

JOURNAL OF 5N1QUALITY

E-ISSN:2980-1265

YEAR: 2025 VOLUME: 3 ISSUE: 2



www.5n1quality.com



editor@5n1quality.com

KÜNYE

Journal Name / Dergi Adı	JOURNAL OF 5N1QUALITY
E-ISSN	2980-1265
Publication Type / Yayım Türü	Sürelili Yayın, 4 Ayda Bir Yayınlanır
Publisher / Yayıncı	Ali Arslanoğlu
Contact / İrtibat	editor@5n1quality.com www.5n1quality.com
Editor in Chief / Baş Editör	Associate Professor Ali ARSLANOĞLU, University of Health Sciences, Turkey
Technical Editor and Layout / Teknik Editör ve Mizanpaj	Mustafa ERDOĞAN, Turkey
Journal Secretariat / Dergi Sekreteryası	Betül DEMİRCİ, Turkey
Language Editors / Dil Editörleri	Ahmet Zeki İZGÖER, Turkey (Türkçe) Hasan Giray ANKARA, Turkey (İngilizce)

Journal of 5N1QUALITY (J5N1Q); is an international peer-reviewed scientific journal and published in accordance with the principles of independent, impartial and “double-blind reviewer”.

The main objective of the journal is to publish original and high-quality studies created by researchers to contribute to the literature. Primarily quality and accreditation in health all studies in the field of health, and studies related to health in the field of social sciences and sciences are within the scope of the journal.

It publishes original research, review, original image, case report, letters to the editor and editorial articles are published in the journal.

The languages of publication of the journal are Turkish and English.

It is an open access journal. It is published in the electronic environment 3 times a year (March-July-November).

All authors and readers have free access to articles

Journal of 5N1QUALITY (J5N1Q); bağımsız, tarafsız, “çift kör hakemlik” kurallarına uygun olarak yayın yapan uluslararası hakemli bilimsel bir dergidir.

Derginin esas amacı, araştırmacılar tarafından literatüre katkı sağlayacak şekilde oluşturulan özgün ve yüksek kaliteli çalışmaları yayınlamaktır. Öncelikle Sağlıkta kalite ve akreditasyon olmak üzere sağlık alanındaki tüm çalışmalar ile sosyal bilimlerle ve fen bilimleri alanında sağlıkla ilgili yapılan çalışmalar derginin kapsamı alanındadır.

Orijinal araştırma, derleme, orijinal görüntü, olgu sunumu, editöre mektuplar ve editöryal yazılar dergide yayınlanır.

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Açık erişimli bir dergidir. Elektronik olarak yılda 3 sayı (Mart-Temmuz-Kasım) yayınlanmaktadır.

Tüm yazarlar ve okuyucular makalelere ücretsiz erişime sahiptir.

**About the Journal / Dergi
Hakkında**

Journal Title Abbreviation/Derginin kısa adı:

J 5N1Quality

All responsibility for the submitted and published content rests solely with the author(s). Authors transfer all copyrights to the Journal. Published content can be cited provided that appropriate reference is given.

About the Journal / Dergi Hakkında

Gönderilen ve yayımlanan içeriğin tüm sorumluluğu içeriğin yazar(lar)ına aittir. © Yayın hakları yayıncıya aittir. Kaynak gösterilerek alıntılanabilir.

Journal of 5N1Quality (J5N1Q) takes the criteria of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Committee on Publication Ethics (COPE) that have been prepared as a guide for authors, referees and editors.

JJournal of 5N1Quality (J5N1Q); yazarlar, hakemler ve editörler için rehber olarak hazırlanmış Uluslararası Medikal Dergisi Editörleri Konseyi (ICMJE) ve Yayın Etik Kuralları (COPE) kriterlerini temel almaktadır.

INDEXING

Zenedo OpenAIRE	
Google Scholar	
ResearchBib	
Root Society for Indexing and Impact Factor Service	
EuroPub Publishing	
Eurasian Scientific Journal Index	



SCIENTIFIC COMMITTEE / BİLİMSEL HEYET

EDITOR in CHIEF / BAŞ EDITÖR

Associate Professor Ali ARSLANOĞLU
University of Health Sciences İstanbul/TURKEY

EDITORIAL BOARD / YAYIN KURULU

Professor Haydar SUR
Üsküdar University, Turkey

Professor Nevzat KAHVECİ
Uludağ University, Turkey

Professor Nilay GEMLİK
Marmara University, Turkey

Professor Umut BEYLİK
University of Health Sciences, Turkey

Professor Muhammad Hassan BUCHA
Bahauddin Zakariya University, Pakistan

Professor Mümtaz KÖKSAL
Universität Bonn, Germany

Assistant Professor Muhammad WAGAS
University of Bradford, UK

REVIEWER LIST / HAKEM LİSTESİ

Sıra No	Adı Soyadı	Kurum	Ülke
1	Prof. Dr. Nilay GEMLİK	Marmara Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
2	Dr. Öğr. Üyesi Levent YÜCEL	İstanbul Demiroğlu Bilim Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
3	Dr.Öğr. Üyesi Haşim ÇAPAR	Dicle Üniversitesi	Diyarbakır/Türkiye
4	Dr. Feyza ÇETİNKAYA	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
5	Dr. Fatih ORHAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ankara/Türkiye
6	Dr. Serdal KEÇELİ	Milli Savunma Üniversitesi	İstanbul/Türkiye
7	Dr.İşıl ARSLAN	-	İstanbul/Türkiye
8	Dr. Döne KAPLAN	Atlas Üniversitesi	İstanbul/Türkiye



TABLE OF CONTENTS / İÇİNDEKİLER TABLOSU

Research Article / Araştırma Makalesi**Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza Karşı Tutumlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**

The Relationship Between Attitudes Toward Menopause and Quality of Life in Women During the Menopausal Period 32-41

Ayşe Çuvadar, Müge Demir, Yasemin Ergül Orhan, Yeter Çuvadar Baş

The Relationship Between the Severity of Anxiety and Pregnancy Stress in Women Who Have Received the Covid-19 Vaccine During Pregnancy

Covid-19 Aşısı Yaptırmış Olan Kadınların Gebelik Dönemlerindeki Endişe Şiddeti ile Gebelik Stresi Arasındaki İlişki 42-54

Suzan Onur, Ayşe Çuvadar

Sağlık Turizminin Türkiye'ye Kazandırdıkları

What Health Tourism Benefits to Turkey 55-77

Serdar Ündar, Mustafa Mete

Case Report / Olgu Sunumu**Çalışan Güvenliği ve Çekiç Parmak: Olgu Sunumu**

Occupational Safety and Mallet Finger: A Case Report 78-82

Ayşegül Beyazpınar Kavaklıoğlu, Selma Dağcı, Yasemin Okur, Feyza Çetinkaya Kutun



Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza Karşı Tutumlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

The Relationship Between Attitudes Toward Menopause and Quality of Life in Women During the Menopausal Period

Ayşe Çuvadar ¹, Müge Demir², Yasemin Ergül Orhan³, Yeter Çuvadar Baş⁴

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü /Karabük/ Türkiye, aysecuvadar@karabuk.edu.tr, 0000-0002-7917-0576

² Yl. Öğrencisi Karabük Üniversitesi Ebelik Yönetimi Bölümü, Karabük/ Türkiye dmr.muge@gmail.com, 0009-0007-1903-0532

³ Yl. Öğrencisi Karabük Üniversitesi Ebelik Yönetimi Bölümü, Karabük/ Türkiye yaseminergul.9315@gmail.com, 0009-0002-3986-196X

⁴ Öğr. Gör. Gedik Üniversitesi, Gedik Meslek Yüksek Okulu, yeter.cuvadar@gedik.edu.tr, 0000-0001-9020-1655

Öz

Bu çalışma, menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan araştırmanın örneklemini, 01 Ocak-01 Mayıs 2025 tarihleri arasında Karabük ilinde yaşayan 169 menopoz dönemindeki kadın oluşturmuştur. Veriler çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmış; Kişisel Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma bulgularına göre, kadınların menopoza ilişkin tutum puan ortalaması $41,34 \pm 16,45$ olarak saptanmış; bu durum kadınların menopozu genel olarak orta düzeyde bir tutumla değerlendirdiklerini göstermektedir. SF-36 alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının ise genel norm değerlerin altında olduğu görülmüştür. Korelasyon analizinde, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği ile SF-36'nın tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca menopoza hastalık olarak görmeyen kadınların yaşam kalitesi puanlarının, bu süreci hastalık olarak değerlendiren kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, kadınların menopoza yönelik olumlu tutumlarının yaşam kalitelerini artırabileceğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, menopoz sürecine ilişkin toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik bilgilendirme ve danışmanlık programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:

Menopoz, Tutum, Yaşam Kalitesi

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Dr. Öğr. Üyesi Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Karabük/ Türkiye, aysecuvadar@karabuk.edu.tr, 0000-0002-7917-0576

DOI:

10.5281/zenodo.16921149

Received Date/Gönderme Tarihi:

20.06.2025

Accepted Date/Kabul Tarihi:

31.07.2025

Published Online/Yayınlanma Tarihi

21.08.2025

ABSTRACT

This study was conducted to determine the relationship between attitudes toward menopause and quality of life in women during the menopausal period. This descriptive and correlational study was carried out with 169 women living in Karabük between January 1 and May 1, 2025. Data were collected through an online survey using the Personal Information Form, the Short Form-36 (SF-36) Quality of Life Scale, and the Attitude Toward Menopause Scale. According to the findings, the mean score for attitudes toward menopause was 41.34 ± 16.45 , indicating a moderate level of attitude. The mean scores of the SF-36 subscales were found to be below the general norm values. Correlation analysis revealed a low but statistically significant positive relationship between the Attitude Toward Menopause Scale and all SF-36 subdimensions ($p < 0.05$). Additionally, women who did not perceive menopause as a disease had higher quality of life scores compared to those who viewed it as a disease. These findings suggest that positive attitudes toward menopause may enhance women's quality of life. Accordingly, it is recommended to develop educational and counseling programs to raise public awareness about the menopause process.

Key Words:

Menopause, Attitude, Quality Of Life

1.GİRİŞ

Menopoz, kadınlarda östrojen hormon düzeylerinin azalması ve over fonksiyonlarının sonlanması sonucunda, en az 12 ay süren amenore ile tanımlanan, menstrüel döngülerin ve üreme kapasitesinin kalıcı olarak sona erdiği fizyolojik bir süreçtir (Australasian Menopause Society, 2022b; Gebretatynos et al., 2020). Bu süreç temelde iki farklı şekilde gerçekleşebilir: doğal menopoz ve cerrahi menopoz. Over fonksiyonlarının zamanla kendiliğinden azalarak durması “doğal menopoz” olarak tanımlanırken, herhangi bir nedenle overlerin cerrahi müdahale ile çıkarılması sonucu menstrüel döngülerin sona ermesi ise “cerrahi menopoz” olarak adlandırılmaktadır (Kurt & Arslan, 2020).

Menopoz süreci; premenopozal, menopozal ve postmenopozal olmak üzere üç evreden oluşmaktadır (Australasian Menopause Society, 2022b). 40 yaş civarında over fonksiyonlarının azalmaya başlamasıyla birlikte menstrüel düzensizlikler, ateş basması, terleme, çarpıntı ve uykusuzluk gibi semptomların ortaya çıktığı dönem premenopozal evre olarak tanımlanır. Menopozal evre, son menstrüel kanamadan itibaren geçen bir yıllık süreyi kapsarken; postmenopozal evre ise bu sürenin ardından başlayan ve ömür boyu devam eden dönemi ifade etmektedir (Australasian Menopause Society, 2022a; Sherman, 2005; Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği, 2025). Türkiye’de menopoz yaşı genellikle 47–49 yaş aralığında görülürken, dünya genelinde bu aralık 50–52 yaş arasında değişmektedir (Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği, 2025).

Menopoz, kadının yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan önemli değişimlere neden olabilen kritik bir dönüm noktasıdır (Australasian Menopause Society, 2022b). Bu süreçte; gece terlemeleri ve ateş basmaları gibi vazomotor semptomların yanı sıra, kas-iskelet sistemi problemleri, uyku bozuklukları, meme ve ürogenital bölgede atrofi, üriner inkontinans, cinsel işlev bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar ve çeşitli psikolojik değişiklikler görülebilmektedir. Bu semptomlar, bazı kadınlarda yaşam kalitesini anlamlı düzeyde olumsuz etkileyebilmektedir (Dişli et al., 2022). Kadınların menopoza yönelik tutumları, bu sürecin algılanması ve yönetilmesinde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Tümer & Kartal, 2018). Menopozal semptomlarla baş etme sürecine ilişkin yapılan çalışmalarda, birçok kadının menopoza karşı olumsuz tutum geliştirdiği vurgulanmaktadır (Dündar & Aksu, 2021). Ghazanfarpour ve arkadaşlarının (2015) yürüttüğü araştırmada ise, menopoza ilişkin olumsuz tutum sergileyen kadınların vazomotor, psikolojik ve somatik semptomları daha yoğun yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde, menopoza karşı olumlu tutum sergileyen bireylerde ise menopozal semptomların daha hafif düzeyde seyrettiği bildirilmektedir (Tümer & Kartal, 2018; Yaşar & Yeyğel, 2024). Bu nedenle, menopoz dönemindeki kadınların tutumlarının, yaşam kalitelerinin ve bunları etkileyen faktörlerin bütüncül bir yaklaşımla incelenmesi, kadın sağlığının korunması ve geliştirilecek sağlık hizmetlerinin niteliği açısından önem arz etmektedir.

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır. Araştırma, menopoz döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin tutumlarının yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırmanın Sorusu

Menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01 Ocak 2025- 01 Mayıs 2025 tarihleri arasında Karabük ilinde ikamet eden, 36-78 yaş aralığında bulunan menopoz dönemindeki kadınlar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde iki yönlü hipotez testine dayalı olarak G*Power 3.1.9.7 istatistiksel analiz programı kullanılmıştır (Faul et al., 2007). Korelasyon analizine uygun olarak gerçekleştirilen güç analizinde; 0.30 etki büyüklüğü ($d = 0.30$), %5 hata payı ($\alpha = 0.05$) ve %95 istatistiksel güç ($1-\beta = 0.95$) esas alınarak, araştırma için en az 138 katılımcının yeterli olacağı belirlenmiştir. Araştırma, gönüllülük esasına dayalı olarak 169 kadının katılımı ile tamamlanmıştır. Veriler, katılımcılardan çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmıştır. Google Forms aracılığıyla oluşturulan anket formu, Karabük'te yaşayan kadınlara sosyal medya platformları (WhatsApp, Facebook, Twitter ve Instagram) üzerinden ulaştırılmıştır. Ankete katılım anonim ve tamamen gönüllülük esasına dayanmıştır. Anket formunun giriş bölümünde, katılımcılara çalışmanın amacı, katılım kriterleri, gönüllülüğe dayalı katılım ilkesinin yanı sıra araştırmadan herhangi bir maddi ya da manevi kazanım sağlanmayacağı ve elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağına ilişkin bilgilendirme formu sunulmuştur. Katılımcılardan elde edilen veriler, yalnızca araştırmacının erişiminin bulunduğu güvenli bir çevrimiçi sistemde saklanmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 1 yıldır menopoz tanısı almış olmak
- Kadın olmak,
- Çevirim içi anket formunu yanıtlayabilmek

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katıldığı halde anket sorularını yanıtlamaktan vazgeçmek
- İletişim kurmaya herhangi bir engelinin olması

2.4. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “SF-36 Kısa Form” ve “Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

2.4.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda kadınların sosyo demografik özelliklerinin sorgulandığı 6 adet ve menopozu hastalık olarak görüp görmediklerini sorgulayan 1 adet soru yer almaktadır.

2.4.2. SF-36 kısa form

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 1987 yılında Ware tarafından geliştirilen SF-36 Kısa Form, sağlığın sekiz farklı bileşeni üzerinden bireyin genel sağlık durumunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçek, fiziksel fonksiyonellik (FF), fiziksel rol kısıtlılığı (FR), bedensel ağrı (A), genel sağlık algısı (GS), canlılık (CA), genel ruh sağlığı (RS), sosyal işlevsellik (Sİ) ve emosyonel rol kısıtlılığı (ER) olmak üzere toplam sekiz alt boyuttan oluşmaktadır (Demiral ve ark., 2006). Her bir alt boyut 0 ile 100 puan aralığında değerlendirilmekte olup, yüksek puanlar daha iyi sağlık durumu ve yaşam kalitesini, düşük puanlar ise sağlık düzeyinde bozulmayı ve yaşam kalitesinde düşüşü ifade etmektedir.

2.4.3. Menopoza ilişkin tutum ölçeği (MITÖ)

Farklı yaş gruplarındaki kadınların menopoz yaşantısı ve sonrasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla 1994'te Uçanok tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 2 adet olumlu (1-18), 18 adet olumsuz ifade bulunmaktadır. Olumlu ifadeler için “kesinlikle katılmıyorum” yanıtına 0 puan, “katılmıyorum” yanıtına 1 puan, “kararsızım” yanıtına 2 puan, “katılıyorum” yanıtına 3 puan, “kesinlikle katılıyorum” yanıtına 4 puan verilmektedir. Olumsuz ifadelerde ise bu puanlama ters yönde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır en yüksek puan ise 80'dir. Ölçekten alınabilecek yüksek puan menopoza ilişkin olumlu tutumu, düşük puan ise olumsuz tutumu göstermektedir. Ortalama puanın üzerinde (40) alınan puanlar yükseldikçe tutumun daha olumlu olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,86'dır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma kapsamında, veriler toplanmadan önce bir üniversitenin Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Tarih: 27.12.2024, Karar No: 2024-10). Araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlardan kullanım izni temin edilmiştir. Katılımcı kadınların haklarını korumak amacıyla, veri toplama süreci başlamadan önce araştırmanın amacı, süresi ve sürecin içeriğine ilişkin bilgilerin yer aldığı “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ile “Gönüllü Katılım Onam Formu” katılımcılara sunulmuş ve formlar doldurulmuştur.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, araştırma verileri tek bir merkezden toplanmıştır. Bu durum, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini sınırlamakta ve farklı bölgelerdeki bireylerin deneyimlerini veya görüşlerini tam olarak yansıtamamaktadır.

İkinci olarak, veriler Google Forms aracılığıyla çevrim içi olarak toplanmıştır. Bu yöntem, teknolojik imkânlara erişimi olmayan bireylerin çalışmaya katılımını engellemiş olabilir ve örneklemin homojenliğini etkilemiş olabilir.

Son olarak, çalışmada yer alan veriler katılımcıların kendi beyanlarına dayanmaktadır. Bu durum, sosyal istenirlik yanlılığı veya hatırlama yanlılığı gibi öznel değerlendirmelerden kaynaklanabilecek yanlılık riskini artırabilir.

2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS-27.0 programı ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, sıklık, oran şeklinde sunuldu. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen verilerde iki kategoriden oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında MannWhitney U testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde, Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3. BULGULAR

Kadınların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde yaş ortalamalarının $55,80\pm 8,26$ yıl olduğu, menopoz yaşı ortalamalarının $46,98\pm 4,70$ yıl olduğu, %89,3'ünün evli olduğu, %88,2'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %51,5'inin şehir merkezinde ikamet ettiği ve %79,9'unun gelirinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların tanıtıcı özellikleri (n=169)

Değişkenler	Ort±SS (min-max)	Değişkenler	Ort±SS (min-max)
Yaş	55,80±8,26 (36-78)	Menopoz yaşı	46,98±4,70 (34-56)
Medeni durum	n (%)	Aile Tipi	n (%)
Evli	151 (89,3)	Çekirdek aile	149 (88,2)
Bekar	18 (10,7)	Geniş aile	20 (11,8)
Gelir durumu	n (%)	İkamet durumu	n (%)
Yüksek	1 (0,6)	Köy	37 (21,9)
Orta	135 (79,9)	İlçe	45 (26,6)
Düşük	33 (19,5)	Kent	87 (51,5)

min= En düşük değer, max=En yüksek değer, Ort=Ortalama; SS= Standart sapma.

Çalışmaya katılan kadınların, "Sizce menopoz bir hastalık mıdır sorusuna" %27,2'si evet (46), 72,8'i (123) ise hayır yanıtını vermiştir (Grafik 1).



Grafik 1. Katılımcıların menopozun hastalık olarak değerlendirilmesine ilişkin görüş dağılımı

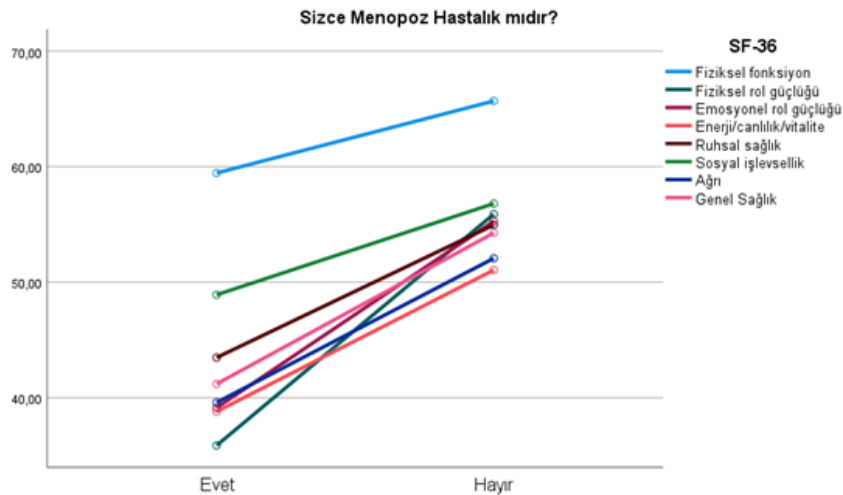
Çalışmaya katılan kadınların “Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği” toplam puan ortalamasının 41,34 $\pm$ 16,45 olduğu saptanmıştır. Ölçekte ortalamanın 40 olması dikkate alındığında, kadınların menopoz sürecine ilişkin tutumlarının ne tamamen olumlu ne de tamamen olumsuz yönde olduğu, daha çok kararsız bir tutum sergilediği söylenebilir (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler	Ölçeklerden Alınan Min. Puan	Ölçeklerden Alınan Max. Puan	Ort $\pm$ SS
Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği	2,00	75,00	41,34 $\pm$ 16,45
SF-36 Kısa Form	Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu	0,00	100,00
	Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutu	0,00	100,00
	Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Boyutu	0,00	100,00
	Enerji/Canlılık/Vitalite Alt Boyutu	0,00	100,00
	Ruhsal Sağlık Alt Boyutu	0,00	100,00
	Sosyal İşlevsellik Alt Boyutu	0,00	100,00
	Ağrı Alt Boyutu	0,00	100,00
	Genel Sağlık Alt Boyutu	0,00	100,00

min= En düşük değer, max=En yüksek değer, Ort=Ortalama; SS= Standart sapma

Katılımcıların SF-36 Kısa Form alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ise sırasıyla; “Fiziksel Fonksiyon” alt boyutunda 63,99 $\pm$ 24,66, “Fiziksel Rol Güçlüğü” alt boyutunda 50,44 $\pm$ 41,50, “Emosyonel Rol Güçlüğü” alt boyutunda 50,88 $\pm$ 43,95, “Enerji/Canlılık/Vitalite” alt boyutunda 47,72 $\pm$ 20,32, “Ruhsal Sağlık alt boyutunda” 51,83 $\pm$ 18,78, “Sosyal İşlevsellik” alt boyutunda 54,65 $\pm$ 24,50, “Ağrı alt boyutunda” 48,67 $\pm$ 30,32 ve “Genel Sağlık” alt boyutunda 50,71 $\pm$ 21,02 olarak belirlenmiştir. Kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından elde edilen ortalama puanları, genel kadın nüfusuna ait norm değerlerin oldukça altında bulunmuştur (Tablo 2).



Şekil 1. Kadınların menopozu hastalık olarak görme durumlarına göre SF-36 alt boyut puan ortalamaları

Not: Veriler puan ortalamalarını göstermektedir. Farklar Mann-Whitney U test ile analiz edilmiştir.

Kadınların menopoza hastalık olarak kabul etme durumlarına göre SF-36 Kısa Form alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında “Fiziksel Fonksiyon” alt boyutu için aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($Z=-1,816$, $p=0,069$). Ancak, “Fiziksel Rol Güçlüğü” ($Z=-2,781$, $p=0,005$), “Emosyonel Rol Güçlüğü” ($Z=-2,235$, $p=0,025$), “Enerji/Canlılık /Vitalite” ($Z=-3,463$, $p<0,001$), “Ruhsal Sağlık” ($Z=-3,443$, $p<0,001$), “Sosyal İşlevsellik” ($Z=-2,022$, $p=0,042$), “Ağrı” ($Z=-2,212$, $p=0,027$), “Genel Sağlık” ($Z=-3,481$, $p<0,001$), alt boyutları için aralarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Menopoza hastalık olarak görmeyen kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Şekil 1).

Tablo 3. Menopozla ilişkin tutum ölçeği ile SF-36 alt boyutları arasındaki ilişki

Ölçek		FF	FR	ER	CA	RS	Sl	Ağrı	GS
MİTÖ	r	175*	260**	252**	299**	293**	377**	299**	327**
	p	0,023	0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r: Spearman Correlation analysis; FF: Fiziksel Fonksiyonellik, FR: Fiziksel Rol, ER: Emosyonel Rol, CA: Canlılık, RS: Ruhsal Sağlık, Sl: Sosyal İşlevsellik, GS: Genel Sağlık, MİTÖ: Menopozla İlişkin Tutum Ölçeği

Kadınların Menopozla İlişkin Tutumu Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu’ nun tüm alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,005$). Bu durum, menopozla ilgili tutum puanı arttıkça, yani kadınların menopozla ilişkin tutumları olumluya döndükçe, genel yaşam kalitesinin de (fiziksel işlevsellik, genel sağlık algısı, ruhsal durum vb.) düşük düzeyde de olsa artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kadınların menopozla karşı daha olumlu bir bakış açısına sahip olmaları, yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarında iyileşmelerle ilişkilidir.

4.TARTIŞMA

Menopoz dönemindeki kadınların menopozla yönelik tutumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bu çalışmada, “Menopozla İlişkin Tutum Ölçeği” ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu’nun tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, menopoz sürecine ilişkin tutumların kadınların yaşam kalitesine doğrudan yansıdığını göstermektedir. Nitekim menopoz döneminde yaşanan semptomlar hem sıklık hem de şiddet açısından bireyler arasında önemli ölçüde farklılık göstermekte; bu semptomlara karşı geliştirilen bilişsel ve duygusal tutumların, kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellik düzeyleri üzerinde etkili olabildiği literatürde de vurgulanmaktadır (Gümüşay & Erbil, 2019; Tümer & Kartal, 2018).

Çalışmamızda kadınların ortalama menopoz yaşı $46,98 \pm 4,70$ yıl olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, Türkiye’de benzer sosyo-kültürel örneklerle yürütülmüş çalışmalarda bildirilen menopoz yaşı ortalamalarıyla büyük ölçüde uyumludur. Örneğin Kurt ve Arslan (2020) tarafından yürütülen bir çalışmada menopoz yaşı ortalaması $46,7 \pm 5,4$ yıl olarak raporlanmış, Özgür ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında ise katılımcıların %74,2’sinin 46-49 yaş aralığında menopozla girdikleri bildirilmiştir. Bu benzerlik, menopoz yaşının belirli bir aralıkta yoğunlaştığını ve kültürel, çevresel ya da genetik faktörlerin etkisiyle Türkiye’deki kadınlar arasında benzer zaman dilimlerinde ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada, kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından elde edilen ortalama puanları, genel kadın nüfusuna ait norm değerlerin altında bulunmuştur. Bu durum, menopozun fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde azalmaya yol açtığını göstermektedir. Elde

edilen bulgular, menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik çok disiplinli ve kapsamlı sağlık destek programlarının geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, SF-36 alt boyutlarına ilişkin olarak bildirilen ortalama puanlar; Fiziksel Fonksiyon için $75,86 \pm 18,36$, Fiziksel Rol Güçlüğü için $75,60 \pm 20,65$, Emosyonel Rol Güçlüğü için $75,88 \pm 19,35$, Sosyal Fonksiyon için $45,30 \pm 21,88$, Ağrı için $52,75 \pm 19,39$, Ruhsal Sağlık için $68,04 \pm 9,30$, Zindelik (Enerji/Canlılık) için $69,27 \pm 9,17$ ve Genel Sağlık için $67,48 \pm 7,52$ olarak bildirilmiştir (Yurdakul ve ark., 2007). Çalışmamızdan elde edilen puan ortalamalarının hemen tüm alanlarda daha düşük olduğu görülmektedir. Özellikle “Fiziksel Fonksiyon”, “Fiziksel Rol Güçlüğü” ve “Emosyonel Rol Güçlüğü” alt boyutlarında belirgin farklar bulunmakta olup, bu durum çalışmamızdaki katılımcıların yaşam kalitesinin bazı yönlerden daha olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ertem’in (2010) çalışmasında ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile kadınların yaşam kaliteleri 8 bölümde değerlendirildiğinde en yüksek puanların fiziksel fonksiyonellik kategorisinden elde edildiği ve puanların çalışmamızın aksine tüm alt boyutlarda oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (Ertem, 2010). Çalışmalar arasındaki bu farklılık, örneklemenin demografik ve klinik özelliklerinden, sosyal çevresinden ya da içinde bulunulan koşullardan kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada kadınların Menopoza İlişkin Tutumu Ölçeği (MİTÖ) puan ortalamaları $41,34 \pm 16,45$ olarak belirlenmiştir. Ölçek puanlarının 0 ile 80 arasında değiştiği ve 40 puanın tutum düzeyi açısından orta nokta kabul edildiği göz önüne alındığında, elde edilen sonuç kadınların menopoza yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, kadınların menopoza ne tamamen olumsuz ne de tamamen olumlu bir süreç olarak değerlendirmediklerini, bu döneme ilişkin algılarının daha çok nötr veya kararsız bir düzeyde şekillendiğini düşündürmektedir. Çalışmamızın bulguları, literatürde yer alan bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken, bazılarıyla da farklılık arz etmektedir. Örneğin, Gümüşay ve Erbil (2019) tarafından yapılan çalışmada kadınların MİTÖ puan ortalaması $36,06 \pm 7,34$ olarak raporlanmıştır. Bu değer, çalışmamızdaki ortalamadan daha düşük olup, katılımcıların menopoza daha olumsuz bir biçimde algıladıklarını göstermektedir. Benzer şekilde, Tortumoğlu ve Erci’nin (2003) çalışmasında da kadınların MİTÖ puan ortalaması $37,94 \pm 12,58$ olarak bulunmuş ve bu da orta düzeyin altında bir tutumu işaret etmektedir. Öte yandan, Tümer ve Kartal (2018) tarafından yürütülen çalışmada kadınların ortalama puanı $46,15 \pm 11,68$ olarak belirlenmiş ve bu sonuç, çalışmamızdaki bulgudan daha yüksek bir tutuma işaret etmektedir. Bu farklılıklar, çalışmalarda yer alan katılımcıların, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel özellikleri, bilgi kaynakları ve menopoz deneyimlerinin çeşitliliği gibi birçok faktörle ilişkilendirilebilir. Kadınların menopoza yönelik tutumlarının şekillenmesinde, biyolojik deneyimlerin yanı sıra toplumsal kabuller, kültürel normlar ve bireysel farkındalık düzeylerinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu bağlamda, menopoz dönemine ilişkin bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kadınların bu süreci daha olumlu algılamalarını destekleyebilir ve yaşam kalitelerini artırabilir.

Çalışmamızda menopoza hastalık olarak görmeyen kadınların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, menopoza doğal bir biyolojik süreç olarak algılayan kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Nitekim menopozun bir hastalık değil, yaşamın doğal bir evresi olarak değerlendirilmesi; bireylerin bu döneme uyum sağlamasını kolaylaştırmakta, fiziksel ve psikolojik semptomlarla baş etme becerilerini artırmakta ve dolayısıyla yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır. Benzer şekilde literatürde de menopozun patolojik bir süreç olarak algılanmasının, kadınlarda anksiyete, depresyon ve yaşam doyumu üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği

vurgulanmaktadır. Oysa pozitif tutum geliştiren kadınlar, menopozla birlikte gelen değişimleri daha kolay kabullenmekte ve bu süreci kişisel gelişim ve olgunlaşma fırsatı olarak değerlendirebilmektedir (Gümüşay & Erbil, 2019; Tümer & Kartal, 2018). Bu bulgu, sağlık profesyonellerinin menopoz dönemine yönelik farkındalık artırıcı eğitim ve danışmanlık programları geliştirerek kadınların bu süreci olumlu bir bakış açısıyla karşılamalarına katkı sağlamalarının önemini ortaya koymaktadır.

5. SONUÇ

Bu çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumları ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoza daha olumlu ya da nötr biçimde algılamalarının, yaşam kalitelerini destekleyici bir etki yarattığı görülmektedir. Bu doğrultuda, menopoz dönemine yönelik tutumların olumlu yönde geliştirilmesi amacıyla, kadınlara yönelik kültürel duyarlılığı gözetilen bilgilendirme ve danışmanlık programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir. Sağlık profesyonelleri, bu süreçte kadınların bilgi düzeylerini artıracak, olumsuz algıları azaltacak ve menopoza uyumu kolaylaştıracak çok boyutlu destek hizmetleri sunmalıdır. Bu tür müdahalelerin, kadınların yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Australasian Menopause Society. (2022a). Diagnosing menopause—Australasian Menopause Society. <https://www.menopause.org.au/hp/information-sheets/diagnosing-menopause>, Erişim Tarihi: 7 Haziran 2025.
- Australasian Menopause Society. (2022b). Menopoz nedir? - Avustralasya Menopoz Derneği. <https://www.menopause.org.au/hp/information-sheets/what-is-menopause>, Erişim Tarihi: 7 Haziran 2025.
- Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kivircik, B., ve Alptekin, K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, 6, 247. DOI: 10.1186/1471-2458-6-247.
- Dişli, B., Kaydırak, M. M., ve Şahin, N. H. (2022). Kadınların menopoz semptomları ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), Article 1. DOI: 10.48124/hsagbilder.997043.
- Dündar, T., ve Aksu, H. (2021). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptom ve tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(2), Article 2. DOI: 10.46483/deuhfed.762012.
- Erbil, N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*. <https://www.ajol.info/index.php/bafm/article/view/178929>.
- Erkin, Ö., Ardahan, M., ve Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095–1113. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/23831/253872> adresinden alınmıştır.
- Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469–483. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ajindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423936648.pdf](https://www.ajindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423936648.pdf) adresinden alınmıştır.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., ve Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. DOI: 10.3758/BF03193146.
- Gebretatyyos, H., Ghirmai, L., Amanuel, S., Gebreyohannes, G., Tsighe, Z., ve Tesfamariam, E. H. (2020). Effect of health education on knowledge and attitude of menopause among middle-age teachers. *BMC Women's Health*, 20(1), 232. DOI: 10.1186/s12905-020-01095-2.
- Ghazanfarpour, M., Kaviani, M., Abdollahian, S., Bonakchi, H., Najmabadi, K., Mirzaii, N., Naghavi, M., ve Khadivzadeh, T. (2015). The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecological Endocrinology*, 31(11), 860–865. DOI: 10.3109/09513590.2015.1056138.
- Gümüşay, M., ve Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 99-109. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ouhcd/issue/49155/623001> adresinden alınmıştır.
- Kurt, G., ve Arslan, H. (2020). Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Çukurova Medical Journal*, 45(3), 910–920. DOI: 10.17826/cumj.694473.
- Özgür, G., Yıldırım, S., ve Komutan, A. (2010). Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 35–43. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29507> adresinden alınmıştır.
- Sherman, S. (2005). Defining the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*, 118(12), 3–7. DOI: 10.1016/j.amjmed.2005.11.002.

- Tortumoğlu, G., ve Erci, B. (2003). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık davranışları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşire Yüksekokulu Dergisi, 6, 77–90. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29209> adresinden alınmıştır.
- Tümer, A., ve Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. Pamukkale Medical Journal, 11(3), Article 3. DOI: 10.31362/patd.451911.
- Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği. (2025). TJOD'den açıklama – Dünya Menopoz Günü. <https://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/>, Erişim Tarihi: 8 Haziran 2025.
- Uçanok, Z., ve Bayraktar, R. (1996). Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. 3P Dergisi: Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji, 4, 11–20. <https://avesis.hacettepe.edu.tr/yayin/27ef0590-3dfd-4cf9-a3ca-9cf2b62633af/farkli-yas-gruplarindaki-kadinlarda-menopoza-iliskin-belirtilerin-tutumların-ve-yasama-bakis-acisinin-incelenmesi> adresinden alınmıştır.
- Ware, J. E. (2004). SF-36 Health Survey update. In M. E. Maruish (Ed.), The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment (3rd ed., s. 693–718). USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Yaşar, Ö., ve Yeyğel, Ç. (2024). 45–60 yaş arası kadınlarda menopoz semptomları ve menopoz tutumu ile yaşam doyumunun incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21, Article 21. DOI: 10.38079/igusabder.1231948.
- Yılmaz, R. Ö., Elverişli, G. B., ve Atılğan, E. (2023). Erken ve geç dönem postmenopozal kadınlarda fiziksel aktivite, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, yorgunluk ve uyku kalitesinin karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(3), Article 3. DOI: 10.37989/gumussagbil.1228607.
- Yurdakul, M., Eker, A., ve Kaya, D. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(5), 187–193. https://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_525.pdf adresinden alınmıştır.

The Relationship Between the Severity of Anxiety and Pregnancy Stress in Women Who Have Received the Covid-19 Vaccine During Pregnancy

Covid-19 Aşısı Yaptırmış Olan Kadınların Gebelik Dönemlerindeki Endişe Şiddeti ile Gebelik Stresi Arasındaki İlişki

Suzan Onur ¹, Ayşe Çuvadar²

¹ Dr. Öğr. Üyesi. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Karabük/ Türkiye, suzanonur@karabuk.edu.tr, 0000-0001-8145-6090

² Dr. Öğr. Üyesi. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Karabük/ Türkiye, aysecuvadar@karabuk.edu.tr, 0000-0002-7917-0576

ABSTRACT

This study aims to explore the relationship between anxiety severity and pregnancy stress in women who were vaccinated for COVID-19 during the pandemic and later became pregnant, based on the hypothesis that they might perceive potential negative effects of the vaccine. This descriptive correlational study was conducted with 302 pregnant women between November 2023 and June 2024. Data were collected using a Personal Information Form, the Anxiety Severity Scale (ASS), and the Pregnancy Stress Scale (PSS). For normally distributed data, the Student's t-test was used for comparisons between two groups, while one-way ANOVA and the Bonferroni test were applied for comparisons involving three or more groups. For non-normally distributed data, the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Dunn test were used, respectively. Relationships between variables were assessed using Pearson and Spearman correlation analyses. The average age of the participants was 28.56 ± 5.02 years, and the average gestational week was 27.16 ± 8.16 , with 71.5% having received live vaccines and 28.5% having received inactivated vaccines. The average score for the ASS was 14.00 ± 5.00 (moderate level), while the average score for the PSS was 62.30 ± 25.61 (moderate level). A positive correlation was found among all sub-dimensions of the PSS. Significant relationships were identified between the severity of anxiety and pregnancy stress in women who were vaccinated for COVID-19 during the pandemic and later became pregnant. It was particularly noted that gestational week and income status had an impact on the sub-dimensions of pregnancy stress.

Anahtar Kelimeler:

Vaccine, COVID-19, Anxiety Severity, Pregnant, Pregnancy Stress

ÖZ

Bu çalışma, pandemi döneminde COVID-19 aşısı olmuş ve sonrasında gebe kalan kadınlarda, aşının olası olumsuz etkilerini algılayabilecekleri varsayımına dayanarak, endişe şiddeti ile gebelik stresi arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdeki bu çalışma, Kasım 2023 ile Haziran 2024 tarihleri arasında 302 gebe kadın ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ) ve Gebelik Stresi Ölçeği (GSÖ) kullanılarak toplanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde iki grup karşılaştırmalarında Student's t-testi, üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında ise tek yönlü ANOVA ve Bonferroni testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerde sırasıyla Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Dunn testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $28,56 \pm 5,02$ yıl, gebelik haftası ortalaması ise $27,16 \pm 8,16$ olup; %71,5'i canlı aşı, %28,5'i ise inaktif aşı yaptırmıştır. EŞÖ puan ortalaması $14,00 \pm 5,00$ (orta düzeyde), GSÖ puan ortalaması ise $62,30 \pm 25,61$ (orta düzeyde) bulunmuştur. GSÖ'nün tüm alt boyutları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Pandemi döneminde COVID-19 aşısı olmuş ve sonrasında gebe kalan kadınlarda, endişe şiddeti ile gebelik stresi arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Özellikle gebelik haftası ve gelir durumunun gebelik stresinin alt boyutları üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Key Words:

Aşı, COVID-19, Endişe Şiddeti, Gebelik Stresi

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Dr. Öğr. Üyesi. Karabük Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Bölümü Karabük/ Türkiye,
suzanonur@karabuk.edu.tr, 0000-0001-8145-
6090

DOI:

10.5281/zenodo.16935348

Received Date/Gönderme Tarihi:

27.04.2025

Accepted Date/Kabul Tarihi:

31.07.2025

Published Online/Yayınlanma Tarihi

21.08.2025

1.INTRODUCTION

The coronavirus (COVID-19) spread rapidly worldwide, leading to a pandemic and causing widespread panic (Bao et al., 2020). Studies have shown that pregnant women experienced increased levels of fear, depression, and anxiety during the COVID-19 pandemic compared to the period before the pandemic (Durmuş et al., 2022; Fan et al., 2022). Therefore, pregnant individuals have been recorded as a particularly high-risk group during this period. Although pregnancy is a natural life event, it induces physiological, psychological, and social changes, making it one of the most significant variables in a woman's life (Yanikkerem et al., 2006). During this phase, psychological, biological, and emotional changes can lead to feelings of withdrawal, anxiety, uncertainty, worry, and conflict. When these feelings are at a certain level, they can motivate individuals; however, when they exceed the average level, they can adversely affect a person's life (Şen and Şirin, 2013; Köse and Pasinlioğlu 2015). Psychological issues are defined as negative responses to stressful life conditions and are recognized as a global health concern (Khoury et al., 2023). Conditions classified as psychological issues, such as depression, stress, and anxiety, are commonly observed during prenatal and postnatal periods (Obrochta et al., 2020). It has been determined that pregnancy and childbirth increase the incidence of anxiety and mild depression, and that levels of depression and anxiety change as the gestational weeks progress (Turan ve Çetin, 2001).

Anxiety is a type of vague fear experienced without fully grasping the essence of the issue, arising from the perception of potential risky situations in the future (Taşkın, 2012; Üst ve Pasinlioğlu, 2015). The concept of stress, on the other hand, refers to a psychosocial and physiological state that causes discomfort and tension in an individual (Ünsa, 2012). Women, who are often expected to bear the burdens of both professional and family life, encounter stress more frequently. The primary reason for women facing stress is pregnancy, accounting for 53.5% of the cases (Bayık, 2006).

Pregnancy can be viewed as a developmental crisis period, which may bring joy, fulfillment, maturity, and happiness, but can also be accompanied by negative psychological emotions such as stress, anxiety, overload, and anxious anticipation (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). In other words, it is a period of significant stress in women's lives, often associated with anxiety and depression (Sevindik, 2005). Psychological problems encountered during the prenatal period are known to contribute to obstetric complications, including intrauterine growth restriction, preterm birth, and low birth weight (Grote et al., 2010; Mélancon et al., 2020). Stress and anxiety experienced by pregnant women can negatively impact the fetus's heart rate and blood pressure, potentially resulting in preterm labor, developmental delays, low birth weight, and adverse effects on newborns (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Prenatal depression is a critical concern that necessitates early intervention and treatment, as it adversely affects the well-being of both the fetus and the mother, and increases the risk of postpartum depression (Ayvaz et al., 2006; Bunevicius et al., 2009). Pregnant women often experience heightened anxiety due to the intense awareness of potential dangers during labor and the postpartum period (Çetişli et al., 2016). The causes and levels of anxiety experienced during pregnancy can vary (Arfaie et al., 2017). Stress experienced during pregnancy can lead to developmental problems in children, including excessive crying, easy irritability, asocial behaviors, attention deficit hyperactivity disorder, and schizophrenia (Weinstock, 2005). Additionally, severe anxiety can contribute to preeclampsia, low-birth-weight infants, premature births, miscarriages, and developmental disorders and mental conditions in newborns (Huizink et al., 2003).

Since the COVID-19 pandemic, although vaccination efforts have continued in many countries, studies on vaccines in pregnant women have been delayed due to the uncertainty regarding potential side effects (Gurol-Urganci et al., 2021). Additionally, clinical trials have shown that immunization during pregnancy is 78-96% effective against severe complications of COVID-19 (Gurol-Urganci et al., 2021, Karasek et al., 2021). Globally, it has been observed that the COVID-19 vaccine generates a strong maternal humoral response, and no safety concerns have been noted regarding vaccinations administered during pregnancy. Research has demonstrated the effectiveness of the COVID-19 vaccine, leading to a consensus on its use during pregnancy (WHO, 2020).

Following the acceleration of the vaccine development process and the publication of Phase-3 trial results, the WHO granted emergency use authorization for six vaccines as of June 3, 2021 (WHO, 2023). Vaccines are now regarded as crucial for safeguarding the health and wellness of individuals across all age groups. The WHO states that “vaccines initiate specific biological processes that help our immune system identify and combat pathogens, such as viruses and bacteria, thereby shielding our bodies from diseases caused by these infectious agents” (WHO, 2023).

2. METHOD

2.1. Purpose of the Study

The COVID-19 pandemic underscored the critical role of vaccines and their effects, especially for pregnant women, fueling concerns about their health and the well-being of their babies. Pregnancy represents a unique phase in a woman’s life, one that requires careful decision-making to safeguard both maternal and fetal health. Maintaining good mental health during pregnancy is crucial for the overall health of both the mother and the child, as psychological issues can negatively affect the mother’s emotional state and result in poor pregnancy outcomes. This study seeks to explore the connection between anxiety levels and stress related to pregnancy, with the hypothesis that women who were vaccinated against COVID-19 during the pandemic might harbor concerns about the potential risks of the vaccine, especially if they later became pregnant.

2.2. Research Questions

1. Is there a significant relationship between the severity of anxiety and pregnancy stress in women who were vaccinated for COVID-19 during the pandemic and later became pregnant?
2. Do the type of COVID-19 vaccine (live vs. inactivated) and gestational week influence levels of anxiety and pregnancy stress?
3. How do demographic factors such as income status and gestational week affect the sub-dimensions of pregnancy stress?
4. Is there a correlation among the sub-dimensions of the Pregnancy Stress Scale in this population?

5. What is the overall level of anxiety and pregnancy stress among pregnant women who received COVID-19 vaccines prior to conception?

2.3. Study Type

This research is a descriptive correlational study.

2.4. Study Design

The study was conducted between November 2023 and June 2024 at the Family Health Center (FHC) in the city center of Karabuk, involving healthy pregnant women aged 18 and older who came for routine check-ups and consented to participate in the study.

2.5. Sample Selection

The sample size was determined using the correlation coefficient. With an assumed correlation of $r=0.30$, statistical calculations indicated that a minimum of 138 women would be required for the study, based on a 95% confidence level and a statistical power of 0.80. In the end, the study included 302 pregnant women who volunteered to take part.

2.6. Inclusion Criteria

Participants needed to be pregnant, have received the COVID-19 vaccine during the pandemic, be willing to engage in verbal communication, and provide consent to take part in the study.

2.7. Exclusion Criteria

Exclusion criteria included the presence of communication difficulties, having chronic illnesses, experiencing a high-risk pregnancy, having a psychiatric diagnosis, possessing visual or auditory impairments, and refusing to participate in the study.

2.8. Data Collection Method and Tools

Data for this research were collected through face-to-face interactions with pregnant women residing in Karabuk from November 2023 to June 2024. Participants were informed about the purpose of the study and assured that their information would be kept confidential and used solely for research. Both verbal and written consent were obtained, and following the completion of the consent form, data were gathered using a Personal Information Form, the Anxiety Severity Scale (ASS), and the Pregnancy Stress Scale (PSS). The scales have been used after obtaining the necessary permissions.

2.8.1. Personal Information Form

This form includes 12 questions addressing various variables such as age, education level, employment status, family structure, income, gestational age, and the type of vaccine received.

2.8.2. Anxiety Severity Scale (ASS)

The Anxiety Severity Scale is a self-report scale developed to evaluate dysfunctional anxiety associated with psychopathologies and emotional distress. It comprises eight items assessed using a 4-point Likert scale, where participants rate the items based on how applicable they are to their general state, ranging from 0 (definitely not true) to 3 (absolutely true). Higher scores on the scale indicate a greater severity of anxiety. The Turkish adaptation, validity, and reliability studies were conducted by Tunay and Soygüt (2009), with a Cronbach's alpha value of 0.88 established for the scale. In this study, the Cronbach's alpha was found to be 0.875.

2.8.3. Pregnancy Stress Scale (PSS)

The Pregnancy Stress Scale developed by Chen (2015) consists of 36 items across 5 subdimensions and is used to identify stress factors related to pregnancy [30]. The subdimensions (SD) are as follows:

SD-1: Stress arising from the search for a safe process during pregnancy, labor, and delivery for both mother and baby (Items 1-9).

SD-2: Stress related to infant care and changing family dynamics (Items 10-18).

SD-3: Stress arising from the definition of the motherhood role (Items 19-26).

SD-4: Stress resulting from the search for social support (Items 27-30).

SD-5: Stress due to changes in physical appearance and functioning (Items 31-36).

Items on the scale are answered on a 5-point Likert scale. The degree of anxiety, distress, and worry experienced by pregnant women is rated from "definitely no" to "very severe," with scores ranging from 0 to 4. The perceived stress levels during pregnancy can vary from a minimum of 0 to a maximum of 144. The scale is used to identify pregnancy-related stress factors; higher scores indicate increased stress. In this study, the Cronbach's alpha was found to be 0.890.

2.9. Data Analysis

Statistical analyses were conducted utilizing the SPSS 27.0 software package. Continuous data from the study were summarized with means and standard deviations, while categorical data were represented as percentage distributions. To check for normality, histograms were created, and the values of Skewness and Kurtosis were analyzed. Values of Skewness and Kurtosis within the range of +1.0 to -1.0 were deemed normal (George ve Mallery, 2019). For data with a normal distribution, the Student's t-test was used to compare two categorical variables, while one-way ANOVA was used for comparisons across three or more categories. The Bonferroni test was conducted to determine which specific group accounted for any observed differences. For data that did not follow a normal distribution, the Mann-Whitney U test was used to compare two categories, while the Kruskal-Wallis test was employed for comparisons involving three or more categories, followed by the Dunn test to identify

the group contributing to the differences. Pearson and Spearman correlation analyses were used to evaluate relationships between variables. A statistical significance level of $p < 0.05$ was established.

3. RESULTS

Table 1 displays the descriptive characteristics of women who were vaccinated against COVID-19 during the pandemic and later became pregnant.

When examining the descriptive characteristics of the pregnant women, the average age was found to be 28.56 ± 5.02 years (18-43), and the average gestational week was 27.16 ± 8.16 weeks (10-40). It was determined that 35.8% had a university education or higher, 65.9% were homemakers, 12.3% belonged to an extended family type, 10.3% had an income less than their expenses, 22.5% had experienced at least one miscarriage during their lifetime, and 71.5% had received a live vaccine (Table 1).

Table 1. Descriptive characteristics of pregnant women

Variables	Mean $\pm$ SS	Min-Max
Age	28.56 $\pm$ 5.02	18-43
Gestational week	27.16 $\pm$ 8.16	10-40
Number of pregnancies	2.03 $\pm$ 1.20	1-9
Number of living children	0.86 $\pm$ 0.94	0-5
Education Level	N	%
Primary School	18	6.0
Secondary School	72	23.8
High School	104	34.4
University and above	108	35.8
Employment Status		
Public Sector	42	13.9
Private Sector	49	16.2
Self-employed	12	4.0
Homeworker	199	65.9
Family Type		
Nuclear	265	87.7
Extended	37	12.3
Income Level		
Income less than expenses	31	10.3
Income equal to expenses	222	73.5
Income greater than expenses	49	16.2
Vaccine Type		
Live vaccine	216	71.5
Inactivated vaccine	86	28.5
History of Miscarriage		
Yes	68	22.5
No	234	77.5

SS: Standard deviation, Min: Minimum, Max: Maximum

he mean ASS score of the pregnant women was found to be 14.00 ± 5.00 , while the mean PSS score was 62.30 ± 25.61 . The mean scores of the PSS subdimensions were as follows: 20.28 ± 9.12 , 14.46 ± 8.29 , 12.63 ± 6.65 , 4.89 ± 4.67 , and 10.88 ± 5.84 , respectively (Table 2).

Table 2. Average scores of women on the ASS and PSS subdimensions

Scales	The minimum and maximum scores obtained from the scale	Mean $\pm$ SS
ASS	0-24	14.02 ± 5.04
PSS	0-149	62.30 ± 25.61
Subdimension-1	0-79	20.28 ± 9.12
Subdimension-2	0-48	14.46 ± 8.29
Subdimension-3	0-56	12.63 ± 6.65
Subdimension-4	0-35	4.89 ± 4.67
Subdimension-5	0-24	10.88 ± 5.84

SS: Standard deviation; ASS: Anxiety Severity Scale; PSS: Pregnancy Stress Scale

When examining the mean ASS scores in relation to the descriptive characteristics of he pregnant women, no statistically significant associations were found. A comparison of the mean scores for subdimension-1 of the PSS with gestational week indicated a statistically significant low-level negative correlation ($P=0.001$). A statistically significant difference ($P=0.009$) was also identified in the mean scores of PSS subdimension-1 when comparing participants based on employment status. A post-hoc analysis (Benferroni) conducted to identify the source of this difference revealed that it existed between housewives and private sector employees (Table 3).

A statistically significant difference ($P=0.014$) was found when analyzing the mean scores of the 5th sub-dimension of the PSS in relation to income status. The post-hoc analysis revealed that this difference existed between individuals whose income matched their expenses and those whose income was greater than their expenses (Table 3).

Table 3. Comparison of the descriptive characteristics of pregnant women with the mean scores of ASS and PSS subdimensions

Variables	ASS	PSS SD-1	PSS SD-2	PSS SD-3	PSS SD-4	PSS SD-5
Age	$r_p=0.031$ $P=0.586$	$r_{ss}=-0.073$ $P=0.203$	$r_p=-0.038$ $P=0.512$	$r_{ss}=0.006$ $P=0.921$	$r_{ss}=0.018$ $P=0.759$	$r_p=-0.063$ $P=0.276$
Gestational week	$r_p=-0.051$ $P=0.378$	$r_{ss}=-0.184$ $P=0.001$	$r_p=0.014$ $P=0.802$	$r_{ss}=0.102$ $P=0.077$	$r_{ss}=0.016$ $P=0.779$	$r_p=0.107$ $P=0.064$
Education Level	14.66 ± 1.17	18.11 ± 2.33	15.11 ± 2.18	12.33 ± 1.83	4.77 ± 1.15	9.50 ± 1.39
Primary School ¹	12.94 ± 0.51	19.77 ± 1.10	14.54 ± 0.99	12.76 ± 0.83	4.66 ± 0.54	10.36 ± 0.72
Secondary School ²	13.71 ± 0.55	20.81 ± 0.92	14.59 ± 0.80	12.52 ± 0.64	4.88 ± 0.49	11.82 ± 0.58
High School ³	14.89 ± 0.44	20.48 ± 0.82	14.17 ± 0.79	12.70 ± 0.66	4.99 ± 0.41	11.23 ± 0.55
University and above ⁴	$F=2.480$ $P=0.061$	$X^2=2.252$ $P=0.522$	$F=0.90$ $P=0.966$	$X^2=0.050$ $P=0.997$	$X^2=0.754$ $P=0.860$	$F=1.333$ $P=0.264$
Employment Status	14.66 ± 0.77	21.35 ± 1.11	13.16 ± 1.22	12.57 ± 0.74	5.47 ± 0.66	10.26 ± 0.88
Public Sector ¹	13.53 ± 0.75	23.20 ± 1.15	14.87 ± 0.90	12.44 ± 0.52	4.42 ± 0.54	11.26 ± 0.85
Private Sector ²	15.08 ± 1.29	22.41 ± 2.65	16.00 ± 2.09	12.75 ± 1.53	6.33 ± 1.20	13.66 ± 1.39
Self-employed ³	13.92 ± 0.35	19.21 ± 0.67	14.54 ± 0.62	12.68 ± 0.53	4.80 ± 0.35	11.12 ± 0.43
Housewife ⁴	$F=0.591$ $P=0.622$	$X^2=11.609$ $P=0.009$ $4>2$	$F=0.523$ $P=667$	$X^2=0.008$ $P=1.000$	$X^2=4.225$ $P=0.238$	$F=1.027$ $P=0.381$

Family Type	13.84±0.31	20.46±0.56	14.55±0.51	12.56±0.41	4.94±0.28	
Nuclear	15.18±0.73	19.05±1.36	13.83±1.29	13.10±0.93	4.54±0.71	11.32±0.37
Extended	T=-1.532	Z=-1.094	T=0.489	Z=-0.946	Z=-0.442	9.72±0.88
	P=0.127	P=0.274	P=0.625	P=0.344	P=0.659	
Income Level	13.67±0.87	21.03±2.58	16.19±1.26	13.61±0.97	5.58±0.85	12.80±1.27
Income less than expenses ¹	14.20±0.33	20.25±0.57	14.16±0.56	12.15±0.42	4.70±0.31	10.52±0.38
Income equal to expenses ²	13.32±0.69	19.97±1.09	14.73±1.24	14.18±1.19	5.34±0.66	12.77±0.79
Income greater than expenses ³	F=.695	X ² =1.300	F=0.845	X ² =2.574	X ² =2.054	F=4.310
	P=0.500	P=0.522	P=0.430	P=0.276	P=0.358	P=0.014
						2>3
Vaccine Type	14.37±0.33	20.12±0.64	14.61±0.57	12.40±0.42	5.12±0.32	
Live vaccine	13.83±0.57	20.69±0.88	14.09±0.86	13.20±0.81	4.31±0.44	11.29±0.40
Inactivated vaccine	T=0.378	Z=-0.615	T=0.489	Z=-0.731	Z=-1.397	10.69±0.64
	P=0.736	P=0.538	P=0.625	P=0.465	P=0.162	T=0.786
						P=0.432
History of Miscarriage	14.00±0.55	18.58±1.01	15.13±1.08	13.04±0.77	4.95±0.59	11.40±0.77
Yes	14.02±0.33	20.79±0.60	14.20±0.52	12.47±0.43	4.84±0.30	11.00±0.38
No	T=-0.031	Z=-1.634	T=0.811	Z=-0.400	Z=-0.120	T=0.483
	P=0.936	P=0.102	P=0.418	P=0.689	P=0.904	P=0.630

ASS:Anxiety Severity Scale; PSS:Pregnancy Stress Scale; SD:Subdimensions; F=One-Way ANOVA Test; T=Independent Samples Test; Z=Mann-Whitney U Test, X²=Kruskal-Wallis Test; rp:Pearson Correlation; rs:Spearman's Correlation; ASS: Anxiety Severity Scale; PSS: Pregnancy Stress Scale

A low-level positive correlation was identified between the ASS scores of pregnant women and subdimension-1 of the PSS. Additionally, moderate positive correlations were found between subdimensions-1 and 2 of the PSS, as well as between subdimension-3 and the first two subdimensions. Subdimension-4 showed a low-level positive correlation with subdimension-1 and a moderate positive correlation with subdimension-3, while also exhibiting a high-level positive correlation with subdimensions-2 and 5. A high-level positive correlation was observed between subdimensions-3 and 4, along with a moderate correlation with subdimension-5. Lastly, a strong positive correlation was noted between subdimensions-4 and 5 of the PSS (Table 4).

Table 4. Relationship between mean scores of ASS and PSS subdimensions

Scales	1	2	3	4	5	6
Anxiety Severity Scale						1
PSS Subdimension-1 (Stress from safe process)	0.148*	1				
PSS Subdimension-2 (Stress from baby care and safe family relationships)	0.110	0.428**	1			
PSS Subdimension-3 (Stress from the motherhood role)	0.053	0.439**	0.616**	1		
PSS Subdimension-4 (Stress from seeking social support)	0.063	0.207**	0.626**	0.618**	1	
PSS Subdimension-5 (Stress from physical appearance/function changes)	0.109	0.255**	0.622**	0.474**	0.568**	1

*, significant at the 0.005 level; **, significant at the 0.001 level, Spearman's correlation analysis was used; ASS: Anxiety Severity Scale; PSS: Pregnancy Stress Scale

4. DISCUSSION

Stress during pregnancy can harm the health of the mother, the unborn child, and the newborn. Research suggests that prenatal stress is linked to adverse outcomes such as miscarriage, antenatal

bleeding, increased resistance in uterine arteries, hypertensive conditions during pregnancy, placental issues, preterm labor, challenging deliveries, surgical births, restricted fetal growth, low APGAR scores, low birth weight, fetal loss, and postpartum depression (Ortaarık, 2012; Yali & Lobel, 2002). Moreover, a stressful pregnancy can result in long-term health issues that may manifest during childhood, adolescence, and adulthood. Early identification of women at risk allows for preventive interventions and early action. This, in turn, can help prevent or mitigate the adverse outcomes of stress on labor and the postpartum period (Atasever ve Sis, 2018; Woods, 2010).

This study explored the connection between anxiety severity and pregnancy stress among women who received the COVID-19 vaccine and later became pregnant during the pandemic. The results offered valuable insights by analyzing how the descriptive characteristics of pregnant women relate to their levels of stress.

In this study, the average ASS score of the pregnant participants was 14.00 ± 5.00 , suggesting that they generally had moderate levels of anxiety. The absence of a statistically significant association between the descriptive characteristics and ASS scores indicates that more complex factors may be involved. This result suggests that anxiety levels among pregnant women were fairly consistent, irrespective of their demographic characteristics. Similarly, Demirel et al. (2022) observed that pregnant women experienced moderate levels of anxiety during the COVID-19 pandemic.

The study found no significant correlation between the age of pregnant women and their average scores on the ASS and PSS subscales. Likewise, no meaningful correlation was identified between the educational level of pregnant women and their mean scores on these subscales. The literature reflects similar results, showing no significant differences between education level and stress (Çapık, 2013; Shishehgar, 2014; Ahmed, 2017; Bakır, 2021). However, some studies have pointed to different results, suggesting that educational level can influence stress levels (Pais, 2014; Bodaghi, 2017; Sis & Atasever, 2020). These observations imply that the link between educational level and perceived stress in pregnant women might be related to enhanced self-control and higher self-esteem as educational attainment increases.

In this study, it was found that as the weeks of pregnancy increased, stress related to pregnancy, the labor process, and the search for a safe experience for both mother and baby (mean score of PSS SD-1) decreased. Some studies have reported that pregnant women with gestational weeks less than 12 have higher stress levels (Engidaw ve Mekonnen, 2019). Atasever and Sis (2018) also noted a significant difference between gestational weeks and pregnancy-related stress. This finding suggests that with the progression of pregnancy, especially the stress related to pregnancy and childbirth decreases, indicating that stress levels may decrease with increasing adaptation and experience during the pregnancy process. Conversely, Bakır et al. (2021) found no significant difference between the month of pregnancy and the stress observed during pregnancy. In a similar vein, Ahmed et al. (2017) found no association between the trimester of pregnancy and perceived stress levels. However, these studies did not explore the impact of receiving the COVID-19 vaccine, highlighting a distinctive aspect of our research compared to others.

When comparing the employment status with the average scores of PSS SD-1, it was observed that housewives had higher average scores than women working in the private sector. The higher stress

in housewives arising from pregnancy, labor process, and the search for a safe process for both mother and baby may be due to these women spending more time at home and being unable to share their concerns with anyone due to a lack of socialization. It can be considered that housewives' lack of access to current job and social support systems may affect their stress levels. Additionally, in the study by Sis and Atasever (2020), it was found that being employed in an income-generating job did not affect the perceived stress levels before childbirth. Elkin (2015) indicated that the employment status of pregnant women affects their ability to cope with stress and that education provided by the healthcare team can facilitate the reduction of anxiety and make it easier for pregnant women to cope with stress.

It has been determined that those whose income exceeds their expenses have lower stress levels (average score of PSS SD-5) related to changes in physical appearance and function than those whose income equals their expenses. This finding suggests that financial stability is essential for the psychological well-being of pregnant women. The observed difference between those whose income equals their expenses and those whose income exceeds their expenses indicates that economic resources play a critical role in stress management during pregnancy. This suggests that financial security may influence stress arising from physical changes related to pregnancy. In the study by Sis and Atasever (2020), it was observed that pregnant women with poor economic conditions had higher perceived stress levels before childbirth.

The study showed no significant differences among pregnant women based on the type of COVID-19 vaccine they received. Overall, it found that whether the vaccine was live or inactivated had no impact on anxiety and stress levels during pregnancy. Additionally, there were no notable differences when comparing the effects of live versus inactivated vaccines.

Regarding miscarriage, it was determined that having experienced a miscarriage in a previous pregnancy had no effect on the levels of anxiety and stress in the current pregnancy. No studies related to this situation were found in the literature.

The average PSS score for pregnant women was determined to be at a moderate level (62.30 ± 25.61), and a positive correlation was observed among all subdimensions of the PSS. Furthermore, it was noted that as the anxiety levels of pregnant women rose, the mean scores of all PSS subdimensions also increased. Uncertainty is a condition that increases stress levels. In women, this uncertainty is known as the pregnancy period, and it can be thought that this uncertainty increases stress in women. These findings indicate that pregnancy stress is a complex and multifaceted phenomenon, and various stress factors may interact with each other. Although the COVID-19 vaccination status was not investigated, a study by Bakir et al. (2021) reported that the overall average PSS score for pregnant women was 94.96 ± 7.22 (45%). In the research conducted by Tartici and Beydag (2020) during the COVID-19 period, the Perceived Stress Scale score was reported as 32.53 ± 4.7 (with a maximum score of 56), suggesting that perceived stress levels among pregnant women were notably high. In contrast, Baran et al. (2020) found the Perceived Stress Scale score of pregnant women to be 21.0.

In conclusion, this study did not yield significant results regarding the ASS and PSS of pregnant women who received the COVID-19 vaccine before pregnancy; however, many factors affecting the stress levels of pregnant women have been identified, which are believed to illuminate future research. Additionally, the integration of various social, economic, and psychological support systems during pregnancy can be considered an important strategy for improving maternal health.

5. CONCLUSIONS

This research explored the connection between the severity of anxiety and stress related to pregnancy in women who received the COVID-19 vaccine during the pandemic and later became pregnant. It also evaluated how different demographic factors influenced pregnancy stress. The results indicate significant relationships between women's anxiety levels and particular subdimensions of pregnancy stress. No significant differences were identified among pregnant women regarding the type of vaccine administered during the COVID-19 period. This situation suggests that anxiety levels are similar regardless of demographic factors. In the relationship between gestational age and pregnancy stress, it was observed that stress related to pregnancy and the labor process decreased as gestational age progressed. This indicates that increasing adaptation and experience during the pregnancy process may reduce stress levels. A significant difference was found between employment status and pregnancy stress. Different stress levels were observed between housewives and women working in the private sector. It can be inferred that the higher stress levels in housewives may stem from a lack of job and social support systems. A notable difference was found between income level and stress related to physical changes. The difference between those whose income equals their expenses and those whose income exceeds their expenses suggests that financial security may influence stress related to physical changes during pregnancy. High levels of positive relationships were found among the subdimensions of pregnancy stress. This finding demonstrates that different dimensions of pregnancy stress interact strongly with each other and that stress factors are interconnected.

6. RECOMMENDATIONS

Psychological support and stress management programs should be developed for housewives and women in low-income groups. These programs should aim to strengthen social support networks and reduce the stress factors during the pregnancy process. Regardless of income status, financial support and counseling services should be offered to women who struggle to adapt to physical changes during pregnancy. Such support may help alleviate stress caused by physical changes. Education and informational programs regarding the pregnancy process should be organized for both working women and housewives. These programs should be designed to provide information about stress factors related to pregnancy and to teach management strategies. Stress management interventions targeting the various subdimensions of pregnancy stress should be prioritized. Specifically, further research is needed to examine how changes occurring as gestational age advances impact stress levels.

These recommendations present actionable strategies aimed at reducing stress and anxiety levels experienced by women during pregnancy and improving their overall well-being.

REFERENCES

- Ahmed, A. E., Albalawi, A. N., Alshehri, A. A., AlBlaihed, R. M., and Alsalamah, M. A. (2017). Stress And Its Predictors In Pregnant Women: A Study in Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 97- 102. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S131474>
- Arfaie, K., Nahidi, F., Simbar, M., and Bakhtiari, M. (2017). The Role of Fear of Childbirth in Pregnancy Related Anxiety in Iranian Women: A Qualitative Research. *Electronic physician*, 9 (2), 3733- 3740. <https://doi.org/10.19082/3733>
- Atasever, İ., ve Çelik, A. S. (2018). Prenatal Stresin Ana- Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21 (1), 60- 68. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/464386> adresinden alınmıştır.

- Ayvaz, S., Hocaoglu, Ç., Tiryaki, A., ve Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4), 243- 251. <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/352013/trabzon-il-merkezinde-dogum-sonrasi-depresyon-sikligi-ve-gebelikteki-iliskili-demografik-risk-etmenleri-adresinden-alinmistir>.
- Bakır, N., Demir, C., ve Şener, N. (2021). Gebelerin Yaşadığı Stres ve Gebelik Semptomları Arasındaki İlişki. *Karya Journal of Health Science*, 2 (3), 71- 76. <https://doi.org/10.52831/kjhs.974791>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., and Lu, L. (2020). 2019-Ncov Epidemic: Address Mental Health Care to Empower Society. *Lancet*, 395 (10224), 37- 38. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30309-3.
- Baran, G. K., Şahin, S., Öztas, D., Demir, P., ve Desticioğlu, R. (2020). Gebelerin Algılanan Stres Düzeylerinin ve Stres Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Tıp Dergisi*, 45 (1), 170-180. <https://doi.org/10.17826/cumj.633534>
- Bayık, A., Altuğ Özsoy, S., Ardahan, M., Özkahraman, Ş., ve İz, F. (2006). Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2), 1- 12. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29306> adresinden alınmıştır.
- Bodaghi, E., Alipour, F., Bodaghi, M., Nori, R., Peiman, N., and Saeidpour, S. (2017). The Role of Spirituality and Social Support in Anxiety, Depression and Stress Symptoms of Pregnant Women. *Journal of Community Health*, 10 (2), 72- 82. Retrieved from https://chj.rums.ac.ir/article_45789_en.html.
- Bozkurt, Ö. D., Taner, A., ve Doğan, S. (2022). Gebelerin COVID-19 Pandemi Sürecinde Anksiyete Düzeyleri, Baş Etme Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Nursology*, 25 (2), 69- 76. Doi: 10.5152/JANHS.2022.955740.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., and Pop, V. J. (2009). Psychosocial Risk Factors For Depression During Pregnancy. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88 (5), 599- 605. <https://doi.org/10.1080/00016340902846049>
- Cetişli, N.E., Zirek, Z.D., Abali, F.B. (2016). Childbirth and Postpartum Period Fear in Pregnant Women and the Affecting Factors. *Aquichan*. 16 (1), 32- 42. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.1.5.
- Chen, C. H. (2015). Revision And Validation of A Scale to Assess Pregnancy Stress. *Journal of Nursing Research*, 23 (1), 25- 32. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000047>
- Çapık, A., Apay, S. E., ve Sakar, T. (2015). Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (3), 196- 203. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.97570>
- Durmuş, M., Öztürk, Z., Şener, N., ve Eren, S. Y. (2022). The Relationship Between The Fear Of Covid-19, Depression, and Spiritual Wellbeing in Pregnant Women. *Journal Of Religion and Health*, 61 (1), 798- 810. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01448-7>.
- Elkin, N. (2015). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 22- 31. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinsbd/issue/19538/208013> adresinden alınmıştır.
- Engidaw, N. A., Mekonnen, A. G., and Amogne, F. K. (2019). Perceived Stress and Its Associated Factors Among Pregnant Women in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *BMC Research Notes*, 12 (1), 356. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4383-0>
- Fan, H.S.L., Choi, E.P.H., Ko, R.W.T., Kwok, J.Y.Y., Wong, J.Y.H., Fong, D.Y.T., Shek, N.W.M., Ngan, H.Y.S., Li, J., Huang, Y.Y., Ouyang, Y.Q., and Lok, K.Y.W. (2022). COVID-19 Related Fear and Depression Of Pregnant Women and New Mothers. *Public Health Nursing*, 39 (3), 562- 571. <https://doi.org/10.1111/phn.13035>
- George, D., and Mallery, P. (2019). IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429056765>.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., and Katon, W. J. (2010). A Meta-Analysis of Depression During Pregnancy and The Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67 (10), 1012- 1024. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Gurol-Urganci, I., Jardine, J. E., Carroll, F., Draycott, T., Dunn, G., Fremaux, A., Harris, T., Hawdon, J., Morris, E., Muller, P., Waite, L., Webster, K., van der Meulen, J., and Khalil, A. (2021). Maternal and Perinatal Outcomes of Pregnant Women With SARS-Cov-2 Infection at the Time of Birth in England: National Cohort Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225 (5), 522.e1- 522.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.016>
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., and Buitelaar, J. K. (2003). Stress During Pregnancy is Associated With Developmental Outcome in Infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44 (6), 810- 818. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00166>
- Karasek, D., Baer, R.J., McLemore, M.R., Bell, A.J., Blebu, B.E., Casey, J.A., Coleman-Phox, K., Costello, J.M., Felder, J.N., Flowers, E., Fuchs, J.D., Gomez, A.M., Karvonen, K., Kuppermann, M., Liang, L., McKenzie-Sampson, S., McCulloch, C.E., Oltman, S. P., Pantell, M.S., Piao, X., and Jelliffe-Pawlowski, L.L. (2021). The Association of COVID-19 Infection in Pregnancy With Preterm Birth: A Retrospective Cohort Study in California. *The Lancet Regional Health–Americas*, 2, 100027. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100027>
- Khoury, J.E., Giles, L., Kaur, H., Johnson, D., Gonzalez, A., and Atkinson, L. (2023). Associations Between Psychological Distress And Hair Cortisol During Pregnancy And The Early Postpartum: A Meta- Analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 147, 105969. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105969>.
- Köse, S., ve Pasinlioğlu, T. (2015). Gebelere Verilen Doğum ve Doğum Sonu Eğitimin Bu Dönemlere İlişkin Endişeyi Azaltmaya Etkisi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2, 49-63.

- Mélançon, J., Bernard, N., Forest, J. C., Tessier, R., Tarabulsy, G. M., Bouvier, D., and Giguère, Y. (2020). Impact of Maternal Prenatal Psychological Stress On Birth Weight. *Health Psychology: Official Journal of The Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 39 (12), 1100- 1108. <https://doi.org/10.1037/hea0001017>
- Obrochta, C.A., Chambers, C., Bandoli, and G. (2020). Psychological Distress in Pregnancy and Postpartum. *Women And Birth*, 33, 583- 591. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.009>.
- Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., ve Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 16- 20. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/annhealthscires/issue/65336/1006672> adresinden alınmıştır.
- Pais, M., Pai, M. V., Kamath, A., George, A., Noronhna, J. A., Nayak, B. S., ... and Joisa, H. G. (2014). Stress Among Antenatal Women In India. *International Journal of Nursing Care*, 2 (2), 63- 67. 10.5958/2320-8651.2014.01272.1
- Pehlivan, K. (2004). Kadın Psikiyatrik Hastalarının Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olması, AIDS, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırılması Çalışması. [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2021). COVID-19 vaccines, pregnancy and breastfeeding. (Erişim Tarihi: 14.10.2023). <https://www.rcog.org.uk/guidance/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-women-s-health/vaccination/covid-19-vaccines-pregnancy-and-breastfeeding-faqs/>
- Sevindik, F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler [Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Shishehgar, S., Dolatian, M., Majd, H. A., and Bakhtiary, M. (2014). Socioeconomic Status And Stress Rate During Pregnancy In Iran. *Global Journal of Health Science*, 6 (4), 254- 260. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n4p254>
- Sis, Ç. A., ve Atasever, İ. (2020). Gebelerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23 (2), 267- 276. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.622304>
- Şahin, E. M., ve Kılıçarslan, S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-58. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bmj/issue/3764/50054> adresinden alınmıştır.
- Şen, E., ve Şirin, A. (2013). Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Medical Journal*, 19 (3), 159- 163. <https://doi.org/10.5455/GMJ-30-2013-149>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. İnaktif Pandemik Covid-19 Aşısı Uygulama Kuralları. (Erişim Tarihi: 24.10.2023). <https://covid19asi.saglik.gov.tr>
- Tartıcı, E., ve Beydağ, K. D. (2022). Gebelerin Pandemi Sürecinde Algıladıkları Stres ve Psikolojik İyi Oluş Düzeyleri İlişkisi. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4 (1), 42- 49. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1077300>
- Taşkın, L. (2012). Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutları. In: Taşkın L, Eds. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; s. 215- 20.
- Tunay, Ş., ve Pekak, G. S. (2009). Türk Üniversite Öğrencileri Üzerinde Endişe Şiddeti Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (1), 68- 74. <https://tr-scales.arabpsychology.com/wp-content/uploads/pdf/turk-universite-ogrencileri-uzerinde-endise-siddet-olcegi-toad.pdf> adresinden alınmıştır.
- Turan, T. E., ve Çetin, N. (2001). Doğum ve anksiyete üzerine kıyaslamalı bir çalışma. *Türkiye'de Psikiyatri*, 3, 47- 51.
- Ünsa, P. (2012). İş Stresi Algısı ve Başa Çıkma Bireysel Farklılıkların Rolü, Çalışma Yaşamında Davranış, Güncel Yaklaşımlar, İçinde (Ed). Aşkın Keser, Gözde Yılmaz, Senay Yürür, Umuttepe Yayınları, 2. Baskı, İzmit: 387- 422.
- Üst, Z., ve Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2 (3), 306- 317. <https://doi.org/10.17681/hsp.96963>
- Weinstock M. (2005). The Potential Influence of Maternal Stress Hormones on Development and Mental Health of the Offspring. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19 (4), 296- 308. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2004.09.006>
- Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M. Y., and Gavin, A. (2010). Psychosocial Stress During Pregnancy. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 202 (1), 61.e1- 61.e617. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041>
- World Health Organization (WHO). (2020). Q&A: pregnancy, childbirth and COVID-19. (Erişim tarihi: 23.10.2023). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-oncovid-19-pregnancy-and-childbirth>
- World Health Organization. Covid 19 vaccine tracker and landscape (Erişim tarihi: 15.10.2023). <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
- World Health Organization. Health Topics. Immunization. (Erişim tarihi: 15.10.2023) https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
- World Health Organization. Health Topics. Vaccines and Immunization. (Erişim tarihi: 15.10.2023) https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_
- Yali, A. M., and Lobel, M. (2002). Stress- Resistance Resources and Coping in Pregnancy. *Anxiety, Stress, and Coping*, 15 (3), 289- 309. <https://doi.org/10.1080/1061580021000020743>
- Yanikkerem, E., Altıparmak, S., Karadeniz, G. (2006). Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3 (10), 35- 42. <https://doi.org/10.21560/spcd.23200>

Sağlık Turizminin Türkiye'ye Kazandırdıkları

What Health Tourism Benefits to Turkey

Serdar Ündar¹, Mustafa Mete²¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. serdarundar@stu.aydin.edu.tr, 0009-0007-8793-922X² Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul/ Türkiye, mustafamete@aydin.edu.tr, 0000-0002-1332-7905

ÖZ

Gelişmiş ülkelerde yaşlanan nüfus ve sağlık giderlerinin payı sürekli artmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin maliyeti de artmakta ve sağlık sektörü üzerinde baskı oluşturmaktadır. Türkiye sağlık turizmi açısından dünyanın önde gelen ülkeleri arasındadır. Yabancı ziyaretçilerin Türkiye'yi sağlık turizminde tercih etmelerinin önde gelen özellikleri arasında, uygun fiyatlar, ulaşım alt yapı olanakları, tarihi ve kültürel zenginlikleri yer almaktadır. Sağlık turizminin Türkiye'ye kazandırdıklarını incelediğimizde ülkemizin tanıtımına ve uluslararası alanda bilinirliğinin artmasına, yeni işgücü ve istihdam fırsatları yaratmakta ve ülke ekonomisine önemli katkılar sağlamaktadır.

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi
Bölümü, İstanbul/ Türkiye, mustafamete@
aydin.edu.tr, 0000-0002-1332-7905

DOI:

10.5281/zenodo.16921308

Received Date/Gönderme Tarihi:

06.12.2024

Accepted Date/Kabul Tarihi:

14.08.2025.

Published Online/Yayınlanma Tarihi

21.08.2025

Anahtar Kelimeler:

Covid-19, Pandemi, Sosyal Damgalama, Sağlık Personeli

ABSTRACT

In developed countries, the aging population and the share of health expenses are constantly increasing. In this case, the cost of health services is also increasing and putting pressure on the health sector. Turkey is among the leading countries in the world in terms of health tourism. The leading features of foreign visitors' preference for Turkey in health tourism include affordable prices, transportation infrastructure opportunities, historical and cultural riches. When we examine what health tourism has brought to Turkey, it creates new labor and employment opportunities for the promotion of our country and the increase of its awareness in the international arena, and makes significant contributions to the country's economy

Key Words:

Covid-19, Pandemi, Social Stigma, Healthcare Personnel

1.GİRİŞ

Sağlık turizmi, insanların ikamet ettiği yerin dışına tedavi olmayı amaçlayarak yaptıkları seyahat olarak ortaya çıktığı düşünülebilir. Sağlık turizmi, farklı ülkelerden gelen hastaların tanı, tedavi ve rehabilitasyon ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerden yararlanması üzerine kurulu bir turizm türüdür. Bu sayede sağlık kurumları, uluslararası hasta potansiyelinden faydalanarak büyüme ve gelişme imkânı yakalayabilir (Bulut ve Şengül, 2019).

Türkiye, son yıllarda gelişmiş ülkelerdeki kaliteli tıbbi hizmetlerle rekabet edebilecek düzeyde sağlık hizmeti sunmasıyla, dünyanın her yerinden sağlık arayan insanların gözdesi haline gelmiştir. Özellikle 1990'lı yıllardan sonra

kamu sektörünün yanı sıra özel sektörün de sağlık hizmetlerine yaptığı yatırımlar, Avrupa standartlarıyla yarışabilecek özel sağlık tesislerinin sayısında artışa neden olmuştur. Yüksek inşaat ve işletme maliyetleri, sağlık kuruluşlarını dış pazarlara açılmaya teşvik etmektedir. Türkiye’nin Asya, Avrupa ve Afrika kıtaları arasındaki coğrafi konumu, ulaşım imkânları, tarihi güzellikleri, termal kaynakları, gelişmiş tıbbi alt yapısı, uluslararası tıbbi kurumları, nitelikli tıbbi personeli ve diğer imkânları ile sağlık turizmi için ideal bir destinasyon olduğunu göstermektedir (Bulut ve Şengül, 2019).

Bu çalışmada, son yıllarda giderek popüler hale gelen ve önem kazanan sağlık turizminin tarihi gelişimi, bu gelişimi etkileyen faktörler, sağlık turizminin özellikleri, türleri, öne çıkan riskleri ve önündeki engeller gibi konular ele alınmıştır. Farklı kaynaklardan elde edilen bilgiler bir araya getirilerek sağlık turizmi kavramsallaştırılmıştır. Çalışmanın amacı, tıbbi turizm sektörünün mevcut durumunu özetlemek ve günümüzde Türkiye’ye sağladığı faydaları analiz etmektir.

2. SAĞLIK TURİZMİ

2.1. Sağlık Turizminin Tanımı ve Genel Bilgiler

“Sağlık Turizmi” kelimesi 1973 yılında Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (UNWTO) ve Uluslararası Resmi Seyahat Organizasyonu Birliği (IUOTO) tarafından ilk kez kullanılmıştır. Bu ifade, turların düzenlendiği ülkede doğadan, sudan, iklimden ve çevreden yararlanan sağlık tesislerinin kullanılması anlamına gelmektedir. Sağlık turizmi terimi sektörde, sağlık ve turizm motiflerinin bir karışımı olarak kullanılmaktadır (Sezgin, 2021).

Tıbbi hizmetler, diğer endüstriyel ürünlerden farklı olarak, üretildiği yerde tüketilmesi gereken bir özellik taşımaktadır. Dolayısıyla turizmde, ürünün üretildiği yere doğru bir hareket meydana gelmektedir (Baynazoğlu, 2023).

Kısaca “sağlık turizmi” hekimler ve sağlık çalışanları tarafından sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen belirli tedavileri almak için yapılan uluslararası seyahatler olarak nitelendirilmektedir. Bu tıbbi hizmetler içerisinde plastik ve estetik cerrahi, giderek popülerliğini artıran göz kusuru düzeltme ameliyatları, kalp ameliyatları, kanser hastalıkları tedavileri, diş ve çene hastalıkları ve tedavileri, kadın doğum hatta organ nakli hizmetleri gibi tedaviler ön plana çıkmaktadır (Barca vd., 2013).

Günümüzde, termal turizm faaliyetleri, sıcak sular ve çamur, iklim ve deniz tedavileri, mağara ve güneş enerjisi tedavileri gibi sağlıklı insanların ihtiyaç duyabileceği dinlenme ve eğlence hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler, doğal kaynaklar olan sıcak sular, çamur, iklim, deniz, güneş ve mağaralarla ilişkilendirilmiş kaplıcalar ve buna bağlı faaliyetler aracılığıyla sağlık turizmi hizmetlerinin temel unsurlarını oluşturmaktadır (Barca vd., 2013).

Sağlık turizminde sunulan hizmetler; kişiye, hastalık tercihlerine ve kişisel yaşama bağlı olarak değişmektedir. Sağlık Turizminde sunulan sağlığı geliştirmeye, tedaviye ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalananların hizmet kapasiteleri ve sürelerinin özellikleri tablo 1’de görülmektedir (Özkan, 2019).

Tablo 1. Sağlık Turizminde Sunulan Tıbbi Hizmet Türlerinin ve Yararlanıcıların Özellikleri

	Sağlığı Geliştirmeye Özgü Hizmetleri	Tedaviye Özgü Hizmetleri	Rehabilitasyon Hizmetleri
Hizmetten Faydalananlar	*Orta ve üst seviye gelir grupları *Sağlıklı bireyler *Bütün yaş grupları	*Orta ve üst düzey gelir grupları *Orta ve üzeri yaş grupları *Seyahat edebilecek kadar sağlıklı gruplar *Değişken sağlık riski grupları	*Üst seviye gelir grupları *Özel ihtiyaçlar *Düşükten orta düzeye sahip sağlık riski *Yaşlı *Madde bağımlısı
Hizmetin Kapasitesi Gerekleri	*İyi bir temel sağlık hizmeti sunumu *Hastane hizmetlerine yönelik beklentilerin artması	*Uzman Doktor *Müdahalelerden destek tedavilerine kadar çeşitli ihtiyaçlar *İleri düzeyde teknoloji	*Yüksek düzeyde teknoloji *Uzman Doktor *Temel sağlık hizmetleri *Tıbbi tedaviden ziyade terapötik müdahaleler
Süre	*Bu alınan hizmete veya hizmeti alan kişiye göre değişmektedir.	*Tahmin edilebilir *Takip gerektirilebilir *Daha kısa	*Daha uzun *Değişken

2.2. Sağlık Turizminin Günümüzdeki Önemi

Günümüzde sanayileşme, plansız kentleşme, hızlı nüfus artışı ve çevre kirliliği gibi gelişen koşulların insan sağlığını bozduğu bilinmektedir. İnsanların hastanelerin ve doğal çevrelerin desteklerinden faydalanmak için daimî ikamet yerlerini terk ettiklerini görmekteyiz. Bu aşamada insanların sağlıklarını korumak veya bozulan sağlığına tekrar kavuşmak için tıbbi tedaviden veya doğal çevreden yararlanmaya yönelik adımlar atması sonucunda sağlık turizmi ortaya çıkmaktadır (Kaya, 2022).

Gelişmiş ülkelerde eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlık hizmetleri maliyetleri de artmaktadır. Bu nedenlerden dolayı gelişmiş ülkeler, vatandaşlarını bu hizmeti daha düşük maliyetlere satın alabilecekleri ülkelere yönlendirmeyi tercih etmektedir. Son yirmi yıldır termal sağlık hizmeti, tüm dünyada geleneksel ve vazgeçilmez bir alternatif tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir. Türkiye, jeotermal kaynaklar bakımından oldukça zengin bir ülkedir ve bu alanda Avrupa ülkeleri arasında birinci, dünya genelinde ise ilk yedi ülke arasında yer almaktadır. Ülkemizde 1500'den fazla termal kaynak bulunmaktadır. Avrupa'da ise Almanya, Avusturya, Fransa, Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve Romanya gibi ülkeler termal turizmden önemli gelir elde ederek bu alanda öncü konumdadırlar (Akdoğan ve Hiçyorulmaz, 2018).

Dünya çapında yaklaşık 500 milyon kişinin medikal turizmi kullandığı tahmin edilmektedir. Genel anlamda sağlık hizmetlerinde medikal turizmin gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biri ülkeler arasındaki fiyat farklılıklarının olmasıdır. ABD ve Avrupa'da sağlık hizmetlerinin özel sektöre kayması nedeniyle artan sağlık harcamaları ve refah devleti yaklaşımına sahip ülkelerdeki uzun bekleme süreleri nedeniyle, sağlık turizmi destinasyonları için söz konusu ülkeleri medikal pazar haline getirmektedir. Ayrıca, bazı Avrupa ülkelerinde kozmetik, diş bakımı ve plastik cerrahinin sigorta kapsamı dışında tutulması, bu ülkelerde yaşayanların daha ucuz sağlık hizmeti almaya yönlendirmiştir. Türkiye, Amerika ve Avrupa standartlarına uygun, yeterli ve kaliteli medikal turizm hizmeti sunmanın yanı sıra, kültürel açıdan da sağlık turistleri için cazip bir ülkedir. Sağlık hizmetlerinde kısa bekleme süreleri ve kaliteli hizmet Türkiye'nin tercih edilmesindeki en büyük etkidir (Coşkun, 2023).

3. SAĞLIK TURİZMİ UYGULAMALARI

3.1. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Günümüzde sağlık turizmi denildiğinde ilk olarak akla genellikle kaplıca turizmi ya da termal turizm gelmektedir. Ancak, son yıllarda sağlık turizmi kavramı, sağlıkla ilgili hizmetler almak amacıyla yurtdışına yapılan seyahatleri ifade etmektedir. Kültür ve Turizm Bakanlığı’na göre sağlık turizmi çeşitleri arasında, sağlık turizmi, SPA (kaplıca - termal+SPA - Wellness) turizmi ve yaşlılara bakım amacıyla ziyaretleri kapsayan düzenli bir turizm hareketi yer almaktadır. Sağlık turizmi, turizm türleri arasında önemli bir yer tutmakta olup günümüzde hala büyük ilgi gören bir turizm türüdür (Bektaş, 2022).

3.1.1. Medikal (tıp) turizmi

Medikal turizm, genellikle yüksek gelir seviyesine sahip olan ülkelere daha düşük veya orta gelire sahip ülkelere daha uygun fiyatlarla sağlık hizmeti almak amacıyla yapılan seyahatleri ifade etmektedir. Bu seyahatler, hastaların tedavi hizmetlerini almak için ikamet ettikleri ülkelere başka bir ülkeye gitmelerini içermekte ve genellikle tıp doktorları tarafından uygulanan tedavileri kapsamaktadır (Kördeve, 2016).

Medikal turizm sağlık turizmi içinde tıbbi tedavi uygulamalarını içeren faaliyetlerdir. Bu içerikte Göz hastalıkları, diş tedavileri, ortopedi, kalp-damar hastalıkları tedavi ve cerrahisi, estetik cerrahi, plastik cerrahi, tüp bebek uygulamaları, kanser tedavisi, organ nakilleri vb. tüm tıbbi hizmetler yer almaktadır (Şak, 2021).

Tablo 2. Dünya’da Medikal Turizmde Öne Çıkan Ülkeler

Asya/Orta Doğu	Amerika	Avrupa	Afrika
- Türkiye	- ABD	- Almanya	- Güney Afrika
- Çin	- Arjantin	- Belçika	- Tunus
- Güney Kore	- Brezilya	- Çek Cumhuriyeti	
- Hindistan	- Ekvator	- İsviçre	
- İsrail	- Kanada	- İtalya	
- Birleşik Arap Emirlikleri	- Kolombiya	- İspanya	
- Malezya	- Kosta Rika	- Polonya	
- Singapur	- Meksika	- Portekiz	
- Tayland			

(Kaynak: TÜSİAD, 2019)

Günümüzde, dünya çapında yaklaşık 30 ülkede tıp turizmi önemli bir yere sahiptir. Bu ülkeler arasında gelişmekte olanlar olduğu gibi gelişmiş ülkeler de bulunduğu tablo 2’de görülmektedir (TÜSİAD, 2019).

Ülkeler	Fiyat Farklılığı	Uzun Bekleme Süresi	Tıbbi Teknolojik Yetersizlik	Sağlık Çalışanlarının Üst İhtisas Yetersizliği	Akrabalık İlişkileri	Diyaşpora	Sigorta Kapsamında Olmayan İşlemler	Özellikli Tedavi Seçeneklerine olan İhtiyaç	Sosyo-Kültürel Benzerlik	Geleneksel Turizm Olanakları
Almanya	*	*				*	*			*
Rusya			*	*			*	*		*
İngiltere	*	*				*	*			*
ABD	*						*			*
Libya			*	*				*		*
Hollanda	*	*				*	*			*
Fransa	*	*				*	*			*
Bulgaristan			*	*	*			*	*	*
Yunanistan			*	*	*			*	*	*
Suriye			*	*	*			*	*	*
Azerbaycan			*	*	*		*	*	*	*
Orta Asya Ülkeleri			*	*	*		*	*	*	*
Orta Doğu Ülkeleri			*	*				*	*	*

Resim 1. Türkiye'ye Doğru Hasta Hareketliliği (Kaynak: Özçelik vd., 2021)

Yukarıdaki resim 1 'i genel olarak incelediğimizde, Türkiye'yi gelişmiş ülkelerin geleneksel turizm olanakları, fiyat farklılığı ve sigorta kapsamında olmayan işlemler sebebiyle tercih ederken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık çalışanlarının üst ihtisas yetersizliği, tıbbi teknolojik yetersizlik, özellikli tedavi seçeneklerine olan ihtiyaç, akrabalık ilişkileri ve sosyo-kültürel benzerliği sebepleri nedeniyle tercih ettiklerini söylemek mümkündür (Özçelik vd., 2021).

3.1.2. Termal (kaplıca) / SPA-Wellness turizmi

Tıbbi turizmin önemli bir dalı olan hidroterapi, sıcak ve soğuk maden sularının tıbbi amaçlarla içme ve haricen kullanımıyla turistlere yönelik ulaşım ve konaklama ihtiyaçlarını da karşılayan çok yönlü bir turizm türüdür. Başka bir deyişle, hidroterapi, suyun ısı, mineral ve radyoaktivite gibi özelliklerinin tıbbi tedavide kullanılmasıdır. Bu tedaviler bilimsel ilkelere dayalı olarak yürütülmektedir (Akbulut, 2010).

SPA, Latince “Salus Per Aquam” kelimelerinin baş harflerinden oluşan bir kısaltmadır ve “sudan gelen sağlık” anlamına gelir. Kökeni Romalılara kadar uzanan SPA, su terapileri ve çeşitli uygulamalarla şifa ve rahatlama sunan bir gelenektir. Suyla şifa, sıcak veya soğuk su kullanımından gelen sağlık farklı şekillerde (dökme, damlama, duş alma, püskürtme) uygulamasıyla elde edilen dinlenme ve rahatlama duygularının elde edildiği bütünleştirici terapi anlamında kullanılmaktadır (Çiçek ve Avderen, 2013).

Termal turizm ve SPA-Wellness uygulamaları, farklı hizmet çeşitlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bunlar arasında kaplıca turizmi (termalizm), temiz hava terapisi (klimatizm) ve meyve-sebze kürleri (üvalizm) gibi çeşitli sağlık ve iyileştirme hizmetleri bulunmaktadır (Bozca vd., 2017). Wellnes, İyi olma hali olarak da tanımlanan mutluluk, aynı zamanda bireyin kendisiyle ve çevresiyle olan fiziksel, zihinsel ve ruhsal uyumunu ve dengesini de belirlemektedir. Bu merkezlerin birçoğunda kozmetik ve güzellik bakımları kapsamında vücut bakımı hizmetleri, yosun ve çamur banyosu uygulamaları, küvet terapisi ve deniz şifası (talassoterapi) uygulanmaktadır (Demirezen, 2021).

Türkiye'nin kaplıca haritasında görüldüğü üzere Türkiye'de çok sayıda kaplıca kaynağı bulunmaktadır ve dolayısıyla turizmi etkileyen bir diğer kaynak da kaplıcalardır (Reşitoğlu, 2023).



Şekil 2. Türkiye'nin Kaplıca Haritası (Kaynak: Reşitoğlu, 2023)

3.1.3. Yaşlı / ileri yaş turizmi

Yaşlı/ileri yaş turizmi bakıma muhtaç olan yaşlıların ikamet ettikleri yerlerden başka şehirlere veya ülkelere sağlıklarını koruma, iyileşme, rehabilitasyon ve gelişim amacıyla çoğu zaman turizm şirketleri anlaşmalarıyla yaşlı bakımı ve turizmi birleştirerek geçici veya kalıcı konaklamalarıdır (Bozca vd., 2017).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizin de yaşlı nüfusundan bahsettiğimizde 65 yaş ve üzeri insanlardan bahsediyoruz. Gelişmiş ülkelerde doğum oranlarının azalması ve yaşam süresinin uzaması, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranının arttığı anlamına gelmektedir. Yıllar itibarıyla 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranına baktığımızda 2015 yılında yüzde 8,2 olan bu oranın 2021 yılında yüzde 9,7'ye yükseldiğini görüyoruz Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus oranı TÜİK nüfus projeksiyon verilerine göre; 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6, 2080 yılında ise %25 artması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletlere göre 65 yaş ve üzeri insan sayısı 2050 yılına kadar artacak, nüfusun (65 yaş ve üzeri) 2 milyar seviyesine yaklaşacağı öngörülmektedir (Bektaş, 2022).

Tablo 3. Türkiye’de Yıllara Göre 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Nüfusun Toplam Nüfus İçinde Oranı

YIL	Toplam (%)	Erkek (%)	Kadın (%)	Erkek	Kadın	Toplam
2015	8,2	7,2	9,3	2.843.442	3.651.797	6.495.239
2016	8,3	7,3	9,4	2.919.392	3.732.111	6.651.503
2017	8,5	7,5	9,6	3.033.433	3.861.952	6.895.385
2018	8,8	7,7	9,8	3.170.132	4.016.072	7.186.204
2019	9,1	8	10,2	3.337.260	4.213.467	7.550.727
2020	9,5	8,4	10,6	3.513.892	4.439.663	7.953.555
2021	9,7	8,6	10,9	3.654.709	4.590.415	8.245.124

3.1.4. Engelli turizmi

Turizm farklı kişiliklere sahip insanların katıldığı bir sektördür. Bu durumdan dolayı turizm endüstrisinin sosyal yapısı çok çeşitli insanlardan oluşmaktadır. Bu bağlamda, turizm faaliyetlerine katılımın sadece yeni yerler keşfetmenin ve dinlenmenin ötesinde önemli bir sosyal işlevi de olduğunu söyleyebiliriz. Topluma dahil olmak ve entegrasyon, engelli bireyler için hayati önem taşır ve bireyin daha da gelişmesini sağlamak açısından çok önemlidir. Bu nedenle engellilerin turizmden dışlanmaması, turizm faaliyetlerine daha fazla entegre olmaları son derece önemlidir (Hamarat vd., 2017).

Engelli bireylerin topluma katılımı çağdaş toplum olmanın önemli bir göstergesidir. Bugün dünyada çok sayıda engelli birey bulunmakta olup sayıları her gün artış göstermektedir. Dünya Bankası ve DSÖ ile ortaklaşa yapmış oldukları araştırmaya neticesinde bugün dünya üzerinde 1 milyar engelli bulunduğu görülmektedir (Bulgan, 2015).

3.2. Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan tüm harcamaları kapsayan bir terimdir. Bu harcamalar sadece hastalıkları tedavi etmek için yapılanları değil, aynı zamanda sağlığı korumayı ve geliştirmeyi amaçlayanları da içermektedir (Kostak, 2007).

Nüfusun yaşlanması, gelişmiş ülkelerde sağlık bakımı taleplerinde ve harcamalarında önemli bir artışa neden olmaktadır. Bu artışın getirdiği yüksek maliyetler hem sosyal güvenlik kurumlarını hem de özel sigorta şirketlerini, yüksek standartlarda tıbbi hizmet sunan komşu ülkelerle sabit oranlı anlaşmalar yapmaya yönlendirmektedir (Karababa, 2017).

Türkiye’de sağlık harcamaları kamu sektörü tarafından genel sağlık sigortası veya özel sigorta şirketleri aracılığıyla finanse edilmektedir. Kamu veya özel sağlık sigortası kapsamına girmeyen masrafları hasta bizzat ödeme yapmaktadır. Ayrıca saç ekimi ve estetik operasyonlar gibi plastik cerrahi gerektiren bazı işlemler de SGK kapsamı dışındadır. Bu nedenle hastalar genellikle bu hizmeti özel sektörü kullanmayı tercih ederek özel sigorta aracılığı veya cebinden ödeme yapmaktadır (Aslan, 2019).

Tablo 4. Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (TL)	Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%)
2002	18.774	284	5,2
2003	24.279	363	5,1
2004	30.021	444	5,2
2005	35.359	517	5,2
2006	44.069	636	5,5
2007	50.904	726	5,7
2008	57.740	813	5,8
2009	57.911	804	5,8
2010	61.678	843	5,3
2011	68.607	924	4,9
2012	74.189	987	4,7
2013	84.390	1.108	4,6
2014	94.750	1.228	4,6
2015	104.568	1.337	4,4
2016	119.756	1.511	4,6
2017	140.647	1.751	4,5
2018	165.234	2.030	4,4
2019	201.031	2.434	4,7
2020	249.932	2.997	5
2021	353.941	4.206	4,9
2022	606.835	7.141	4

(Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2002-2022)

Tablo 4’deki sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler incelendiğinde, her yıl toplam sağlık harcamalarında devamlı bir artış olduğu görülmektedir. Her yıl kişi başı sağlık harcamalarında ise bir önceki yıla göre artış göstermektedir. Tek istisna olarak 2009 yılında bir önceki yıla göre düşüş görülmüştür. Ancak, Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya (GSYH) Oranları incelendiğinde 2010 yılından sonra düşüş yaşandığı görülmektedir. %5,8 oranı ile 2008 ve 2009 yıllarında en yüksek seviyelere ulaşırken, 2022 yılında ise 4,0 oranıyla en düşük seviyeyi görmüştür.

3.2.1. Kamu sektörü

Sağlık Bakanlığı, sağlık turizminin ana aktörü olarak, sağlık tesislerinin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerinin sunulması ve etkin bir şekilde sürdürülmesi için gerekli tedbirleri atmaktadır. Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) 2015 yılında kurularak politika yapıcı bir organ haline gelmiştir. Sağlık turizmi sektöründeki kuruluşlar ve hizmet sağlayıcılar arasındaki koordinasyonu güçlendirmek için 2017 yılında sekiz (8) Sağlık Turizmi Bölge Koordinatörlüğü kurulmuştur. Sağlık turizmini geliştirme programı eylem planına istinaden istatistiki altyapının iyileştirilmesi için yurt dışı hasta takip sistemi kurularak Ülkemizdeki 81 ilde sisteme veri girişi gerçekleştirilmektedir. Ücretler, konaklama seçenekleri, ulaşım gibi sağlık turizmine ilişkin her türlü bilginin yer aldığı “Sağlık Turizmi Portalı” da tamamlanarak Bakanlık olarak kullanıma açılmıştır (Doğan, 2019).

3.2.2. Özel sektör

Özel sektörde sağlık turizmi aktörleri arasında özel sağlık kuruluşları (hastaneler, tıp merkezleri vb.), vakıf üniversitesi hastaneleri, medikal turizm oteli, turizm acenteleri, aracı kurumlar, sigorta şirketi ve ulaştırma şirketleri yer almaktadır. Özel sektörde etkin bir rol oynayan bu stratejik aktörler, tıbbi turizm alanında faaliyet gösteren ve sağlık turistleriyle doğrudan temas halinde olan aktörlerdir. Sigorta şirketleri medikal turizmin gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Medikal turizmin en ciddi sorunu sosyal güvenlik sağlık haklarının yurtdışına aktarılmasıdır. Pek çok sigorta şirketi şu anda yurtdışındaki tedavileri poliçelerinin dışında tutmaktadır. Bu nedenle yurt dışında tedavi görmek isteyen kişilerin seyahat masraflarını da içeren bir gider raporu hazırlaması gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde tıbbi harcamaların ve tıbbi hizmetlerin maliyetinin artmasının sigorta şirketlerine getirdiği yük nedeniyle bazı sigorta şirketleri, uluslararası sağlık hizmeti sunan şirketlerle anlaşma yapma fırsatı aramaktadır. Sigorta poliçenizi düzenleyen şirket veya kişiler, sigortanıza tedavi seçeneklerini ve yurt dışı seyahat masraflarını da eklemektedir. Bu durumda hem işveren hem de çalışan açısından yıllık sigorta priminde azalma beklenebilir. Daha fazla sigorta şirketiyle yapılan ikili ticaret anlaşmaları, Türkiye’ye daha fazla medikal turistin gelmesine yol açmaktadır (Doğan, 2019).

Türkiye’de 1980’li yıllarının sonlarından itibaren özel sektörün sağlık alanında yapmış olduğu yatırımlar başlamıştır. 2000’li yıllarda ise Özel sektör tarafından sağlık yatırımlarının neredeyse %70’i finanse edilmekteydi. Özel sektör tarafından sağlık sektöründeki yatırımların artması hem sağlık alanındaki sağlık personeli sayısının artmasına hem de sunulan hizmetin kalitesinin artmasına sebep olmaktadır. Özel sektör sunmuş olduğu hizmetin kalitesini belgeleme çalışmalarını hızlandırmaktadır (Canver, 2015).

3.2.3. Seyahat acenteleri

Seyahat şirketleri sağlık turizminde önemli bir rol oynamaktadır. Yerli ve yabancı Turistlerin yönlendirilmesinde ve ülkemize çekilmesinde önemli rol oynamaktadır. Özellikle yabancı turistleri misafirperverlikle karşılıyor, ülkemizin doğal güzelliklerini tanıtım yapmakta çok önemli görevleri vardır. Turizm sektöründe önemli bir yeri olan reklam faaliyetlerine katkıları en temel rolleri arasındadır. En basit haliyle sağlık turizmi acentesi, sağlık turistlerinin seyahatleri sırasında yaşadıkları tüm deneyimlerin planlanması ve yürütülmesi sürecini yönetmektedir. Bu Sağlık turizmi acenteleri birçok açıdan bu alanda önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Çünkü sağlık turizmi bağlamında sadece iyi tıbbi hizmetlerin sunulması uygun ve yeterli görülmemektedir. Sağlık turistlerinin seyahatleri boyunca tüm temas noktalarında iyi bir deneyim yaşamaları gerektiği vurgulanmalıdır.

Tüm temas noktalarının ve burada gerçekleşen süreçlerin doğru planlanması ve doğru yürütülmesi, sağlık turistlerinin yaşayabileceği para ve zaman kaybının önüne geçecektir. Sağlık turizmi acentelerinin büyük çoğunluğu sağlık turizmi alanındaki tecrübelerini aktarmaktadır. Bu nedenle seyahat planlama, ulaşım hizmetleri, konaklama ve seyahat deneyimlerini kapsayan kapsamlı hizmetleri en iyi ve kaliteli şekilde koordine eden profesyonel şirketler olarak öne çıkıyorlar. Sağlık turizmi acenteleri, üstlendikleri sorumluluklar ve tecrübeleri ile sağlık turistine sundukları hizmetlerden sağlık turistinin memnuniyetinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır (Berksoy, 2022).

3.3. Türkiye’de Sağlık Turizmi

Anadolu, binlerce yıldır bölgenin tıbbi merkezi olarak kabul edilmiştir. Türkiye’nin tıbbi hizmetlerinin geleneksel örnekleri arasında kaplıcalar, tarihi şifa evleri ve Türk hamamları yer almaktadır. Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde ve Türkiye Cumhuriyeti’nin 80’li yıllarında Türk halkı ve ülkemize gelen turistler, iyi eğitilmiş doktorlardan, modern hastanelerden ve ileri tıp hizmetlerinden yararlanmaktadır. Uygulanan ve tüm bu deneyimlerden faydalanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı-SDP” ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinde önemli bir gelişme ve ilerleme kaydedilmiş ve ülkemiz dünya çapında örnek gösterilmektedir (Aydın, 2014).

Türkiye’de sağlık ve turizm alanında planlama ve tanıtım faaliyetlerini Devlet Planlama Teşkilatı yürütmektedir. Kültür ve Turizm Bakanlığı, turizm sektörüne doğrudan hizmet veren; konaklama ve seyahat işletmeleri gibi işletmeleri yöneten, yönlendiren ve denetleyen kurumdur. Sağlık Bakanlığı, tıbbi tesislerin planlanması oluşturulması, sağlık personelinin eğitimi ve istihdamı, kamu sağlığı hizmetlerini denetleme gibi görevleri üstlenir. Turistlere etkili ve kaliteli turizm sağlığı hizmetleri sunmak için iki Bakanlık arasında koordineli bir çalışma gereklidir. Bu alandaki çalışmalar, Milli Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen kalkınma ve yatırım planlarında yer almaktadır (Aydın, 2012).

3.3.1. Türkiye’de sağlık turizminin yeri

Turizm kapsamında her yıl 30 milyon kişinin daha uygun ücretlerle ve kısa bekleme süreleriyle sağlık hizmeti alabilmek için ülkelerini terk ettiği tahmin edilmektedir. Tüm Dünya’da Sağlık turizmine harcanan para yaklaşık olarak 500 milyar Amerikan doları olarak bilinmektedir. Ülkemiz, yaklaşık 57 ülkede 1 milyar insanın 4 saatlik uçuş mesafesinde ziyaret edebildiği stratejik bir coğrafi konumdadır. Ülkemizde, dünyanın 120 ülkesine, 299 şehrine, 302 havalimanına uçuş yapabilen bir milli havayolu

şirketi olan Türk Hava Yolları şirketi ile ulaşım rahatlığı sağlaması nedeniyle sağlık turizmi için en uygun destinasyondur. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SPD) ile elde edilen sağlık sunumu kalitesi sayesinde ülkemiz, son yıllarda vatandaşlarına hak ettikleri sağlık hizmetini sunmanın yanı sıra sağlık turizmi potansiyelini de hızla geliştirerek en çok tercih edilen sağlık turizmi ülkeleri arasına girmiştir. Amacımız dünya çapında, özellikle de komşu ülkelerdeki insanların kaliteli, hızlı ve etkili tıbbi hizmet ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamaktır (USHAŞ, 2024).

Küresel turizm sektöründe önemli bir konuma sahip olan Türkiye, farklı tüketici zevklerine hitap etmek ve ekonomiye yeni faydalar sağlamak amacıyla sağlık turizmine giderek daha fazla odaklanmaktadır. Farklı bütçelere uygun seçenekler, iyi eğitilmiş profesyoneller ve kaliteli hizmet koşulları gibi önemli noktaların yanı sıra, diğer bazı avantajlar da şunlardır (Ağaoğlu vd., 2019);

- Ülkemizde tıbbi hizmetlerin maliyeti diğer ülkelere göre düşüktür.
- Türk sağlık tesisleri yeterli kapasiteye ve iyi eğitilmiş profesyonellere sahiptir.
- Türkiye Asya, Avrupa ve Arap ülkeleri vatandaşları için elverişli bir konumdadır.
- Ülkemizde çalışanların yabancı dil bilmesi önemlidir.
- Ülkemizde önemli SPA ve sıcak (termal) banyo tesisleri bulunmaktadır.
- Ülkemizde saç ekimi, tüp bebek tedavileri, göz ameliyatı gibi tedaviler kilit sağlık merkezleri tarafından sağlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bu faydaların yanı sıra yayınladığı raporda “Sağlık Turizmi için Neden Türkiye?” sorusunu da aşağıdaki görselde görüldüğü gibi; uygun fiyat, kısa bekleme süresi, derin kültürel miras, bireye özel hizmet ve dünya standartlarında kalite ile Türkiye’nin rekabetçilik unsurları ile yanıtlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012).



Şekil 3. Sağlık Turizminde Türkiye’nin Rekabetçilik Unsurları (Sağlık Bakanlığı, 2012)

3.3.2. Sağlık turizminin Türkiye’deki yapısı

Ülkemizde hizmet veren sağlık tesisleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından 15.09.2024 tarihinden itibaren uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi almaya hak kazanan tesisler, tablo 5’ te gösterilmiştir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

Tablo 5. Sağlık Turizmi Yetki Belgesi Almaya Hak Kazanan Sağlık Tesisleri ve Aracı Kuruluşlar

Özel Tıp Merkezi	Muayenehane	Diğer Sağlık Tesisleri	Hastane	Aracı Kuruluş
190	2.570	1.318	653	1.195

(Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024)

Hizmetlerin daha iyi verilebilmesi için koordine edilen “Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezi Yapısı” şekil 4’ te görülmektedir.

**Şekil 4.** Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezi Yapısı (Sağlık Bakanlığı, 2024)

Sağlık turizminin geliştirilmesi amacıyla, 2023 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 1.343 sağlık kurumu ve 424 aracı kuruluşa uluslararası sağlık turizmi lisans belgesi verilmiştir. Bu belge alan sağlık kurumları ve aracı kuruluşlar, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) tanımlamalarıyla Sağlık Tesisleri Denetim ve İzleme Sistemi (DEN-İZ) entegrasyonunu sağlayarak denetim ve performans izleme süreçlerine tabi tutulmuşlardır. Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezi tarafından, özellikle Arapça, İngilizce ve Rusça olmak üzere toplam 31.472 çağrı yanıtlanmıştır. Ayrıca, Adana, Ankara, Antalya, Balıkesir, Bursa, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Konya, Mersin ve Van illerindeki kamu sağlık tesislerinde göçmen sağlığı, hasta servis süreci, sağlık turizmi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda 1.500 sağlık personeline rehberlik ve danışmanlık hizmetleri verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2024).

Türkiye sağlık turizm sektöründe başarısının gerekliliği olan birçok şartı karşılamaktadır. Türkiye'nin dünya coğrafyasındaki konumu, tıbbi hizmetler, küresel standartlardaki hastanelerin teknik donanımı, hekim kalitesi ve insan kaynağı, yetenekleri açısından mevcut turizm potansiyelini yansıtmaktadır. Türkiye'nin dünyanın 7. büyük jeotermal kaynaklarına sahip olması ve Avrupa'da yaşamayı tercih eden Türk vatandaşlarının Türkiye'de sağlık hizmeti alma eğilimiyle birleştiğinde ülkemizin avantajlarını oluşturur (Şahbaz vd. 2012).

Ülkemizde son dönemde özel hastanelerin sağlık turizmi konusuna daha fazla ilgi göstermesiyle medikal turizm daha da hareketlenmiştir. Özel hastanelerde A sınıfına sahip hastaneler başta olmak üzere birçok hastane, sağlık turizmi hizmetlerini hastalara daha iyi hizmet verebilmek için küresel düzeydeki medikal turizm fuarlarına katılmaya ve kendi bünyesinde “yabancı hasta departmanları” oluşturmaya başlamıştır. Medikal turizm hizmeti özel ilgi gerektiren ve güvene dayalı bir eğilim olduğundan bu

hizmetlerin oluşturulması hastaların işini büyük ölçüde kolaylaştırmıştır. Yabancı hastalara yönelik bölümlerin kurulması, yabancı sağlık hizmeti almak isteyen hastalarının ülkemize gelirken tereddütlerini biraz da olsa azaltmış ve ilk adımlarını kolaylaştırmıştır (Şahbaz vd. 2012).

3.3.3. Sağlık bakanlığı

Devlet, sağlık tesislerinin hizmet sunabilmesi ve tıbbi hizmetlerin en verimli ve etkin şekilde sürdürülebilmesi için gerekli yasal zeminde düzenlemeler yapmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığının görevi koruyucu, acil ve tedavi edici sağlık hizmetlerini devlet adına yürütmektir (Özcan, 2014).

Sağlık turizmi hizmetlerinin Ülkemizde tek bir merkezden yönetilmesi amacıyla “Sağlık Turizmi Birimi” Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 31 Mart 2010 tarih ve 18529 sayılı Genelgesiyle oluşturulmuştur. Bu birim Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne Mayıs 2011’de Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü göreviyle devredilmiştir. 02 Kasım 2011 tarihinde Resmî Gazete ile 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemleri yapmak ve ilgili kurumlarla koordinasyonunu sağlamak” amacıyla Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı’nın görevleri: (10.01.2020 tarihli ve 244 sayılı yönerge)

- Medikal turizm ve turizmin sağlıkla ilgili hizmetlerini planlar ve gerekli izinleri verir,
- Medikal turizm ile ilgili iş ve işlemlerin ilgili kurum ve kuruluşlarla istişarede bulunarak yürütülmesi,
- Sağlık turizmi sektöründe yaşlı ve engelli turizmi ile termal turizm ile ilgili termal SPA, dinlenme barları ve iklim terapi merkezlerinin (Klima Merkezleri) faaliyetlerini denetlemek,
- Yurt dışından tedavi amacıyla ülkemize gelen hastaların medikal turizmi kabul kriterlerini belirlemek ve hastaların taleplerini göz önünde bulundurmak,
- Sağlık turizmi ve Wellness turizmi kapsamında hastalara gerekli destek ve danışmanlık hizmetlerini sağlamak ve bunların kayıtlarını tutmak,
- Tıp dışı alanlarla ve bu alanlarda sunulan tıbbi hizmetlerle ilgili iş ve işlemleri yönetmek,
- Sağlık sektöründe karşılıklı anlaşmalar çerçevesinde ülkemize gelen hastaların işlemlerini yönetmek, uygun görülen tedavileri planlamak ve koordine etmek.

3.3.4. Sağlık Turizm İstatistikleri

Yabancı ziyaretçiler

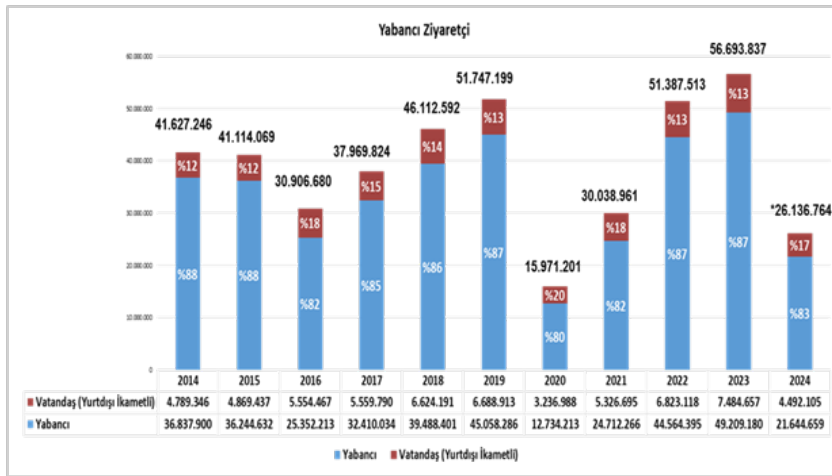
Uluslararası Ziyaretçi; Daimî ikamet ettiği yer ve yaşadığı çevre dışında bir ülkeyi para kazanma amacı gütmeksizin, 12 ayı geçmeyen bir süreyle ziyaret eden kişidir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2023).

Turist; Ziyaret ettiği ülkede en az bir gece özel (ikinci konut, arkadaş veya akraba evi vb.) veya kamuya açık konaklama tesislerinde konaklayan kişidir.

Günübirlilikçi;

- Bir geceyi aşmayan ziyaretlerde özel veya kamuya ait konaklama tesislerinde konaklamayan ziyaretçiler.
- Gemi ile ülkeye gelen ve geceyi gemide geçirip aynı gemiyle geri dönen yolcular.
- Toplu halde trenle seyahat eden ve gecelemeleyen yolcular
- O ülkede ikamet etmeyen ve gün boyunca kalan mürettebatı da kapsayan durumlar (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2023).

Ülkemizi 2014 yılından 2023 yılına kadar ziyaret eden vatandaş (Yurtdışında ikameti) ve yerli olmayan (yabancı) ülke vatandaşlarının sayıları şekil 5’de görülmektedir.



Şekil 5. Yıllara Göre Yabancı Ziyaretçi Sayıları (Kaynak: Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2023, Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2024 Yılı Ocak-Haziran Verileridir.)

2023 yılında Türkiye’yi en fazla ziyaret eden ülkeler; 6.313.674 kişi Rusya Federasyonu, 6.193.259 kişi Almanya, 3.800.922 kişi İngiltere (Birleşik Krallık), 2.893.092 kişi Bulgaristan, 2.504.494 kişi İran ülkelerinden gelmiştir.

Tablo 6. 2023 Yılında Türkiye’yi En Çok Ziyaret Eden İlk Beş Ülke

S. NO	ÜLKE	GELEN ZİYARETÇİ
1	Rusya Federasyonu	6.313.675
2	Almanya	6.193.259
3	İngiltere (Birleşik Krallık)	3.800.922
4	Bulgaristan	2.893.092
5	İran	2.504.494

(Kaynak: TÜRSAB, 2024)

Sağlık turisti sayıları

Sağlık ve tıbbi hizmet almak için sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı kapsamında Ülkemize gelen turist ve yurtdışında ikamet eden vatandaşlara;

- 2015 yılında 428.894 hastaya,
- 2016 yılında 418.944 hastaya,
- 2017 yılında 491.055 hastaya,
- 2018 yılında 656.320 hastaya,
- 2019 yılında 756.926 hastaya,

2020 yılında 435.691 hastaya, yaşanan salgın nedeniyle sağlık turisti sayısı önemli ölçüde düşmüştür. Bu düşüş döneminden sonra pandeminin hafiflemesi ile;

- 2021 yılında 729.592 hastaya
- 2022 yılında 1.381.807 hastaya
- 2023 yılında 1.538.643 hastaya ve
- 2024 yılı Ocak-Haziran aylarında 801.723 hastaya sağlık hizmeti verilmiştir (USHAŞ, 2024).



Şekil 6. Türkiye’yi Ziyaret Eden Sağlık Turisti Sayıları (Kaynak; USHAŞ, 2024) *2024 Yılı Ocak-Haziran Ayları verileridir.

Tablo 7’de görüldüğü üzere sağlık turizmi ziyaretçilerinin turizm ziyaretçilerine oranının her geçen yıl artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Arap Baharı olarak adlandırılan Ortadoğu’daki iç savaş ve gerileme nedeniyle 2010 yılında oranın düşmesine neden olmuştur. İsrail’den Türkiye’ye gelen turist sayısındaki düşüşe ek olarak, önceki yıl yaşanan domuz gribi salgını, dünya genelinde küresel ekonomik sıkıntılar ve Davos zirvesi olayı gibi olumsuz etkiler yaşanmıştır. 2020’de oranın yüksek olmasının nedeni turizm ziyaretçi sayısının bir önceki yıldan yaklaşık %30’luk bir azalma olmasıyla ilişkilidir (Gülenç, 2023).

Tablo 7. Sağlık Turizmi Ziyaretçilerinin Turizm Ziyaretçilerine Oranı

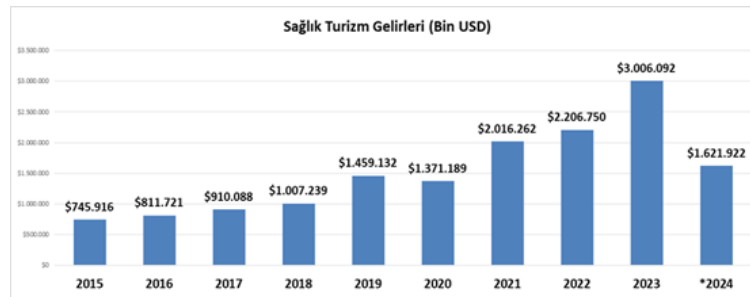
Yıllar	Turizm Ziyaretçi Sayısı	Sağlık Turizmi Ziyaretçi Sayısı	Sağlık Turizmi Ziyaretçilerinin Turizm Ziyaretçilerine Oranı (%)
2012	36.463.921	265.048	0,73
2013	39.226.226	346.183	0,88
2014	41.415.070	508.623	1,23
2015	41.617.530	428.894	1,03
2016	31.365.330	418.944	1,34
2017	38.620.346	491.055	1,27
2018	45.628.673	656.320	1,44
2019	51.860.042	756.926	1,46
2020	15.826.266	435.691	2,75
2021	29.357.463	729.592	2,49
2022	51.369.026	1.381.807	2,69
2023	57.077.440	1.538.643	2,7
*2024	25.107.974	801.723	3,19

(Kaynak: TÜİK, 2024) *2024 Yılı Ocak Haziran Ayı verileridir.

Sağlık turizm gelirleri

Sağlık Turizmi ve turist sağlığı kapsamında sağlık hizmetleri almak amacıyla ülkemize gelen turistler ve yurt dışında yaşayan vatandaşlardan kaynaklanan turizm gelirleri;

- 2015 yılında 745.916,00\$,
- 2016 yılında 811.721,00\$,
- 2017 yılında 910.088,00\$,
- 2018 yılında 1.007.239,00\$,
- 2019 yılında 1.459.132,00\$,
- 2020 yılında 1.371.189,00\$,
- 2021 yılında 2.016.262,00\$,
- 2022 yılında 2.206.750,00\$,
- 2023 yılında 3.006.092,00\$ ve
- 2024 yılı* 1.621.922\$ ABD doları gelir elde edilmiştir.
- (USHAŞ, 2024) (*2024 Yılı Ocak Haziran Ayı verileridir.)



Şekil 7. Türkiye Sağlık Turizm Gelirleri (Bin USD) (Kaynak, USHAŞ, 2024)

Tablo 8 ‘de yılları göre sağlık turizmi gelirin genel turizm gelirlerine oranları incelendiğinde, 2012 yılından itibaren 2024 yılına kadar dalgalı bir oranla seyir halinde ilerlemiş olan sağlık turizmi gelirin genel turizm gelirin oranı seyir olarak artış eğilimi göstermiştir. 2020 yılındaki en yüksek oranın gerçekleşmesinin nedeninin ise Covid 19 pandemisinin turizm gelirlerinde önemli bir düşüşe yol açması ve sağlık turizmi gelirlerinin çok az hissedilmesinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir (Arı, 2022).

Tablo 8. Sağlık Turizmi Gelirinin Turizm Gelirine Oranı

Yıllar	Turizm Geliri (Bin \$)	Sağlık Turizmi Geliri (Bin \$)	Sağlık Turizmi Gelirinin Turizm Gelirine Oranı (%)
2012	35.717.337	779.194	2,18
2013	40.186.327	1.028.289	2,56
2014	41.316.834	963.433	2,33
2015	37.700.923	745.916	1,98
2016	26.539.007	811.721	3,06
2017	31.253.835	910.088	2,91
2018	35.920.910	1.007.239	2,8
2019	42.851.778	1.459.132	3,41
2020	15.169.371	1.371.189	9,04
2021	30.309.722	2.016.262	6,65
2022	49.857.030	2.206.750	4,43
2023	55.874.176	3.006.092	5,38
*2024	23.660.318	1.621.922	6,86

(Kaynak: TÜİK, 2024) *2024 Yılı Ocak Haziran Ayı verileridir.

Medikal turizm index (MTI)

Medikal turizm indexi (MTI) bir ülkenin tıbbi turizm destinasyonu olarak cazibesini ölçmek için kullanılan bir yöntemdir. MTI, kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmeti arayışında olanlar için en iyi 46 destinasyonu sıralamıştır. 2020-2021 yıllarındaki medikal turizm pazarında ilk beş ülke şunlardır: Kanada, Singapur, Japonya, İspanya ve İngiltere. Hastalar, bu ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerinden büyük ölçüde memnun kalmaktadır. Aşağıdaki çizelge incelendiğinde Ülkemizin 63,91 puanla 30’uncu sırada olduğu görülmektedir (Kodalak ve Baltacı, 2022).

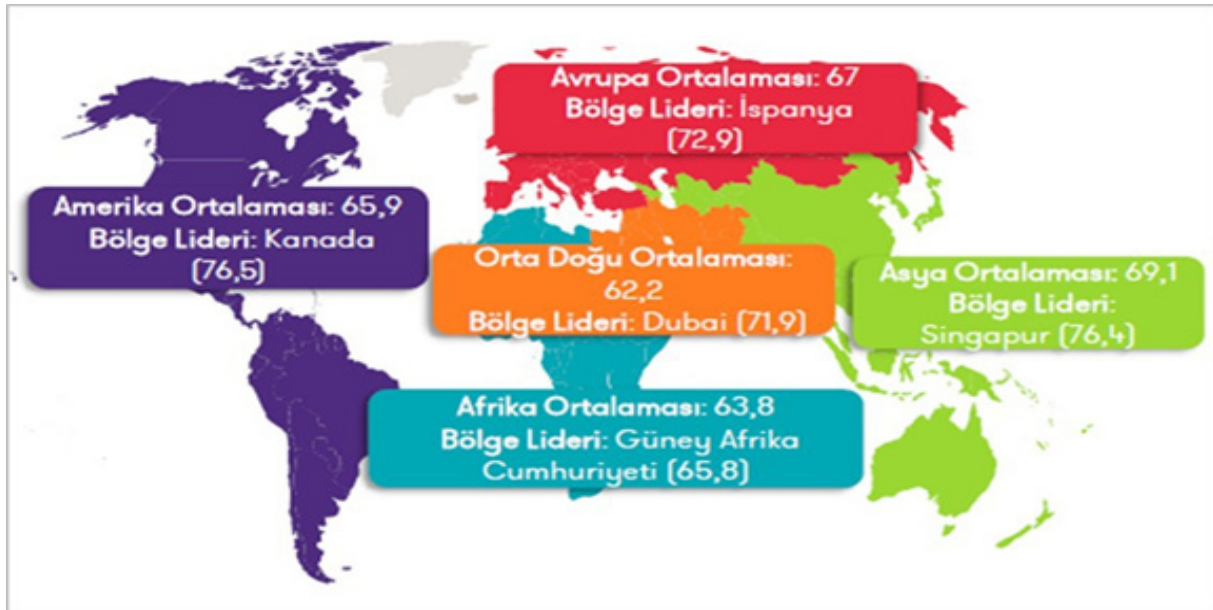
Tablo 9. Medikal Turizm İndeksi MTI

S. No	Ülke	İndeksi	S. No	Ülke	İndeksi
1.	Canada	76,47	24.	Philippines	64,99
2.	Sigapore	76,43	25.	Colombia	64,95
3.	Japan	74,23	26.	Egypt	64,81
4.	Sparin	72,92	27.	Malta	64,75
5.	United Kingdom	71,92	28.	Brazil	64,35
6.	Dubai	71,85	29.	Poland	64,1
7.	Costa Rica	71,73	30.	Turkey	63,91
8.	Israel	70,78	31.	Morocco	63,8
9.	Abu Dhabi	70,26	32.	Bahrain	63,65
10.	India	69,8	33.	China	63,47

S. No	Ülke	İndeksi	S. No	Ülke	İndeksi
11.	France	69,61	34.	Greece	63,45
12.	Germany	69,29	35.	Saudi Arabia	63,32
13.	Oman	69,03	36.	Jordan	63,26
14.	Suth Korea	68,81	37.	Panama	62,77
15.	Czech Republic	68,32	38.	Tunisia	61,78
16.	Taiwan	67,93	39.	Qatar	61,13
17.	Thailand	66,83	40.	Jamacia	60,74
18.	Italy	66,75	41.	Russia	60,17
19.	Dominican Depublic	66,32	42.	Mexico	59,47
20.	Argentina	66,26	43.	Labanon	57,14
21.	Portugal	65,96	44.	Guatemala	55,04
22.	South Africa	65,82	45.	Kuwait	54,84
23.	Hungary	65,69	46.	Iran	44,38

(Kaynak, Medical Tourism.com,2020- 2021)

2020-2021 döneminde Medikal Turizm Endeksi (MTI), dünya genelinde en üst sırada 76,5 endeks puanı ile Kanada'nın yer aldığı görülmektedir. Kanada'yı sırasıyla 76,47 puanla Singapur ve 74,23 puanla Japonya takip etmekte olup, Türkiye ise 63,91 puanla MTI endeksinde 30. sırada yer almaktadır. Sağlık turizmi destinasyonları arasında Asya bölgesi, ortalama 69,1 endeks puanıyla en yüksek puan ortalamasına sahip ve bu bölgenin lideri Singapur olarak öne çıkmaktadır. MTI değerlendirmesi, medikal turizm destinasyonlarının çekiciliğini belirleyen üç ana boyutta yoğunlaşıyor: destinasyonun sağladığı ortam, medikal turizm endüstrisi ve tıbbi tesislerin ve hizmetlerin kalitesi. Bu faktörler arasında, destinasyonun ekonomik durumu, güvenlik ve kültürel yakınlık da göz önünde bulundurulmaktadır. Medikal turizm endüstrisi boyutu, destinasyonun sağladığı diğer turistik olanaklar ve alınacak tedavinin maliyetini içermektedir. Tesis ve hizmet kalitesi ise doktor uzmanlığı, sağlık hizmeti standartları, tıbbi ekipmana erişim ve tesislerin uluslararası itibarı gibi kriterleri kapsamaktadır (Hatipağaoğlu vd., 2023).



Şekil 8. Bölgelere Göre İdeal Medikal Turizm Destinasyonları 2020-2021 (Kaynak: Hatipağaoğlu vd., 2023).

4. SAĞLIK TURİZMİNİN TÜRKİYE’YE KAZANDIRDIKLARI

4.1. Sağlık Turizminin Kazanımları

Turizm hareketleri ekonomik, sosyal, kültürel, coğrafi ve politik yönleri temsil eden, toplumu ve sosyal dokuyu etkileyen ulusal ve uluslararası platformlarda gerçekleşmektedir. Uluslararası turizm, ülkeye çeşitli şekillerde kazanım sağlayabilecek önemli hizmet sektörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Berber, 2003).

4.1.1. Ekonomik kazanımlar

Sağlık ekonomisinin temel amacı, sağlık hizmetleri organizasyonunun verimliliğini incelemek ve iyileştirilmesi anlamında çözüm önerilerinde bulunmaktır. Bu kapsamda sağlık hizmetindeki kaynakların verimli kullanımını sağlamak, hizmetlerin yaygınlığının ve sürekliliğinin belirlenmek, finansmanın ve talep ve arzın tüketici faydasını artıracak şekilde yeniden yapılandırılması sağlık ekonomisinin ilkeleridir ve bir misyondur. Sağlık ekonomisi, kamu yönetimini ve sosyal bilimleri kapsayacak şekilde en geniş anlamıyla değerlendirilmekte, daha dar anlamında ise sağlık hizmet sunumu teşkilat yapısı ve ücret ödeme sistemleri alternatifleri bağlamında ele alınmaktadır (Kubar, 2018).

Turizm aynı zamanda yerel nüfusa bazı sosyo-ekonomik faydalar da sağlamaktadır. Yabancı turistlerin gezi ve konaklama alanlarının bu aktiviteye uygun hale getirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Dolayısıyla gelişmiş altyapı, içme suyu, elektrik, telefon, yol, havalimanları gibi yatırımlar insanları bölgeye çekerek bölgenin ekonomik kalkınmasına doğrudan katkı sağlamaktadır. Bir başka ifadeyle hizmetin verildiği yerde kullanılması, turizm bölgelerinin sosyal ve ekonomik kalkınmasını sağlamaktadır. Turizm harcamaları, hizmeti satan ülke için benzer ulaşım ve ihracat maliyetlerini ortadan kaldırmaktadır (Çetintaş ve Bektaş, 2008).

4.1.2. Sosyal kazanımlar

Turizm; bireylerin, kamu ve özel kuruluşların ekonomik yapısına olan etkilerinin yanı sıra sosyal yapılarında da bir takım değişim ve evrimleşmelere yol açmaktadır. Çeşitli kişisel özelliklere ve kültürlere sahip kişilerin beraber vakit geçirmesi ve sosyal ilgi duyması nedeniyle sosyal bir durum olarak adlandırılan turizm, toplumdaki bazı süreçleri etkilemekte ve aynı zamanda toplumdan da etkilenmektedir. Yapısının özellikleri sebebiyle sosyal bir fenomen olarak da değerlendirilen turizm, toplumu kapsayan tüm alanların incelenmesi olan toplum bilimi (sosyoloji) ile etkileşim içindedir. Söz konusu iki bilim dalının etkileşimi “Turizm Sosyolojisi” adı verilen özel bir araştırma alanının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Nur ve Hatipoğlu Nur, 2020).

4.1.3. Kültürel kazanımlar

Türkiye; turizm alanındaki uzmanlığı sayesinde coğrafi konumu, tarihi bölgeleri, tarihi eserleri, kültürel değerleri ve turizm alanındaki kaliteli hizmet sunan akredite olmuş hastanelerin koordinasyonunu sağlayarak sağlık turizmi alanında akla gelen ülkeler arasında yerini almıştır (Kantar ve Işık, 2014).

Ülkemiz, Doğal güzellikleri, tarihi ve kültürel zenginlikleri ve elverişli iklimi ile turistlerin ilgisini çekmektedir. Bu çekim ister istemez sağlık turizmine de yansımaktadır. İnsanlar sağlık hizmeti almak istedikleri ülkeyi tercih ederken; İşlem sonrasında güzel vakit geçirebilecekleri yerler olmasına da dikkat etmektedir. Bu durum Türkiye'nin sağlık turizminde rekabet gücünün artırılmasına olumlu etki yapmaktadır (Kuşat ve Esen, 2022).

Türkiye'nin coğrafi konumu ve kültürel mirası nedeniyle önemli bir turizm potansiyeline sahip olduğu söylenebilir. Sezon çeşitliliğinin fazla olması sadece yaz ve kış turizmine uygun halde olmasını değil, aynı zamanda yılın her ayında farklı turizm hizmetleri sunma olanağı da sunmaktadır. Bu potansiyel sayesinde Türkiye yabancıların en çok ziyaret ettiği ülkeler arasındadır. Yabancı vatandaşlar Türkiye'deki tatilleri sırasında olası sağlık sorunları için sağlık kuruluşlarına başvurabildikleri gibi doğrudan tedavi hizmeti almak için geldikleri de bilinmektedir (Pekşen, 2021).

4.1.4. Siyasi kazanımlar

Türkiye'de medikal turizm sektöründeki fırsatların artırılması amacıyla 6332 sayılı Kanun uyarınca bu sektörde hizmet veren kuruluşlara yüzde 50 oranında vergi indirim yapılmış olup, 1 Haziran 2018 tarihinden itibaren yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetler KDV'den muaf tutulmuştur. Diaspora turizminin Türkiye'de medikal turizm sektörü içerisinde ele alınması, değerlendirilmesi ve göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Diaspora turizmi, yurt dışında yaşayan vatandaşların kendilerini daha güvende hissetmeleri nedeniyle kendi dil ve kültürlerine ait sağlık profesyonellerinin hizmetlerinden yararlanmak amacıyla tedavi ve bakımlarını kendi ülkelerinden almaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu Türkiye için önemli ve desteklenmesi gereken bir faktördür (Çubukçu, 2023).

5. SONUÇ

Türkiye pek çok sektörde olduğu gibi turizm ve sağlık turizmi sektörü de hızla gelişmektedir. Başta sağlık turizmi alanında dünyada ve bölgemizde lider ülke olmak için en hassas politikaları stratejik olarak uygulamaya çalışmaktadır. Ülkemiz sahip olduğu iklimsel, kültürel ve deneyimsel avantajlarla sağlık turizmi açısından Avrupa ülkeleri için oldukça cazip bir konumdadır. Öte yandan Türkiye coğrafi yakınlığı nedeniyle Orta Doğu ülkeleri için önemli bir tıp merkezi olma potansiyeline sahiptir. Türklerin Almanya, Hollanda, Fransa gibi Avrupa ülkelerinde yaşıyor olmaları, Balkanlarda ve Orta Asya'daki Türki Cumhuriyetler gibi ülkelerin altyapılarının yetersiz olması. Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi ülkelerde tıbbi hizmet maliyetlerinin pahalı olması, Kanada ve Hollanda gibi ülkelerde sigorta şirketlerinin tedavilerin bazılarının kapsam dışında tutması, bekleme sürelerinin uzunluğu; Sudan, Yemen, Afganistan, gibi ülkelerle yapılan karşılıklı anlaşmalar sağlık turizmi açısından pazar oluşmasına olanak sağlamaktadır.

Dünya çapında yaşanan nüfus artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus, sıra bekleme sorunu yaşamadan kaliteli ve uygun fiyatlı tıbbi hizmetlerden yararlanabilecekleri yerlere gitmek istemektedir. Son dönemlerde sağlık politikasının belirlenmesinde önemli değişkenlere bakıldığında: nüfusun yaşlanma hızı, kronik hastalıkların artması, bakım ve tedavilerin maliyetli olması, insan kaynağı yetersizliği, tıp alanında çalışanların kapasitesinin yetersizliği gibi nedenler söylenebilir. Bu nedenlerin yanında ileri yaştaki ve engelli bireylerin dinlenme ve turizm

amacıyla birçok değişik yere seyahat etmek istemesi de sağlık turizminin gelişmesinde önemli faktörlerden biridir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tıbbi hizmetlerin çeşitliliği, teknolojik ilerlemeye bağlı olarak bu alanda kullanılabilecek tıbbi ekipmanların bulunması, ayrıca bu ülkelerdeki farklı turistik faktörlerinin ve destinasyonların varlığı, ulaşımın kolaylığı ve yasal düzenlemelerin uygunluğu yaşlı ve engellilerin ilgisini çekmektedir. Yaşlı ve engelli bireyler kendileri için seyahat planları geliştirerek kolaylık sağlayan ülkeleri tercih ediyor, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini eğitimli ve kalifiye personel tarafından almak istemektedirler.

Sonuç olarak Türkiye sağlık turizmi sektöründe rekabet gücünü arttırdığı takdirde küresel pazardan daha büyük pay alma potansiyeline sahiptir. Politika yapımcıların sektöre daha fazla teşvik sunması, sağlık turizmine yönelik düzenleyici çerçeveyi net bir şekilde tanımlaması ve sağlık altyapısında teknolojinin daha fazla kullanılması rekabet avantajı yaratabilir. Ayrıca ülkenin iç ve dış piyasayı takip etmesi ve sağlık turizmi ile ilgili sektörlerin koordineli çalışmaları gerekmektedir. Dolayısıyla sektör katma değer oluşturan yeteneğini fırsata dönüştürebilecektir. Öte yandan ulaşım ve taşımacılık maliyetleri azaldıkça bu alanda uzmanlaşmanın maliyetlere olumlu etkisinin yansıdığına, daha fazla uluslararası hasta Türkiye’ye gelebilecektir. Dolayısıyla ülkeye gelen yabancı sayısının artması sağlık turizminin rekabet gücünü ve ekonomik büyümesini olumlu yönde etkileyebilir.

6. ÖNERİLER

Küresel düzeyde sağlık turizmi sektörüne baktığımızda son yıllarda dünya çapında çok çabuk büyüyen turizm faaliyetlerinden biri olduğu görülmektedir. Bu alanda Türkiye, özellikle nitelikli işgücü ve yeterli altyapı gibi rekabet faktörleri sayesinde sağlık turizmi sektörü ve pazarında ciddi bir rekabet üstünlüğüne sahiptir. Bu sektörde Türkiye’nin rekabet gücünün güçlendirilmesine ve öne çıkarılmasına yönelik faaliyetlerin başlaması hem ülkenin iktisadi açıdan büyümesine hem de kalkınmasına ciddi katkı sağlayacaktır. Bu aşamada yerel düzeyde hali hazırda fırsatların gözden geçirilmesi, üniversite hastaneleri başta olmak üzere kamu hastaneleri ile özel sağlık tesisleri arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesi ve özellikle kalkınma aşamasında bu sektöre yatırımların artmasına yardımcı olacak politikaların izlenmesi önem arz etmektedir.

Türkiye olarak sağlık hizmetlerinde tercih edilmek istiyorsak, yabancı vatandaşların sağlık hizmeti almak için ülkemize gelmelerini sağlamamız gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık turistlerini;

- Bilgilendirmeli,
- Güven duyulmasını sağlamalı,
- Farklılığımızı göstermeli,
- İkna etmeli ve tedavi etmeliyiz.
- Ülkemizde bulunan sağlık işletmelerinin sağlık hizmetleri sunumlarını diğer rakiplerinden farklılaştırmaları gerekmektedir. Bu kapsamda; Fiziksel ürünlerin, hizmetlerin, personellerin, imajın, kanal ve araçların farklılaştırması gerekmektedir.

- Sağlık turizminin büyüüp gelişmesi ve hedeflenen rakamlara ulaşabilmek için aşağıdaki öneriler değerlendirilebilir.
- Uluslararası kuruluşlar tarafından akreditasyon işlemleri tamamlanmış tıbbi tesislerin sayısını çoğaltmak,
- İyi derecede yabancı dil bilen nitelikli sağlık personeli sayısının artırmak,
- Tıbbi hizmet maliyetlerini azaltmak için uluslararası sigorta şirketleriyle iş birliği yapmak,
- Bakanlıklar, Kamu Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Özel Kuruluşlar arasındaki iletişim ve koordinasyonun güçlendirilmesini sağlamak,
- Türkiye'nin yerel turizm güzelliklerinin tanıtım ve reklam çalışmalarının yapılarak dünya çapında medya ve sosyal medya üzerinden yayımlamak,
- Teknolojik cihaz ve ekipmanın alınmasını sağlamak,
- Sağlık turizminde vergi muafiyeti ve teşvikleri artırmak,
- Ülke dışından sağlık hizmeti almak için ülkemize gelen yabancı turistlere yüksek kalitede konaklama hizmetleri sunmak,
- Türkiye'de sunulan sağlık hizmetlerinin bütün dünya dillerine çevrilerek internet siteleri oluşturmak,
- Sağlık turizmi alanında ülkelerle iş birliği ve anlaşmalar yapmak,
- Türkiye'deki termal tesisleri ve konaklama tesislerinin kalitesinin artırılmak,
- Ülkemize gelen sağlık turistlerine yönelik sosyal ve kültürel etkinlikler düzenlemek.

Ülkemiz sağlık turizmi alanında rekabet gücünü artırarak küresel pazar payını büyütmeye mümkündür. Ülke ekonomisine olumlu katkı sağlayan sağlık turizmi, küresel turizmden elde edilen gelirin artırılmasına yönelik iyi stratejiler uygulanarak, Türkiye için büyük önem taşıyan bu katma değerli sektörün fırsata dönüştürülmesi ülke ekonomisi açısından büyük önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı, Turizm Bakanlığı, Özel Sağlık Kuruluşları gibi kurum ve kuruluşların koordineli bir şekilde yapacakları sağlık planları, politikaları ve yatırım planlamaları önümüzdeki yıllarda sağlık turizminde küresel çapta lider olma yolunda büyük fırsatlar sağlayacaktır. Ayrıca yurt dışındaki ülkelerin sağlık güvencelerinin ülkemizde geçerli olabilmesi konusunda yasal altyapının oluşturulması sağlık turizmi tercihini ve gelirlerinin artmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Ağaoğlu, F. O., Karagöz, N., ve Zabun, S. (2019). Sağlık Turizmi Uygulamaları ve Türkiye'ye Getirilerine İlişkin Bir Değerlendirme. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 20 (2), 428-450. <https://doi.org/10.37880/cumuiibf.614825> adresinden alınmıştır.
- Akbulut, G. (2010). Türkiye'de Kaplıca Turizmi ve Sorunları. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9 (1), 35-54. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/223540> adresinden alınmıştır.
- Akdoğan, H., ve Hiçyorulmaz, E. (2018). Sağlık Turizminin Turizm Faaliyetleri İçerisindeki Yeri ve Önemi, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 4 (2), 122-132. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/39140/459672> adresinden alınmıştır.
- Arı, H. O. (2022). Türkiye'deki Sağlık Turizmi Politikalarının, Sektörel Hedefler Bağlamında Mevcut Durumunun Değerlendirilmesi (Evaluation of The Current Situation of Health Tourism Policies in Turkey in The Context of Sectoral Targets), Journal of Tourism & Gastronomy Studies, 10 (1), 571-588. DOI: 10.21325/jotags.2022.1005

- Aslan, A. (2019). Türkiye'de Sağlık Turizminin Mevcut Durumu ve Ülke Ekonomisine Katkıları, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Yeni Yüzyıl Üniversitesi.
- Aydın, D. (2014). Türkiye Sağlık Turizmi Cep Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Aydın, O. (2012). Türkiye'de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, (2), 91-96. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kmusekad/issue/10213/125512v> adresinden alınmıştır.
- Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ. G. (2013). "Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri", İşletme Araştırmaları Dergisi, 5 (3), 64-92. <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/254008> adresinden alınmıştır.
- Baynazoğlu, M. E. (2023). Türkiye' de Sağlık Turizmi Hizmet Satın Alma Kararlarını Etkileyen Faktörler, Efe Akademi Yayınları. 1. Baskı.
- Bektaş, T. (2022). Dünya ve Türkiye İçin Sağlık Turizminin Genel Bir Değerlendirilmesi: Türkiye İçin Bir Zaman Serisi Analizi, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.
- Berber, Ş. (2003). Sosyal Değişme Katalizörü Olarak Turizm ve Etkileri, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (9), 205-221. <http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/790/742> adresinden alınmıştır.
- Berksoy, F. (2022). Sağlık Turizminin Gelişmesinde Sağlık Turizmi Seyahat Acentelerinin Rolü ve Önemi, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.
- Bozça, R., Çiftçi Kırac, F., ve Kırac, R. (2017). Sağlık Turizmi SWOT Analizi: Erzincan. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (3), 157-163. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/368085> adresinden alınmıştır.
- Bulgan, G. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Engelli Turizm ile İlgili Yapılan Çalışmalar, Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi (50), 102-125. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/abuhssbd/issue/32944/366042> adresinden alınmıştır.
- Bulut, A. ve Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi, Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, 3 (1):45-62. DOI: 10.29226/TR1001.2019.104
- Canver, Ş. S. (2015). Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Okan Üniversitesi.
- Coşkun, K. (2023). Sağlık Turizminin Türkiye Turizmi İçerisindeki Yeri ve Önemi Üzerine Bir İnceleme: 2018-2022, Uluslararası Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Dergisi, 10 (94), 967-974. <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.3592>
- Çetintaş, H., ve Bektaş, Ç. (2008). Türkiye'de Turizm ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Kısa ve Uzun Dönemli İlişkiler, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 19 (1), 37-44. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/atad/issue/16794/174463> adresinden alınmıştır.
- Çiçek, R., ve Avderen, S. (2013). Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi'ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2013 (2), 25-35. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kmusekad/issue/10211/125470> adresinden alınmıştır.
- Çubukçu, B. B. (2023). Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Alanında Uluslararası Araştırmalar XX, Ankara, Eğitim Yayınevi. 1. Baskı.
- Demirezen, E. (2021). Sağlık & Bilim 2022 Hemşirelik IV. İstanbul. Efe Akademi Yayıncılık, 1. Basım.
- Doğan, E. (2019). Dünya Sağlık Turizminde Türkiye'nin Yeri ve Ekonomiye Katkısı, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Beykent Üniversitesi.
- Gülenç, S. (2023). Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişim Süreci (1923-2023), Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 34 (3), 176-188. <https://doi.org/10.17123/atad.1308427>
- Hamarat, B., Bağcı, E., ve Sevinç, F. (2017). Uluslararası Farkındalık Konferansı: Eğitim, Bilim, Sanat ve Felsefede Farkındalık (Bildiriler), Polonya, Rating Academy Ar-Ge Yazılım Yayıncılık Eğitim Danışmanlık ve Organizasyon Ticaret Ltd. Şti.
- Hatıpağaoğlu, A. M., Geler, N., Doğan, T., Kırmacı, T., ve Ömer, E., (2023)., Global Sağlık Sektörü ve Medikal Turizm Trendleri 2023, Grant Thornton, Türkiye.
- Kantar, G., ve Işık, E. (2014). Türkiye'de Sağlık Turizmi, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1(1), 15-20. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752395> adresinden alınmıştır.
- Karababa, A. G. (2017). Türkiye'de Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü, Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2 (1), 58-69. <http://tursbad.hku.edu.tr/tr/pub/issue/28703/307191> adresinden alınmıştır.
- Kaya, M. (2022). Bölgesel Turizm Gelişmesinde Eko-Kalkınma Modeli: Silifke Örneği, Konya. Eğitim Yayınevi. 1. Baskı.
- Kodalak, O., ve Baltacı, M. (2022). Türkiye ve Dünya'da Medikal Turizm, Avrasya Turizm Araştırmaları Dergisi, 3 (2), 81-91. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/atadergi/issue/74516/1216527> adresinden alınmıştır.
- Kostak, D. (2007). Turizm Hareketleri Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Marmara Üniversitesi.
- Kördeve, M. K. (2016). Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış ve Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2 (1), 51-61. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/24735/261556> adresinden alınmıştır.
- Kubar, Y. (2018). Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmalar, Rating Academy Yayınları.
- Kuşat, N., ve Esen, E. (2022). Sağlık Turizmi Perspektifinden Türk Sağlık Sektörü Rekabet Gücü, Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi, 6 (1), 37-50. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ijgtr/issue/70189/1100673> adresinden alınmıştır.

- Kültür ve Turizm Bakanlığı (2023), Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Sınır İstatistikleri Yıllık Bülteni 2023, (Yayın No: 2024/4, Issn-1300-6932)
- Kültür ve Turizm Bakanlığı (2024), Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2024 Yılı Haziran Ayı Sınır Giriş-Çıkış İstatistikleri.
- Medical Tourism.Com. 2020-2021 Mtı Overall Ranking (Genel MTİ Sıralaması), https://assets.website-files.com/5d8aac42c851d2d6528d50d4/5f0df13e57906e9f895e376_7_2020-2021%20medical%20tourism%20index%20overall%20ranking.pdf, (e. 7.03.2024)
- Nur, E., ve Hatipoğlu Nur, R. (2020). Sağlık Turizmi, Ankara, İksad Yayınevi.
- Özcan, K. Z. (2014). Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye'de Sağlık Turizminin Yapısal Değerlendirilmesi: Antalya Örneği, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Özçelik, A., Gül, İ., ve Kızıllırmak, İ. (2021). Sağlık Turizmi İşleyiş Sürecinin Seyahat Acentaları Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Uygulama, İstanbul Örneği, Turizm Çalışmaları Dergisi, 3 (1), 55-69. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tucade/issue/64366/843689> adresinden alınmıştır.
- Özkan, M. E. (2019). Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'nin Medikal Turizm Potansiyeline Yönelik Bir Değerlendirme. Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi, 1 (1), 50-64. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/turek/issue/51493/663950> adresinden alınmıştır.
- Pekşen, F. (2021). Türkiye'de sunulan sağlık turizmi hizmetlerinde katma değer vergisi uygulaması. Gazi İktisat ve İşletme Dergisi, 7 (3), 203-213. <https://doi.org/10.30855/gjeb.2021.7.3.002>
- Reşitoğlu, E. (2023). Şanlıurfa İli Sağlık Turizmi Potansiyelinin Tespiti Üzerine Bir Çalışma, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Trakya Üniversitesi.
- Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012.
- Sağlık Bakanlığı (2020). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge (10.01.2020 Tarih ve 244 Sayılı Makam Oluru)
- Sağlık Bakanlığı (2024). T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2023 Yılı Faaliyet Raporu.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2024), Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Yetkili Sağlık Tesisleri ve Aracı Kuruluşlar, <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/tr-76664/yetkili-saglik-tesisleri.html> (Erişim Tarihi: 7. 03.2024)
- Sezgin, S. (2021). Türkiye'de Sağlık Turizminin Uluslararası Pazarlama Temelinde İncelenmesi. Hitit Ekonomi ve Politika Dergisi, 1 (1), 31-53. <https://doi.org//hepdergi.1094429>
- Şahbaz, R. P. Akdu, U., ve Akdu, S. (2012). Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları; İstanbul ve Ankara Örneği, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15 (27), 267-296. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/baunsobed/issue/50194/646302> adresinden alınmıştır.
- Şak, N. (2021). Sağlık Turizmi ve Ekonomik Büyümede Asimetrik Etkiler: Türkiye Uygulaması. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 17 (3), 781-799. <https://doi.org/10.17130/ijmeh.785591>
- TÜİK, (2022), Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler 1999-2022, <https://data.tuik.gov.tr/search/search?text=sa%40c4%9f%40b1k&dil=1> E.20.03.2024.
- TÜİK, (2024), Türkiye İstatistik Kurumu, Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler 2012-2024, <https://data.tuik.gov.tr/kategori/getkategori?p=egitim,-kultur,-spor-ve-turizm-105> e.12.09.2024.
- TÜRSAB (2024), Türkiye Seyahat Acentaları Birliği, İstatistik Aralık 2023 Raporu
- TÜSİAD, Sağlık Çalışma Grubu. (2019). Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi Görüş Belgesi.
- USHAŞ, (2024), Sağlık Turizmi, <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>, e.12.09.2024.

Çalışan Güvenliği ve Çekiç Parmak: Olgu Sunumu

Occupational Safety and Mallet Finger: A Case Report

Ayşegül Beyazpınar Kavaklıoğlu¹, Selma Dağcı², Yasemin Okur³, Feyza Çetinkaya Kutun⁴¹ Dr. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir, Türkiye, aysegulpeyazpinarr@hotmail.com, 0000-0001-9761-089X² Dr. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-2, İstanbul, Türkiye selma.dagci@gmail.com, 0000-0002-3657-0932³ MSc. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir, Türkiye, yaseminokur@gmail.com, 0009-0009-4339-2781⁴ Dr. Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye, feyza.cetinkaya@gmail.com, 0000-0002-8184-7080

Öz

İş sağlığı ve güvenliği bakımından sağlık sektörü ağır ve tehlikeli iş statüsünde olup; çalışma alanlarında sorun oluşma ihtimali yüksek alanların başında gelmektedir. Sağlık sektörünün direkt olarak insan yaşamıyla ilişkili olması bunun yanında hizmeti sunan ve alanın insan olmasıyla birlikte işin niteliği nedeniyle çeşitli iş kazaları meydana gelmektedir. Çalışanlar iş kazası sonucu mental, fiziksel, maddi ve manevi zarar görebilirler. İş kazaları, olaya maruz kalan bireyin yaşadığı problemlerin yanında ailelerin ve hizmet sunduğu kurumların da etkilenmelerine neden olmaktadır. Birey açısından bakıldığında; aile içindeki rolünü gerçekleştirmede sıkıntılar yaşamakta ve çalışma hayatına döndüğünde aynı verimi sunamamaktadır. Kurum açısından bakıldığında da iş akışı duracak, verimlilik düşecek ve kalifiye eleman sıkıntısı yaşanacaktır.

Sağlık sektöründe sunulan hizmetin özelliğinden dolayı hemşireler kas-iskelet sistemi yaralanmalarına maruz kalmaktadır. Etiyolojisi multifaktöriyel olup genellikle çalışma ortamından kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının nöbet sayısının fazla olması, uzun süre ayakta kalınması, taşıma tekniklerinin olmaması, yetersiz çalışma arkadaşı, ileri yaş, kronik hastalıklar kas-iskelet sistemi yaralanmalarının etiyojilerini oluşturmaktadır. Kas iskelet sistemi hastalıklarından biri olan çekiç parmak (mallet finger), ekstansör sistem devamlılığının kaybı sonucunda distal falanksın fleksiyon duruşu ile karakterize olan distal inter falangeal eklem deformitesidir. Olgu sunumunda iş hayatına bağlı oluşan çekiç parmak deformitesi vakası sunulmuş ve konu ile ilgili literatür derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler:

Çekiç Parmak, Çalışan Güvenliği, İş Kazası, Hemşire

ABSTRACT

In terms of occupational health and safety, the health sector is in the status of heavy and dangerous work; It is one of the areas where there is a high probability of problems in working areas. Due to the fact that the health sector is directly related to human life, as well as the fact that the service provider and the field is human, various occupational accidents occur due to the nature of the work. Employees may suffer mental, physical, material and moral harm as a result of work accidents. Occupational accidents cause the families and institutions to be affected as well as the problems experienced by the individual exposed to the incident. From the perspective of the individual; He/ she has difficulties in fulfilling his role in the family and cannot offer the same efficiency when he returns to working life. From the point of view of the institution, the work flow will stop, productivity will decrease and there will be a shortage of qualified personnel.

Due to the nature of the service provided in the health sector, nurses are exposed to musculoskeletal injuries. Its etiology is multifactorial and usually originates from the working environment. Etiologies of musculoskeletal injuries are high number of shifts, standing for a long time, lack of carrying techniques, insufficient coworkers, advanced age, chronic diseases. Mallet finger, one of the diseases of the musculoskeletal system, is a distal inter-phalangeal joint deformity characterized by the flexion posture of the distal phalanx as a result of loss of extensor system continuity. In our case report, a case of hammer toe deformity due to work life was presented and the relevant literature was compiled.

Key Words:

Mallet Finger, Employee Safety, Work Accident, Nurse

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Dr. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-2, İstanbul, Türkiye selma.dagci@gmail.com, 0000-0002-3657-0932

DOI:

10.5281/zenodo.16921335

Received Date/Gönderme Tarihi:

22.03.2025

Accepted Date/Kabul Tarihi:

31.07.2025

Published Online/Yayınlanma Tarihi

21.08.2025

1.GİRİŞ

Çekiç parmak (mallet finger), ekstansör sistem devamlılığının kaybı sonucunda distal falanksın fleksiyon duruşu ile karakterize distal inter falangeal eklem (DIF) deformitesidir (Kankaya vd., 2017; Bloom vd., 2013). Ekstansör tendon mekanizmasının yaralanması nedeni ile parmak ucunun aktif olarak düzeltilemediği yaralanmalardan biridir. DIF eklemden aktif ekstansiyon yetisinin kaybına ve buna bağlı olarak fleksiyon deformitesine yol açmakta bu durum fonksiyonel ve estetik sorunlara neden olabilmektedir. Kapalı travma, çekiç parmağa sebep olan primer etiyolojik faktör olmakla birlikte, abrazyon, laserasyon ve ezilme tipi yaralanmalar sonrasında da ortaya çıkabilmektedir (Kankaya vd., 2017; Bloom vd., 2013). Çekiç parmak tedavisi, deformitenin yeri, şekli ve derecesine göre cerrahi veya konservatif tedavi ile gerçekleştirilebilmektedir (Valde vd., 2015; Hoşbay ve Güneren, 2018). Çekiç parmak deformitesinin tedavisinde çoğunlukla DIF eklemi ekstansiyonda sabitleyen splint, egzersiz gibi konservatif ve cerrahi tedaviler uygulanmaktadır. Çekiç parmak deformitesi için optimal tedavi halen belirsizdir. Deformite kapsamında kemikte parça kopmaları olması durumunda açık/kapalı redüksiyon ve K teli ile tespit, distalde yeterli uzunlukta tendon parçası var ise, tenorafi ya da kemiğe yakın avülsiyonlarda tendonun pull-out tekniklerle tespiti tercih edilmektedir (Hoşbay ve Güneren, 2018; Özdemir vd., 2015). Hasarın derecesini belirlemede de Doyle sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır (Tablo 1) (Kankaya vd., 2017).

Tablo 1. Mallet finger yaralanmaları için kullanılan Doyle sınıflandırması

Tip	Tanımlama
	Kapalı yaralanma, küçük avulzyon kırıkları ile veya değil
	Açık yaralanma (laserasyon)
	Açık yaralanma (deri ve tendonu içeren derin abrazyon)
	Mallet fraktürü
IV a	Distal falanksta epifizyal yaralanma (pediyatrik)
IV b	Eklem yüzeyinin %20-50'sini içeren kırık parçası
IV c	Eklem yüzeyinin %50'den fazlasını içeren kırık parçası

İstanbul'da ameliyathanede çalışan 205 sağlık personelinin iş sağlığı ve güvenliği algısının belirlenmesi amacıyla ile yapılan araştırmada çalışanların %21'inde bel, kas ve eklem yaralanmaları yaşadığı belirlenmiştir (Şentürk ve Sunal, 2018). Sağlık hizmetlerinin uzun, kesintisiz ve seri olarak yürütülmesi, hasta bakımı sırasında destek olma, tedavisini hazırlama ve uygulama, hastaya pozisyon verme, hastayı mobilize etme gibi yapılan birtakım hareketlere bağlı olarak, sağlık çalışanlarında kas ve iskelet sistemi hasarları olabilmektedir. Günlük yaşamda zararlı olmayacak olan bu hareketler; iş kaynaklı olarak hareketlerin hızlı ve seri olarak tekrarlanması, süreklilik arz etmesi ya da zorlayıcı şekilde yapılmasına bağlı olarak kas iskelet sistemi problemlerine neden olabilmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Bu sunumda iş ortamında oluşan çekiç parmak deformitesi tanısı alan olguyu sunarak, deformiteye neden olan kişisel, sosyo-ekonomik ve çevresel etmenlere literatür taramasının da desteğiyle ışık tutmayı amaçladık.

2. OLGU SUNUMU

Kırk altı yaşında, kadın, bilinen herhangi bir sağlık problemi olmayan, 26 yıldır hemşirelik mesleğini icra eden hastanın, klinik/günübirlik yatış ünitelerinde ve düzenli olarak hasta tedavisinin hazırlandığı (İntravenöz, İntramüsküler, Subkutan) ve bakımlarının uygulandığı birimlerde çalıştığı bilinmektedir. Olgunun günlük yaklaşık 80 hastaya tedavi ve bakım yapılan günübirlik yatış ünitesinde ilaç hazırlama işlemleri esnasında (ampul kırma, flakon açma, serum setleme, 20 cc, 50 cc'lik enjektörlere flakon ve ampullerden ilaç çekip seruma enjekte etme gibi işlemler) sol el 4. parmak distalinde hafif ağrı ve şekil bozukluğu meydana gelmiş (Şekil 1) ve ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvurmuştur.



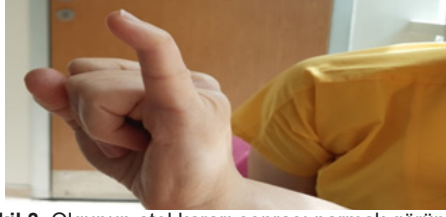
Şekil 1. Sol el parmak grafisi

Tedavi önerisi olarak sol el 4. parmağın atele alınmasına ve iki ay boyunca hareket ettirmemek koşulu ile takip edilmesine karar verilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Olgunun atel parmak görünümü

Atel sonrasında da şekil değişikliğinin devam etmesi nedeni ile mikro el cerrahisi önerilmiştir. Fakat hasta operasyonu kabul etmeyerek çalışma hayatına parmak deformasyonu ile devam etmeye karar vermiştir. Tedavi süreci boyunca olgunun günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorluk yaşaması sebebiyle hemşirelik mesleğini gerçekleştirememiş ve bu süreçte hemşire eksikliğinin oluşmasına bağlı olarak diğer çalışanların iş yüklerinde artış olduğu belirlenmiştir. İstirahat süresinin bitiminde şekil deformitesinin devam ettiği ve olgunun çalışma hayatına geri döndüğü belirlenmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Olgunun atel kararı sonrası parmak görüntüsü

3. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlık kurumlarında hizmet sunan sağlık personelleri, hasta bireylerin iyileşmesine çaba sarf eden bireylerdir. Hasta olan insanlar sağlık kurumlarına en hassas ve ağırlı günlerinde tedavi olabilmek için başvurmaktadırlar. Hasta bireylerin sağlıklarına kavuşmaları için gerekli tıbbi tanı ve tedavi süreçlerini planlamak, yönetmek ve uygulamak mesuliyet gerektiren zorlu bir süreçtir. Tüm bunların yanında sağlık personelleri mesleklerinden ötürü yoğun ve çok stresli bir ortamda çalıştıkları için fazlaca risk ve tehlike ile karşılaşabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre iş sağlığı, iş sahalarında güvenlik ve sağlığın her yönüyle ilgilenmek ve ortaya çıkabilecek tehlikelerin primer şekilde önlenmesine odaklanma olarak tanımlanmaktadır. İş sağlığı, çalışanların sağlıklarını en az etkileyecek şekilde mesleklerini devam ettirebilmesine imkan sağlayan disiplinler arası sağlık bakım alanı olarak da tanımlanmaktadır (Demir, 2015). İş sağlığı ve güvenliği, tesislerde işin gerçekleştirildiği sırada çeşitli nedenlerden ötürü meydana gelebilecek ve çalışan sağlığına yönelik ortaya çıkabilecek zararları engellemeye yönelik gerçekleştirilen bilimsel çalışmalardır. DSÖ'ye göre iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarında hizmet sunan personellerin fiziksel, sosyal ve mental refah seviyelerini korumak ve en yüksek seviyelere çıkarmak, personeller arasında çalışma koşullarına bağlı ortaya çıkabilecek can kayıplarının önlenmesi, çalışanların sağlığını bozacak ya da sağlığına zarar verecek etkenlerin ortadan kaldırılması, bireylerin fiziksel ve mental yapılarına uygun işlerde çalıştırılması ve kullanılan ekipmanların düzenli bakımlarının gerçekleştirilmesi hedeflenmelidir (Dikmetaş vd., 2013). Sağlık hizmet sunumu esnasında kazalara bağlı olarak hastalar, yaralanma, sakatlanma, hastanede yatış gün süresinin artması ve ölüm gibi durumlara maruz kalabilirken, çalışanlar da yaralanma ve rahatsızlanma gibi istenmeyen durumlar ile karşılaşabilmektedir (Öztürk ve Kırac, 2014).

Olay sırasında ya da daha sonra zarar verme ihtimali bulunan olaylar kaza olarak tanımlanmaktadır. Kazalar ölüm ya da sakatlık ile sonuçlanabilmektedir. Kurumlarda ortaya çıkan kazalar işverenin maddi kayıplar uğramasına neden olmaktadır. Bunun yanında kurumlarda meydana gelen iş kazaları sonucunda kurumlarda prestij ve nitelikli çalışan kaybı yaşanmakta, buna bağlı olarak da ülke ekonomileri maddi olarak zarar görmektedir (Kahya ve Özkar, 2014). İnsan ve fiziki faktörler dahil olmak üzere birçok neden iş kazalarının oluşum sebepleri arasında yer almaktadır. İş kazasına neden olan ortam ve bireysel faktörler arasında doğru orantı olduğu bilinmektedir. Çalışanın sağlık durumu, eğitim düzeyi, kişisel koruyucu donanım kullanımı, kurallara uyma düzeyi ne kadar yüksek iş kazasına maruz kalma ihtimali de o kadar düşük olacaktır. Fiziki/ortam faktörlerinde de yukarıda sayılan durumlar etkili olmaktadır (Bilir, 2019). 2012 yılında yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 2003 yılında yayımlanan 4857 sayılı İş Kanunu iş yerlerinde her türlü güvenlik, sağlık önlemlerinin alınmasını ve bu uygulamaların sorumluluğunun işverenlerde olduğunu belirtmektedir. Bu kanunlar doğrultusunda çalışanlar işverenler tarafından iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı sigortalanmak mecburiyetindedir (Atan vd., 2017). İş kazası gerçekleştiğinde işverenin; kazayı kayıt altına alma ve bildirme, sorumluluğu oranında da iş görmezlik ödeneği ödeme yükümlülüğü bulunmaktadır. İş Kanunu'nun 13. Maddesi ve

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 14. Maddesinde işverenin üç iş günü içerisinde iş kazasını Sosyal Güvenlik Kurumu'na iletmesini zorunlu tutmaktadır (Bilir, 2019; Erci, 2016).

Bir üniversite hastanesinde işyeri sağlığı birimine iş kazası olarak başvuru yapan sağlık çalışanlarının 203 bildirimi değerlendirilmiştir. İş kazası sonucunda sağlık çalışanlarının %47'si el-kol bölgesinden %8'i parmak bölgesinden yaralanmıştır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının parmak bölgesinden yaralanma oranı kliniklerden ise polikliniklerde daha fazla olduğu belirtilmiştir (İnci vd., 2016). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 610 sağlık çalışanın yaşadığı iş kazaları ve ilişkili faktörler değerlendirilmiştir. Bu çalışmada yer alan sağlık çalışanlarının 108'i son bir yılda el-parmak bölgesinden, yaralandıklarını bildirmişlerdir (Aygün ve Özurmaz 2020). Literatürde yer alan bu sonuçlar ile olgumuzun paralel sonuçlara sahip olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, literatürde sağlık çalışanlarının el, kol, parmak bölgesinden yaralandıkları bildirilmiş olsa da çekiç parmak tanısı alan olguya rastlanmamıştır. Hemşirelerin çalışma ortamları ve kullandıkları ekipmanların ergonomik olmasına özen gösterilmesi, kliniklerin uygun sayıda hemşire ile yönetilmesi ayrıca iş sağlığı ve kazası ile ilgili eğitimlerin aktif olarak verilmesinin iş kazalarının engellenmesi ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında daha etkili olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Atan, M., Cam, E., Çelik, E., Yazar-Aslan, B., Boz- Eravcı, D. (2017). T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Algısı. Uzerler Matbaacılık, Ankara.
- Aygün, G., ve Özurmaz, S. (2020). Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı İş Kazaları ve İlişkili Faktörler. Medical Sciences, 15 (4), 123-132. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nwsamed/issue/57524/788809> adresinden alınmıştır.
- Bilir, N. (2019). İş Sağlığı ve Güvenliği. Güneş Tıp Evleri, Ankara.
- Bloom, J. M. P., Khouri, J. S., and Hammert, W. C. (2013). Current concepts in the evaluation and treatment of mallet finger injury. Plastic and reconstructive surgery, 132 (4), 560e- 566e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182a0148c>
- Demir, K. (2015). İş Sağlığı ve Güvenliği Denetimi ve Bazı Ülkelerden Uygulama Örnekleri, [Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Anadolu Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Dikmetaş Yardan, E., Köksal, F., ve Yardan, T. (2013). Hemşirelerin Hastane İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin Araştırılması. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı; 01- 03 Mayıs 2013; Ankara, Türkiye. Pozitif Matbaa, Ankara.
- Erci, B. (2016). Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Nobel Tıp Evleri, Elazığ.
- Hoşbay, Z., ve Güneren, E. (2018). Tedaviye Dirençli Çekiç Parmak Deformitesinde Yüzük Atel ile Tedavi. Bezmialem Science, 6 (3), 212- 216. doi:10.14235/bs.2018.1031.
- İnci, E. İ., Bilişli, Y., & Hizay, D. (2016). İş kazalarına maruz kalan sağlık çalışanlarının bildirimlerinin değerlendirilmesi: üniversite hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 3 (3), 83- 88. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1477513701>
- Kahya, E., ve Özkar, D. (2014). İş Güvenliği. Esogü Yayıncılık, Eskişehir, 2. Baskı.
- Kankaya, Y., Sungur, N., Özer, K., Oruç, M., Gürsoy, K., Çolak, Ö., Ulusoy, G.M., ve Koçer, U. (2017). Çekiç Parmak Deformitesi İçin Yeni Bir Tedavi Şekli: 4-2-2 Protokolü. Okmeydanı Tıp Dergisi, 33 (2), 93- 98. DOI: 10.5222/otd.2017.1076
- ÖZDEMİR, A., KARALTIN, M. V., Yoğun, F. N., Akkuş, A. M., Akpınar, A. C., Yıldız, K., ... ve Güneren, E. (2015). 0-6 yaş arası çocuklarda el yaralanmalarının analizi. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi, 24 (3), 89- 94. <https://doi.org/10.5336/pediatr.2014-42094>
- Öztürk, Y.E., Kırarç, R. (2014). İşverenin ve Çalışanın İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Sorumluluğun Hemşireler Açısından Değerlendirilmesi. V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı; 20- 22 Kasım 2014 Antalya; Türkiye. Miki Matbaacılık, Ankara.
- Solmaz, M., ve Solmaz, T. (2017). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (3), 147- 156. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/368068> adresinden alınmıştır.
- Şentürk, Y., ve Sunal, N. (2018). Ameliyathanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Algısının Belirlenmesi. Karaelmas İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 2 (2), 75- 85. <https://doi.org/10.33720/kisgd.397480>
- Valdes, K., Naughton, N., & Algar, L. (2015). Conservative treatment of mallet finger: A systematic review. Journal of hand therapy : official journal of the American Society of Hand Therapists, 28 (3), 237- 246. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.03.001>