



ISSN: 2587 – 0785

Journal of Management, Economics and Marketing Research

YÖNETİM, EKONOMİ VE PAZARLAMA ARAŞTIRMALARI DERGİSİ

Cilt	Volume	3
Sayı	Issue	6
Yıl	Year	2019

YÖNETİM, EKONOMİ VE PAZARLAMA

ARAŞTIRMALARI DERGİSİ

2019, Cilt.3, Sayı.6

EDİTÖR

Prof. Dr. Ramazan Pars ŞAHBAZ
Hacı Bayram Veli Üniversitesi
editor@yepad.org
Telefon: +90 312 485 14 60

EDİTÖR

Prof. Dr. Oktay Emir
Anadolu Üniversitesi
editor@yepad.org
Telefon: +90 (222) 335 0580

YAYIN KURULU

Prof. Dr. Alptekin Sökmen, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, asokmen@gazi.edu.tr
Prof. Dr. M. Mithat Üner, Atılım Üniversitesi, mithatuner@atilim.edu.tr
Prof. Dr. Kurtuluş Karamustafa, Erciyes Üniversitesi, karamustafa@erciyes.edu.tr
Doç. Dr. Sedat Yüksel, College of Applied Science, Oman, sedatyuksel@gmail.com
Doç. Dr. Evren Güçer, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, evrengucer@gazi.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nevin SERT, Selçuk Üniversitesi, Turizm Fakültesi, nevinsert@gmail.com
Dr. Öğr. Üyesi Barış Demirci, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, bdemirci@ogu.edu.tr

HAKEM KURULU

Prof. Dr. Ahmet TAYFUN, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, tayfun@gazi.edu.tr
Prof. Dr. Alptekin SÖKMEN, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, asokmen@gazi.edu.tr
Prof. Dr. Arzu KILIÇLAR, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, karzu@gazi.edu.tr
Prof. Dr. Belgin AYDINTAN, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, abelgin@gazi.edu.tr
Prof. Dr. Güler SAĞLAMARI, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, gsaglam@gazi.edu.tr
Prof. Dr. Kurtuluş KARAMUSTAFA, Erciyes Üniversitesi, karamustafa@erciyes.edu.tr
Prof. Dr. Mazlina Abdul MAJID, Malaysia Pahang Üniversitesi, mazlina@ump.edu.my
Prof. Dr. Mithat ÜNER, Atılım Üniversitesi, mithatuner@atilim.edu.tr
Prof. Dr. Ruziye COP, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, cop_r@ibu.tr
Prof. Dr. Zeynep ASLAN, Adnan Menderes Üniversitesi, zeynep.aslan@adu.edu.tr
Doç. Dr. Cemalettin AKTEPE, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, caktepe@gazi.edu.tr
Doç. Dr. Evren GÜÇER, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, evrengucer@gazi.edu.tr
Doç. Dr. Hakan KOÇ, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, hkoc@gazi.edu.tr
Doç. Dr. Kadri Gökhan YILMAZ, Ankara HBV Üniversitesi, kgyilmaz@gazi.edu.tr
Doç. Dr. Lütfi BUYRUK, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, buyruk@nevsehir.edu.tr
Doç. Dr. Mehmet BAŞ, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, mbas@gazi.edu.tr
Doç. Dr. Metehan TOLON, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, metehan@gazi.edu.tr
Doç. Dr. Nuray TOSUNOĞLU, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, nguneri@gazi.edu.tr
Doç. Dr. Seyhan ÇİL, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, seyhanc@gazi.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi Alev SÖKMEN, Başkent Üniversitesi, alev@baskent.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi Ali Turan BAYRAM, Sinop Üniversitesi, alibayram@sinop.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi Alper Bozkurt, Adana Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, abozkurt@adanabtu.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi Barış DEMİRCİ, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, bdemirci@ogu.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi Cemal ÖZTÜRK, Bitlis Eren Üniversitesi, cozturk@beu.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi GülerKOLBAYRAM, Sinop Üniversitesi, gulerkol@sinop.edu.tr
Dr. Öğr. Üyesi Osman ÇULHA, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, culhaosman@gmail.com
Dr. Öğr. Üyesi Selma KALYONCUOĞLU, Ankara HBV Üniversitesi, selmakalyoncu@gazi.edu.tr

Dr. Öğr. Üyesi Zeki YÜKSEKBİLGİLİ, Nişantaşı Üni, zeki.yuksekbilgili@nisantasi.edu.tr

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ATAR, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, aysee.atar@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Filiz Özlem ÇETİNKAYA, Kırşehir AhiEvran Üniversitesi, filyozum@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Seda ÖZDEMİR AKGÜL, Selçuk Üniversitesi, sedaozdemir8@gmail.com

ODAK VE KAPSAM

Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisinin yayın odağında;

Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama alanındaki profesyonellere akademik katkı sağlayan, sektörel uygulamalara katkı sağlayan teorik ve uygulama arasında köprü olan, Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama alanlarında ulusal ve uluslararası karşılaştırmaları inceleyen eserler yer almaktadır.

Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisinin yayın kapsamında;

- ⇒ İşletme bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Kamu yönetimi bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ İktisat bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Ekonometri bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Çalışma ekonomisi ve endüstri ilişkileri bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Maliye bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Uluslararası ticaret bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Hastane işletmeciliği bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Turizm işletmeciliği bilim dalını temel alan çalışmalar,
- ⇒ Yönetim bilişim sistemleri bilim dalını temel alan çalışmalar yer almaktadır.

YAYIN SIKLIĞI

Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi elektronik ortamda yayın yapan hakemli bir dergidir. İki aylık yayın yapan dergide yılda 6 sayı yayınlanmaktadır.

YAYIN DİLİ

Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi Türkçe ve İngilizce olarak yayın yapmaktadır.

YÖNETİM, EKONOMİ VE PAZARLAMA
ARAŞTIRMALARI DERGİSİ
2019, Cilt.3, Sayı.6

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Araştırma Makalesi

İş Tatmini ve Yaşam Doyumu Bağlantısı: İstanbul – Gaziantep İlleri Örneği

(Job and Life Satisfaction Connection: An Example on İstanbul-Gaziantep Provinces).

Fatma Zehra TAN, Canan YILDIRAN ve Furkan Fahri ALTINTAŞ

ss.220-234.

Kavramsal Makale

Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkın Finansmanı

(In Turkey after 1980 Health Policy and Financing Health)

Süreyya YILMAZ ve Aybüke Merve AKMAN

ss.235-251.

Araştırma Makalesi

Potansiyel Medikal Turistlerin Kararını Etkileyen Motivasyon Kaynakları

(Sources of Motivation Affecting the Decision of Potential Medical Tourists)

Haşim ÇAPAR

ss.252-264.

Kavramsal Makale

Eskişehir’de Coğrafi İşaretli Ürünlerin Değerlendirilmesi

(Evaluation of Geographical Indication Products in Eskişehir)

Barış DEMİRCİ, Gizem Sultan SARIKAYA, Kevser TURAN ve Zehra ÖZYÖRÜK

ss. 265-275



Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

2019, 3(6): 220-234.

DOI: [10.29226/TR1001.2019.163](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.163).

ISSN: 2587-0785 Dergi web sayfası: <https://www.yepad.org>



ARAŞTIRMA MAKALESİ

İş Tatmini ve Yaşam Doyumu Bağlantısı: İstanbul – Gaziantep İlleri Örneği

Prof. Dr. Fatma Zehra TAN, Karabük Üniversitesi, İşletme Fakültesi, e-posta:

fatmazehra@karabuk.edu.tr

ORCID: [0000-0003-1554-6500](https://orcid.org/0000-0003-1554-6500)

Dr. Öğr. Üyesi Canan YILDIRAN, Karabük Üniversitesi, İşletme Fakültesi, e-posta:

cananyildiran@karabuk.edu.tr

ORCID: [0000-0001-8245-197x](https://orcid.org/0000-0001-8245-197x)

Dr. Furkan Fahri ALTINTAŞ, e-posta: furkan09@hotmail.de

ORCID: [0000-0002-0161-5862](https://orcid.org/0000-0002-0161-5862)

Öz

Araştırmada İstanbul ve Gaziantep illerinde istihdam edenlerin iş tatmini ve yaşam doyumu konusunda algıları tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalışmada istihdam eden 340 kişiden veri toplanmıştır. Çalışmanın analiz düzeyi bakımından yaşam doyumu ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi ölçmek için, Pearson, Somer's d, Gamma, Kendall's Tau b, Kendall's Tau c, Kanonik, YEM'e (DFA) dayanan ilişki katsayıları uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, iş tatmini ile yaşam doyumu arasındaki ilişki genel anlamda orta seviyede çıkmış olup, araştırmanın hipotezi olan iş tatmini ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca, yaşam doyumlarını etkileyecek iş tatminleri ve iş tatminlerini etkileyecek yaşam doyumları haricinde etkenlerin olduğu düşünülmektedirler.

Anahtar Kelimeler: İş Tatmini, Yaşam Doyumu, İstanbul, Gaziantep.

Makale Gönderme Tarihi: 03.10. 2019

Makale Kabul Tarihi: 10.11.2019

Önerilen Atıf: Tan, Z, F., Yıldiran, C., Altıntaş, F, F. (2019). İş Tatmini ve Yaşam Doyumu Bağlantısı: İstanbul – Gaziantep İlleri Örneği, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(6): 220-234.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi.



Journal of Management, Economic and Marketing Research

2019, 3(6): 220-234.

DOI: [10.29226/TR1001.2019.163](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.163).

ISSN: 2587-0785 Journal Homepage: <https://www.yepad.org>



RESEARCH PAPER

Job and Life Satisfaction Connection: An Example On İstanbul -Gaziantep Provinces

Prof. Dr. Fatma Zehra TAN, Karabük University, Faculty of Business, e-mail:

fatmazehra@karabuk.edu.tr

ORCID: [0000-0003-1554-6500](https://orcid.org/0000-0003-1554-6500)

Dr. Canan YILDIRAN, Karabük Üniversitesi, İşletme Fakültesi, e-mail:

cananyildiran@karabuk.edu.tr

ORCID: [0000-0001-8245-197x](https://orcid.org/0000-0001-8245-197x)

Dr. Furkan Fahri ALTINTAŞ e-mail: furkan09@hotmail.de

ORCID: [0000-0002-0161-5862](https://orcid.org/0000-0002-0161-5862)

Abstract

In this research, perceptions of employers in Istanbul and Gaziantep about job and life satisfaction were intended to be determined. Data were collected from 340 employers. In order to measure the relationship between life and job satisfaction in terms of the analysis level of the study, relationship coefficients based on Pearson, Somer's d, Gamma, Kendall's Tau b, Kendall's Tau c, Canonical, SEM (DFA) were applied. As a result of the study, the relationship between job satisfaction and life satisfaction was generally medium level and it was proved that there was a significant relationship between job and life satisfaction which is the hypothesis of the research. In addition, it is thought that there are factors other than job satisfaction that will affect life satisfaction and many other things that life satisfaction will affect job satisfaction.

Keywords: Job Satisfaction, Life Satisfaction, İstanbul, Gaziantep.

Received: 03.10. 2019

Accepted: 10.11.2019

Suggested Citation: Tan, Z, F., Yıldırın, C., Altıntaş, F, F. (2019). Job and Life Satisfaction Connection: An Example On İstanbul-Gaziantep Provinces, *Journal of Management, Economic and Marketing Research*, 3(6): 220-234.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

GİRİŞ

İş tatmini, 1920'lerde ortaya çıkmış ve 1930-1940 yıllarında anlaşılmaya başlanmıştır. İş tatminini önemli kılan yaşam doyumu ile ilgili olmasıdır. İş tatmini bireylerin hem ruh hem beden sağlığını direk etkilemektedir (Sevimli ve İşcan, 2005:55). Ayrıca iş tatmini, performans, müşteri tatmini, çatışma, devamsızlık, örgütsel vatandaşlık ve işgücü devri gibi kavramlarla da ilgilidir. İlgili kavramlar sadece bireyi değil aynı zamanda örgütü de etkilemekte ve bu durumda iş tatmini asla arka plana atılmamasının gerekliliğini belirtmelidir (Bekmezci ve Mert, 2013:173).

İş tatmini için bireylerin deneyimleri sonucunda zamanla elde ettikleri düşünüldüğünde iş ile ilgili olumlu tutum iş tatmini, olumsuz tutum ise iş tatminsizliği şeklinde ortaya çıkacaktır. İş tatmini, bireylerin işlerinden duyduğu maddi ve manevi doyum olarak ifade edilebilir. İş hayatında önemli yeri olan bireyin tatmin derecesi yükseldikçe hem yapılan işte hem de örgütte olumlu yansımalar ve gelişmeler görülmektedir (Karakuş, 2011:47). İş tatminini etkileyen faktörlere bakıldığında ise iç faktör olarak nitelendirilen; cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, kişilik, sosyo-kültürel çevre, zekâ ve yetenek yapısı bulunmaktadır. Dış faktörlerde de ücret düzeyi, iş arkadaşları, üst-ast ilişkisi, yükselme olanakları, söz hakkı, iletişim şekilleri sayılabilir (Özkaya, vd., 2008:165). Başarılı işletmelere bakıldığında çalışanlarının yaptıkları işten hoşlanan, gurur duyan, üst yönetim tarafından desteklenen, örgütün hedefleri ile kendi hedeflerini bütünleştirmiş bireylerden oluştuğu görülmektedir (Tor ve Esengün, 2011:55). Günümüzde de bunun farkına varıldığı ve insan unsurunun işletmeler için vazgeçilemez bir rekabet üstünlüğü ve sürdürülebilirliği için önemli faktör olduğu kabul edilmiştir.

Yaşam doyumu (memnuniyeti) ile ilgili farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Nedeni ise yaşamda önceliklerin farklılaşmasıdır. En genel tanım olarak; bireyin kendi yaşamından duyduğu memnuniyet olarak tanımlanabilir (Bülbül ve Giray, 2012:102) ve bireyin beklentilerinin, gereksinimlerinin, isteklerinin ve dileklerinin karşılanması doyumudur. Ve bu doyum yaşamının bütünü ve tüm boyutlarını içermektedir (Yılmaz, 2010:93). Aslında bireyin kendi yaşamıyla ilgili hedefledikleri ile elde ettikleri arasındaki fark sonucu ortaya çıkan algıdır (Özdevecioğlu, 2009:78).

İş tatmini ve yaşam doyumu birbirleri için çok önemli faktörlerdir. Dolayısıyla iş tatmini ve yaşam doyumu arasındaki ilişki ne kadar fazla ise, çalışanların iş ve genel yaşam kalitesi o kadar artmaktadır (Rice, vd., 1985:301). İş tatmini ve yaşam doyumu arasında bir ilişki olduğu doğal olarak görülmektedir. İnsanların zamanlarının büyük bir bölümünü iş ortamlarında harcadığından dolayı, işlerinden memnun olma oranlarına göre yaşam doyumlarında da aynı yönde gelişmeler olacaktır.

Yaşam doyumunun iş tatminine olan etkisi, iş tatminin yaşam doyumuna olan etkisinden fazla olması durumunda, çalışanlar yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin sadece iş tatmini olmadığını, başka faktörlerinde olduğunun farkına varabileceklerdir. Böylelikle çalışanlar yaşam doyumunu sağlamak için alternatif işlere yönelebilir veya mevcut işlerine olan bağlılıkları azalabilir. Bu anlamda, çalışanların yaşam doyumlarının olması gerekenden fazla şekilde artması ve çok fazla olması, çalışanların mevcut iş haricinde başka alternatif işlere de yönelebileceğini göstermektedir. Çünkü çalışanların yaşam doyumlarının olması gerekenden fazla olması, çalışanların yaşam doyumlarını, kendi işlerinden daha öncelikli olarak düşündükleri için çalışanlar, kendilerini

geliştirecek işlerden daha da önemli olarak kendi yaşam doyumlarını daha çok sağlayacak işlere yönelebilirler. Dolayısıyla çalışanların yaşam doyumlarının olması gerekenden fazla olması sonucunda çalışanların birim zamanda iş değiştirme hızı (iş değiştirme ivmesi) artabilecektir. Bu durum, çalışanların belli bir spesifik işte uzmanlaşmasına engel olabilir. Tam tersi olarak, çalışanların yaşam doyumlarının az olması ise, çalışanların işine yönelik konsantrasyonlarını ve motivasyonlarını azaltıcı bir durumun ortaya çıkmasına sebep olacaktır.

Çalışanların algılamalarına göre, çalışanların iş tatminlerinin yaşam doyumlarına olan etkileri, yaşam doyumlarının iş tatminlerine olan etkilerinden daha fazla olması durumunda, yaşam doyumunun oluşmasında ekonomik ve çalışma koşulları etkenlerin çalışanlar için önemliliği ortaya çıkabilecektir.

Çalışan bireylerin ekonomik ve iş hayatlarındaki durumlarında dalgalanmalar, çalışanların hayatlarında çok hassas bir değişken olduğu için çalışanların ekonomik ve iş hayatlarında en küçük bir değişim, çalışanların yaşam doyumlarını etkileyebilir.

Çalışanların iş hayatları, iş tatminleri ve buna bağlı olarak ekonomik dalgalanmaların iyiye gitmesi, çalışanların yaşam doyumlarının çok iyi seviyeye gelmesine neden olabilir. Fakat bu durum, çalışanların işlerine olması gerekenden daha çok önem vermelerine neden olup, çalışanların sosyal yaşantısına zarar verebilir.

Çalışanların ekonomik ve iş hayat durumları kötüye gittiğinde, çalışanların ekonomik durumları ve iş hayatları yaşam doyumları için çok önemli değişkenler olduğu için, çalışanların yaşam doyumlarının olumsuz şekilde etkilenmelerine sebep olabilir. Dolayısıyla çalışanlar için ekonomik durumlar ve iş hayatı, yaşam doyumları için çok önemli değişkenler olduğu, çalışanlar için ekonomik durumların ve iş hayatlarının iyi gitmemesi, çalışanların işine olan konsantrasyonlarının, motivasyonlarının, yaşam düzenlerinin, aile yaşantılarının, ruh sağlıklarının, iş verimliliklerinin, amaçlara ulaşma düzeylerinin ve çalışma güçlerinin olumsuz şekilde etkilenmesine sebep olabilir.

Yaşam doyumunu ile iş tatmini arasındaki ilişki katsayısı orta seviyede olmalıdır. Çünkü çalışanların iş tatminlerinin yaşam doyumlarına olan türevinin fazla olması, söz konusu setlerin birbirine olan hassaslığını artıracaktır. Dolayısıyla çalışanların yaşam doyumlarının olması gerekenden çok olması, iş tatminlerini olması gerekenden daha çok olmasına neden olabilir. Bu durum çalışanların işlerine olan dikkatlerini, motivasyonlarını azaltabilir. Tam tersi olarak, iş tatminlerinin olması gerekenden çok olması, yaşam doyumlarının olması gerekenden daha çok olmasına neden olabilir. Bu durum, çalışanların işlerine olan bağlılıklarını azaltabilir.

Aynı zamanda çalışanların yaşam doyumlarının olması gerekenden az olduğunda, iş tatminlerinin olması gerekenden daha az seviyeye gelmesine sebep olabilir. Tam tersi olarak, iş tatminlerinin olması gerekenden az seviyede olması, yaşam doyumlarının da olması gerekenden daha az seviyeye düşmesine neden olabilir. Dolayısıyla iş tatmini çok azaldığında, yaşam doyumunun da çok azalacağından dolayı, çalışanlar mutsuz olabilir. Tam tersi olarak, yaşam doyumunu çok azaldığında, iş tatmini de çok azalacağından dolayı çalışanlar işlerine karşı bağımlılığı azalabilir.

YÖNTEM

Araştırmanın Konusu ve Amacı

İş tatmini ve yaşam doyumu ilişkisi kapsamında, söz konusu kavramların karşılıklı olarak birbirini tamamlayan iki kavram olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple, araştırmanın konusu iş tatmini ve yaşam doyumu arasındaki ilişki durumunu değerlendirerek, söz konusu iki boyut arasındaki ilişkiye daha çok katkı sağlayan/sağlamayan boyutu değerlendirmektir.

Araştırmanın amacı, ekonomik ve sanayi alanında gelişmişlik gösteren İstanbul ve Gaziantep illerinde çalışanların iş tatmini ve yaşam doyumunu algılamaları kapsamında, yaşam doyumu ile iş tatmini arasındaki ilişki katsayılarını tespit etmek ve buna bağlı oluşturulan hipotezi test ederek değerlendirmektir. Ayrıca, çalışanların yaşam doyumu ile iş tatmini arasındaki ilişki algılarında ilişkiye en çok katkı sağlayan ve katkı sağlamayan değişkeni tespit etmektir.

Araştırmanın Önemi ve Katkısı

İş tatminini bağımsız değişken, yaşam doyumunu bağımlı değişken olarak ele aldığımızda, iş tatmininin yaşam doyumu üzerine doğrudan etkileri vardır. Çünkü bir çalışan işinden memnun olduğu ve işini sevdiği için, işinde oluşabilecek sıkıntıları kolaylıkla atlatabilir. Böylelikle çalışan, ailesi ve çevresi ile daha sağlıklı iletişim kurabilir. Dolayısıyla çalışan, işinin kendisine, ailesine ve çevresine sağladığı olumlu etkileri doğrudan ve dolaylı olarak fark edebilir ve işine daha çok sahip çıkarak çalıştığı işletmede, örgütsel adanmışlık seviyesini yükseltebilir.

Tam tersi olarak yaşam doyumunu bağımsız, iş tatminini bağımlı değişken olarak değerlendirdiğimizde, yaşam doyumunun iş tatmini üzerinde doğrudan etkileri vardır. Yaşam doyumu olan bir çalışan, genellikle ekonomik ve sosyal anlamda problemi veya problemleri olması durumu söz konusu olmaz. Yine yaşam doyumu olan bir çalışanın muhtelif zamanlarda karşılaştığı ekonomik ve sosyal problemleri çözebilir. Bu durum, yaşam doyumunun iş tatminine olan/olması gereken etki ile çalışanın işine motivasyonu sağlamasına ve işinde başarılı olması için daha çok işine konsantre olmasına ve buna bağlı olarak ise iş tatminini sağlamadığı ortaya çıkacaktır. Fakat yaşam doyumu olan bir çalışan yaşam doyumunu sağlamasında işinin ve buna bağlı olarak işindeki sadece iş tatmininin etkisi olmadığını, yaşam doyumunun iş tatminine olan/olması gerekenden fazla etki ile etkilediği düşünülürse, çalışanın önünde başka iş alternatifleri olabileceği için işine bağlılık azalabilir. Bu durum makro anlamda düşünüldüğünde, çalışanların işlerindeki uzmanlaşmalarını önleyebilir, öğrenme eğrisinin olmamasına sebep olabilir ve çalışanın bağlı olduğu organizasyona olan örgütsel adanmışlık seviyesini düşürebilir. Bu kapsamda, yaşam doyumu ile iş tatmini arasında ilişki ne kadar anlamlı, pozitif ve orta düzeyde ve yaşam doyumu ile iş tatmininin birbirlerini etkileme nicelikleri birbirine yakın/aynı olursa, çalışanların aile ve sosyal hayatı daha sağlıklı olabilecek ve çalışanlar işine bağlı kalarak çalıştığı organizasyonun vizyonunu daha kolay ve hızlı bir şekilde benimsemesine neden olabilecektir.

İş tatmininin yaşam doyumunu etkilemesiyle, çalışanlar yaşamından memnun olup, ülkemizde mutlu toplumlar oluşmasına katkı sağlayabilecektir. Ortaya çıkacak mutlu toplumlar sayesinde; sosyal anlamda ülkemizde suç oranları düşebilecek, işin ve eğitimin önemi kavranabilecek, ülkemizin sosyal anlamda daha ileriye gitmesi için katkılar sağlanabilecektir. Yaşam doyumunun iş

tatminini etkilemesi ile çalışanların işlerinde daha motivasyonlu olmaları sonucunda ülke ekonomisine katkıda bulunabilir. Dolayısıyla bu çalışma, çalışanların iş ve yaşamı arasında denge sağlayarak ülke ekonomisine katkı sağlayabilmesi açısından bir rehber niteliği taşımaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

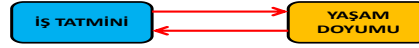
Araştırmanın yöntemi kapsamında veri toplama aracı olarak İstanbul ve Gaziantep ilinde istihdam edenlerin yaşam doyumu ve iş tatmini konusunda algılamalarını ölçmek amacıyla toplam iki anket uygulanmıştır. Söz konusu anketler iki bölümden oluşmaktadır. Bunlardan ilki demografik özellikler olup, söz konusu demografik özelliklerdeki sorular her iki anket için aynıdır. Bunlar; istihdam edilenlerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, yabancı dil bilip bilmediği, eğitim durumu, aylık gelir seviyesi, çalışılan kurumda çalışma süresi ve hangi sektörde çalışıldığı oluşturmaktadır. Bunlardan cinsiyet, medeni durum, yabancı dil bilip bilmediği ve hangi sektörde çalıştığı nominal, geri kalan özellikler ise ordinal ölçüm seviyesinde değerlendirilmiştir.

Anketlerin ikinci bölümünde ise, fonksiyonel değişkenler yer almaktadırlar. Yaşam Doyumu Ölçeği Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilmiş olup, Dağlı ve Baysal (2016) tarafından Türkçe'ye adapte edilmiştir. Yaşam doyumu ölçeğinde, ölçek de mevcut olan fonksiyonel değişkenler için 7'li Likert tipi sayısal ölçekli bir yapı oluşturulmuştur. Bunlar; "1: Hiç Uygun Değil", "2: Uygun Değil", "3: Biraz Uygun Değil", "4: Ne Uygun Ne Uygun Değil", "5: Biraz Uygun", "6: Uygun", "7: Çok Uygun" şeklinde sıralanmıştır. İş Tatmini Ölçeği ise; Hackman ve Oldham (1975) tarafından geliştirilmiş olan İş Özellikleri Anketi'nden, Basım ve Şeşen (2009) tarafından beş maddeden oluşan tek boyutlu ölçek şeklinde uyarlanmıştır. İş tatmini ölçeğinde mevcut olan fonksiyonel değişkenler için 5'li Likert tipi sayısal ölçekli bir yapı oluşturulmuştur. Bunlar; "1: Tamamen Katılmıyorum", "2: Katılmıyorum", "3: Kararsızım", "4: Katılıyorum", "5: Tamamen Katılıyorum" şeklinde sıralanmıştır. Her iki ölçek için bu sayısal ölçekli yapılar, oran ölçüm seviyesinde değerlendirilmiştir. Ayrıca, her bir ölçekte mevcut madde sayısı eşit olup, anket soru sayıları beştir.

Araştırmanın analiz düzeyi bakımından yaşam doyumu ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi ölçmek için, Pearson, Somer's d, Gamma, Kendall's Tau b, Kendall's Tau c, Kanonik, YEM'e (DFA) dayanan ilişki katsayıları uygulanmıştır. Araştırmada söz konusu boyutlar arasındaki ilişkiye istinaden hangi boyutun diğer boyutu daha fazla etkilediği (ilişkisel yapıya katkı sağladığı) ve dolayısıyla hangi boyutun diğer boyutu daha da etkilediği (ilişkisel yapıya diğerinden daha az katkı sağladığı) tespit etmek amacıyla kanonik korelasyonlar uygulanmıştır.

Araştırmanın Modeli ve Hipotezi

Araştırmanın modeli, İstanbul ve Gaziantep illerinde istihdam edenlerin yaşam doyumu ve iş tatmini boyutlarını algılamaları kapsamında, iş tatmini ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyel yapıya dayanmaktadır. Araştırmanın modeli kapsamında, yaşam doyumu ile iş tatmini boyutları birbirleri ile tamamlayıcı bir özellik taşımaktadırlar. Dolayısıyla araştırmanın hipotezi "*H₁: İş tatmini ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.*" olarak ortaya konulmuştur. Bu kapsamda araştırmanın modeli Şekil 1'de gösterilmektedir.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Sayısı

Araştırmanın evrenini, İstanbul ve Gaziantep illerinde istihdam edenler oluşturmaktadır. Söz konusu araştırma yapılan illerde istihdam sayısı sürekli olarak değiştiği için evren sayısı belli değildir. Buna istinaden araştırmada örneklem sayısı, İstanbul ve Gaziantep illerinde 170 olmak üzeri toplam sayı 340 olarak belirlenmiştir.

Herhangi bir araştırma da 30'dan büyük 500'den küçük örneklem büyüklükleri birçok araştırma için yeterli olmaktadır. Çok değişkenli analizlerin birçoğu için örneklem büyüklüğünün çalışmada yer alan değişken sayısının birkaç katı (tercihen en az 10 katı) olmasına dikkat edilmelidir (Altunışık, Coşkun ve Yıldırım, 2017:143-144). Buna istinaden araştırmamızda, her bir ölçek için toplam 5 fonksiyonel değişken olması bakımından örneklem sayısı araştırma için yeterli olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliliği

Araştırmanın geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde yapılacak ilk işlem verilerin test için uygunluğudur. Söz konusu analize istinaden bu anlamda verilerin uygunluğu ile ilgili olarak elde edilen bulgular aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

- Verilerin açıklayıcı faktör analizi üzerinde yapılan test sonucunda yaşam doyumu ölçeği için Kesier-Meyer-Olkin testi değeri 0,893, iş tatmini ölçeği için ise 0,874 olarak tespit edilmiştir. Bu değerler, 0,500 değerinin üzerinde olduğu için araştırmada yaşam doyumu ve iş tatmini veri setinin ayrı olarak faktör analizi için uygun olduğunu ve her iki ölçek için örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermektedir.

- Veri setinin uygunluğunu test etmemizde ikinci bakacağımız test Barlett Küresellik testidir. Bu testin yaşam doyumu ölçeği için ki-kare değeri 1040,743, iş tatmini ölçeği için ise 1232,694 olup, değerlerin manidar olduğu söylenebilir. Ayrıca testin ki-kare değerlerinin iki ölçek için anlamlılık değerleri (p) 0,00 çıkmış olup, bu değerler 0,05'den küçüktür ($p=0,00<0,05$). Dolayısıyla bu durum, her iki ölçeğin kendi içinde ayrı olarak değişkenleri arasında anlamlı korelasyon olduğunu göstermektedir. Çünkü Barlett Küresellik testinin anlamlı çıkması, değişkenler arasındaki korelasyon olduğunun (Bursal, 2017:159) ya da korelasyon matrisinin birim matris olmadığının kanıtıdır (Aksu, vd., 2017:47). Ayrıca her iki ölçek ölçümü için ki-kare değerlerinin anlamlılık değerlerinin "0" ($p=0,00$) çıkmış olması, her iki ölçeğin kendilerine ait olan değişkenlerin çoklu normal dağılımdan oluştuğunun kanıtıdır.

- Boyutlara ait tüm değişkenlerin en küçük anti-image katsayısı yaşam doyumu ölçeği için 0,880, iş tatmini ölçeği için ise 0,839 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla her iki ölçeğin anti-image katsayılarının 0,500'ün üstünde olmaları, her iki ölçeğin değişkenlerinin faktör analizine uygunluklarını ve örneklem sayılarının yeterliliklerini göstermektedirler.

- Boyutların değişkenleri arasındaki korelasyon matrisi incelenmiş ve bu değerler hem yaşam doyumu hemde iş tatmini ölçeği için $r=0,45$ ile $r=0,80$ arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca söz konusu korelasyon matrisinin determinant değerinin yaşam doyumu ölçeği için "0" değerinden büyük 0,045, iş tatmini ölçeği için ise 0,026 değerlerinin çıkmış olması, her iki ölçeğin kendisine ait değişkenler arasında çoklu-eş doğrusallık probleminin olmadığı nın göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

- Her iki ölçek için faktörlerin ortak varyans değerlerinin hepsi 1 değerinden küçük çıkmıştır. Eğer ortak varyans değeri 1' in üstünde çıkıyorsa, bu durum ya veri seti çok küçük veya araştırmada çok sayıda ya da az sayıda faktör belirlenmiştir (Kalaycı, 2014:329).

Faktör analizi sonucunda tek faktörlü bir yapı ortaya çıkıyorsa, rotasyon işlemine gerek yoktur (Akbulut, 2010:99). Bu sebepten dolayı her iki ölçek için rotasyon işlemi yapılmaya gerek duyulmamıştır.

Faktörlerin anti-image katsayılarının yaşam doyumu ölçeği için 0,880'in, iş tatmini ölçeği için 0,839'un üstünde oldukları ve söz konusu ölçeklerin kendilerine ait değişkenlerin ortak varyans değerlerinin hepsinin 0,200'den, ölçeklerin kendilerine ait değişkenlerin hepsinin faktör yükünün 0,300'den büyük olduğu için bu nicelikler açıklayıcı faktör analizi için kabul edilebilir olduğu değerlendirilebilir.

Ayrıca her iki ölçek için varyansların hepsinin %5'den büyük varyansı açıklaması ve faktörlerin birikimli varyansının yaşam doyumu ölçeği için %72,836'sını, iş tatmini ölçeği için %74,761'ini açıklaması kabul edilebilir bir seviyedir.

Araştırmanın güvenilirliğinin ölçülmesi için Cronbach Alpha (α) katsayısı kullanılmıştır. Güvenirlilik istatistiğinde her iki ölçek için ayrı olarak tüm değişkenler çerçevesinde toplam değişken sayısına göre Cronbach Alpha (α) değeri yaşam doyumu ölçeği için 0,903, iş tatmini ölçeği için ise 0,912 olarak hesaplanmıştır. Her iki ölçek için ölçeklere ait tüm değişkenlerin güvenilirliğini gösteren Cronbach Alpha (α) değeri, her iki ölçek için 0,800'ün üstünde çıktığı için ölçeklerin güvenilirliklerinden bahsedilebilir.

Ayrıca her iki ölçek için ölçeklere ait bütün değişkenlerin madde toplam korelasyonu 0,200 aştığı için ölçeklere ait tüm değişkenlerin iyi olduğu söylenebilir. Bunun dışında, her iki ölçek için korelasyon matrisi incelenmiş ve her iki ölçeğin kendi değişkenleri arasında korelasyon katsayılarının hiçbirinin eksi değer almadığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın güvenilirliği kapsamında değişken çıkarıldığında ki Cronbach Alpha (α) değeri, her bir değişken ölçekten çıkartılırsa kalan maddelerin nasıl bir Cronbach Alpha (α) niceliğini alacağını gösterir. Burada genel anlamda görülen Cronbach Alpha (α) değerinden yüksek değerler görülürse, o değişkeni çıkartmanın iç tutarlılığı artıracığı söylenebilir.

Bu kapsamda 5 değişkenli yaşam doyumu ölçeği için Cronbach Alpha (α) genel değeri 0,903 ($\alpha_{Genel:Yaşam\ Doyumu}=0,903$), yine 5 değişkenli iş tatmini ölçeği için Cronbach Alpha (α) genel değeri 0,912 ($\alpha_{Genel:İş\ Tatmini}=0,912$) olarak tespit edilmiş ve her iki ölçek için bu değerleri aşan bir değişken bulunmadığından ve değişkenlere ait madde toplam korelasyonlarının hepsinin değeri her iki ölçek için 0,200 değerini aştığından ($MTK>0,200$) dolayı, her iki ölçekten hiç bir değişken çıkarmaya gerek kalmamıştır.

Her iki ölçekte yer alan 5'er değişkene istinaden Split-Half yöntemine göre güvenilirlik katsayıları iki kısma ayrılmıştır. Oluşturulan kısımlar için Alpha (α) güvenilirlik katsayıları, yaşam doyumu ölçeği için ölçeğin birinci kısımda yer alan değişkenlerin ilk üç tanesi, ikinci kısımda ise 3. değişken ile birlikte son iki tanesi yer almıştır. Yaşam doyumu ölçeği için tespit edilen birinci kısım Alpha (α) değeri 0,880 ($\alpha_{1.Kısım: Yaşam\ Doyumu}=0,880$) ile ikinci kısım Alpha (α) değeri 0,850 ($\alpha_{2.Kısım: Yaşam\ Doyumu}=0,850$) arasında çok fazla fark olmadığından dolayı, her iki kısmın güvenilirliği birbirine yakın ve yüksektir.

Split-Half yöntemine göre iş tatmini ölçeği için birinci kısımda ölçekte yer alan değişkenlerin ilk üç tanesi, ikinci kısmını ise 3. değişken ile birlikte son iki tanesi yer almıştır. İş tatmini ölçeği için tespit edilen birinci kısım Alpha (α) değeri 0,882 ($\alpha_{1.Kısım: İş\ Tatmini}=0,882$) ile ikinci kısım Alpha (α) değeri 0,830 ($\alpha_{2.Kısım: İş\ Tatmini}=0,830$) çıkması ve aralarında çok fazla fark olmadığından dolayı her iki kısmın güvenilirliği birbirine yakın ve yüksektir.

Split-Half yönteminde güvenilirlik, kısımlar arası ilişki katsayıları yardımıyla da ölçülebilmektedir. Bu değer yaşam doyumu ölçeği için 0,500'den büyük olan 0,796 ($rp:Yaşam\ Doyumu:1.Kısım-2.Kısım=0,796$), iş tatmini ölçeği için 0,500'den büyük olan 0,783 ($rp:İş\ Tatmini:1.Kısım-2.Kısım=0,783$) olarak çıkması, her iki ölçeğinde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ayrıca güvenilirlik için diğer bir gösterge ise Split Half yönteminde, Eşit Olmayan Uzunluk Spearsman-Brown Katsayısı ve Eşit Olan Uzunluk Spearsman-Brown Katsayısı değerlerinin birbirleri arasındaki farkın az olmasıdır. Söz konusu katsayılar arasında fark ne kadar az ise, bu durum ölçeğin güvenilirliğini göstermektedir.

Yaşam doyumu ölçeği için Eşit Olan Uzunluk Spearsman-Brown Katsayısı 0,886, Eşit Olmayan Uzunluk Spearsman-Brown Katsayısı ise 0,890 olarak tespit edilmiştir. Bu anlamda söz konusu katsayılar arasındaki fark azlığı, yaşam doyumu ölçeğinin güvenilirliğini göstermektedir.

İş tatmini ölçeği için ise, Eşit Olan Uzunluk Spearsman-Brown Katsayısı 0,878, Eşit Olmayan Uzunluk Spearsman-Brown Katsayısı ise 0,882 olarak tespit edilmiştir. Bu anlamda yine söz konusu katsayılar arasındaki fark azlığı iş tatmini ölçeğinin güvenilirliğini göstermektedir.

BULGULAR

Araştırmada ilk olarak iş tatmini ve yaşam boyu arasındaki ilişki katsayıları ortaya çıkarılmıştır. İkinci olarak ise, iş tatmini ve yaşam boyu boyutları arasındaki ilişkiye en fazla katkı sağlayan boyut tespit edilmeye çalışılmıştır. Buna bağlı olarak yaşam doyumu ile iş tatmini arasındaki ilişki katsayıları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Yaşam Doyumu ile İş Tatmini Arasında Tespit Edilen İlişki Katsayıları

İLİŞKİ KATSAYILARI			KANONİK KORELASYON						
Katsayılar	Değer	p	Fonk. No.	Setler Arası Korelasyon Katsayıları	Setler Arası Korelasyon Katsayıların Karesi	Wilk's Lambda Λ	Ki-Kare X^2	df	p
Pearson	0,630	0,000	1	0,641	0,410881	0,569	187,95	25,000	0,000
Somer's d	0,470	0,000	2	0,153	0,023409	0,966	11,636	16,000	0,769
Gamma	0,498	0,000	3	0,079	0,006241	0,989	3,727	9,000	0,928
Kendall's Tau b	0,470	0,000	4	0,061	0,003721	0,995	1,634	4,0000	0,803
Kendall's Tau c	0,464	0,000	5	0,034	0,001156	0,999	0,383	1,000	0,536
YEM (DFA)	0,673	0,000							

Tablo 1'de görüldüğü üzere, yaşam doyumu ile iş tatmini arasındaki ilişki durumu Pearson, YEM (DFA) ve kanonik korelasyona göre orta seviyede ve anlamlı, diğer ilişki katsayılarına göre ise orta seviyeye yakın ve anlamlı olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla; araştırmamızın hipotezi olan " H_1 : İş tatmini ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki vardır." düşüncesi ve hipoteze istinaden oluşturulan model doğrulanmıştır.

Tablo 1'de özellikle kanonik korelasyon hesabına göre, yaşam doyumu ile iş tatmini arasında kanonik ilişkiye istinaden toplam 5 adet fonksiyon oluşmuştur. Söz konusu fonksiyonlardan sadece birinci fonksiyon anlamlı çıktığı ($p=0,000$) için, birinci fonksiyonun değerleri dikkate alınmıştır. Aynı zamanda kanonik korelasyonun karesi tüm ilişki değerlerine göre en anlamlı fonksiyon olan 1. fonksiyon için toplam varyansların açıklama oranını vermektedir. Buna istinaden yaşam doyumu ve iş tatmini kanonik ilişkisi toplam açıklanan varyansın yaklaşık %41'ini açıklamaktadır.

Wilk's Lambda (Λ) değeri, toplam varyansın yaşam doyumu ve iş tatminini setlerinin birbirleri arasındaki farklar tarafından açıklanamayan kısmını göstermektedir. Ayrıca Wilk's Lambda (Λ), her bir kanonik fonksiyonun özdeğer istatistiğinin anlamlılığını ölçer. Boyutlar arasındaki korelasyon katsayısının azalması, Wilk's Lambda (Λ) değerinin 1 değerine yaklaşmasına, ki-kare (X^2) ve serbestlik değerinin azalmasına ve anlamlılık değerinin (p) artmasına sebep olmaktadır.

Doğrulamalı faktör analizi, faktör analiziyle oluşturulan yapıların ve hipotezlerin test edilmesi ve faktör yüklerinin faktörleri yeterince temsil edip etmediğini belirler ve belirlenmiş bir yapıya uygunluğunu test eder (Çokluk, vd., 2016:275). Bu sebeple araştırmamızda yaşam doyumu ve iş tatmini arasındaki yapısal eşitlik modellemesine göre ilişki katsayısını belirlemek, oluşturulan setler arasındaki ilişki yapısını ve bu yapıya göre oluşturulan hipotezi test etmek ve yaşam doyumu

ile iş tatmini setlerinin değişkenlere ait faktör yüklerinin faktörleri ve faktörlerin ise setleri temsil edip etmediğini tespit etmek amacıyla, doğrulayıcı faktör analizinin uyum iyiliği değerleri, bileşim ve ayrışım geçerliliği ile ölçeklerin güvenilirliği hesaplanmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizinde, verilerin faktör yapısının test edilerek doğrulanması için ilişkisiz, birincil seviye, ikincil seviye ve tek faktörlü modellerin uyum iyilik değerleri tespit edilerek en iyi uyumun hangisinde olduğunu tespit edilmesi gerekmektedir. Ayrıca, doğrulayıcı faktör analizi modellerinin hangisinin en iyi uyuma sahip olduğunu tespit etmek için analizler arasında herhangi bir sıra gerekmemektedir (Meydan ve Şeşen, 2015:57-93). Bu sebeple, verilerin faktör yapısının test edilerek doğrulanması için tüm doğrulayıcı faktör analiz modelleri uygulanmış ve birincil seviye doğrulayıcı faktör analizi en iyi uyum sağlayan model olarak tespit edilmiştir. Söz konusu modellere ilişkin uyum iyiliği değerleri Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modellerinin Uyum İyiliği Değerleri

Modelle rDFA	CMIN	DF	p	CMIN/ DF	SRMR	GFI	AGFI	NFI	CFI	RMSA
Birincil Seviye	61,30	34	0,00	1,813	0,08	0,964	0,941	0,975	0,989	0,049
İkincil Seviye	69,99	41	0,00	1,707	0,091	0,948	0,931	0,813	0,912	0,046
İlişkisiz	225,8	35	0,00	6,453	0,596	0,901	0,844	0,909	0,922	0,127
Tek Faktörlü	586,2	36	0,00	16,283	0,344	0,638	0,447	0,764	0,744	0,212

Doğrulayıcı faktör analizinde, ölçeğin geçerliliği için bileşim ve ayrışım geçerliliğin ölçülmesi gerekmektedir. Bileşim ve ayrışım geçerliliği sayesinde gözlenen değişkenlerin bağlı oldukları gözlenemeyen değişkenleri ne derecede temsil ettiği ölçülebilmektedir (Fornell ve Larcker, 1981).

Bileşim geçerliliğinin oluşabilmesi için bileşik güvenirlik katsayısının (CR) 0,70'den ve açıklanan ortalama varyans (AVE) değerlerinin 0,50'den büyük olması gerekmektedir. Bunun yanında, faktörlere ait tüm bileşik güvenirlik katsayısı (CR) değerlerinin açıklanan ortalama varyans (AVE) değerlerinden büyük olması (CR> AVE) beklenir. Ayrışım geçerliliğin sağlanması için setler arasındaki korelasyon katsayısının açıklanan ortalama varyans değerinin (AVE) karekökünden düşük olması gerekmektedir (Hair vd., 2010).

Araştırmada uygulanan setlerin ortalama ve standart sapma değerleri, setlere ait Cronbach Alpha (α) katsayıları, bileşik güvenirlik katsayısı (CR) ve açıklanan ortalama varyans (AVE) değerleri Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3. Setlere Ait Değerler

Setler	Ort.(x)	Std.Sapma (σ)	Cronbach Alpha (α)	CR	AVE	Korelasyon
Yaşam Doyumu	4,4835	1,67025	0,903	0,794	0,685	0,630
İş Tatmini	3,3841	1,15278	0,912	0,905	0,716	

Tablo 3'te görüldüğü üzere, çalışanların algılamaları kapsamında yaşam doyumu ''ne uygun ne uygun değil'' ifadesinin üzerinde, iş tatmini ise ''kararsızım'' ifadesinin üzerinde bir nicelik göstermiştir. Ayrıca, yaşam doyumunun standart sapma değeri ile iş tatmini arasında anlamlı bir farklılıkta bulunmaktadır.

Tablo 3'e göre bileşim geçerliliğin sağlanması bakımından, yaşam doyumu ve iş tatmini setlerinin bileşik güvenirlik katsayıları (CR) 0,70'den, açıklanan ortalama varyans değerleri (AVE) 0,50'den büyük değerlerde olduğu için ölçümün bileşim geçerliliği sağlanmıştır. Ayrışım geçerliliğin sağlanması açısından ise, yaşam doyumu ve iş tatmini setleri arasındaki ilişki katsayısı, yaşam doyumu ve iş tatmini setlerinin açıklanan ortalama varyans (AVE) değerlerinin her birinin ayrı olarak kareköklerinden küçük olduğu için bileşim geçerliliği sağlanmıştır. Bunun yanında, yaşam doyumu ve iş tatmini setlerinin ayrı olarak Cronbach Alpha (α) ve açıklanan ortalama varyans (AVE) değerlerinin hepsi 0,70 değerinde olması, ölçeklerin yapısal eşitlik modellemesi bakımından güvenilir olduğunu göstermektedir.

Araştırmada iş tatmini ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiler genel anlamda ilişki katsayıları ve kanonik koreasyona göre orta seviyede çıkmıştır. Söz konusu ilişkide bir set diğerini, diğerinin kendisini açıkladığından daha fazla varyans değeri açıklıyorsa, söz konusu set diğer seti daha fazla etkiliyor ve ikili ilişkisel yapıda daha fazla katkı sağlıyor anlamına gelmektedir.

Tablo 4. Etki Değerleri

KANONİK KORELASYON			
Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Fonksiyon Numarası	Açıklanan Varyans Değeri
İş Tatmini	Yaşam Doyumu	1	0,289
		2	0,002
		3	0,000
		4	0,000
		5	0,000

Yaşam Doyumu	İş Tatmini	1	0,303
		2	0,002
		3	0,000
		4	0,000
		5	0,000

Tablo 4'te görüldüğü üzere, setlerin birbirini açıkladığı varyans oranını hesaplamak için kanonik korelasyon gereksizlik ölçütlerinden yararlanılmıştır. Söz konusu Tablo 4'e göre kanonik korelasyonların birinci fonksiyonları anlamlı çıktığı için setlerin birinci fonksiyon değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, yaşam doyumu iş tatminini, iş tatmini yaşam doyumunu açıkladığından daha fazla varyans açıkladığı için yaşam doyumu iş tatminini, iş tatmini yaşam doyumunu etkilediğinden aralarında çok fark olmaksızın daha fazla etkilemektedir. Dolayısıyla yaşam doyumu ve iş tatmini ilişkisinde yaşam doyumu seti iş tatminine göre, ilişkisel yapıya daha fazla katkıda bulunmaktadır.

SONUÇ

Araştırma sonucunda, iş tatmini ile yaşam doyumu arasındaki ilişki genel anlamda orta seviyede çıkmış olup, hipotez ve hipoteze dayanan model doğrulanmıştır. Söz konusu setler arasında ilişkinin orta seviyede çıkmasının sebebi, araştırma yapılan illerde çalışanların iş tatmini ve yaşam doyumu setlerinin birbirinden biraz bağımsız olarak algılamalarından kaynaklanmaktadır. Çalışanlar ayrıca, yaşam doyumlarını etkileyecek iş tatminleri ve iş tatminlerini etkileyecek yaşam doyumları haricinde etkenlerin olduğunu düşünmektedirler.

Araştırma sonucunda yaşam doyumu iş tatminini, iş tatmini yaşam doyumunu etkilemesinden daha fazla etkilemiştir. Bu durumun nedeni ise, çalışanların yaşam doyumunu, iş tatmininden daha fazla önemsediklerinden kaynaklanabilir. Bununla beraber çalışanların yaşam doyumu kapsamında; ideallerine yakın olmaları, yaşam koşullarının ve yaşamlarından hoşnut olmaları ve istediği şeyleri elde edebilmeleri, iş tatmini kapsamında; çalışanların işlerini hobi olarak algılamalarından, işlerinde mutlu olmalarından, işlerinden keyif almalarından ve işlerini çekici bulmalarından daha fazla önem verdikleri ve genel bir bakış açısına sahip oldukları değerlendirilebilir. Çünkü çalışanlar, yaşam doyumu değişkenlerini, iş tatminlerini etkileyecek yaşam doyumları haricindeki sosyal ve ekonomik değişkenleri de etkilediğini düşündüklerinden dolayı, çalışanlar yaşam doyumu değişkenlerini iş tatminini değişkenlerinden daha temel ve genel bir nitelik olarak düşünmüşlerdir.

Araştırma sonucunda etki analizlerine göre, çalışanların yaşam doyumlarının iş tatminlerine olan etkisi, iş tatminlerinin yaşam doyumlarına olan etkisinden daha fazla olarak çıkması, çalışanların yaşam doyumuna iş tatmininden daha fazla önem verdiğinin ve çalışanların ekonomik durumlarının ve iş hayatının, çalışma şartlarının, yaşam doyumlarına göre olan türevinin fazla olduğunun göstergesi sayılabilir. Dolayısıyla çalışanların yaşam doyumlarındaki dalgalanmalar, çalışanların iş hayatlarında çok hassas bir değişken olduğu için çalışanların yaşam doyumlarındaki en küçük bir değişim çalışanların iş hayatlarını, tatminlerini ve koşullarını etkileyebilir.

Araştırmada, yaşam doyumu ve iş tatmini arasındaki ilişkinin orta seviyede çıkması istenilen bir sonuçtur. Ayrıca her ne kadar yaşam doyumunun iş tatminine olan etkisi, iş tatmininin yaşam doyumuna olan etkisinden fazla olsa da nicelik olarak aralarında çok fazla fark bulunmamaktadır. Fakat yine de yaşam doyumunun iş tatminini, iş tatminin yaşam doyumunu etkilemesinden daha fazla etkilemesi, yaşam doyumunun çalışanlarda olması gerekenden fazla olması kapsamında çalışanların alternatif işlere yönelebilmelerine, işlerine konsantre olamamalarına neden olabilir. Böyle durumda organizasyon yöneticilerin iş tatminin yaşam doyumuna olan etkilerini arttırmak kapsamında, çalışanlara karşı onların işlerinin önemini kavratabilecek, işlerini sevdirebilecek politikalar geliştirmeleri gerekmektedir. Bunlara örnek olarak daha önceden de literatür kısmında bahsedildiği gibi çalışanların işleri konusunda uzmanlaşmalarının teşviki konusunda çalışanlar için seminer ve kurs planlamaları yapılmalı, onların Ar-Ge çalışmalarına olan katılımları sağlanmaları sayılabilir. Dolayısıyla yaşam doyumu ve iş tatmininin birbirlerini eşit nicelikte birbirlerini etkilemesi birbirlerini dengelemesi istenilen bir sonuçtur.

Kaynakça

- Akbulut, Y. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS Uygulamaları*. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.
- Aksu, G., Eser, M. T. ve Güzeller, C. O. (2017). *Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Altunışık, R., Coşkun, R. ve Yıldırım, E. (2017). *Sosyal Bilimlerde Örnekleme Yöntemleri*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Aşan, Ö. ve Erenler, E. (2008). İş Tatmini ve Yaşam Tatmini İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 203-216.
- Basım, N. ve Şeşen, H. (2009). Örgütsel Adalet Algısı-Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisinde İş Tatmininin Aracılık Rolü, *17. Yönetim ve Organizasyon Kongresi*, 808-814, Eskişehir.
- Bekmezci, M. ve Mert, İ. S. (2013). Çalışanların İş Tatmininin Yaşam Tatminini Yordamasında Kamu ve Özel Sektör Farklılığı, *1. Örgütsel Davranış Kongresi*, 172-182, Sakarya.
- Bursal, M. (2017). *SPSS ile Temel Veri Analizi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Bülbül, Ş. ve Giray, S. (2012). İş ve Özel Yaşam (İş Dışı Yaşam) Memnuniyeti Arasındaki İlişki Yapısının Doğrusal Olmayan Kanonik Korelasyon Analizi ile İncelenmesi, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(4), 101-114.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Dağlı, A. ve Baysal, N. (2016). Yaşam Doyum Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59), 1250-1262.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. and Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Fornell, C. ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal and Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. ve Anderson, R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. Essex: Pearson Education.

- Hackman, R. ve Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey, *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170.
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Anı Yayın Dağıtım.
- Karakuş, H. (2011). Hemşirelerin İş Tatmin Düzeyleri: Sivas İli Örneği, *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(6), 46-57.
- Kırcı Çevik, N. ve Korkmaz, O. (2014). Türkiye’de Yaşam Doyumu ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İki Değişkenli Sıralı Probit Model Analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 126-145.
- Meydan, C. H. ve Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Özdevecioğlu, M. ve Çakmak Doruk, N. (2009). Organizasyonlarda İş-Aile ve Aile İş Çatışmalarının Çalışanların İş ve Yaşam Tatminleri Üzerindeki Etkisi, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 33, 69-99.
- Özkaya, M. O., Yakın, V. ve Ekinci, T. (2008). Stres Düzeylerinin Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi, *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 163-179.
- Rice, R. W., McFarlin, D. B., Hunt, R. G. ve Near, J. P. (1985). Job Importance As a Moderator of the Relationship Between Job Satisfaction and Life Satisfaction. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(4), 297-316.
- Sevimli, F. ve İşcan, Ö. F. (2005). Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu, *Ege Akademik Bakış*, 5(1-2), 55-64.
- Tor, S. S. ve Esengün, K. (2011). Örgütlerde İş Tatminini Etkileyen Demografik Faktörler ve Verimlilik: Karaman Gıda Sektöründe Bir Uygulama, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(20), 53-63.
- Yılmaz, G., Keser, A. ve Yorgun, S. (2010). Konaklama İşletmelerinde Çalışan Sendika Üyelerinin İş ve Yaşam Doyumunu Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, *Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 6(1), 87-107.



Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

2019, 3(6): 235-251.

DOI: [10.29226/TR1001.2019.164](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.164).

ISSN: 2587-0785 Dergi web sayfası: <https://www.yepad.org>



KAVRAMSAL MAKALE

Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlık Finansmanı

Dr. Öğr. Süreyya YILMAZ, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, e-posta: sureyya.yilmaz@uskudar.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6024-4344>

Aybüke Merve AKMAN, Doktora Öğrencisi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, e-posta: akmanabuke@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-8014>

Öz

Sağlık Politikası, Türkiye’de uzun yıllar boyunca üzerinde tartışılan bir konu olmuştur. 1980 sonrası değişen dünyaya ayak uydurmak için alınan kararlar ve izlenen politikalar, sağlık alanındaki politikalara da yansımıştır. Devletler, vatandaşlarının temel sağlık haklarından yararlanabilmesi için gerekli düzenlemeler ve yatırımlar yapar. Bu düzenlemeler ve yatırımlar o devletin sağlık politikasını ve sağlık ekonomisini belirler. Her ülkenin dinamikleri ve ihtiyaçları farklı olacağından, sağlık politikaları da farklıdır. Bu çalışmada, 1980 sonrası Kalkınma Planlarında Türkiye’de sağlık politikalarının ve sağlık finansmanının gelişimi incelenmiştir. Literatürde Türkiye’de sağlık politikalarının gelişim süreciyle ilgili birçok araştırma bulunmasına karşın, bu çalışmaların kapsamının sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu araştırma sağlık politikalarının kapsamı açısından literatüre yapacağı katkısı yönünden önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İş Sağlık Politikası, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Finansmanı

Makale Gönderme Tarihi: 13.09.2019

Makale Kabul Tarihi: 04.10.2019

Önerilen Atıf: Yılmaz, S., Akman, M, A. (2019). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlık Finansmanı, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(6): 235-251.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi.



Journal of Management, Economic and Marketing Research

2019, 3(6): 235-251

DOI: [10.29226/TR1001.2019.164](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.164).

ISSN: 2587-0785 Journal Homepage: <https://www.yepad.org>



CONCEPTUAL PAPER

In Turkey after 1980 Health Policy and Financing Health

Assistant Professor Dr. Süreyya YILMAZ, Üsküdar University,, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, e-mail: sureyya.yilmaz@uskudar.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6024-4344>

Aybüke Merve AKMAN, Ph D. Student, Üsküdar University, Institute of Health Sciences, Department of Health Management, İstanbul, e-mail: akmanabuke@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-8014>

Abstract

Health Policy has been discussed for many years in Turkey. The decisions taken and policies adopted to keep up with the changing world after 1980 were reflected in the policies in the field of health. States shall make the necessary arrangements and investments in order for their citizens to benefit basic from health rights. These regulations and investments determine the health policy and health economy of that state. Since the dynamics and needs of each country will be different, health policies are also different. In this study, the post-1980 Development Plan of health policy and health financing development in Turkey were examined. Although there are many studies in the literature regarding the development of health policy in Turkey, it seems to be limited scope of this study. Therefore, this research is important in terms of its contribution to the literature in terms of the scope of health policies.

Keywords: Health Policy, Health Economics, Health Finance.

Received: 13.09.2019

Accepted: 04.10.2019

Suggested Citation: Yılmaz, S., Akman, M, A. (2019). In Turkey after 1980 Health Policy and Financing Health, *Journal of Management, Economic and Marketing Research*, 3(6): 235-251.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

1. GİRİŞ

1980' li yıllar dünya üzerinde değişim rüzgarlarının estiği bir dönemdir. Bu değişimle başlayan küreselleşme ile birlikte ekonomi politikaları ve anlayışı da değişmeye başlamış, neoliberalizm etkisini iyice göstermiştir. Neoliberal anlayış hayatın her alanında olduğu gibi sağlık politikası alanında da etkisini göstermekteydi. Bu değişim rüzgarından 1980'li yıllar ve sonrasında, gelişmekte olan ülkemiz de nasibini almaktaydı ve değişime ayak uydurmaktaydı (Görmüş, 2013).

Her ne kadar 1970' lerin sonları ve 1980' lerin başı Türkiye'de uygulanan politikalarda öncelik ekonomi, güvenlik politikaları da olsa, tarihsel sürecinde de olduğu gibi toplum sağlığı göz ardı edilmemiş sağlık hizmetlerinin her alanına yönelik politika ve çalışmalar belirlenmiştir. 1980 yılından itibaren sağlık politikalarının nasıl şekillendiği ve hangi konulara yöneldiğini görmek amacıyla Kalkınma Planları incelenmiştir. Bu çalışmayla 1980 sonrası Türkiye'de sağlık politikalarının gelişimi ve değişiminin gösterilmesi ve ilerleyen dönemlerde üretilecek yeni sağlık politikalarında bu süreç gelişiminin göz önünde bulundurulması ve yön vermesi amaçlanmıştır. Çalışmada, Kalkınma Planlarında yer alan sağlık politikalarında vurgulanan ortak konuların incelenmesi amaçlanmıştır. 2003' te başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" nın aslında 1980 sonrası sağlık politikalarının daha düzenli hale getirilerek belli bir plan çerçevesinde uygulamaya geçildiğini göstermektedir (Görmüş, 2013).

Literatürde Türkiye'de sağlık politikalarının gelişim süreciyle ilgili birçok araştırma bulunmasına karşın, bu çalışmaların konunun belirli bir alanına odaklanması bakımından kapsamının sınırlı olduğu görülmektedir (örn. Başol ve Işık, Çavmak ve Çavmak, 2017; 2015; Soyer, 2009; Yılmaztürk, 2013). Bu nedenle bu araştırma sağlık politikalarının kapsamı açısından literatüre yapacağı katkısı yönünden önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın kaynaklarını; makaleler, kitaplar ve bu kapsamda yapılmış çeşitli araştırmalar oluşturmaktadır.

2. SAĞLIK POLİTİKALARI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün 1948'deki tanımına göre "sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." (DSÖ, 1986).

Sağlık politikası ise, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör ve gönüllü örgütlerce gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır (Tatar, 2012). Sağlık hizmetleri yönetimi karmaşık ve diğer kurumlarla ve hizmetlerle etkileşim halinde olan bir yönetim sistemi olduğu için yapılan sağlık politikaları da kompleks bir yapıya sahip olmaktadır.

Sağlık politikası en genel tanımıyla; sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm eylemleri içerir. Aynı zamanda sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin ötesinde, sağlık üzerinde etkisi olan tüm kamu, özel ve gönüllü örgütlerin eylemlerini de kapsamaktadır. Bir başka ifade ile sağlık politikası; birleştiğinde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili uygulamaya dair strateji ya da yaklaşımları oluşturan birbirleriyle ilişkili kararlar ağıdır denilebilir. Ayrıca sağlık politikaları, politika belirleme sürecinin en doğru şekilde sonuca ulaşması için, mevcut sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık üzerinde etkisi olan her türlü çevresel ve sosyo-ekonomik etkiler üzerinde de çalışmalar yapmayı gerektirmektedir (Atabey, 2012: 22). Çünkü bir çevrenin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı, o çevrenin sağlık seviyesi ve sorunlarının da bir göstergesidir. Dolayısıyla, sağlık politikalarını oluştururken tüm bu etkenler göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1. 1980 Sonrası Sağlık Politikaları

1980'lerin başından itibaren dünyadaki değişim ve dönüşüm rüzgarları Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi kurumların neo-liberal politikaları dünyanın her yerinde uyum programları ile uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'de ise neo-liberal etki kendini 24 Ocak kararları olarak bilinen kararlar ile göstermiştir. 24 Ocak 1980 kararları sağlık politikasında da neo-liberal politikaların oluşmasına neden olmuş devletin sağlık üzerindeki rolü değişmeye başlamıştır (Atabey, 2012: 111). Uygulanan politikalar bakımından mevzuatların kolay ve çabuk bir şekilde değişmesine rağmen Türkiye'de 1980'den bu yana olan mevcut yapının değişmediği görülmektedir (Atabey, 2012: 110).

Maliyet artışı, medyanın ve uluslararası kuruluşların ve halkın sağlık hizmetlerindeki memnuniyetsizliklerin etkisi sağlık politikalarındaki reformların temelini oluşturmuştur. (Atabey, 2012: 112). O dönemde sağlık politikalarında; sağlık hizmetlerin yaygınlaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve aynı zamanda sosyal güvenlikle ilgili sigorta uygulamalarının geliştirilmesi öngörülmüştür. 1980 sonrasında sağlık hizmetlerini yürütmek devletin görevi mantığından çıkıp devlet, özel sektörle birlikte sağlık hizmetlerini sunmaya başlamıştır.

Milli Savunma Bakanlığına bağlı olan kurumlar hariç geride kalan sağlık hizmeti yürütmekte olan tüm sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerle ilgili düzenleme 1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile yapılmıştır (T.C. Resmi Gazete Sayı 16 19461, 15 Mayıs 1987, s.1-6). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yetkileri kapsamına; sağlık hizmetlerinin planlanması, koruyucu sağlık hizmetleri, devlete ait olan ya da şahsi işletme olan tüm kurum ve kuruluşların denetimi ve sağlık personelinin ülke geneline yayılması belirtilmiş olup, sağlıkla ilgili her çeşit hizmet ücretlendirilmesi eklenmiştir. Bunlarla birlikte tüm sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırmak da Bakanlığın yetkisine verilmiştir (Vergili, 2011: 215). 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" nda liberal bir anlayışla düzenlenmiş olup paralı sağlık hizmeti esasına dayanan bir sağlık politikası oluşturulmuştur (Vergili, 2011: 216).

1989 hükümet programında detaylara yer verilmemekle birlikte; aile hekimliği uygulaması yer bulmuştur (Atabey, 2012: 116). Ayrıca 1980 sonrası sağlık politikalarında performans dayalı istihdam modeli ve herkesin sağlık sigortası kapsamına alınacağı gündemi oluşturmaktadır. Bu kapsamda 1991 yılında Yeşil Kart uygulaması gündeme gelmiştir (Atabey, 2012: 117). 18.06.1992 tarihinde "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılanması Hakkında Kanun" ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık giderlerinin karşılanması hukuki olarak güvence altına alınmıştır (Resmi Gazete, 3.7.1992, Sayısı:21273). Ayrıca daha sonraki zamanlarda özel sağlık sigortasının desteklenmesi görüşü devletin finansman açısından yükünü hafifleteceği düşünüldüğünden önem kazanmaktadır (Atabey, 2012: 119).

2000'li yıllara gelindiğinde sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasına yönelik olarak yönetsel olarak devlete bağlı çeşitli hastane ayrımının (devlet, sigorta ve kurum hastanesi) ortadan kaldırılması, Sağlık Bakanlığı' nın yeniden yapılandırılması, sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulması, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, genel sağlık sigortası, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve aile hekimliği modeli gibi konular gündeme gelmiştir. Bunlarla birlikte 2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık politikaları ve Sağlık Bakanlığı farklı bir ivme kazanmaya başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kapsamında olan Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolü güçlendirilmiş, temel sağlık hizmetleri, nitelikli sağlık hizmetleri için

kalite ve akreditasyon programının bileşenlerini oluşturmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>).

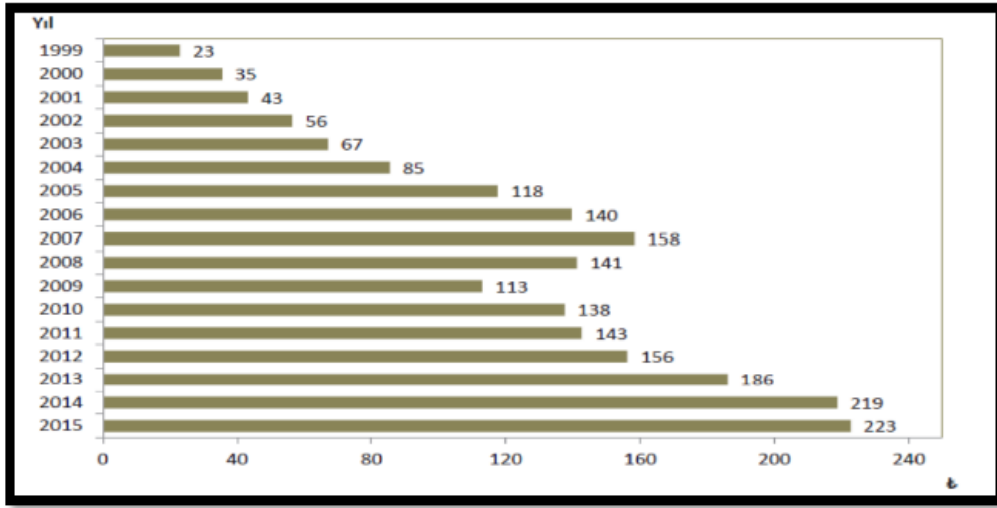
Ülkede uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla; sağlık alanındaki eşitsizlikler azalmış, sağlık düzeyi göstergeleri iyileşmiş, sağlık teşkilatlanması olumlu anlamda yeniden organize edilmiş, hizmetlere ulaşım kolaylığı sağlanmış ve hasta memnuniyeti artmıştır (Kılıç, 2013: 28).

3. SAĞLIK FİNANSMANI

Sağlık ekonomisi; elde olan sınırlı kaynakların sonsuz bir hizmet döngüsü olan sağlık sektörü içinde nasıl tahsis edildiğini inceleyen bilim dalıdır (Çelik, 2013: 48). Sağlık finansmanı konusu aslında karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinin maddi olarak desteklenmesidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetleri finansmanı; sermayenin sağlık hizmetlerini finanse etmek için nasıl harekete geçirilmesi ve nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir (Çelik, 2013: 169). Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan/kullanılacak olan kaynakların sağlanması için gerekli mali kaynağın temini olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkili bir şekilde sunulmasının sağlanabilmesi için etkin, verimli ve tutarlı bir finansman sağlanmalıdır. Başka bir deyişle devamlılık esasını içeren sağlık hizmetlerinin mali kaynağı da devamlılık arz etmeli yani sürekliliğinin sağlanabilmesi gerekmektedir. Herkesi kapsama amacı güden ulusal sağlık hizmeti sistemleri halktan genel vergiler aracılığıyla finanse edilirler. Bu gelir kaynağına ek olarak; hastaların cepten ödeme yapması uygulaması dünya üzerinde yaygın bir şekilde bulunmaktadır ve kişi genellikle hizmet gerçekleştiğinde ödemeyi yapmaktadır (Atabey, 2012: 29)

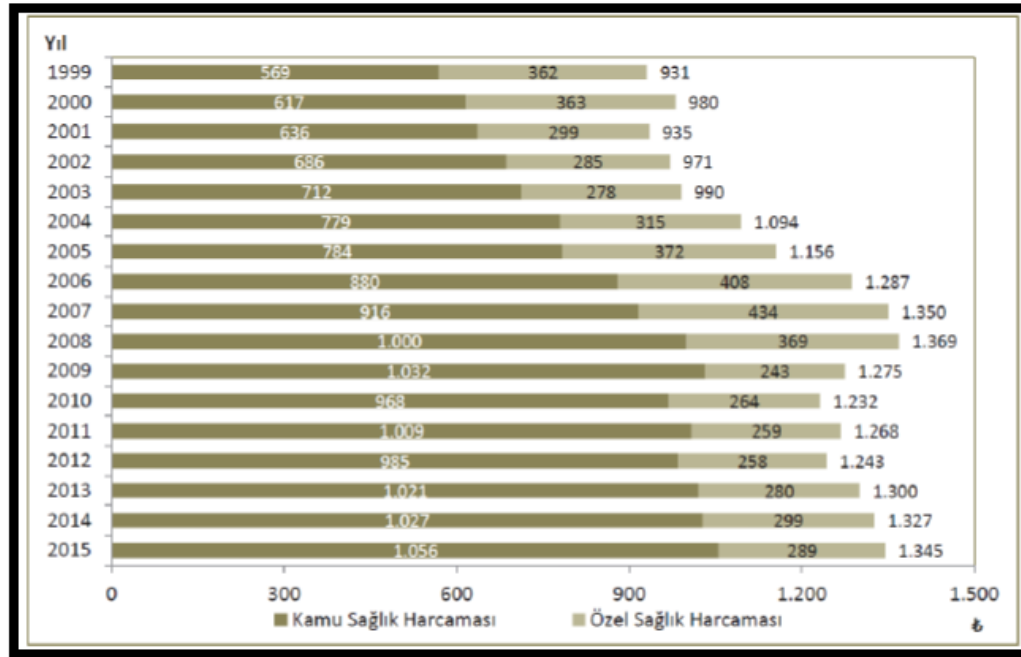
Atabey'e göre; sağlık hizmetlerinin sunumu yalnızca para ile mümkün olmaktadır (Atabey, 2012: 154). Bu nedenle sağlık hizmetinin finansmanı ve halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi sırasında ortaya çıkan ekonomik sorunlar sağlık hizmetlerini etkileyecek ve hizmetlerin yürütülebilmesi için finansman kaynağının doğru şekilde seçilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı çeşitli şekillerde olmaktadır. Herkesin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için; sürdürülebilir kaynak yaratmak, kaynakları verimli kullanmak, hakkaniyeti sağlamak gerekmektedir. Sağlık sektöründe finansmanında gelir toplamada en önemli özellik hizmet gerçekleşmeden sağlanıyor olmasıdır. Yukarıda sözü geçen cepten ödemeler hariç (Çelik, 2013: 170).

- a) Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri şunlardır:
- b) Kamu Gelirleri ile Finansman (Gelir vergileri ile yapılan finansman sistemi)
- c) Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)
- d) Özel Sağlık Sigortaları
- e) Cepten Ödemeler
- f) Kamu Özel Ortaklığıdır



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 1. Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcaması



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 2. 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, reel

Şekil 1' de yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamaları verilmiş olup; Şekil 2' de de 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamaları verilmiştir. Her iki şekilde de 1999 yılından 2008 yılına kadar artış olduğu görülmektedir. Ancak 2009 yılında sağlık harcamalarında büyük bir düşüş olduğu gözlenmekle birlikte 2013 yılından itibaren özel sağlık harcamaları artmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015).

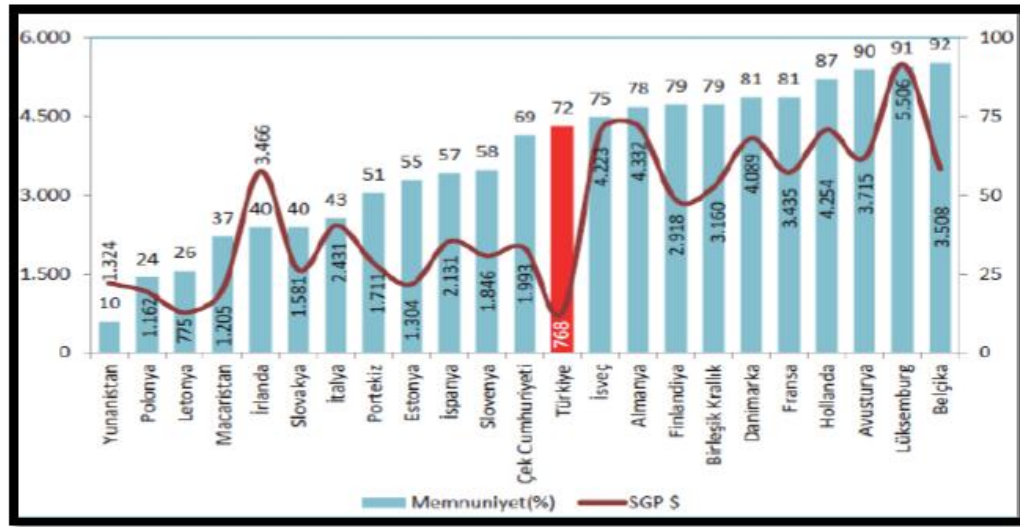
Türkiye’de sağlık ekonomisi kavramının gündeme gelmesi 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı ile gündeme gelmiştir. Bu tarihten sonra sağlık reformu gündemden düşmeyen bir kavram olmuş; kalite, verimlilik ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması gündeme gelmiştir. 1996-1998 yılları arasında sağlık sektörü için ayrılan kaynaklar genişlemiş ve sağlık harcamaları üzerinde araştırma yapılarak kaynakların nasıl ve fonksiyonlarına göre ne şekilde dağıtıldığı hesaplanmıştır (Kubar, 2018).

1980’li yıllarda sağlık sektörü kamu tarafından fonlanmakta ancak sürekliliği sağlanamamaktaydı. 1990’ lı yılların ortalarında ise sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının gerçekçi planlama yapamamalarını hizmet sunumu ile finansmanın birlikte yürütmesine bağlamışlardır. Bu konuda yeni yasal düzenlemeler yapılması ve mevcut mevzuatın güncellenmesi öne çıkmaktadır. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile finansmanda süreklilik hedeflenmiştir. Türkiye’nin de içinde bulunduğu 21. Yüzyılda 21 hedef programında maliyet-etkililik, dayanışma ve kalite ilkelerini temel alan sağlık hizmetleri için sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsisi yapılabilmesi belirlenmiştir. Ülkemizde hem özel hem de kamusal manada sağlık hizmetleri ve yatırımları finanse edilmekte olup bugün daha hala sağlık hizmetlerinde kamu ağırlığını hissettirmektedir. Bununla birlikte özel sermayeyi teşvik amacıyla devlet, özel sektörle ortak olarak çalışmalar yürütmektedir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” yla birlikte kamu özel ortaklığı sağlık hizmetlerinde gündeme gelmiş, bu çerçevede çeşitli özel kuruluşlarla büyük yataklı tedavi kurumları kurulması için anlaşmalar yapılmıştır.

SDP ile birlikte Sağlık Bakanlığı finansmanını etkileyen faktörlerden bazıları şunlardır:

- a) SSK hastanelerinin devri, (Hastanelerin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması)
- b) Performansa bağlı ek ödeme sisteminin uygulanması,
- c) Hizmete erişimin kolaylaşması,
- d) Hastanelerde kalite ve verimliliğin önemsenmesi,
- e) Tam gün yasası uygulaması,
- f) Global bütçe uygulamasına geçilmesidir.

Aslında sağlık sektöründe önemli olan finansmanın hangi yöntemle sağlandığı değil, finansmanın sürekliliğinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetleri sunumu çok çeşitli sektör ve alanlarla etkileşim içinde olduğundan toplumda yaşanan mali açıdan olumlu ya da olumsuz gelişmeler sağlık sektörüne yansımaktadır. Ülkemizde 2002-2013 yılları arasında yatırım harcamalarının payı artarken, cari sağlık harcamalarının payı azalmıştır. 2002 yılında % 2.4 olan yatırım harcamalarının payı; 2013 yılında % 5.6 olarak gerçekleşmiştir. Personel için ayrılan kaynaklar aynı dönemde 2002 yılında % 23.7 iken, 2013 yılında bu pay % 35.1’dir. Aynı zamanda 2002 yılından 2013 yılına kadar olan sürede toplam sağlık personeli % 65 artış sağlamıştır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda bazı alanlarda Sağlık Bakanlığı hizmet alımı aracılığıyla hizmet sunumunu sağlıyor. Bu durum için de belli bir kaynak ayrılması gerekmekte ve anılan 12 yıl içerisinde hizmet alımı için ayrılan kaynaklar 6,6 kat artış göstermiştir. Şekil 3.3’ te görüldüğü üzere OECD ülkeleri arasında Türkiye sağlık hizmetleri sunumundan memnuniyeti ile ortalama bir görüntü çizerken, sağlık hizmetleri için kişi başı kamu cari sağlık harcaması ise OECD ülkeleri arasında en düşük seviyelerdedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013).



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

Şekil 3. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve kişi başı kamu cari sağlık harcaması

Yatırım finansmanı olarak bakıldığında ise Kamu-Özel Ortaklığı'ndan söz edilebilir. Kamu-Özel Ortaklığı modelinde finansman kaynağı sadece kamu ya da özel olmamakla birlikte, özel ve kamu riskleri eşit şekilde paylaşmaktadır. Bu model 24 Ocak kararları olarak anılan ekonomi programından sonra özel sektörün her alanda teşvikinin sağlanması amacıyla 1990'ların sonlarına kadar genellikle köprü, otoyol yapımlarında karşımıza çıkıyor. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile finansman gerektiren hizmetlerin sunumunda mali kaynak sıkıntısının minimize edilebileceği öngörülmektedir. (Acartürk ve Keskin, 2012: 35) Bu modele sağlık yatırımları konusunda daha geniş yer vereceğiz.

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Sosyalleştirme kapsamında temel sağlık hizmeti birimi sağlık ocağıdır ve sağlık ocakları hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri bir arada yürütmektedir. Koruyucu hizmetlerin tümü bu dönemde uygulama yönünden eksiklikleri giderecek şekilde geliştirilerek iyileştirici sağlık hizmetleri ile bütünleşerek herkese ulaşmak hedeflenmiştir (DPT 4.Kalkınma Planı, 1979: 468). Sosyalleştirme gereğince 5. Plan döneminde, 1989'a kadar 720 sağlık ocağı ve 4215 sağlık evinin yapımı planlanmıştır (DPT 5. Kalkınma Planı, 1985: 150).

Sosyalleştirmenin finansmanı açısından ise ortaya karmaşık yapı çıkmaktadır. Bir taraftan sağlık hizmeti ödenen primlerle desteklenirken ve bu şekilde tedavi edici sağlık hizmetleri öne çıkarken diğer taraftan sağlık hizmeti ücretsiz olarak herkese ulaştırılması ilkesi göz önünde tutularak dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerinin tamamına ulaşmasının önünü kısmen de olsa kapatmaktadır. Bu nedenlerle yasa hizmetin tamamının devlet bütçesinden karşılanacağı net olarak belirtilmediğinden yasa tam manasıyla amacına ulaşmamaktadır (<http://www.ttb.org.tr/STED/>).

3.2. Sağlık Sigortası ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Dördüncü Kalkınma planında sağlık sigortası ve sosyalleştirme kapsamı dışında kalanlar için sağlık giderleri devlet tarafından karşılanması gerektiği vurgulanmıştır. 1984 yılında yapılan 5. Kalkınma Planı çerçevesinde sağlık sigortasına geçişi dönem içinde ele alınacağı belirtilmiştir (DPT 5. Kalkınma Planı, 1985: 152). 1990'lı yılların ortalarına gelindiğinde ise özel sağlık sigortacılığının yaygın olmadığı görülmektedir. Herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanmakla birlikte 8. Kalkınma Plan'ında sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması hedeflenmiştir (DPT 8. Kalkınma Planı, 2000: 109).

Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur kurumları tek çatı altında toplanmadan önce de sağlık politikaları gereği herkesi sigortalı yapma hedefi için, sigortalı çalışanların aileleri için de herhangi bir prim veya katkı ödemediği sağlanmaktaydı (Yanmaz, 2010: 67). Ayrıca prime dayalı sistemlerde kayıt dışı istihdam ve işsizlik açığı gözle görülür bir şekilde olduğunda sigortacılık finansmanında büyük boşluklar oluşmaktaydı. Bizim ülkemizde de tam anlamda bu yaşanmaktaydı; önüne geçilemeyen kayıt dışılık ve günden güne artan işsizlik sorunu. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumları'nın yeniden yapılandırılması gerekmektedir. 3 kurumun farklı sigorta kapsamı olmasına rağmen 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" çıkarılana dek yine de tüm nüfusu kapsayamamıştır (Yanmaz, 2010: 67). Bu nedenle 5510 sayılı kanun; sağlık finansmanı ve sosyal güvenlik anlamında köklü değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Herkesi kapsayan "Genel Sağlık Sigortası" oluşturulmak istenmiştir.

24.07.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4947 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu" Kanunuyla birlikte SSK, ES, Bağ-Kur kurumları fiilen ortadan kalkmış "Sosyal Güvenlik Kurumu" kurulmuştur. Bu yasaya göre SGK'nın görevleri; (https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf 2007, s.11)

- a) Sosyal güvenlik politikalarının belirlenmesi ve gerçekleşmesi için gerekli tedbirleri almak,
- b) Sosyal güvenlik konularında hak kaybı yaşanmaması adına ilgili çalışmalar yapmak,
- c) Uluslararası sosyal güvenlik anlaşmaları için gerekli çalışma ve hazırlıkları yürütmek ve sonuca vardırarak,
- d) Sosyal Güvenlik Kurumları arasında norm ve işbirliğini sağlamak,
- e) Aktüeryal hesaplarını incelemek, mali hareketlerini kuruluş amaçlarına uygunluğu izlemek,
- f) Ortak veri tabanı oluşturmak şeklinde belirlenmiştir.

Bu yeniden yapılandırmaya tek sebep elbette sadece sosyo-ekonomik seviyenin düşmesi değildi. Bunlara ek olarak; ülkedeki demografik değişim ve yönetim ve altyapı sorunları da eklenmektedir. 9. Kalkınma Planı'nda sosyal güvenlik sistemi bütün nüfusa mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulması hedeflenmiştir (DPT 9. Kalkınma Planı, 2007: 89). 2007 yılında yapılan sosyal güvenlik reformuyla kayıt dışı istihdamın önüne geçerek sosyal güvenlik açığının daha düşük seyretmesi hedeflenmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik kurumları arasında koordinasyon sağlanması gerektiği ve bilgi işlem otomasyonuna geçilerek mükerrer kayıt ve hak kaybı yaşanmasının önüne geçilmesi düşünülmektedir. Ancak devlet memurlarının prim matrahının genişlemesi ve maaşlarda düşüş yaşanması diye aradaki farkın bütçe tarafından

karşılancak olması sebebiyle bütçe harcamalarında artış olacağından kamunun mali dengesinde bir değışiklik olmayacaktır (DPT 9. Kalkınma Planı, 2007: 57).

Sosyal Güvenlik Reformu, tüm nüfusa eşit olacak şekilde sağlık hizmetlerini finanse eden GSS' nin kurulmasını, sosyal yardımların muhtaç olanlara erişebilmesini, sağlık dışındaki sigorta kollarının yer aldığı tek bir emeklilik sigortasının oluşturulmasını ve herkesi kapsayan, halkın kolayca ulaşabildiği sağlık hizmetlerini sağlayan yapının oluşturulmasını kapsar (Yanmaz, 2010: 78).

1946 yılından beri çıkarılmaya çalışan "Genel Sağlık Sigortası" (GSS) yasası 2008'de yürürlüğe girmiştir. Ancak yine ilk başlangıç hedeflerinden çok uzakta tamamen özel sigortacılık temelinde bir sistem getirildiği için eleştiriye tutulmuştur. Çünkü sigortanın kapsadığı temel teminat paketi daraltılmış ve cepten yapılan ödemeler arttırılmıştır. Cepten ödeme gerektirmesi durumunda yoksulların yine sağlık hizmetine erişememesi ve yetersiz kalınması sonuçlanmıştır.

3.3. Sağlık Yatırımları

Türkiye' de sağlığa olan yatırım 2000' lerin başına kadar neredeyse sadece bina olarak kendini göstermiş ve bu binaların birçoğu kamu eliyle yaptırılan hastaneler, sağlık ocakları olmuştur. Kalkınma Planlarında teknolojik, tıbbi cihaz ve ilaç sektöründe millileşme hedefler ve politikalar arasında yer almış ancak gerek siyaseten gerek ekonomik açıdan uygulamaya geçilememiştir. Hatta zaman zaman gerçekçi olmayan yatırımlar konusu gündeme gelmekte kaynakların etkili kullanılmadığına dair eleştiriler mevcuttur. Sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılması, mevcut kamusal kaynakların daha etkili kullanılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Bu konuda 50 dönüm noktası sağlık politikalarının diğer alanlarında da olduğu gibi SDP olmuştur. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel ve gönüllü kuruluşların sağlık yatırımlarına teşviki hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde; sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün genişlemesini ve hali hazırda hizmet veren kamu hastanelerinin işlettilmesini öngören ilkeler mevcuttur. Tablo 3.1' de yatırım harcamalarının 1999' dan 2015' e kadar artarak ilerlediğini görmekteyiz (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015).

O zamana kadar özel sektör ağırlıklı olarak poliklinik, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerine yatırım yapmaktaydı. Özel kuruluşların yatırım teşvikine rağmen sağlık sektöründe kamu yatırımlarının payının arttırılması da 9. Kalkınma Planı'nda hedefler arasında gösterilmektedir. Bunlarla birlikte inşaat halindeki projelerin tamamlanmasına da öncelik verilmiştir. Bu dönemde ülkemizde gündeme gelen başka bir yatırım modeli ise Kamu Özel Ortaklığı olmuştur. Kamu-Özel Ortaklığı modeli, ülkemizde 1980'li yıllarda Özal Hükümeti ile birlikte özelleştirme kapsamında ele alınmış daha çok Yap-İşlet-Devret olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bağlamda otoyol, köprü yapımlarında bu modele daha sık rastlamaktayız.

Daha önceleri kamu sektörünün ağırlıklı olarak sunduğu mal ve hizmetler, günümüzde özelleştirme ve diğer alternatif yöntemlerle veya kamu özel işbirliğiyle de sunulabilme imkanı bulabilmektedir. 2006 yılında sağlıkta kamu özel ortaklığına yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Türkiye'de sağlık sektörü uygulama alanıyla ilgili pilot bölge olarak 2011 yılında süreci başlayan 1583 yataklı Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü'ne karar verilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 26). Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devlet tarafından hazırlanan hastane projelerinin, devletin gösterdiği yere, finansmanı gerçek kişiler ya da özel sektör kuruluşları tarafından sağlanarak yapılması, gerektiğinde donanımın da sağlanması ve hastanenin en az 25, en fazla 49 yıllığına kiralanmasıdır. Bu model ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmıştır. (Acartürk ve

Keskin, 2012: 27) Bir nevi Yap-İşlet-Devret modeli de diyebiliriz. Kamu Özel Ortaklığı modelinde maliyet, gelir, risk, fayda ve zararlar özel sektör ve kamu tarafından ortak olarak paylaşılmaktadır. Bu paylaşım kamu ve özel sektör için görev paylaşımı anlamına gelmektedir. Bu noktadan hareketle Kamu Özel Ortaklığı Modeli, aynı zamanda bir “kazan-kazan” modeli olarak formülize edilebilmektedir (Gerard, 2001: 1-4; Miraftab, 2004: 89). Ancak paylaşımlar noktasında yatırım planlama konusu daha karmaşık bir hale gelmektedir.

Tablo 1. Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcaması (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015)

Yıllar	Önit	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)
1999	Milyon ₺	104.596	4.786		199		4.985	
	Milyon ABD \$	247.544	11.327	4,6	471	0,2	11.798	4,8
	Milyon SGP ABD \$	517.743	23.690		985		24.675	
2000	Milyon ₺	166.658	7.888		360		8.248	
	Milyon ABD \$	265.384	12.561	4,7	573	0,2	13.134	4,9
	Milyon SGP ABD \$	589.456	27.899		1.273		29.173	
2001	Milyon ₺	240.224	12.086		310		12.396	
	Milyon ABD \$	196.736	9.898	5,0	254	0,1	10.152	5,2
	Milyon SGP ABD \$	561.544	28.252		724		28.976	
2002	Milyon ₺	350.476	18.331		443		18.774	
	Milyon ABD \$	230.494	12.056	5,2	291	0,1	12.347	5,4
	Milyon SGP ABD \$	572.094	29.922		723		30.645	
2003	Milyon ₺	454.781	23.676		603		24.279	
	Milyon ABD \$	304.901	15.873	5,2	404	0,1	16.277	5,3
	Milyon SGP ABD \$	588.969	30.662		781		31.443	
2004	Milyon ₺	559.033	28.616		1.405		30.021	
	Milyon ABD \$	390.387	19.983	5,1	981	0,3	20.964	5,4
	Milyon SGP ABD \$	688.417	35.239		1.730		36.969	
2005	Milyon ₺	648.932	33.292		2.067		35.359	
	Milyon ABD \$	481.497	24.702	5,1	1.534	0,3	26.236	5,4
	Milyon SGP ABD \$	781.243	40.080		2.488		42.568	
2006	Milyon ₺	758.391	40.949		3.120		44.069	
	Milyon ABD \$	526.429	28.424	5,4	2.166	0,4	30.590	5,8
	Milyon SGP ABD \$	894.971	48.323		3.682		52.005	
2007	Milyon ₺	843.178	46.495		4.409		50.904	
	Milyon ABD \$	648.754	35.774	5,5	3.392	0,5	39.167	6,0
	Milyon SGP ABD \$	975.634	53.799		5.102		58.901	
2008	Milyon ₺	950.534	52.320		5.420		57.740	
	Milyon ABD \$	742.094	40.847	5,5	4.231	0,6	45.078	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.067.944	58.782		6.089		64.872	
2009	Milyon ₺	952.559	55.294		2.616		57.911	
	Milyon ABD \$	616.703	35.799	5,8	1.694	0,3	37.492	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.044.057	60.606		2.868		63.473	
2010	Milyon ₺	1.098.799	58.623		3.054		61.678	
	Milyon ABD \$	731.608	39.033	5,3	2.034	0,3	41.067	5,6
	Milyon SGP ABD \$	1.168.957	62.366		3.250		65.616	
2011	Milyon ₺	1.297.713	65.372		3.236		68.607	
	Milyon ABD \$	773.980	38.989	5,0	1.930	0,2	40.919	5,3
	Milyon SGP ABD \$	1.308.344	65.907		3.262		69.169	
2012	Milyon ₺	1.416.798	70.288		3.901		74.189	
	Milyon ABD \$	786.283	39.008	5,0	2.165	0,3	41.173	5,2
	Milyon SGP ABD \$	1.380.911	68.507		3.802		72.310	
2013	Milyon ₺	1.567.289	79.702		4.688		84.390	
	Milyon ABD \$	823.044	41.855	5,1	2.462	0,3	44.317	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.451.518	73.815		4.342		78.156	
2014	Milyon ₺	1.748.168	88.878		5.871		94.750	
	Milyon ABD \$	799.370	40.641	5,1	2.685	0,3	43.325	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.503.216	76.425		5.048		81.473	
2015	Milyon ₺	1.952.638	96.786		7.782		104.568	
	Milyon ABD \$	719.620	35.669	5,0	2.868	0,4	38.537	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.542.555	76.459		6.148		82.607	

Türkiye, sağlık sektöründeki gelişmelerini sektördeki amaçlarına uygun olarak yönlendirmektedir. Bu nedenle, sağlık politikalarının asıl amacı olan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, aynı zamanda stratejik amaçlardan birisi olan sağlığa yönelik risklerin minime indirgenmesi ve bu risklerden toplumu korumanın üzerine kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014). 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, hizmetlerin niteliği ve örgütlenmesi çerçevesinde ilk ciddi adım olarak görülebilmektedir (Büber, 2010: 238-239; Karasu, 2011: 173-174). Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamalarının önünü açan uygulama 1994 yılında 3996 sayılı “Bazı Yatırımların ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun” ve 1999 yılı 4446 sayılı yasa ile Anayasanın bazı maddelerinde değişiklik yapılması ile kamusal hizmet yeniden tanımlanmış ve kamu hizmetlerinde özel sektör desteği sağlanmıştır (Karasu, 2009: .81). Son dönemde de bu düzenlemelere ilaveten sağlık yatırımlarının da kamu özel ortaklığı yöntemiyle gerçekleştirilmesi amacıyla hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda 2005 yılında yapılan değişiklikle Kamu Özel Ortaklığı Modeli sağlık hizmetlerinin içine girmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 46). Ayrıca, 2006 yılından sonra “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında düzenlenen sağlık reformlarıyla birlikte klinik hizmetlerinin de hizmet alımı yolu ile dışarıdan temin edilmesi uygulamaya konulmaya başlanmıştır (Akdağ, 2010: 5). Hukuki olarak da Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında 7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na ek madde eklenmesine ilişkin kanun, 3.7.2005 tarihli 5396 sayılı kanundur. 2005 tarihli 5396 sayılı kanunla 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen ek 7. maddede; “Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.” denilmektedir. Kanunda da açıkça görüldüğü üzere; sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ ne ilişkin devlete ait taşınmazların gerçek veya tüzel kişilere en fazla 49 yıllığına kiralanmasına izin verilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 48-49). 22.07.2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete’ de “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları 53 dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’ nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, 2007 yılında 5683 sayılı kanun ile değişikliğe uğrayarak Bakanlık bünyesine “İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı” ve “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” eklenmiştir (Atalay, 2014: 70-71). Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülen sözleşmelerde yer alan finansman kapsamı uygulama projesi, tasarımı, inşaatı, medikal cihazlar ve diğer donanımın tedariki, tesis için gerekli mefruşat, tesislerin bakım ve onarımı, tıbbi görüntüleme, laboratuvar, diğer tıbbi destek hizmetleri, bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil tüm destek hizmetlerinin sunumu bileşenlerinden oluşmaktadır (Atalay, 2014: 73).

İlk olarak İngiltere’de model olarak uygulanan KÖO Modeli, Türkiye’ de sağlık sektöründeki uygulamaları “entegre sağlık kampüsleri” ve “şehir hastaneleri” olarak planlanmış ve planların aktif hale getirilmesi yönünde çalışmalar başlatılmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 45). Modeli uygulayan ülkeler; KÖO modeli ile yapılacak olan sağlık kampüslerinin hizmet verimliliğinin arttırılıp maliyetinde düşüş sağlandığını belirtmektedirler (Price, 2011: 13). Sağlık Bakanlığı, sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile uygulamalara 2005 yılında başlamıştır. Bakanlık 22 farklı ilde uygulamaya koyacağı büyük sağlık kampüsleri ile halkta devlet hastaneleri ile ilgili oluşan olumsuz yargıları yıkmayı hedeflemiştir. Sağlık kampüslerinde sadece hekimlik uygulamaları

devlet tarafından verilecek olup, diğer hizmetler özel sektör tarafından karşılanacaktır. Türkiye’de ilk kez sağlık alanında uygulanacak olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile hazineden tek kuruluş alınmadan yapılması planlanmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 47). 2013 yılı Mayıs ayı itibariyle yaklaşık 30.000 yataklı hastane yapımı için süreç başlamış olup; 2019 yılı itibariyle Adana, Mersin, Isparta, Yozgat, Kayseri, Manisa, Elazığ, Eskişehir ve Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri açılmış, 11 hastane daha yapılması planlanmıştır. Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulanmasıyla sağlık sektöründe hızlı ve etkin hizmet sunumunun dev sağlık kentleriyle sağlanması söz konusu olacaktır (Acartürk ve Keskin, 2012: 47).

Yapımı biten ve hizmete açılan hastanelerin yanında Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı tarafından Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi, Adana Şehir Hastanesi, Gaziantep Şehir Hastanesi, İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi, Konya Şehir Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi, Tekirdağ Şehir Hastanesi ve Şanlıurfa Şehir Hastaneleri’nin sözleşmeleri imzalanmıştır. Ayrıca Samsun, Denizli, İzmir Yenışehir Şehir Hastaneleri, Aydın FTR, Antalya, Diyarbakır, Aydın Şehir Hastaneleri ihale teklif ve hazırlık süreçlerinde olup, 4200 Yataklı İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi ve 900 Yataklı Ordu Şehir Hastanesi Yüksek Planlama Kurulu tarafından onay beklemektedir (<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr>). Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ nin yanı sıra ilaç, tıbbi cihaz, sağlık turizmi, sağlık insan gücü ve sağlık personeli eğitimleri için de yapılacak yatırımların arttırılması etkili bir sağlık hizmeti sunumu için hedeflenmiştir

4. SONUÇ

1980 yılında dünya ile birlikte artık Türkiye’ nin de devlet olarak, politika ve hizmetler konusunda bakış açısı değişmiştir. 24 Ocak Kararları olarak bilinen ekonomi alanında alınan kararlar artık devletin hizmet anlayışının ve sosyal devlet anlayışının değiştiğini gözler önüne sermekteydi. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de dönüm noktası oldu ve özel yatırımların teşviki ve hizmet sunumunun gerekirse özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi ve devletin bu hususta özel sektör ile işbirliği yapması gündeme gelmiştir.

Doğal olarak bu süreç Kalkınma Planlarına da yansımış ve politikalar bu yönde belirlenmeye başlamış ve günümüze kadar gelecek olan dönem başlamıştır. Aslında Kalkınma Planlarında 2000’ li yıllara gelene kadar birbirinden çok da farklı politika ve hedefler belirlenmemiş olmakla birlikte çoğu zaman bu hedeflere erişilememiş fakat politikalara süreklilik kazandırılmaya çalışılmıştır. 1980’ lerde Kalkınma Planlarında sağlık sektörü ile ilgili ortak başlıklar dağınık ve yetersiz olan yatak sayılarının arttırılması, sağlık yatırımlarının arttırılması, devletin ilaç kontrolü üzerinde söz sahibi olması, çevre sağlığı, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmet sunumunda verimlilik arttırılması için sağlık kurumlarının işletmecilik yönünden ele alınması ve özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi yer almaktadır.

1990’ lı yıllar ülkemiz açısından ekonomik ve politik krizlerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Bu nedenle alınan kararların uygulanması noktasında sıkıntılar yaşanmıştır. Bu dönemdeki kalkınma planlarının ortak noktası ise; koruyucu sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması, etkili sevk zincirinin oluşturulması, AÇSAP faaliyetleri, halk sağlığı eğitimi ve yatak sayısı ve sağlık personelinin yurt geneline dengeli dağıtılması hususu görülmektedir. Ancak 1999 yılında meydana gelen büyük depremle kriz çözümü konusunda hızlı davranıldığı ve kararlar alındığı görülmüş ama sağlık hizmetlerinin ve Kızılay’ ın yetersiz altyapısı nedeniyle istenilen sonucu vermemiştir.

Bu nedenle 2001' deki Kalkınma Planı ile birlikte sağlık hizmet sunumuna dair kalitenin artırılmasının yanı sıra sağlık altyapısının yeterli seviyeye gelmesi için çalışmalara başlanmış ve gerekli yatırımlar için düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sevk zincirini sağlayabilmek için aile hekimliği uygulamaları başlamış ancak bu konuda başarı seviyesi düşüktür. Hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış, sağlık hizmet sunumundaki ayrılıklar giderilmeye

Sonuç olarak; Türkiye' de 1980 sonrası kalkınma planlarını incelediğimizde genellikle son dönemde sağlık hizmet ve finansmanının ayrılması, sağlık kurumlarının idari ve mali özerkliği kavuşturulması, hasta (müşteri) memnuniyeti öne çıkmış olup politikalar bu çerçevede ilerlemiştir. Yapılan politikalar ve belirlenen hedeflerle hasta hakkı ve memnuniyeti ile birlikte sağlık personelinin de hakkı ve memnuniyetinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı 2023 yılı için sağlık personeli istihdamında artış olacağını öngörmekte ve bu çerçevede sağlık personeli eğitimi alacak olan kişi sayısının da bu oran da artacağını varsaymaktadır. Ayrıca 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri sunumunda yığılma olduğu gözlenmekte bu yığılmanın da ancak ve ancak 1. basamak sağlık hizmetinin etkili hizmet sunumu gerçekleştirmesiyle ve sevk zincirinin buradan aktifleşerek işlemesiyle mümkün olacağı tespit edilmiştir. Bunlarla birlikte Bakanlığın 2023 yılı hedefleri arasında özellikle hizmetlerin planlanması olup bu kapsamda çeşitli onkoloji, yanık, kalp damar cerrahisi, el cerrahisi, organ nakli hizmetleri için 2012 yılından itibaren yeni tedavi merkezlerinin açılması için çalışmalara ve yatırımlara başlamış ve günümüzde ise hala bu çalışmaların devam ettiği görülmektedir. Kamu-Özel Ortaklığı çerçevesinde ülkedeki yatak sayılarının artması açısından yatırımlar yapılmakta ve büyük kompleksler inşa edilmektedir fakat bu komplekslerin işleyişinin nasıl olacağını belirlenmiş olmasıyla birlikte muğlak noktaların olduğu da görülmüştür.

Gelişmekte olan ülkelerde devlet sağlık hizmetlerinde etkili bir role sahiptir. Özel sektör ise kısıtlı bir alana ya da sadece devletin izin verdiği ölçüde katılım sağlayabilir. Gelişmekte olan ülkeler; halkın mevcut olan sağlık durumunu koruyabilmek için ve sağlık düzeyini arttırmak için yüksek miktarda sağlık harcaması yapmaktadırlar (Kubar, 2018).

Türkiye'de yıllar içinde artarak yapılan sağlık harcamaları ile söz konusu olan sağlık göstergeleri arasında olumlu bir gelişme ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcaması açısından SGK' dan sonra ikinci sırada gelmektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin büyük bölümü sağlık personelinin giderlerine istinaden ayrılması planlanmaktadır. Bununla birlikte SGK harcamasının %45'ini ilaç giderleri oluşturmaktadır.

Son 20 yılda ivme kazanan sağlık sorunları beraberinde yeni çözüm odaklı arayışları da beraberinde getirmiştir. İş güvenliği, İşçi güvenliği, hekim sağlama gibi bir çok alanda eksikler meydana gelmiştir ve bu da yatırımların yöntem ve miktarının değiştirilmesine yeni sağlık politikaları belirlenmesine zemin hazırlamıştır. Aktif ve pasif özelleştirmeler yapılmış, büyük kentlerde iyi hizmet veren hastane sayıları çoğalırken gelişmemiş yerlerde imkanlar kısıtlı kalmıştır. Dünya Sağlık Örgütü kriterleri amaçlanmıştır ve bu da maliyet analizlerini çoğaltmıştır (Yurdadoğ, 2007). Türkiye' de sağlık payı 2002 yılında 5,4 iken 2014 yılında 6,4 olmuştur. Hastane sayısı 2000-2010 yılları arası %1,7 arttı. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2002-2012 yılında 184 dolar iken, 2015 yılında 913 dolar olmuştur. Genel artan seviyeye bakıldığında büyüme ile sağlık harcamaları arasında çift yönde pozitif ilerleme kaydedilmiştir fakat AB uyumu çerçevesinden hala çok uzakta olduğumuzu belirtmek gerekir ki %58 e yakın bir oranın uzun vadede çözümü

öngörülmektedir. Bu durum bize uzun vadede sağlık politikaları üzerinde iyileştirilmelerin artmasının gerektiğini göstermektedir. (Uçan ve Atay, 2016)

KAYNAKÇA

- Acartürk E. ve Keskin S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17 (3): 25-51.
- Akdağ, R. (2010). Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu, *Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı*, Ankara.
- Aksakal, H.İ. (2011). *Atatürk Dönemi Sağlık Politikaları (1923-1938)*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Ankan, A. (2010). Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri, *Türkiye Tıp Akademisi*, 1(1): 40.
- Atabey, S. E. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Ateş, T. (2002). *Türk Devrim Tarihi*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Başol E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (8): 128-140.
- Başol, E. ve Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendireme ve Öneriler, *IAAOJ Social Sciences*, 2(2): 1-26
- Cumhuriyet Dönemi Sağlık Ansiklopedisi. (1976), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (1): 48-57.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. (2. Baskı), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Devlet Planlama Teşkilatı, Dördüncü 5 Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/6/plan4.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Beşinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983). <http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13740/plan5.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Altıncı 5 Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/4/plan6.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Yedinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/2/plan8.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].

- Devlet Planlama Teşkilatı, Dokuzuncu 5 Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Onuncu 5 Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- DSÖ, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi 1986.
- Gerard, M. B., (2001). What Are Public-Private PARTnerships and How Do They Differ from Privatization. Finance & Development, *A Quarterly Magazine of the IMF*.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>
- <http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sgk/geneltanitim/SGKtarihce.pdf> 2011
- <http://www.ttb.org.tr/STED>
- Kubar, Y. (2018) *Teorik Açıdan Sağlık Ekonomisi Analizi*, Teoride Ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi Ve Politikaları Güncel Sorunlar Ve Araştırmalar, Rating Academy Yayınları
- Miraftab, F. (2004). Public-Private Partnerships: The Trojan Horse of Neoliberal Development. *Journal of Planning Education and Research*.
- Price, D. (2011). Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, ss. 13-28.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4): 179-182.
- Tatar M., 2012. Sağlık politikası nedir? <http://www.pitstop.com.tr/saglik-politikasi-nedir/> [Erişim Tarihi: 13.05.2017].
- T.C. Resmi Gazete Sayı 16 19461, 15 Mayıs 1987.
- T.C. Resmi Gazete, Sayı: 21273, 3.7.1992.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik Plan (2013-2017). Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2017. <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr> [Erişim Tarihi: 07.11.2017].
- Uçan, O. ve Atay, S. (2016). Türkiye'de Sağlık Harcamaları Ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Temmuz 2016; 9(3)
- Vergili A., (2011). *Türkiye'de Modern Tıbbın Kurumsallaşması ve Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi, *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8 (1): 176-188.
- Yurdadoğ , V., 2007, Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Ve Analizi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (1).



Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

2019, 3(6): 252-264.

DOI: [10.29226/TR1001.2019.165](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.165).

ISSN: 2587-0785 Dergi web sayfası: <https://www.yepad.org>



ARAŞTIRMA MAKALESİ

Potansiyel Medikal Turistlerin Kararını Etkileyen Motivasyon Kaynakları

Arş. Gör. Haşim ÇAPAR, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık bilimleri Fakültesi, e-posta:

hasim.capar@izu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7056-7879>

Öz

İç sağlık kontrol odağı, yaşanan ülkedeki sağlık bakım maliyetine karşı tutumlar, bekleme süreleri ve ilişkili prosedürlere karşı tutumlar ve istenilen tıbbi tedavinin bulunması gibi faktörler, medikal turizm ile ilgilenme motivasyonunu etkilemektedir. Bu araştırmanın temel amacı, medikal turistlerin medikal turizme katılma motivasyonunu etkileyen faktörleri incelemektir. Bu doğrultuda oluşturulan ikincil amaç ise, Türkiye'ye gelen medikal turistlerin geliş amaçlarını belirlemektir. Bu çalışma, 317 kişi ile yürütülmüştür. Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların medikal turizm ile ilgilenme motivasyon düzeylerinin oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir (5,6800 $\pm$ 1,7150). Medikal turistlerin Türkiye'ye gelme amaçlarına bakıldığında en çok (% 32) kozmetik cerrahi, hastalığı iyileştirme (% 27,4), kontrol (% 20,0) ve sağlığı geliştirme (% 19,1) olduğu görülmüştür. Yüksek iç sağlık kontrol odağına sahip olan, yaşadığı ülkedeki sağlık bakım maliyetlerinin ödenebilir olduğunu düşünmeyen ve sağlık bakım hizmetlerine erişim için beklediği sürelerle ve gereksiz idari prosedürlere karşı olumsuz tutum sergileyen medikal turistlerin, medikal turizm ile ilgilenmede yüksek motivasyona sahip olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Potansiyel Medikal Turistler, Motivasyon Kaynakları, İç Sağlık Kontrol Odağı

Makale Gönderme Tarihi: 28.10. 2019

Makale Kabul Tarihi: 27.11.2019

Önerilen Atıf: Çapar, H. (2019). Potansiyel Medikal Turistlerin Kararını Etkileyen Motivasyon Kaynakları, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(6): 252-264.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi.

¹ Bu çalışma, yüksek lisans tezinden derlenmiştir.



RESEARCH PAPER

Sources of Motivation Affecting the Decision of Potential Medical Tourists

Arş. Gör. Haşim ÇAPAR, İstanbul Sabahattin University, Faculty of Health Science, e-mail:

hasim.capar@izu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7056-7879>

Abstract

Factors such as the internal health locus of control, attitudes towards health care costs in the country of residence, waiting times and attitudes towards related procedures, and the availability of the desired medical treatment affect the motivation to deal with medical tourism. The main objective of this study is to examine the factors that affect the motivation of medical tourists to engage in medical tourism. The secondary objective is created in this direction is to determine the purpose of arrival of medical tourists coming to Turkey. This study was conducted with 317 people. According to the findings, the motivation levels of participants to deal with medical tourism were found to be quite high (5, 6800 $\pm$ 1, 7150). Considering the purpose of medical tourists coming to Turkey, most of cosmetic surgery (32%), treatment of disease (27.4%), check-up (20.0%), and health promotion (19.1%) were found to be. Medical tourists who have a high internal health locus of control, who do not think that the health care costs in the country where they live are payable and who exhibit negative attitudes towards the waiting periods and unnecessary administrative procedures in the country where they live have high motivation in dealing with medical tourism.

Keywords: Potential Medical Tourists, Motivational Resources, Internal Health Locus of Control

Received: 28.10. 2019

Accepted: 27.11.2019

Suggested Citation: Çapar, H. (2019). Sources of Motivation Affecting the Decision of Potential Medical Tourists, *Journal of Management, Economic and Marketing Research*, 3(6):252-264.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

1.GİRİŞ

Medikal turizm hareketinde bulunacak olan potansiyel medikal turistlerin destinasyon seçim motivasyonu çok önemli bir analiz konusudur. Medikal turistlerin destinasyon seçiminin bütün aşamalarında var olan motivasyon, aslında kişilerin tercihlerinde en belirleyici faktördür. Çünkü motivasyon, medikal turistlerin destinasyon seçiminde ve tedavinin satın alınacağı sağlık hizmet sunucularının belirlenmesinde rol alan kişisel ihtiyaç veya arzuların dışı yansımasıdır. Başka bir tabirle medikal turistlerin bilgi arayışını, satın alma davranışları ve satın alım sonrası davranışlarını şekillendiren en önemli faktörün motivasyon olduğu söylenebilir (Awaritefe, 2004: 305).

Medikal turizm destinasyon seçiminde etkili olan faktörlerden biri olan motivasyon, medikal turistleri herhangi bir destinasyona çeken ve/veya iten faktörlerin bileşkesi olduğu söylenir. Bu bağlamda medikal turizmde sağlık hizmet sunucuları ile destinasyon yetkililerinin ve/veya paydaşlarının bireylerin motivasyon kaynaklarını araştırması ve medikal turizm destinasyonunu belirlenen motivasyon kaynağına göre şekillendirmeleri önemli hale gelmektedir (Baloğlu ve Uysal, 1996: 32).

Seyahat edenlerin seyahat amaçlarına göre farklı nedenleri vardır. McCabe (2000)'e göre bu nedenlerin en önemlileri: bulunduğu yerden uzaklaşmak, farklı yerler hakkında bilgi arama ve/veya araştırma isteği, monotonluktan bıkmak, kendisi için iyi olanı araştırma, rahatlık sağlama, saygınlık kazanma, geri çekilme, akrabalık bağlarını arttırma ve sosyal etkileşimdir. Medikal turist açısından bakıldığında ise kişinin gerçek amacını karşılayan destinasyonun seçildiği görülmektedir (Klenosky, 2002: 398).

Potansiyel medikal turistlerin destinasyon seçiminde karar verme süreci diğer eğlence turizmi için seyahat edecek olan potansiyel turistlerinkinden farklıdır. Bunun sebebi medikal turizmde karar vermenin iki aşamalı olmasından kaynaklanmaktadır. Medikal turistler öncelikle başka bir ülke veya bölgede tıbbi tedavi alıp almayacağına karar verir daha sonra ise alacağı tıbbi tedaviyi hangi ülke veya bölgeden alacağına, hangi sağlık hizmet sunucusundan alacağına karar verir (Hyde, 2008: 716).

Medikal Turizm Destinasyon Seçiminde Motivasyon Faktörleri

Medikal turizmde destinasyon seçimi ve medikal turizmi faaliyetinde bulunma motivasyonunu etkileyen bir çok faktör vardır. Bunlardan en önemlileri: sağlık kontrol odağı, ülkedeki sağlık bakım sistemine yönelik tutumlar, tıbbi bakım maliyetlerine yönelik tutumlar, bekleme süreleri ve idari prosedürlere karşı tutumlar, istenilen tıbbi tedavinin yaşanılan ülkede mevcut olma durumu olarak ifade edilebilir.

Sağlık Kontrol Odağı

Sağlık Kontrol Odağı terimi, iç sağlık kontrol odağı, şansa bağlı sağlık kontrol odağı ve insan/kişiyeye bağlı sağlık kontrol odağı gibi alt boyutlardan oluşan ve bir kişinin kendi sağlığını kontrol etme kapasitesini algılaması olarak tanımlanan bir kavramdır (Callaghan, 1998: 1128). Bu kavramın bu çalışma için önemi ise, kişinin sahip olduğu sağlık kontrol odağının medikal turizm de dahil bazı bireysel sağlık davranışları üzerinde etkisinin oluşudur (Moshki ve ark., 2007: 2).

İç Sağlık Kontrol Odağı

İç sağlık kontrol odağı, bir kişinin kişisel sağlığı üzerinde yüksek derecede kontrole sahip olduğuna inanmasıdır (Wallston ve ark.,1994: 535).

Şansa Bağlı Sağlık Kontrol Odağı

Şansa bağlı sağlık kontrol odağı, iç sağlık kontrol odağı dışında kalan ve kişinin sağlık davranışını etkileyen iki önemli faktörden birisidir (Wallston ve ark.,1994: 535).

Kişiyel/İnsana Bağlı Sağlık Kontrol Odağı

İnsana bağlı sağlık kontrol odağı, iç sağlık kontrol odağı dışında kalan ve kişinin sağlık davranışını etkileyen iki önemli faktörden birisidir (Wallston ve ark.,1994: 535).

Ülkedeki Sağlık Bakım Sistemine Yönelik Tutumlar

Yaşanılan ülkedeki sağlık bakım sistemine yönelik tutumlar; tıbbi bakım maliyetlerine karşı tutumlar, bekleme süreleri ve idari prosedürlere karşı tutumlar olmak üzere iki alt başlıktan oluşmaktadır. Yaşanılan ülkede sağlık bakımı için bekleme süreleri arttıkça ve idari prosedürler uzadıkça, süreçler karmaşıktıkça potansiyel medikal turistlerin medikal turizmde bulunma motivasyonunun arttığı ifade edilmektedir (Khafizova, 2011: 10; Jotikasthira, 2010: 23).

Tıbbi Bakım Maliyetlerine Yönelik Tutumlar

Yaşanılan ülkedeki tıbbi bakımın maliyeti yüksek olduğunda; potansiyel medikal turistlerin farklı bir destinasyondan tıbbi bakım alma konusunda daha fazla motive oldukları ifade edilmektedir. Bu bağlamda tıbbi bakımın maliyeti arttıkça potansiyel medikal turistlerin, farklı alternatiflere yöneldiği ifade edilmektedir (Awadzi ve Panda, 2005: 78; Marlowe ve Sullivan, 2007: 9).

Bekleme Süreleri ve İdari Prosedürlere Karşı Tutumlar

Yaşanılan ülkede tıbbi bakım almak için bekleme süreleri arttıkça medikal turizm faaliyetinde bulunma motivasyonunun arttığı ifade edilmektedir. Ayrıca tıbbi bakım alımı sırasında karmaşık prosedürlere maruz kalma ve idari süreçlerin uzaması tıbbi tedaviyi geciktireceği için potansiyel medikal turistlerin, medikal turizm faaliyetinde bulunma konusunda daha istekli ve motive bir şekilde hareket ettiği ifade edilmektedir (Connell, 2006: 1095; Marlowe ve Sullivan, 2007: 8).

İstenilen Tıbbi Tedavinin Ülkesinde Mevcut Olup Olmaması

İstenilen tıbbi tedavinin yaşanılan ülkede mevcut olup olmaması durumu, potansiyel medikal turistlerin medikal turizm faaliyetinde bulunmasını etkilemektedir. Ayrıca istenilen tıbbi tedavinin yaşanılan ülkede olmaması durumu, potansiyel medikal turistlerin medikal turizmde bulunma kararını destekleyici motivasyona sahip olduğu ifade edilmektedir (Awadzi ve Panda, 2005: 76; Chinai, 2007; Jones ve Keith, 2006: 253).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın Bu araştırmanın temel amacı, medikal turistlerin medikal turizme katılma motivasyonunu etkileyen faktörleri incelemektir. Bu doğrultuda oluşturulan ikincil amaç ise, Türkiye'ye gelen medikal turistlerin geliş amaçlarını belirlemektir.

Bu araştırmanın evrenini potansiyel medikal turistler oluşturmaktadır. Evren içerisindeki ulaşılabilir evreni ise, dış bilgi kaynakları olan web sitelerinde, sosyal medya platformlarında ve medikal turizm derneklerinin sitelerinde medikal turizm ile ilgili Türkiye destinasyonu hakkında bilgi arayışı içerisinde olan ve İngilizce bilen 1700 kişi oluşturmaktadır. Araştırma süresince ulaşılabilir olan bütün evrene ulaşılmaya çalışılmış, ancak araştırmaya 854 kişi katılmayı kabul etmiştir. Anketlerin geri toplanma sürecinde 337 anket katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Bu

anketlerin ise sadece 317 tanesi doğru ve eksiksiz olarak doldurulmuştur. Dolayısı ile bu çalışma, % 95 güven aralığında % 5 hata payı ile 317 kişi ile yürütülmüştür.

Bu araştırmada veri toplama yöntemi olarak geçerliği ve güvenilirliği Jotikasthira (2010: 201) tarafından yapılan ve beş alt bölümden oluşan medikal turizm ölçeğinin: medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu (9 madde), iç sağlık kontrol odağı (8 madde), şansa bağlı sağlık kontrol odağı (3 ifade), kişiye bağlı sağlık kontrol odağı (6 madde), tıbbi bakım maliyetine yönelik tutumlar (5 madde), idari prosedürlere yönelik tutumlar (4 madde) kullanılmıştır.

Araştırmadaki tüm istatistiksel analizler “SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25 Paket Programı” kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Öncelikle, araştırmaya katılan potansiyel medikal turistlerin bireysel özellikleriyle ilgili tanımlayıcı bulguları ortaya koymak için frekans ve yüzdelerden faydalanılmıştır.

Araştırmaya katılan potansiyel medikal turistlerin sahip oldukları iç sağlık kontrol odağı ile medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu, sağlık bakım maliyetlerine karşı tutumları ile medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu, bekleme süresi ve ilişkili prosedürlere karşı tutumları ile medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı ve ilişkinin kuvveti ile yönünü belirlemek için Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi’nden yararlanılmıştır.

İstenilen tıbbi tedavinin yaşanılan ülkede bulunurluğu ile medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı ve ilişkinin kuvveti ile yönünü belirlemek için tek yönlü varyans analizi (F testi-ANOVA) kullanılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunması durumunda anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak amacıyla Post-hoc testlerinden biri olan Tamhane testinden yararlanılmıştır.

Araştırmaya katılan potansiyel medikal turistlerin yaşadıkları ülkelerdeki tıbbi tedavi ile ilgili değerlendirmelerin, medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu üzerindeki etkisini ortaya koymak için ise basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

3. BULGULAR

Betimleyici Bilgilerin Analizi

Çalışmaya katılan ve analiz edilen potansiyel medikal turistlere ait demografik bilgiler, Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Değişkenler	Demografik Bilgiler	Sayısı(n)	%
Cinsiyet	Erkek	179	%56,5
	Kadın	138	%43,5
	Almanya	51	%16,1
	Birleşik Krallık	45	%14,2
	Birleşik Arap Emirlikleri	41	%12,9
Ülke	Irak	23	%7,3
	İran	19	%6,0
	Rusya	18	%5,7
	Amerika	15	%4,7
	Avustralya	14	%4,4

Gelir Durumu	Arnavutluk	12	%3,8
	Katar	10	%3,2
	Diğerleri	69	%21,8
	10,000 \$ ve altı(Yıllık)	26	%8,2
	10,001–30,000 \$(Yıllık)	49	%15,5
	30,001–60,000 \$(Yıllık)	81	%25,6
	60,001–100,000 \$(Yıllık)	121	%38,2
	100,001–200,000 \$(Yıllık)	32	%10,1
	200,001 \$ ve üstü(Yıllık)	8	%2,5
Eğitim Düzeyi	Lise	36	%11,4
	Ön lisans	71	%22,4
	Lisans	63	%19,9
	Yüksek Lisans	114	%36,0
	Doktora	33	%10,4

Tablo 1'e bakıldığında erkek katılımcıların (%56,5), kadın katılımcılardan (%43,5) fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların ülkeleri dikkate alındığında, % 16,1'lik bir oran ile Almanya'nın birinci sırada olduğu Almanya'yı takip eden diğer ülkeler sırasıyla: Birleşik krallık (%14,2), Birleşik Arap Emirlikleri (%12,9), Irak (%7,3), İran (%6), Rusya (%5,7), Amerika (%4,7), Avustralya (%4,4), Arnavutluk (%3,8) ve Katar (%3,2) dır. Diğer ülkelerin ise toplam oranı % 21,8 dir.

Katılımcıların gelirlerine bakıldığında, en büyük grubun % 38,2'lik bir oran ile yıllık 60.001-100.000 \$ arası bir gelire sahip olduğu, ikinci en büyük grubun ise % 25,6'lık bir oran ile 30.001-60.000 \$ arası bir gelire sahip olduğu ve en düşük oranın ise % 2,5'lik bir oran ile 200.001 \$ ve üstü bir gelire sahip olduğu görülmektedir. Özetle katılımcıların % 39,3'ünün yıllık geliri 60.000 \$ ve altı, katılımcıların % 50,8'inin yıllık geliri ise 60.001 \$ ve üstüdür.

Eğitim durumuna bakıldığında katılımcıların % 36'sı yüksek lisans, % 42,3'ü ise ön lisans ve lisans mezunudur. Ayrıca çalışma durumuna bakıldığında ise katılımcıların % 47,3'ünün kurumsal bir firmada çalıştığı, % 18,6'sının ise bir işletme sahibi olduğu, % 10,7'sinin geçici süreli bir işte çalıştığı, % 7,3'ünün de hiçbir yerde çalışmadığı görülmektedir.

Tablo 1: Katılımcıların Türkiye'ye Gelme Amaçları

Katılımcıların amacı	Katılımcı sayısı	Katılımcıların oranı	Durumların oranı
Hastalığı iyileştirmek	153	%27,4	%48,3
Kozmetik cerrahi	179	%32,0	%56,5
Tıbbi kontrol	112	%20,0	%35,3
Sağlığı geliştirmek	107	%19,1	%33,8
İlgilenmiyorum	8	%1,4	%2,5
Toplam	559	100.0	%176,3

Not: Tablo 2'de çoklu seçim olduğu için katılımcı sayısı örneklem sayısını geçebilir.

Tablo 2’den de görüldüğü üzere medikal turizm kapsamında katılımcıların Türkiye’ye gelme amaçları dikkate alındığında, ilk sırada % 32’lik bir oranla kozmetik cerrahinin olduğu, sırasıyla hastalığı iyileştirmek (% 27,4), tıbbi kontrol (% 20,0) ve sağlığı geliştirmek (% 19,1) için tercih yapılmıştır. Katılımcıların sadece % 1,4’lük bir kısmı ise, medikal turizm ile ilgilenmediğini belirtmiştir.

Medikal Turizm ile İlgilenme Motivasyonu

Katılımcıların medikal turizm ile ilgilenme motivasyon düzeylerini ölçmek için 7’li likert tipi (1=hiç ilgilenmiyorum, 2=ilgilenmiyorum, 3=bazen ilgilenmiyorum, 4=ne ilgileniyor ne ilgilenmiyorum, 5=bazen ilgileniyor, 6=ilgileniyor, 7=çok ilgileniyor) bir ölçek soruldu. Elde edilen verilerle yapılan analizin sonuçları Tablo 3’te gösterilmektedir.

Tablo 3: Medikal Turizm ile İlgilenme Motivasyonunun Betimsel Analizi

Değişken	Ortalama	Standart sapma
Medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu	5,6800	1,7150

Tablo 3’ten de görüldüğü üzere katılımcıların medikal turizm ile ilgilenme motivasyonları ortalama puanı 5,6800 ve standart sapması 1,7150’dir. Bulunan sonuca göre; katılımcıların medikal turizm ile ilgilenme motivasyon düzeylerinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Öne Sürülen Hipotezlerin Test Edilmesi

“Potansiyel medikal turistlerin medikal turizm faaliyetlerinde bulunmalarında motive oldukları faktörler nelerdir?” temel araştırma sorusu altında ileri sürülen 4 hipotez ve bu 4 hipoteze ilişkin analiz sonuçları aşağıdaki gibidir:

H1: Yüksek düzeyde “iç sağlık kontrol odağına” sahip olan medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmeye eğilimlidirler.

H2: Kendi ülkelerinde verilen tıbbi bakımın finansal olarak çok pahalı olduğunu düşünen medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmeye eğilimlidirler.

H3: Kendi ülkelerinde alacakları medikal tedavi için sıra beklemek istemeyen medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmektedirler.

H4: İstedikleri tıbbi tedaviyi ülkelerinde bulamayan medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmektedirler.

Bu ileri sürülen hipotezleri test etmek için “medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu” bağımlı, “iç sağlık kontrol odağı”, “yaşanılan ülkedeki sağlık bakım maliyetlerine karşı tutumlar”, “yaşanılan ülkede sağlık hizmet alımı için bekleme süresi ve ilişkili prosedürlere karşı tutumlar” ve “yaşanılan ülkede istenilen tıbbi tedavinin bulunurluğu”ise bağımsız değişken olarak ele alınmıştır..

Her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile olan ilişkisi test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4’te verilmiştir. Her bir hipoteze ait test etme işlemi detaylı olarak aşağıda verilmeye çalışılacaktır.

Tablo 4: Katılımcıların Medikal Turizm Motivasyon Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	Test istatistiği	Sonuç
------------------	----------------------	------------------	-------

Medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu	İç sağlık kontrol odağı	Pearson korelasyon	Pozitif korelasyon (Pearson $r=0,113$; $p=0,02$)
	Sağlık bakım maliyetlerine karşı tutumlar	Pearson korelasyon	Negatif korelasyon (Pearson $r=-0,227$; $p=0,00$)
	Bekleme süresi ve ilişkili prosedürlere karşı tutumlar	Pearson korelasyon	Anlamli negatif korelasyon (Pearson $r=-0,168$; $p=0,01$)
	İstenilen tıbbi tedavinin bulunurluğu	ANOVA	Anlamli etki [$F(2, 314)=3,522$; $p=0,031$]

H1 (Yüksek düzeyde “iç sağlık kontrol odağına” sahip olan medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmeye eğilimlidirler) biri bağımsız (iç sağlık kontrol odağı), biri de bağımlı (medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu) olmak üzere iki değişken arasındaki ilişkinin yönü ve kuvveti dikkate alınarak analiz yapılmıştır. Bu hipotezin test edilmesi için ele alınan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ikisi de aralıklı ölçümdeydi, ayrıca testte kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ikisi de normal dağılıma uygun olduğundan *Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı* (*Pearson Product-Moment Correlation/Pearson r*) kullanılarak incelenmiştir (Pallant, 2016: 144).

Tablo 4’te gösterildiği gibi % 95 güvenle iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı küçük ve pozitif bir korelasyon ($r=0,113$; $n=317$; $p=0,02$) olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonucunda yüksek iç sağlık kontrol odağına sahip olan katılımcıların medikal turizm ile ilgilenmede daha yüksek motivasyona sahip olduğu söylenebilir. Böylece anlamlı pozitif ve küçük bir ilişki de olsa H1 doğrulanmıştır (Pallant, 2016: 150).

H2 (Kendi ülkelerinde verilen tıbbi bakımın finansal olarak çok pahalı olduğunu düşünen medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmeye eğilimlidirler), biri bağımsız (sağlık bakım maliyetlerine karşı tutumlar) biri de bağımlı (medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu) olmak üzere iki değişken arasındaki ilişkinin yönü ve kuvveti dikkate alınarak analiz yapılmıştır. Bu hipotezin test edilmesi için ele alınan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ikisi de aralıklı ölçümdeydi, ayrıca testte kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ikisi de normal dağılıma uygun olduğundan *Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı* (*Pearson Product-Moment Correlation/Pearson r*) kullanılarak incelenmiştir (Pallant, 2016: 144).

Tablo 4’te gösterildiği gibi iki değişken arasında % 99 güvenle istatistiksel olarak anlamlı küçük ve negatif bir korelasyon ($r=-0,227$; $n=317$; $p=0,00$) olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonucunda yaşadığı ülkedeki sağlık bakım maliyetlerinin ödenebilir olduğunu düşünmeyen katılımcıların medikal turizm ile ilgilenmede daha yüksek motivasyona sahip olduğu söylenebilir. Böylece istatistiksel olarak anlamlı negatif ve küçük bir ilişki de olsa H2 doğrulanmıştır (Pallant, 2016: 150).

H3 (Kendi ülkelerinde alacakları medikal tedavi için sıra beklemek istemeyen medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmektedirler) biri bağımsız (bekleme süreleri ve ilişkili prosedürlere karşı tutumlar), biri de bağımlı (medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu) olmak üzere iki değişken

arasındaki ilişkinin yönü ve kuvveti dikkate alınarak analiz yapılmıştır. Bu hipotezin test edilmesi için ele alınan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ikisi de aralıklı ölçümdeydi, ayrıca testte kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ikisi de normal dağılıma uygun olduğundan *Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı* (*Pearson Product-Moment Correlation/Pearson r*) kullanılarak incelenmiştir (Pallant, 2016: 144).

Tablo 4'te gösterildiği gibi iki değişken arasında % 99 güvenle istatistiksel olarak anlamlı küçük ve negatif bir korelasyon ($r=-0,168$; $n=317$; $p=0,01$) olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonucunda yaşadığı ülkede sağlık bakım hizmetlerine erişim için beklediği sürelerle ve gereksiz idari prosedürlere karşı olumsuz tutum sergileyenlerin medikal turizm ile ilgilenmede daha yüksek motivasyona sahip olduğu söylenebilir. Böylece istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunduğu için ileri sürülen $H3$ doğrulanmıştır (Pallant, 2016: 150).

$H4$ (İstedikleri tıbbi tedaviyi ülkelerinde bulamayan medikal turistler, medikal turizm ile ilgilenmektedirler) biri bağımsız (3 grup) (istenilen tıbbi tedavinin bulunurluğu), biri de bağımlı (medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu) olmak üzere ikiden daha fazla grubun ortalama değerlerini kıyaslamak için $H4$ test edilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi için ele alınan bağımsız değişken nominal (isimsel) ve bağımlı değişken interval (aralıklı) ölçümdeydi bu yüzden analizler için uygun olduğu düşünülen test *Tek Yönlü Varyans Analizi* (*ANOVA/One-Way Analysis of Variance*) olarak belirlendi (Pallant, 2016: 277).

Tablo 4'te ve Tablo 5'te gösterildiği gibi yaşadığı ülkede istenilen tıbbi tedavinin bulunup bulunmamasına bakıldığında, medikal turizm ile ilgilenme motivasyon düzeylerinde katılımcıların verdiği cevap grupları (evet, hayır, bilmiyorum) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$F=(2,314)=3,522$; $p=0,031$]. Dolayısıyla ileri sürülen $H4$ doğrulanmıştır (Pallant, 2016: 281).

Tablo 5: Tedavinin Bulunurluğu ve Medikal Turizm ile İlgilenme Motivasyonu (ANOVA)

Bulunma /Motivasyon	Ortalama	Standart sapma	Levene istatistiği	F istatistiği
			$F(2,314)=1,581$; $p=0,475$	$F(2,314) = 3,522$; $p=0,031$
Bulunuyor	5,3700	2,0160		
Bulunmuyor	5,8900	1,4730		
Bilmiyorum	5,8900	1,3520		

Çoklu bağımsız değişkenler olan tedavinin yaşanılan ülkede bulunurluk durumunun bağımlı değişken olan medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu üzerindeki etkisini araştırmak için *Çoklu Doğrusal Regrasyon* (*Multiple Linear Regression*) testi uygulandı. Tablo 6, çoklu korelasyon katsayılarını, varyans analizini ve üç bağımsız değişkenin katılımcıların medikal turizm ile ilgilenme motivasyonları üzerindeki kısmi korelasyon katsayılarını göstermektedir.

Tablo 6: Yaşanılan Ülkede İstenilen Tıbbi Tedavi ile İlgili Değerlendirmelerin Medikal

Turizm ile İlgilenme Motivasyonu Üzerindeki Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon

Analizi Sonuçları

R ²	Ayarlanmış R ²	F istatistikleri	Sabit		
0,054	0,045	F(3,311)=5,930;p(0,001)	6,258		
Bağımsız değişken	Standardize edilmemiş B katsayısı	Standardize edilmiş B katsayısı	t testi	Önem derecesi	
İç sağlık kontrol odağı	0,012	0,053	0,917	0,030	
Maliyetlere karşı tutumlar	-0,042	-0,183	-2,543	0,011	
Bekleme süresi ve prosedürlere karşı tutumlar	-0,011	-0,041	-0,574	0,043	

Bağımlı değişken olan medikal turizm ile ilgilenme motivasyonu ile bağımsız değişkenler olan iç sağlık kontrol odağı, yaşanan ülkedeki tıbbi tedavinin maliyetlerine karşı tutumlar ve yaşanan ülkedeki tıbbi tedavi için bekleme süreleri ve prosedürlere karşı tutumlar arasında standart çoklu regresyon uygulandı.

Analiz sonuçlarına göre elde edilen çoklu korelasyon katsayısı (R=0,233) istatistiksel olarak anlamlı derecede sıfırdan farklı çıktı, F(3,311)=5,930 (p=0,001) ve bağımlı değişkene ait olan varyansın % 4,5'i (R²=0,054; standardize edilmiş R²=0,045) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı görülmektedir (Tablo 6).

Katılımcıların medikal turizm ile ilgilenme motivasyonları ile iç sağlık kontrol odağı pozitif bir ilişki gösterirken; katılımcıların ülkelerindeki sağlık bakım maliyetlerine karşı tutumları ile bekleme süreleri ve ilişkili prosedürlere karşı tutumları negatif bir ilişki göstermektedir. Analiz sonucunda her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken olan medikal turizm ile ilgilenme motivasyon seviyesinin yordanması üzerinde önemli ve birbirinden farklı katkılar sağladığı bulundu. Medikal turizm ile ilgilenmek için motivasyon seviyeleri= (iç sağlık kontrol odağı için=0,053; ülkedeki tıbbi bakım maliyetlerine karşı tutumlar=-0,183; ülkedeki bekleme süreleri ve ilgili prosedürlere karşı tutumlar=-0,041). Elde edilen bulgular, ileri sürülen H4 hipotezinin doğrulandığını göstermektedir.

4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

İç sağlık kontrol odağına (öz sağlık) sahip olan medikal turistlerin turizm ile ilgilenme düzeyleri arasındaki ilişki incelendi ve analiz sonucunda, yüksek iç sağlık kontrol odağına sahip katılımcıların medikal turizm ile ilgilenmede daha yüksek motivasyona sahip olduğu tespit edildi (r=0,113; n=317; p=0,02). Benzer bir çalışmada, yüksek seviyede iç sağlık kontrol odağına sahip olan medikal turistlerin sağlıklarını geliştirmek için daha fazla çabaya girdiği ve daha fazla motivasyona sahip olduğu tespit edilmiştir (Delinsky, 2005: 2014). Sağlıklarını koruma isteğinde olan medikal turistlerin daha yüksek bir seviyede medikal turizm ile ilgilendikleri dolayısıyla medikal turizmi ile

ilgilenen turistlerin motivasyonunu kırarak söylem ve uygulamalardan kaçınılması medikal turizm otoritelerince önemsenmesi gereken bir konu olduğu düşünülmektedir.

Yaşadıkları ülkelerdeki tıbbi bakım maliyetlerini karşılayabilir olarak görmeyen medikal turistlerin, medikal turizm ile ilgilenmede daha daha fazla motive oldukları tespit edildi ($r=-0,227$; $n=317$; $p=0,00$). Jotikasthira (2011), tarafından 310 kişi ile yapılan bir çalışmada da benzer sonuçların ($r=-0,267$; $n=310$; $p=0,00$) çıktığı görülmüştür (Jotikasthira, 2010: 162).

Potansiyel medikal turistlerin medikal turizm ile ilgilenme motivasyonlarını etkileyen önemli bir kriter olan tıbbi bakım maliyetinin ayrıca medikal turizm destinasyonu seçiminde de önemli bir kriter olduğu ve Türkiye için bu durumun doğru pazarlama karması ve doğru tanıtım faaliyetleri ile fırsata çevrilebileceği, rakiplerine karşı bir avantaj sağlayabileceği düşünülmektedir.

Yaşadığı ülkede sağlık bakım hizmetlerine erişim için beklediği sürelerle ve gereksiz idari prosedürlere karşı olumsuz tutum sergileyen potansiyel medikal turistlerin, medikal turizm ile ilgilenmede daha yüksek motivasyona sahip olduğu söylenebilir ($r=-0,168$; $n=317$; $p=0,01$). Türkiye örneği için medikal turizm otoritelerince belirlenen idari prosedürlerin mümkün olduğu kadar minimum seviyede tutulması ve tıbbi bakım alımı için beklenen sürelerin de olabildiğince kısa tutulması Türkiye'nin medikal turizm destinasyonu olarak seçilmesinde önem verilmesi gereken bir rekabet kriteri olarak değerlendirilebilir.

İstenilen tıbbi tedavinin ülkede bulunmaması ile potansiyel medikal turistlerin medikal turizm ile ilgilenme motivasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu görüldü [$F=(2,314)=3,522$; $p=0,031$]. Tayland'ta Jotikasthira (2011) tarafından 310 kişi ile yapılan bir çalışmada tespit edilen bulgular [$F(2,307) = 0,297$; $p>0,05$] ışığında ise istenilen tıbbi tedavinin ülkede bulunmaması ile potansiyel medikal turistlerin medikal turizm ile ilgilenme motivasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır (Jotikasthira, 2010: 163).

Türkiye örneğinde istenilen tıbbi tedavinin ülkede bulunmaması ile potansiyel medikal turistlerin medikal turizm ile ilgilenme motivasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişkinin bulunması, Türkiye'ye medikal turizm kapsamında gelen hastaların çoğunun gelişmemiş veya gelişmekte olan ülke vatandaşları olduğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Türkiye'ye gelen potansiyel medikal turistlerin daha çok Ortadoğu ve Balkanlardan geldiği düşünüldüğünde böyle bir sonucun çıkmasının beklenebilir bir durum olduğu söylenebilir.

Yapılan analiz ve değerlendirmeler ışığında gerek medikal turizm konuları ile ilgilenen araştırmacılara gerek ise de aktif olarak medikal turizm hizmeti sunan yönetici ve sağlık çalışanlarına, medikal turizm otoritelerine ve medikal turizm ile ilgilenen bütün paydaşlara şu önerilerde bulunulabilir:

Farklı araştırmacılar, medikal turizmde bulunma motivasyonunu etikeleyen faktörleri konu alarak bu çalışmanın kısıtlıkları çerçevesinde Türkiye'de medikal turizm hizmeti almış yabancıların Türkiye destinasyonu ile ilgili kararlarda motivasyon kaynaklarını ölçecek çalışmalar yapabilirler.

Ekonomiye artı bir değer kazandıran medikal turizmin hükümetlerce önemsenmesi ve stratejik planlara girilmiş olması önemli bir tercih kriteri olduğundan Türkiye devletinin medikal turizm ile ilgili etkin bir politikasının uygulamaya konulması ve bu uygulama sürecinde motivasyon kaynaklarını iyileştirmesi önerilebilir.

Türkiye'de mevcut tıbbi teknoloji ile yapılmaya çalışılan sağlık yatırımlarının desteklenmesi ve yeni medikal turizmi trendlere uygun olarak yeniden dizayn edilmesi gerektiği önerilebilir.

Medikal turizm destinasyon politikalarını belirleyen karar mercilerinin medikal turistlerin destinasyon seçiminde motivasyon kriterlerini dikkate alarak yeni politikalar geliştirilmesi önerilebilir.

Bekleme süreleri ile medikal turizm motivasyonu arasındaki ters ilişki dikkate alınarak Türkiye'ye gelen medikal turistler için gerekli olan idari prosedürlerin olabildiğince asgari düzeyde tutulması gerektiği önerilebilir.

Özellikle de yaşadığı ülkede istediği tıbbi bakımı bulamayan medikal potansiyel turistler için istenilen her türlü tıbbi bakımın kaliteli bir şekilde verilmesi önem arz etmektedir. Bu noktada Türkiye'deki sağlık hizmet sunucularının bu motivasyon kaynağına vurgu yapmaları gerektiği önerilebilir.

Türkiye'ye gelmeyi düşünen medikal turistlerin gelme nedenleri dikkate alınarak ilgili alanlarda güçlü yanlar ön plana çıkarılması gerektiği önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Awadzi, W., & Panda, D. (2005). *Medical tourism: Globalization and marketing of medical services*. The Consortium Journal of Hospitality and Tourism, 11(1), 75–80.
- Awaritefe, O. (2004). *Motivation and Other Considerations in Tourist Destination Choice: A Case Study of Nigeria*. Tourism Geographies, 6(3), 303–330.
- Baloglu, S. ve Uysal, M. (1996). *Market Segments of Push and Pull Motivations: A Canonical Correlation Approach*. International Journal of Contemporary Hospitality Management, 8(3), 32–38.
- Callaghan, P. (1998) *Social Support and Locus of Control as Correlates of UK Nurses' Health Related Behaviour*. Journal of Advanced Nursing, 28, 1127-1133.
- Chinai, R. (2007). *Medical visas mark growth of Indian medical tourism*. Bulletin of the World Health Organization, 85(3), 164–165.
- Connell, J. (2015). *From Medical Tourism to Transnational Health Care? An Epilogue for the Future*. Social Science & Medicine, 1982(124), 398–401.
- Delinsky, S. S. (2005). *Cosmetic Surgery: A Common and Accepted Form of Self-Improvement?* Journal of Applied Social Psychology, 35(10), 2012–2028.
- Hyde, K. F. (2008). *Information Processing and Touring Planning Theory*. Annals of Tourism Research, 35(3), 712–731.
- Jones, CA & Keith LG. (2006). *Medical tourism and reproductive outsourcing: the dawning of a new paradigm for healthcare*. Int J Fertil Women Med., 51(6):251–255.
- Jotikasthira, N. (2010). *Salient Factors Influencing Medical Tourism Destination Choice (Doktora Tezi)*. Southern Cross University.
- Khafizova, L. (2011). *Medikal Turizmin Gelişmesinde Seyahat İşletmelerinin Önemi ve Türkiye'deki Durum (Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Klenosky, D. B. (2002). *The “Pull” of Tourism Destinations: A Means-End Investigation*. Journal of Travel Research, 40(4), 396–403.
- Marlowe, J., & Sullivan, P. (2007). *Medical tourism: the ultimate outsourcing*. HR. Human Resource Planning, 30(2), 8-10.
- McCabe, A. S. (2000). *Tourism Motivation Process*. Annals of Tourism Research, 4(27), 1049–1052.
- Moshki, M., Ghofranipour, F., Hajizadeh, E. ve Azadfallah, P. (2007). *Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students*. BMC Public Health.
- Pallant, J. Çeviren: Balcı, S. ve Ahi, B. (2016). *SPSS Survival Manual A Step By Step Guide To Data Analysis Using IBM SPSS (Sixth Edition)*. United Kingdom: Open University Press.
- Wallston, K. A., Stein, M. J. ve Smith, C. A. (1994). *Form C of the MHLC scales: A Condition Specific Measures of Locus of Control*. Journal of Personality Assessment, 63, 534-553.



Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

2019, 3(6): 265-275.

DOI: [10.29226/TR1001.2019.166](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.166).

ISSN: 2587-0785 Dergi web sayfası: <https://www.yepad.org>



KAVRAMSAL MAKALE

Eskişehir’de Coğrafi İşaretli Ürünlerin Değerlendirilmesi*

Dr. Öğr. Üyesi Barış DEMİRCİ, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Turizm Fakültesi, e-posta: bdemirci@ogu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1247-1841>

Arş. Gör. Gizem Sultan SARIKAYA, Osmangazi Üniversitesi, Turizm Fakültesi, e-posta: gssarikaya@ogu.edu.tr

ORCID: orcid.org/0000-0003-4725-7981

Kevser TURAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, e-posta: kevserturan@hotmail.com

Zehra ÖZYÖRÜK, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, e-posta: zehraozyoruk7@gmail.com

Öz

Coğrafi işaretler, ait olduğu coğrafyanın özelliklerini taşıması itibarıyla sınai mülkiyet haklarına tabi olan, kültürü yansıtan, yöresel, bölgesel ve ulusal düzeyde iktisadi fayda sağlamasının yanında monopol bir güç oluşturma özelliği olan sembollerdir. Bununla birlikte yerellik vurgusuyla sürdürülebilirlik, eko-turizm, gastronomi turizmi için doğal bir hedeftir. Bu çalışmanın amacı Eskişehir’in sahip olduğu coğrafi işaretli ürünlerin değerlendirilmesidir. Elde edilen veriler doğrultusunda Eskişehir’in sahip olduğu dört mahreç bir menşe işaretli ürün bulunmakla birlikte halihazırda kazandırılacak coğ rafi işaretli ürün sayısı şehrin aldığı göçler ve bu göçlerle olan kültürel etkileşimden dolayı fazladır.

Anahtar Kelimeler: Coğrafi İşaret, Yöresel Ürünler, Eskişehir, Met Helvası, Çibörek

Makale Gönderme Tarihi: 01.11. 2019

Makale Kabul Tarihi:25.11.2019

Önerilen Atıf: Demirci, B., Sarıkaya, G, S., Turan, K., Özyörük, Z. (2019). Eskişehir’de Coğrafi İşaretli Ürünlerin Değerlendirilmesi, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(6): 265-275.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi.

Bu çalışma 20. Ulusal Turizm Kongresi (UTK20) ve 4. Uluslararası Turizm Kongresi’nde (4th International Tourism Congress – ITC2019), bildiri olarak sunulmuştur.



Journal of Management, Economic and Marketing Research

2019, 3(6): 265-275.

DOI: [10.29226/TR1001.2019.166](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.166).

ISSN: 2587-0785 Journal Homepage: <https://www.yepad.org>



CONCEPTUAL PAPER

Evaluation of Geographical Indication Products in Eskişehir

Dr. Barış DEMİRCİ, Eskişehir Osmangazi University, Tourism Faculty, e-mail: bdemirci@ogu.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1247-1841>

Arş. Gör. Gizem Sultan SARIKAYA, Eskişehir Osmangazi University, Tourism Faculty, e-mail: gssarikaya@ogu.edu.tr

ORCID: orcid.org/0000-0003-4725-7981

Kevser TURAN, Eskişehir Osmangazi University, Institute of Social Sciences, e-mail: kevserturan@hotmail.com

Zehra ÖZYÖRÜK, Eskişehir Osmangazi University, Institute of Social Sciences, e-mail: zehraozyoruk7@gmail.com

Abstract

Geographical indications are symbols that are subject to industrial property rights, reflect the culture and provide economic benefits at local, regional and national level as well as forming a monopoly power. Nevertheless, sustainability with an emphasis on locality is a natural target for ecotourism and gastronomic tourism. The aim of this study is to evaluate the geographical indication products owned by Eskişehir. Eskişehir has four protected geographic indication and one origin marking. Moreover, the number of geographically marked products that can be gained is higher due to the migrations received by the city and the cultural interaction with these migrations.

Keywords: Geographical Indication, Local Foods, Eskişehir, Met halva, Çibörek,

Received: 25.10. 2019

Accepted: 26.11.2019

Suggested Citation: Demirci, B., Sarıkaya, G. S., Turan, K., Özyörük, Z. (2019). Evaluation of Geographical Indication Products in Eskişehir, *Journal of Management, Economic and Marketing Research*, 3(6): 265-275.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

1. GİRİŞ

Tüketiciler tükettikleri ürünlerin köken ve kalitelerine ilişkin daha duyarlı ve seçici davranmaktadır (Üzümcü, Alyakut, Fereli, 2017, s. 44), özellikle yeme içme ürünlerinin nerede ve nasıl üretildiğine ve bu sürecin çevreyi nasıl etkilediğini önemsemektedirler (Menepace vd., 2009; Teuber, 2009). Küreselleşme olgusu, dünyadaki gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gıda ürünleri üzerinde etkili olmasının yanında (Black, 2016, s. 6), gıdaların tüketimini, sağlık ve beslenmeyi etkilemiştir (Olayiwola, Soyibo ve Atinmo, 2004, s. 99). Yeşil devrimin ardından tarımsal üretimde yüksek miktarda kimyasal girdi kullanımı (Singh, Singh ve Verma, 2013, s. 71) ve devamındaki süreçte gıdalara ilave edilen suni katkı maddeleri, insan sağlığına ve ekosisteme dönüşü olmayan zararlar vermektedir (Topçu ve Baran, 2017, s. 822). Yerel gıda sistemleri hareketleri ve uygulamaları, küreselleşen gıda sistemlerine karşı giderek daha fazla görünür direnç ve karşı baskı yapıları oluşturmaktadır (Feegan, 2007, s. 23). Başta sağlık olmak üzere çevresel (Brain, 2012), sosyal (Feenstra, 1997, Zepeda ve Li, 2006) ve psikolojik nedenlere bağlı olarak yerel gıdalara yönelim artmaya başlamıştır (Özsoy, 2015, s. 31). Yerel gıdalar kavramıyla paralel olan coğrafi işaretleme bu açıdan önem arz etmektedir (Kan ve Gülçubuk, 2008, s. 58).

1990'ların başında, Avrupa Birliği 2081/92 (EEC) yönetmeliği ile yasal koruma altına alınan coğrafi işaretli ürünler (Deselnicu vd., 2013, s. 206); ülkelere ekonomik olarak katkı sağlamanın yanında (Bramley, Biénabe ve Kirsten, 2009), kendi içerisinde monopol bir güce sahiptir (Chandola, 2006, s. 169), kırsal gelişime katkı bulunur (Doğan ve Gökovalı, 2012, s. 761), yerel topluluklara ürünlerini farklılaştırmak, ticarileştirmek ve ekonomik konumlarını iyileştirmek için bir araçtır (WIPO, 2007, s. 19), pazar farklılaşması, itibar ve kalite standartları gibi maddi olmayan duran varlıkların korunmasına hizmet eder (Jain, 2009, s. 69). Bunun yanında sürdürülebilir turizm açısından kırsal kalkınmada önemli bir aracı olan coğrafi işaretli ürünler (Durlu-Özkaya, Sünnetçioğlu ve Can, 2013, s. 13) eko-turizm ürünleri için doğal bir hedef olmasının yanında gastronomi turizmi için de önem arz etmektedir (FAO, 2017). Bu çalışmanın amacı Eskişehir ilinin gastronomik ürünlerinin belirlenerek bu ürünlerin kırsal turizm, kent turizmi ve gastronomi turizmi açısından olası etkilerinin ortaya konulmasıdır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Coğrafi işaretler

Patentler ve ticari markalar gibi diğer fikri mülkiyet hakları kategorilerinin aksine coğrafi işaretler için dünya çapında kabul görmüş genel bir tanım yoktur (Bramley ve Kirsten, 2007, s. 49). Dünya Ticaret Örgütü'ne göre coğrafi işaret bir ürünün kalite, itibar ya da diğer özelliklerinin kökenin ait olduğu coğrafyaya atfedilmesi olarak tanımlanırken, Avrupa Birliği "Kalitesi, itibarı veya diğer özellikleri coğrafi kökeni ile bağlantılı bir ürünü tanımlamak için kullanılan ayırt edici bir işarettir" şeklinde coğrafi işaretleri tanımlamıştır. Coğrafi işaretler, belirgin bir özelliği itibarıyla kökeninin olduğu yöre, alan, bölge veya ülke ile tanınmış (Şahin ve Meral, 2012, s. 88), ürünün ait olduğu yeri belirten sembollerdir (Üzümcü ve diğerleri, 2017, s. 32).

1803 ve 1824 yılları arasında Fransa'da çıkan coğrafi işaretler ile ilgili kanunların yanında, yanıltıcı etiketleme ile ilgili ilk kanun da Fransa'da (Yürekli, 2016, s. 12) şarap üreticilerinin sahte şarap üreticilerine karşı ürünlerini korumak amacıyla çıkarılan ayaklanma sonucunda "appellations of control" sistemidir (Yürekli, 2015, s. 44). Bu genel bağlamda, Avrupa Konseyi, 14 Temmuz 1992'de, Fransız modelinden büyük ölçüde ilham alan coğrafi işaretlerin ve menşe tasarımlarının

korunmasına ilişkin bir yönetmelik düzenlemiştir (Berard ve Marchenay, 2006, s. 110). Türkiye’de ise tescilleme konusunda yapılan ilk girişimler 19. yy.’a kadar uzanmaktadır. 1871’te “Alameti Farika Nizamnamesi” bu konudaki ilk girişim olarak kabul edilmekle birlikte esas itibariyle şeklini 1995 yılında 555 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Coğrafi İşaretler” uygulaması ile almış olup Türk Patent Enstitüsü (TPE) tescil haklarıyla ilgili resmi kurum olarak belirlenmiştir. (Şahin, 2013, s. 26).

Coğrafi işaretler, “menşe adı” ve “mahreç işareti” olarak ikiye ayrılmaktadır (Aslan ve Demir Kaya, 2017, s. 3; Şahin, 2011, s. 3). Ancak menşe ve mahreç işareti kapsamına girmeyen, ilgili piyasalarda bir ürünün 30 yıl süreyle kullanıldığı kanıtlanan adlar da geleneksel ürün olarak tanımlanmaktadır (TPE, 2019). Fikri ve sınai mülkiyet hakkı olarak coğrafi işaret; bir ülkeye, bölgeye, alana veya yöreye ait olan ve belirgin bir özelliğe sahip ve kalite özellikleri itibariyle tarım, el sanatları, maden ve doğal ürünlerin benzer ürünlere veya taklitlerine karşı yasalar ile korunmasıdır (Dayısoylu, Yörükoğlu ve Ançel, 2017, s. 80; Esen, 2016, s. 447; Gürel ve diğerleri, 2016, s. 1049; Şahin, 2013, s. 23; Toklu ve diğerleri, 2016, s. 145; Yenipınar ve diğerleri, 2014, s. 13).

Menşe işareti (Designation of Origin); yalnızca kaynaklandığı yöre, havza, kasaba, ülke veya bölge ile ifade edilen ürünlerin aldığı coğrafi işarettir (Şahin, 2011, s. 3) ve menşe işaretli bu ürünlerin temel özellikleri ve üretimleri tamamıyla bir bölgeden elde edilir (Aslan ve Demir Kaya, 2017, s. 3). Örneğin; bir yer altı kaynağı olan “Eskişehir Lületaş”, belirlenen fiziki özellikleri kapsamında dünyada sadece Türkiye’de ve Eskişehir ilinin belirli ilçelerinde bulunmaktadır. Dolayısıyla Lületaşın başka bir yerde üretimi söz konusu olamayacağından menşe işaretiyle tescillenmiştir (Şahin, 2011, s. 3). Bununla birlikte Diyarbakır Karpuzu, Antep Fıstığı, Aydın Kestanesi gibi ürünler de menşe tescili almış ürünlere örnek olarak verilebilir (Aslan ve Demir Kaya, 2017, s. 3). Menşe işareti kapsamına alınmış olan ürünler belirlenen coğrafyayla sıkı sıkıya bağlıdır fakat bazı menşe işaretli belirlenmiş ürünler (Türk Rakısı, Geleneksel Türk Kayısı Likörü, Afyon Kaymağı, Tarsus Yayla Bandırması, Devrek Bastonu gibi) denetimler kapsamında başka bölgelerde de üretilebilmektedirler (Şahin, 2013, s. 25).

Bir ürünün menşe adını taşıması için gerekli şartlar aşağıdaki gibidir (Aslan ve Demir Kaya, 2017, s. 3).

- Ürünün coğrafi sınırları belirlenmiş bir yöre, alan, bölge ya da çok özel durumlarda ülkeden kaynaklanması,
- Ürünün tüm özelliklerinin veya esas niteliğinin bu yöre, alan veya bölgeye özgü coğrafi unsurlardan kaynaklanması,
- Ürünün üretimi, işlenmesi ve diğer tüm işlemlerinin tamamıyla bu yöre, alan veya bölge sınırları içinde yapılmasıdır.
-

Mahreç işareti ise 555 sayılı ilgili kanunda “Coğrafi sınırları belirlenmiş bir yöre, alan veya bölgeden kaynaklanan bir ürün olması, belirgin bir niteliği, ünü veya diğer özellikleri itibariyle bu yöre, alan veya bölge ile özdeşleşmiş bir ürün olması ve üretimi, işlenmesi ve diğer işlemlerinden en az birinin belirlenmiş yöre, alan veya bölge sınırları içinde yapılan bir ürün” olması kapsamında ele alınmaktadır. Ürünün kültürel anlamda en az bir malzemesinin bölgeden temin edilmesi gerekmektedir ki örneğin “İnegöl Köfte” coğrafi işaretler kapsamına alındığında belirlenen sınır Türkiye geneli olarak kayıtlara geçmiştir ve kullanılan malzemeleri, özellikleri ve hazırlanış şekli İnegöl ile özdeşleşmiş

olmasından kaynaklı satılan her yerde İnegöl Köfte olarak etiketlenmesi zorunludur (Şahin, 2011, s. 4). Mardin Kaburga Dolması, Diyarbakır Örgü Peyniri, Şanlıurfa Çiğ Köftesi ise mahreç adı ile tescillenen diğer örneklerdendir (Aslan ve Demir Kaya, 2017, s. 3).

Eskişehir Coğrafi İşaretli Ürünlerin İncelenmesi

Yöreye özgü olan yiyecek ve içecekler yerel yeme içme kültürünü yansıtmaları sebebiyle gastronomi turizminde temel çekicilik unsuru olmaktadır (Aksoy ve Sezgi, 2015, s. 83). Yerel ürünün gastronomi turizmine katkısını artırmak için coğrafi işaretler en iyi yollardan biridir (Yıkılmış ve Ünal, 2016, s. 74). Frigyalılar tarafından Porsuk Nehri kıyılarında kurulan Eskişehir, Türkiye'nin önemli yol kavşaklarından biridir ve kültürel kaynaklar açısından zengindir (Seçilmiş, 2011, s. 38), bununla birlikte kültürün bir parçası olan gastronomi alanında kendine özgü yöresel bir mutfağı bulunmaktadır (Şahin, 2012, s. 41). TPE 2019 yılı itibarıyla açıklamış olduğu istatistiklerde Eskişehir, bir menşe (Lüle Taşı) ve üç mahreç işaretli (Met Helvası, Çibörek ve Sivrihisar Muska Baklavası) olmak üzere toplamda dört ürünü bulunmaktadır. 2010 yılında mahreç işaretli coğrafi ürün olarak başvurusu yapılan Eskişehir Nuga Helvası ise tescil için beklemektedir.



Sivrihisar Muska Baklavası: Baklava Türkiye'nin pek çok yerinde sıklıkla üretilmekle birlikte Sivrihisar Muska Baklavası'nı ayırt edici kılan biçim ve sunum özellikleridir. Şerbetli ve şerbetsiz olarak üretilmektedir (TPE, 2018).

Şekil 1. Sivrihisar Muska Baklavası (Sivrihisar Sosyal Kültür ve Dayanışma Derneği, Erişim tarihi:15.05.2019)



Şekil 2. Met Helvası (Eskişehir İl Kültür ve Turizm Bakanlığı, Erişim tarihi 15.05.2019)

Eskişehir Met Helvası: Met helvası Suriye’den gelen Arap Şaban tarafından 1900’lerde yapılmaya başlanmıştır ve geleneksel metotlarla yapımına devam edilmektedir. (Özdemir, 2012, s. 44). Met helvasının üretimi altı aşamadan oluşur; Bunlar; hamurunun hazırlanması, şerbetinin kaynatılması, ağartma, çekme, fitil ve kesim, ambalaj şeklindedir. İsmi met yani çubuk ve aşık kemiği ile birlikte oynanan bir sokak oyunundan aldığı düşünülmektedir. Bu oyunun sonunda oyunda yenilen tarafın helva çekmesiyle bir gelenek haline gelmiş ve helva ismini almıştır (TPE, 2017).



Eskişehir (Çibörek) Çiğböreği: Çibörek Eskişehir’e ilk yerleşen Kırım-Tatar kültürünün eseridir. 19. Yüzyılda Eskişehir’e Kırım, Romanya, Bulgaristan ve Kafkasya’dan gelen büyük göç sonucunda Eskişehir’in demografik yapısı değişmiştir. Bu göç sonucunda Eskişehir’de sekiz ile on arasında Tatar köyü kurulmuştur (Tunçbilek, 1953). Tatarların sürdürmeye devam ettikleri gelenekleri Eskişehir’in mutfak kültürünü etkilemiştir (Çevik, 2018, s. 26).

Şekil 3. Çibörek/Çibörek (İl Kültür ve Turizm Bakanlığı, Erişim tarihi 15.05.2019)

Nuga Helvası



Eskişehir'in geleneksel tatlarından biridir. Nuga helvası; cevizli yaz helvası, tahin helvası veya kürek helvası gibi farklı isimlerle bilinmektedir, tahin ve çöwenden bir kürek aracılığıyla yapılan helva çeşididir. (Eskişehir.ktb.gov, Erişim Tarihi: 15.05. 2019).

Şekil 4. Nuga Helvası (İl Kültür ve Turizm Bakanlığı, Erişim Tarihi 15.05.2019)

Eskişehir'in sahip olduğu bu ürünlerin yanında Bozan Kavurma menşe işaretli; Balaban Köfte, Çerkes Sofrası (Abısta), Tatarlara özgü bir börek olan Göbete, acı-gıcı, pasa, bıt-bıtı çorbası (Koylu ve Birgün, 2015, s. 273; Özsöz, 2018, s. 29) gibi değerler de mahreç işaretli ürünler olarak coğrafi işaret almaya aday gösterilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yöresel gıdaların, coğrafi işaretler ve doğru pazarlama stratejileriyle tanıtımının yapılması uluslararası rekabette bu ürünlerin başarısı için gereklidir. (Kelemci Schneider ve Ceritoğlu, 2010, s. 47). Eskişehir sahip olduğu bir menşe ve üç mahreç işareti ile coğrafi işaretli ürünlere sahip olmakla birlikte bu sayının yeterli olduğu düşünülmemektedir. Yerel ve bölgesel düzeyde mevcut olan kalkınma ajansları konu ile ilgili oluşturulacak projelere destek vererek coğrafi işaretli ürün sayısının artırılması ve geliştirilmesi için teşvikler sağlamalıdır. Üniversiteler ve araştırma kuruluşları hazırlanacak olan projeler ile bilimsel altyapıyı ve koordinasyonu sağlayabilir.

Avrupa Birliği'ne üye ve aday ülkelerde yapılan araştırmaya göre gastronomi turizmi çarpan etkisi ile işletme sayısı, istihdam ve katma değer gibi faktörleri ile ülkelerin ekonomisinde dikkate değer etkisi bulunmaktadır. İstihdam açısından bu durum incelendiğinde gastronomi alanının ülke ekonomisine katma değeri %70 iken bu durum konaklama sektörü açısından %30'dur (Şahin ve Ünver, 2015, s. 65).

Tablo 1. Eskişehir'in sektörlere göre açık iş verme oranı

Sektör	Açık İş Verme Oranı
İmalat	29,50%
Konaklama ve Yiyecek Hizmeti Faaliyetleri	18,90%
Toptan ve Perakende Ticaret	18,60%
İdari ve Destek Hizmet Faaliyetleri	18,20%

Eskişehir'de 2015 yılında en fazla açık iş sayısı bulunan meslek, imalat sektöründen sonra %18,90'lık pay ile konaklama ve yiyecek içecek hizmetleri alanıdır (Bursa Eskişehir Bilecik

Kalkınma Ajansı, 2018, s. 9). Coğrafi işaretli ürün sayısının artması, bu ürünlerin üretiminden, dağıtım ve nihai tüketiciye ulaşmasına kadar farklı alanlarda istihdam ve yerel kalkınma gücü sağlayabilir.

Eskişehir; “1859’dan önceki dönem”, “1860 – 1891 dönemi”, “1892 – 1924 dönemi”, “1925 – 1957 dönemi”, “1958 –1993 dönemi” ve “1999 sonrası dönem” olmak üzere son ikiyüz yıllık gelişiminin yanında, özellikle 1860 – 1891 döneminde aldığı göçler kentte sinerji oluşturmuştur ve (Öney, Çiçek ve Zencir, 2013, s. 6) Kafkaslar, Kırım ve Balkanlar’dan gelen bu göçler sonucunda bu kültürlerin Eskişehir ile etkileşim kurması mutfak kültüründe de etkisini göstermiştir (Bilgin, 2014). Dolayısıyla farklı kültürlerin bir arada bulunmuş olması halihazırda keşfedilmemiş ürünler, tarifler olduğunu düşündürmektedir.

Kalplerin ve zihinleri kazanmanın en kolay yolunun mideden geldiği fikri üzerine kurulu olan gastrodiplomasi alanında (Spence, 2016, s. 5), coğrafi işaretli ürünler Türk mutfağının, Türk kültürünün tanıtılması, Türkiye imajının geliştirilmesi için kullanılabilir (Türker, 2018, s. 16).

Arıkan (2017) tarafından “Eskişehir’deki Yiyecek İçecek İşletmelerinin Menülerinde Eskişehir Mutfağının Yerinin Araştırıldığı Çalışmada” Eskişehir’de faaliyet gösteren küçük ve orta ölçekli işletmelerin menülerinde yöresel yemeklere yeterince yer verilmediği ortaya konulmuştur. Bu durumun iyileştirilebilmesi için işletmelere yerel yönetim tarafından eğitim, seminer gibi bilgilendirici faaliyetler planlanabilir.

Coğrafi işaretli ürünler maliyet gerektirmekle birlikte üretimi gerçekleştirecek olan girişimciler için bir soru işareti olabilmektedir. Bu konu ile ilgili yerel yönetimler gerekli olan teşvikleri sağlayarak üretimde artışa ve belki de sayıca menşe ve mahreç işaretli ürünlerin artışına destek olabilirler.

KAYNAKÇA

- Aksoy, M. ve Sezgi, G. (2015). Gastronomi turizmi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi Gastronomik unsurları. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 3(3), 79-89.
- Arıkan, A. D. (2017). Eskişehir’deki yiyecek içecek işletmelerinin menülerinde Eskişehir mutfağının yeri. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 2061-2077
- Aslan, B. ve Demir Kaya, H. (2017). Coğrafi işaretli ürünler ve Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki durum. *Tarımsal Eğitim ve Yayın Projesi*. 8, 2-7.
- BEBKA. (2018). Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı, Eskişehir İli Yatırım, Destek ve Tanıtım Stratejisi (2018-2023).
- Bérard, L. ve Marchenay, P. (2006). Local products and geographical indications: taking account of local knowledge and biodiversity. *International Social Science Journal*, 58(187), 109-116.
- Black, E. (2016). Globalization of the food industry: Transnational food corporations, the spread of processed food, and their implications for food security and nutrition. *Independent Study Project (ISP) Collection*, 2353.
- Brain, R. (2012). The local food movement: Definitions, benefits, and resources. *USU Extension Publication*, 1.
- Bramley, C., Biénabe, E. ve Kirsten, J. (2009). The economics of geographical indications: Towards a conceptual framework for geographical indication research in developing countries. *The Economics of Intellectual Property*, 109.

- Bramley, C., Kirsten, J. F. (2007). Exploring the Economic Rationale for Protecting Geographical Indicators in Agriculture. *Agrekon*, 46(1), 47-71.
- Chandola, H. V. (2006). Basmati Rice: Geographical indication or mis-indication. *The Journal of World Intellectual Property*, 9(2), 166-188.
- Çevik S. (2018). Coğrafi işaretli ürünlerin turizmdeki rolü: Eskişehir turlarına ilişkin bir içerik analizi. *Journal of Recreation and Tourism Research*. 5(4), 21-44.
- Dayısoylu K. S., Yörükoğlu T. ve Ançel T. (2017). Kahramanmaraş'ın coğrafi işaretli ürünleri ve ilin potansiyel durumu, *KSÜ Doğa Bilimleri Dergisi*, 20(1), 80-88.
- Deselnicu, O. C., Costanigro, M., Souza-Monteiro, D. M. ve McFadden, D. T. (2013). A meta-analysis of geographical indication food valuation studies: What drives the premium for origin-based labels?. *Journal of Agricultural and Resource Economics*, 204-219.
- Doğan, B. ve Gökovalı, U. (2012). Geographical indications: The aspects of rural development and marketing through the traditional products. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 62, 761-765.
- Durlu-Özkaya, F., Sünnetçioğlu, S. ve Can, A. (2013). Sürdürülebilir gastronomi turizmi hareketliliğinde coğrafi işaretlemenin rolü. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 1(1), 13-20.
- Esen Ş. (2016). Bir farklılaştırma stratejisi olarak coğrafi işaretler ve Türkiye incelemesi, *Makedonya Gostivar Türk Dünyası Sosyal Bilimler Kongresi*, 447-464.
- FAO, 2017, <http://www.gmswga.org/sites/default/files/documents/S03-Passeri.pdf>
- Feagan, R. (2007). The place of food: Mapping out the local'in local food systems. *Progress in Human Geography*, 31(1), 23-42.
- Feenstra, G. W. (1997). Local food systems and sustainable communities. *American Journal of Alternative Agriculture*, 12(1), 28-36.
- Gürel E., Gürlü A. Z., Nabalı B. ve Ayyıldız B. (2016). Coğrafi işaretlerin kırsal kalkınma açısından değerlendirilmesi: Tokat ili örneği, *Tarım Ekonomisi Kongresi*, 20149-1058.
- İnternet Kaynağı: Erişim Tarihi: 05.09.2019, <https://ec.europa.eu/trade/policy/accessing-markets/intellectual-property/geographical-indications/>
- İnternet Kaynağı: Erişim Tarihi: 05.09.2019, <https://www.turkpatent.gov.tr/TURKPATENT/geographicalRegisteredList/>
- İnternet Kaynağı: Erişim Tarihi:15.05.2019, Eskişehir.ktb.gov.tr,
- Jain, S. (2009). Effects of the extension of geographical indications: a South Asian perspective. *Asia-Pacific Development Journal*, 16(2), 65.
- Kan M. ve Gülçubuk, B. (2008). Kırsal ekonominin canlanmasında ve yerel sahiplenmede coğrafi işaretler. *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*. 22(2). 57-66.
- Kelemci Schneider, G. ve Ceritoğlu, A. B. (2010). Yöresel ürün imajının tüketici satın alma davranışı ve yüksek fiyat ödeme eğilimi üzerindeki etkisi: İstanbul ilinde bir uygulama. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*. 6, 29-52.
- Koylu, Z. ve Birgün, M. (2015). *Eski bir şehrin hikayesi 1923-1938*, Eskişehir Ticaret Odası Yayınları.
- Menapace, L., Colson, G. J., Grebitus, C. ve Facendola, M. (2009). Consumer preferences for country-of-origin, geographical indication, and protected designation of origin labels. Working Paper No.09021.
- Olayiwola, K., Soyibo, A. ve Atinmo, T. (2004). Impact of globalization on food consumption, health and nutrition in Nigeria. *Globalization of Food Systems in Developing Countries: Impact on Food Security and Nutrition*, 83, 99.

- Öney, H., Çiçek, D. ve Zencir E. (2013). *Abdüsselam Balaban Köfte*, Kozak N. (Ed.). Düünden Bugüne Eskişehir'deki 14 İşletmenin Öyküsü, Tepebaşı Belediyesi, Eskişehir.
- Özdemir, M. (2012). Eskişehir'in yöresel met helvası, *Eskişehir Ticaret Borsası Dergisi*, 3(7), 43-45.
- Özsoy, T. (2015). Coğrafi işaretlemenin katma değer oluşturmada bir araç olarak kullanımı. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 24(2), 31-46.
- Özsöz F. M. (2018). Şehir pazarlamasında bir marka şehir olarak Eskişehir'in incelenmesi. *Uluslararası Batı Karadeniz Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2(1), 12-34.
- Seçilmiş, C. (2011). Ziyaretçilerin gözüyle Eskişehir turizminin gelişmesini etkileyen sorunlar. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, (3), 37-57.
- Singh, V., Singh, G. ve Verma, D. K. (2013). Organic food organic foods: Benefits and market demand, *Popular Kheti*, 1(4), 71-78.
- Spence, C. (2016). Gastrodiplomacy: Assessing the role of food in decision-making. *Flavour*, 5(1), 4.
- Şahin C. (2011). XIII. yüzyıldan günümüze Eskişehir yöresinde yaşayan Tatarlar (Yayımlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Şahin, A. ve Meral, Y. (2012). Türkiye'de coğrafi işaretleme ve yöresel ürünler. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 5(2), 88-92.
- Şahin, F. (2012). Eskişehir ilinin kültür turizmi potansiyeli: Mevcut durum ve öneriler. TC Kültür Ve Turizm Bakanlığı Eskişehir Kültür Varlıklarını Koruma Bölge Kurulu Müdürlüğü, *Uzmanlık Tezi*, Eskişehir.
- Şahin, G. G. ve Ünver, G. (2015). Destinasyon pazarlama aracı olarak gastronomi turizmi: İstanbul'un gastronomi turizmi potansiyeli üzerine bir araştırma. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 3(2), 63-73.
- Şahin, G. (2013). Coğrafi işaretlerin önemi ve Vize (Kırklareli)'nin coğrafi işaretleri. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (15), 23-37.
- Şahin, G. (2011). Coğrafi işaretler kapsamında Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin tarım ürünleri, GAP VI. Tarım Kongresi, 09 – 12 Mayıs 2011, s. 503 – 508, Şanlıurfa.
- Teuber, R. (2009). *Producers' and consumers' expectations towards geographical indications-empirical evidence for Hessian Apple Wine* (No. 698-2016-47881).
- Toklu İ., Ustaahmetoğlu E. ve Öztürk Küçük H. (2016). Tüketicilerin coğrafi işaretli ürün algısı ve daha fazla fiyat ödeme isteği: Yapısal eşitlik modellemesi yaklaşımı, *Yönetim ve Ekonomi*, 23(1) 145-161.
- Topçu Y. ve Baran D.(2017). Menşe işaretli Karnavas Dut Pekmezi'nin tüketici tercihlerine dayalı pazarlama stratejileri. *Türk Tarım Gıda Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 5(7), 822-831.
- Tunçbilek N. (1953). Eskişehir Bölgesinde Yerleşme Tarihine Toplu Bir Bakış. *İstanbul Üniversitesi Fakültesi Mecmuası*, 15(1-4), 189-208.
- Türker, N. (2018). Gastrodiplomasi Türk mutfağının tanıtımında bir araç olabilir mi?. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2(Ek1), 14-29.
- Üzümcü T. P., Alyakut Ö. ve Akpulat Adalet N. (2017). Coğrafi işaretleme kapsamında Kocaeli gastronomik ürünlerin değerlendirilmesi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 19(28), 132-140.
- Üzümcü T. P., Alyakut Ö. ve Fereli S. (2017). Gastronomik ürünlerin coğrafi işaretleme açısından değerlendirilmesi: Erzurum-Olur örneği. *Tarım Bilimleri Araştırma Dergisi*. 10(2), 44-53.
- World Intellectual Property Organization, Erişim Tarihi, 5.09.2019, https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/geographical/952/wipo_pub_952.pdf
- WTO, https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/ta_docs_e/modules4_e.pdf

- Yenipınar U., Köřker H. ve Karacaoğlu S. (2014) Turizmde yerel yiyeceklerin önemi ve coğrafi işaretleme: Van Otlı peyniri, *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 2(2), 13-23.
- Yıkımsı, S. ve Ünal, A. (2016). The importance of geographical indication in gastronomy tourism: Turkey, *International Journal of Agricultural and Life Sciences- IJALS*, 2(4), 73-79.
- Yürekli, D. (2015). Coğrafi işaretlerin tescili ve uygulama sürecindeki sonuçların analizi, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Zepeda, L. ve Li, J. (2006). Who buys local food?. *Journal of Food Distribution Research*, 37(3), 5-15.