağlık ve spor turizmi hizmetlerine yönelik*

uygulama usul ve esaslarına ilişkin genelge: Ek-2 hedef ülkeler listesi.

T.C. Ticaret Bakanlığı. (2026). *Hizmet sektörlerinin desteklenmesine ilişkin genelge.*

THY. (2026). “Dünyanın En Çok Ülkesine Uçan Havayolu” başlıklı basın bildirisi. 04.06.2026 tarihinde <https://www.turkishairlines.com/tr-tr/basin-odasi/oduller/turk-hava-yollari-guinness-dunya-rekoru/> adresinden alındı.

Toptaş, A. (2020). Sağlık turizminde Türkiye’nin önemi ve tercih edilme sebeplerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(4), 3191–3208.

Torkzadeh, L., Jalilian, H., Zolfagharian, M., Torkzadeh, H., Bakhshi, M., & Khodayari-Zarnaq, R. (2024). Market segmentation in the health tourism industry: A systematic review of approach and criteria. *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 16(1), 69–88.

TÜRSAB. (2014). *TÜRSAB Sağlık Turizmi Raporu*. 03.06.2026 tarihinde https://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf adresinden alındı.

UHSAŞ. (2025). Stratejik Hedefler 02.06.2026 tarihinde <https://www.ushas.gov.tr/stratejik-hedefler/> adresinden alındı.

UHSAŞ. (2026). Sağlık Turizmi Verileri 02.06.2026 tarihinde <https://www.ushas.gov.tr/saglik-turizmi-verileri/> adresinden alındı.

Üstün, U., & Uslu, Y. (2022). Türkiye’nin sağlık turizminde tercih edilme nedenleri üzerine bir çalışma: Medikal turizm endeksi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 33.

WTO-World Tourism Organization. (2016). *Manual on accessible tourism for all: Principles, tools and best practices – Module I: Accessible tourism – Definition and context*. UNWTO. <https://doi.org/10.18111/9789284418077>

Xu, T., Wang, W., & Du, J. (2020). An integrative review of patients' experience in the medical tourism. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 0046958020926762.

Yıldırım, H. H. (2020). Health tourism and Anatolian blessings medicine: A strategic business model proposal for Turkey's branding. *Journal of Health Systems and Policies*, 2(1), 1–32.

BÖLÜM 3

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DİJİTAL HASTANE DEĞERLENDİRMELERİNE YÖNELİK TUTUMLARI*

NESRİN AKCA¹, AHMET KAR²,
ŞEYMA HASPOLAT³, RÜMEYSA YALMAN⁴

Giriş

Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte, dijital sağlık alanında da gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeyle sağlık sektörü doğrudan etkilenmiş ve çok yönlü dijital dönüşüm sürecine girmiştir. Sağlık alanında yaşanan bu dijital dönüşüm, bilhassa “Sağlık 4.0” ile açığa çıkmıştır. Dijital hastane, robotik cerrahi, e-sağlık, tele-tıp, mobil sağlık, elektronik sağlık kayıtları, yapay zekâ, giyilebilir

*Bu çalışma, 8. Uluslararası 18. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi’nde sözlü bildiri olarak sunulmuş, özet bildiri olarak yayınlanmıştır.

¹ Prof. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-5546-1443

² Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0002-3734-497X

³ Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0009-0002-1142-387X

⁴ Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0009-0005-5507-9634

teknoloji ve üç boyutlu yazıcı vb. kavramlar; dijital sağlık uygulamasıyla ilgili kavramlardır (Beşkardeş & Köse, 2025; Bhavnani et.al., 2017; Sağlık Bakanlığı, 2019; Alkan & Güder Gülenç, 2025; Ulusam Seçkiner & Sofuoğlu, 2024). Bu kavramlardan yola çıkılarak dijital sağlık; sağlık sektöründe dijital uygulamaların kullanılması şeklinde tanımlanabilir. Yukarıda da ifade edildiği gibi dijital hastaneler de dijital sağlık kavramı çerçevesinde incelenmesi gereken bir kavramdır (Alkan & Güder Gülenç, 2025).

Dijital hastane; tıbbi olan ya da olmayan tüm işlemlerin teknoloji ile ilişkilendirildiği ve veri akışının güvenilir olduğu hastanelerdir (Beşkardeş & Köse, 2025). Diğer bir tanımla; hastanedeki tüm bilgi sisteminin entegre bir şekilde çalıştığı, tüm tıbbi cihazlar aracılığıyla bilgi sistemine veri gönderilebildiği, hasta ve çalışanların onayı ve yetkisi kapsamında sistemdeki verilere hastane içinden ya da dışından ulaşılabilen hastane modeline dijital hastane denir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu hastanelerdeki sağlık hizmetleri, kaliteli ve erişilebilir düzeydedir. Hasta ve yakınları istediği zaman güvenilir olarak ve eksiksiz bir şekilde sağlık verilerine ulaşabilmekte ve aynı zamanda sağlık profesyonelleri tedavi süreçlerini kolaylıkla takip edebilmektedir. Bu sayede; maliyetler ve tıbbi hatalar en aza indirilmekte, daha verimli ve kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilebilmektedir (Beşkardeş & Köse, 2025; Lupton, 2013; Kim et.al., 2020; Gökkaya & İzgüden, 2022; Chang et.al., 2003; Uysal & Ulusinan, 2020; Ulusam Seçkiner & Sofuoğlu, 2024). Aynı zamanda dijital hastaneler; sağlık kurumundaki bütün tedavi hizmeti, tetkik ve tahlilleri kâğıt olmadan elektronik olarak kayıt altına alınmasını sağlamaktadır (Ak, 2013). Bunun yanı sıra dijital hastanelerin; iş akış süreçlerinde kısaltmaya, zamandan tasarruf sağlamaya ve sağlık çalışanlarının çalışma verimini artırmaya yönelik avantajları da bulunmaktadır (Ak, 2010; Tüfekçi et.al., 2017; Gökkaya & İzgüden, 2022; Uysal & Ulusinan,

2020). Dijital hastanede; randevu alma, laboratuvar sonuçlarını görme, reçetelere ulaşma gibi işlemler dijital sistemler üzerinden kolayca yapılabilir. Ayrıca doktorlar hastaların tıbbi geçmişine anında ulaşabildiği için tanı ve tedavi süreci daha etkili olur. Verilerin güvenliği sağlanmakta, sağlık hizmetlerinde kalite standartları yükselmekte ve kâğıt israfı önlenerek çevreye de katkı sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Dijital sağlık alanındaki gelişmeler; bireyler açısından sağlıklı ve kaliteli bir hayat sunarken, sağlık çalışanları açısından ise nasıl kabul edildiği ve algılandığı çok önemlidir. Ayrıca, sağlık sektöründeki bu teknolojinin hızlı bir şekilde yayılması; sağlık hizmetinden yararlananları ve hizmet sunucularını her geçen gün artan bir şekilde kendine bağımlı kılmaktadır. Sağlık alanındaki teknoloji bu kadar hızlı gelişirken, bireylerin teknolojiye olan uyumu aynı hızla gerçekleşmemektedir. Sağlık çalışanın bu teknolojiye karşı geliştirdiği olumlu veya olumsuz tutumlar, ilgili teknolojinin kullanımına ilişkin çalışanın davranışını şekillendirmektedir (Antep & Öngel, 2024).

Birer dijital sağlık uygulaması olan yapay zekâ, büyük veri analizi ve robotik teknolojiler gibi alanların sağlık sektörüne entegrasyonu, teşhis ve tedavi süreçlerinde devrim yaratabilir. Ayrıca uzaktan muayene, mobil sağlık uygulamaları gibi dijital çözümler sayesinde, sağlık hizmetlerine erişim çok daha yaygın ve kolay hale gelebilir (Uysal & Semiz, 2022). Dijital hastaneler sadece bugünün değil, geleceğin de sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Sağlık kurumlarının bu alanda kendini geliştirmesi hem hasta memnuniyeti hem de sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından büyük bir öneme sahiptir.

Yöntem

Bu araştırmada; sağlık çalışanlarının dijital hastane değerlendirmelerine yönelik tutumlarını belirlemek ve bireysel

özelliklerin bu değerlendirme üzerinde bir farklılığa neden olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır. Açıklayıcı türde kesitsel olarak yürütülen bu araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinde görev yapan 600 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup, bütün evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formu aracılığıyla Nisan-Temmuz 2025 döneminde toplamda 321 çalışandan (%53,5) toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formunda sağlık çalışanlarının dijital hastane değerlendirmelerine yönelik tutumlarını belirlemek için Gökkaya ve diğerleri (2025) tarafından geliştirilen “Dijital Hastane Değerlendirme Ölçeği” (DIHES)” ve bireysel özelliklerin belirlenmesinde ise araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. DIHES toplamda 30 madde ve “çalışma ve işleyiş”, “yönetim organizasyon ve maliyet”, “memnuniyet” ve “hasta güvenliği” olmak üzere dört boyuttan oluşan 5’li Likert türünde bir ölçektir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça dijital hastane değerlendirmeye yönelik sağlık çalışanlarının olumlu tutumları da artmaktadır. Ölçeğe verilen yanıtların güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile, normal dağılıma uyum çarpıklık ve basıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve çalışma süresi gibi bireysel özellikleri sayı ve yüzdeler ile ifade edilmiştir. İki gruplu değişkenler açısından dijital hastane değerlendirmesine yönelik tutumun farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. 3 ve daha fazla sayıda gruba ait değişkenlerde ise tek yönlü anova analizi kullanılmıştır.

*Tablo 1. Dijital Hastane Değerlendirme Ölçeği
Tanımlayıcı Özellikleri*

Ölçek Maddeleri	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach alfa
Madde 1	1,00	5,00	4,2368	,91516	-1,496	2,529	0,933
Madde 2	1,00	5,00	4,2025	,96475	-1,508	2,389	
Madde 3	1,00	5,00	4,1869	,93672	-1,414	2,203	
Madde 4	1,00	5,00	4,3178	,90067	-1,807	3,789	
Madde 5	1,00	5,00	4,3178	,84334	-1,600	3,335	
Madde 6	1,00	5,00	4,3567	,87573	-1,719	3,302	
Madde 7	1,00	5,00	4,2991	,86835	-1,657	3,416	
Madde 8	1,00	5,00	4,2991	,87552	-1,802	4,125	
Madde 9	1,00	5,00	3,9782	1,04410	-1,050	,645	
Madde 10	1,00	5,00	4,1589	,96323	-1,294	1,461	
Madde 11	1,00	5,00	4,1153	1,00115	-1,211	1,072	
Madde 12	1,00	5,00	4,1573	,93926	-1,276	1,601	
Madde 13	1,00	5,00	4,1651	,86286	-1,148	1,398	
Madde 14	1,00	5,00	4,2056	,88110	-1,462	2,572	
Madde 15	1,00	5,00	4,1682	,95675	-1,398	1,798	
Madde 16	1,00	5,00	4,0280	1,06470	-1,182	,847	
Madde 17	1,00	5,00	4,0156	1,02610	-1,044	,622	
Madde 18	1,00	5,00	4,0779	1,02019	-1,347	1,547	
Madde 19	1,00	5,00	3,7508	1,24507	-,926	-,162	

Madde 20	1,00	5,00	3,5171	1,33013	-,682	-,712	
Madde 21	1,00	5,00	3,3287	1,40042	-,482	-1,058	
Madde 22	1,00	5,00	3,2991	1,40456	-,510	-1,062	
Madde 23	1,00	5,00	2,7601	1,45831	,076	-1,427	
Madde 24	1,00	5,00	3,2181	1,46920	-,430	-1,242	
Madde 25	1,00	5,00	3,3660	1,41999	-,579	-1,025	
Madde 26	1,00	5,00	3,6776	1,16977	-,896	,010	
Madde 27	1,00	5,00	3,9377	1,09652	-1,121	,636	
Madde 28	1,00	5,00	3,9190	,99983	-1,026	,794	
Madde 29	1,00	5,00	3,8567	1,01767	-,873	,312	
Madde 30	1,00	5,00	3,9159	1,03188	-1,033	,654	
Çalışma ve İşleyiş	1,00	5,00	4,2439	,77589	-1,693	3,758	0,951
Yönetim organizasyon ve maliyet	1,11	5,00	4,1213	,78296	-1,215	1,806	0,815
Memnuniyet	1,00	5,00	3,3123	1,17079	-,590	-,707	0,919
Hasta güvenliği	1,00	5,00	3,7788	,92488	-,834	,418	0,900
Ölçek genel ortalaması	1,03	5,00	3,9278	,68765	-,876	1,144	
Ölçek genel toplam puanı	31,00	150,00	117,8330	20,62900	-,876	1,144	

Dijital hastane değerlendirme ölçeği 30 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tarzında yanıtlanan ölçek toplamda 30 ile 150 arasında bir skora sahip olabilmektedir. Araştırma kapsamında ölçek toplam puanı 31 ile 150 arasında değerler almış olup genel

ortalama yaklaşık 118 olmuştur. Ortalaması en yüksek (4,36) ifade madde 6 (Dijital hastane uygulamalarının geliştirilerek devam etmesi gerektiğini düşünüyorum), en düşük (2,76) ifade ise madde 23 (Dijital hastane uygulamalarıyla ilgili çalışanlara yeterli eğitim verildi) olmuştur (Tablo 1). Ölçeğin genelinin güvenilirliği için Cronbach alfa katsayısı 0,933 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlara ait güvenilirlik katsayıları çalışma ve işleyiş boyutu için 0,951 yönetim organizasyon ve maliyet boyutu için 0,815, memnuniyet alt boyutu için 0,919, hasta güvenliği alt boyutu için 0,900 olarak hesaplanmıştır (Tablo 1). Bu sonuçlar ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	189	58,9
	Erkek	132	41,1
Yaş	18-25	70	21,8
	26-35	104	32,4
	36-45	106	33,0
	46+	41	12,8
Eğitim	Ön lisans ve altı	97	30,2
	Lisans	195	60,7
	Lisans üstü	29	9,0
Medeni durum	Evli	174	54,2
	Bekar	147	45,8
Kurumdaki çalışma süresi	1-5 YIL	139	43,3

	6-10 YIL	74	23,1
	11-15YIL	59	18,4
	16-20 YIL	29	9,0
	21+	20	6,2
Meslekteki çalışma süresi	1-5 YIL	97	30,2
	6-10 YIL	87	27,1
	11-15YIL	65	20,2
	16-20 YIL	42	13,1
	21+	30	9,3
Meslek	Hekim	34	10,6
	Hemşire	114	35,5
	İdari personel	77	24,0
	Diğer sağlık personeli	96	29,9
Mesai Şekli	Gündüz	242	75,39
	Gece veya Vardiyalı	79	24,61
Dijital hastane uygulamalarından haberdar olma durumu	Evet	232	72,3
	Hayır	89	27,7

Tablo 2 incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Yaş grupları içerisinde en yüksek oran 36-45 yaş aralığında (%33) olup 26-35 yaş aralığında (%32,4) olanların oranı da bu sayıya oldukça yakındır. Çok büyük bir çoğunluk (%60,7) lisans mezunlarından oluşmaktadır. Evlilerin oranı (%54,2) bekarlara göre daha yüksektir. Hem kurumda hem de meslekteki çalışma süresi incelendiğinde en yüksek oran 1-5 yıl arası

deneyimde görülmektedir. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde ilk sırada hemşirelerin, ikinci sırada idari personelin, üçüncü sırada ise hekimlerin en yüksek orana sahip olduğu ve %75,39'luk oranla gündüz mesaisinde çalıştıkları görülmektedir. Katılımcıların neredeyse dörtte üçü (%72,3) dijital hastane uygulamalarından haberdar olduğunu bildirmiştir.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Dijital Hastane Değerlendirme Ölçeği Puanlarının “Cinsiyet, Medeni Durum, Mesai Şekli ve Dijital Hastane Uygulamalarından Haberdar Olma” Değişkenlerine Göre t Testi Sonuçları

Cinsiyet		Ortalama	SS	t	p
Ölçek Toplamı	Kadın	118,19	19,01	,362	,718
	Erkek	117,32	22,82		
Hasta Güvenliği	Kadın	22,98	5,14	1,148	,252
	Erkek	22,23	6,08		
Memnuniyet	Kadın	19,80	7,06	-,228	,820
	Erkek	19,98	7,00		
Yönetim Organizasyon ve Maliyet	Kadın	37,32	7,98	-,118	,906
	Erkek	37,15	7,41		
Çalışma ve İşleyiş	Kadın	38,36	6,64	,514	,607
	Erkek	37,95	7,46		
Medeni Durum		Ortalama	SS	t	p
Ölçek Toplamı	Evli	120,11	20,27	1,979	0,049*
	Bekar	115,48	21,65		
Hasta Güvenliği	Evli	23,34	5,28	2,357	0,019*

	Bekar	21,88	5,77		
Memnuniyet	Evli	20,83	6,66	2,659	0,008**
	Bekar	18,74	7,30		
Yönetim Organizasyon ve Maliyet	Evli	37,59	6,92	0,874	0,383
	Bekar	36,84	8,62		
Çalışma ve İşleyiş	Evli	38,35	6,95	0,427	0,670
	Bekar	38,01	7,05		
Mesai Şekli		Ortalama	SS	t	p
Ölçek Toplamı	Gündüz	118,91	20,28	0,209	1,372
	Gece ya da vardiya	115,18	22,99		
Hasta Güvenliği	Gündüz	22,56	5,69	-0,626	0,532
	Gece ya da vardiya	23,01	5,12		
Memnuniyet	Gündüz	19,65	7,26	-0,977	0,329
	Gece ya da vardiya	20,54	6,23		
Yönetim Organizasyon ve Maliyet	Gündüz	37,80	7,80	2,267	0,024*
	Gece ya da vardiya	35,54	7,35		
Çalışma ve İşleyiş	Gündüz	38,89	6,56	3,149	0,002**
	Gece ya da vardiya	36,08	7,81		
Dijital Hastane Uygulamalarından Haberdar Olma Durumu		Ortalama	SS	t	p
Ölçek Toplamı	Evet	121,76	18,14	4,749	,000**

	Hayır	108,15	24,59		
Hasta Güvenliği	Evet	23,01	5,59	1,756	,080
	Hayır	21,80	5,37		
Memnuniyet	Evet	19,89	7,37	,053	,957
	Hayır	19,84	6,07		
Yönetim Organizasyon ve Maliyet	Evet	38,81	7,03	6,159	,000**
	Hayır	33,18	8,07		
Çalışma ve İşleyiş	Evet	40,06	5,34	8,556	,000**
	Hayır	33,33	8,34		

*p<.05, **p<.01

Tablo 3'te ölçek toplam skoru ile hasta güvenliği ve memnuniyet alt boyutları cinsiyet açısından farklılık göstermemekte ($p>.05$), ancak medeni durum açısından farklılık göstermektedir ($p<.05$; $p<.01$). Hem ölçek genel skor ortalaması hem de söz konusu alt boyutların ortalaması evli katılımcılarda bekarlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olmuştur. Yönetim organizasyon ve maliyet boyutu ile çalışma ve işleyiş alt boyutu ortalaması gündüz çalışan personelde gece veya vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Dijital hastane uygulamalarından haberdar olanların; ölçek genel ortalaması, yönetim organizasyon ve maliyet boyutu ile çalışma ve işleyiş alt boyut ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların dijital hastane değerlendirme tutumlarının eğitim, kurumdaki çalışma süresi, meslekteki çalışma süresi, yaş ve meslek değişkenleri açısından farklılık gösterip göstermediği tek yönlü anova analizi ile değerlendirilmiştir. Fark tespit edilen değişkenlerde farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini değerlendirmek amacıyla Scheffe testi uygulanmıştır.

Tablo 4. Ölçek Genel Ortalaması ve Alt Boyut Ortalamalarının Eğitim Durumu Açısından Değerlendirilmesi

Eğitim Durumu		Ortalama	SS	F	p	Post-hoc
Ölçek Toplamı	Ön lisans ve altı ¹	117,90	24,85	3,301	,038*	2<3; p=0,038
	Lisans ²	116,65	18,36			
	Lisans üstü ³	127,31	22,06			
Hasta Güvenliği	Ön lisans ve altı ¹	22,95	6,15	1,850	,159	
	Lisans ²	22,29	5,28			
	Lisans üstü ³	24,31	5,02			
Memnuniyet	Ön lisans ve altı ¹	20,39	6,87	1,733	,178	
	Lisans ²	19,35	7,03			
	Lisans üstü ³	21,66	7,34			
Yönetim Organizasyon ve Maliyet	Ön lisans ve altı ¹	37,11	9,62	2,051	,130	
	Lisans ²	36,91	6,65			
	Lisans üstü ³	40,00	7,22			
Çalışma ve İşleyiş	Ön lisans ve altı ¹	37,46	7,63	3,567	,029*	3>1; p=0,031
	Lisans ²	38,09	6,54			
	Lisans üstü ³	41,34	7,01			

*p<.05

Tablo 4'e göre ölçek genel ortalaması lisansüstü mezunlarında, lisans mezunlarına göre anlamlı şekilde daha

yüksektir ($p<,05$). Benzer şekilde lisansüstü eğitim seviyesindekilerin çalışma ve işleyiş alt boyut ortalaması, ön lisans ve altı eğitim seviyesine sahip olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<,05$).

Tablo 5. Ölçek Genel Ortalaması ve Alt Boyut Ortalamalarının Deneyim Süresi (Meslekteki Süre) Açısından Değerlendirilmesi

Deneyim süresi (Yıl)		Ortalama	SS	F	p	Post-hoc
Ölçek Toplamı	1-5 ¹	113,92	20,96	2,907	0,022*	
	6-10 ²	115,68	21,65			
	11-15 ³	120,65	20,61			
	16-20 ⁴	123,68	21,27			
	21+ ⁵	124,10	16,57			
Hasta Güvenliği	1-5 ¹	21,73	5,47	3,006	0,019*	
	6-10 ²	21,91	5,87			
	11-15 ³	23,27	5,86			
	16-20 ⁴	24,54	4,49			
	21+ ⁵	24,03	4,66			
Memnuniyet	1-5 ¹	18,59	7,18	3,673	0,006**	1<4; p=0,050
	6-10 ²	19,15	7,30			
	11-15 ³	19,87	7,16			
	16-20 ⁴	22,29	6,41			
	21+ ⁵	22,77	4,49			
Yönetim Organizasyon ve Maliyet	1-5 ¹	36,61	9,19	0,806	0,522	
	6-10 ²	36,60	7,34			

	11-15 ³	38,31	7,07			
	16-20 ⁴	37,60	7,07			
	21+ ⁵	38,40	5,86			
Çalışma ve İşleyiş	1-5 ¹	36,99	7,46	1,406	0,232	
	6-10 ²	38,02	6,98			
	11-15 ³	39,21	6,71			
	16-20 ⁴	39,26	6,73			
	21+ ⁵	38,90	6,04			

*p<.05, **p<.01

Tablo 5'e göre; ölçeğin genel toplam ve alt boyut ortalamaları mesleki deneyim süresi açısından incelendiğinde, hasta güvenliği ve memnuniyet alt boyutları ile ölçek toplamında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<.05$; $p<.01$). Yalnızca memnuniyet alt boyutunda yapılan post-hoc testi sonucunda gruplar arasında oluşan anlamlı farklılığın 16-20 yıl ile 1-5 yıl arasında deneyime sahip çalışanlar arasında olduğu ve 16-20 yıl arası deneyime sahip olanların ortalamasının 1-5 yıl arasında deneyime sahip olanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<.01$).

Tablo 6. Ölçek Genel Ortalaması ve Alt Boyut Ortalamalarının Yaş Değişkeni Açısından Değerlendirilmesi

Yaş		Ortalama	SS	F	p	Post-hoc
Ölçek Toplamı	18-25 ¹	112,49	22,04	3,234	0,023*	1<3; p=0,031
	26-35 ²	116,79	19,66			
	36-45 ³	122,10	18,56			
	46+ ⁴	119,79	26,22			

Hasta Güvenliği	18-25 ¹	21,51	5,56	1,658	0,176	
	26-35 ²	22,61	5,46			
	36-45 ³	23,15	5,47			
	46+ ⁴	23,59	5,81			
Memnuniyet	18-25 ¹	18,21	7,48	2,416	0,066	
	26-35 ²	19,66	6,89			
	36-45 ³	20,55	7,05			
	46+ ⁴	21,49	6,06			
Yönetim Organizasyon ve Maliyet	18-25 ¹	36,01	10,49	1,768	0,153	
	26-35 ²	36,88	6,72			
	36-45 ³	38,58	5,90			
	46+ ⁴	36,85	8,60			
Çalışma ve İşleyiş	18-25 ¹	36,74	8,32	3,237	0,023*	1<3; p=0,041
	26-35 ²	37,64	6,49			
	36-45 ³	39,82	5,37			
	46+ ⁴	37,87	8,67			

*p<.05

Tablo 6'ya göre 36-45 yaş grubundakilerin 18-25 yaş aralığında olanlara göre ölçek genel toplamı ile çalışma ve işleyiş alt boyut ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir (p<.05).

Tablo 7. Ölçek Genel Ortalaması ve Alt Boyut Ortalamalarının Meslek Değişkeni Açısından Değerlendirilmesi

Meslek Değişkeni		Ortalama	SS	F	p
Ölçek Toplamı	Hekim	119,12	23,10	,376	,770
	Hemşire	116,40	17,99		
	Diğer Sağlık Personeli	118,33	23,83		
	İdari Personel	119,42	20,71		
Hasta Güvenliği	Hekim	22,56	6,00	,516	,672
	Hemşire	22,25	5,12		
	Diğer Sağlık Personeli	22,74	5,79		
	İdari Personel	23,26	5,71		
Memnuniyet	Hekim	19,59	7,64	1,076	,359
	Hemşire	19,06	6,88		
	Diğer Sağlık Personeli	20,16	7,01		
	İdari Personel	20,85	6,96		
Yönetim Org. ve Maliyet	Hekim	37,79	7,50	,090	,965
	Hemşire	37,06	6,18		
	Diğer Sağlık Personeli	37,36	10,02		
	İdari Personel	37,14	6,74		
Çalışma ve İşleyiş	Hekim	39,18	7,46	,256	,857
	Hemşire	38,03	6,23		
	Diğer Sağlık Personeli	38,06	7,96		
	İdari Personel	38,18	6,62		

Tablo 7'ye göre ölçek genel toplamı ve alt boyutlarının ortalamaları katılımcıların meslekleri açısından farklılık göstermemiştir ($p>,05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Dijital hastane kavramı; sağlık hizmetlerinin kalite, erişilebilirlik ve etkinlik açısından iyileştirilmesini hedefleyen çağdaş bir sağlık yönetimi modelidir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Hasta kayıtlarının dijital ortamda tutulması, klinik süreçlerin otomatikleştirilmesi ve karar destek sistemlerinin entegrasyonu gibi bileşenlerle tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, hem sağlık profesyonellerinin iş yükünü azaltmakta hem de hastalara daha hızlı, doğru ve güvenli bir hizmet sunulmasına olanak tanımaktadır. Ayrıca dijital hastane uygulamaları; sağlık verilerinin analiz edilmesini kolaylaştırarak, kamu sağlığı politikalarının geliştirilmesine de katkı sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Dijital hastanelerin; sağlık çalışanı, hastane yönetimi ve hasta boyutlu olmak üzere birçok yönden yararları ve bunun yanı sıra bazı güçlükleri de bulunmaktadır. Siber güvenlik tehdidi, teknik altyapıdaki eksiklikler, var olan sistemlerin entegrasyonu, sağlık çalışanın dijital dönüşüme ayak uyduramaması ve dijital dönüşüm için ek maliyet artışı vb. zorlukların çözüme kavuşturulması gereklidir (Öztürk et.al., 2025).

Bu araştırma; sağlık çalışanlarının dijital hastane değerlendirmelerine yönelik tutumlarının belirlenmesi ve bireysel özelliklerin bu değerlendirme üzerinde bir farklılığa neden olup olmadığının incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre; araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının dijital hastane değerlendirmelerine yönelik tutumlarının yüksek olduğu ve ölçeğin medeni durum, mesai şekli, dijital hastane uygulamalarından haberdar olma durumu, eğitim durumu, meslekteki deneyim süresi ve yaş değişkenlerine göre istatistiksel

açından anlamlı farklılıklar gösterdiği, sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte üçünün (%72,3) dijital hastane uygulamalarından haberdar olduğu ve sağlık çalışanlarının dijital hastane uygulamalarıyla ilgili yeterince eğitim alamadıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları; dijital hastane uygulamalarından memnun olduklarını, işlerini daha hızlı ve kolay yaptıklarını, bilgiye daha hızlı ve kolay ulaşabildiklerini, maliyet üzerinde olumlu etkisi olduğunu, ilaç ve malzeme kaçaklarını önlediğini, verimli bir çalışma ortamı sağladığını ve hasta güvenliği açısından faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Literatürdeki çalışmalar bu çalışma ile benzer sonuçlara sahiptir.

Gökkaya ve İzgüden (2022) tarafından yapılan çalışmada; sağlık çalışanlarının dijital hastane uygulamalarından memnun oldukları, dijital hastaneye geçiş sürecinde herhangi bir adaptasyon sorunu yaşamadıkları ve bilhassa bilgi güvenliği ve hasta ile ilgili konularda dijital hastane uygulamalarının avantajlı olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir. Çalışmada çalışanların dijital hastane uygulamaları ile ilgili tutumları; cinsiyet, yaş ve meslekte çalışma yılına göre anlamlı bir farklılık oluşturmazken; meslek gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Bayer ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada; sağlık çalışanlarının değerlendirmesiyle dijital hastane uygulamalarının hem avantajlı hem de dezavantajlı yönlerine vurgu yapılmıştır. Avantajları olarak, hastane prestij ve güvenilirliğini artırdığı, işlemlerin hızlı yapıldığı, hasta kayıtlarına daha hızlı ve kolay ulaşılabilirdiği, yanlış ilaç kullanımını ve ilaç israfını önlediği ve maliyetleri düşürücü etkisi olduğu tespit edilirken; dezavantajları olarak, bilgi sistemine dışarıdan müdahale ihtimali, teknik altyapıdaki aksaklıklar, sağlık çalışanlarının dijital hastane konusundaki bilgi eksikliği tespit edilmiştir. Alkan Demir ve Torun (2022) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde; sağlık çalışanları dijital hastane uygulamalarının avantajları olduğu kadar dezavantajlarının da olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmaya

katılanların büyük çoğunluğunun (%63) daha önce bilgisayar konusunda eğitim almadığı ve %8'inin daha önce çalıştığı kurumda dijital hastane uygulamasının bulunduğu tespit edilmiştir. Karaağaç ve Samancıoğlu Bağlama'nın (2020) yaptığı çalışmada; dijital hastane uygulamalarını kullanan hemşirelerin zihinsel iş yüklerinin ve tıbbi hata eğilimlerinin azaldığı bulunmuştur. Aksan ve Sarel (2023) yaptıkları çalışmada; sağlık çalışanının büyük çoğunluğunun (%70,1) dijital hastane uygulamalarının film ve kağıt olmadan hasta memnuniyetini artırdığını, zamanı verimli bir şekilde değerlendirdiklerini (%60,7), gece vardiyasında çalışanların dijital hastane konusunda daha bilgili olduklarını ve en temel sorunun teknolojik altyapı yetersizliği ve bilgisayar okuryazar çalışan oranının az olması olduğunu belirtmişlerdir. Baş (2023) yaptığı tez çalışmasında; dijital hastane uygulamalarının çalışan memnuniyetini artırdığını bulmuştur. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının dijital hastane uygulamalarına bakış açısı; cinsiyet, yaş ve meslekte çalışma yılı değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır. Kayserili ve Tefiroğlu (2023) tarafından yapılan çalışmada dijital sağlık uygulamalarının; verimliliği ve hasta güvenliğini artırdığı, maliyet açısından tasarruf sağladığı, tıbbi hatayı azalttığı, dijital arşivlemeye olanak tanıdığı ve hasta kayıtlarına daha hızlı erişim sağladığı saptanmıştır. Antep ve Öngel (2024) çalışmasında; teknoloji hazırlık indeksi alt boyutlarının sağlık çalışanlarının yaşına, cinsiyetine ve unvanına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Altıntaş (2022) çalışmasında dijital hastane uygulamaları konusunda sağlık çalışanlarının tutumlarının olumlu yönde olduğunu belirtmiştir. Denizli ve Demirtaş (2022) yaptıkları çalışmada; sağlık çalışanlarının teknolojiye hazır bulunuşluk durumlarının yüksek olduğu ve cinsiyete, yaşa, unvana, medeni duruma, eğitim düzeyine ve çalışma süresine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kaya ve Gemlik (2021) tarafından yapılan çalışmada da hastane yöneticileri tarafından sağlık kurumunun

dijitalleşmesi olumlu olarak değerlendirilirken; hasta mahremiyeti, bilgi güvenliği ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimin azalması vb. konularda sorun olabileceği ifade edilmiştir.

Sonuç olarak; dijital sağlık uygulamalarının avantajlarının olduğu kadar zorluklarının da olduğu ve bu zorlukları aşabilmek için; sağlık çalışanlarına dijital hastane uygulamalarına yönelik verilecek sorumluluk ve eğitimlerde, bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulması gerektiği önerilmektedir. Dijital hastane uygulamalarına yönelik teorik ve pratik eğitimler periyodik hale getirilmelidir. Eğitimler sadece teknik kullanımı değil, dijitalleşmenin işleyişe, maliyete ve hasta güvenliğine katkılarını da kapsamalıdır. Kurum içinde dijitalleşme adımlarına dair düzenli bilgilendirme yapılmalıdır. Çalışanların %27'sinin uygulamalardan habersiz olması, kurumsal iletişim kanallarının daha aktif kullanılması gerektiğini göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların sağlık çalışanlarının dijital hastane değerlendirmelerine yönelik tutumlarının iyileştirilmesinde atılacak adımlarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Dijital hastaneyi değerlendirmeye ilişkin tutumları etkileyen faktörleri, belirlemeye yönelik olarak daha geniş örneklemi kapsayan araştırmaların yapılması önerilebilir.

Kaynakça

Ak, B. (2010). *Tıp bilişiminde mobilite uygulamaları*. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, Ss:1-7.

Ak, B. (2013). *Sağlıkta yeni hedef: Dijital hastaneler*. XV. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri (23-25 Ocak 2013). Akdeniz Üniversitesi, Antalya. Ss:971-976.

Aksan, F., & Sural, A.A. (2023). Hemşirelerin dijital hastane bünyesinde; dijital hastane kavramı ve etkin zaman kullanımının değerlendirilmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(2), 1-8.

Alkan Demir, A., & Torun, N. (2022). Dijital hastane ortamında çalışan sağlık profesyonellerinin deneyimleri; avantajlar, kolaylıklar ve güçlükler. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 36, 223-236.

Alkan, A., & Güder Gülenç, M. (2025). Dijital dönüşümde yeni bir kavram: E-Hastane. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 7(2), 243-263.

Altıntaş, S. (2022). Dijitalleşen hastaneye doğru-hastane çalışanlarının dijitalleşmeye bakış açısı. *Sağlıkta Performans Kalite Dergisi*, 20(1), 1-17.

Antep, Z., & Öngel, V. (2024). Sağlık çalışanlarının dijital hastane sistemlerini kullanma eğilimleri üzerine bir çalışma. *Journal of Emerging Economies and Policy*, 9(2), 1-14.

Baş, H. (2023). *Dijital hastane uygulamalarının çalışan memnuniyeti üzerine etkisi*. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ordu.

Bayer, E., Kuyrukçu, A.N., & Akbaş, S. (2019). Dijital hastane uygulamalarının hastane çalışanlarının ve yöneticilerinin

perspektifinden değerlendirilmesi; bir devlet hastanesi örneği. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 11(21), 1-27.

Beşkardeş, B.N., & Köse, A. (2025). Sağlık hizmetine dijitalleşmenin etkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Medical Sciences*, 6(4), 125-137.

Bhavnani, S.P., Parakh, K., Atreja, A., Druz, R., Graham, G. N., Hayek, S. S., . . . Rumsfeld, J.S. (2017). 2017 Roadmap for innovation-ACC health policy statement on healthcare transformation in the era of digital health, big data, and precision health: A report of the american college of cardiology task force on health policy statements and systems of care. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(21), 2696-2718.

Chang, Z., Mei, S., Gu, Z., Gu, J., Xia, L., Liang, S., & Lin, J. (2003). Realization of integration and working procedure on digital hospital information system. *Computer Standards & Interfaces*, 25(5), 529-537.

Denizli, F., & Demirtaş, Ö. (2022). Dijital hastaneye dönüşüm sürecinde sağlık çalışanlarının teknolojiye hazır bulunuşluk durumlarının değerlendirilmesi: Bir kamu hastanesi örneği. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 49, 163-174.

Gökkaya, D., & İzgüden, D. (2022). Dijital hastane uygulamaları: Şehir hastanesi çalışanları üzerine bir inceleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 848-859.

Gökkaya, D., Karaman, M., & Purkuloglu, E. (2025). Digital hospital evaluation scale: A scale-development research study. *Health Information Management Journal*, 54(3), 290-302.

Karaağaç, M., & Samancıoğlu Bağlama, S. (2020). Dijital hastane sistemlerinin hemşirelerin zihinsel iş yükü ve tıbbi hataya

eğilimlerine etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(7), 215-226.

Kaya, N., & Gemlik, H.N. (2021). Hastane yöneticilerinin hastanelerin dijitalleşmesine bakış açıları üzerine nitel bir araştırma. *Journal of Academic Perspective on Social Studies*, (1), 59-71.

Kayserili, A., & Tefiroğlu, E.C. (2023). Dijital sağlık hizmetlerinin hastane idarecileri tarafından değerlendirilmesi. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 3(2), 26-38.

Kim, S.J., Roh, J.W., Kim, S., Park, J.Y., & Choi, D. (2020). Current state and strategy for establishing a digitally innovative hospital – memorial review article for opening of Yongin Severance Hospital. *Yonsei Med. J.*, 61(8), 647-651.

Lupton, D. (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health*, 11(3), 256-270.

Öztürk, S., Taş, B. S., Keskin, S., Çoruk, E. N., Sanlı, Y. B., Güven, E., & Eren, T. (2025). Dijital hastaneye dönüşüm kriterlerinin ve stratejilerinin bulanık mantık ile değerlendirilmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 6(3), 432-445.

Sağlık Bakanlığı (2014). Neden dijital hastane? <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR-5009/neden-dijital-hastane.html>

Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık Bakanlığı dijital hastane değerlendirme çalışmaları (2012-2014). <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5006/saglik-bakanligi-dijital-hastane-degerlendirme-calismalari-2012-2014.html>

Tüfekçi, N., Yorulmaz, R., & Cansever, H.İ. (2017). Digital hospital. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 7(2), 144-156.

Ulusam Seçkiner, S., & Sofuoğlu, A. (2024). Dijital hastanelerde verimlilik analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 1-20.

Uysal, B., & Ulusinan, E. (2020). Güncel dijital sağlık uygulamalarının incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 46-60.

Uysal, B., & Semiz, T. (2022). *Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme ve Geleceği*. İKSAD Yayınları.

BÖLÜM 4

DIYABET HASTALARINDA HASTA MERKEZLİ BAKIM VE YAŞAM KALİTESİ*

NUR KIZILKAYA¹
AHMET KAR²

Giriş

Kronik hastalıklar, çoğunlukla bir yılı aşkın bir süre boyunca devam eden, sürekli medikal müdahaleyi gerekli kılan veya bireyin günlük yaşam aktivitelerini zorlaştıran sağlık durumları olarak ifade edilebilir (Centers for Disease Control and Prevention, 2026). Yaşlı nüfusta daha yaygın gözlenen kronik hastalıklar, genelde tedavi edilemeyen fakat spesifik tedavi ve bakım stratejileri ile kontrol altında tutulabilir sağlık problemleridir. En çok rastlanan kronik hastalık çeşitleri arasında kanser, kardiyovasküler hastalıklar, inme, diyabet ve artrit bulunmaktadır (National Cancer Institute, 2025). Diyabet, organizmadaki kan şekeri seviyesinin uzun süreli olarak yükselmesi demektir (Rosenbauer et.al., 2019). Diyabet, insülin sekresyonunda, insülinin etkisinde ya da her iki mekanizmada birden

* Bu eser birinci yazarın yayımlanmamış yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

¹ Yüksek lisans öğrencisi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Orcid: 0009-0002-1777-9375

² Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0002-3734-497X

görülen bozulmalar sonucu gelişen ve kronik hiperglisemi ile seyreden metabolik hastalıklar grubunu ifade eder (Craig et.al., 2009).

Diyabet, global ölçekte hızla artan prevalansı ile sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturan kronik ve kompleks bir metabolik hastalıktır. Hastalığın yönetiminde geleneksel tıbbi yaklaşımlar, sadece biyomedikal parametrelere odaklanırken, son yıllarda hasta merkezli bakım modeli ön plana çıkmıştır. Hasta merkezli bakım, bireyin sadece hastalık semptomları değil, aynı zamanda psikososyal ihtiyaçları, yaşam tarzı ve bireysel tercihleri doğrultusunda bütüncül bir yaklaşım benimsemektedir. Bu model, hastaların tedavi sürecine aktif katılımını teşvik ederek, öz-yönetim becerilerini artırmakta ve hastalıkla başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmektedir. Ayrıca, diyabet gibi uzun süreli ve yönetimi karmaşık olan hastalıklarda, hasta merkezli yaklaşımın yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, diyabetli bireylerde hasta merkezli bakım stratejilerinin etkin bir şekilde uygulanması, sadece klinik sonuçların iyileştirilmesi değil, aynı zamanda hastaların genel yaşam doyumunun ve psikososyal iyilik halinin desteklenmesi açısından da kritik bir rol üstlenmektedir.

Diyabet, başlıca niteliği uzun süreli yüksek kan şekeri seviyeleri olan, değişik nedenlere sahip metabolik bozuklukları ifade eden kapsamlı bir terimdir (Kerner & Brückel, 2014). Kronik hastalıkların öz-yönetimi, hasta bireylerin günlük yaşantılarında kendilerinin kararlaştırdığı gereksinimleri karşılayan hedefleri doğrultusunda çeşitli stratejiler yürüterek hastalıkla mücadele ettikleri, süregelen ve tekrarlayan bir süreçtir (Miller et.al., 2015). Diyabet bilhassa hasta bireyin özyönetimine yoğunlaşarak kronik hastalık yönetimine değerli bir örnek oluşturmaktadır (Ceriello et.al., 2012). Diyabet ve diğer kronik hastalıkların yönetimi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini

sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Bu hastalıkların epidemiyolojik özelliklerinin detaylı bir şekilde incelenmesi, hastalığın toplumdaki yaygınlığı, dağılımı ve risk faktörlerinin belirlenmesi için gereklidir. Böylece, kronik hastalıkların birey ve toplum üzerindeki sağlık yükü daha doğru bir şekilde değerlendirilerek, önleyici ve kontrol stratejilerinin geliştirilmesine bilimsel bir temel oluşturulabilir. Bu çerçevede, diyabetin epidemiyolojisinin ele alınması, hastalığın yaygınlığını ve etkilerini kapsamlı biçimde anlamak açısından kritik bir adımdır.

Diyabetin Epidemiyolojisi

Dünya genelinde diyabet prevalansı her geçen yıl artmaktadır. IDF 2021 verilerine göre, yaklaşık 537 milyon yetişkin diyabetle yaşamaktadır ve bu sayının 2045'e kadar 700 milyona ulaşması beklenmektedir. Diyabet, 2040 yılına değin yaklaşık olarak 642 milyon yetişkini etkileyebileceği tahmin edilen, global düzeyde kayda değer bir halk sağlığı sorunudur, bu kişilerin yaklaşık %75'i düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ikamet etmektedir (Wong & Sabanayagam, 2020). Değişik bölgelerde gereksinimleri karşılamaya yetecek düzeyde sağlık hizmeti kaynaklarının tedarik edilmesi yönünden erken başlangıçlı tip 2 diyabet hastalığının global yükünün tespit edilmesi mühimdir (Xie et.al., 2022). Liu ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışma sonucunda, diyabetin dünya çapında önem arz eden bir toplum sağlığı sorunu olmayı sürdürdüğünü belirtmişlerdir (Liu et.al., 2020). Liu ve arkadaşları (2022) yaptıkları çalışma sonucunda bütün gelir düzeylerindeki ülkelerde Tip 2 diyabet hastalığı yükünün dünya çapında artış gösterdiğini belirtmişlerdir (Liu et.al., 2022). Dünya çapında Tip 2 diyabet yaklaşık olarak her 11 yetişkin bireyden birini etkilemektedir ve Asya Tip 2 diyabetin odak noktasıdır (Zheng, 2018). Çin'de diyabet hastalığı prevalansı 1994 senesinde %2,5 iken 2021'de %13,0 olmuştur. Öngörüler bu yükseliş eğiliminin gelecek yıllarda da süreceği yönündedir (Geng et.al., 2025)

Birleşik Krallık'ta 2019 senesinde ortalama olarak 3,2 milyon yetişkinde diyabet hastalığı teşhis edilmiştir ve bu bireylerin yaklaşık olarak %90'ı tip 2 diyabet hastasıdır. Tip 2 diyabet daha çok, Afrika-Karayip ve Güney Asya kökenli nüfusta görülür. Diyabet hastalığına, her yaş aralığında rastlanabilmekte olup, son zamanlarda ergenler ve genç erişkinler arasında hastalığın görülme sıklığı artış göstermektedir (National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Küresel epidemiyolojiye bakıldığında, Türkiye'de diyabetin yaygınlığı da dikkat çekicidir.

Obezitenin Türkiye'de bilhassa 1990-2010 seneleri arasında hızlı yükselişi diyabetin görülme sıklığının artmasında etkili bir unsur olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi diyabet bölümü, Sağlık Bakanlığı, Devlet İstatistik Enstitüsü ve DSÖ'nün müşterek çalışmasıyla Türk Diyabet Epidemiyoloji araştırması (TURDEP- I) 1997 Mart ile 1998 yılları arasında yürütülmüştür (Satman et.al., 2002).1998 yılında yapılan TURDEP-I çalışması sonucunda obezite görülme sıklığı %22 olarak tespit edilmişken, 12 sene sonra aynı alanda yürütülen TURDEP- II araştırmasında bu oran %31,2 ye çıkmıştır. Aynı zaman aralığında diyabet görülme sıklığı da %7.2'den %13.7'ye yükselerek kayda değer bir yükseliş eğilimi göstermiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Tablo 1: Türkiye'de Diyabet Prevalansı

Türkiye Genel Görünüm	Standardize Prevalans (%)	Diyabetli Birey Sayısı
20 Yaş üzeri nüfus	65,4	47.467.350
Diyabet	13,7	6.503.027
Bilinen Diyabet	7,5	3.547.401
Yeni Diyabet	6,2	2.955.626
Prediyabet	28,7	13.812.899
Diyabet + Prediyabet	42,4	20.315.926
Obezite	31,2	15.237.019
Fazla Kiloluk	37,5	17.088.246
Obezite + Fazla Kilolu	68,7	32.325.265

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye Diyabet Programı 2023–2027. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Turkiye-Diyabet-Programi.pdf>

Diyabetin genel epidemiyolojik profili, hastalığın toplum düzeyindeki yaygınlığı ve demografik dağılımı hakkında temel bilgiler sağlamakla birlikte, diyabet farklı klinik ve patofizyolojik özelliklere sahip alt tiplerden oluşmaktadır. Bu alt tiplerin, yani Tip 1 ve Tip 2 diyabetin, prevalansları, insidansları ve risk faktörleri arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle, diyabetin epidemiyolojik yapısının daha ayrıntılı anlaşılabilmesi için, hastalığın bu iki temel alt tipinin toplum içindeki dağılımının ayrı ayrı incelenmesi gerekmektedir. Söz konusu analizler hem bireysel hasta yönetimi hem de halk sağlığı politikalarının etkinliğinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir. Bu çerçevede, sonraki bölümde Tip 1 ve Tip 2 diyabetin epidemiyolojik dağılımı ve ilgili demografik özellikleri kapsamlı bir şekilde ele alınacaktır.

Tip 1 ve Tip 2 Diyabetin Dağılımı

Her yaş aralığındaki kişilerde tip 1 diyabet tanısı konulabilmekle beraber Tip 1 diyabet çoğunlukla gençlerde görülür (American Diabetes Association, n.d.). Diyabet hastalarının %90'ından fazlası Tip 2 diyabetlidir dolayısıyla en sık görülen diyabet türüdür (International Diabetes Federation, 2026). Tip 2 diyabet yaşam tarzı değişiklikleri veya tedavi yoluyla belli durumlarda önlenabilirken, Tip 1 diyabetin önlenmesi olanaksızdır (National Health Service (NHS), n.d.). Tip 2 diyabet her yaş grubunda görülmekle birlikte en yaygın olarak orta ve ileri yaştaki bireylerde görülür. Tip 2 diyabete sahip olma riskini arttıran etmenler şu şekilde sıralanabilir; orta yaşlı olmak, ailede şeker hastalığı geçmişi olması ve kişinin şişman ya da obez olması (Type 2 Diabetes, n.d.). Tip 1 ve Tip 2 diyabet türlerinin ikisi de progresif hücre yetmezliği ile tanımlanmaktadır (Cnop et.al., 2005). Tip 1 ve

Tip 2 diyabetin epidemiyolojik dağılımına yönelik kapsamlı analizlerin ardından, diyabetin klinik yönetimi ve hasta prognozu üzerinde önemli etkileri bulunan komorbid hastalıkların incelenmesi gerekmektedir. Diyabet, birçok kronik hastalıkla birlikte seyredabilen, multifaktöriyel ve kompleks bir hastalık yapısına sahiptir; bu durum hastaların morbidite ve mortalite risklerini artırmakta, tedavi süreçlerini karmaşıklaştırmaktadır. Komorbiditelerin diyabet üzerindeki etkilerinin ve bu durumların epidemiyolojik yaygınlığının detaylı şekilde değerlendirilmesi hem bireysel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi hem de sağlık politikalarının etkinliğinin artırılması açısından kritik önem taşımaktadır. Bu bağlamda, sonraki bölümde diyabet ve beraberinde sık görülen komorbiditeler arasındaki ilişki kapsamlı biçimde ele alınacaktır.

Diyabetin Klinik ve Sosyoekonomik Yüğü

Satman ve arkadaşlarının (2023) yaptıkları çalışma sonucunda, Türkiye’de 9,2 milyondan fazla bireyin diyabet hastası olduğunu ve diyabet görölme sıklığının 2030’da %17.5’e ve 2045’te %19.2’ye yükseleceğini öngörmüşlerdir ayrıca diyabet hastalığının toplumsal yükünün sosyal ve ekonomik gelişmeyi önleyebileceğini ifade etmişlerdir (Satman et.al., 2023). Coşkun ve Yiğit (2023) yaptıkları çalışma ile Türkiye’de diyabet hastalık yükünün global ölçekte ortalamanın üzerinde bir eğilim gösterdiğini ifade etmişlerdir (Coşkun & Yiğit, 2023). Soares ve arkadaşlarının (2023) yaptıkları çalışmada şiddetli hipogliseminin Portekiz’deki diyabet hastalığına sahip bireylerin yaşamı üzerinde önemli etkileri olduğu ve küresel ölçekteki sağlık maliyetlerini artıran ciddi bir yük olduğuna yönelik kanıtları pekiştirmişlerdir (Soares et.al., 2023). Walker ve arkadaşlarının (2011) İskoçya’da 35-84 yaş aralığındaki bireylerin ölüm istatistikleri ile ilişkili ulusal elektronik veri tabanından yararlanarak yaptıkları çalışma sonucunda, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı durumu ve tip 2 diyabeti mutlak

mortalite oranındaki yükselişle ilişkilendirmişlerdir (Walker et.al., 2011). Kim ve Kim (2022), yaptıkları çalışma sonucunda Kore’de yapılan diğer araştırmaların verileriyle kıyaslandığında toplam sağlık harcamalarının %10,6’sının tip 2 diyabet hastalığının doğrudan sağlık hizmeti maliyetinden kaynaklanmakta olduğunu ortaya koymuşlardır; sadece cepten yapılan harcamaları bu hesaplama dışında tutmuşlardır (Kim & Kim, 2022). Oh ve diğerleri (2021), Güney Kore’de yaptıkları çalışma sonucunda, diyabet hastalığının yarattığı mali yükün, toplam kanser hastalığının yükünden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Oh et.al., 2021). Chevreul ve arkadaşlarının (2014), yaptıkları çalışma ile Fransa’da diyabetin artan yüküyle daha etkili biçimde başa çıkmak için diyabet hizmetlerinin sunumunda sistematik değişikliklerin gerektiğini ifade etmişlerdir (Chevreul et.al., 2014). Arnold ve arkadaşlarının (2016), Kırgızistan’ın Bişkek şehrinde 2010 senesinde diyabet hastalarından elde edilen kesitsel verilerden yararlanarak yaptıkları çalışma ile diyabet ve diyabetten etkilenen hanelerin ciddi bir mali yüküyle başa çıkmak zorunda kaldıklarına yönelik deliller ortaya koymuşlardır (Arnold et.al., 2016). Diyabet teşhisi konulmuş birey sayısındaki artış Çin ekonomisi üzerinde kayda değer bir finansal yük oluşturmuştur (Liu et.al., 2023). Voeltz ve diğerlerinin (2024) yaptıkları çalışma ile Alman sağlık sistemi için diyabet hastalığının kayda değer bir mali yüke neden olduğunu belirtmişlerdir (Voeltz et.al., 2024). Enflasyon göz önüne alındığında diyabet hastalığının doğrudan tıbbi maliyeti 2017-2022 yılları arasında %7 yükseliş göstermiştir ve diyabet hastalığının ulusal sağlık sistemi üzerindeki mali yükü son 10 yılda 80 milyar dolar yükselerek 2012’de 227 milyar dolardan 2022’de 307 milyar dolara yükselmiştir (American Diabetes Association, 2022). Tüm dünyada diyabet hastalığı için yapılan toplam harcamaların yaklaşık %19’una tekabül eden kısmı tahmini olarak 193 milyar ABD doları diyabet hastalığı için 2024 yılında Euro Bölgesi’nde kullanılmıştır (International Diabetes Federation, 2025). Elrayah ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışma

sonucunda, diyabetin uzun süreli ve zahmetli bir tedavi gerektirdiği için hasta bireyler için zorlayıcı olabileceğinin ve aileler açısından finansal yükünün kritik olduğunu ve bu finansal yükün sağlık hizmeti sunumu ile dengesizlik oluşturduğunu ortaya koymuşlardır (Elrayah et.al., 2005).

Global düzeyde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %12'si diyabetin yönetimi ve tedavisine ayrılmaktadır. 2024'ten bu yana diyabet global düzeyde sağlık harcamalarının yaklaşık olarak 1,015 trilyon dolarını teşkil etmiştir. Bu miktar, son 17 yıl içerisinde %338 oranında bir yükselişi ifade etmektedir (International Diabetes Federation, 2025). Parker ve arkadaşları (2024) yaptıkları çalışma sonucunda; diyabet hastalığının doğrudan sağlık maliyetlerinin 2017 senesine göre %7, 2012 yılına göre ise %35 civarında yükseliş göstereceğini öngörmüşlerdir. Diyabetin görülme sıklığının son dönemlerde düzenli bir şekilde yükselmesinden sonra, 2022'den bu yana toplam görülme sıklığının 2017 senesine kıyasla önemli bir değişiklik göstermediğini belirtmişlerdir. Diyabet teşhisi konulan birey sayısı artmış olup bu durum sağlık maliyetlerindeki bilhassa yataklı tedavi ve reçeteli ilaç maliyetlerindeki yükselişe kayda değer bir katkı sağladığını ve diyabet hastalığının finansal yükünün topluma önemli bir yük olarak varlığını sürdürdüğünü ifade etmişlerdir. (Parker et.al., 2024). PDNP (Ağrılı diyabetik periferik nöropati) hastalığına sahip bireylerin ağrıları sebebiyle genel nüfusa kıyasla daha fazla sağlık harcaması yapması söz konusu olmaktadır. PDNP teşhisi almamış diyabet hastaları ise sağlık profesyonellerine daha sık başvurmaları ve daha çok ağrı kesici ilaç kullanma olasılıkları yüksek olması sebebiyle artan sağlık harcamalarına maruz kalmaktadırlar. Ayrıca personel devamsızlığı ya da işteki verimliliğin azalması, toplumsal açıdan ek mali yüklere neden olabilir (Alleman et.al., 2015). Diyabetin sağlık sistemi üzerindeki etkilerinin belirgin olarak görülmesinde hastalığın klinik ve sosyoekonomik yükünün değerlendirilmesi kilit rol oynamaktadır;

bu durum hasta merkezli bakım ve modellerinin sağlık hizmetleri sunumunda stratejik bir rol oynadığını göstermektedir.

Hasta Merkezli Bakım (Patient-Centered Care) ve Modelleri

Hasta merkezli bakım, hastaların değer yargılarına, seçimlerine önem veren bakım yöntemi olarak tanımlanabilir. Hasta merkezli bakım, hasta ve sağlık hizmeti sunucusu arasındaki etkileşimi geliştiren ve sağlık hizmeti sunucusunu ve hastayı ortaklaşa bakım planları oluşturmaları için destekleyen sistem olarak ifade edilebilir. Hasta merkezli bakım, karar alma aşamasını geliştirmek, hastanın ihtiyaçlarını gidermek için uygulanan bir bakım yöntemi olarak açıklanabilir (Person-centred care, 2026)

Hasta merkezli bakımda hastaya hastalığının yönetim sürecinde etkin rol verilir (Niazi & Kalra, 2012). Bu yaklaşımın daha kapsamlı biçimde anlaşılabilmesi için hasta merkezli bakım bileşenlerine geçilmektedir.

Hasta merkezli bakım bileşenleri şu şekilde sıralanabilir (Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes, 2015);

- Hastaların ilke ve inançlarına saygı,
- Koordine edilmiş ve bütünleşik bakım modeli
- Eğitim ve haberleşme
- Fiziksel Konfor
- Hastaların duygusal ihtiyaçlarının giderilmesi
- Aile ve yakın çevrenin bakım sürecine dâhil edilmesi
- Bakımın sürekliliğinin sağlanması ve bakım geçişleri
- Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik.

Hasta merkezli bakım modelinin temel bileşenleri ayrıntılı biçimde incelendikten sonra, küresel ölçekte prevalansı giderek artan ve birey, aile ve toplum düzeyinde önemli bir sağlık yükü oluşturan diyabet hastalığının yönetiminde, bakımın etkinliğini ve sürekliliğini belirleyen en kritik unsurlar arasında yer alan, hasta-hekim etkileşimini güçlendiren, tedaviye uyumu destekleyen ve klinik sonuçlar üzerinde doğrudan etkili olan iletişim ve empati kavramlarının rolü ele alınmaktadır.

İletişim ve empati

Empati, hastaların söylemlerine ve bu söylemlere dair duygularına yönelik gösterilen birey merkezli tepkide empati temel kavramdır. Empati hasta söylemlerini dikkatle dinlemenin bir çıktısı olarak oluşabilir (Finset, 2010). Hastaların tıbbi bilgileri kavrayamadıklarını tespit etmekte ve karar alma süreçlerinde öngörülemezliği idare etmelerini kolaylaştırmak için empatiye gereksinim duyulmaktadır (Muñoz-Miquel, 2019). Empati, eğitim aracılığıyla hasta merkezli bakım davranışının ilerlemesinde olası bir etken olabilir (Lee & Ihm, 2021). Eğer doktor ve hasta arasındaki iletişim; amaca uygun tedavi planının kararlaştırılmasına katkı sağlıyorsa, tedavi veya öz bakımın gerçekleştirilmesine imkan tanıyorsa ve hastaların sağlığa dair inançlarına tesir ediyorsa, iletişim fiziksel sağlık çıktılarının geliştirilmesine destek olabilir (Street Jr et.al., 2009). Liosatos ve diğerleri (2024), yaptıkları çalışma sonucunda hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki yetersiz iletişimin, tedaviye uyum istekliliğini düşürebileceğini belirtmişlerdir (Liosatos et.al., 2024).

İletişim ve empati kavramlarının diyabet yönetimindeki belirleyici rolü ele alındıktan sonra, hasta merkezli bakımın önemli bir diğer bileşeni olan ve özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda tedavi sürecine aktif hasta katılımını güçlendiren paylaşılan karar verme yaklaşımına geçilmektedir.

Paylaşılan karar verme

Ortak karar almanın gayesi, hasta bireylerin harici müdahale veya zorlama olmadan hekimle beraber tedaviye yönelik özgürce karar verebilmelerine imkan sağlamaktır (Van Nistelrooij et.al., 2017). Kanıta dayalı tıp yöntemiyle ortak karar alma yönteminin birleştirilmesi, sağlık profesyonellerinin kanıtları hastalara ulaştırmasını ve hastalara tercihlerini dile getirmelerine katkı sağlayarak ortak karar alma sürecinde karşılıklı yarar sağlayacaktır (Stiggelbout et.al., 2012). Paylaşılan karar verme kavramının açıklanmasının ardından bu kavramla ilişkili olan hastanın aktif katılımı ele alınacaktır. Hastaların kendi bakım sürecine aktif katılımı, öz-yönetim becerilerini geliştirmekte ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Hasta katılımının sağlık hizmeti sunucularına faydaları şu şekilde sıralanabilir (Alder, 2024);

- Randevulara katılmama oranını düşürür,
- Gelir seviyesini artırır: hasta katılımı sistemleri randevu boşluklarını doldurur,
- Verimliliğin yükseltilmesi ve hastalara odaklanmanın artırılmasını sağlar,
- Hasta sayısında artışı destekler,
- Hasta bağlılığını güçlendirir.

Paylaşılan karar verme yaklaşımının diyabet yönetiminde hasta katılımını artırarak tedavi sürecine aktif dahil olmayı desteklemesi ve bakımın ortak bir zeminde yürütülmesine katkı sağlaması sonrasında, hasta merkezli bakımın uygulama boyutunun daha bütüncül bir aşamasını temsil eden, bireyin yalnızca klinik verileriyle değil aynı zamanda yaşam koşulları, alışkanlıkları ve

bireysel ihtiyaçları doğrultusunda ele alınmasını esas alan kişiselleştirilmiş bakım yaklaşımına geçilmektedir.

Kişiselleştirilmiş bakım

Her hastanın yaşam tarzı, sosyoekonomik koşulları ve beklentileri farklıdır. Bu nedenle bakım planlarının kişiye özel hazırlanması gereklidir. Diyabet, kişiselleştirilmiş bakım ve destek planlarının kronik hastalık yönetiminde nasıl etkili bir unsur olacağını gösteren mühim bir örnektir. Diyabet hastalığına sahip bireylerin tansiyon, kilo ve diğer kontrollerini düzenli olarak yaptırmaları gereklilik arz eder (Personalised Care Institute, 2023). Yüksek kan şekeri veya düşük kan şekeri ataklarının yarattığı akut fiziksel rahatsızlık ve diyabete bağlı oluşan komplikasyonların sebep olduğu kronik fiziksel rahatsızlıklar hastaları zorlayabilir. Bu sebeple diyabet hastalığının hastaların yaşamları üzerindeki etkisini incelemek, bakım planlarının oluşturulması ve tedavi sürecinin iyileştirilmesi için çok önemlidir (Lin et.al., 2017).

Hasta merkezli bakımın uygulanmasında literatürde ne çıkan birkaç model bulunmaktadır. Mead ve Bower hasta merkezli bakımın biyopsikososyal yaklaşımı ve paylaşılan karar verme gibi boyutlarını vurgulamaktadır. Mead ve Bower yaptıkları çalışma sonucunda, hasta merkezli bakım kavramını incelemiş ve beş temel boyut oluşturmuşlardır; biyopsikososyal yöntem, hastayı birey olarak değerlendirme, g ve sorumluluk paylaşımı; terapötik iş birliğinin sağlanması ve hekimin kişi olarak ele alınması (Mead & Bower, 2000). Planetree modelini diğer hasta merkezli bakım modellerinden ayıran özellik hastaları bakım sürecinde etkin hale getirmesi ve hasta eğitimine ağırlık vermesidir. Planetree modeli sağlık kuruluşu ortamlarının daha hasta merkezli olmasını sağlamak için rehberler sunmaktadır (Alharazi et.al., 2022).

Planetree modelinin ana unsurlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Frampton, 2001);

- Hasta bireylere destekleyici bakım sunulması,
- Hasta, ailesi ve sağlık çalışanları arasında tedaviye yönelik iş birliklerinin oluşturulması,
- Bilgilendirme ve eğitim aracılığıyla hastanın güçlendirilmesi,
- Hastanın sosyal destek ağının ve manevi değerlerinin ehemmiyetinin anlaşılması.

Picker Enstitü modeli, hastaların tercih ve beklentilerini göz önüne alarak btncl ve hasta odaklı bir bakım sunmayı amaçlayan bir hasta merkezli bakım modelidir.

Picker modelinin boyutlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Picker Institute Europe);

- Güvenilir sağlık tavsiyelerine hızlı erişim,
- Güvenilir profesyoneller tarafından sunulan etkili tedaviler,
- Bakım sürekliliği ve sorunsuz geçişler,
- Aile ve bakıcılara yönelik katılım ve destek,
- Net bilgi, iletişim ve zbakıma destek,
- Karar alma süreçlerine katılım ve tercihlere saygı,
- Duygusal destek, empati ve saygı,
- Fiziksel evresel konulara dikkat

Kişiselleştirilmiş bakım yaklaşımının diyabet yönetiminde bireyin klinik ve bireysel özellikleri doğrultusunda bakımın uyarlanması imkân tanıyan yapısı ele alındıktan sonra, bu yaklaşımın uluslararası düzeyde nasıl ele alındığını ve standartlaştırıldığını ortaya koymak amacıyla Dünya Sağlık rgt tarafından geliştirilen önerilere geçilmektedir.

Entegre Bakım Modelleri

Entegre bakım modelleri, farklı uzmanlık alanlarının işbirliğiyle hastaya bütüncül bir hizmet sunmayı amaçlamaktadır. Entegre bakım, hasta odaklı hizmeti geliştirme ve sunulan sağlık hizmetlerinin verimlilik artışını ve değer kazanma beklentisi ifade eden bir kavramdır (Shaw et.al., 2011).

Stephenson ve arkadaşları (2019), yaptıkları çalışma ile, bütünlük bakımın gereksiz sağlık hizmeti sunumunu azaltmada olumlu katkıları olduğunu ifade etmişler, entegre bakım hastane yatış süresini önemli ölçüde düşürebilmekte olduğunu açıklamışlardır (Stephenson et.al., 2019). Zhao ve arkadaşları (2022), hipertansiyon ve diyabet hastalarında entegre sağlık hizmetlerinin etkinliğini incelemek amacıyla yaptıkları sistematik bir derleme ve meta-analiz çalışması sonucunda, bütünlük sağlık hizmetlerinin hastalık yönetimi için faydalı bir unsur olduğunu belirtmişlerdir (Zhao et.al., 2022). Entegre bakım modellerine ilişkin çalışmaların, diyabet yönetiminde bu yaklaşımların geleneksel bakıma kıyasla tedavi başarısını artırabildiğini göstermesi dikkate alındığında, bu sonuçların hasta odaklı bakım perspektifi ile ilişkisinin ortaya konulması gerekmektedir. Bu kapsamda diyabet yönetiminde hasta merkezli bakımın rolü ele alınmaktadır.

Diyabet Yönetiminde Hasta Merkezli Bakımın Rolü

Diyabet yönetiminde hasta merkezli bakım, iletişim ve empatiyi güçlendirirken, paylaşılan karar verme süreçleri, hastaların aktif katılımı, dijital sağlık uygulamaları, eğitim programları, multidisipliner ekip çalışmaları ve kültürel uyum stratejileriyle bütüncül şekilde uygulanmaktadır. Bu doğrultuda eğitim programları, diyabetli bireylerin kendi hastalıklarını daha iyi yönetmelerine katkı sağlar.

Hasta birey, hastalığa dair problemlerin saptanmasında stratejik bir noktada bulunur ve özyönetim programı, hasta bireylerin

problemlerini çözme ve problemlerle başa çıkmak için öz yeterlilik ve güven kazanmasına katkı sağlar (Grover & Joshi, 2014). Huang ve arkadaşları (2024) tarafından gerçekleştirilen araştırma, özyönetim müdahalelerinin, hasta bireylerin yaşam kalitesini ve özyeterlilik düzeylerini kayda değer ölçüde geliştirdiğini göstermiştir (Huang et.al, 2024). Diyabet eğitiminin temel gayesi, bireylere hastalık yönetiminde gerekli olan bilgi, beceri, öz-yeterlik ve motivasyonu kazandırarak, kendi sağlıklarını etkin biçimde kontrol edebilmelerini desteklemektir (ADEA (Australian Diabetes Educators Association), n.d.)

Diyabet öz yönetim eğitimi ve desteği, bireylerin sağlık düzeylerini ve diyabet yönetimine ilişkin yetkinliklerini artırmada kayda değer bir etki göstermektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Diyabet hastalığının verimsiz yönetimi, önemli sağlık sonuçlarına sebep olur ve sağlık sistemi üzerinde kayda değer düzeyde bir yük oluşturmaktadır (Catapan et.al., 2021). Mobil uygulamalar ve tele-sağlık çözümleri, hasta merkezli bakımı daha erişilebilir hale getirmektedir. Dijital sağlık teknolojileri, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve verimliliğini artırarak sağlık alanında radikal değişimlere imza atmıştır. Mobil sağlık uygulamaları ile giyilebilir teknolojiler, kişilerin sağlığının izlenmesine ve yönetilmesine katkı sağlar (Awoyemi et.al., 2024). Birçok vaka çalışması, kronik hastalık yönetiminde tele-sağlık çözümlerinin etkin rol oynadığını göstermektedir. Tele-sağlık uygulamalarına katılan diyabetli bireylerde kan şekeri takibi ve ilaç tedavisine tedaviye uyum açısından kayda değer gelişmeler gözlemlenmiştir (Roy et.al., 2024).

Tele-tıp, uzaktan hasta takibi ve tanı görüntülerinin daha sonra sağlık profesyonelleri tarafından analizi yapılmak için aktarılması gibi çeşitli interaktif teknolojiler vasıtasıyla diyabet hastalarına klinik bakım hizmetlerinin sunulmasına imkan tanımaktadır (Ben-Assuli, 2022). Diyabet hastalığının etkin bir

şekilde yönetiminde entegre devreler (IC'ler) yoğun, verimli ve otomatikleşmiş çözümler önererek mühim bir rol üstlenir. Yapay zeka ile bütünleşmiş bu sistemler tahmine dayalı analitiğin geliştirilmesi yoluyla kan şekeri düzeylerinin değişimlerinin erken belirlenmesine olanak sağlar (Khan et.al., 2025).

Tablo 2: Diyabet ile İlgili Uygulamalar

Uygulama	Hasta Yararları
FreeStyle LibreLink	Sürekli ve anlık olarak izlenen glikoz düzeyleri Sağlık çalışanları ve bakım sağlayıcılarla gerçek zamanlı veri iletişimi kurarak glikoz bilgilerinin etkin izlenmesini destekler.
LibreLinkUp	En fazla 20 izleyiciyle veri paylaşımına olanak tanır. Gönderilen bildirimler, anlık glikoz düzeylerini ve glisemik değişim trendlerini içermektedir. Geçmiş glikoz ölçümlerinin kaydedildiği dijital veri günlüğü
Eversense	Anlık glikoz düzeyleri ve ilişkili alarm sistemleri Öngörüye dayalı uyarı sistemi Zamana bağlı değişkenlik gösteren bireyselleştirilmiş glikoz seyirleri
Livongo	Gerçek zamanlı diyabet yönetimi desteği sağlayan klinik uzman etkileşimi "Sağlık profesyonelleri tarafından oluşturulan hasta değerlendirme raporları Hasta katılımını artırmaya yönelik bilgilendirme dürtüleri (nudges) kapsamında sunulan tarifler, öneriler ve içerikler" Mobil uygulama aracılığıyla erişilebilen sınırsız glikoz test çubuğu ve lanset temini
Apple Health	Glikoz düzeyleri ile farmakolojik tedavi (ilaç/insülin) uygulamalarının entegre takibi Hasta verilerinin erişilebilirliğini artıran dijital veri iletim sistemi Laboratuvar bulgularının dijital ortamda arşivlenmesi ve uzun vadeli veri saklama altyapısı
MyFitnessPal	Besin öğeleri profillerini içeren yüksek hacimli gıda veri ambarı (n ≈11 milyon) Paketli ürünlerin tanımlanmasına yönelik entegre barkod tarama teknolojisi

	Kullanıcı topluluğu etkileşimi yoluyla desteklenen bireyselleştirilmiş kilo yönetimi ve fiziksel aktivite hedefleri
--	---

Kaynak: Doyle-Delgado & Chamberlain, 2020.

Diyabet yönetiminde hekim, hemşire, diyetisyen ve psikologların birlikte çalışması, multidisipliner ekip yaklaşımı çerçevesinde tedavi başarısını artırmaktadır. Multidisipliner bir yaklaşımın uygulanması, diyabet hastalığının verimli bir şekilde yönetilmesi için gerek duyulan bir kaynak oluşturabilir (Phillips et.al., 2021). Multidisipliner ekip, üyeler birbiriyle karşılıklı etkileşim içinde olduğunda, koordineli çalıştığında ve sistemli bir eğitim ve yönetim stratejisi uygulandığında diyabet hastalarına fayda sağlar (Brink & Chiarelli, 2004).

Kültürel faktörler ve hasta profilleri, bakımın kabul edilebilirliği ve etkinliği üzerinde önemli rol oynamaktadır. Abu ve Llahana (2025), yaptıkları çalışmada analiz ettikleri çalışmaların bulguları, sosyal temelli ve kültürel olarak düzenlenmiş eğitim programlarının, diyabet hastalığının kendi kendine yönetimi ile alakalı davranışları ve sağlık sonuçlarında gelişmeler sağlayabileceği sonucuna ulaşıldığını göstermektedir (Abu & Llahana, 2025). Kültürel yeterliliğe dair eğitim, sağlık personellerinin iletişim kabiliyetlerinin artmasına katkıda bulunabilir (Pettersson et.al., 2022). Hasta merkezli bakımın diyabet yönetiminde tedavi sürecini bütüncül bir yaklaşımla ele alarak hasta katılımını, kültürel faktörleri ve hasta profillerini dikkate alan yapısı değerlendirildikten sonra, bu yaklaşımın hastaların günlük yaşam deneyimlerine ve genel sağlık durumlarına yansımalarını ortaya koymak amacıyla yaşam kalitesi kavramına geçilmektedir.

Yaşam Kalitesi Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve değerler sistemleri çerçevesinde; amaçları, beklentileri, ölçütleri ve kaygılarıyla bağlantılı olarak yaşamındaki

durumuna dair öznel değerlendirmesi şeklinde tanımlamaktadır (World Health Organization, n.d.). Sanayileşmiş ülkelerde yürütülen sağlık teknolojisi ve farmakoeconomik değerlendirmelerde, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çıktıları giderek daha önemli hale gelmektedir (Lohrberg et.al., 2016). Yaşam kalitesi kavramının diyabetin bireyin günlük yaşamı üzerindeki çok yönlü etkilerini anlamadaki yeri ortaya konulduktan sonra, hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarının daha kapsamlı biçimde değerlendirilmesine olanak tanıyan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı ele alınmaktadır.

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (HRQoL)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, çok boyutlu bir terimdir (Forestier et.al., 2019). Hekimlerin vazifeleri sadece biyolojik yaşam sürelerinin artırılması ve sağlığın iyileştirilmesi ve korunmasından ibaret değildir, aynı zamanda kişinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesini de kapsar. Bu durumda yalnızca yaşam süresini artırmak değil yaşama anlam katmak mühim hale gelir. Buna dayanarak sağlık hizmetlerinin etkisi detaylı, güvenilir bir yöntemle dayalı HRQOL araçlarıyla incelenmelidir (Owolabi, 2008). Diyabet hastalığı, bireyin genel yararını ve topluma tam anlamıyla adapte olma becerisini kısıtlayabilir (Ali et.al., 2017).

Glukoz ölçümü, diyabetin verimli şekilde yönetilmesi ve uzun süreli genel sağlığın korunması için mühim bir unsurdur. Birçok birey test anında istemsizce yanlış sonuçlara neden olabilecek hatalar yapar (Times of India, 2025). İlave şeker bulunduran besinlerin tüketimi diyabet ilacının beklenen etkiyi vermesini güçleştirebilir (EatingWell, 2025).

Diyabet hastalarında fiziksel sağlık, komplikasyonların varlığına ve günlük aktiviteleri yerine getirme kapasitesine bağlıdır. Domínguez-Domínguez ve arkadaşları (2021) tarafından yürütülen çalışma, Tip 1 diyabet hastalığına sahip kişilerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından fiziksel aktivitenin mühim bir unsur

olduğunu belirtmektedir; spor yapan bireylerin hem sağlıkları yönünden hem de hastalıkları ile alakalı bakımları hususunda daha yüksek öz algılarının olduğu ifade edilmiştir. Yoğun fiziksel aktivite tip 1 diyabet bakımına dair daha yüksek öz algı ile bağlantılı olacağından hastalığın tanınması yönünde yararlı olabileceği ifade edilmiştir (Domínguez-Domínguez et.al., 2021). Diyabet depresyon ve anksiyete riskini artırarak ruhsal sağlığı olumsuz etkileyebilir. Tip 2 diyabet hastalığına sahip kişilerde ve diyabetik komplikasyonları olan bireylerde depresyon ve anksiyete ortaya çıkma riski daha fazladır. Bu durum tip 2 diyabet hastalığına sahip bireylerde ve diyabetik komplikasyonları olan kişilerde mental sağlığa daha fazla klinik yoğunlaşmanın ehemmiyetini göstermektedir (Horsbøl et.al., 2024).

Hsieh ve arkadaşları (2023) yaptıkları çalışma ile, depresyon ve diyabet hastalığının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kötüleşmesine yol açtığını, sağlık kaynak tüketimini artırdığını ve fiziksel işlevsellik düzeylerini düşürdüğünü göstermiştir. Diyabet hastalığının tedavisinde görev alan sağlık profesyonellerinin, sağlık yaşam kalitesi geliştirmek, sağlık hizmeti kaynak tüketimini düşürmek ve fiziksel işlevleri artırmak için depresyon unsurunu göz önüne almaları gerektiğini ifade etmişlerdir (Hsieh et.al., 2023). Diyabet, bireyin aile ve sosyal çevresiyle ilişkilerini etkileyebilir. Sosyal destek, yaşam kalitesi için kritik öneme sahiptir. Diyabet hastalığının kendi kendine yönetimini ve özyeterliliği artırmak için, yetişkin hasta bireyleri ve aile üyelerini de kapsayan aileye yönelik bir müdahale programına gereksinim vardır (Wichit et.al., 2017).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin, diyabetin bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamı üzerindeki çok yönlü etkilerinin belirlenmesindeki yeri ortaya konulduktan sonra, bu etkilerin standart ve bilimsel yöntemlerle ölçülmesini mümkün kılan, araştırma ve klinik uygulamalarda yaygın biçimde kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerine yer verilmektedir.

Hasta Merkezli Bakım ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tip 2 diyabet hastalarında kardiyovasküler komplikasyonlar ile HbA1c seviyeleri arasında bağlantı bulunmaktadır (Şahbaz & Kılınç, 2016). Rodríguez-Gutiérrez ve diğerleri (2021) yaptıkları çalışma sonucunda, diyabet tedavisinin amacının, komplikasyon risklerini düşürmek ve hasta bireylerin hayat kalitesini yükseltmek olduğunu ifade etmişlerdir. Modern kanıtların yoğun olmayan glisemik kontrolün ve komplikasyonları kontrol altına almaya yarayan ilaçların öncelikli kullanımını teşvik ettiğini belirtmişlerdir. (Rodríguez-Gutiérrez et.al., 2021).

Asavanich ve Tiewtranon (2004) yaptıkları çalışma sonucunda, hasta merkezli bakımın Tip 2 diyabet hastalarının glisemik kontrolüne iyi yönde etki ettiğini belirtmişlerdir (Asavanich & Tiewtranon, 2004). Asmat ve arkadaşları (2022) gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda, hasta merkezli bakımın özyönetim amacıyla kullanılmasının tip 2 diyabeti olan bireylerde glisemik kontrolü ve öz bakım davranışlarını geliştirmeye katkı sağladığına dair veriler elde etmişlerdir (Asmat et.al., 2022). Hasta merkezli bakım yaklaşımının yaşam kalitesi üzerindeki yansımaları değerlendirildiğinde, bu yaklaşımın yalnızca bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini desteklemekle sınırlı olmadığı, aynı zamanda diyabet yönetiminin temel hedeflerinden biri olan komplikasyon riskinin azaltılmasına da katkı sağladığı görülmektedir. Diyabetin uzun dönemli seyrinde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebildiğinden, bu komplikasyonların önlenmesine yönelik stratejilerin ele alınması gereklilik arz etmektedir.

Komplikasyonların Önlenmesi

Diyabet eğitimi ve öz-yönetim stratejileri, uzun vadede komplikasyon gelişme riskini azaltmaktadır. Diyabet eğitimi, bireylerin diyabet ve ilişkili sağlık sorunlarıyla başa çıkabilmeleri amacıyla davranış değişikliği süreçlerini destekleyen yapılandırılmış

bir müdahale biçimidir. Bu süreci yürüten diyabet eğitimcileri, hastaların bilgi, tutum ve becerilerini geliştirerek öz bakım uygulamalarını artırmayı hedefleyen sağlık profesyonelleridir. Bu yaklaşımla, klinik sonuçlarda iyileşme ve genel sağlık durumunda anlamlı gelişmeler sağlanmaktadır (Boren et.al., 2009). Diyabet hastalığına ilişkin eğitimin, bilinç düzeyini ve kişisel bakım motivasyonunun yükseltilmesinin bakımı geliştirdiğine, komplikasyon oranının düşürdüğüne ve bundan dolayı diyabet hastalığının toplam finansal maliyetlerini azaltabileceğine yönelik yeni veriler ortaya konulmaktadır (Kapur, 2007). Diyabet hastalığının özyönetiminin sağlanmasında komplikasyonların önlenmesi kadar tedaviye uyumda belirleyici bir faktördür.

Tedaviye Uyum

Uyumluluk, hasta bireylerin ilaçlarını sağlık hizmeti sunucularının yazdığı reçeteye uygun olarak alma düzeyi olarak ifade edilebilir (Sharma et.al., 2014). Uyum, bireyin tıbbi veya sağlık tavsiyelerine ne derecede uygun şekilde davranış gösterdiği biçiminde açıklanabilir (Horwitz & Horwitz, 1993). Tedaviye uyum, bireyin ilaç tedavisi, diyet ve yaşam tarzı müdahalelerini yerine getirmesinin, sağlık profesyonellerinin tavsiyeleriyle ne derece uyumlu olduğudur (García-Pérez et.al., 2013). Hastaların tedavi sürecine katılımı arttıkça ilaç uyumu ve yaşam tarzı değişikliklerine bağlılık da artmaktadır. Diyabet hastalığına sahip bireylerde ilaç tedavisine bağlılık eksikliği ölüm ve hastalık oranlarının yükselmesine neden olabilecek mühim bir unsurdur (Awodele & Osuolale, 2015). Sontakke ve diğerlerinin (2015) yaptıkları çalışma ile, diyabet kontrolünde tedaviye riayetinin yetersiz olmasının önemli bir problem olduğunu ortaya koymuşlardır (Sontakke et.al., 2015). Guerci ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışma ile; Tip 2 diyabet hastalığına sahip bireylerde, antidiyabetik ilaç tedavisine uyum ve sürekliliğin yetersizliğinin uzun vadeli komplikasyon riskini artırarak kötüleşmiş sağlık durumuna neden olabileceğini ifade

etmişlerdir (Guerci et.al., 2019). Nadig (2015) yaptığı çalışma ile, Tip 2 diyabet hastası bireylerde ilaçlara uyumsuzluk durumunun hastaların ilaç uyumunun ehemmiyeti ile alakalı bilgi ve bilinçliliklerinin yetersiz düzeyde olmasından ileri gelmekte olduğunu ifade etmiştir (Nadig, 2015).

Psikososyal etkiler diyabet hastalığına sahip kişiler çoğunlukla yüksek seviyede endişe yaşarlar ayrıca diyabet hastalığı kendine özgü bir duygusal baskıya yol açar (International Diabetes Federation, tarih yok). Hasta merkezli bakım planlamasına dair stratejilerin, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların tedavi edilmesinde mühim bir etkiye sahip olma olasılığı vardır (Pinho et.al., 2021). Hastaların kendi sağlıklarını yönetebileceklerine dair inançlarının artması, yaşam kalitesini yükseltmektedir. Pahn ve arkadaşlarının (2025) gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda, öz yeterlilik ve özyönetim davranışlarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde tesiri olduğunu ortaya koymuşlardır (Pahn et.al., 2025). Lee ve Lin (2011), yürüttükleri araştırmada, sağlık profesyonellerine duyulan güvenin sağlık çıktılarının gelişmesine destek olabileceğini ifade etmişlerdir (Lee & Lin, 2011). Lee ve Lin (2009) Yaptıkları çalışma ile doktorlara duyulan güven duygusunun hem kişisel değerlendirme hem de nesnel sağlık çıktılarıyla bağlantılı olduğuna dair ampirik veriler ortaya koymuşlardır (Lee & Lin, 2009). Sosyal destek bağlantıları kişiler yeni tutumlara başlarken ya da hayatı etkileyen sağlık kararları alırken yol gösterici olma noktasında mühimdir (Strom & Egede, 2012). Diyabet hastalığının tedavi edilmesi ve yönetimi açısından sosyal destek yapısının incelenmesi kritik derecede ehemmiyetlidir (Wicaksana et.al., 2025). Baek ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışma ile, tedavi hizmetlerinden faydalanmış tip 2 diyabet hastası yetişkin bireylerde artan hastalık tedavi yüküyle birlikte diyabet hastalığının değişik boyutları, duygusal rahatsızlık durumu ve öz yönetimle alakalı algılanan problemler arasında sosyal

destek unsurunun mühim bir koruyucu etken olarak rol oynadığını göstermişlerdir. Sosyal desteğin ulaşılabirliğini ve kalitesini yükseltmeyi hedefleyen müdahalelerin bilhassa yüksek hastalık ve tedavi yükü olan kişilerde diyabetin duygusal etkilerini düşürme potansiyeli olabileceğini belirtmişlerdir (Baek et.al., 2014).

Diyabet yönetiminde tedaviye uyumun sağlanması, glisemik kontrolün iyileştirilmesi ve komplikasyon riskinin azaltılmasının yanı sıra, sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı, hastaneye yatış oranları ve bakım maliyetleri gibi birçok göstergede de belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle, hasta merkezli bakım yaklaşımının yalnızca klinik sonuçlar üzerindeki katkılarıyla değil, sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı ve ekonomik sonuçlar üzerindeki etkileri açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ekonomik ve Sağlık Hizmeti Kullanımı Açısından Etkiler

Hasta merkezli bakım stratejisi, hekimden kaynaklanan sağlık hizmeti kullanımını ve hastaların fayda odaklı yaklaşımlarını azaltmada destek sağlayabilir (Yu et.al., 2023). Jayadevappa & Chhatre (2011), yaptıkları çalışma sonucunda hasta merkezli bakımı destekleyecek doktor-hasta etkileşimlerine önem verilmesi gerektiğini, bu tarz etkileşimlerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımı minimuma indirerek bakım kalitesini geliştirebileceğini ifade etmişlerdir (Jayadevappa & Chhatre, 2011).

Pirhonen ve arkadaşları (2019) yaptıkları temel vaka çalışmaları sonucunda, 65 yaş altı popülasyondaki hastalar için incelediklerinde, birey merkezli bakımın geleneksel bakımla karşılaştırıldığında daha maliyet etkin olduğunu ifade etmişlerdir (Pirhonen et.al., 2019). CESPEC, Meksika'nın kırsal alanlarında kullanılan bir diyabet bakım yöntemidir. Bu yöntemin hasta birey başına maliyeti 144 ABD dolarıdır ve kazanılan QALY başına 2981 ABD doları ile oldukça maliyet etkindir (Duan et.al., 2021). Hindistan'ın kentsel bölgelerinde Emmert-Fees ve arkadaşları

(2023) tarafından yürütölen bir çalışmanın bulgularına göre; Tip 2 diyabet teşhisi konulmuş bireyler ve depresyon tanısı almış kişiler odaklı katılımcı bakım, klinik iş akışları ile bütönlöştirildiğinde maliyet yönünden etkili olabileceğini belirtmişlerdir (Emmert-Fees et.al., 2023). Gong&Zhu (2025), Birleşik Krallık ve Çin ölkelerini inceleyerek yaptıkları çalışma sonucunda elde ettikleri bulgular diyabet hastalıının istihdam piyasasına dahil olma veya erken emeklilik üzerinde kayda değer etkisi olmadığını ortaya koymaktadır, ancak, diyabetin işsizlik üzerindeki etkileri her iki ölkede ve farklı ampirik yöntemlerde tutarlı biçimde gözlemlenmiş; diyabet hastalıının işsiz kalma olasılığını belirgin bir ölçüde artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Gong & Zhu, 2025). Pedron ve arkadaşları (2019) yaptıkları sistematik literatür incelemesi ile, Tip 2 diyabetin düşük verimlilikle bağlantılı olduğu belirtmişlerdir (Pedron et.al., 2019). Diyabet hastalığı gelir kaybına ek olarak hastalıın getirdiğı yük sebebiyle de kayda değer maliyetlere neden olmaktadır. Hükümetler doğrudan sağlık harcamaları ve azalan işgücü verimliliği ve artan sosyal transfer harcamaları baskısı altında kalmaktadır (Schofield et.al., 2014).

Sonuç

Sonuç olarak, diyabet yönetiminde hasta merkezli bakım yaklaşımı, hastalıın çok boyutlu doğası dikkate alındığında, tedavi başarısının ve yaşam kalitesinin artırılmasında vazgeçilmez bir unsurdur. Bu yaklaşım, hastaların bireysel ihtiyaçlarını ve tercihlerini merkeze alarak, tedavi sürecine katılımlarını artırmakta, öz-yönetim kapasitelerini güçlendirmekte ve psikososyal destek mekanizmalarını etkin kılmaktadır. Ayrıca, hasta merkezli bakımın sistematik olarak entegrasyonu, diyabetin komplikasyonlarının azaltılmasına ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanımına katkı sağlamaktadır. Bu nedenle, sağlık politikalarının ve klinik uygulamaların, hasta merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması, diyabetli bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirmek

ve yaşam kalitesini sürdürülebilir biçimde yükseltmek için stratejik bir gerekliliktir.

Kaynakça

Abu, S., & Llahana, S. (2025). Factors influencing the uptake of culturally tailored diabetes self-management education and support programmes among ethnic minority patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Primary Care Diabetes*, 19(2), 103-110. doi:10.1016/j.pcd.2025.01.010

ADEA (Australian Diabetes Educators Association). FAQs. ADEA: <https://www.adea.com.au/faqs> adresinden alındı

Alder, S. (2024, January 20). The Benefits of Patient Engagement. *The HIPAA Journal*: <https://www.hipaajournal.com/benefits-of-patient-engagement/> adresinden alındı

Alharazi, I., Alshehri, S., Alessa, A., Alshaikhi, S., Alalawy, I., Alshaikhi, Y., & Alharbi, A. (2022). Enhancing the patient-centered care approach in healthcare management for better outcomes. *Acta Biomed*, 93(5), 713–722. doi:10.23750/abm.v93i5.12872

Ali, M., Galaviz, K., Weber, M., & Narayan, K. (2017). The global burden of diabetes. *Textbook of Diabetes* (s. 65–83). içinde Hoboken, New Jersey, USA: Wiley.

Alleman, C., Westerhout, K., Hensen, M., Chambers, C., Stoker, M., Long, S., & van Nooten, F. (2015). Humanistic and economic burden of painful diabetic peripheral neuropathy in Europe: a review of the literature. *Diabetes research and clinical practice*, 109, 215-225. doi:10.1016/j.diabres.2015.04.031

American Diabetes Association. (2022). New report finds annual costs of diabetes in the U.S. reach \$412.9 billion. American Diabetes Association: <https://diabetes.org/newsroom/press->

releases/new-american-diabetes-association-report-finds-annual-costs-diabetes-be adresinden alındı

American Diabetes Association. (n.d.). Type 1 Diabetes. American Diabetes Association: <https://diabetes.org/about-diabetes/type-1> adresinden alındı

Arnold, M., Beran, D., Haghparast-Bidgoli, H., Batura, N., Akkazieva, B., Abdraimova, A., & Skordis-Worrall, J. (2016). Coping with the economic burden of Diabetes, TB and co-prevalence: evidence from Bishkek, Kyrgyzstan. *BMC health services research*, 118.

Asavanich, K., & Tiewtranon, V. (2004). Type 2 diabetic patient-centered care. *J Med Assoc Thai*, 345-52.

Asmat, K., Dhamani, K., Gul, R., & Froelicher, E. (2022). The effectiveness of patient-centered care vs. usual care in type 2 diabetes self-management: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 10. doi:10.3389/fpubh.2022.994766

Awodele, O., & Osuolale, J. (2015). Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. *African health sciences*, 15(2), 513-522. doi:10.4314/ahs.v15i2.26

Awoyemi, B., Idem, U., Awoyemi, J., Oluwagbade, I., & Yahaya, M. (2024). The Roles of Digital Health Technologies- Mobile Health Applications and Wearable Health Devices in Nigerian Health Performance. 2024 IEEE 5th International Conference on Electro-Computing Technologies for Humanity (NIGERCON) (s. 1–5). Piscataway, NJ: IEEE.

Baek, R., Tanenbaum, M., & Gonzalez, J. (2014). Diabetes burden and diabetes distress: the buffering effect of social support.

Annals of Behavioral Medicine, 48(2), 145-155.
doi:10.1007/s12160-013-9585-4

Ben-Assuli, O. (2022). Measuring the cost-effectiveness of using telehealth for diabetes management: a narrative review of methods and findings. *International Journal of Medical Informatics*, 163. doi:10.1016/j.ijmedinf.2022.104764

Boren, S., Fitzner, K., Panhalkar, P., & Specker, J. (2009). Costs and benefits associated with diabetes education a review of the literature. *The Diabetes Educator*, 35(1), 72-96. doi:10.1177/0145721708326774

Brink, S., & Chiarelli, F. (2004). Education and multidisciplinary team approach in childhood diabetes. *Acta Biomed*, 75(1), 7-21.

Catapan, S., Nair, U., Gray, L., Calvo, M., Bird, D., Janda, M., & Russell, A. (2021). Same goals, different challenges: A systematic review of perspectives of people with diabetes and healthcare professionals on Type 2 diabetes care. *Diabetic Medicine*, 38(9). doi:10.1111/dme.14625

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Diabetes education and support programs. Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/diabetes/education-support-programs/index.html> adresinden alındı

Centers for Disease Control and Prevention. (2026, April 14). About Chronic Diseases. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html> adresinden alındı

Ceriello, A., Barkai, L., Christiansen, J., Czupryniak, L., Gomis, R., Harno, K., & Wens, J. (2012). Diabetes as a case study of chronic disease management with a personalized approach: the

role of a structured feedback loop. *Diabetes research and clinical practice*, 98(1), 5-10. doi:10.1016/j.diabres.2012.07.005

Chevreur, K., Berg Brigham, K., & Bouché, C. (2014). The burden and treatment of diabetes in France. *Globalization and health*, 10(1), 6. doi:10.1186/1744-8603-10-6

Cnop, M., Welsh, N., Jonas, J., Jorns, A., Lenzen, S., & Eizirik, D. (2005). Mechanisms of pancreatic β -cell death in type 1 and type 2 diabetes: many differences, few similarities. *Diabetes*, 54(Suppl. 2), S97–S107. doi:10.2337/diabetes.54.suppl_2.s97

Coşkun, S., & Yiğit, V. (2023). Türkiye’de tip 2 diyabet hastalık yükü. *Ankara International Congress on Scientific Research-IX* (s. 344–352). Ankara, Türkiye: Ankara International Congress on Scientific Research-IX Proceedings.

Craig, M., Hattersley, A., & Donaghue, K. (2009). Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr diabetes*, 10(Suppl.12), 3-12. doi:10.1111/j.1399-5448.2009.00568.x

Domínguez-Domínguez, A., Martínez-Guardado, I., Domínguez-Muñoz, F., Barrios-Fernandez, S., Morenas-Martín, J., Garcia-Gordillo, M., & Carlos-Vivas, J. (2021). Association between the level of physical activity and health-related quality of life in type 1 diabetes mellitus. A preliminary study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24). doi:10.3390/jcm10245829

Doyle-Delgado, K., & Chamberlain, J. (2020). Use of diabetes-related applications and digital health tools by people with diabetes and their health care providers. *Clinical Diabetes*, 38(5), 449-461. doi:10.2337/cd20-0046

Duan, K., Garza, F., Flores, H., Palazuelos, D., Maza, J., Martinez-Juarez, L., & McBain, R. (2021). . Economic evaluation

of a novel community-based diabetes care model in rural Mexico: a cost and cost-effectiveness study. *BMJ open*.

EatingWell. (2025). Things that don't mix well with your diabetes medications. EatingWell: <https://www.eatingwell.com/things-that-don-t-mix-well-with-your-diabetes-medications-11795966> adresinden alındı

Elrayah, H., Eltom, M., Bedri, A., Belal, A., Rosling, H., & Östenson, C. (2005). Economic burden on families of childhood type 1 diabetes in urban Sudan. *Diabetes research and clinical practice*, 70(2), 159-165. doi:10.1016/j.diabres.2005.03.034

Emmert-Fees, K., Laxy, M., Patel, S., Singh, K., Poongothai, S., Mohan, V., & Ali, M. (2023). Cost-effectiveness of a collaborative care model among patients with type 2 diabetes and depression in India. *Diabetes Care*, 46(1). doi:10.2337/dc21-2533

Finset, A. (2010). Emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*, 10(Supplement), e020. doi:10.5334/ijic.490

Forestier, B., Anthoine, E., Reguiat, Z., Fohrer, C., & Blanchin, M. (2019). A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness. *Health and quality of life outcomes*, 17(1). doi:10.1186/s12955-019-1084-2

Frampton, S. (2001). Planetree patient-centered care and the healing arts. *Complementary health practice review*, 17-19.

García-Pérez, L., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V., & Orozco-Beltrán, D. (2013). Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes therap*, 4(2), 175-194. doi:10.1007/s13300-013-0034-y

Geng, T., Yin, X., Guo, Y., Liu, G., Pan, A., & Liao, Y. (2025). Recent advances and ongoing challenges in diabetes prevention and

control in China. *The Innovation.*, 7(1). doi:10.1016/j.xinn.2025.101083

Gong, J., & Zhu, C. (2025). What drives labor market losses among diabetics—physiological impairment or psychosocial burden? New evidence from triangulation. *Social Science & Medicine*, 383(C). doi:10.1016/j.socscimed.2025.118498

Grover, A., & Joshi, A. (2014). An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Global journal of health science*, 7(2). doi:10.5539/gjhs.v7n2p210

Guerci, B., Chanan, N., Kaur, S., Jasso-Mosqueda, J., & Lew, E. (2019). Lack of treatment persistence and treatment nonadherence as barriers to glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy*, 10(2), 437-449. doi:10.1007/s13300-019-0590-x

Horsbøl, T., Hoffmann, S., Thorsted, A., Rosenkilde, S., Lehn, S., Kofoed-Enevoldsen, A., & Thygesen, L. (2024). Diabetic complications and risk of depression and anxiety among adults with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 41(4). doi:10.1111/dme.15272

Horwitz, R., & Horwitz, S. (1993). Adherence to treatment and health outcomes. *Archives of internal medicine*, 153(16), 1863-1868. doi:10.1001/archinte.1993.00410160019003

Hsieh, H., Lin, C., Weng, S., Lin, P., Liu, T., & Huang, C. (2023). Health-related quality of life, medical resource use and physical function in patients with diabetes mellitus and depression: a cross-sectional analysis from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Affective Disorders*, 327(yok / single volume), 93-100. doi:10.1016/j.jad.2023.02.011

Huang, Y., Li, S., Lu, X., Chen, W., & Zhang, Y. (2024). The effect of self-management on patients with chronic diseases: A

systematic review and meta-analysis. In Healthcare, 12(21). doi:10.3390/healthcare12212151

Washington, DC: The National Academies Press (NAP).

International Diabetes Federation. (2025). IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation.

International Diabetes Federation. (2025). IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation.

International Diabetes Federation. (2026). Type 2 Diabetes. International Diabetes Federation: <https://idf.org/about-diabetes/types-of-diabetes/type-2-diabetes/> adresinden alındı

International Diabetes Federation. (tarih yok). Diabetes and mental health. International Diabetes Federation (IDF): <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-management/mental-health/> adresinden alındı

Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient centered care-a conceptual model and review of the state of the art. The Open Health Services and Policy Journal,, 4(1), 15-25. doi:10.2174/1874924001104010015

Kapur, A. (2007). Economic analysis of diabetes care. Indian Journal of Medical Research, 125(3), 473-482. doi:<https://doi.org/10.4103/0019-5154.32485>

Kerner, W., & Brückel, J. (2014). Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. Experimental and clinical endocrinology & diabetes, 122(7), 384-386. doi:10.1055/s-0034-1366278

Khan, A., Petropoulos, I., Ponirakis, G., & Malik, R. (2017). Visual complications in diabetes mellitus: beyond retinopathy. Diabetic medicine,, 34(4), 478-484. doi:10.1111/dme.13296

Khan, M., Balqis, N., Naim, A., Malik, P., Krishna, G., & Kumar, B. (2025). Applications of Integrated Circuit in Diabetes Management: Advancing Healthcare through Intelligent Devices. 2025 International Conference on Electronics, AI and Computing (EAIC) (s. 1–5). Piscataway, New Jersey, USA: IEEE.

Kim, H., & Kim, E. (2022). The socio-economic cost of diabetes mellitus in Korea using national health insurance claim data, 2017. In *Healthcare*, 10(9), 1601. doi:10.3390/healthcare10091601

Lee, M., & Ihm, J. (2021). Empathy and attitude toward communication skill learning as a predictor of patient-centered attitude: a cross-sectional study of dental students in Korea. *BMC medical education*, 21(1), 225. doi:<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02674-z>

Lee, Y., & Lin, J. (2009). The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Social science & medicine*, 147(issue C), 1060-1068. doi:10.1016/j.socscimed.2008.12.033

Lee, Y., & Lin, J. (2011). How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes. *Patient education and counseling*, 85(3), 406-412. doi:DOI: 10.1016/j.pec.2010.12.005

Lin, C., Lee, T., Sun, Z., Yang, Y., Wu, J., & Ou, H. (2017). Development of diabetes-specific quality of life module to be in conjunction with the World Health Organization quality of life scale brief version (WHOQOL-BREF). *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 167. doi:<https://doi.org/10.1186/s12955-017-0744-3>

Liosatos, K., Tobiano, G., & Gillespie, B. (2024). Patient participation in surgical wound care in acute care settings: An

integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 157, 104839. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104839>

Liu, J., Bai, R., Chai, Z., Cooper, M., Zimmet, P., & Zhang, L. (2022). Low-and middle-income countries demonstrate rapid growth of type 2 diabetes: an analysis based on Global Burden of Disease 1990–2019 data. *Diabetologia*, 65(8), 1339-1352. doi:<https://doi.org/10.1007/s00125-022-05731-9>

Liu, J., Ren, Z., Qiang, H., Wu, J., Shen, M., Zhang, L., & Lyu, J. (2020). Trends in the incidence of diabetes mellitus: results from the Global Burden of Disease Study 2017 and implications for diabetes mellitus prevention. *BMC public health*, 20(1), 11. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08477-2>

Lohrberg, D., Augustin, M., & Blome, C. (2016). The definition and role of quality of life in Germany's early assessment of drug benefit: a qualitative approach. *Quality of Life Research*, 25(2), 447-455. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1092-6>

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110. doi:[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)

Miller, W., Lasiter, S., Ellis, R., & Buelow, J. (2015). Chronic disease self-management: a hybrid concept analysis. *Nursing outlook*, 154-161.

Muñoz-Miquel, A. (2019). Empathy, emotions and patient-centredness: a case study on communication strategies. *HERMES-Journal of Language and Communication in Business*, 59(1), 71-89. doi:<https://doi.org/10.7146/hjlcb.v59i1.116990>

Nadig, P. (2015). Factors contributing to non-adherence to medication among type 2 diabetes mellitus in patients attending

tertiary care hospital in South India. Asian journal of pharmaceutical and clinical research., 8(2).

National Cancer Institute. (2025). <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/chronic-disease> adresinden alındı

National Health Service (NHS). (n.d.). National Health Service (NHS). Diabetes: <https://www.nhs.uk/conditions/diabetes/> adresinden alındı

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). NG28: Type 2 diabetes in adults: management. NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/chapter/Context> adresinden alındı

Niazi, A., & Kalra, S. (2012). Patient centred care in diabetology: an Islamic perspective from South Asia. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 11(1), 30. doi:<https://doi.org/10.1186/2251-6581-11-30>

Oh, S., Ku, H., & Park, K. (2021). Prevalence and socioeconomic burden of diabetes mellitus in South Korean adults: a population-based study using administrative data. BMC Public Health, 21(1), 548. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10450-3>

Owolabi, M. (2008). Health-related quality of life (HRQOL) measures: there are still many unanswered questions about human life. The Scientific World Journal, 8, 357-363. doi:<https://doi.org/10.1100/tsw.2008.54>

Pahn, J., Yang, Y., & Kim, S. (2025). Factors influencing self-management and health-related quality of life in low-income patients with diabetes: a predictive model. International Journal of

Parker, E., Lin, J., Mahoney, T., Ume, N., Yang, G., Gabbay, R., & Bannuru, R. (2024). Economic costs of diabetes in the US in 2022. *Diabetes care*, 47(1), 26-43. doi:10.2337/dci23-0085

Patient-Centered Medical Home (PCMH) Model. (2024). Centers for Disease Control and Prevention (CDC): https://www.cdc.gov/cardiovascular-resources/php/pcmh-model/index.html?utm_source=adresindenalindi

Pecoits-Filho, R., Abensur, H., Betônico, C., Machado, A., Parente, E., Queiroz, M., & Vencio, S. (2016). Interactions between kidney disease and diabetes: dangerous liaisons. *Diabetology & metabolic syndrome*, 8(1), 50. doi:10.1186/s13098-016-0159-z

Pedron, S., Emmert-Fees, K., Laxy, M., & Schwettmann, L. (2019). The impact of diabetes on labour market participation: a systematic review of results and methods. *BMC Public Health*, 19(1). doi:10.1186/s12889-018-6324-6

Personalised Care Institute. (2023, September 27). Why personalised care plans should be a norm for long-term conditions. Personalised Care Institute: <https://www.personalisedcareinstitute.org.uk/2023/09/27/why-personalised-care-plans-should-be-a-norm-for-long-term-conditions/> adresinden alındı

Person-centred care. (2026). Australian Commission on Safety and Quality in Health Care: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/partnering-consumers/person-centred-care> adresinden alındı

Pettersson, S., Holstein, J., Jirwe, M., Jaarsma, T., & Klompstra, L. (2022). Cultural competence in healthcare

professionals, specialised in diabetes, working in primary healthcare—A descriptive study. *Health & Social Care in the Community*, 30(2), e717–e726. doi:10.1111/hsc.13442

Phillips, S., Culpepper, J., Welch, M., O'Hare, K., Chen, W., Taylor, Y., & Tapp, H. (2021). A multidisciplinary diabetes clinic improves clinical and behavioral outcomes in a primary care setting. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(3), 579-589. doi:10.3122/jabfm.2021.03.200307

Picker Institute Europe. (2025). The Picker principles of person-centred care. Picker Institute Europe. Retrieved June 1, 2026, from <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>

Pinho, L., Correia, T., Lopes, M., Fonseca, C., Marques, M., Sampaio, F., & do Arco, H. (2021). Patient-centered care for people with depression and anxiety: an integrative review protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5). doi:10.3390/jpm11050411

Pirhonen, L., Bolin, K., Olofsson, E., Fors, A., Ekman, I., Swedberg, K., & Gyllenstein, H. (2019). Person-centred care in patients with acute coronary syndrome: cost-effectiveness analysis alongside a randomised controlled trial. *PharmacoEconomics-open*, 3(4), 495-504. doi:10.1007/s41669-019-0155-1

Rodríguez-Gutiérrez, R., Millan-Alanis, J., Barrera, F., & McCoy, R. (2021). Value of patient-centered glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Current diabetes reports*, 21(12). doi:10.1007/s11892-021-01433-0

Rosenbauer, J., Neu, A., Rothe, U., Seufert, J., & W.Holl, R. (2019). Types of diabetes are not limited to age groups: type 1 diabetes in adults and type 2 diabetes in children and adolescents. *Journal of health monitoring*, 4(2), 29-49. doi:10.25646/5987

Roy, M., Chaudhari, G., & Telrandhe, U. (2024). The Transformative Impact of Telehealth on Chronic Disease Management: A Comprehensive Review. 2024 2nd DMIHER International Conference on Artificial Intelligence in Healthcare, Education and Industry (IDICAIEI) (s. 1–6). Piscataway, New Jersey, USA: IEEE.

Satman, I., Bayirlioglu, S., Okumus, F., Erturk, N., Yemenici, M., Cinemre, S., & TURDEP-II Study Group. (2023). Estimates and forecasts on the burden of prediabetes and diabetes in adult and elderly population in Turkiye. *European Journal of Epidemiology*, 21(12), 313-323. doi:<https://doi.org/10.1007/s11892-021-01433-0>

Satman, I., Yilmaz, T., Sengul, A., Salman, S., Salman, F., & Uygur, S. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*, 25(9), 1551-1556. doi:<https://doi.org/10.2337/diacare.25.9.1551>

Schofield, D., Cunich, M., Shrestha, R., Passey, M., Veerman, L., Callander, E., & Tanton, R. (2014). The economic impact of diabetes through lost labour force participation on individuals and government: evidence from a microsimulation model. *BMC public health*, 14(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-220>

Sharma, T., Kalra, J., Dhasmana, D., & Basera, H. (2014). Poor adherence to treatment: A major challenge in diabetes. *Journal of the Indian Academy of Clinical Medicine*, 15(1-2), 31–40.

Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). What is integrated care. Nuffield Trust (Londra).

Soares, A., Coelho, M., Tracey, M., Carvalho, D., & Silva-Nunes, J. (2023). Epidemiological, social and economic burden of severe hypoglycaemia in patients with diabetes mellitus in Portugal:

a structured literature review. *Diabetes Therapy*, 15(2), 265-291.
doi:<https://doi.org/10.1007/s13300-024-01595-6>

Sontakke, S., Jadhav, M., Pimpalkhute, S., Jaiswal, K., & Bajait, C. (2015). Evaluation of adherence to therapy in patients of type 2 diabetes mellitus. *Journal of Young Pharmacists*, 7(4 (Supplement / Suppl 4S)), 462.
doi:<https://doi.org/10.5530/jyp.2015.4s.8>

Stephenson, M., Lisy, K., Stern, C., Feyer, A., Fisher, L., & Aromataris, E. (2019). The impact of integrated care for people with chronic conditions on hospital and emergency department utilization: a rapid review. *JBIC Evidence Implementation*, 17(1), 14-26. doi:<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000151>

Stiggelbout, A., Van der Weijden, T., De Wit, M., Frosch, D., L  gar  , F., Montori, V., & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *Bmj*, 344, e256. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.e256>

Street Jr, R., Makoul, G., Arora, N., & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling*, 74(3), 295-301.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>

Strom, J., & Egede, L. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Current diabetes reports*, 12(6), 769-781.
doi:<https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>

  ahbaz, F., & Kılın  , F. (2016). Relationship between increased mean platelet volume and glycosylated hemoglobin (HbA1c) in type 2 diabetes mellitus. *Cukurova Medical Journal*, 41(1), 13-16.
doi:<https://doi.org/10.17826/cutf.156297>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye Diyabet Programı 2023–2027.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye Diyabet Programı 2023–2027.

Times of India. (2025). Common blood sugar testing mistakes that could mislead your diabetes management: Know how to avoid them. Times of India: <https://timesofindia.indiatimes.com/life-style/health-fitness/health-news/common-blood-sugar-testing-mistakes-that-could-mislead-your-diabetes-management-know-how-to-avoid-them/articleshow/123378855.cms?> adresinden alındı

Type 2 Diabetes. NIDDK (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases): <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes/type-2-diabetes> adresinden alındı

Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & de Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of medical ethics*, 43(9), 637-644. doi:<https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103791>

Voeltz, D., Vetterer, M., Seidel-Jacobs, E., Brinks, R., Tönnies, T., & Hoyer, A. (2024). Projecting the economic burden of type 1 and type 2 diabetes mellitus in Germany from 2010 until 2040. *Population Health Metrics*, 22(1), 17. doi:<https://doi.org/10.1186/s12963-024-00337-x>

Walker, J., Livingstone, S., Colhoun, H., Lindsay, R., McKnight, J., Morris, A., & Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Gr. (2011). Effect of socioeconomic status on mortality among people with type 2 diabetes: a study from the Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. *Diabetes care*, 34(5), 1127-1132. doi:<https://doi.org/10.2337/dc10-2047>

Wicaksana, A., Pramono, R., & Tsai, P. (2025). Cross-cultural validation and psychometric testing of the Indonesian version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey for people living with diabetes. *Social Science & Medicine*, 373. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118017>

Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., & Johnson, M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 123, 37-48. doi:<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013>

Wong, T., & Sabanayagam, C. (2020). Strategies to tackle the global burden of diabetic retinopathy: from epidemiology to artificial intelligence. *Ophthalmologica*, 243(1), 9-20. doi:<https://doi.org/10.1159/000502387>

Xie, J., Wang, M., Long, Z., Ning, H., Li, J., Cao, Y., & Pan, A. (2022). Global burden of type 2 diabetes in adolescents and young adults, 1990-2019: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ*, 379. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072385>

Yu, C., Xian, Y., Jing, T., Bai, M., Li, X., Li, J., & Zhang, Z. (2023). More patient-centered care, better healthcare: the association between patient-centered care and healthcare outcomes in inpatients. *Frontiers in Public Health*, 11. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1148277>

Zhao, Y., Ma, Y., Zhao, C., Lu, J., Jiang, H., Cao, Y., & Xu, Y. (2022).). The effect of integrated health care in patients with hypertension and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 603. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07906-4>

Zheng, Y. L. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature reviews endocrinology*, 14(2), 88-98.
doi:<https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.151>

BÖLÜM 5

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ELEŞTİREL DÜŞÜNME*

BÜŞRA KILIÇ¹
NESRİN AKCA²

Giriş

Sağlık çalışanları, doğrudan insan yaşamını etkileyen hayati kararlar almakla sorumludur. Mesleki başarılarının temelinde; bilgi birikimi, etik değerlere bağlılık ve edinilmiş deneyimlerle, zamanında ve etkili kararlar alarak hasta güvenliğini sağlama becerisi yer alır. Sağlık profesyonellerinin karar verme sürecindeki yetkinlikleri ve bu süreci nasıl yönettikleri, yalnızca bireysel mesleki başarıyı değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesinin sürdürülebilir biçimde artırılmasını da doğrudan etkilemektedir. Klinik uygulamalarda karşılaşılan çok boyutlu ve sürekli değişen durumlar, sağlık çalışanlarını çoğu zaman belirsizlikler ve zaman baskısı altında karar almaya zorlamakta; bu kararlar ise yalnızca

* Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında yürüttüğü yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000- 0001-8652-6385

² Prof. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-5546-1443

klirik sonuçları değil, aynı zamanda hasta-sağlık çalışanı arasındaki ilişkiyi ve güveni de şekillendirmektedir (nal, 2020; Akça & Taşçı, 2009).

Klinik sonuçları ve hasta-sağlık çalışanı arasındaki ilişki ve güveni şekillendiren eleştirel düşünme becerisi, sağlık profesyonellerinin karmaşık ve çok boyutlu klinik durumları kapsamlı bir şekilde analiz edebilmesini mümkün kılmaktadır. Eleştirel düşünme; olaylara farklı bakış açılarıyla yaklaşma, olası çözüm alternatiflerini karşılaştırarak en uygun seçeneği belirleme, muhtemel sonuçları öngörme ve tüm süreci tarafsız bir değerlendirmeye yürütürken etik değerleri göz önünde bulundurma gibi yüksek düzey bilişsel süreçleri içeren bir yetkinliktir (Facione, 1996; zdemir, 2021).

Bu beceri, karar verme sürecini yalnızca teknik bilgiye dayalı bir uygulama olmaktan çıkararak, aynı zamanda etik sorumlulukları da içeren btncl bir profesyonel yaklaşım haline getirmektedir. Eleştirel düşünme becerileri gelişmiş sağlık profesyonelleri hem bireysel hasta bakımında hem de toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi süreçlerinde daha etkin, bilinçli ve sorumluluk sahibi roller üstlenmektedir. Eleştirel düşünme, multidisipliner sağlık ekiplerinin karmaşık klinik vakaları çözümleme sürecinde temel belirleyicilerden biri olarak öne çıkmaktadır. Bu beceri, sağlık profesyonellerinin sürekli değişen tıbbi bilgi ve uygulamaları takip edebilmesini, elde ettikleri güncel bilgileri klinik uygulamalara entegre ederek hasta ihtiyaçlarını daha doğru analiz edebilmelerini ve böylece daha güvenli, etkili tedavi yaklaşımları geliştirmelerini sağlamaktadır (Facione & Facione, 2008; Ho et.al., 2023; Kapanadze, 2018; Clarke & Holt, 2001).

Düşünme

Düşünme, insan zihninin doğuştan sahip olduğu doğal ve temel bir yetidir. Bu süreç yaşamın ilk dönemlerinden itibaren başlar

ve zamanla eğitim, deneyim, çevre ve bireysel çabalar yoluyla gelişir. Ancak her birey düşünme becerisini aynı bilinç düzeyinde kullanmaz; bazıları düşünmeyi sıradan ve alışkanlığa dayalı bir etkinlik olarak sürdürebilir. Oysa düşünme, yalnızca kendiliğinden gerçekleşen basit bir zihinsel faaliyet değildir. Zihin, düşünme sürecinde belirli bir mantıksal düzen içinde işlemler gerçekleştirir. Bu işlemler problem çözme, karar verme, eleştirel değerlendirme, akıl yürütme ve yaratıcı düşünme gibi farklı biçimlerde ortaya çıkar. Bu nedenle düşünme, geliştirilebilir ve bilinçli kullanıldığında bireyin anlama, yorumlama ve üretme becerilerini güçlendiren önemli bir zihinsel süreçtir (Güneş, 2012). Düşünme kavramını açıklamak ve anlamak için geçmişten günümüze kadar birçok tanım yapılmıştır.

Düşünme, zihinsel faaliyetler yoluyla bir konuyu çözümleme, yeni fikirler oluşturma ve muhtemel seçenekleri inceleme eylemidir. İnsan; olguları anlamlandırmak, yorumlamak ve geleceğe dönük çıkarımlar yapabilmek için düşünme sürecine başvurur. Bu süreç, bireyin amaçlarını belirlemesinde, planlama yapmasında ve bu amaçlara ulaşmaya yönelik stratejiler tasarlamasında temel bir işleve sahiptir. Bununla birlikte, düşünmenin niteliği ve işleyiş mekanizmasına ilişkin felsefi ve psikolojik disiplinlerde uzlaşma sağlanmış evrensel bir tanım bulunmamaktadır (Serawitu, 2019).

Düşünme; hatırlama, zihinsel süreçleri harekete geçirme, akıl yürütme, problem çözme ve eleştirel bakış açısı geliştirme gibi etkin bilişsel faaliyetlerin tümünü kapsayan bir süreçtir. Çağdaş dünyanın dayattığı gereklilikler, bireylerin bu temel düşünme yetkinliklerini edinmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, geleneksel eğitim anlayışındaki gibi bilginin salt aktarımı yerine, bireyin düşünme süreçlerini içselleştirmesi ve bu becerilerini sistematik olarak geliştirmesi giderek daha kritik bir önem kazanmaktadır (Kapanadze, 2018).

Eleştirel Düşünme

Eleştirel düşünme kavramında yer alan “eleştirel” ifadesi, temelde bir değerlendirme sürecine işaret etmektedir. Günlük kullanımda “eleştirel” sözcüğü zaman zaman olumsuz bir anlam taşıyabilmekte ve sürekli kusur arayan bir tutumu çağırıştırabilmektedir. Ancak eleştirel düşünme bağlamında değerlendirme, yalnızca olumsuz yönleri ortaya koymak değil; olumlu ve olumsuz özellikleri birlikte ele alan yapıcı bir sorgulama sürecidir. Bu açıdan eleştirel düşünme, bireyin yalnızca ulaştığı sonucu değil, bu sonuca ulaşırken izlediği düşünme sürecini de değerlendirmesini gerektirir. Başka bir ifadeyle eleştirel düşünen birey, verdiği kararın ne ölçüde yerinde olduğunu ya da bir problemi ne kadar etkili çözdüğünü sorgularken, aynı zamanda bu kararın arkasındaki akıl yürütme biçimini, dikkate alınan kanıtları ve değerlendirme sürecinde etkili olan faktörleri de gözden geçirir. Dolayısıyla eleştirel düşünme hem düşünmenin sonucunu hem de bu sonuca götüren zihinsel süreci bilinçli biçimde incelemeyi içeren kapsamlı bir beceri olarak değerlendirilebilir (Halpern, 2013).

Eleştirel düşünmenin felsefi temelleri, Antik Yunan’da Sokrates’in diyalektik sorgulamaya dayalı yaklaşımına uzanmaktadır. Sokrates, bilgiyi olduğu gibi kabul etmek yerine, bilginin kaynağını, gerekçelerini ve tutarlılığını sürekli sorgulayarak yerleşik kabullerin çoğunun varsayımsal nitelikte olduğunu göstermiştir. Bu sorgulayıcı düşünce geleneği tarihsel süreçte farklı düşünürler tarafından geliştirilmiş; Orta Çağ’da Thomas Aquinas akıl ve inancı sistematik analiz yoluyla ilişkilendirirken, Francis Bacon deney ve gözleme dayalı bilgi anlayışıyla otorite merkezli düşünceyi eleştirmiştir. Aydınlanma döneminde ise Immanuel Kant, aklın özerkliğini ve bireyin eleştirel öz değerlendirme yetisini ön plana çıkararak bu geleneğe yeni bir boyut kazandırmıştır. Böylece Sokrates ile başlayan ve her dönemde yeni bir boyut kazanan bu entelektüel miras, mantıksal tutarlılık, kanıta dayalı değerlendirme

ve önyargılardan arınmış sorgulama ilkeleri doğrultusunda gelişerek günümüz eleştirel düşünme kavramının temelini oluşturmuştur (Scanlan, 2006).

Eleştirel düşünme, etimolojik açıdan Yunanca kökenli iki temel sözcüğe dayanmaktadır: "kriticos" (ayırt edici yargıda bulunma) ve "kriterion" (ölçüt ya da standart). Bu etimolojik birliktelik, eleştirel düşünmenin özünde belirli standartlar çerçevesinde ayırt edici yargılar geliştirme amacı taşıyan bir süreç olduğuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle eleştirel düşünme, dikkatli analiz ve nesnel değerlendirme temelinde yapılandırılan; değerlerin, doğruların ve yanlışların belirlenmesinde sağlam dayanaklara oturan bir yargılama sürecini ifade eder. Webster'in tanımı da bu çerçeveyi tamamlayıcı niteliktedir. Buna göre eleştirel düşünme; bir şeyin gerçek değerini, niteliğini ya da kıymetini belirleme çabası olarak tanımlanmaktadır. Tüm bu açıklamalar ışığında eleştirel düşünmeyi; açık ölçütlere dayalı, tutarlı ve sağlam gerekçelerle desteklenen yargılar üretmeyi hedefleyen bir düşünme süreci biçiminde ifade etmek mümkündür (Paul et.al., 1997).

Eleştirel düşünme; bir durumu değerlendirmek, bir sorunu çözmek ya da bir olguyu geliştirmek amacıyla farklı bakış açılarını araştıran ve bu süreçte bilgilerin doğruluğunu, geçerliliğini ve kanıtlanabilirliğini esas alan, sistematik ve sorgulayıcı bir düşünme biçimidir. Bu yönüyle, eleştirel düşünme eleştirmekten ziyade var olanı geliştirmeye odaklanan, dikkatli ve analitik bir zihinsel süreçtir (Naktiyok & Çiçek, 2014).

Eleştirel düşünme, akıl yürütme süreçlerini belirli entelektüel disiplin ve standartlara tabi tutan, bilinçli ve sistematik bir düşünme sürecidir. Bu süreç, kişisel önyargılardan ve duygusal etkilerden mümkün olduğunca arınarak, somut gerçekler ve olgular üzerinden objektif bir analiz gerçekleştirmeyi hedefler. Dolayısıyla eleştirel düşünme, yalnızca mevcut bilgiyi edilgen bir şekilde kabul etmek

yerine, onu aktif olarak sorgulayan, titiz bir değerlendirme ve yargılama eylemidir (Serawitu, 2019).

Eleştirel düşünmenin bilişsel boyutu, köklü bir kuramsal geçmişe sahip olup akıl yürütme ve mantıksal düşünme gibi entelektüel beceriler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu boyut, bireyin bir problemi doğru biçimde kavraması ve söz konusu probleme yönelik tutarlı ve gerekçelendirilebilir çözümler üretebilme kapasitesini merkeze almaktadır (Sosu, 2013).

Eleştirel düşünme, temelde bir dizi öğrenilebilir ve pratikle geliştirilebilir beceriden oluşan bir zihinsel disiplindir. Tıpkı spor yapmak veya araç kullanmak gibi, sistematik uygulama ve beceri gerektiren bir yetenektir. Eğitim araştırmaları da bu yetkinliğin, doğru yöntem ve teşvikle geliştirilebileceğini ortaya koymaktadır. Eleştirel düşünmenin aktif biçimde kullanımı, bireylerin yalnızca dış dünyayı değil, kendi düşünce süreçlerini ve davranış kalıplarını da analiz etmelerini, böylece daha tutarlı bir zihinsel faaliyete ulaşmalarını sağlar. Bu yaklaşım, teşvik edildiği ortamlarda, tartışmaların ve problemlerin daha organize ve analitik bir şekilde ele alınmasına olanak tanır (Ricci, 2014).

Eleştirel düşünme, yapılandırmacı eğitim anlayışı ve çağdaş öğrenme kuramlarının temel dayanak noktalarından biri olarak kabul edilen; bilgiye ulaşma, işleme ve üretme süreçlerinde bireyin karşılaştığı sorunları tanımlayıp çözümleyebilmesini sağlayan, bilişsel ve duyuşsal boyutları birlikte barındıran kritik bir yetkinliktir. Bu yetkinlik, bilginin geçerlilik ve güvenilirlik açısından sorgulanmasıyla başlayan, mantıksal çıkarımlarla beslenen ve akıl yürütme temelinde ilerleyen sistematik bir düşünme süreci olarak temellenen bu süreç, sorular yoluyla sorgulama, bileşenleri analiz ederek bütünü anlamlandırma, karşılaştırma ve yorumlama gibi zihinsel işlemlerle olguları çok yönlü biçimde değerlendirme olanağı sağlar (Cosgrove, 2013).

Eleştirel düşünme, doğuştan gelen değişmez bir özellik olmaktan ziyade, öğrenme ve pratik yoluyla geliştirilebilen dinamik bir zihinsel süreç olarak tanımlanabilir. Bu süreç, kişinin bilgiyi anlamlandırma biçimini yeniden dönüştürerek analitik sorgulama ve öz-değerlendirmeye dayalı bir düşünme becerisi kazandırmayı mümkün kılar. Bilginin pasif olarak benimsenmesinin ötesine geçerek, varsayımların incelenmesi, çeşitli bakış açılarının tartılması ve potansiyel sonuçların öngörülmesi gibi üst düzey entelektüel yetkinlikleri içerir. Ayrıca, bilişsel önyargılar, toplumsal baskılar ve bilgi boşlukları gibi engellerin tanınması ve üstesinden gelinmesi, karar alma ve sorun çözme mekanizmalarının etkinliğini ve güvenilirliğini artırır. Nihayetinde, eleştirel düşünme salt akademik veya profesyonel bir araç değil; bireyin gündelik yaşamında net iletişim kurabilmesinin, bilgiyi eleyebilmesinin ve sorumlu eylemlerde bulunabilmesinin temelini oluşturarak, bireylerin entelektüel gelişimini destekleyen bilgi çağına uygun bir düşünme disiplini sunar (Özdemir & Zafer, 2025).

Eleştirel düşünme, güvenilir bilgiye ulaşmayı sağlayan problem çözme becerilerinin bütününe kapsayan; bireyin yaşamına ilişkin tercihlerini, eylemlerini ve davranışlarını bilinçli temellere dayandırarak, varsayımlarının ve olası sonuçların farkında olan daha tutarlı, mantıklı ve bilinçli kararlar almasına olanak tanıyan temel bir entelektüel yetkinliktir (Schafersman, 1991).

Bilgi çağında yaşayan bireylerin, kendilerini ilgilendiren gelişmelere duyarsız kalmamaları ve toplumsal süreçlere etkin biçimde katılabilmeleri için edinmeleri gereken en temel becerilerden biri eleştirel düşünme yetisidir (Tümekaya & Aybek, 2008).

Bilimsel, teknolojik ve toplumsal dönüşümlerin hız kazandığı günümüzde, bireylerin bu değişimlere uyum sağlayabilmesi için eğitim; eleştirel düşünme, yaratıcı problem çözme ve çok yönlü bakış açısı geliştirme becerilerini kazandırarak,

onları sorumluluk sahibi ve kültürel çeşitliliğe duyarlı bireyler olarak yetiştirmede temel bir rol üstlenmektedir (Aybek, 2018).

Aldığımız kararlar, yaşam kalitemiz üzerinde doğrudan belirleyici bir etkiye sahiptir. Hedeflerimize ulaşmak ve zorlukların üstesinden gelmek için bilinçli ve sağduyulu seçimler yapmamız gerekir. Bu noktada eleştirel düşünme, bizlere yaratıcı ve yenilikçi çözüm yolları geliştirme imkânı sunar. Aktif bir zihinsel süreç olarak değerlendirilebilecek bu beceri; mantıklı akıl yürütme, sağlıklı karar alma ve açık fikirli yaklaşım gibi temel yetkinlikleri destekler. Eleştirel düşünme süreci, problemi doğru şekilde tanımlayarak, güvenilir bilgiler ışığında çok yönlü değerlendirme yapmayı ve alternatif çözümler arasında en uygun olanı belirlemeyi mümkün kılar. Çünkü her problemin tek bir cevabı yoktur; önemli olan, farklı olasılıkları akılcı biçimde analiz ederek en doğru karara ulaşabilmektir (Makhzoum & Jabbour, 2020).

Günümüzün karmaşık sorunlarını anlamlandırabilmek, yalnızca bilgiye sahip olmakla değil, bu bilgiyi etkili biçimde değerlendirebilme yetisiyle mümkündür. Bu bağlamda, eleştirel düşünme, hızla artan bilgi karşısında seçici olmayı ve öğrenmeyi sağlayan temel bir entelektüel beceri olarak öne çıkmaktadır. Eleştirel düşünmenin değerlendirmeye dayalı yapısı, yalnızca olumsuz yargılama anlamı taşımamakta; aksine düşünce ve kararların güçlü ve zayıf yönlerinin yapıcı biçimde analiz edilmesini içermektedir. Bu süreçte birey, yalnızca ulaşılan sonuçları değil, bu sonuçlara götüren akıl yürütme ve karar verme süreçlerini de sorgulamaktadır. Böylece eleştirel düşünme, daha bilinçli, tutarlı ve gerekçelendirilmiş kararlar alınmasını sağlayarak, bilgi çağında etkili problem çözme ve karar verme için vazgeçilmez bir araç haline gelerek, bireyleri ve toplumu geleceğe hazırlayan bir entelektüel disiplin olarak karşımıza çıkar (Halpern, 2013).

Eleştirel düşünme becerisinin yaratıcılıkla bütünleşmesi, birçok uzmana göre önümüzdeki yüzyılda bireysel başarıyı

belirleyici unsurlarından biri haline gelebilecek en önemli özellik olarak değerlendirilmektedir (Gibson, 1995). Eleştirel düşünmenin bireysel ve profesyonel yaşamdaki merkezi önemine karşın, literatürde tanımı ve geliştirilme yolları konusunda ortak bir uzlaşıya varılamamış bir alan olarak öne çıkmaktadır. Söz konusu kavramsal ve yöntemsel belirsizlik, eğitim ortamlarında eleştirel düşünmeyi geliştirmeyi hedefleyen uygulamalı modellerin gerekliliğini açık biçimde ortaya koymaktadır (Kaya, 2010).

Böylece, eleştirel düşünme, tarihsel köklerinden günümüzün dijital zorluklarına kadar uzanan bir yolculukta, bireylerin ve toplumların entelektüel gelişimini şekillendiren temel bir disiplin olarak kalıcı bir önem taşımaktadır. Eleştirel düşünme kavramına ilişkin literatürde çeşitli tanımlar bulunmakla birlikte, kavramın çok boyutlu yapısı ve kapsamının genişliği nedeniyle kavrama ilişkin ortak ve kesin bir tanım geliştirilememiştir.

Eleştirel Düşünme Süreci ve Etkileyen Faktörler

Eleştirel düşünme; bilgiyi sorgulama ve değerlendirmeye dayalı çok boyutlu bir süreç olarak ele alınmalıdır. Cottrell'in yaklaşımında eleştirel düşünme süreci üç temel aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada mevcut bilgiler kapsamlı biçimde analiz edilir. İkinci aşamada farklı perspektifler ve alternatif açıklamalar dikkate alınarak yeni bir anlayış geliştirilir. Üçüncü aşamada ise bu anlayış temelinde ikna edici, mantıklı ve yapılandırılmış argümanlar üretilir. Bu süreç, bireylerin yalnızca kendi görüşlerini değil, başkalarının görüşlerini de derinlemesine inceleyebilmelerine olanak tanımaktadır (Cottrell, 2005).

Reichenbach ise, eleştirel düşünme sürecini yönlendiren altı temel adım tanımlamaktadır. İlk adım olan bilgi aşamasında, ele alınan konunun ne olduğu belirlenir. Kavrama aşamasında, görsel, işitsel veya okuma yoluyla materyal anlaşılmasına çalışılır. Uygulama aşamasında, anlaşılan şeyin pratiğe dökülmesi

için bir görev yerine getirilir. Analiz aşamasında; anlaşılan içerik, sırasını, ilişkilerini ve diğer fikirlerle bağlantısını açıklığa kavuşturmak üzere parçalarına ayrılır. Sentez aşamasında, farklı parçalar bir araya getirilerek özgün ve yeni bir bütün oluşturulur. Son adım olan değerlendirme aşamasında ise; anlaşılan, analiz edilen ve sentezlenen bilgiler ışığında "inanıp inanmamaya ve belirli bir eylemi yapıp yapmamaya karar verilir" (Akt. Ricci, 2014).

Eleştirel düşünmeyi kalıtımsal ve çevresel faktörler etkilemektedir. Bu faktörler; bireyin okuma alışkanlığı edinmesi, sorgulayıcı ve araştırmacı bir yaklaşım benimsemesi, kendi düşünce süreçlerine eleştirel bir gözle bakabilmesi ve bu yönde içsel bir eleştirel ruha sahip olmasıyla yakından ilişkilidir. Bunun yanı sıra, dikkatini yoğunlaştırabilme, sağlıklı bir şüphecilik, zekâ ve duygusal faktörler de süreci etkiler. Karakter özellikleri açısından bakıldığında ise meraklılık, azim, dürüstlük, açık görüşlülük, risk alabilme cesareti, bağımsız düşünebilme ve sağduyulu olma gibi özellikler öne çıkmaktadır. Son olarak, bilgi edinme ve araştırma isteği, ölçüt belirlemede mantıklı olma, hedefe ulaşmada kararlılık gösterme, konuya ilgi duyma ve kendine güvenme gibi unsurlar da eleştirel düşünme sürecini güçlendiren unsurlar arasında sıralanmaktadır (Ay & Akgöl, 2008).

Eleştirel Düşünme Eğilimi

Bir bireyin iyi bir düşünür olarak nitelendirilmesi yalnızca sahip olduğu bilişsel kapasite ile açıklanamaz. Etkili düşünme, zihinsel yeteneklerin yanında çeşitli düşünme stratejileri ve becerilerin kullanılmasını da gerektirmektedir. Bununla birlikte, bireyleri güçlü bir düşünür haline getiren unsur yalnızca bu bilişsel becerilerin varlığı değildir. Asıl belirleyici olan, bireyin düşünme sürecine yönelik tutum ve yönelimleridir. Araştırmaya açık olma, sorgulayıcı bir yaklaşım benimseme, konuların ardındaki anlamı ve açıklığı arama, entelektüel risk almaktan kaçınmama ve olayları hem

eleştirel hem de yaratıcı bir bakış açısıyla değerlendirme isteği bu yönelimler arasında yer almaktadır. Literatürde bu tür zihinsel yönelimler “düşünme eğilimleri” olarak adlandırılmaktadır. Düşünme eğilimleri, bireyin entelektüel davranışlarını yönlendiren ve süreklilik gösteren eğilimler olarak değerlendirilmektedir. Bu eğilimler yapıları gereği olumlu ya da olumsuz nitelikte olabilmekte; bazı durumlarda düşünme sürecini destekleyerek verimli sonuçların ortaya çıkmasına katkı sağlarken, bazı durumlarda ise düşünme sürecini sınırlandırıcı bir etki yaratabilmektedir (Tishman & Jay,1993).

Düşünme eğilimleri, bireylerin belirli bağlam ve durumlarda belirli düşünme biçimlerine yönelme konusunda sahip oldukları içsel yatkınlıklar olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bu yönüyle düşünme eğilimleri, ne iyi düşünmenin biçimsel kurallarıyla özdeşleştirilebilir ne de gözlemlenebilir davranış örüntülerine indirgenebilir; aksine, bu unsurlardan ayrı bir ontolojik statüye sahiptir. Söz konusu eğilimler hem tekil düşünme süreçlerinin hem de zaman içinde oluşan uzun vadeli düşünme alışkanlıklarının anlaşılmasına katkı sağlayan önemli açıklayıcı unsurlar arasında yer alır. Düşünme eğilimlerinin değeri, bireyleri daha nitelikli ve etkili düşünmeye sevk etme kapasiteleriyle ölçülür. Başka bir deyişle; bu eğilimler, düşünen bireylerin zihinsel süreçlerini harekete geçiren bir "itici güç" olarak işlev gördükleri anda asıl amaçlarına ulaşmış olurlar (Siegel,1999).

Eleştirel Düşünen Bireyin Özellikleri

Eleştirel düşünme, bireyin bağımsız düşünebilme gücünü kullanarak yaşamını şekillendiren kararları bilinçli, sorumluluk sahibi ve gerekçelere dayalı biçimde alabilme yetkinliğini ifade etmektedir. Bu yetkinliğin odağında yer alan eleştirel sorgulama, bireyin karşılaştığı sorunları yüzeysel değerlendirmelerle sınırlı tutmamasına; aksine, derinlemesine analiz etmesine ve mevcut

durumu sorgulayan sorular aracılığıyla yeni bilgi alanlarının kapısını aralamaya olanak tanır. Eleştirel düşünen bireyler; yerleşik otoriteleri, geleneksel kabulleri ve dogmatik yapıları sorgulamaktan kaçınmaz; gerektiğinde bu yapılara meydan okumaktan geri durmazlar. Her ne kadar bu tutum, onları çoğu zaman çoğunluğun dışında konumlandırırsa da söz konusu bireylerin, hem kendi yaşamı üzerinde söz sahibi olmasına hem de içinde bulunduğu toplumsal yapıya katkı sunmasına imkân vermektedir (Schafersman,1991).

Eleştirel düşünme literatüründe; ideal eleştirel düşünen bireyler, sahip oldukları entelektüel tutum ve değerler bakımından belirli niteliklerle tanımlanmaktadır. Bu nitelikler; bireyin yalnızca bilişsel becerilerini değil, aynı zamanda düşünme sürecine yön veren etik ve epistemolojik duruşunu da kapsamaktadır. Aşağıda, iki farklı araştırmacı tarafından eleştirel düşünen bireyin özellikleri ele alınmaktadır. İlk olarak, Ennis (2011) tarafından vurgulanan nitelikler, bireyin doğruyu bulma çabası ve iletişimdeki dürüstlüğü öne çıkarırken; ikinci olarak, Nickerson (1987) tarafından betimlenen özellikler; eleştirel düşününün kanıt kullanımı, öz-farkındalık ve yanılabilirlik bilinci gibi yönlerini detaylandırır. Bu yaklaşımlar, eleştirel düşünmeyi salt bir beceri olmaktan çıkarıp, bireyin karakterine işlemiş bir yaşam biçimi haline getiren unsurları ortaya koymaktadır (Akt. Schafersman,1991).

Ennis ve Nickerson'ın yaklaşımları, eleştirel düşünen bireyin özelliklerini tamamlayıcı bir şekilde ele alır. Farklı kavramsal çerçeveler kullanmış olmalarına rağmen; betimlemeleri önemli ortak noktaları paylaşmaktadır. Her iki yaklaşım da eleştirel düşünmeyi salt bir beceri seti olarak değil, bireyin karakterine işlemiş bir entelektüel duruş olarak ele almaktadır. Bu iki kapsamlı betimleme, eleştirel düşünen bireyin yalnızca belirli bilişsel becerilere sahip olmadığını, aynı zamanda bu becerileri tutarlı biçimde hayata geçiren, doğruyu bulmaya adanmış, alternatiflere açık, farklı perspektiflere duyarlı, iletişimde net ve tutarlı, kendi sınırlılıklarının

ve yanılabilirliğinin farkında olan bir entelektüel karaktere sahip olduğunu göstermektedir. Üzerlerinde durdukları en kritik nokta ise; eleştirel düşünen bireyin öz-farkındalık ve öz-eleştiri kapasitesidir. Bu özellikler bütünü, eleştirel düşünmeyi bireyin yaşam biçimi haline getiren temel unsurlar olarak değerlendirilebilir (Ennis, 2011; Schafersman,1991).

Eleştirel Düşünme Modelleri

Farklı bakış açıları sunan eleştirel düşünme modelleri bulunmaktadır. Paul'ün eleştirel düşünme modeli; temel beceri yaklaşımını aşarak eleştirel düşünmeyi disiplinler arası uygulanabilir normatif ilkeler çerçevesinde ele alırken, alanlara özgü nitelikli düşünmenin gerekliliğini de kabul etmektedir. Bu yaklaşıma göre bilgi; doğrudan aktarılan bir içerik değil, bireyin öğrenme sürecine aktif katılımı ve problem çözme yoluyla yapılandığı bir kazanımdır; farklı bakış açılarını dikkate alma, düşünmeyi ölçütler doğrultusunda değerlendirme ile öz farkındalık ve öz eleştiri ise eleştirel düşünmenin temel bileşenlerini oluşturmaktadır (Gibson, 1995). Diğer eleştirel düşünme modelleri; düşünme boyutları temel alınan model, eleştirel düşünmeyi öğretme modeli, Deyfus ve Deyfus'un beceri kazanma modeli, uygulama odaklı eğitimde eleştirel düşünme modeli ve Kataoka-Yahiro ve Saylor'un eleştirel düşünme modeli vb. olarak sıralanabilir (Dirimeşe, 2006; Hannel & Lee, 1998; Dreyfus & Dreyfus, 1980; Scheffer & Rubenfeld, 2000; Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994).

Sağlık Çalışanlarında Eleştirel Düşünme

Günümüzde bilgi, bilim ve teknoloji alanlarında yaşanan hızlı gelişmeler, bireylerin ve meslek profesyonellerinin daha karmaşık, çok boyutlu ve değişken sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Bu durum, yaşamın birçok alanında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de eleştirel düşünme becerisini temel bir gereklilik hâline getirmiştir. Özellikle sağlık çalışanları; hasta güvenliği, bakım

kalitesi, etik karar verme, klinik önceliklendirme ve etkili iletişim gibi birçok alanda hızlı, doğru ve kanıta dayalı kararlar almak durumundadır. Bu nedenle eleştirel düşünme, sağlık profesyonellerinin mesleki uygulamalarında sahip olmaları gereken temel yeterliliklerden biri olarak değerlendirilmektedir (Önal, 2020; Akça & Taşçı, 2009).

Eleştirel düşünme; bireyin karşılaştığı bir durum ya da problem karşısında bilgiyi sorgulaması, kanıtları değerlendirmesi, alternatifleri analiz etmesi ve en uygun karara ulaşması süreci olarak tanımlanabilir. Bu süreç; analiz etme, yorumlama, çıkarımda bulunma, açıklama, değerlendirme ve öz düzenleme gibi bilişsel becerileri içermektedir. Eleştirel düşünmenin doğrusal olmayan, tekrarlayıcı ve dinamik bir yapıya sahip olması, bireyin bir düşünme becerisinin sonuçlarını diğer bilişsel süreçlere aktararak problemi daha kapsamlı biçimde ele almasına olanak sağlamaktadır. Bu yönüyle eleştirel düşünme, yalnızca akademik ya da kuramsal bir beceri değil; aynı zamanda mesleki uygulamalarda, problem çözmede, karar vermede ve günlük yaşamda kullanılan bilinçli bir düşünme sürecidir (Facione, 1996).

Sağlık hizmetleri doğası gereği; belirsizlik, zaman baskısı, etik ikilemler, yoğun iş yükü ve hızlı değişen hasta gereksinimleriyle karakterizedir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının yalnızca mevcut bilgileri kullanmaları yeterli olmamakta; aynı zamanda yeni bilgileri değerlendirmeleri, klinik duruma uyarlamaları ve uygulamaya aktarabilmeleri gerekmektedir. Bilimsel, teknolojik, sosyal, çevresel ve ekonomik değişimler, sağlık çalışanlarının yaşam boyu öğrenme anlayışını benimsemelerini ve mesleki bilgi ve becerilerini sürekli güncellemelerini zorunlu kılmaktadır. Bu durum, eleştirel düşünmenin sağlık profesyonelleri için yalnızca bireysel bir beceri değil, aynı zamanda kaliteli ve güvenli sağlık hizmetinin sürdürülebilmesi açısından kurumsal bir gereklilik olduğunu

göstermektedir (Önal, 2020; Erkuş & Bahçecik, 2015; Banning, 2008).

Hemşirelik başta olmak üzere sağlık mesleklerinde eleştirel düşünme; sorun çözme, karar verme, hasta bakımını planlama, etik sorunları değerlendirme ve değişen sağlık gereksinimlerine uygun çözümler geliştirme açısından büyük önem taşımaktadır. Güçlü bir bilgi temeline dayalı olarak etkili karar verebilmek, profesyonel sağlık çalışanından beklenen temel yeterlilikler arasında yer almaktadır. Eleştirel düşünme becerisinin yetersiz olması ise bakımın niteliğini, sağlık hizmetinin etkinliğini, mesleki profesyonelliği, otonomi ve hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle eleştirel düşünme, sağlık çalışanlarının mesleki kimliklerinin ve profesyonel yeterliliklerinin gelişiminde merkezi bir yere sahiptir (Akça & Taşçı, 2009).

Klinik ortamlarda eleştirel düşünme; hastanın mevcut durumunu bütüncül biçimde değerlendirmeyi, semptomların özelliklerini analiz etmeyi, olası tanı ve bakım seçeneklerini karşılaştırmayı ve uygulanan girişimlerin sonuçlarını düzenli olarak değerlendirmeyi gerektirir. Sağlık çalışanları, hastanın semptomlarını yalnızca biyolojik veriler üzerinden değil; bireyin yaşam koşulları, psikososyal durumu, aile yapısı ve çevresel faktörleriyle birlikte ele almalıdır. Bu nedenle klinik karar verme süreci, sağlık bilimleri eğitiminde edinilen bilgi ve becerilerin hasta merkezli bir yaklaşımla kullanılmasını gerektiren karmaşık bir süreçtir (Taşçı & Özer, 2023; Genç Şendur & Akman Yılmaz, 2023). Facione ve Facione'ye (2008) göre eleştirel düşünme, mevcut kanıtlar, uygun yöntemler ve değerlendirme ölçütleri doğrultusunda neye inanılacağına ve ne yapılacağına karar vermeyi içeren bir yargı sürecidir.

Klinik akıl yürütme, eleştirel düşünmenin sağlık uygulamalarındaki önemli yansımalarından biridir. Banning'e (2008) göre klinik akıl yürütme, uzmanlık bilgisinin klinik

durumlara uygulanarak uygun çözümler geliştirilmesi sürecidir. Bu süreç yalnızca bilgiyi analiz etmeyi ve değerlendirmeyi değil, aynı zamanda hasta bakımıyla ilgili bilinçli kararlar alabilmek için farklı kaynaklardan gelen bilgileri sentezlemeyi de kapsamaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının klinik akıl yürütme becerileri, eleştirel düşünme kapasitesiyle yakından ilişkilidir. Ancak klinik ortamlarda zaman baskısı, yoğun iş yükü, ekip içi iletişim sorunları ve katı hiyerarşik yapılar, eleştirel düşünmenin etkili biçimde kullanılmasını sınırlandırabilmektedir. Bu engellerin azaltılabilmesi için sağlık kuruluşlarında yansıtıcı uygulamaları, ekip içi öğrenmeyi ve sürekli mesleki gelişimi destekleyen çalışma ortamlarının oluşturulması önem taşımaktadır (Banning, 2008).

Eleştirel düşünmenin sağlık alanındaki tarihsel temelleri incelendiğinde, Hipokrat ve Galen'in önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Bu düşünürlerin tıp alanında metafizik ve dinî açıklamaları sorgulamaları, insan aklının sorunları çözme potansiyeline duydukları güven ve tıp bilimine sistematik bir yaklaşım kazandırmaları, eleştirel düşünme geleneğinin gelişimine katkı sağlamıştır. Bu bağlamda eleştirel düşünme, sağlık alanında yalnızca modern döneme özgü bir kavram değil; akıl yürütme, gözlem, kanıt ve sistematik değerlendirme ilkeleriyle tarihsel olarak ilişkili bir düşünme biçimidir (Cosgrove, 2013).

Sağlık çalışanlarında eleştirel düşünme becerisinin geliştirilmesi, yalnızca hizmet içi deneyimle değil, eğitim sürecinde bu becerinin bilinçli biçimde desteklenmesiyle mümkündür. Hemşirelik ve diğer sağlık bilimleri eğitim programlarında eleştirel düşünme becerilerinin müfredata sistematik olarak entegre edilmesi, öğrencilerin klinik uygulamalarda daha bilinçli, sorgulayıcı ve kanıta dayalı kararlar almasına katkı sağlamaktadır (Clarke & Holt, 2001). Clarke ve Holt'a (2001) göre felsefi düşünme ve yöntemlerle tanışan hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünmeye yönelik olumlu tutum geliştirdiği ve bu becerileri klinik uygulamalara

yansıttığı görülmektedir. Bu durum, eleştirel düşünmenin yalnızca teorik ders içerikleriyle değil; tartışma, vaka analizi, problem temelli öğrenme, simülasyon, yansıtıcı yazma ve klinik rehberlik gibi aktif öğretim yöntemleriyle geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Eleştirel düşünme becerisi gelişmiş sağlık çalışanları; karmaşık hasta bakım gereksinimlerini daha doğru analiz edebilmekte, etkili ve yaratıcı bakım yaklaşımları geliştirebilmekte ve hasta güvenliği ile bakım kalitesine daha nitelikli katkı sunabilmektedir. Ayrıca bu beceri, sağlık çalışanlarının etik sorunları daha kapsamlı değerlendirmelerine, mesleki otonomilerini güçlendirmelerine ve birey, aile ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik bütüncül bakım sunmalarına olanak sağlamaktadır. Bu nedenle eleştirel düşünme, sağlık çalışanlarının yalnızca bireysel mesleki gelişimleri açısından değil, aynı zamanda sağlık sisteminin niteliği ve toplum sağlığının korunması açısından da kritik öneme sahiptir (Gençer Şendur & Akman Yılmaz, 2023; Senita, 2008).

Sonuç

Sonuç olarak sağlık çalışanlarında eleştirel düşünme; bilgiye ulaşma, bilgiyi değerlendirme, klinik karar verme, etik sorumlulukları yerine getirme ve hasta bakımını etkili biçimde planlama süreçlerinin temel bileşenlerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşıklaşan yapısı, profesyonellerin yalnızca bilgi sahibi olmalarını değil, bu bilgiyi eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirebilmelerini ve değişen koşullara uygun şekilde kullanabilmelerini gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının eğitiminde ve mesleki gelişim süreçlerinde eleştirel düşünmeyi destekleyen yaklaşımlara yer verilmesi, kaliteli, güvenli ve hasta merkezli sağlık hizmetlerinin sunulması açısından büyük önem taşımaktadır (Taşçı & Özer, 2023; Önal, 2020; Akça & Taşçı, 2009; Facione & Facione, 2008).

Kaynakça

Akça, N. K., & Taşçı, S. (2009). Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 5(2), 187-196.

Ay, Ş., & Akgöl, H. (2008). Eleştirel Düşünme Gücü ile Cinsiyet, Yaş ve Sınıf Düzeyi. Journal of Theoretical Educational Sciences, 1(2), 65-75.

Aybek, B. (2018). An Examination Of The Relationship Between The Critical Thinking Dispositions Of Prospective Teachers And Their Attitudes Toward Multicultural Education. Yükseköğretim Dergisi, 8(3), 282-292.

Banning, M. (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies. Nurse education in practice, 8(3), 177-183.

Clarke, D. J., & Holt, J. (2001). Philosophy: a key to open the door to critical thinking. Nurse education today, 21(1), 71-78.

Cosgrove, D. R. (2013). Improving Teaching And Learning Of Critical Thinking Across The Curriculum At A Large Research University: An Empirical Study Using Qualitative Methods (Doctoral Dissertation, University Of Cambridge).

Cottrell, S. (2005). Critical thinking skills: Developing effective analysis and argument.

Dirimeşe, E. (2006). Hemşirelerin ve öğrenci hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi (Master's thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).

Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition (No. ORC802).

Ennis, R. H. (2011). The nature of critical thinking: An outline of critical thinking dispositions and abilities. University of Illinois, 2(4), 1-8.

Erkuş, B., & Bahçecik, N. (2015). Özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerileri. Clinical and Experimental Health Sciences, 5(1), 1-9.

Facione, N. C., & Facione, P. A. (2008). Critical thinking and clinical judgment. Critical thinking and clinical reasoning in the health sciences: A teaching anthology, 2008, 1-3.

Facione, P. A. (1996). Externalizing The Critical Thinking İn Knowledge Development And Clinical Judgment.

Gençer Şendur, E., Akman Yılmaz, A. G. (2023). Hemşirelik Sürecinde Anahtar Öge: Eleştirel Düşünme. YBH Dergisi. 3(1): 118-135.

Gibson, C. (1995). Critical Thinking: Implications For Instruction.

Güneş, F. (2012). Öğrencilerin düşünme becerilerini geliştirme. Türklük Bilimi Araştırmaları, (32), 127-146.

Halpern, D. F. (2013). Thought And Knowledge: An Introduction To Critical Thinking. Psychology Press.

Hannel, G. I., & Lee, H. (1998). 7 steps to teach critical thinking. The education digest, 64(1), 47.

Ho, Y. R., Chen, B. Y., & Li, C. M. (2023). Thinking More Wisely: Using The Socratic Method To Develop Critical Thinking Skills Amongst Healthcare Students. BMC Medical Education, 23(1), 173.

Kapanadze, D. Ü. (2018). 2018 Türkçe Öğretim Programındaki Kazanımların Üst Düzey Düşünme Becerileri Bağlamında İncelenmesi. Milli Eğitim Dergisi, 48(223), 83-112.

Kataoka-Yahiro, M., & Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. Journal of nursing Education, 33(8), 351-356.

Kaya, H. (2010). Eleştirel Düşünmeye Eleştirel Bir Bakış. Florence Nightingale Journal Of Nursing, 18(1), 47-51.

Makhzoum, V., & Jabbour, M. (2020). Critical Thinking And It Is Role In Facing Coronavirus. International Journal Of Educational Research Review, 5(4), 389-406.

Naktiyok, A., & Çiçek, M. (2014). Stratejik Düşünmenin Bir Öncülü Olarak Eleştirel Düşünme: Yöneticiler Üzerinde Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 28(2), 157-178.

Önal, İ. (2020). Eleştirel düşünme becerilerine yönelik bir program geliştirme çalışması. Unpublished doctoral thesis). Yıldız Teknik Üniversitesi.

Özdemir, B. (2021). Investigation of the objectives in the Turkish course curriculum in terms of including critical thinking skills. Journal of Language and Linguistic Studies, 17(S2), 735-751.

Özdemir, L., & Zafer, S. H. (2025). Eleştirel Düşünme. Uluslararası Akademik Birikim Dergisi, 8(5).

Paul, R. W., Elder, L., & Bartell, T. (1997). California Teacher Preparation For Instruction In Critical Thinking: Research Findings And Policy Recommendations.

Ricci, F. A. (2014). Cultivating Critical Thinking Within Organizations.

Scanlan, J. S. (2006). The Effect Of Richard Paul's Universal Elements And Standards Of Reasoning On Twelfth Grade Composition (Doctoral Dissertation). San Diego State University

Schafersman, S. D. (1991). An Introduction To Critical Thinking.

Scheffer, B. K., & Rubenfeld, M. G. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. Journal of Nursing Education, 39(8), 352.

Senita, J. (2008). The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting. Teaching and Learning in Nursing, 3(1), 6-10.

Serawitu, A. (2019). Critical thinking and problem solving - by Abiy Serawitu(PhD). Critical Thinking and Problem Solving , 1(critical thinking), 30.

Siegel, H. (1999). What (good) are thinking dispositions?. Educational Theory, 49(2).

Sosu, E.M. (2013). The Development And Psychometric Validation Of A Critical Thinking Disposition Scale. Thinking Skills And Creativity, 9, 107-119.

Taşçı, Ö., & Özer, N. (2023). Cerrahi hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. Etkili Hemşirelik Dergisi, 16(4), 416-434.

Tishman, S. & Jay, E. (1993). Düşünme eğilimlerini öğretmek: aktarımdan kültürleşmeye. Uygulamaya Teori, 32(3), 147.

Tümkaya, S., & Aybek, B. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Sosyo Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17(2), 387-402.

