



Cilt/Volume :6 Sayı/Issue :3 Yıl/Year :2020 (ARALIK) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

İÇİNDEKİLER

İNDEKSLER VE ARALIK SAYISI HAKEM LİSTESİ

TÜRKİYE'DE HEMŞİRELİK VE TEKNOLOJİ ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN İNCELENMESİ (Dr. Öğr. Üyesi Tangül AYTUR ÖZEN, Doç. Dr. Filiz KANTEK)(Derleme makale 395 - 410)

PREVALENCE OF AGGRESSION AND VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS AND ITS IMPACT ON INTENTION TO LEAVE (Arş. Gör. Sinem SARIÇOBAN, Prof. Dr. Hatice ULUSOY)(Araştırma makalesi 411 - 425)

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL PERFORMANS YÖNETİMİ VE BİR UYGULAMA (Dr. Özlem GÜDÜK, Prof. Dr. Emrah ÖNDER)(Araştırma makalesi 426-442)

SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMLERİNİN AKADEMİK PERFORMANSLARININ ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMLERİYLE SIRALANMASI (Öğr. Gör. Özgür İNCE, Doç. Dr. Selma SÖYÜK)(Araştırma makalesi 443 - 461)

ANNE VE ANNE ADAYLARININ SÜT BANKASI İLE İLGİLİ TUTUMLARI (Öğr. Gör. Belma UZUN, Dr. Öğr. Ü. Onur YARAR)(Araştırma makalesi 462 - 475)

ASİSTAN HEKİMLERİN VE İNTERN DOKTORLARIN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (Öğr. Gör. Gizem KETREZ, Prof. Dr. Hatice ULUSOY)(Araştırma makalesi 476 - 489)

SAĞLIK HİZMETİ KAYNAKLARININ KULLANIMINDA TEKNİK ETKİNLİĞİN OECD ÜLKELERİ ARASI KARŞILAŞTIRMALARI (Arş. Gör. Eda KOÇAK)(Araştırma makalesi 490 - 502)

AN OVERVIEW OF PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE TOURISM (Elif Nisa YAYLA, Fatih ALTAN)(Derleme makale 503 - 514)

ORAN ANALİZİ YÖNTEMİ İLE ÜNİVERSİTE DÖNER SERMAYE İŞLETMELERİNİN FİNANSAL DEĞERLENDİRİLMESİ (Dr. Oğuzhan YÜKSEL)(Araştırma makalesi 515 - 528)

ECZANEYE BAŞVURAN HASTALARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI (Dr. Öğr. Ü. Meltem SAYGILI, Arş. Gör. Aysun KANDEMİR TÜRE, Arş. Gör. Mustafa KAYA, Arş. Gör. Seda SÖNMEZ)(Araştırma makalesi 529 - 540)

ANATOMİ EĞİTİMİNDE SOSYAL MEDYA; BİBLİYOMETRİK ANALİZ (Arş. Gör. Dr. Daniş AYGÜN, Dr. Öğr. Ü. Volkan ZEYBEK)(Araştırma makalesi 541-550)

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP 0-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN PLANLANMASI: PRECEDE-PROCEED MODELİ KAPSAMINDA ÖNERİLER (Arş. Gör. Merve AKBAŞ)(Derleme makale 551 - 562)

SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ E-SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE FİNANSAL SÜRDÜRÜBİLİRLİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN İNCELENMESİ (Öğr. Gör. Dr. Diler YAMAN KAHYAOĞLU, Dr. Nilüfer YÜCEDAĞ ERDİNÇ, Dr. Ferah KEKLİK OKUL)(Araştırma makalesi 563 - 577)

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞANLARIN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER BAĞLAMINDA İNCELENMESİ: SAMSUN İLİ ÖRNEĞİ (Dr. Öğr. Ü. Altuğ ÇAĞATAY, Dr. Selman KIZILKAYA)(Araştırma makalesi 578 - 593)

KURUMSAL İMAJ ALGISININ HASTANE BAĞLILIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA (Öğr. Gör. Esat SAYGIN, Doç. Dr. Metehan TOLON, Türkan SAYGIN, Dr. Öğr. Ü. İsmail ÖZTÜRK, Öğr. Gör. Turan Şahan SÖKMENSÜER)(Araştırma makalesi 594 - 608)

HASTANE HİZMETLERİ ALT SEKTÖRÜNÜN FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ (Doç. Dr. Vahit YİĞİT)(Araştırma makalesi 609 - 624)

COVID-19 PANDEMİSİNDE GİZLİ KAHRAMANLAR: HEMŞİRE LİDERLER (Aysun YERKÖY ATEŞ, Figen OKUR)(Derleme makale 625 - 638)

UZAKTAN EĞİTİM SÜRECİNİN BİLGİ SİSTEMLERİ BAŞARI MODELİ VE TEKNOLOJİ KABUL MODELİ İLE İNCELENMESİ: OSTİM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ (Öğr. Gör. Egehan ÖZKAN, Arş. Gör. Seray YEŞİLİRMAK)(Araştırma makalesi 639 - 650)

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN YÖNETSEL GÜÇLÜKLERİNİN ARAŞTIRILMASI (Sıdıka GÜLER, Prof. Dr. Belma KEKLİK)(Araştırma makalesi 651 - 660)

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>



Cilt/Volume :6 Sayı/Issue :3 Yıl/Year :2020 (ARALIK) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH

İNDEKSLER



HAKEMLER

Prof. Dr. ZEKİ ÖZTÜRK
Prof. Dr. BELGİN AYDINTAN
Prof. Dr. SEYHAN ÇİL KOÇYİĞİT
Prof. Dr. FAZİL GÖKGÖZ
Prof. Dr. NİLAY GEMLİK
Prof. Dr. MEHMET BAŞ
Prof. Dr. MEHMET BÜLENT ÖZDEMİR
Prof. Dr. HABİP AKDOĞAN
Doç. Dr. GÜLÇİN SAĞDIÇOĞLU CELEP
Doç. Dr. AYKUT EKİYOR
Doç. Dr. KADRİ GÖKHANYILMAZ
Doç. Dr. CEMALETTİN AKTEPE
Doç. Dr. AYGÜL YANIK
Doç. Dr. YILMAZ DAŞLI
Doç. Dr. ÇAĞDAŞ ERKAN AKYÜREK
Doç. Dr. GAMZE EBRU ÇİFTÇİ
Doç. Dr. ALPER GÜZEL
Doç. Dr. MEHMET GÜRAY ÜNSAL
Doç. Dr. FATİH ŞANTAŞ
Doç. Dr. ÖZLEM ÖZER
Doç. Dr. ŞAHİKA PINAR AKYER
Dr. Öğr. Ü. KADİR ÖZER
Dr. Öğr. Ü. DİLEK USLU
Dr. Öğr. Ü. ERSİN AYHAN
Dr. Öğr. Ü. FATMA MANSUR
Dr. Öğr. Ü. ERHAN KILINÇ
Dr. Öğr. Ü. FUAD SELAMZADE
Dr. Öğr. Ü. PINAR KILIÇ AKSU
Dr. Öğr. Ü. AYŞEGÜL ERMEÇ
Dr. Öğr. Ü. ADEM TÜZEMEN
Dr. Öğr. Ü. NURPERİHAN TOSUN
Dr. Öğr. Ü. ÜMİT ÇIRAKLI
Dr. Öğr. Ü. İSA GÜL
Öğr. Gör. BARIŞ DÖNMEZ

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
UŞAK ÜNİVERSİTESİ
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİV.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ



TÜRKİYE'DE HEMŞİRELİK VE TEKNOLOJİ ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN İNCELENMESİ

REVIEW OF STUDIES REGARDING NURSING AND TECHNOLOGY IN TURKEY

Dr. Öğr. Üyesi Tangül AYTUR ÖZEN

Süleyman Demirel Üniversitesi, tangulozen@sdu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-5507-5400

Doç. Dr. Filiz KANTEK

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, fkantek@akdeniz.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1524-9824

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (07.08.2020-01.12.2020)

Özet

Teknoloji; hemşirelik yönetimi, eğitimi, araştırma ve hemşireler tarafından sağlanan bakımı sistematik hale getirmede kullanılan bir araç, mesleğin yeniden inşasını ve düşünce şeklini ifade eden bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma, Türkiye’de hemşirelik alanında teknoloji ile ilgili çalışmaların mevcut durumunu ortaya koymak ve geliştirilmesi gereken stratejilere ışık tutmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmada Türk Tıp Dizini, Süleyman Demirel Kütüphanesi Arama Motoru, Google Akademik ve YÖK Tez Tarama veri tabanları “teknoloji”, “hemşire” ve “hemşirelik ve teknoloji” anahtar sözcükleri Türkçe olarak taranmıştır. Tarama yapılırken ve 57 çalışmanın dahil edilme kriterlerine uygun olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda son üç yılda artış yaşandığı, %38’inin hasta bakımı ve eğitimi, %24,56’sının hemşirelik eğitimi, %22,81’inin bilgi, tutum ve teknolojinin etkilerine yönelik olarak gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Çalışmalarda en fazla tanımlayıcı araştırma tasarımının kullanıldığı saptanmıştır. Sonuç olarak, ülkemizde hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği, çalışmaların daha çok hasta bakımı ve eğitimi ile hemşirelik eğitimi alanlarına odaklandığı söylenebilir. Gelecek araştırmaların hemşirelik yönetimi ve bilişim sistemleri üzerine odaklanması hemşirelikte önemli bir boşluğu giderecektir. Ayrıca teknolojik gelişmelere paralel olarak farklı teknolojilerin kullanıldığı araştırmaların yürütülmesi bu alanın genişlemesine önemli katkıda sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, hemşirelik yönetimi, hemşirelik bakımı, teknoloji, araştırma.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Abstract

Technology is defined as a tool used to systematize nursing management, education, research, and care provided by nurses, and as a concept expressing the reconstruction of the profession and the related mentality. This study was conducted to demonstrate the current status of the studies related to technology in the field of nursing in Turkey, and to illuminate the strategies that are necessary for their development. In the study, the databases of the Turkish Medical Directory, Suleyman Demirel Library Search Engine, Google Scholar, and YOK (Council of Higher Education) Thesis Search were scanned in Turkish using the keywords "technology", "nurse" and "nursing and technology". As a result, it was determined that 57 studies were suitable for the inclusion criteria. It was further determined that there was an increase in the number of studies in this field in the last three years, and that 38% of the conducted studies were on patient care and education, 24.56% were on nursing education, and 22.81% were on the effects of knowledge, attitudes, and technology. In conclusion, it can be said that studies related to nursing and technology have increased in recent years in our country, and studies focus more on patient care and education and nursing education. Future research focusing on nursing management and information systems will fill an important gap in nursing. In addition, conducting research using different technologies in parallel with technological developments will make a significant contribution to the expansion of this field.

Keywords: Nursing, nursing management, nursing care, technology, research.

GİRİŞ

Bilimsel hemşirelik uygulamaları, yeni keşifler ve yeniliklerle sürekli değişen bir bilgi birikimine dayanmaktadır. Araştırmalar, hemşirelik uygulamasını destekleyen kanıta dayalı bilgi sağlarken aynı zamanda toplum ve hastaların yararına olacak şekilde hemşireliği geliştirme arzusunun da ortaya koymaktadır (Ericson ve Pappas, 2020; Tingen ve diğ., 2009). Bu nedenle hemşirelikte bilimsel araştırmalar, hemşirelik mesleğinin durumunu değiştirmek için son derece önemlidir (Benton ve diğ., 2020). Hemşirelik rolleri genişledikçe ve hemşirelik araştırmaları disiplinin bilgi tabanına eklendikçe, hemşireler ve eğitimcilerin bu bilgileri eleştirel yaklaşma ve analiz etmede liderlik etmesinin etik bir sorumluluk olduğu ifade edilmektedir (Grace ve Perry, 2013).

Hemşireler, sağlığı geliştirmek ve iyileştirmek, hastaları tedavi etmek ve rehabilite etmek, sağlık hizmeti sunmak ve sürekli eğitim düzenlemek için çalışmaktadır. Hemşirenin çalışmasının başarısı sadece hemşirelik bakımının uygulanmasına değil, aynı zamanda sürekli öğrenme ve iyileştirme yoluyla hemşirelik mesleğinin ilerlemesine yardımcı olan modern teknolojiyi uygulama yeteneklerine de bağlıdır (Eastwood ve diğ., 2007). Günümüzde yoğun bir bilgi süreci ve teknoloji içinde gerçekleşen sağlık hizmetlerinde, hemşirelik ve hemşirelik bakımı, teknolojinin etkisi altında bulunmaktadır (Lusmilasari ve diğ., 2020; NHS, 2019).

Hemşireler, teknolojiyi insan unsurunu kaybetmeden sağlık hizmetlerine dahil etmede ön sıralarda yer almaktadır (Archibald ve Barnard, 2018). Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hem kurumun hem de çalışan performansını olumlu yönde etkileyen, kaliteli ve daha iyi maliyet-fayda oranı sağlayan yeni teknolojilerin yaratılması ve geliştirilmesi gerekmektedir (Costa ve diğ., 2020; Kavuncubaşı, 2000). Lusmilasari ve diğ., (2020)'nin yaptığı çalışmada; hemşirelikte araştırmaya öncelik verilmesi gereken ilk on öncelik listesinde teknoloji ve bilişimin yer alması gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle; ülkemizde teknoloji ve hemşirelik alanında yapılan çalışmaların mevcut durumunun incelenmesi ve gerekli stratejik hedeflerin ortaya konması önem taşımaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

LİTERATÜR

Teknoloji, sanat ya da beceri anlamına gelen yunanca “Techne” ve bilim ya da çalışma anlamına gelen “Logia” sözcüğünün birleşmesinden oluşan bir sözcüktür. Bilimin gelişmesiyle birlikte araç ve gereçler üzerinde hızlı bir ilerleme olması sonucu ortaya çıkmış bir uygulama bilimidir. Türk Dil Kurumunda (TDK) “İnsanın maddi çevresini denetlemek ve değiştirmek amacıyla geliştirdiği araç gereçlerle bunlara ilişkin bilgilerin tümü” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2011). Bu tanımlama ile teknolojinin günümüzde hayatı kolaylaştırmak adına bilginin gücü ile desteklenen bir alan olarak karşımıza çıktığı anlaşılmaktadır (Baygül, 2020). Sağlıkta teknoloji, sadece bir araç olarak işlev gören elle tutulur bir ürün ortaya koymak değildir, yani teknoloji sadece malzemelere atıfta bulunmak için kullanılmaz, aynı zamanda kullanımındaki değerleri de temsil eder ve sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlarını karşılar (Abreu ve diğ., 2017; Dantas ve diğ., 2016).

Teknoloji, hemşirelik uygulamalarında, hastaların günlük yaşam aktivitelerini desteklemek, etkileşime yardımcı olmak, hastaları eğitmek ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak için kullanılmaktadır (Korhonen ve diğ., 2015). Bu durum, hemşirelerin teknoloji ve bilişim kullanımına yönelik bilgi, tutum, farkındalık ve hazıroluşluk düzeyleri, teknolojinin hemşirelik ve hasta üzerindeki etkisinin belirlenmesine yönelik araştırmaların üzerine odaklanması gerekliliğini ortaya koymaktadır (Arcega ve diğ., 2020).

Teknolojinin hemşirelik uygulamalarında kullanılması aynı zamanda bir değişim sürecini de başlatmaktadır. Bu noktada; yönetici hemşirelere ve liderlere önemli roller düşmektedir. Hemşirelerin eğitimi, hemşire sayılarının düzenlenmesi, hemşirelerin kendilerini teknoloji konusunda rahat ve güvende hissetmelerinin sağlanması oldukça önemlidir. Ayrıca, yönetici hemşireler ve liderler, hasta bakım ortamındaki verimliliğini optimize etmek için diğer disiplinlerdeki teknolojileri kullanımlarını da araştırmalıdır (örneğin eczane, doktorlar, vaka yönetimi ve sosyal hizmet (Cloyd ve Thompson, 2020). Kaliteli bakım ve daha fazla kaynak içeren ihtiyaçları karşılamak için çözümler aramalı, yeni teknolojilerin yaratılması, uyumsuzlukların çözülmesi, maliyetin azaltılması, teknolojilerin oluşturulması ve kullanılması sürecinde hemşirelerin güçlendirilmesi amaçlanmalıdır (Silva ve Ferreira, 2014). Bu güçlendirilme sürecinde toplam verimliliği elde etmede yetenekli ve eğitilmiş çalışma grupları oluşturulmalıdır (Ferreira ve diğ., 2020).

Hemşirelik araştırmalarında teknoloji ve teknolojinin kullanım etkinliğine yönelik araştırmalar üssel olarak artmaktadır. Costa ve diğ., (2020), hemşirelik ve teknoloji alanındaki makaleleri incelediği çalışmada; 46 makaleyi analiz ederek, yardım, mesleki ve sağlık eğitimi ile yönetim alanına yönelik olarak bilgi teknolojilerinin kullanılmış olduğunu saptamıştır. Krick ve diğ., (2019), dijital teknoloji ve hemşirelik bakımının etkinliği ve verimlilik üzerine yapılmış 715 yayını incelediği çalışmada; etkililik çalışmalarının en çok bilgi teknolojileri, robotlar ve sensörler için gerçekleştirilmiş olduğunu, verimlilik çalışmalarının nadir olarak yapıldığını ortaya koymuştur. Yüksek kanıt düzeyine sahip çalışma tasarımlarının en çok bilgi teknolojileri, robotlar ve e-öğrenme uygulamalarında gerçekleştirildiğini tespit etmiştir. Teknoloji içerikli çalışmaların etkililik ve verimlilik analizleri çerçevesinde yüksek kanıt düzeyinde yapılmasını ve elde edilen veriler ile politika oluşturulması gerektiğini önermiştir.

Türkiye’de, diyabetli hastalarda videofone, beyin felci, kalp krizi geçirmiş ve kolorektal kanserli hastalarda web tabanlı eğitimlerin etkinliği değerlendirilmiştir (Bağrıaçık Altntaş ve Vural, 2018; Demir, 2014; Doğu, 2017; Güngör Tavşanlı, 2011). Simülasyon teknolojisi hemşirelik eğitiminde test edilmiştir (Atan, 2019; Orhan, 2019; Topbaş, 2019). Sanal gerçeklik uygulamaları meme

biyopsisi, epileptik nöbet eğitimlerinde ve ameliyathanede kullanılan setlerin öğretilmesinde kullanılmıştır (Karaman, 2016; Taçgın, 2017; Turan, 2020). Teknoloji tabanlı eğitim programının antenatal danışmanlık, emzirme başarısına ve bebek sağlığına etkisine yönelik spesifik alanlarda etkinliği analiz edilmiştir (Çelik, 2018; Sarı, 2018; Yenal ve diğ., 2010). Dijital hastane çalışmaları, hemşirelik bakım hizmetlerine nasıl etki ettiği araştırılmıştır (Volkan, 2019). Buna karşın; Türkiye’de hemşirelik alanında teknoloji ile ilgili yayınların mevcut durumunu tanımlayarak geliştirilmesi gereken stratejileri ortaya koyan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, Türkiye’de hemşirelik alanında teknoloji ile ilgili çalışmaların mevcut durumunu ortaya koymak ve geliştirilmesi gereken stratejilere ışık tutmak amaçlanmıştır. Çalışma sonuçları hemşirelik alanında teknoloji üretiminin artırılmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Araştırma Soruları

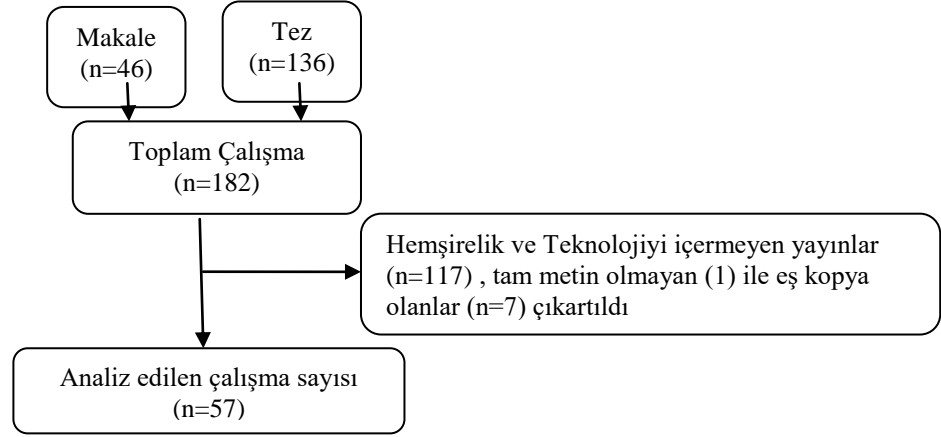
1. Hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmaların yayın türleri nelerdir?
2. Hemşirelik ve teknoloji ile ilgili yapılan çalışmaların sayısal gelişimi nasıldır?
3. Hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmalar hemşireliğin hangi alanlarında yapılmıştır?
4. Hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmalarda hangi teknolojiler incelenmiştir?
5. Hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmalarda hangi araştırma yöntemleri kullanılmıştır?

YÖNTEM

Literatür tarama: Hemşirelik ve teknoloji konusundaki ulusal çalışmaların sonuçlarını ortaya koymak amacıyla, konuyla ilgili çalışmalar araştırma kapsamında incelenmiştir. Taramada zaman sınırlamasına gidilmeyip Haziran 2020 tarihine kadar yayınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmalara ulaşmak için Türk Tıp Dizini, Süleyman Demirel Kütüphanesi Arama Motoru, Google Akademik ve YÖK Tez Tarama veri tabanları taranmıştır. Tarama yapılırken “teknoloji”, “hemşire” ve “hemşirelik ve teknoloji” anahtar sözcükleri Türkçe olarak kullanılmıştır.

Çalışmaların seçimi: Literatür taraması sonucu ulaşılan çalışmaların araştırmaya dahil edilmesinde, (a) çalışmanın Türkiye’de yapılmış olması, (b) örnekleminin hemşire, hemşire akademisyen, öğrenci hemşire ve hastalardan oluşması, (c) teknolojiyi ele alması ya da incelemesi (d) tam metin olması kriterleri dikkate alınmıştır. Çalışmaların dışlanmasında (a) yurtdışında yapılmış olması ve (b) özet yayın yada bildiri olması (c) içeriğinin hemşirelikte teknoloji ile ilgili olmaması kriterleri ele alınmıştır.

Veri tabanlarından 46 makale ve 136 tez olmak üzere toplam 182 adet yayına ulaşılmıştır. 182 yayından 117 tanesinin “hemşirelik ve teknoloji” alanında olmadığı, bir yayın özet metin olduğu ve yedi yayın da eş kopya olduğu için çıkartılarak geriye kalan 57 çalışma analize dahil edilmiştir.



Şekil-1: Çalışmanın Seçim Süreci Adımları

“Teknoloji”, “Hemşire” ve “Hemşirelik ve teknoloji” anahtar sözcükleri kullanılarak araştırma kapsamına alınan ve sınıflandırılan çalışmalar Tablo-1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan ve Sınıflandırılan Çalışmalar

No	Yazar (lar)	Yıl	Konu	Yayın Türü	Çalışma Tasarımı
1	Turan Dilek. F.	2020	Sanal gerçeklik teknolojisi ile hazırlanmış epileptik nöbet yönetimi eğitim programının ebeveynlerin nöbet yönetimine etkisi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
2	Arpacı T.	2020	Lösemilerden sağ kalan adölesanlara yönelik teknoloji temelli psikososyal danışmanlık ve eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
3	Şenyuva E.	2019	Reflections on Nursing Education of Technological Developments	Makale	Tanımlayıcı
4	Arpag N., Kanan N.	2019	Tele Yoğun Bakım Hemşireliği	Makale	Tanımlayıcı
5	Atan Ş.Ü. vd.	2019	Obstetrik Becerilerin Geliştirilmesinde Gerçekliğe Yakınlığı Yüksek Doğum Simülatörü Kullanımının Hemşirelik Öğrencilerinin Memnuniyet ve Performansı Üzerine Etkisi	Makale	Deneysel Randomize Kontrollü
6	Otlamaz İ.	2019	Ameliyathane de çalışan cerrahi hemşirelerin teknolojik cihazların kullanma konusunda ki becerilerin değerlendirilmesi	Tez	Tanımlayıcı
7	Kunt B.	2019	Teknoloji temelli beden güvenliği	Tez	Deneysel,

			eğitim programının çocukların beden güvenliği farkındalığına etkisi		Randomize Kontrollü
8	Çoban İ.	2019	Teknolojik değişimin hastane çalışanları üzerine etkileri: bir devlet hastanesi örneği	Tez	Tanımlayıcı
9	Gürkan P.	2019	Bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin bireysel yenilikçilik düzeylerinin ve teknolojiye bakış açılarının incelenmesi	Tez	Tanımlayıcı
10	Parlak Y.	2019	Teknoloji kabul modeli ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik güvenilirlik çalışması	Tez	Ölçek Çalışması
11	Can E.	2019	Diyabet teknolojisi ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması	Tez	Ölçek Çalışması
12	Kurban B.	2019	Diyaliz yeterlilik parametrelerinin ayak dolaşım ve cilt üzerine etkilerinin termal kamera bulguları ile karşılaştırılması	Tez	DeneySEL, Randomize Kontrollü
13	Volkan E.	2019	Dijital hastane çalışmalarının yatan hasta işlemlerinde sağladığı kağıt tasarrufu ve hemşirelik bakım hizmetlerinin süresine etkisinin analizi	Tez	Tanımlayıcı
14	Kara İ.	2019	Sağlık alanındaki öğretim üyelerine verilen teknolojik ve pedagojik eğitimlerin etkisinin incelenmesi	Tez	Yarı DeneySEL (kontolsüz)
15	Tütüncü D.	2019	Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin bilgi ve iletişim teknolojilerine bakışı üzerine bir araştırma: Konya ili örneği	Tez	Tanımlayıcı
16	Çınar D.	2019	Meme kanserli kadınlarda e- mobil eğitimin yaşam kalitesine etkisi	Tez	DeneySEL, Randomize Kontrollü
17	Yalçinkaya T.	2019	Hemşirelik öğrencilerinin mobil öğrenmeye yönelik tutum ve hazırbulunuşluk durumlarının incelenmesi	Tez	Tanımlayıcı
18	Orhan Ş.	2019	Hemşirelik öğrencilerinin düşük ve yüksek gerçeklikli simülatör ile aspirasyon becerisini öğrenmede yaşadığı kaygı, memnuniyet ve kendilerine güven düzeyinin belirlenmesi	Tez	Yarı DeneySEL (kontolsüz)
19	Topbaş, E	2019	Hemşirelik lisans programına simülasyon eğitim modelinin entegre edilmesinin gerekliliği.	Kitap Böl.	Derleme
20	Arslan N. vd.	2018	Sağlıkta gelişen teknoloji: Üç boyutlu yazıcılar	Makale	Derleme

21	Terkeş N.vd.	2018	Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin gelişen teknolojiyi kullanma durumlarının ve teknolojiye yönelik tutumlarının belirlenmesi	Makale	Tanımlayıcı
22	Bağrıaçık Altıntaş S., Vural F.	2018	Kolorektal kanserli hastalarda WEB tabanlı eğitim yapılmalı mı?	Makale	Derleme
23	Çelik R.	2018	Teknoloji temelli emzirme programının adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine etkisi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
24	Sarı Ç.	2018	Teknoloji temelli programla hemşirelik bakımı vermenin anne öz yeterliliği ve bebek sağlığına etkileri	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
25	Tümer Mazak M.	2018	Hemşirelerin bilgi teknolojileri hazır bulunuşluğunun iş performansına etkisi	Tez	Tanımlayıcı
26	Kaynar N.S.	2018	Tıgır temelli hemşirelik bilişimi yetkinliklerini değerlendirme aracının Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması	Tez	Ölçek Geliştirme
27	Şahin E.	2018	Basınç yaralanmalarında topikal negatif basınç terapisinin iyileşmeye etkisi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
28	Barış V.K., İntepeler Seren.Ş.	2017	Hasta düşmelerinin önlenmesinde teknoloji kullanımı	Makale	Derleme
29	Yaman Aktaş Y., Koraş Sözen K., Karabulut N.	2017	Yoğun bakım hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutumları	Makale	Tanımlayıcı
30	Uysal H. vd.	2017	Evaluation of the awareness of computer and information technologies of nursing students	Makale	Tanımlayıcı
31	Aygün M., Hacer Yaman E., Bayındır Çevik A.	2017	Yoğun bakım hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutumları	Makale	Tanımlayıcı
32	Turan N., Kaya H.	2017	Bulut bilişim ve sağlık bakımı	Makale	Derleme
33	Orhan B., Bahçecik N.	2017	Diyabet ve diyabetik ayak eğitiminde teknoloji - mobil eğitim	Makale	Derleme
34	Taçgın Z.	2017	Ameliyathanede kullanılan cerrahi setlerin öğretimine yönelik bir sanal gerçeklik simülasyonunun geliştirilmesi ve değerlendirilmesi	Tez	Yarı Deneysel (kontolsüz)
35	Doğu Ö.	2017	Web tabanlı uzaktan eğitim ve danışmanlığın miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin tedaviye uyumu ve iyilik durumuna etkisi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
36	Terkeş N., Bektaş H.	2016	Yaşlı sağlığı ve teknoloji kullanımı	Makale	Derleme
37	Çakırlar A.	2016	Hemşirelerin elektronik sağlık kaydı ve bilişim uygulamaları kapsamındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi	Tez	Tanımlayıcı

38	Özel Erkan D.	2016	Web tabanlı hemşirelik tanıları mobil öğrenme sistemi	Tez	Yarı Deneysel (kontolsüz)
39	Özkan E.	2016	Pozisyon süresinin yatağa bağımlı hastalarda basınç yarası oluşumu üzerine etkisi ve akıllı yatak öneri	Tez	Yarı Deneysel (kontolsüz)
40	Karaman D.	2016	Meme biyopsisi sırasında sanal gerçeklik uygulamasının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
41	Bahar A.	2015	Temel hemşirelik becerisi eğitiminde bir yenilik: WEB tabanlı eğitim	Makale	Derleme
42	Pazar B., Taştan S., İyigün E.	2015	Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü	Makale	Derleme
43	Demir D.	2015	Pediyatri hastalarında accuvein damar görüntüleme cihazı destekli periferik intravenöz kateter yerleştirmenin işlem başarısına etkisi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
44	Demir Y.	2014	İnmeli hastalara bakım veren aile üyeleri için hazırlanan web sayfasının kalitesi, içeriği ve kullanımının değerlendirilmesi	Tez	Yarı Deneysel (kontolsüz)
45	Gök Metin Z.	2013	Tek cihazda birleştirilen infüzyon ve beslenme pompasının tasarımı ve klinikte uygulanması	Tez	Yarı Deneysel (kontolsüz)
46	Durmaz A.	2012	Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakım yönetimini öğrenmesinde bilgisayar destekli simülasyon tekniğinin etkisi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
47	Erenel A.Ş. vd.	2011	Teknoloji ve Kadın Sağlığı	Makale	Derleme
48	Güngör Tavşanlı N.	2011	Diabetli hastaların glisemik kontrolünde hemşirelik vaka yönetimi modelinde videofone teknolojisinin kullanımı	Tez	Deneysel Randomize Kontrollü
49	Köse A.	2011	Hemşirelerin bilgisayar kullanım durumları ve hemşirelik bilişimi hakkındaki düşünceleri-Trabzon iline ait bir çalışma	Tez	Tanımlayıcı
50	Ter N.	2011	Kalça ve diz cerrahisi pansumanlarını tespit etmede kullanılan iki farklı yapışkan ürünün deri bütünlüğüne etkisinin incelenmesi	Tez	Deneysel, Randomize Kontrollü
51	Yenal K., Okumuş H., Sevil Ü.	2010	Web ortamında interaktif- antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi	Makale	Tanımlayıcı
52	Aygün M., Hacer Yaman E., Bayındır Çevik A.	2010	Acil servislerde yaşanan periferik intravenöz girişim güçlüklerinde ultrasonografi kullanımı	Makale	Derleme
53	Türkoğlu J.	2010	Hemşirelerin bilişim teknolojisini	Tez	Tanımlayıcı

			kullanımı ve etkileyen faktörler		
54	Yalduz N.	2009	Cerrahi hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutumları	Tez	Tanımlayıcı
55	İnce Gündoğdu E.	2008	Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemodinamik monitörizasyonu bakımında kullanımı ve etkileyen faktörler saptanması	Tez	Tanımlayıcı
56	Kısa B.	2005	Hemşire öğretim elemanlarının teknolojiye ilişkin tutumları	Tez	Tanımlayıcı
57	Sekmen K.	1996	Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkisi	Tez	Tanımlayıcı

Çalışmanın etik yönü: Çalışmada literatür tarama modeli kullanılması nedeniyle doğrudan insan veya hayvanlar üzerinde bir etki içermemekte dolayısıyla etik kurul onay kararına gereksinim bulunmamaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları: Bu literatür incelemesi bazı sınırlılıklara sahiptir. Bunlardan birisi bu çalışmada yalnızca Türkiye’deki “hemşirelik ve teknoloji” içerikli yayınların incelenmesidir. Bir başka sınırlılık literatür taramasının online veri tabanında yayınlanan çalışmalarını kapsamaktadır.

BULGULAR

Tablo-2’de hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmaların temel özellikleri görülmektedir. Araştırmaya dahil edilen çalışmaların %66,67’sinin tez, %31,58’inin makale ve %1,75’inin de kitap bölümü olduğu belirlenmiştir. Çalışmalar 1996-2020 arasında yayınlanmıştı ve %61,41’i 2017 ve sonrası yıllara aitti. Çalışmaların %38,60’ının hasta bakımı ve eğitimi, %24,56’sının hemşirelik eğitimi ve %22,81’inin hemşirelerde teknoloji ile ilgili bilgi, tutum ve teknolojinin etkisi alanlarında yapıldığı belirlenmiştir.

Çalışmaların %36,84’ünün tanımlayıcı, %26,32’sinin deneysel (randomize kontrollü), %12,28’inin yarı deneysel (randomize kontrolsüz), %19,30’unun derleme ve %5,26’sının ölçek geliştirme tasarımı ile gerçekleştirildiği saptanmıştır. Randomize kontrollü deneysel araştırma yöntemine sahip 15 çalışmanın yedisinin web uygulama (%46,70), üçünün bakım ürünü-aracı geliştirme (%20,00), ikisinin sanal gerçeklik (%13,30), ikisinin simülasyon (%13,3) ve birinin e-mobil uygulama (%6,70) ile ilgili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Çalışmaların Türü, Yayın Yılı, Çalışma Alanı, Çalışma Tasarımı ve Randomize Kontrollü Çalışmaların Teknoloji Türünün Dağılımı

Yayın Türü (n=57)	Araştırma sayısı	%
Tez	38	66,67
Makale	18	31,58
Kitap Bölümü	1	1,75
Yayın Yılı (n=57)		
1996-2016	23	38,59
2017 ve sonrası	35	61,41
Çalışılan Alan (n=57)		
Hasta bakımı ve eğitimi	22	38,60
Hemşirelik eğitimi	14	24,56
Hemşirelerde teknoloji ile ilgili bilgi, tutum ve teknolojinin etkisi	13	22,81
Diğer (Bulut bilişim, 3-D yazıcı vb)	8	14,03
Çalışma Tasarımı (n=57)		
Tanımlayıcı	21	36,84
Deneysel (Randomize kontrollü)	15	26,32
Yarı Deneysel (kontolsüz)	7	12,28
Derleme	11	19,30
Ölçek geliştirme	3	5,26
Kullanılan Teknoloji Türü (n=15)		
Web uygulama	6	40,00
Bakım Ürünü /aracı geliştirme	4	26,70
Sanal gerçeklik	2	13,30
Simülasyon	2	13,30
E-mobil	1	6,70

TARTIŞMA

Hemşirelikte; bakım, eğitim, yönetim ve araştırma alanlarındaki bilgi ve uygulamalar teknolojik gelişimlerden etkilenmektedir (Korhonen ve diğ., 2015). Bu durum; hemşireliğin tüm alanlarındaki bilgi ve uygulamaların, yeniden düşünülerek tasarlanmasını ve teknolojinin hemşirelik ve hasta üzerindeki etkisinin belirlenmesine yönelik araştırmalara odaklanılmasını zorunlu hale getirmektedir (Arcega ve diğ., 2020). Bu çalışmada ülkemizdeki teknoloji ve hemşirelik ile ilgili çalışmaların mevcut durumu ortaya koyarak, gelecek çalışmalar için ışık tutmak amaçlanmıştır.

Araştırma bulguları çalışmaların büyük bir çoğunluğunun (%61,41) 2017 yılı ve sonrasında üretildiğini ve konun daha çok tez çalışmalarında (%66,67) ele alındığını ortaya koymuştur. Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmalarda son üç yılda önemli bir artış olduğu söylenebilir. Bu durum, son yıllarda teknolojik gelişmelerin artmasıyla birlikte hasta bakım ve uygulamalarına, hasta/aile ve öğrenci eğitimlerine teknolojinin entegrasyonunun sağlanması yönündeki çabaya işaret etmektedir. Bu çaba, hemşirelik bakım uygulamalarının ve eğitimin



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

kalitesini yükselterek toplumsal refahın sağlanması açısından önemlidir. Ayrıca hemşirelerin hemşirelik bakımı için teknolojileri üretecek bilgiye sahip olduğunu da ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin yalnızca yeni teknolojilerin tüketicileri olarak değil, aynı zamanda üreticileri olmaya başladıkları söylenebilir.

Hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmalarda en fazla tanımlayıcı (%36,84) araştırma tasarımı kullanıldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Krick ve diğ., (2019)'nin çalışmasında; yayınların yarısından fazlasının (%56,14) tanımlayıcı ve derleme türünde olduğunu saptamıştır. Çalışmaların araştırma tasarımlarına ilişkin dikkat çeken bir başka önemli bulgu, randomize kontrollü ve randomize kontrolsüz çalışmaların yüksek bir orana sahip olmasıdır. Bu araştırma tasarımları II ve III düzeyinde kanıt üretmektedir (Fineout-Overholt et al., 2010). Bu nedenle, hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmaların kanıt temelli uygulamalara önemli katkılar sağlayacağı şeklinde yorumlanabilir.

Bulgular çalışmaların sırasıyla hasta bakımı ve eğitimi, hemşirelik eğitimi ve hemşirelerin teknoloji ile ilgili bilgi, beceri, tutum ve teknolojiden etkilenme durumlarına ilişkin alanlarda yürütüldüğünü ortaya koymuştur (Tablo-2). Hasta bakımı ve eğitimi ile ilgili çalışmalar hemşirelerin, epilepsi tanısı alan çocukların ebeveynlerine, inmeli hastalara bakım veren aile üyelerine, lösemi tanısına sahip adölesanlara, kalp krizi geçirmiş bireylere, diyabetli hastalara, meme kanserli kadınlara web tabanlı, e-mobil, sanal gerçeklik ve video destekli teknolojileri kullanarak verdikleri eğitimlerin, hastalık yönetimi, yaşam kalitesi artışı, semptom kontrolü, tedaviye uyum ve iyilik düzeylerini olumlu şekilde etkilediği ortaya konmuştur (Arpacı,2020; Çınar,2019; Demir,2014; Doğu,2017; Güngör Tavşanlı,2011; Karaman, 2016; Turan Dilek,2020). Bununla birlikte, çocuklara beden güvenliği farkındalığı, adölesan annelerin bebeklerinin büyümesine ve anne öz yeterliliği ile bebek sağlığına etkilerine yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici yönde teknoloji temelli yapılan eğitimlerin de etkili olduğu saptanmıştır. (Çelik,2018; Kunt,2019;Sarı,2018).

Hemşirelik bakım ve uygulamalarına yönelik ürün tasarlama ve teknoloji kullanımına yönelik çalışmalarda; akıllı yatak önerisi, damar içi görüntüleme cihazı, infüzyon ve besleme pompası tasarımı, Diyaliz yeterlilik parametrelerinin ayak dolaşım ve cilt üzerine etkilerinin termal kamera ile değerlendirilmesi, basınç yaralanmalarında topikal negatif basınç terapisi ve cerrahi pansumanlarını tespit etmede iki farklı yapışkan ürününün incelenmesi yer almaktadır (Demir,2015; Gök Metin,2013; Kurban,2019; Özkan,2016; Şahin, 2018;Ter,2011).

Teknoloji ve hemşirelik eğitimi alanındaki çalışmalar, simülatörlerin hemşirelik eğitiminde kullanımı ile gerçeğe yakın uygulamalar yapılabildiği, kaygılarını azaltıcı ve özgüvenlerini arttırıcı yönde etki ederek öğrenci memnuniyetini yükselttiği belirtilmektedir (Atan vd., 2019; Orhan,2019; Durmaz,2012). Öğrencilere, hemşirelik tanımlarını öğretmede, e-mobil uygulamalarının öğrenme performanslarında artma sağladığı saptanmıştır (Özel Erkan,2016). Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi süreçlere ilişkin prosedür ve kavramların öğretilmesinde de sanal gerçeklik simülasyonları kullanılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Taçgın,2017). Öğrenciler dışında hemşirelik öğretim elemanlarının da teknoloji alanında eğitim gereksinimleri bulunmaktadır. Kara (2019), yaptığı çalışmada sağlık alanındaki öğretim elemanlarına verdiği teknoloji ve pedagojik eğitimin etkili olduğunu belirlemiştir. Costa ve diğ., (2020) yaptığı çalışmada bilgi teknolojileri olarak seçilen 10 makalenin dördünün (%40) yardım, üç çalışmanın (%30) mesleki eğitimi ve iki çalışmanın (%20) sağlık eğitimini içerdiği belirtilmektedir. Yaptığımız çalışmada da, yayınların daha çok, hasta bakımı ve eğitimi ile bireye yardım amacıyla tasarlandığı ve hemşirelik eğitimi alanında yapıldığı görülmektedir. Bu bağlamda, çalışma literatür ile uyumluluk göstermektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Türkiye için, hemşirelikte teknolojinin çoğunlukla birey ve ailesine yardım etme ve hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde daha yaygın kullanıldığı söylenebilir.

Hemşirelerde teknoloji ile ilgili bilgi, tutum ve teknolojinin etkisine yönelik çalışmalarda, hemşirelerin teknoloji ile ilgili düşünceleri ve bakış açıları, teknolojik cihazların kullanımı konusundaki bilgi ve beceri düzeyleri, hazır bulunuşluk durumları ve teknolojinin etkileri araştırılmıştır (Çakırlar,2016; Çoban,2019; Otlamaz,2019; Gürkan,2019; Terkeş vd.,2018; Tümer Mazak,2018). Çalışmalar daha çok klinik, ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan hemşireler ile ilgili gerçekleştirilmiştir. Sağlık kurumlarında yoğun bakım ve ameliyathane üniteleri teknolojiyi yoğun olarak kullanan birimlerdir. Bu nedenle; çalışmaların ilgili birimlerde daha çok gerçekleştirilmiş olması beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmanın bir başka önemli bulgusu kullanılan teknoloji türlerinin ortaya konmasıdır. Deneysel ve yarı deneysel olarak yapılan 15 çalışmada teknolojinin türü incelendiğinde; web uygulama (%40,00), bakım ürünü-aracı geliştirme (%26,70), sanal gerçeklik (%13,30), simülasyon (%13,3) ve e-mobil (%6,70) uygulamalarının kullanıldığı tespit edilmiştir (Tablo-2). Çalışmalarda; hasta ve aile eğitimlerinde web tabanlı teknolojilerin, öğrenci eğitimi için simülasyon, sanal gerçeklik ve e-mobil uygulamaların tercih edildiği belirlenmiştir. Krick ve diğ., (2019), 715 yayını incelediği çalışmada; bakım teknolojileri üzerine yapılan çalışmaların %21 (n=127) oranında gerçekleştiğini saptamıştır. Evde bakım uygulamaları içinde, en yaygın teknolojiler olarak, ilaç yönetim sistemlerinin, çok dilli bir çeviri yardımının ve bir akıllı telefon hemşire çağrı sisteminin kullanımı olduğunu bildirmektedir (Krick ve diğ., 2019).

Çalışmada dikkati çeken bir nokta yönetim alanında teknolojinin kullanımına yönelik “Dijital hastane çalışmalarının yatan hasta işlemlerinde sağladığı kağıt tasarrufu ve hemşirelik bakım hizmetlerinin süresine etkisinin analizi” isimli sağlık yönetimi alanında yapılan bir tez çalışmasıdır. Hemşirelikte teknolojinin öncelikle hasta bakımı ve eğitiminde, daha sonra hemşirelik eğitiminde ve çok az oranda da hemşirelikte yönetim alanında kullanıldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Costa ve diğ., (2020), de sadece bir makalede bilgi teknolojilerinin yönetim alanında yapıldığını bildirmektedir. Uluslar arası incelenen çalışmada da verimlilik çalışmalarının nadir olarak yapıldığı belirtilmektedir (Krick ve diğ., 2019). Bu sonuç; Hemşirelik yönetim hizmetlerinde teknoloji kullanımının sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun nedeni; yönetim bilişim sistemleri, maliyet-karar analizi ve patent tescil gibi konularda yeterince bilgi sahibi olunmaması ile multidisipliner çalışma ekipleriyle etkileşimlerinin yetersizliği olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, ülkemizde hemşirelik ve teknoloji ile ilgili çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği, çalışmaların daha çok hasta bakımı ve eğitimi ile hemşirelik eğitimi alanlarına odaklandığı söylenebilir. Çalışmalarda Web temelli uygulamalar, sanal gerçeklik, simülasyon ve e-mobil uygulamaları yaygın olarak kullanılmıştır.

Hemşirelik ve teknoloji alanındaki çalışmaların artırılması, ülkemizde hemşirelik alanında teknoloji üretiminin artmasını sağlayacaktır. Gelecek araştırmaların hemşirelik yönetimi ve bilişim sistemleri üzerine odaklanması hemşirelikte önemli bir boşluğu giderecektir. Ayrıca teknolojik gelişmelere paralel olarak farklı teknolojilerin kullanıldığı araştırmaların yürütülmesi bu alanın genişlemesine önemli katkıda sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

*Literatür incelemesine alınan kaynaklar

- Abreu, T.F., Amendola, F., & Trovo, M. (2017). Relational technologies as instruments for care in the Family Health Strategy. *Rev. Bras. Nurse*, 70:981-987.
- Aktaş Yaman, Y., Koraş, K. ve Karabulut, N. (2017).Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2): 36-48.
- Arcega, J., Autman, I.,De Guzman, B., Isidieniu, L., Olivar, J., O'Neal, M. et.al.(2020).The Human Touch: Is Modern Technology Decreasing the Value of Humanity in Patient Care?, *Critical Care Nursing Quarterly*: 43 (3): 294-302 doi: 10.1097/CNQ.0000000000000314
- Archibald, Mandy M., & Barnard, A. (2018). Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (11-12), 2473-2480. <https://doi.org/10.1111/jocn.14081>
- *Arpaci, T. (2020). *Lösemilerden Sağ Kalan Adölesanlara Yönelik Teknoloji Temelli Psikososyal Danışmanlık ve Eğitim Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi.
- *Arpag N. ve Kanan N. (2019). Tele Yoğun Bakım Hemşireliği. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*,2(1) 32–36.
- *Arslan, N., Yaylacı, B., Eyüpoğlu, N.D. ve Kürtüncü M. (2018). Sağlıkta Gelişen Teknoloji: Üç Boyutlu Yazıcılar. *International Journal Of 3d Printing Technologies And Digital Industry*, 2 (2): 99-110.
- *Atan, Ş.Ü., Güleç Şatır, D., Öztürk, R., Kavlak, O., Saruhan, A., Er Güneri vd. (2019). Obstetrik Becerilerin Geliştirilmesinde Gerçekliğe Yakınlığı Yüksek Doğum Simülatörü Kullanımının Hemşirelik Öğrencilerinin Memnuniyet ve Performansı Üzerine Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi)*, 27 (1): 1-16.
- *Aygün, M., Hacer Yaman, E. ve Bayındır Çevik, A. (2010). Acil Servislerde Yaşanan Periferik İntravenöz Girişim Güçlüklerinde Ultrasonografi Kullanımı. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9 (1): 9-16.
- *Bağrıaçık Altıntaş, S. ve Vural, F.(2018). Kolorektal Kanserli Hastalarda Web Tabanlı Eğitim Yapılmalı mı? *Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 28 (1): 23-30.
- *Bahar, A. (2015). Temel Hemşirelik Becerisi Eğitiminde Bir Yenilik: Web Tabanlı Eğitim, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (4): 304-311.
- *Barış, V.K. ve Seren İntepeler, Ş. (2017). Hasta Düşmelerinin Önlenmesinde Teknoloji Kullanımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4 (1):29-39.
- Baygöl, S. (2020). Küreselleşme ve Teknoloji Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi (IJHE)*, 6 (13):395-411.
- Benton, D.C., Watkins, M.J., Beasley, C.J., Ferguson, S.L., & Holloway, A. (2020). Evidence-based policy: nursing now and the importance of research synthesis. *International Nursing Review* 67(5): 2-6. <https://doi.org/10.1111/inr.12572>
- *Can, E. (2019). *Diyabet Teknolojisi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi.
- Cloyd, B., & Thompson J.(2020). Virtual Care Nursing:The Wave of the Future. *Nurse Leader*, 18 (2): 147-150. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.12.006>
- Costa, A.P.et. al. (2020). Nursing Technologies in Brazil: A Review. *J Nurs Health Sci*, 6 (2):30-40
- Cuchetti, C., & Grace, P.J. (2020). Authentic intention: Tempering the dehumanizing aspects of technology on behalf of good nursing care. *Nurs Philos*. 21:e12255. <https://doi.org/10.1111/nup.12255>
- *Çakırlar, A. (2016). *Hemşirelerin Elektronik Sağlık Kaydı ve Bilişim Uygulamaları Kapsamındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- *Çelik, R. (2018). *Teknoloji Temelli Emzirme Programının Adölesan Annelerin Bebeklerinin Büyümesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
- *Çınar D. (2019). *Meme Kanserli Kadınlarda E- Mobil Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
- *Çoban, İ. (2019). *Teknolojik Değişimin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri: Bir Devlet Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi.
- Dantas, C.N, Santos, V.E.P., & Tourinho, F.S.V. (2016). Nursing consultation as a care technology in the light of Bancon and Galimberti's thoughts. *Text Contexto Enferm, Florianópolis*,25:1-8.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- *Demir, D. (2015). *Pediatric Hastalarında Accuvein Damar Görüntüleme Cihazı Destekli Periferik İntravenöz Kateter Yerleştirmenin İşlem Başarısına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.
- *Demir, Y. (2014). *İnmeli Hastalara Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Hazırlanan Web Sayfasının Kalitesi, İçeriği ve Kullanımının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- *Doğu, Ö. (2017). *Web Tabanlı Uzaktan Eğitim ve Danışmanlığın Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerin Tedaviye Uyumu ve İyilik Durumuna Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- *Durmaz, A. (2012). *Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakım Yönetimini Öğrenmesinde Bilgisayar Destekli Simülasyon Tekniğinin Etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Eastwood, G.M., O'Connell, B., & Gardner, A. (2007). Selecting the Right Integration of Research Into Practice Strategy. *J Nurs Care Qual*, 23 (3): 258-264.
- *Erenel A.Ş., Gönenç İ.M., Köksal F.Ü. ve Vural G. (2011). Teknoloji ve Kadın Sağlığı *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2): 66-74.
- Erickson, J.I., & Pappas, S. (2020). Value of Nursing Research. *The Journal Of Nursing Administration*, 50 (5): 243-244.
- Ferreira, A. G., Carvalho, D. P. de, Barlem, E. L. D., Lourenço, L. G., Oliveira, A. M. N. de, & Rocha, L. P. (2020). Influence of philosophy in the use of nursing technology: integration review. *Research, Society and Development*, 9(4), e156943026. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3026>
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(7), 47-52
- *Gök Metin, Z. (2013). *Tek Cihazda Birleştirilen İnfüzyon ve Beslenme Pompasının Tasarımı ve Klinikte Uygulanması*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Grace, P. J., & Perry, D. J. (2013). Philosophical inquiry and the goals of nursing: A critical approach for knowledge development and action. *Advances in Nursing Science*, 36(2), 64-79. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182901921>
- *Güngör Tavşanlı, N. (2011). *Diabetli Hastaların Glisemik Kontrolünde Hemşirelik Vaka Yönetimi Modelinde Videofone Teknolojisinin Kullanımı*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
- *Gürkan, P. (2019). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Bireysel Yenilikçilik Düzeylerinin ve Teknolojiye Bakış Açılarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi İstanbul Okan Üniversitesi.
- *İnce Gündoğdu, E. (2008). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hemodinamik Monitörizasyonu Bakımında Kullanımı ve Etkileyen Faktörler Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
- *Kara, İ. (2019). *Sağlık Alanındaki Öğretim Üyelerine Verilen Teknolojik ve Pedagojik Eğitimlerin Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi.
- *Karaman, D. (2016). *Meme Biyopsisi Sırasında Sanal Gerçeklik Uygulamasının Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- *Kaynar, N.S. (2018). *Tiger Temelli Hemşirelik Bilişimi Yetkinliklerini Değerlendirme Aracının Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- *Kısa, B. (2005). *Hemşire Öğretim Elemanlarının Teknolojiye İlişkin Tutumları*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Korhonen, E.-S., Nordman, T., & Eriksson, K. (2015). Technology and its ethics in nursing and caring journals: An integrative literature review. *Nursing Ethics*, 22 (5), 561-576. <https://doi.org/10.1177/0969733014549881>
- *Köse, A. (2011). *Hemşirelerin Bilgisayar Kullanım Durumları ve Hemşirelik Bilişimi Hakkındaki Düşünceleri*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D. et al. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC Health Serv Res* 19, 400 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>
- *Kunt, B. (2019). *Teknoloji Temelli Beden Güvenliği Eğitim Programının Çocukların Beden Güvenliği Farkındalığına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- *Kurban, B. (2019). *Diyaliz Yeterlilik Parametrelerinin Ayak Dolaşım ve Cilt Üzerine Etkilerinin Termal Kamera Bulguları İle Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi.

- Lusmilasari, L., et al. (2020). Nursing Research Priorities In Indonesia As Perceived By Nurses. *Belitung Nursing Journal*. 6(2), 41-46 <https://belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/index>
- National Health Service: Health Education England. (2019). The Topol review: preparing the healthcare workforce to deliver the digital future URL: <https://topol.hee.nhs.uk/> (Erişim tarihi: 19.06.2020).
- *Orhan, Ş. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinin Düşük ve Yüksek Gerçeklikli Simülasyon İle Aspirasyon Becerisini Öğrenmede Yaşadığı Kaygı, Memnuniyet ve Kendilerine Güven Düzeyinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- *Orhan, B. ve Bahçecik, N. (2017). Diyabet ve Diyabetik Ayak Eğitiminde Teknoloji - Mobil Eğitim. *Journal Of Academic Research in Nursing*, 3 (2): 101 – 108.
- *Otlamaz, İ. (2019). *Ameliyathanede Çalışan Cerrahi Hemşirelerin Teknolojik Cihazların Kullanma Konusundaki Becerilerin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.
- *Özel Erkan, D. (2016). *Web Tabanlı Hemşirelik Tanuları Mobil Öğrenme Sistemi*. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- *Özkan, E. (2016). *Pozisyon Süresinin Yatağa Bağımlı Hastalarda Basınç Yarası Oluşumu Üzerine Etkisi ve Akıllı Yatak Öneri*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- *Parlak Y. (2019). *Teknoloji Kabul Modeli Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.
- *Pazar, B., Taştan, S. ve İyigün, E. (2015). Tele Sağlık Sisteminde Hemşirenin Rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11 (1):1- 4.
- *Sarı, Ç. (2018). *Teknoloji Temelli Programla Hemşirelik Bakımı Verimin Anne Öz Yeterliliği ve Bebek Sağlığına Etkileri*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi.
- *Sekmen, K. (1996). *Yoğun Bakım Ünitesi Teknolojik Ortamının Hasta ve Ailesi Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, GATA.
- Silva, R.C., & Ferreira, M.A. (2014). Care practices of intensive care nurses regarding technologies: analysis in the light of social representations. *Text Contexto Enferm* 23:328-337.
- *Şahin, E. (2018). *Basınç Yaralanmalarında Topikal Negatif Basınç Terapisinin İyileşmeye Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi.
- *Şenyuva, E. (2019). Teknolojik Gelişmelerin Hemşirelik Eğitimine Yansımaları. *Fnjn Florence Nightingale Journal Of Nursing*,27(1): 79-90.
- *Taçgın, Z. (2017). *Ameliyathanede Kullanılan Cerrahi Setlerin Öğretimine Yönelik Bir Sanal Gerçeklik Simülasyonunun Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi.
- *Ter, N. (2011). *Kalça ve Diz Cerrahisi Pansumanlarını Tespit Etmede Kullanılan İki Farklı Yapışkan Ürünün Deri Bütünlüğüne Etkisinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
- TDK (2011). TDK- Büyük Türkçe Sözlük, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları.
- *Terkeş, N. Çelik, F., Taşdelen, F. ve Kılıç, M.H. (2018). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Gelişen Teknolojiyi Kullanma Durumlarının ve Teknolojiye Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,22(1):1-9.
- *Terkeş, N. ve Bektaş, H. (2016). Yaşlı Sağlığı ve Teknoloji Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9: 153-159.
- Teixeira de Almeida Vieira Monteiro, A. P. ve Curado, M. (2016). A New Epistemology of Nursing: A Post-Human Care? *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 141–147. <https://doi.org/10.12707/RIV1506>
- Tingen, M.S., Burnett, A.H., Murchison, R.B., & Zhu, H. (2009). The importance of nursing research. *Journal of Nursing Education*; 48(3): 167-170.
- *Topbaş, E. (2019). Hemşirelik Lisans Programına Simülasyon Eğitim Modelinin Entegre Edilmesinin Gerekliği. Ece Akademi, Ankara Scientific Developments - Chapter 21;318-326.
- *Turan, F.D. (2020). *Sanal Gerçeklik Teknolojisi İle Hazırlanmış Epileptik Nöbet Yönetimi Eğitim Programının Ebeveynlerin Nöbet Yönetimine Etkisi*. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- *Turan, N. ve Kaya H. (2017). Bulut Bilişim ve Sağlık Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 14(2) 161-166.
- *Tümer Mazak, M. (2018). *Hemşirelerin Bilgi Teknolojileri Hazırlanışlarının İş Performansına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi.
- *Türkoğlu, J. (2010). *Hemşirelerin Bilişim Teknolojisini Kullanımı ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- *Tütüncü, D. (2019). *Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Bakışı Üzerine Bir Araştırma: Konya İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- *Uysal, H., Yıldız, M., Dinçer, M. ve Eybek, Z. (2017). Evaluation Of The Awareness Of Computer And Information Technologies Of Nursing Students. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(3): 153-162.
- *Volkan, E. (2019). *Dijital Hastane Çalışmalarının Yatan Hasta İşlemlerinde Sağladığı Kağıt Tasarrufu ve Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Süresine Etkisinin Analizi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi.
- *Yalçınkaya, T. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinin Mobil Öğrenmeye Yönelik Tutum ve Hazırbulunuşluk Durumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.
- *Yalduz, N. (2009). *Cerrahi Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları*. Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi.
- *Yaman Aktaş, Y., Koraş Sözen, K. ve Karabulut, N. (2017). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4 (2): 36-48.
- *Yenal, K., Okumuş, H. ve Sevil, Ü. (2010). Web Ortamında İnteraktif-Antenatal Danışmanlık İle Gebeliğe İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3 (1): 9-14.

PREVALENCE OF AGGRESSION AND VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS AND ITS IMPACT ON INTENTION TO LEAVE^{1,2}

Arş. Gör. Sinem SARIÇOBAN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
sinemsaricoban@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/ 0000-0003-3548-3869

Prof. Dr. Hatice ULUSOY

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
hulusoy@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8911-5490

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (04.08.2020-20.11.2020)

Abstract

Violence in health sector is increasing day by day and becoming a major problem for healthcare workers. This study has been carried out in order to determine the cases of physical, verbal, and sexual violence of the healthcare workers who work in a state hospital in Sivas and the effects of the violence on their intent to leave. 300 people accepted to participate in the study voluntarily. Data were collected with “Workplace Violence Questionnaire in Health Sector” and “The Intent to Leave the Profession Scale”, and have been evaluated in SPSS v.22, by using percentages, mean, chi square, Mann Whitney U and Kruskal Wallis H tests. Content analysis was conducted for open ended questions. It was found that 50,7% of healthcare workers have stated the risk of being exposed to violence in their workplace as “high”, 19% were exposed to physical violence, 56% were exposed to verbal abuse. Verbal abuse directly affects the intention of healthcare professionals to leave.

Key Words: Workplace Violence, Healthcare Workers, Intent to Leave, Violence, Aggression

¹ Bu makale Sinem Sarıçoban’ın yüksek lisans tezinin bir bölümünden üretilmiştir.

² 1. Uluslararası 11. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.



INTRODUCTION

Violence involves a destructive action, avoiding an action, or inaction, directed toward an object or person. It is possible for people to encounter different forms and appearances of violence, such as oppression, persecution, intimidation, punishment, rebellion, killing, both at individual or social level of all areas of life (Mutlu, 1997; Kocacık, 2001; Aytacı et. al., 2011). Violence is defined as a concept that includes, extreme emotional state, rough and tough behavior, abuse of body power, and acts that harm individuals and the society. Although it is often perceived as beating or hitting, there are many kinds of violence in the society. In addition to regarding all forms of physical force as violence, verbal, sexual, psychological and economic violence are also among the violence types (Aytacı et. al., 2011).

Workplace violence, which has entered the literature as a separate form of violence, is a human resource problem that has recently attracted researchers and managers, is becoming increasingly important for organizations and employees, and is an important cause of death and injury in many parts of the world (World Health Organization, 2002; Aytacı et. al., 2011). The International Labor Office (ILO) defines workplace violence as threats, assaults, harassment, or other aggressive behavior that put workers at work in a way that poses a clear or hidden threat to their health and safety (International Labor Office, 2006). In addition, a behavior must be done intentionally in order to be regarded as violence in the workplace (Bronner, Peretz and Ehrenfeld, 2003).

Violence is an important public health problem which is seen more and more common in the health sector as seen in all sectors and healthcare workers consist the most important targets and victims (Eker et. al., 2011; Sağlık-Sen, 2013). According to the "Workplace Violence Report in the Health Sector", 25% of violent incidents at workplaces occurred in health institutions and 50% of healthcare workers were exposed to violence (ICN, PSI, WHO, ILO, 2002).

Kingma (2001) noted that the risk of healthcare workers being exposed to violence is 16 times higher than those working in other sectors (Kingma, 2001). In Turkey, more than 50% of the healthcare workers were found to be subjected to violence in many studies (Ayrancı, Yenilmez, Günay and Kaptanoğlu, 2002; Akyön, 2008, Gokce and Dundar, 2008; Dursun, 2012; Çamcı and Kutlu, 2011; Atik, 2013; Nart, 2014; Kaya, Demir, Karsavuran, Ürek and İlgün., 2016).

According to the data of the Ankara Medical Association (ATO), it is seen that the healthcare workers have given white codes 46,361 times in the last five years (from 14.05.2012 to 02.02.2017). According to these applications, 12,489 of the healthcare workers were exposed to physical violence and 31,513 were exposed to verbal abuse. 27232 of the ones who were exposed to violence are physicians and 19029 are other healthcare workers. From June 2016 to February 2017 (June 27, 2016-08.02.2017), there were 642 healthcare workers were exposed to physical violence, 5,165 were exposed to verbal abuse and 1,185 personnel were exposed to both verbal and physical violence and ran the white code. 4.403 of these applications were made by physicians and 2.589 by other healthcare workers. However, there is no data about the current situation of the staff who were exposed to violence (Ankara Medical Association, 2017).

The consequences of workplace violence occur at both the individual and the organizational level. People exposed to violence are psychologically and physically affected. Discomfort, exhaustion, loss of job satisfaction, dissatisfaction, discomfort, disability, job change, resignation, physical injury, stomachache, sleep problems, fatigue, constant headache, high level anger, fear, anxiety, stress, depression, and such problems are treated as individual consequences of violence. (Akyön, 2008; Gökçe and Dündar, 2008; Hegney et. al., 2010; Ünsal Atan and Dönmez, 2011; Aytacı et. al., 2011; Dursun and Aytacı, 2011; Nart, 2011).

Due to the violence, there is an increase in the turnover rate and absenteeism, and in this case additional costs arise for the organizations. High turnover rates cause increase in hospital costs due to the recruitment of new staff, job placement, recruitment process etc. Due to high turnover rates, job efficiency decreases, the workload of the remaining staff increases, and the quality of care decreases. In addition, the payment of employee compensation, who is exposed to violence, the health costs of the employee and prestige loss of the company are among the other organizational outcomes of violence (Akyön, 2008; Aytaç et. al., 2011; TBMM, 2013).

In this study three aims have been determined;

- a) The determination of the healthcare workers' exposition to physical violence, verbal abuse, and sexual abuse,
- b) The determination of the physical, psychological and social effects of violence on healthcare workers,
- c) The determination of the effect of violence on the intent to leave.

METHOD

Sample

The population of this research involved 1344 physician, nurse, technician and other healthcare workers working in a state hospital in Sivas between 07.03.2016- 18.04.2016. In the study voluntary response samples was used. In total 300 people accepted to participate to the study voluntarily. 60,0% of participants are women, 43,0% of them are between the ages of 27-36, 76,0% are married, and 37,0% are nurses, 21,7% are physicians, 19,3% are technician, and 22% are other healthcare workers.

Measures

In the study, "Workplace Violence Questionnaire in Health Sector" was used to evaluate violence experiences of healthcare workers and "The Intent to Leave the Profession Scale" was used in order to analyze their tendency to leave the work.

Workplace Violence Questionnaire in Health Sector: This questionnaire has been constructed by using "Workplace Violence in Healthcare Research Question Form" that has been formed by World Health Organisation, International Labour Office, International Council of Nurses and Public Services International. This form consists of four parts which are "Personal and Workplace Information", "Physical Violence in Workplace", "Psychological Violence" and "Health Sector Employer".

Intent to Leave Scale: Intent to leave scale was developed by Mobley, Griffin, Hand and Meglino (1979). The Scale is a five-point Likert type (1 = Strongly disagree, 5 = Strongly agree) and it consists of three questions. The score points on the scale is between 1-5 and high points shows that the intention to leave is high. According to the scale, high scorers intend to leave more often, expressing that they may quit at the first possible opportunity or are actively seeking alternative job. The reliability coefficient (Cronbach's Alpha) of the scale was found to be 0.878.

Procedure

This study has been approved by the Cumhuriyet University Non-invasive Clinical Research Ethics Committee on 20.11.2015, numbered 2015/06. In addition, a written permission has been provided by the Hospital Management. The population of this research involved 1344 physicians, nurses,

technicians and other healthcare workers working in a state hospital in Sivas between 07.03.2016-18.04.2016. In the study voluntary response samples was used. The first author of this study visited the hospital every day at different times between the dates stated above, distributed the questionnaire to all healthcare workers in all clinics and outpatient clinics. The participants have been visited in their own workplace. Necessary explanations about the study have been made and it has been stated that collected data will be kept as private and anonymous and will only be used for the study. Verbal and written consents of the participants has been taken and then data collection tools have been submitted. Filled questionnaires have been received at the date and time stated by the participants. The participants who haven't filled the form or who demand for additional time have been visited twice. Ten missing questionnaires haven't been included in the study.

Analysis of Data

According to the 'central limit theorem', each of the unbiased samples consisting of independent observations from a universe with a normal distribution shows a normal distribution provided that the sample size is 30 and above. In addition, regardless of the population, as the sample grows, the shape of the distribution approaches the normal distribution and thus the validity and reliability levels of the inferences to be made for the parameters increase (Demir ve ark., 2016). Therefore, as the sample size was 300, normality distribution was not made. In the analyzes of the responses of healthcare workers to the questions percentages and average have been used descriptive statistics and for open ended questions the content analysis has been made. To compare demographic variables with intent to leave scale scores, T-test, ANOVA, Tukey, chi square, Mann Whitney U and Kruskal Wallis H have been used. Also in order to find the effect of violence on intent to leave regression analysis has been made. For statistical significance $p \leq 0,05$ has been taken.

RESULTS

Table 1. Assessment of the Risks of Violence According to Demographic Characteristics of Healthcare Workers

Demographic Characteristics	What is the risk of violence in your workplace?						Assessment
	Low		Medium		High		
	N	%	n	%	n	%	
Age							
≤26 years	5	10,0	19	38,0	26	52,0	$\chi^2=11,453,$ $p=0,022^*$
27-36 years	12	9,3	39	30,2	78	60,5	
≥37 years	13	10,7	60	49,6	48	39,7	
Gender							
Woman	16	8,9	74	41,1	90	50,0	$\chi^2=0,957,$ $p=0,620$
Man	14	11,7	44	36,7	62	51,7	
Marital Status							
Married	25	11,0	93	40,8	110	48,2	$\chi^2=2,496,$ $p=0,287$
Single	5	6,9	25	34,7	42	58,3	
Profession							
Physician	8	12,3	26	40,0	31	47,7	$\chi^2=2,444,$ $p=0,875$
Nurse	8	7,2	42	37,8	61	55,0	
Technician	7	12,1	22	37,9	29	50,0	
Other	7	10,6	28	42,4	31	47,0	

In total, 50,7% of the healthcare workers indicated that their risk of being harassed at work is "high", while 39,3% thought that the risk level is "medium" and 10% "low. According to demographic variables, fear of being subjected to violence is statistically higher in the 27-36 age



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

group compared to other age groups ($p<0.05$). Nurses, males, and single healthcare workers stated that the risk of their exposure to violence is "high".

Of the participants 19% stated that they were subjected to physical violence, 56% to verbal abuse and 1.7% to sexual harassment. It was found that the physical violence exposure of men was statistically significantly higher ($p<0,05$). Those aged 26 and younger, married people and other healthcare workers were the most exposed to physical violence, and those aged 27-36, women, single and physicians were the most exposed to verbal abuse ($p>0,05$).

36 people stated that they were exposed to physical violence by patient's relatives, 20 people by the patients and one person by other people. On the other hand, 128 people stated that they were subjected to verbal abuse by patient's relatives, 80 people by patients, 11 people by their colleagues and one person by other people.

The type of verbal abuse and physical violence was asked to healthcare workers as open-ended questions. 50 people answered this question by stating

Table 2. Distribution of Exposure to Violence According to Demographic Characteristics of Healthcare Workers

Demographic Characteristics	Physical Violence				Assessment	Verbal Abuse				Assessment
	Exposed		Non-Exposed			Exposed		Non-Exposed		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Age										
≤26 years	11	22,0	39	78,0	$\chi^2=0,665,$ $p=0,717$	29	58,0	21	42,0	$\chi^2=2,658,$ $p=0,265$
27-36 years	22	17,1	107	82,9		78	60,5	51	39,5	
≥37 years	24	19,8	97	80,2		61	50,4	60	49,6	
Gender										
Woman	26	14,4	154	85,6	$\chi^2=5,351,$ $p=0,014^*$	103	57,2	77	42,8	$\chi^2=0,273,$ $p=0,601$
Man	31	25,8	89	74,2		65	54,2	55	45,8	
Marital Status										
Married	44	19,3	184	80,7	$\chi^2=0,004,$ $p=0,951$	127	55,7	101	44,3	$\chi^2=0,034,$ $p=0,853$
Single	13	18,1	59	81,9		41	56,9	31	43,1	
Profession										
Physician	10	15,4	55	84,6	$\chi^2=6,653,$ $p=0,084$	39	60,0	26	40,0	$\chi^2=0,837,$ $p=0,841$
Nurse	15	13,5	96	86,5		63	56,8	48	43,2	
Technician	14	24,1	44	75,9		31	53,4	27	46,6	
Other	18	27,3	48	72,7		35	53,0	31	47,0	
Total	57	19,0	243	81,0		168	56,0	132	44,0	

that they have been the victim of a physical violence such as pushing (n=15), punching (n=12), assaulting (n=6), beating (n=4), slapping (n=3), kicking (n=3), spitting (n=1) and gun pointing (n=1). People which have been the victim of a verbal abuse stated the type of the harassment as insulting (n=127), cursing (n=32), yelling (n=32) and threatening (n=6).

Table 3. Distribution of Responses of Healthcare Workers Affected by Physical Violence

	N	%
Physical injury due to violence		
Yes	7	12,3
No	50	87,7
Total	57	100,0
Being absent from work after violence		
Yes	7	12,3
No	50	87,7
Total	57	100,0
Interruption time of working		
1 day	1	14,3
2-3 days	2	28,6
1 week	4	57,1
Total	7	100,0

In total 12,3% (n=7) of the physical violence victims stated that they have been injured due to violence and have a break from work (Table 3). 4 healthcare workers stated that they took a break for a week.

Table 4. Experiences of Healthcare Workers After Violence

	Physical Violence		Verbal Abuse	
	N	%	N	%
Ongoing, disturbing thoughts and memories				
0 (never)				
1	11	19,3	29	17,3
2	11	19,3	32	19,0
3	12	21,1	54	32,1
4 (often)	12	21,1	30	17,9
	11	19,3	23	13,7
Don't try to remember the attack and its thoughts				
0 (never)				
1	6	10,5	28	16,7
2	12	21,1	29	17,3
3	13	22,8	39	23,2
4 (often)	12	21,1	41	24,3
	14	24,6	31	18,5

Continuously alert and defensive

0 (never)	8	14,0	26	15,5
1	7	12,3	23	13,7
2	9	15,8	29	17,3
3	12	21,1	53	31,5
4 (often)	21	36,8	37	22,0

Feeling that any attempts after the incident were a waste of effort

0 (never)	8	14,0	15	8,9
1	8	14,0	23	13,7
2	12	21,1	39	23,2
3	12	21,1	31	18,5
4 (often)	17	29,8	60	35,7

Total	57	100,0	168	100,0
--------------	-----------	--------------	------------	--------------

Healthcare workers which have been a victim of violence, experienced things like “continuous, disturbing thoughts and memories” (physical violence= 80,7% (various degrees); verbal abuse=82,7% (various degrees), “trying not to remember the attack and related thoughts” (physical violence=89,5% (various degrees); verbal abuse=83,3% (various degrees), “always being cautious and defensive” (physical violence=86,0% (various degrees); verbal abuse=84,5% (various degrees), and “feeling that any attempts after the incident are of waste of time and effort” (physical violence=86,0% (various degrees); verbal abuse=84,5% (various degrees) (Table 4).

Table 5. Intent to Leave Score of Healthcare Workers Exposed to Violence

	n	Intent to leave score	
		X ± S	Assessment
Physical Violence			
Exposed	57	2,29±1,16	p=0,405
Non-Exposed	243	2,14±1,06	
Verbal Abuse			
Exposed	168	2,34±1,12	p= 0,001*
Non-Exposed	132	1,94±0,99	

The rate of intention to leave among victims of physical violence is 2,29±1,16 and intention to leave rate of among victims of verbal abuse is 2,34±1,12 (p<0,05) (Table 5).

Table 6. Regression Analysis Results of Intent to Leave and Violence

	B	SH	p	ODDS	95% C.I. ODDS	
					Lower	Higher
Physical Violence	-,052	,323	,873	,950	,504	1,787
Verbal Abuse	-,559	,267	,036	,572	,339	,964
Constant	,035	,635	,956	1,036		

As seen above the Table 6, regression analysis was carried out to explore the effect of violence on the intent to leave. It has been found that verbal abuse directly affects the intention to leave of healthcare workers.

DISCUSSION

This study has been carried out in order to determine the prevalence of physical, verbal, and sexual violence of the physician, nurses, technicians, and the other healthcare workers who work in a hospital in Sivas and the effects of the violence on their intent to leave.

In total 90% of the healthcare workers evaluate their risk of being victimized in a violent act as “high” or “medium”, while only 10% evaluate theirs as “low” (Table 1). Similarly to our study, in a research carried out among 241 medical professionals by Gates et al (2006), only 7% of the staff states that they completely feel safe. The same research shows that 75% of nurses do not feel safe at work. In Turkey, Ünlüsoy Dinçer (2010) and Sağlık- Sen (2013) studies show parallelism with our study. Increased prevalence of violence and lack of means to prevent such events in the healthcare sector, can increase the perception of healthcare workers’ risk of violence against them. It can be seen in relevant studies that this kind of violent acts affect work performance negatively (Gates, Rose and McQueen, 2006; Çelik, Çelik, Ağırbaş and Uğurluoğlu, 2007; Gates, Gillespie and Succop, 2011; Ünsal Atan and Dönmez, 2013; Samir, Mohamed, Moustafa and Abou Saif., 2012) and causes lower organizational commitment (May and Grubbs, 2002; Ng, Yeung, Cheung, Chun and White, 2009; Demir and Rodwell, 2012).

It is found that 19% of healthcare workers are the victim of physical violence, 56% of verbal abuse and 1,7% of sexual harassment. Physical violence is usually targeted to the age of 26 and under, to married participants and other healthcare workers, while verbal abuse is common in 27-35 age group, women, singles and physicians. In the literature, similar to our study results it was found that healthcare workers were more subject to verbal abuse (Gates et al., 2006; Erkol, Gökdoğan, Erkol and Boz, 2007; Akyön, 2008; Gökçe and Dünder, 2008; Aytaç et al., 2009; Aytaç et al., 2011; Çamcı and Kutlu, 2011; Talas, Kocaöz and Akgüç, 2011; Dursun, 2012; Magnavita and Hepoinemi, 2011; Atik, 2013; Keyvanara, Maracy and Ziari, 2013; Vural, Çiftçi, Fil, Dura and Vural, 2013; Akça, Yılmaz and Işık, 2014; Aydın, 2014; Nart, 2014; Önde, 2014; Türkmenoğlu, 2014; Shi, et al., 2015; Akbaş, Boz, Dursun, Çetin and Kılıçaslan, 2016; Çelebi, 2016; Kaya et al., 2016; Şen Savaş, 2016; Çelik et al., 2017; Emiroğlu, Çopur and Kuru, 2017; Seun-Fadipe ve ark., 2019; Yiğit, 2020). The reason for the high rate of verbal abuse can be explained by the fact that it can be applied easily and is difficult to prove and therefore it is difficult to impose legal sanctions. Among the reasons for the increase in violence in health services are; problems related to legal, social and political views, insufficient punishment of violators, the way the media approached violence, lack of knowledge about identifying violence among healthcare professionals, and wrong decisions and actions of politicians and healthcare managers. In addition to all these, acceptance of violence in society and cultural perception of it as "normal" can be defined as factors that increase violence. Also hospitals are stressful and crowded places in their nature (for example, long and tiring work shifts make staff more stressful, and critically ill patients and their relatives may experience high stress levels etc.) and therefore, the work environment itself can be considered as a factor that increases violence.

Although there are differences between professions, studies have reported that sexual harassment in the workplace is more common in the health sector (Phillips & Schneider, 1999; Chadhuri, 2007; Çelik & Çelik, 2007; Erdemir, Akgün Çıtak & Ulusoy, 2011; Ulusoy, Swigart, & Erdemir, 2011) . In our study, the rate of sexual harassment was found to be low (1.7%, N = 5) and therefore it was not analyzed statistically.

In our study, it has been found that healthcare professionals are exposed to violence mostly by patient’s relatives and secondly by the patients. Studies on the subject support our results. (Algwaiz and Alghanim, 2012; Abualrub and Khawaldeh, 2013; Atik, 2013, Sönmez et al., 2013, Beattie ve ark., 2018).

In our study, it was found that victims who were subjected to violence generally feel “always being cautious and defensive” and “post-event attempts will not work” after the incident. The studies of Çamcı Kutlu (2011) and Ünlüsoy Dinçer (2010) are in parallel with our study. Based on these findings, we can say that the interventions performed after the violence are not considered “sufficient” by the healthcare personnel and they do not feel safe, thus living a high level of stress.

In the study, we found that violence victims' intention to leave their jobs rates are below average. However, the verbal abuse victims' intention to leave was statistically significantly higher ($p < 0.05$). The results of the regression analysis in our study showed that verbal abuse affects the intention to leave ($p < 0.05$). National and international literature on the same subject supports our results. (Sofield and Salmond, 2003; Ünlüsoy Dinçer, 2011; Armmer and Ball, 2015; Chang and Cho, 2016; Oh et al., 2016; Choi and Lee, 2017; Eneroth et al., 2017; Chang ve ark., 2018).

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

In our study, it was found that healthcare workers were exposed to violence at a high rate and that violence affects their intention to leave. They stated that they have a high risk of being exposed to violence in their workplace. It was determined that those who were subjected to violence felt constantly alert after the violence they experienced and thought they would experience similar events over and over again. The participants stated that they were not satisfied with the attempts made by the hospital management regarding the incident. Considering that violence is experienced in serious dimensions such as physical assault, beating, shooting with a gun, slapping, swearing, and insults, it is thought that healthcare workers are under both psychological and physical pressure and this causes significant problems at both individual and organizational levels.

In the study, in addition to legal regulations such as the regulation of effective punishment systems to prevent violence in healthcare facilities, it is recommended to adopt a “zero tolerance to violence” approach and to increase the quality of security measures. At the same time, hospital managers should take violence seriously, support employees in all matters and make them feel that they are by their side.

REFERENCES

- AbuAlRub, R.F., Al-Khawaldeh, A.T. (2014). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1937-1947.
- Akbaş, M., Boz, A., Dursun, A., Çetin, S., Kılıçaslan, A. (2016). 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 93-100.
- Akça, N., Yılmaz, A., Işık, O. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-12.
- Akyön, F.V. (2008). *İşyerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Algwaiz, W.M., Alghanim SA. (2012). Violence exposure among health care professionals in Saudi public hospitals. A Preliminary Investigation. *Saudi Journal*, 33(1), 76-82.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Ankara Tabip Odası. (2017). <http://www.ato.org.tr/news/show/209>. (Erişim: 17.10.209)

Armmer, F., Ball, C. (2015). Perceptions of horizontal violence in staff nurses and intent to leave. *Work*, 51(1), 91-97.

Atik, D. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. *E-Journal of New World Sciences Academy*, 8(2), 1-15.

Aydın, N. (2014). *Şiddet Açısından Güvenli Ortamda Çalışılması İçin Alınan Önlemlerin Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi*, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 147-154.

Aytaç S, Bozkurt V, Bayram N, Bilgel N. (2009). Violence Against Health Workers at University Hospital in Turkey. *Journal of the World Universities Forum*, 2(3), 35-52.

Aytaç, S., Bozkurt, V., Bayram, N., Yıldız, S., Aytac, M., Sokullu-Akıncı, F., Bilgel, N. (2011). Workplace violence: a study of Turkish workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(4), 385-402.

Beattie, J., Griffiths, D., Innes, K., Morphet, J. (2019). Workplace violence perpetrated by clients of health care: A need for safety and trauma-informed care. *Journal of clinical nursing*, 28(1-2), 116-124.

Bronner, G., Peretz, C., Ehrenfeld, M. (2003). Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 637-644.

Chang, H.E., Cho, S.H. (2016). Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing Research*, 10(4), 271-276.

Chang, Y.P., Lee, D.C., Wang, H.H. (2018). Violence-prevention climate in the turnover intention of nurses experiencing workplace violence and work frustration. *Journal of nursing management*, 26(8), 961-971.

Chaudhuri, P. (2007). Experiences of sexual harassment of women health workers in four hospitals in Kolkata, India. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 221-229.

Choi, S.H., Lee, H. (2017). Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 508-518.

Çamcı, O., Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 9-16.

Çelik, S.Ş., Çelik, Y., Ağırbaş, İ., Uğurluoğlu, Ö. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 359-366.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Çelik, Y., Çelik, S.Ş. (2007). Sexual harassment against nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 200-206.

Demir, D., Rodwell, J. (2012). Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 376-384.

Demir, E., Saatçioğlu, Ö., İmrol, F. (2016). Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Current Research in Education*, 2(3), 130-148.

Dursun, S., Aytaç, S. (2011). İşyerinde şiddet davranışlarının çalışanlar üzerindeki etkisi: bir uygulama. *Tisk Akademi*, 6(11), 6-29.

Dursun, S. (2012). İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3(1), 103-113.

Eker, S. (2012). Alfred Adler'in kişilik kuramının demokrasi düşüncesi açısından önemi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(22), 157-180.

Emiroğlu, O.N., Çopur EÖ, Kuru N. (2016). Analysis on incidents of violence towards health care workers in turkey between 2012 and 2016: reflected in the press. *International Journal of Health Sciences and Research*, 7(1), 193-201.

Eneroth, M., Gustafsson-Sendén, M., Schenck-Gustafsson, K., Wall, M., Fridner, A. (2017). Threats or violence from patients was associated with turnover intention among foreign-born GPs—a comparison of four workplace factors associated with attitudes of wanting to quit one's job as a GP. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2), 208-213.

Erdemir, F., Akgün-Çıtak, E., Ulusoy, H., Geçkil, E. (2011). Hemşirelerin hastalar tarafından cinsel tacize uğrama durumlarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 27-35.

Erkol, H., Gökdoğan, M.R., Erkol, Z., Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers – a problem in Turkey?. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14, 423-428.

Gates, D., Ross, C.S., McQueen, L. (2006). Violence: recognition, management and prevention. *The Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331-337.

Gates, D.M., Gillespie, G.L., Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-66.

Gökçe, T., Dündar, C. (2008). Samsun Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 25-28.

Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., Eley, R.M. (2010). Workplace violence: differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed – a cross sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 188-202.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Heponiemi, T., Kouvonen, A., Virtanen, M., Vänskä, J., Elovainio, M. (2014). The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Services Research*, 14(1), 19.

International Council of Nurses (ICN), Public Services International (PSI), World Health Organisation (WHO), International Labour Office (ILO). (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, Geneva: ILO.

International Labour Office (ILO). (2006) *Violence at Work*. http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221108406_EN/lang-en/index.htm (Erişim: 03.11.2019).

Kaya, S., Demir, İ.B., Karsavuran, S., Ürek, D., İlgün, G. (2016). Violence against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *Journal of Forensic Nursing*, 12(1), 26-34.

Keyvanara, M., Maracy, M.R., Ziari, N.B. (2015). A study conducted on the demographic factors of victims of violence in support and administrative departments of hospital in 2013. *Journal of Education and Health Promotion*, 4.

Kingma, M. (2001). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International Nursing Review*, 48, 129-130.

Kocacık, F. (2001). Şiddet olgusu üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.

Magnavita, N., Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203-210.

May, D.D., Grubbs, L.M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 11-17.

Mutlu, E. (1997). Televizyon, çocuklar ve şiddet. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 4, 41-77.

Nart, S. (2014). İş ortamında şiddet, tükenmişlik ve iş tatmini ilişkileri: sağlık sektörü üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 12(23), 248-268.

Ng, K., Yeung, J., Cheung, I., Chung, A., White, P. (2009). Workplace violence-a survey of diagnostic radiographers working in public hospitals in Hong Kong. *Journal of Occupational Health*, 51(4), 355-363.

Oh, H., Uhm, D.C., Yoon, Y.J. (2016). Workplace Bullying, Job Stress, Intent to Leave, And Nurses' Perceptions of Patient Safety in South Korean Hospitals. *Nursing Research*, 65(5), 380-388.

Önde, M. (2014). *Bir Üniversite Hastanesinde Temel Tehlikelerin Belirlenmesi ve İşyeri Şiddeti Örneği*, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın.

Phillips, S.P., Schneider, M.S. (1993). Sexual harassment of female doctors by patients. *New England Journal of Medicine*, 329(26), 1936-1939.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. (2013). *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

Samir, N., Mohamed, R., Moustafa, E., Abou-Saif, H. (2012). Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynecology departments in Cairo hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(3), 198-204.

Seun-Fadipe, C.T., Akinsulore, A. A., Oginni, O. A. (2019). Workplace violence and risk for psychiatric morbidity among health workers in a tertiary health care setting in Nigeria: prevalence and correlates. *Psychiatry research*, 272, 730-736.

Shi, J., Wang, S., Zhou, P., Shi, L., Zhang, Y., Bai, F., Xue, D., Zhang, X. (2015). The frequency of patient-initiated violence and its psychological impact on physicians in china: a cross-sectional study. *PloS one*, 10(6).

Sofield, L., Salmond, S.W. (2003). Workplace violence: a focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, 22(4), 274-283.

Sönmez, M., Karaoğlu, L., Egri, M., Genç, M.F., Günes, G., Pehlivan, E. (2013). Prevalence of workplace violence against health staff in Malatya. *Bitlis Eren University Journal of Science and Technology*, 3(1), 26-31.

Şen-Savaş, N. (2016). *Acil Servislerde Yaşanan Şiddet Olaylarının Sağlık Profesyonelleri Tarafından Değerlendirilmesi*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

Talas, M.S., Kocaöz, S., Akgüç, S. (2011). A survey violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research*, 5(4), 197-203.

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. Ankara.

Türkmenoğlu, B. (2014). *Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Ulusoy, H., Swigart, V., Erdemir, F. (2011). Think globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective. *Medical education*, 45(6), 603-612.

Ünlüsoy-Dinçer, N. (2010). *Hemşirelerin İşyeri Şiddetine Maruz Kalma Durumları ile İş Doyumları ve İşten Ayrılma Eğilimleri*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Ünsal-Atan, Ş., Dönmez, S. (2011). Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 25(1), 71-80.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Dura, A., Vural, B. (2013). Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: şiddetin rapor edilme sıklığı. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(4), 147-152.

Yiğit, A. (2020). Exposure to violence of nurses in Turkey: a meta-analysis research. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1): 127-138.

World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*.



Usaysad Derg, 2020; 6(3): 426-442 (Araştırma makalesi)

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL PERFORMANS YÖNETİMİ VE BİR UYGULAMA*

CORPORATE PERFORMANCE MANAGEMENT IN HEALTHCARE SERVICES AND AN APPLICATION

Dr. Özlem GÜDÜK

SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gudukozlem@gmail.com, orcid.org/0000-0003-0929-1302

Prof. Dr. Emrah ÖNDER

İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi, emrah@istanbul.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0554-1290

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (04.08.2020-21.11.2020)

Özet

Performans yönetimi kurumların başarısında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle yöneticiler kurumlarının performansını artırmak için çaba sarf etmektedirler. Kurumsal performansı etkileyen bazı faktörler arasında personelin örgütsel bağlılığı, iş tatmini ve devir hızları yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı, personelin örgütsel bağlılık (ÖB) ve iş tatmini (İT) düzeyleri ile hastanelerin personel devir hızlarının (PDH) hastanenin kurumsal performansına etkilerini araştırmaktır. Kurumsal performans için kalite, verimlilik ve algılanan kurumsal performans (AKP) düzeyleri incelenmiştir. Hastanelerin yatak kapasitesi, yatak doluluk oranları ve eğitim araştırma hastanesi (EAH) olma durumları kontrol değişkenleri olarak analize dahil edilmiştir. 38 hastane çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Veriler SPSS v.22 programında analiz edilmiştir.

Bu çalışmada İT ile AKP arasında olumlu yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p=0,000$). İT'de her bir birimlik artış, algılanan AKP düzeyinde %58'lik bir artışa neden olmaktadır ($B=0,579$). Örgütsel bağlılığın performansa etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). PDH ile AKP arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,046$). PDH'da her bir birimlik artış, AKP üzerinde %25'lik bir artış

426



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

sağlamaktadır (Beta=0,256). EAH olmayanların ortalama verimlilik düzeyi, olan hastanelere göre anlamlı derecede yüksektir (t=1,797, sd=33 ve p=0,041). Verimlilik ve AKP arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon (p=0,021, r=0,388) bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal Performans, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini, Performans Yönetimi, Sağlık Hizmetleri.

*2019 yılı İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, “Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Yönetimi ve Bir Uygulama” başlıklı doktora tezinden uyarlanmıştır.

Abstract

Performance management plays an important role in the success of organizations. Therefore, managers make an effort to increase the performance of their institutions. Among the factors affecting corporate performance are the organizational commitment of the staff, job satisfaction and turnover rates. The aim of the study was to investigate the effects of organizational commitment (OC) and job satisfaction (JS) levels of staff and staff turnover rates (TR) on the institutional performance of the hospital. Quality, efficiency and perceived corporate performance (PCP) levels were examined for corporate performance. The bed capacity, bed occupancy rates and the status of educational research hospital (ERH) of the hospitals were included in the analysis as control variables. The sample consists of 38 public hospitals. The data were analyzed in SPSS v.22 program.

In the study, a positive and moderately significant relationship was observed between JS and PCP (p = 0,000). Each unit increase in JS causes a 58% increase in the PCP level (B = 0.579). Organizational commitment had no effect on performance (p > 0.05). There was a positive and significant relationship between TR and PCP (p = 0.046). Each unit increase in TR provides an increase of 25% on PCP (Beta = 0,256). The average efficiency level of non ERH hospitals was significantly higher than the others (t = 1.797, sd = 33 and p = 0.041). There was a significant and positive correlation between efficiency and PCP (p = 0.021, r = 0.388).

Key Words: Corporate Performance, Organizational Commitment, Job Satisfaction, Performance Management, Healthcare Services.

*This paper was adapted from a Doctoral Thesis titled “Corporate Performance Management in Health Services and an Application” Istanbul University, Institute of Health Sciences, 2019.

GİRİŞ

Kurumların başarılı bir şekilde yönetilebilmesi ve hayatta kalmalarının sağlanması iyi bir performans gösterebilme yeteneği ile bağlantılıdır. Bu nedenle günümüzün rekabetçi iş ortamında, yöneticiler kurumlarının performansını geliştirmek için artan bir baskı altında çalışmaktadırlar. İşletmelerin iyi veya kötü performans göstermelerinin tespit edilmesi ise etkili performans ölçme yöntemleri kullanılarak sağlanabilir. Ölçümlerden elde edilen bilgiler yönetici ve çalışanların davranışlarını şekillendirir ve yönlendirir. Performans ölçümü, kurumların yönetimle ilgili temel stratejik hedeflerinin daha ekonomik ve rasyonel bir biçimde uygulanmasına olanak sağlamaktadır (Karaman, 2009).

Herhangi bir sektörde, performansın ve hesap verebilirliğin artırılması tüm paydaşların çıkarlarını ve faaliyetlerini birleştiren ortak bir hedefe sahip olmasına bağlıdır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde, paydaşların hizmetlere erişim, kârlılık, yüksek kalite, maliyet kontrolü, güvenlik, rahatlık, hasta merkezli olma ve memnuniyet gibi sayısız ve çoğu zaman çelişen hedefleri vardır (Porter, 2010). Zaman zaman birbirleri ile çelişen bu unsurların bir arada yönetilmesi kurumun toplam performansını ortaya çıkarmaktadır.

Yönetim alanındaki birçok bilim adamı ve uzman, insan sermayesinin kuruluşların performansının ve verimliliğinin iyileştirilmesi için temel kaynak olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle, organizasyonların performansını etkileyebilecek faktörler olan çalışanın iş tatmini ve organizasyondaki sosyal sermayeye dikkat edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Chamanifard ve ark., 2015). Yöneticiler çalışanlarından en iyi şekilde nasıl yararlanacaklarını bilmek isterler. Çalışanların fiziksel ve zihinsel refahının olması yanı sıra iş tatmini, örgütsel bağlılık, işten ayrılma niyetleri kurumların etkinlik, verimlilik ve yenilikçilik gibi önemli kurumsal çıktılarını etkilemektedir. Bu nedenle olumlu personel tutumlarını teşvik etmek gerekmektedir. Bu durum özellikle personel tutumlarının hasta deneyiminin kalitesini doğrudan etkileyebileceği sağlık hizmetlerinde daha da önemlidir (West ve Dawson, 2012).

Uzun bir süredir yapılan çalışmalarda, kurumlardaki personelin deneyimleri, bu kurumların çıktılarıyla birçok farklı şekilde ilişkilendirilmektedir. Çalışanların yönetilme şekli, sahip oldukları etkileşimler, sergiledikleri tutumlar ve davranışları, hem sağlık sektöründe hem de diğer sektörlerde bazı kuruluşların neden diğerlerinden daha iyi performans gösterdiğini açıklayan çok sayıda araştırmaya konu olmuştur (Powell ve ark., 2014). Yine insan kaynakları yönetiminin örgütsel etkinliğe fayda sağladığı önerisi pek çok araştırmada ele alınmıştır (Zhu ve ark., 2013).

Hastane performansını etkileyen faktörler kavramsal çerçevede değerlendirildiğinde; hastanenin örgütsel çevresi, dış çevresi ve iç çevresi olarak ifade edilmektedir. İç çevresinde, kaynak yönetimi (personel, klinik, finansal, vb. kaynakları), bina, ekipman, insan gücü gibi sağlık bakımını oluşturan karakteristikleri, tedavi prosedürleri bulunmaktadır (La Forgia ve Couttolenc, 2008). Hastanelerin emek yoğun faaliyet gösteren işletmeler olması ve uzmanlaşmış iş gücü gerektirmesi onları diğer kurumlardan farklı kılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, kurumsal performans değerlendirmelerinde insan gücünün etkisi üzerinde yoğunlaşarak; personel devir hızı, örgütsel bağlılık ve personel iş tatmininin kurumsal performansa etkisini incelemektir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde insan kaynağının kurumsal performansa olan etkilerini inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle herhangi bir etkinin olup olmadığı ya da etki var ise bunun hangi yönde olduğu bilinmemektedir. Çalışma ile alandaki bu boşluğa katkı yapmak arzu edilmektedir. Böylece sağlık politikaları hazırlayanlar, akademisyenler ve sağlık yönetimi eğitimi alan kişilere referans olabilecek bir kaynak olması yanı sıra sağlık yöneticilerinin performans yönetimi uygulamalarına katkı yapacak bilgiler sağlanabilecektir.

Kurumsal Performans

Kurumsal düzeyde değerlendirilen performans yönetiminde, kurumların kendi bünyesinde yer alan birimler veya diğer kurumlarla belirli performans göstergeleri aracılığı ile kıyaslamalar yapılmaktadır (Ateş ve ark., 2007). Kurumsal performans değerlendirme aslında yönetim fonksiyonlarından birisi olan “kontrol” sürecini uygulamaktır. Değerlendirme ile kurumun planlama sürecinde belirlediği hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı tespit edilmekte ve şayet varsa bu hedeflerden sapma düzeyleri belirlenmektedir (Koçel, 2015; Sur ve Palteki, 2013).

Sağlık hizmetlerinde gün geçtikçe daha fazla üzerinde durulan performans ölçümü; sağlık sistemi faaliyetleri ve sonuçları için vatandaşlara, hastalara ve ödeme yapan kişilere hesap verebilirliğin sağlanmasında merkezi bir öneme sahiptir (Papanicolas ve Smith, 2013).

1980’li yıllardan sonra kamu ve sağlık hizmetlerinde uygulanmaya başlayan performans yönetimi (Adair ve ark., 2006), sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla maliyetli olması, hastaların alacakları sağlık hizmeti hakkında daha fazla bilgi talebinde bulunmaya başlamaları, sağlık profesyonelleri ve

sağlık hizmeti veren kurumların hesap verebilirliklerinin talep edilmesi ve bilgi teknolojilerinin gelişimi gibi nedenler ile daha fazla kullanılır olmuştur (Smith ve ark., 2009).

Örgütsel Bağlılık

Örgütsel bağlılık “bireyin, örgütün amaç ve değerlerini kabullenerek bunlara güçlü bir inanç duyması, örgütün çıkarları için çaba harcamaya gönüllü olması ve örgüt üyeliğini devam ettirmek için güçlü bir istek duyması” olarak tanımlanmaktadır (Gümüş, 2012). Diğer bir ifade ile; çalışanların kendilerini kurumları ile özdeşleştirmeleri, kuruma dahil olduklarını hissetmeleri ve kurumlarını terk etmek istememelerinin düzeyi veya kapsamı olarak tanımlanabilir. En basit şekliyle, örgütsel bağlılık bireyin çalıştığı kuruma olan sadakatini göstermektedir (Khanka, 2006).

Örgütsel bağlılık, personelin işe devamsızlığı ve işten ayrılması davranışlarına negatif etki etmekteyken, performans artışı, kendini adama ve denetçi gözetimli işlere pozitif etki etmektedir (Vigoda-Gadot ve Drory, 2006). Örgütsel bağlılığın, kurumun performansına da önemli ölçüde olumlu etki ettiği bilinmektedir. Ferguson ve Reio (2010) kalifiye çalışanların etkinliğinin işlerini yapma konusunda motive olmadıklarında sınırlı olacağını belirtmektedirler. Hem dışsal hem de içsel motivasyonun iş performansı gibi organizasyonel sonuçlara önemli etkileri olduğunu savunmaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı kurumlarda personelin bağlılığını artırma yönünde yoğun çabalar sarf edilmektedir. Kurumun değer ve amaçlarını benimseyen personelin bağlılıklarının artması, kurumsal verimlilik ve etkinliğin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır (Yücel ve Koçak, 2015).

İş Tatmini (İş Doyumu)

İş tatmini, kısaca ifade edildiğinde; kişinin ihtiyaçları ile işi ve iş koşullarından kazandıklarına ilişkin ne algıladığının sonucudur. Kişi, algıladıkları sonucunda kurumuna karşı duygusal bir tepki geliştirir. Bu tepki sayesinde, birey iş ve işten elde ettikleriyle, beklentileriyle, arzuladıklarıyla ve ihtiyaç duyduklarıyla bir karşılaştırma yapar ve neticede eşitlik veya adalet ile ilgili bir fikir edinir. Karşılaştırma neticesinde adalet olduğunu düşünürse iş tatmini gerçekleşir (Altaş ve Çekmecelioglu, 2015).

Sağlık hizmeti bağlamında, iş tatmini ve bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan pek çok çalışma yapılmaktadır. Çalışmalar, hemşirelerin iş memnuniyetinin hasta memnuniyetini ve hasta bakımının kalitesini etkilediğini, iyi insan kaynakları yönetiminin hastane ortamında fark yarattığını ve hatta ölüm oranını azalttığını göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin iş tatmini ve işten ayrılmama durumları arasındaki pozitif bir korelasyon olduğu da görülmektedir (Martins ve Proença, 2012).

Personel Devir Hızı

Personel devir hızı bir yıllık zaman dilimi içinde kurumdan ayrılan personel sayısı (Russo, 2000) ya da, belirli bir zaman dilimi içerisinde işten çıkarılan ve kendi isteği ile işten ayrılan toplam çalışan sayısının, o kurumda aynı dönemde görev yapan toplam çalışan sayısına oranı olarak tarif edilmektedir (Özcan ve ark., 2016).

Personel devir hızı; örgütsel iklimi, kurum performansını, verimliliği ve kalifiye personelin elde tutulmasını etkileyen, karmaşık ve sürekli bir konudur. Çalışanların işgücü piyasası içerisinde yer alan kurumlar, işler veya meslekler arasında yer değişikliği yapmaları veya işsiz olup olmama durumları arasında geçiş yapmalarını ifade etmektedir. Personel devir hızı kurumlarda yüksek maliyetli sonuçlara neden olmaktadır. Bu yüksek maliyetler yeni personelin işe alımı, eğitimi için harcanan paralar veya kurumun performans ya da üretkenliğinde yaşanan düşüklük sonucunda

ortaya çıkan zararlar olarak görülebilmektedir. Bu nedenle personel devir oranının düşük olması için yapılan çabalar kurumlar için önemli hedeflerden biridir (Alatawi, 2017).

Personel devir hızının hesaplanması için bir yıllık zaman dilimi ele alınır. Yılbaşında kurumda bulunan toplam çalışan sayısı ile yılsonunda kurumda bulunan toplam çalışan sayısının ortalaması alınır. Bu sayı, yıl içerisinde çeşitli nedenlerle kurumdaki ayrılan personelin toplam sayısına bölünerek elde edilen sayı 100 rakamı ile çarpılır (Koparal, 2004).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Kurumsal performans değerlendirmelerinde insan gücünün etkisi üzerinde yoğunlaşarak; personel devir hızı, örgütsel bağlılık ve personel iş doyumunun kurumsal performansa etkisini incelemektir.

Araştırmanın Türü

Kesitsel boyutta tanımlayıcı bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni 53 hastane ve bu hastanelerde çalışmaya alınabilecek toplam 45.215 kişidir, örneklem ise 38 hastaneden 3.596 kişidir. Hastanede görev yapan sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, psikolog, vb.) ve destek personelden (temizlik, güvenlik, vb.) tümü çalışmaya dahil edilmiştir. Stajyer öğrenciler çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılacak veriler bireysel ve kurumsal olarak farklı kaynaklardan toplanmıştır. Örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan performans değişkenlerinin hesaplanması için kullanılacak veriler kişilerden anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmaya katılanlara, katılımcıya ait demografik ve iş yeri bilgilerinin alındığı (1), örgütsel bağlılık ölçeği (2), iş tatmini ölçeği (3), algılanan kurumsal performans ölçeği (4) olmak üzere dört farklı bölümden meydana gelen bir anket formu hazırlanmıştır. Demografik ve iş yerine dair bilgilerin sorulduğu bölüm çoktan seçmeli veya açık uçlu olarak hazırlanmıştır.

Örgütsel Bağlılık Ölçeği: “Üç Boyutlu Kurumsal Bağlılık Ölçeği” Allen ve Meyer tarafından geliştirilmiş olup Wasti (2000) tarafından Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek beşli Likert skalasında olup üç [(i) duygusal bağlılık, (ii) devam bağlılığı ve (iii) normatif bağlılık] alt boyuttan ve toplam on sekiz (18) maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler beşli likert skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum, ..., 5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek ölçülmektedir. Ölçeğin Cronbach-alpha güvenilirlik puanı 0,93 olarak bulunmuştur (Wasti, 2000). Bu çalışmadaki güvenilirlik $\alpha=0,912$ bulunmuştur.

İş Tatmini Ölçeği: Weiss ve arkadaşları tarafından 1967 yılında geliştirilen Baycan (1985) tarafından Türkçeye uyarlanan “Minnesota İş Tatmini Ölçeği – MİDO” kullanılmıştır. Ölçek, içsel bağlılık ve dışsal bağlılık olmak üzere iki alt boyutta incelenmektedir. Toplam yirmi dört (20) maddeden oluşmakta ve her bir ifade için beşli likert skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum, ..., 5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek ölçülmektedir. Bu çalışmadaki ölçek güvenilirliği $\alpha=0,934$ bulunmuştur.

Algılanan Kurumsal Performans Ölçeği: Kim tarafından 2004 yılında geliştirilen ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,87$ ’dir (Kim, 2004). Ölçek, dış verimliliği (6 ifade) ve iç verimliliği (6 ifade) değerlendirmek üzere toplam on iki (12) ifadeden oluşmaktadır. İfadeler 5’li likert



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum,....,5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçek güvenilirliği $\alpha=0,872$ bulunmuştur.

Anket, Nisan- Haziran 2019 tarihleri arasında kişilere elden dağıtılarak ve online olarak paylaşılarak cevaplamaları istenmiştir.

Personel devir hızı, hastane kurumsal kalite puanı ve hastane verimlilik puanı için kullanılacak veriler İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimlerinden temin edilmiştir.

Personel devir hızı için 01 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında kayıtları tutulan insan kaynakları verileri kullanılarak hesaplama yapılmıştır.

Hastane kalite ve verimlilik puanları için, 2019 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yıllık değerlendirme sonuçları kullanılmıştır.

Analizlerde ayrıca yatak sayısı, yatak doluluk oranı ve hastanenin eğitim araştırma rolü kontrol değişkenleri olarak kullanılmıştır. Yatak sayısı için; hastanelerin toplam tescilli yatak sayıları İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimlerinden temin edilmiştir. Yatak doluluk oranları için, 2018 yılı verileri kullanılmıştır. Hastanede toplam yatılan gün sayısı, ilgili dönemdeki gün sayısı (365 gün) ve hastanenin toplam yatak sayısı verileri ile yıl ortalaması hesaplanmıştır. Hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olması veya devlet hastanesi olması durumuna göre sınıflandırma yapılmıştır.

Çalışma için İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan 2018/157 sayılı dosya ile etik kurul onayı alınmıştır. Daha sonra İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün 06.05.2019 tarih ve 21476 sayı ile 07.05.2019 tarih ve 21664 sayılı yazılarıyla kurum izni alınmıştır.

Araştırmaya ait analizler SPSS Statistics Versiyon 22 programı ile analiz edilmiştir. Çalışmada değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmek üzere çoklu regresyon analizi, basit regresyon analizi, Student T testi ve Korelasyon analizleri uygulanmıştır. Regresyon analizinden önce normallik testleri yapılmış ve normallikten sapma olmadığı görülmüştür. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Kısıtlılıklar

Çalışma İstanbul İlinde faaliyet gösteren tüm kamu hastanelerinde (53 hastane) yapılması planlanmış ancak, kurum izni alınan 38 hastanede yürütülmüştür.

Personel devir hızının hesaplaması için 2019 yılına ait veriler elde edilemediğinden en yakın tarih olan 2018 yılına ait veriler kullanılmıştır.

T. C. Sağlık Bakanlığı tarafından verimlilik ve kalite değerlendirilmesi yapılmayan iki hastane bu değişkenler ile yapılan analizlere dahil edilememiştir.

BULGULAR

Bağımsız değişkenler olarak personel devir hızı, örgütsel bağlılık ve iş tatmini, bağımlı değişkenler olarak ise hastane kalite değerlendirmesi sonuç puanları, kurumsal verimlilik değerlendirme sonuç puanları ve algılanan kurumsal performans hastane ortalama puanları kullanılmıştır. Yatak kapasitesi, yatak doluluk oranı ve eğitim araştırma hastanesi olup olmama durumları kontrol değişkenleri olarak kullanılmıştır.

Hastanelerin kurumsal kalite sonuç puanları üzerine örgütsel bağlılık, iş tatmini, personel devir hızı, hastanelerin yatak kapasitesi, eğitim araştırma hastanesi olup-olmama durumları ve yatak doluluk oranlarının bir etkisinin olup olmadığını analiz etmek üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Analizin istatistiksel bir ilişkiyi açıklamadığı görülmüştür ($p=0,750$). Sonuçta

bağımsız değişkenlerden hiçbirinin hastane kurumsal kalite puanı üzerine etkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1: Bağımsız Değişkenler ile Kurumsal Kalite Puanı Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	p
Kalite Puanı	40,406	6	6,734	0,571	0,750

Bağımlı Değişken: Kalite Puanı

Bağımsız Değişkenler: Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini, Personel Devir Hızı, Yatak Doluluk Oranı, Yatak Kapasitesi, EAH Olma Durumu.

Tablo 2’de gösterildiği üzere hastanelerin kurumsal verimlilik sonuç puanları ile bağımsız ve kontrol değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sadece hastanelerin eğitim araştırma hastanesi olup olmaması ile verimlilik puanını arasında ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0,038$). Diğer bağımsız değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p \geq 0,05$).

Tablo 2: Bağımsız Değişkenler ile Kurumsal Verimlilik Puanı Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	B	St. Hata	Beta	t	p	VIF
Örgütsel Bağlılık	-0,031	7,856	-0,001	-0,004	0,997	4,956
İş Tatmini	-3,375	9,935	-0,131	-0,340	0,737	5,333
Personel Devir Hızı	0,060	0,111	0,100	0,543	0,591	1,196
Yatak Doluluk Oranı	0,095	0,056	0,373	1,688	0,103	1,738
Yatak Kapasitesi	0,002	0,003	0,116	0,510	0,614	1,842
EAH Olma Durumu	5,020	2,305	0,549	2,178	0,038	2,267
R				0,463		
R ²				0,214		
Ayarlanmış R ²				0,046		

Bağımlı Değişken: Verimlilik Puanı

Bağımsız Değişkenler: Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini, Personel Devir Hızı, Yatak Doluluk Oranı, Yatak Kapasitesi, EAH Olma Durumu.

Eğitim araştırma hastanesi olup olmama durumlarına göre hastanelerdeki verimlilik düzeyinin nasıl farklılaştığını incelemek üzere Student T testi uygulanmıştır (Tablo 3). Her iki kategoride varyansların homojen olduğu görülmüştür ($F=0,64$ ve $p=0,429$). Eğitim araştırma hastanesi olmayanların ortalama verimlilik düzeyinin, olan hastanelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($t=1,797$, $sd=33$ ve $p=0,041$). Eğitim araştırma hastanesi olmayanların verimlilik puan ortalaması 87,52 iken olan hastanelerin ortalaması ise 90,24 olduğu görülmektedir. Her ne kadar anlamlı bir farklılık olsa da bu farkın düşük miktarda olduğu söylenebilir.

Tablo 3: Eğitim Araştırma Hastanesi Olma Durumuna Göre T Testi Sonucu

Değişken	n	Ort.	St. Sapma	Levene Testi		t	sd	p
				F	P			
EAH	19	87,52	4,041					
EAH Değil	16	90,24	4,944	0,641	0,429	1,797	33	0,041

Tablo 4 ve Tablo 5'te gösterildiği üzere kurumsal boyutta algılanan kurumsal performans düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,000$). Model sadece iki bağımsız değişken ile ilişkiyi anlamlı olarak göstermektedir. Bu doğrultuda;

- Hastane personel devir hızı ile algılanan kurumsal performans arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p=0,046$). Hastane devir hızı oranında her bir birimlik artış algılanan kurumsal performans puanı üzerinde %25'lik bir artış sağlamaktadır (Beta=0,256).
- İş tatmini ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Olumlu yönde ve orta düzeyde bir ilişki mevcuttur ($B=0,579$). İş tatminindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %58'lik bir artışa neden olacağı söylenebilmektedir.
- Örgütsel bağlılık ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p=0,482$).
- Hastane yatak sayısı ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p=0,102$).
- Hastane yatak doluluk oranı değişkeni ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p=0,072$). Ancak p değerinin 0,05'e yakın olması örneklem sayısının yeterince artırıldığı takdirde aradaki ilişkinin anlamlı olabileceği yönünde düşündürmektedir.
- Hastanenin eğitim araştırma rolü olup olmaması ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p=0,552$).

Tablo 4: Algılanan Kurumsal Performans ile Personel Devir Hızı ve İş Tatmini Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	R	R ²	Ayarlanmış R ²	B	St. Hata	Beta	t	p	Varyans Etkileme Faktörü (VIF)
Sabit				1,651	0,395		4,183	0,000	
Personel Devir Hızı	0,704	0,495	0,466	0,006	0,003	0,256	2,064	0,046	1,030
İş Tatmini				0,579	0,117	0,614	4,965	0,000	1,030

Bağımlı Değişken: Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi

Bağımsız Değişkenler: Personel Devir Hızı, İş Tatmini

($F=16,681$, $p=0,000$, $Adj R^2=0,466$)

Tablo 5'te analizde anlamlı ilişki bulunmadığı için modelin dışında bırakılan değişkenler gösterilmektedir.

Tablo 5: Algılanan Kurumsal Performans ile Model Dışında Kalan Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Beta In	t	p	Tolerans	Varyans Etkileme Faktörü
Algılanan Kurumsal Performans	Örgütsel Bağlılık	0,193	0,710	0,482	0,223	4,477
	Yatak Sayısı	-0,209	-1,683	0,102	0,998	1,002
	Yatak Doluluk Oranı	0,237	1,860	0,072	0,936	1,069
	EAH Olma Durumu	0,078	0,601	0,552	0,992	1,008
	F			16,681		
	p			0,000		
	Adj. R ²			0,466		

Bağımlı değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 6'da gösterilmekte olup, kalite puanı ile algılanan kurumsal performans puanı arasında ($p=0,535$) ve kalite puanı ile verimlilik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,100$). Algılanan kurumsal performans ve verimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p=0,021$). Korelasyon katsayısının $0,26-0,49$ arasında olması zayıf ilişki olduğunu göstermektedir (Köse, 2008). Bu nedenle bu iki değişken arasındaki ilişkinin pozitif yönlü, ancak zayıf şiddetli olduğu söylenebilir ($r=0,388$).

Tablo 6: Algılanan Kurumsal Performans, Verimlilik Puanı ve Kalite Puanı Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Değişkenler		1	2	3
1- Algılanan Kurumsal Performans	r	1		
	p			
	n	38		
2- Kalite Puanı	r	0,108	1	
	p	0,535		
	n	35	35	
3- Verimlilik Puanı	r	0,388*	0,287	1
	p	0,021	0,100	
	n	35	34	35

* Korelasyon $p= 0.05$ düzeyinde anlamlıdır (Çift kuyruk).

Algılanan kurumsal performans ve verimlilik puanı arasındaki ilişkinin daha detaylı analizi için basit regresyon yapılmıştır. Tablo 7'de bu analize dair bulgular gösterilmektedir. Algılanan kurumsal performans ve verimlilik değişkenleri arasında düşük şiddette, pozitif ($R^2=0,150$) yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($t=2,415$; $p=0,021$). Analizden elde

edilen veriler ışığında, algılanan kurumsal performans düzeyindeki her bir birimlik artışın kurumsal verimlilik düzeyinde %39 oranında artış sağlayacağı söylenebilmektedir (Beta=0,388).

Tablo 7: Algılanan Kurumsal Performans ve Verimlilik Puanı Arasındaki Basit Regresyon Analizi

Değişken	R	R ²	F	B	St. Hata	Beta	t	p	Varyans Etkileme Faktörü (VIF)
Sabit				49,794	16,152		3,083	0,004	
Algılanan Kurumsal Performans	0,388	0,150	5,832	10,554	4,370	0,388	2,415	0,021	1,000

Bağımlı Değişken: Verimlilik Puanı

Bağımsız Değişken: Algılanan Kurumsal Performans

TARTIŞMA

Bu çalışmada hastanelerdeki insan kaynakları faktörlerinin (personelin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve personel devir hızı) kurumsal performansa etkilerinin olup olmadığı incelenmiştir. Hastanelerin yatak sayısı, yatak doluluk oranı ve eğitim araştırma hastanesi olup olmama durumları kontrol değişkenleri olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmacılar iş tatmini ve örgütsel bağlılık ile kurumsal performans ve başarı arasında güçlü bir ilişki olduğunu (Khanka, 2006) ve hizmet kalitesinin de güçlü bir belirleyicisi olduğunu düşünülmektedir (Al-dalahmeh ve ark., 2018).

Kim (2004) iş tatmininin kurumsal performans üzerine en etkili olan bireysel bir faktör olduğunu belirtmektedir. Jones ve arkadaşları (2009) iş tatmini ile işyeri performansı arasında pozitif ve güçlü bir ilişki bulmuşlardır. Benzer bir şekilde Latif ve arkadaşları (2013) iş tatmininin kurumsal performans üzerine olumlu yönde etkileri olduğunu tespit etmişlerdir. Samwel (2018) iki yüz elli çalışan üzerinde yaptığı araştırmasında iş tatmini ile kurumsal performans arasında pozitif ve önemli düzeyde bir ilişki olduğunu tespit etmiştir ve iş tatmininin, kurumsal performansın %90'ını açıkladığını belirtmektedir (R²=0,905). Al-dalahmeh ve arkadaşları (2018) iş tatmini ve örgütsel performans arasında pozitif bir korelasyon olduğunu bulmuşlar (R=0,463) ve kurumsal performanstaki değişimin %22'sinin iş tatmini ile açıklanabildiğini görmüşlerdir (R²=0,215). Chang ve Huang (2010) yöneticiler ile yaptıkları çalışmada iş tatmini ve kurumsal etkinlik arasında anlamlı ve pozitif bir ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (B=0,45, t=7,07, p<0,001). Yapılan çalışmalar personel tatmininin kurumsal performansı artırdığına, ilave olarak bunun tersi olarak da kurumsal performansı başarılı kurumlarda personel tatminin de arttığını göstermektedirler (Cole ve Cole, 2005). Benzer şekilde Bakotic (2016) çalışanların iş tatmini ile örgütsel performansının her iki yönde de ilişkili olduğunu ancak bu ilişkinin oldukça zayıf bir yoğunluğa sahip olduğunu belirtmektedir.

Bu çalışmada iş tatmininin hem kurumsal kalite (p=0,750), hem de verimlilik (p=0,737) ile ilişkilerinde istatistiksel olarak anlamlılık görülmemektedir. Diğer yandan, algılanan kurumsal performans ile arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Bu ilişki olumlu yönde ve orta düzeydedir (B=0,579). İş tatminindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %58'lik bir artışa neden olacağı söylenebilmektedir.

Katou ve Budhwar (2010) çalışanların bağlılığını da içeren tutumlarının, örgütsel performans üzerinde doğrudan olumlu etkisi olduğunu söylemektedir. Pinho ve arkadaşları (2014) çalışmalarında örgütsel bağlılık ile örgütsel performans arasında çok zayıf bir ilişki bulunmuşlardır. Ancak, bu değişkenler arasındaki ilişkilerin beklenenden daha karmaşık olması nedeniyle alt boyutlarının da (duygusal, devamlılık ve normatif) dikkate alınması gerekebileceğini savunmaktadırlar. Torlak ve arkadaşları (2017) ise örgütsel bağlılığın alt boyutları ile yaptıkları çalışmada, her üç alt boyutunun bireysel iş performansı ile pozitif ve önemli bir ilişkisi varken, sadece duygusal bağlılık ve normatif bağlılık kurumsal performans arasında pozitif ilişki olduğu görmüşlerdir. Bu çalışmada örgütsel bağlılık alt boyutları irdelenmemiştir. İlerde yapılacak çalışmalarda örgütsel bağlılığın alt boyutları açısından analizlerin yapılması önerilmektedir. Abdullah ve Sofian (2012) içerisinde personel bağlılığının da yer aldığı manevi sermaye ile kurumsal performans arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir ($r = 0.620$, $p < 0.01$). Zhu ve arkadaşları (2013) örgütsel etkinlik ile kurumun algılanan finansal performansı arasında güçlü bir korelasyon tespit etmişlerdir ($r=0,65$). Bir başka çalışmada ise personel bağlılığı ile kurumun kalite sonuçları arasında önemli bir pozitif ilişki bulunmuştur (Dow ve ark., 1999).

Bu çalışmada kalite ($p=0,750$), verimlilik ($p=0,997$) ve algılanan kurumsal performans ($p=0,482$) ile örgütsel bağlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu kapsamda çalışmanın bu bölümü literatür ile uyumlu olmadığı görülmektedir.

Personel devir hızının kurumsal performansa etkilerine dair yapılan çalışmalarda farklı bakış açıları söz konusudur. Bazı çalışmalarda gönüllü personel devir hızının kurumsal performansa olumsuz etkileri olduğunu savunurken, bazı çalışmalarda da personel devir hızının kurumsal etkinliği azaltmadığını aksine arttırdığına dair kanıtlar sunulmaktadır (Shaw ve ark., 2005). Kurumdaki personel hareketliliğinin kurumlar arası inovasyon taşınmasına etkide bulunduğunu, dolayısı ile bu sürecin kuruma "yeni kan" ve yeni fikirler getirdiğini belirtmektedirler. Personel devir hızının çok düşük olması sonucunda kurumların hareketsiz olacağı ve bu hareketsizliğin de yeni fikirlerin tasarlanmaması ya da kullanılmamasına neden olacağını ve en nihayetinde kurumda elverişsizlik ve örgütsel etkinliğin azaltmasına yol açacağı düşünülmektedir (Dalton ve Todor, 1979).

Hayes ve arkadaşları (2012) gönüllü hemşire devir hızının hastalar ve sağlık kuruluşları üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğuna dair kanıtlar tespit etmişlerdir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada, en düşük hemşire devir hızı oranlarına sahip sağlık kuruluşlarının, riske uyarlı hasta ölüm oranlarında en düşük puanlara ve en düşük ortalama hasta yatış süresine sahip oldukları belirtilmiştir. Diğer yandan devir hızı oranı %22'yi aşan sağlık kuruluşlarında ise ortalama hasta yatış süresinin devir hızı en düşük olanlara göre 1,2 gün daha uzadığı görülmüştür. Bu sonucun hemşire devir hızının yüksek olmasının muhtemelen azalan verimlilik ve üretkenliğe neden olduğunu ve bunun da hasta bakımını etkilediğini belirtmişlerdir (Buchan, 2010). Alexander ve arkadaşları (1994) hemşire devir hızı ile hastane verimsizliği arasında, işletme maliyetleri açısından pozitif ve doğrusal bir ilişki tespit etmişlerdir. Park ve Shaw (2012) çalışmalarında devir hızı oranları ile kurumsal performans arasındaki ilişkiyi negatif bulunmuştur. Kurumlarda personel devir hızı oranları arttığında, işgücünün ve finansal performansının risk altında olduğunu belirtmektedirler. Buchan (2010) devir hızının kuruma olan etkilerinin, ayrılan personelin kıdem ve deneyimine bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini vurgulamaktadır. Personel devir hızını hesaplarken gönüllü ve gönülsüz devir hızlarının ayrı ayrı hesaplanmaması, ayrılan personelin iş deneyimine dair detaylı bilgi edinilememiş olmasının analizlerde sapmaya neden olabileceği belirtilmektedir.

Bu çalışmada personel devir hızı ile kalite ($p=0,750$) ve verimlilik ($p=0,591$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Diğer yandan, algılanan kurumsal performans ile pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p=0,046$). Hastane devir hızı oranında her bir birimlik artış, algılanan kurumsal performans puanı üzerinde %25'lik bir artış sağlamaktadır (Beta=0,256). Çalışmadan elde edilen bulgular literatürdeki pek çok çalışmanın aksine sonuç göstermektedir. Devir hızının gönüllü ve gönülsüz devir hızları olarak ayrı ayrı belirlenememiş olmasının ve ayrılan personelin kuruma katkılarının ne düzeyde olduğunun bilinmemesinin sonuçları etkileyebileceği göz önünde tutulmaktadır. Diğer yandan Dalton ve Todor'un (1979) argümanının doğru olabileceği, devir hızı yüksek olan hastanelerde taze kan gelmesi, inovasyona açık personelin işe alınması sonucunda performans düzeyinin yüksek olabileceği de akılda bulundurulması gereken önemli bir husustur.

Kurumsal performansı etkileyen faktörlerden birisinin kurum büyüklüğü olduğunu savunan ve bu konuda incelemeler yapan pek çok çalışma bulunmaktadır. Genel olarak kurum büyüklüğünün performansı olumsuz yönde etkilediği savunulmaktadır. Brah ve arkadaşları (2000) kurumun büyüklüğü ve performansı arasında negatif yönde ilişki olduğu görmüştür ($r=-0,23$, $p=0,05$). Hefty (1969) uzun vadeli ortalama maliyet eğrisi açısından hastanelerin en verimli olduğu yatak sayısını hesapladığı çalışmada, üretim ölçeğinin optimum noktadan öteye gittikçe maliyetlerin yavaşça yükselmekte olduğunu belirtmektedir. Minimum ortalama maliyet noktasının 200-300 yatak seviyeleri arasında olduğunu söylemektedir. Roh ve arkadaşları (2010) hastanelerin büyüklüğü ile verimlilikleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında küçük hastanelerde hesaplanan teknik verimliliği ortalama %88,2, orta ölçekli hastanelerde %131,3 ve büyük hastanelerde %79,3 olarak tespit etmişlerdir.

Bu çalışmada hem hastane yatak sayıları hem de yatak doluluk oranları ile kalite ($p=0,750$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Aynı şekilde hastane yatak sayıları ($p=0,614$) ve yatak doluluk oranları ($p=0,103$) ile verimlilik sonuçları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Algılanan kurumsal performans düzeyi ile yatak sayısı ($p=0,102$) ve yatak doluluk oranı ($p=0,072$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ancak yatak doluluk oranının p değerinin 0,05'e yakın olması dikkat çeken bir unsurdur. Örneklem sayısının daha fazla olması durumunda bu ilişkinin oluşabileceğine işaret etmektedir. Elde edilen bulgular ışığında çalışmamızın sonuçlarının literatür ile tam olarak uyumlu olmadığı söylenebilir.

Wilson ve Carey (2004) eğitim veren hastanelerin verimsiz olduklarını, bunun yatak sayılarının fazla olması ile açıklanabileceğini söylemektedirler. Scuffham ve arkadaşları (1996) eğitim hastanelerindeki ortalama yatış süresinin yüksek olması nedeniyle en yüksek marjinal maliyete sahip hastaneler olduğunu ve bu hastanelerde daha ciddi vakalar için geniş bir tedavi hizmeti sağlanmasının hastaneler için yüksek masraflar oluşturduğunu belirtmektedir.

Bu çalışmada eğitim ve araştırma hastanesi olma durumu ile kurumsal kalite ($p=0,750$) ve algılanan kurumsal performans düzeyi ($p=0,552$) ile anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Sadece kurumsal verimlilik ile istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur ($p=0,038$). Eğitim araştırma hastanesi olmayanların ortalama verimlilik düzeyinin (ort=90,24), olan hastanelere göre (ort=87,52) yüksek olduğu görülmüştür ($t=1,797$, $sd=33$ ve $p=0,041$). Aradaki fark çok fazla olmamasına rağmen, anlamlı ve literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Kurumsal kalite ile kurumun performans sonuçlarını inceleyen çalışmalar bu iki değişken arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğunu göstermektedir. Miyagawa ve Yoshida (2010) toplam kalite yönetimi stratejisinin, verimlilik artışı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedirler. Alsharari ve arkadaşları (2018) sağlık hizmeti kalitesine yönelik tutumlar ile

kurumsal performans arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Bir başka çalışmada ise kalite sistemini ($\beta=0,211$) kurum performansı üzerinde en temel etki eden faktörlerden biri olarak tespit edilmiştir (Koç, 2011). Agus (2001) tarafından yapılan çalışmada, toplam kalite yönetiminin finansal performans üzerinde oldukça yüksek ve olumlu bir etkisi bulunmuştur. Brah ve arkadaşları (2000) kurumların, toplam kalite yönetimi uygulamalarını artırdığında hem finansal performans hem de yönetsel performanslarının artmakta olduğunu tespit etmişlerdir. Nayar ve Özcan (2008) teknik açıdan verimli olan hastanelerin kalite ölçütleri açısından iyi performans gösterdiğini görmüşlerdir.

Bu çalışmada kurumsal düzeyde yapılan analizlerde kalite, verimlilik ve algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında kalite ve verimlilik arasında ($p=0,100$) ve kalite ve algılanan kurumsal performans düzeyi arasında ($p=0,535$) anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ancak verimlilik ve algılanan kurumsal performans arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,021$, korelasyon katsayısı= $0,388$). Kurumsal boyutta algılanan performans düzeyi ve verimlilik puanı değişkenleri arasında düşük şiddette, pozitif ($R^2=0,150$) yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($t=2,415$; $p=0,021$). Analizden elde edilen veriler ışığında, algılanan kurumsal performans düzeyindeki her bir birimlik artışın kurumsal verimlilik puanı düzeyinde %39 oranında artış sağlayacağı söylenebilmektedir (Beta= $0,388$). Bu bağlamda literatürden farklı olarak, kalite ve verimlilik arasında ilişki görülmemiştir. Ancak algılanan kurumsal performans ve verimlilik arasında ilişki olması dikkat çeken bir husustur. Nitekim algılanan kurumsal performansı etkileyen örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenlerinin örneklem sayısı daha büyük olduğu takdirde, verimlilik değişkenini de etkileyebileceği yönünde düşünülmesine yol açmaktadır. Bu nedenle ilerleyen araştırmalarda hastane sayısının artırılarak analizler yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektörü kendi karmaşık yapısında diğer pek çok sektörden farklı bir şekilde yönetilen ve değerlendirilen bir hizmet sektörüdür. Sağlık hizmeti veren kurumlar, birincil amaç olarak hastaya kaliteli tıbbi tedavi hizmeti sağlamanın yanı sıra, diğer tüm kurumlarda olduğu gibi mümkün olduğunca verimli bir şekilde hizmet verme zorunluluğuyla karşı karşıyadır. Bu hedeflere eş zamanlı olarak ulaşmak bir veya daha fazla boyutta performansı iyileştirme çabalarını bir arada yürütme zorunluluğunu gerektirmektedir. Ayrıca sürekli değişen dış çevre şartları, bu hizmetin istenilen düzeyde verilmesini de her geçen gün daha da zorlaştırmaktadır. Bu nedenlerden dolayı sağlık kurumlarında yüksek performans sağlamak için sadece finansal kaynakları verimli bir şekilde kullanmaya odaklanılmamalı, aynı zamanda kurumun elinde tuttuğu insan sermayesini de en etkili şekilde kullanmaya çaba gösterilmelidir.

İnsan kaynağı bir kurumu diğerlerinden farklılaştıran en önemli kaynaklarından birisidir. Her geçen gün daha fazla rekabet ortamı içinde hizmet veren hastanelerde, başarılı olmak isteyen kurumların öncelikli olarak kendi içyapılarına yönelik düzeltici faaliyetleri uygulamaları önem arz etmektedir. Bu kapsamda yöneticilerin daha mutlu ve üretken personeller elde etmek üzere yapılması gereken kurum içi düzenlemelerin neler olacağı üzerinde kafa yormaları gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Abdullah, D. F. ve Sofian, S. (2012). The relationship between intellectual capital and corporate performance. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 40, 537-541.

Adair, C. E., Simpson, E., Casebeer, A. L., Birdsell, J. M., Hayden, K. A. ve Lewis, S. (2006). Performance measurement in healthcare: part I—concepts and trends from a state of the science review. *Healthcare Policy*, 1(4), 85.

Agus, A. (2001). A linear structural modelling of total quality management practices in manufacturing companies in Malaysia. *Total Quality Management*, 12(5), 561-573.

Alatawi, M. A. (2017). Can transformational managers control turnover intention?. *SA Journal of Human Resource Management*, 15(1), 1-6.

Al-dalahmeh, M., Khalaf, R. ve Obeidat, B. (2018). The effect of employee engagement on organizational performance via the mediating role of job satisfaction: The case of IT employees in Jordanian banking sector. *Modern Applied Science*, 12(6), 17-43.

Alexander, J. A., Bloom, J. R. ve Nuchols, B. A. (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: an organization-level analysis. *Industrial relations: a journal of economy and society*, 33(4), 505-520.

Alsharari, Y. S., bin Aziz, F. S., Taib, C. A. B., ve Yusoff, R. Z. (2018). The Impact of Attitudes towards Healthcare Service Quality on Organisational Performance: Evidence from the Saudi Arabia. *5(1)*, 1-12.

Altaş, S. S. ve Çekmecelioglu, H. G. (2015). Örgütsel adalet algısının iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş performansı üzerindeki etkileri: Okul öncesi öğretmenleri üzerinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 29(3), 421-439.

Ateş, H., Kırılmaz, H. ve Aydın, S. (2007). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği (1. Baskı). Ankara: Asil.

Bakotic, D. (2016). Relationship between job satisfaction and organisational performance. *Economic research-Ekonomska istraživanja*, 29(1), 118-130.

Baycan, A. (1985). An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups. *Boğaziçi Üniversitesi SBE Doktora Tezi*, İstanbul.

Brah, S. A., Li Wong, J., ve Madhu Rao, B. (2000). TQM and business performance in the service sector: a Singapore study. *International Journal of Operations & Production Management*, 20(11), 1293-1312.

Brah, S. A., ve Ying Lim, H. (2006). The effects of technology and TQM on the performance of logistics companies. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 36(3), 192-209.

Buchan, J. (2010). Reviewing the benefits of health workforce stability. *Human resources for health*, 8(1), 29.

Chamanifard, R., Nikpour, A., ve Chamanifard, S. (2015). The effect of social capital on organizational performance: The mediating role of employee's job satisfaction. *International Review of Management and Business Research*, 4(3), 853-860.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Chang, W. J. A. ve Huang, T. C. (2010). The impact of human resource capabilities on internal customer satisfaction and organisational effectiveness. *Total Quality Management*, 21(6), 633-648.

Cole, L. E. ve Cole, M. S. (2005). Employee satisfaction and organisational performance: A summary of key findings from applied psychology. Retrieved September, 2(2011), 1-11.

Dalton, D. R. ve Todor, W. D. (1979). Turnover turned over: An expanded and positive perspective. *Academy of management review*, 4(2), 225-235.

Dow, D., Samson, D. ve Ford, S. (1999). Exploding the myth: do all quality management practices contribute to superior quality performance?. *Production and operations management*, 8(1),1-27.

Ferguson, K. L. ve Reio Jr, T. G. (2010). Human resource management systems and firm performance. *Journal of Management Development*, 29(5), 471-494.

Gümüş, S. (2012). Motivasyonun Örgütsel Bağlılığa ve Performansa Etkisi (Vol. 51). İstanbul: Hiperlink Eğitim. İlet. Yay. San. Tic. ve Ltd. Şti.

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... & North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review—an update. *International journal of nursing studies*, 49(7), 887-905.

Hefty, T. R. (1969). Returns to scale in hospitals: a critical review of recent research. *Health Services Research*, 4(4), 267.

Jones, M. K., Jones, R. J., Latreille, P. L. ve Sloane, P. J. (2009). Training, job satisfaction, and workplace performance in Britain: Evidence from WERS 2004. *Labour*, 23, 139-175.

Karaman, R. (2009). İşletmelerde performans ölçümünün önemi ve modern bir performans ölçme aracı olarak balanced scorecard. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 8(16), 410-427.

Katou, A. A. ve Budhwar, P. S. (2010). Causal relationship between HRM policies and organisational performance: Evidence from the Greek manufacturing sector. *European management journal*, 28(1), 25-39.

Khanka, S. S. (2006). *Organisational Behaviour*. S. India: Chand Publishing.

Kim, S. (2004). Individual-level factors and organizational performance in government organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(2), 245-261.

Koç, T. (2011). The relationship between TQM and performance in SMEs: the mediation effect of failure. *International Journal of Industrial Engineering: Theory, Applications and Practice*, 18(4), 203-218.

Koçel, T. (2015). *İşletme Yöneticiliği 16. Baskı*. İstanbul: Beta Yayınevi.

Koparal, C. (ed). (2004). *Yönetim Organizasyon*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

La Forgia, G. M. ve Couttolenc, B. F. (2008). Hospital Performance in Brazil The Search for Excellence. Washington: The Word Bank.

Latif, M. S., Ahmad, M., Qasim, M., Mushtaq, M., Ferdoos, A., ve Naeem, H. (2013). Impact of employee's job satisfaction on organizational performance. European Journal of Business and Management, 5(5), 166-171.

Martins, H., ve Proença, T. (2012). Minnesota Satisfaction Questionnaire– Psychometric properties and validation in a population of Portuguese hospital workers. FEP Journal–Economics & Management: Working Paper, 471, 123.

Miyagawa, M., ve Yoshida, K. (2010). TQM practices of Japanese-owned manufacturers in the USA and China. International Journal of Quality & Reliability Management, 27(7), 736-755.

Nayar, P. ve Ozcan, Y. A. (2008). Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality. Journal of medical systems, 32(3), 193-199.

Özcan, A. P. D. I., Aba, A. P. D. G., ve Ateş, M. (2016). Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyinin ve iş doyumunun beklenen personel devir hızı üzerine etkisi. Sağlık Ekonomisi, 4, 465-70.

Papanicolas, I, ve Smith, P. C. (Ed.) (2013). Health System Performans Comparison An Agenda for Policy, Information and Research. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. The USA.

Park, T. Y. ve Shaw, J. D. (2013). Turnover rates and organizational performance: A meta-analysis. Journal of applied psychology, 98(2), 268-309.

Pinho, J. C., Rodrigues, A. P., & Dibb, S. (2014). The role of corporate culture, market orientation and organisational commitment in organisational performance. Journal of Management Development.

Porter, M. (2010). What is value in health care? The New England Journal of Medicine, 363 (26), 2477-2481.

Powell, M., Dawson, J., Topakas, A., Durose, J. ve Fewtrell, C. (2014). Staff Satisfaction and Organisational Performance: Evidence From a Longitudinal Secondary Analysis of The NHS Staff Survey and Outcome Data. Health Serv Deliv Res 2(50).

Roh, C. Y., Jae Moon, M. ve Jung, C. (2010). Measuring performance of US nonprofit hospitals: do size and location matter?. Public Performance & Management Review, 34(1), 22-37.

Russo, A. T. (2000). Minimizing Employee Turnover by Focusing on the New Hire Process. Universal-Publishers. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). North Central University, Arizona.

Samwel, J. O. (2018). Effect Of Job Satisfaction on Employees' Commitment and Organizational Performance - Study of Solar Energy Companies in Lakezone Regions, Tanzania. International Journal of Economics, Commerce and Management. 6(4) 823-835.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Scuffham, P. A., Devlin, N. J. ve Jaforullah, M. (1996). The structure of costs and production in New Zealand public hospitals: and application of the transcendental logarithmic variable cost function. *Applied Economics*, 28(1), 75-85.

Shaw, J. D., Gupta, N. ve Delery, J. E. (2005). Alternative conceptualizations of the relationship between voluntary turnover and organizational performance. *Academy of management journal*, 48(1), 50-68.

Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. ve Leatherman, S. (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects*. The UK: Cambridge University Press.

Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.).(2013). *Hastane Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Torlak, N. G., Kuzey, C. ve Ragom, M. (2018). Human resource management, commitment and performance links in Iran and Turkey. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 67(9), 1994-2017.

Vigoda-Gadot, E. ve Drory, A. (Eds.). (2006). *Handbook of Organizational Politics*. The UK: Edward Elgar Publishing.

Wasti, S. A. (2000). Meyer ve Allen'in üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi. 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27.

West, M., ve Dawson, J. (2012). *Employee engagement and NHS performance*. London: King's Fund.

Wilson, P. W. ve Carey, K. (2004). Nonparametric analysis of returns to scale in the US hospital industry. *Journal of Applied Econometrics*, 19(4), 505-524.

Yücel, İ. ve Koçak, D. (2015). *Örgüt Kültürü, Personel Güçlendirme ve Örgütsel Bağlılık*. Türkiye: Eğitim Yayınevi.

Zhu, C. J., Cooper, B. K., Thomson, S. B., De Cieri, H. ve Zhao, S. (2013). Strategic integration of HRM and firm performance in a changing environment in China: the impact of organisational effectiveness as a mediator. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(15), 2985-3001.

SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMLERİNİN AKADEMİK PERFORMANSLARININ ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMLERİYLE SIRALANMASI

RANKING OF ACADEMIC PERFORMANCE OF HEALTHCARE MANAGEMENT DEPARTMENTS BY USING MULTIPLE CRITERIA DECISION-MAKING METHODS

Öğr. Gör. Özgür İNCE

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Doktora Öğrencisi,
ozgurince@yahoo.com, orcid.org/0000-0002-6875-9115

Doç. Dr. Selma SÖYÜK

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
selmasoyuk@hotmail.com, orcid.org/0000-0001-9822-9417

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (17.08.2020-11.11.2020)

Özet

Son zamanlarda akademik performans kavramı, üzerinde en çok tartışılan konulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, çok kriterli karar verme yöntemleri kullanılarak sağlık yönetimi bölümlerinin akademik performanslarının değerlendirilmesi ve üniversiteler/bölümler arası karşılaştırılmasıdır. Çalışmada, COPRAS, MOORA ve TOPSIS yöntemleri kullanılmıştır. Alternatifler YÖK Atlas üzerinden yapılan sağlık yönetimi bölümleri araması sonucunda ulaşılan 80 sağlık yönetimi bölümü evren olarak kabul edilmiştir. Çalışmada örneklem ise evrenin %10'u olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilecek üniversitelerin seçimi için ÖSYM'nin yayınladığı “2019-YKS Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler (Tablo – 4)” adlı raporda yer alan veriler kullanılmış ve “En Büyük Puan” türüne göre sıralama yapılmıştır. Örneklem kapsamında 8 üniversite çalışmaya dahil edilmiştir. Kriterler ise Kaptanoğlu ve Özok (2006)'un yaptıkları çalışmadaki “Akademik Performans Değerlendirmesi – APD” ölçütleri arasından belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda oluşturulan sıralamada altıncı sırada yer alan ve çalışmada Alternatif 6 (A6) olarak isimlendirilen üniversite/bölüm genel olarak COPRAS, MOORA ve TOPSIS yöntemlerine göre birinci sırada yer almıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Akademik Performans, ÇKKV, COPRAS, MOORA TOPSIS.



Abstract

Currently, the concept of academic performance has emerged as one of the most discussed topics. The aim of this study is to evaluate the academic performance of healthcare management departments by using multi-criteria decision-making methods and to compare them between universities/departments. COPRAS, MOORA, and TOPSIS methods were used in the study. Alternatives 80 healthcare management departments reached as a result of a search for healthcare management departments via YÖK Atlas were accepted as the universe. The sample in the study was determined as 10% of the population. For the selection of the universities to be included, the data in the "Numerical Information on 2019-YKS Placement Results (Table - 4)" report published by ÖSYM was used and the ranking was made according to the "Highest Score" type. Within the scope of the sample, eight universities were included in the study. The criteria were determined among the "Academic Performance Evaluation" criteria in the study of Kaptanoğlu and Özok (2006). The university/department, which was ranked sixth in the ranking created as a result of the analysis and named as Alternative 6 (A6), ranked first according to the COPRAS, MOORA, and TOPSIS methods.

Key Words: Healthcare Management, Academic Performance, MCDM, COPRAS, MOORA, TOPSIS.

GİRİŞ

Çağdaş yaşamın önemli kurumlarının başında hiç şüphesiz üniversiteler gelmektedir. Eğitim kavramının önemli bir yansıması olan üniversitelerin, eğitimde ve toplumsal yaşamda farklı bir değeri söz konusudur (Arap, 2010). Bununla beraber, üniversiteler birçok konuda sorgulanan kurumlardan biri olarak gösterilmektedir. Hem ulusal hem de uluslararası boyutta yüksek öğretim kurumlarının performansları, aileler, öğrenciler, karar vericiler ve ilgili kurumlar vb. gibi birçok farklı paydaş tarafından dikkatle takip edilen bir konu haline gelmiştir (McKeown-Moak, 2013). Takip edilen konulardan dikkat çeken ise performans kavramıdır. Performans kavramının üniversitelerdeki en önemli belirleyicisi konumunda ise akademik personel bulunmaktadır (Esen ve Esen, 2015).

Performans kavramı Karasoy (2014) tarafından "İş yapan bir bireyin, grubun ya da bir teşebbüsün o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak neyi sağlayabildiğinin kalite ve miktar olarak anlatımı" olarak tanımlanmıştır. Performans değerlendirme ise Söyük (2020)'e göre "Kişilerin, birimlerin ya da kurumların performanslarının önceden belirlenmiş standartlara göre ya da benzer pozisyonda çalışanların performansları temelinde ölçülmesini içeren bir süreç" olarak tanımlanmıştır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere performans yönetiminin iki yönü vardır. Birincisi, kurumsal performansın ölçülmesi; ikincisi ise kurumsal performans içinde bireysel performansın ölçülmesi ve değerlendirilmesidir (Söyük, 2020).

Akademik performans kavramı, dünyada ve Türkiye'de çeşitli kriterlerle değerlendirilmektedir. Yine aynı şekilde akademik performans değerlendirmesinde, ülkeden ülkeye farklılık göstereceği gibi aynı ülke içinde bile farklı uygulamalar görülebilmektedir. Bununla beraber akademik performansın ölçülmesinde kullanılan yaygın ölçütler de mevcuttur. Bu ölçütler, patentler, yayınlar, lisanslar ve atıflar olarak özetlenebilir. Bu ölçütlerin içinde de makaleler ve bu makalelerin yayımlandığı dergilerin aldığı atıf sayıları da yaygın ölçütler içinde en fazla öneme sahip değerlendirmelerdir (Karabacak, Küçük ve Korkmaz, 2020).

Üniversite ekosisteminde çeşitli nedenlerden dolayı birçok değişim yaşanmaktadır. Rekabet, üniversite sayılarındaki artış, toplumsal beklenti ve toplum yapısında görülen değişimler, özel üniversite kavramının yaygınlaşması ve yüksek öğretimde kalite anlayışının hayata geçirilmek istenmesi bu değişime yol açan nedenlerden birkaçı olarak gösterilebilmektedir. Yaşanan bu



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

değişimler nedeniyle de üniversitelerin performansı noktasında temel öge olan akademik personelin performansı ve değerlendirilmesi daha önemli bir konu haline gelmiştir (Esen ve Esen, 2015).

Üniversitelerin temel görevlerinden biri ve aynı zamanda da ana amacı, bilimsel çalışmalar yapmak, bilgi birikimine katkıda bulunmak ve bu bilgiyi yaymaktır. Bu noktada da akademik personelin ve akademik personelin araştırma performansının önemi ortaya çıkmaktadır. Akademik personelin performansının yüksek olması üniversitelerin performansını olumlu yönde etkilemekte ve üniversitelerin amacına ulaşmasında önemli bir adım olmaktadır. Bu noktada, performans artışını sağlayacak birçok uygulama görülmektedir. Bunlardan biri de akademik teşvik ödeneğidir. Bu ödeneğin amacı, akademik personelin performansının artırılmasıdır. 2016 yılından itibaren uygulamaya konulan akademik teşvik ile akademisyenlere ek ödeme yapılarak performans artışının sağlanması amaçlanmıştır. Akademik teşvik uygulamasında performans kriterleri olarak, proje, araştırma, yayın, patent, alıntı, tebliğ ve ödül gibi çeşitli akademik faaliyetler yer almaktadır (Turhan ve Erol, 2017).

Sağlık Yönetimi ve Eğitimi

Sağlık yönetimi mesleğinin tarihsel gelişimi incelendiğinde, mesleğin 1900'lü yılların başında ABD'de özel hastanelerin yöntemi konusunda yapılan tartışmalarla gündeme geldiği görülmektedir. 1929 yılında ise Michael Davis tarafından ele alınan "Hospital Administration A Career" adlı eser sağlık yönetiminin meslekleşmesi adına önemli bir adım olarak kabul edilmektedir (Çimen, 2010).

Üniversite eğitimi noktasında ise Türkiye'de sağlık yöneticisi ihtiyacını karşılamak amacıyla 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) bünyesinde kurulan Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, ilk örnek olarak kabul edilmektedir (Şener, Erdem ve Akçakanat, 2010; Söyük ve Gün, 2017). Kuruluşundan bir süre sonra Hacettepe Üniversitesi ile yine aynı adla eğitim faaliyetine devam etmiştir (Uzuntarla, 2017). Sonrasında yaygınlaşan sağlık yönetimi eğitimi Türkiye'de çeşitli üniversiteler tarafından açılması tercih edilen popüler bir bölüm haline gelmiştir. 2019 yılı itibarıyla ise yüksek öğretim kurumunun web uygulaması olan YÖK Atlas üzerinden yapılan sağlık yönetimi bölümleri araması sonucunda 80 (55 devlet, 21 vakıf ve 4 KKTC) üniversitede sağlık yönetimi bölümü eğitim faaliyetlerine devam etmektedir.

Üniversiteler gibi eğitim kurumları ulusal ve uluslararası kalkınmada önemli görevleri olan kurumlardır. Kalkınma için gerekli olan nitelikli insan gücü, araştırma ve geliştirme faaliyetleri bu kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Bununla beraber son dönemlerde üniversitelerin performansının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi büyük önem kazanmıştır. Bu değerlendirme her üniversitenin gelişmesine rehberlik edebilecek bir yol sunmaktadır (Wu, Chen, Chen ve Zhuo, 2012). Akademik performans birçok farklı ölçütlerin veya kriterlerin bir arada kullanılarak bir akademik personel için ortaya çıkardığı değer olarak ifade edilebilir. Ancak bu değerlendirmeyi yapabilmek için kolay, esnek, akademik personelin tüm verilerinin aynı nitelikte olabileceği ve sözel verilerin sayısallaştırılabildiği bir değerlendirme modeli mevcut değildir (Ertuğrul, 2006). Bununla beraber, akademik performansa atıf yapan Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği (2018) performans için kullanılan kriterleri ifade etmektedir. Akademik performans değerlendirmesi, kalite ve akreditasyon için önemli bir göstergedir. Bu değerlendirmenin yapılabilmesi için farklı birçok kriter kullanılmakta ve Çok Kriterli Karar Verme (ÇKKV) yöntemleri bu değerlendirmeler için tercih edilmektedir (Kaptanoğlu ve Özok, 2006).

ÇKKV yöntemleri karmaşık problemlerin çözülmesinde yararlanılan operasyonel değerlendirme ve karar destek yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Çelişen hedefler, belirsizlik durumu, farklı şekilde veriler, farklı görüşler ve bakış açıları gibi durumlarda çözüm için kullanılan ÇKKV yöntemleri, sağlık hizmetlerinde kullanılmasının yanı sıra sosyal, ekonomik, tarımsal, endüstriyel, ekolojik ve biyolojik sistemlerde de sıklıkla kullanılmaktadır (Wang, Jing, Zhang ve Zhao, 2009). Son dönemlerde çok fazla kullanıldığı görülen ÇKKV yöntemleri, eski yöntemlerin gelişimi ve yeni yöntemlerin ortaya çıkmasıyla daha fazla önem kazanmıştır (Velasquez ve Hester, 2013). Analitik Hiyerarşi Süreci (Analytic Hierarchy Process - AHP), Elimination and Choice Translating Reality (ELECTRE), Zenginleştirme Değerlendirmesi için Tercih Sıralaması Organizasyon Yöntemi (Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluation - PROMETHEE), İdeal Çözüme Benzerlik Yoluyla Tercih Sıralama Tekniği (Technique for Order Preferences by Similarity to Ideal Solutions - TOPSIS), Çok Kriterli Optimizasyon ve Uzlaşık Çözüm (Vise Kriterijumska Optimizacija I Kompromisno Resenje - VIKOR), Oran Analizi Temeline Dayalı Çok Amaçlı Optimizasyon Yöntemi (Multi-Objective Optimization by Ratio Analysis - MOORA), Karmaşık Oransal Değerlendirme (Complex Proportional Assessment - COPRAS) gibi yöntemler ÇKKV yöntemleri arasında kullanılan yöntemlere örnek olarak gösterilebilmektedir.

COPRAS Yöntemi

Zavadskas ve Kaklauskas (1996) tarafından ortaya konulan ÇKKV yöntemlerinden biri olan COPRAS yöntemi, ölçütlerin maksimize ve minimize edilerek alternatiflerin sıralanması için kullanılmaktadır (Podvezko, 2011). COPRAS yöntemi birçok farklı alanda uygulamaları olan bir yöntem olarak göze çarpmaktadır. Fouladgar vd. (2012) çalışmalarında, bakım stratejisi seçim problemini ele almışlardır. Uygulanabilir bakım stratejisi belirlemek için AHP ve COPRAS yöntemleri kullanılmıştır. Aghdaie vd. (2013) çalışmalarında pazar segmenti seçim problemini ele almışlardır. Bir sandalye üretim firması üzerinden yapılan çalışmada bulanık AHP ve COPRAS – G yöntemleri kullanılmıştır. Zolfani ve Bahrami (2014), İran’da önceliği belirlenecek olan endüstri seçim problemini çalışmalarına konu edinmiştir. Biyomedikal Mikro Elektromekanik Sistemler (BioMEMS), Nano Teknoloji, Biyoteknoloji ve Biyomedikal Mühendisliği olmak üzere 4 endüstri arasından önceliğin belirlenmesi için SWARA ve COPRAS yöntemleri kullanılmıştır. COPRAS yöntemi 5 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar şu şekilde özetlenebilir (Özbek, 2017);

Karar Matrisini Oluşturulması: Karar matrisinin (X) oluşturulması karar vericiler tarafından yöntemin ilk adımı olarak başlangıç aşamasında oluşturulmaktadır. Eşitlik (1)’de verildiği üzere karar matrisinde satırlar karar seçeneklerini; sütunlar ise ölçütleri ifade etmektedir.

$$X_{ij} = \begin{bmatrix} x_{11} & x_{12} & \dots & x_{1n} \\ x_{21} & x_{22} & \dots & x_{2n} \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ x_{n1} & x_{n2} & \dots & x_{mn} \end{bmatrix}$$

(1)

i , karar seçeneklerini ($i = 1, 2, 3, \dots, m$); j , ölçütleri ($j = 1, 2, 3, \dots, n$) ifade etmektedir.

Karar Matrisinin Standart Hale Getirilmesi: Bu adımda Eşitlik (2)’de verilen formül yardımıyla karar matrisi normalize edilmiş karar matrisine dönüştürülür. g_j ölçüt ağırlıklarını ifade etmektedir.

$$d_{ij} = \frac{x_{ij}g_j}{\sum_{i=1}^m x_{ij}} \quad i = 1, m; \quad j = 1, n$$

(2)

Formülasyonda ağırlıklandırma işlemi için kullanılan ve d_{ij} değerinin toplamı ilgili ölçütlerin ağırlık değerine eşit olan g_j ise Eşitlik (3)'de verilen formül ile hesaplanmaktadır.

$$g_j = \sum_{i=1}^m d_{ij} \quad i = 1, m; \quad j = 1, n \quad (3)$$

Ağırlıklı Normalize İndekslerin Toplanması: Bu aşamada S_{+i} ve S_{-i} değerleri hesaplanmaktadır. Minimizasyon yönlü S_{-i} değerinin en küçük değeri; maksimizasyon yönlü S_{+i} değerinin ise en büyük değeri olması amaca erişmek için en yüksek durumu ifade etmektedir (Eşitlik (4)).

$$S_{+i} = \sum_{j=1}^n d_{+ij}; \quad S_{-i} = \sum_{j=1}^n d_{-ij} \quad i = 1, m; \quad j = 1, n \quad (4)$$

Alternatiflerin Göreceli Öneminin Hesaplanması: Eşitlik (5) yardımıyla bulunan, Q_j ile ifade edilen ve karşılaştırılan alternatiflerin göreceli önem değeri bu adımda hesaplanmaktadır.

$$Q_j = S_{+i} + \frac{S_{-min} \sum_{i=1}^m S_{-i}}{S_{-i} \sum_{i=1}^m \frac{S_{-min}}{S_{-i}}} \quad i = 1, m; \quad j = 1, n \quad (5)$$

Alternatiflerin Fayda Derecesinin Belirlenmesi: Eşitlik (6) alternatiflerin fayda derecesinin hesaplanmasında kullanılmaktadır. Bu hesaplama sonunda fayda derecesi 100 olan alternatif en iyi seçeneği ifade etmektedir.

$$N_j = \left(\frac{Q_j}{Q_{max}} \right) \times 100\% \quad (6)$$

MOORA Yöntemi

MOORA yöntemi ilk olarak 2006 yılında Brauers ve Zavadskas tarafından geliştirilmiştir. Yöntemin birçok kullanım üstünlüğü olmakla beraber son yıllarda çok fazla tercih edilen bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Özbek, 2017; Ömürbek ve Eren, 2016). MOORA yöntemiyle yapılan çalışmalar incelendiğinde; Karande ve Chakraborty (2012) materyal seçim problemini ele aldıkları çalışmalarında MOORA yöntemiyle problemi çözmüşlerdir. Yıldırım ve Önay (2013) yaptıkları çalışmada, bulut teknolojisi hizmeti veren beş firmanın sıralama problemini ele almışlardır. Problemin çözümünde Bulanık AHP ve MOORA yöntemleri tercih edilmiştir. Brauers (2013) yeni açılacak olan bir liman için planlama problemini ele almış ve çözüm için MOORA yöntemini kullanmıştır. MOORA – Önem Katsayısı Yaklaşımı 4 adımda özetlenebilir. Bu adımlar MOORA – Oran Yaklaşımını da kapsamaktadır (Özbek, 2017; Chakraborty, 2011).

Başlangıç Matrisinin Oluşturulması: MOORA yöntemi farklı hedeflere yönelik belirlenmiş farklı alternatiflerin performansını ifade eden ve karar matrisi olarak adlandırılan başlangıç matrisiyle başlar. n ölçütlerin sayısını; m ise karar seçeneklerin sayısını ve x_{ij} ise, i . seçeneğin j . ölçüte göre performans değerini ifade eder (Eşitlik (7)).

$$X = \begin{bmatrix} x_{11} & x_{12} & \dots & x_{1n} \\ x_{21} & x_{22} & \dots & x_{2n} \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ x_{n1} & x_{n2} & \dots & x_{mn} \end{bmatrix} \quad (7)$$

Matrisin Normalize Edilmesi: Bu aşamada karar matrisinin normalize işlemi gerçekleştirilir. Normalizasyon işlemi Eşitlik (8)'de verilen formülasyona göre minimizasyon veya maksimizasyon yönü dikkate alınmadan yapılmaktadır.

$$x_{ij}^* = \frac{x_{ij}}{\sqrt{\sum_{j=1}^m x_{ij}^2}} \quad j = 1, 2, \dots, n$$

(8)

Karar Seçeneklerinin Performanslarının Hesaplanması: Normalizasyon işlemi gerçekleştirildikten sonra karar seçeneklerinin performansları hesaplanır ve bu adım MOORA – Oran yaklaşımı olarak da ifade edilir. Eşitlik (9)'da verilen formül yardımıyla hesaplanan bu adımda, maksimum yönlü performans değerlerinin toplamından minimum yönlü performans değerlerinin çıkarılmasıyla performans değerleri hesaplanmış olur.

$$y_i^* = \sum_{j=1}^g x_{ij}^* - \sum_{j=g+1}^n x_{ij}^*$$

(9)

g , maksimize edilmek istenen, $(n - g)$, minimize edilmek istenen kriter sayısını ifade etmektedir. y_i^* ise i . seçeneğin tüm kriterlere göre normalize edilmiş değerleri tanımlamak üzere kullanılmaktadır.

Ölçüt Ağırlıkları Yardımıyla Karar Seçeneklerinin Performanslarının Hesaplanması: MOORA – Önem katsayısı yaklaşımı olarak da adlandırılan bu adımda, MOORA – Oran yaklaşımıyla elde edilen veriler, karar verici tarafından önceden belirlenmiş ve w_j olarak adlandırılan önem katsayısıyla çarpılarak hesaplama yapılır. Eşitlik (10), seçeneklerin performans değerlerinin hesaplanmasında kullanılan formülasyonu ifade etmektedir.

$$y_i^* = \sum_{j=1}^g w_j x_{ij}^* - \sum_{j=g+1}^n w_j x_{ij}^* \quad j = 1, 2, \dots, n$$

(10)

Bu hesaplamadan sonra elde edilen y_i^* değerlerinin büyükten küçüğe doğru sıralanmasıyla nihai sıralama elde edilmiş olur. Bu sıralamada ilk sırada yer alan y_i^* değeri en uygun alternatif olarak kabul edilmektedir.

TOPSIS Yöntemi

1980 yılında Yoon ve Hwang tarafında geliştirilen TOPSIS yöntemi ELECTRE yönteminin bir alternatifi ve en çok kabul gören varyantlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu yöntemin temel dayanağı ise şu şekilde özetlenebilir; seçilen alternatif, ideal çözüm uzaklığına en yakın ve negatif ideal çözüme en uzak mesafeye sahip olmalıdır (Triantaphyllou, 2000). Literatürde TOPSIS yöntemi farklı birçok alanda kullanılmıştır. Yong (2006) çalışmasında, tesis yeri seçimini ele almış ve çözüm için bulanık TOPSIS yöntemini kullanmıştır. Lin, Wang, Chen ve Chang (2008) müşteri odaklı ürün tasarım süreci problemini ele aldıkları çalışmalarında ÇKKV yöntemlerinden AHP ve TOPSIS yöntemini kullanmışlardır. Seçme, Bayrakdaroğlu ve Kahraman (2009) bankaların performans değerlendirmek amacıyla Türkiye’de faaliyet gösteren beş ticari bankayı çalışmalarına dahil etmiş ve çözüm için bulanık AHP ve TOPSIS yöntemlerini kullanmışlardır. Kelemenis ve Askounis (2010) çalışmalarında, personel seçim problemini ele almışlardır. Problemin çözümünde TOPSIS yönteminden yararlanılmıştır. Wu, Lin ve Lee (2010) pazarlama stratejisi karar verme problemini ele aldıkları çalışmalarında problemin çözümü için ANP ve TOPSIS yöntemlerini kullanmışlardır. TOPSIS yöntemi 6 adımda özetlenebilmektedir. Bu adımlar şu şekildedir (Özdemir, 2015);

Karar Matrisinin Oluşturulması: Diğer ÇKKV yöntemlerinde olduğu gibi TOPSIS yöntemi de karar matrisinin oluşturulmasıyla başlamaktadır. $m \times p$ boyutunda olan matriste, satırlarda karar noktaları, sütunlarda ise faktörler gösterilmektedir (Eşitlik (11)).

$$A_{ij} = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1p} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2p} \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ a_{m1} & a_{m2} & \dots & a_{mp} \end{bmatrix} \quad (11)$$

Normalize Matrisin Elde Edilmesi: Bu aşamada karar matrisi normalize edilir. Normalize işlemi her bir a_{ij} değerlerinin karelerinin hesaplanmasıyla başlamaktadır. Daha sonra bulunan karelerin toplamından sütun toplamları bulunur. Son aşamada ise her bir a_{ij} değeri ait olduğu sütun toplamının kareköküne bölünür ve karar matrisi normalize edilir (Eşitlik (12)).

$$n_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m a_{ij}^2}} \quad i = 1, 2, 3 \dots, m, j = 1, 2, 3 \dots, p \quad (12)$$

Ağırlıklandırılmış Normalize Matrisinin Elde Edilmesi: Bu aşamada karar vericiler tarafından daha önce belirlenmiş olan w_i değeriyle normalize edilmiş karar matrisi ağırlıklandırılır. V matrisi olarak adlandırılan ağırlıklandırılmış normalize matrisi, n_{ij} değerleri ile w_i ağırlıkları çarpılarak bulunur (Eşitlik (13)).

$$V = \begin{bmatrix} w_1 n_{11} & w_2 n_{12} & \dots & w_n n_{1p} \\ w_1 n_{21} & w_2 n_{22} & \dots & w_n n_{2p} \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ w_1 n_{m1} & w_2 n_{m2} & \dots & w_n n_{mp} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} v_{11} & v_{12} & \dots & v_{1p} \\ v_{21} & v_{22} & \dots & v_{2p} \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & \cdot \\ v_{m1} & v_{m2} & \dots & v_{mp} \end{bmatrix} \quad (13)$$

İdeal ve Negatif İdeal Çözüm Değerlerinin Elde Edilmesi: Ağırlıklandırılmış normalize matrisin elde edilmesinden sonra ideal ve negatif ideal noktaları hesaplanmaktadır. Bu noktada, problemin amacına göre her sütunda maksimum (Eşitlik (14)) ve minimum (Eşitlik (15)) değerler tespit edilir. Eğer problemin çözümündeki amaç maksimum ise her bir sütuna ait maksimum değerler ideal; minimum değerler ise de negatif ideal çözüm değerleridir. Eğer amaç minimizasyon ise bu sefer tam tersi durum söz konusu olmaktadır.

İdeal çözüm değerleri;

$$A^* = \{ \max_j v_{ij} | j = 1, 2, 3, \dots, p; i = 1, 2, 3, \dots, m \} \quad (14)$$

$$A^* = \{ v_1^*, v_2^*, v_3^*, \dots, v_n^* \} = \text{Mak. değerler}$$

Negatif ideal çözüm değerleri;

$$A^- = \{ \min_i v_{ij} \text{ olmak üzere} \} \quad (15)$$

$$A^- = \{ v_1^-, v_2^-, v_3^-, \dots, v_n^- \} = \text{Min. değerler}$$

İdeal ve Negatif İdeal Noktalara Olan Uzaklık Değerlerinin Elde Edilmesi: Uzaklık değerleri hesaplanırken Öklidyen uzaklık kullanılmaktadır. Bu hesaplama Eşitlik (16)'da verilmiştir.

$$d_{ij} = \sqrt{\sum_{k=1}^p (x_{ik} - x_{jk})^2}$$

(16)

x_{ik} = *i. gözlemin k. değişken değeri*

x_{jk} = *j. gözlemin k. değişken değeri*

p = *Değişken sayısı*

İdeal ve ideal olmayan noktalara olan uzaklığın hesaplanmasında kullanılan formüller ise Eşitlik (17) ve Eşitlik (18)'de verilmiştir. Bu aşamada nokta sayısı kadar S_i^* ve S_i^- olacaktır.

$$\text{İdeal uzaklık: } S_i^* = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^*)^2}$$

(17)

$$\text{Negatif ideal uzaklık: } S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2}$$

(18)

İdeal Çözüme Göreli Yakınlığın Hesaplanması: C_i^* olarak ifade edilen ideal çözüme göreli yakınlık Eşitlik (19)'da verilen formülasyonla elde edilir.

$$C_i^* = \frac{s_i^-}{s_i^- + s_i^*}$$

(19)

Yapılan hesaplama sonucunda elde edilen C_i^* değeri 0 ile 1 arasında ($0 \leq C_i^* \leq 1$) değer almaktadır. Analiz sonucunda $C_i^* = 1$ ise karar noktasının ideal çözüme mutlak yakınlığının; $C_i^* = 0$ ise ideal çözüme mutlak yakınlığının varlığı kabul edilmektedir.

Literatür

Literatür incelendiğinde COPRAS, MOORA ve TOPSIS yöntemleri birçok farklı alanda kullanılan veya tercih edilen ÇKKV yöntemleri olarak gösterilebilir. Üniversitelerin akademik ve bölümlerin/departmanların performanslarının değerlendirilmesi noktasında ÇKKV yöntemlerinin tercih edildiği görülmektedir. Chen ve Chen (2010) Tayvan'da faaliyetlerini sürdüren yüksek öğretim kurumlarının inovasyon performanslarını değerlendirmek ve yeni bir inovasyon destek sistemi geliştirmek için DEMATEL, bulanık ANP ve TOPSIS yaklaşımlarını kullanmışlardır. Wu, Lin ve Chang (2011), üniversitelerin eğitim merkezlerinin performans değerlendirme problemini ele almıştır. Çalışmada dengeli puan kartı (balanced scorecard), DEMATEL, ANP ve VIKOR yöntemleri kullanılmıştır. Wu ve diğ. (2012) çalışmalarında, Tayvan'da 12 özel üniversitenin performanslarını değerlendirmek ve eğitim bakanlığının yayınlamış olduğu sıralama ile karşılaştırma yapmak için ÇKKV yöntemlerinden AHP ve VIKOR yöntemlerini kullanmışlardır. Zolfani ve Ghadikolaei (2013), İran'daki özel üniversitelerin performans değerlendirme problemlerini çalışmalarında ele almıştır. Dengeli Puan Kartı (Balanced Scorecard) yönteminin yanı sıra ÇKKV yöntemlerinden DEMATEL, ANP ve VIKOR çalışmada kullanılmak üzere tercih edilmiştir. Ömürbek, Karaatlı ve Yetim (2014) çalışmalarında, AHP, TOPSIS ve VIKOR yöntemlerini kullanarak ADIM protokolü kapsamında yer alan üniversitelerin performansları değerlendirilmiştir. Samut (2014) çalışmasında, OECD ülkelerinin eğitim performanslarının analiz edilmesi ve sıralanması amacıyla AHP ve TOPSIS yöntemlerini kullanmıştır. Torağay ve Arıkan (2015) çalışmalarında akademik performans değerlendirme problemini ele almışlardır. Bu amaç için Gazi Üniversitesi Mühendislik Fakültesi bölümleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada kriter ağırlıkları için DELFİ tekniği ve karşılaştırma için ise de ÇKKV yöntemlerinden TOPSIS

yöntemini kullanmıştır. Aladağ, Alkan, Güler ve Özdin (2018) çalışmalarında, Kocaeli Üniversitesi mühendislik fakültesi bölümlerinin etkinlik ve performans değerlendirme problemini konu edinmiştir. Veri Zarflama Analizi (VZA) ve PROMETHEE yöntemi problemin çözümü için kullanılmıştır. Hamurcu ve Tamer Eren (2019) çalışmalarında, akademik teşvik tabanlı bir performans değerlendirme önerisinde bulunmuşlardır. AHP ve TOPSIS yönteminin kullanıldığı çalışmada, akademik teşvik puanları dikkate alınarak devlet üniversitesine bağlı fakültelerin akademik performansları ve bir fakültenin bölümleri ve fakültede yer alan akademik personelin performansları sıralanmıştır. Organ ve Kaçaroglu (2020) Türkiye’de faaliyet gösteren vakıf üniversitelerinin başarı sıralaması problemini ENTROPİ ağırlıklı TOPSIS yöntemiyle çözmüşlerdir.

Son zamanlarda akademik performans kavramı, üzerinde en çok tartışılan konulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ve üniversiteler gibi karar vericiler akademik başarının ölçülmesine dikkat çekmekte ve bu konuda çeşitli kriterle beraber akademik personelin başarısını ölçmektedir. Bu noktada temel tartışma konusu da akademik performansların nasıl ölçülmesi gerektiği konusudur. Akademik personel performans değerlendirilmesi için çok farklı kriterler kullanılabilir. Çok kriterli karar verme yöntemleri bu noktada karar vericilere akademik personelin performansının ölçülmesi noktasında çeşitli fırsatlar sunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, çok kriterli karar verme yöntemlerini kullanarak sağlık yönetimi bölümlerinin akademik performanslarının değerlendirilmesi ve üniversiteler/bölümler arası karşılaştırılmasıdır. Yapılan bu çalışmada herkese açık ikincil verilerin kullanılması ve araştırmanın deneysel bir araştırma olmaması nedeniyle etik kurul onayı gerekmemektedir.

YÖNTEM

Çalışmada çok kriterli karar verme yöntemlerinden COPRAS, MOORA ve TOPSIS yöntemleri kullanılmıştır. Alternatifler YÖK Atlas üzerinden yapılan sağlık yönetimi bölümleri araması sonucunda ulaşılan 80 (55 devlet, 21 vakıf ve 4 KKTC) sağlık yönetimi bölümü evren olarak kabul edilmiştir. Çalışmada örneklem ise evrenin %10 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilecek üniversitelerin seçimi için Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM)’nin yayınlamış olduğu “2019-YKS Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler (Tablo – 4)” adlı raporda yer alan veriler kullanılmış ve “En Büyük Puan” türüne göre bir sıralama yapılmıştır. Sıralamada yer alan ve %10’na giren 8 üniversite çalışmaya dahil edilmiştir. Sıralamada vakıf üniversitelerinin “Burslu” puan türü dikkate alınmıştır. Çalışmada dışlanma kriterleri sonucunda İngilizce bölümler, açıköğretim ve KKTC üniversiteleri çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada yapılacak karşılaştırma için kriterler ise Kaptanoğlu ve Özok (2006)’un yaptıkları çalışmada ortaya koydukları “Akademik Performans Değerlendirmesi – APD” ölçütleri arasından seçilen “Kitaplar, Makaleler, Bildiriler, Patentler ve Ödüller ve Araştırma Projesi Yürütücülükleri” olarak belirlenmiştir. Bu kriterlere ek olarak araştırmacılar tarafından çalışmaya “Alan Dışı Akademik Personel” kriteri eklenmiştir. Tablo 1’de özetlenmiş olan toplam 6 kriter ve 8 alternatif çalışmaya dahil edilmiştir.

Tablo 1: Performans Değerlendirme Kriterleri

Kriter Kodu	Kriterler	Açıklama
K1	Kitaplar	Fayda
K2	Makaleler	Fayda
K3	Bildiriler	Fayda
K4	Patentler ve Ödüller	Fayda
K5	Araştırma Projesi ve Yürütücülükler	Fayda
K6	Alan Dışı Akademik Personel	Maliyet

Oluşturulan kriterlere göre ihtiyaç duyulan veriler için akademik personele ait bilgiler ilgili üniversitelerin web sayfalarından tespit edilip daha sonra YÖK Akademik üzerinden alınmıştır. Çalışmada karşılaştırma yapılabilmesi açısından elde edilen veriler “Öğrenci Kontenjan Sayısı”, “Yerleşen Öğrenci Sayısı” ve “Akademik Personel Sayısı” kullanılarak standart hale getirilmiştir.

Çalışmada zaman ve bilgiye erişim nedeniyle çeşitli kısıtlar bulunmaktadır. Bu kısıtlar birincisi, çalışmada alternatif olarak belirlenen üniversitelerin akademik personeli hakkında kısıtlı olan bilgilerdir. Çalışmada alternatif üniversitelerin akademik personelleri üniversitelerin kendi web sitelerinden belirlenmiş ve daha sonrasında YÖK Akademik adlı platformdan verilere ulaşılmıştır. İkinci kısıt ise, akademik personelin güncel özgeçmişini yansıtan platform olan YÖK Akademik platformunda var olan verilerin kısıtlılığıdır. Akademik personellerin kriter olarak belirlenen bilgileri, adı geçen platforma akademisyenler tarafından girilen bilgilerden oluşturmaktadır. Bununla beraber çalışmada kullanılan YÖK Akademik verileri 26.03.2020 tarihi ile her bir akademik personelin kendisinin sisteme girdiği bilgilerle sınırlandırılmıştır. Üçüncü kısıt, çalışmaya dâhil edilen üniversitelerin sayısını toplam üniversitelerin %10’u olarak belirlenmesidir. Dördüncü kısıt, çalışmada kullanılan kriter setinin YÖK Akademik portalında var olan mevcut açık veriler ile karşılanabilecek şekilde belirlenmiş olmasıdır. Beşinci kısıt olarak, çalışma kapsamında makaleler için indeks (SCI, SSCI vb. gibi) ve kongreler için ulusal ve uluslararası ayrımı dikkate alınmamıştır. Son kısıt ise, çalışmada bütün kriterlerin ağırlıklarının önem sırası dikkate alınmaksızın eşit olduğu varsayılmıştır.

Uygulama

Üniversitelerin sağlık yönetimi bölümlerinin çeşitli kriterlere bağlı olarak sıralandığı bu çalışmada kullanılan yöntemlerde ilk adım Tablo 2’de verilen karar yani başlangıç matrisinin oluşturulmasıyla başlamaktadır.

Tablo 2: Karar Matrisi

Kriterler	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Alternatifler						
Yönler	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet
Ağırlıklar	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Öğrenci Kontenjan Sayısı						
A1	0,96	1,94	2,53	0,20	0,06	80,00
A2	0,11	0,25	0,34	0,00	0,04	25,00
A3	0,13	0,56	0,61	0,01	0,10	33,33
A4	0,43	2,73	1,53	0,05	0,20	60,00
A5	0,14	0,41	0,60	0,00	0,16	100,00
A6	1,59	3,21	5,64	0,09	0,58	13,33
A7	0,45	1,10	0,95	0,07	0,02	100,00
A8	0,17	0,55	0,45	0,03	0,08	33,33
Yerleşen Öğrenci Sayısı						
A1	0,93	1,89	2,46	0,19	0,06	80,00
A2	0,11	0,25	0,33	0,00	0,04	25,00
A3	0,13	0,54	0,60	0,01	0,10	33,33
A4	1,13	7,27	4,07	0,13	0,53	60,00

A5	0,14	0,40	0,58	0,00	0,15	100,00
A6	1,55	3,13	5,50	0,09	0,56	13,33
A7	0,44	1,08	0,93	0,07	0,02	100,00
A8	0,19	0,62	0,51	0,03	0,09	33,33
Akademik Personel Sayısı						
A1	6,70	13,60	17,70	1,40	0,40	80,00
A2	3,00	7,00	9,25	0,00	1,00	25,00
A3	3,00	13,00	14,33	0,33	2,33	33,33
A4	3,40	21,80	12,20	0,40	1,60	60,00
A5	5,00	14,50	21,00	0,00	5,50	100,00
A6	8,47	17,13	30,07	0,47	3,07	13,33
A7	6,75	16,50	14,25	1,00	0,25	100,00
A8	2,83	9,17	7,50	0,50	1,33	33,33

MOORA ile Uygulama

MOORA yöntemi sonucunda Tablo 3'de özetlenen sonuçlar elde edilmiştir. MOORA Oran yaklaşımı ile elde edilen sonuçların daha önce belirlenen ağırlıkların çarpılması ile edilen MOORA Önem Katsayısı yaklaşımında, fayda yönlü kriterlerin toplamından maliyet yönlü kriterlerin toplu çıkarılmaktadır. Böylece nihai sıralama olan y_i^* değeri elde edilmektedir.

Tablo 3: MOORA Önem Katsayısı Yöntemi

Öğrenci Kontenjan Sayısı									
Kriterler/ Alternatifler	K1	K2	K3	K4	K5	K6			
Yönler	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet			
Ağırlıklar	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	Mak. Top.	Min. Top.	y_i^*
A1	0,081	0,067	0,065	0,141	0,015	0,073	0,368	0,073	0,295
A2	0,009	0,009	0,009	0,000	0,009	0,023	0,036	0,023	0,013
A3	0,011	0,019	0,016	0,010	0,026	0,031	0,082	0,031	0,051
A4	0,036	0,094	0,039	0,035	0,052	0,055	0,255	0,055	0,200
A5	0,012	0,014	0,015	0,000	0,041	0,092	0,082	0,092	-0,010
A6	0,134	0,110	0,144	0,062	0,148	0,012	0,599	0,012	0,587
A7	0,038	0,038	0,024	0,047	0,004	0,092	0,151	0,092	0,060
A8	0,014	0,019	0,012	0,021	0,021	0,031	0,087	0,031	0,056
Yerleşen Öğrenci Sayısı									
Kriterler/ Alternatifler	K1	K2	K3	K4	K5	K6			
Yönler	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet			
Ağırlıklar	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	Mak. Top.	Min. Top.	y_i^*
A1	0,071	0,038	0,055	0,124	0,012	0,073	0,299	0,073	0,226
A2	0,008	0,005	0,007	0,000	0,007	0,023	0,028	0,023	0,005
A3	0,009	0,011	0,013	0,009	0,020	0,031	0,063	0,031	0,032

A4	0,086	0,147	0,092	0,085	0,111	0,055	0,520	0,055	0,465
A5	0,011	0,008	0,013	0,000	0,032	0,092	0,064	0,092	-0,028
A6	0,117	0,063	0,124	0,054	0,116	0,012	0,475	0,012	0,463
A7	0,034	0,022	0,021	0,042	0,003	0,092	0,122	0,092	0,030
A8	0,014	0,012	0,011	0,021	0,019	0,031	0,078	0,031	0,048

Akademik Personel Sayısı

Kriterler/ Alternatifler	K1	K2	K3	K4	K5	K6			
Yönler	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet			
Ağırlıklar	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	Mak. Top.	Min. Top.	y_i^*
A1	0,074	0,054	0,061	0,121	0,009	0,073	0,320	0,073	0,247
A2	0,033	0,028	0,032	0,000	0,023	0,023	0,117	0,023	0,094
A3	0,033	0,052	0,049	0,029	0,055	0,031	0,218	0,031	0,187
A4	0,038	0,087	0,042	0,035	0,037	0,055	0,239	0,055	0,184
A5	0,056	0,058	0,072	0,000	0,129	0,092	0,314	0,092	0,223
A6	0,094	0,068	0,103	0,040	0,072	0,012	0,378	0,012	0,366
A7	0,075	0,066	0,049	0,087	0,006	0,092	0,282	0,092	0,191
A8	0,032	0,037	0,026	0,043	0,031	0,031	0,168	0,031	0,138

COPRAS ile Uygulama

COPRAS yöntemi kullanılarak elde edilen performans değerleri Tablo 4’de verilmiştir. Alternatiflerin göreceli önem değerini ifade eden Q_j yardımıyla fayda derecesini ve nihai sonucu ifade eden N_j değeri bulunmaktadır. N_j değeri 100 olan alternatif en iyi alternatif olarak kabul edilmektedir.

Tablo 4: Performans Değerleri

Öğrenci Kontenjan Sayısı

	S_{+i}	S_{-i}	S_{-min}	$\sum_{i=1}^m S_{-i}$	S_{-min}/S_{-i}	$S_{-min}/\sum_{i=1}^m S_{-i}$	Q_j	N_j
A1	0,186	0,030	0,005	0,167	0,167	2,989	0,195	0,546
A2	0,018	0,009			0,533		0,048	0,133
A3	0,041	0,012			0,400		0,063	0,177
A4	0,126	0,022			0,222		0,138	0,387
A5	0,042	0,037			0,133		0,049	0,138
A6	0,302	0,005			1,000		0,357	1,000
A7	0,076	0,037			0,133		0,083	0,232
A8	0,044	0,012			0,400		0,066	0,185

Yerleşen Öğrenci Sayısı

	S_{+i}	S_{-i}	S_{-min}	$\sum_{i=1}^m S_{-i}$	S_{-min}/S_{-i}	$S_{-min}/\sum_{i=1}^m S_{-i}$	Q_j	N_j
A1	0,149	0,020	0,003	0,114	0,167	2,989	0,156	0,561
A2	0,014	0,006			0,533		0,034	0,124
A3	0,032	0,009			0,400		0,047	0,170
A4	0,266	0,015			0,222		0,274	0,989

A5	0,032	0,026	0,133	0,038	0,135
A6	0,239	0,003	1,000	0,277	1,000
A7	0,061	0,026	0,133	0,066	0,238
A8	0,040	0,009	0,400	0,055	0,198

Akademik Personel Sayısı

	S_{+i}	S_{-i}	S_{-min}	$\sum_{i=1}^m S_{-i}$	S_{-min}/S_{-i}	$S_{-min}/\sum_{i=1}^m S_{-i}$	Q_j	N_j
A1	0,133	0,020	0,003	0,114	0,167	2,989	0,140	0,730
A2	0,046	0,006			0,533		0,066	0,347
A3	0,090	0,009			0,400		0,105	0,548
A4	0,096	0,015			0,222		0,105	0,548
A5	0,130	0,026			0,133		0,135	0,705
A6	0,153	0,003			1,000		0,191	1,000
A7	0,115	0,026			0,133		0,120	0,630
A8	0,070	0,009			0,400		0,085	0,447

TOPSIS ile Uygulama

TOPSIS yönteminde C_i^* olarak ifade edilen pozitif ideal çözüme (PİÇ) olan göreceli yakınlık, S_i^* olarak ifade edilen ideal ayırım ve S_i^- olarak ifade edilen negatif ideal ayırım adındaki iki ayırım ölçütünün yardımıyla elde edilmektedir. Tablo 5’de verilen ve 0 ile 1 arasında değer alan C_i^* değeri 1’e eşit ise C_i^* PİÇ noktasında; 0’a eşit ise de negatif ideal çözüm (NİÇ) noktasındadır.

Tablo 5: Ayırım Ölçüleri ve Sıralaması

Öğrenci Kontenjan Sayısı						
	S_i^*		S_i^-		C_i^*	
A1	S_1^*	1,808	S_1^-	1,789	C_1^*	0,497
A2	S_2^*	2,893	S_2^-	0,690	C_2^*	0,193
A3	S_3^*	2,694	S_3^-	0,668	C_3^*	0,199
A4	S_4^*	2,083	S_4^-	1,169	C_4^*	0,359
A5	S_5^*	2,804	S_5^-	0,374	C_5^*	0,118
A6	S_6^*	0,794	S_6^-	2,742	C_6^*	0,775
A7	S_7^*	2,546	S_7^-	0,643	C_7^*	0,202
A8	S_8^*	2,671	S_8^-	0,678	C_8^*	0,202

Yerleşen Öğrenci Sayısı						
	S_i^*		S_i^-		C_i^*	
A1	S_1^*	1,828	S_1^-	1,518	C_1^*	0,454
A2	S_2^*	2,701	S_2^-	0,689	C_2^*	0,203
A3	S_3^*	2,551	S_3^-	0,646	C_3^*	0,202
A4	S_4^*	0,736	S_4^-	2,308	C_4^*	0,758
A5	S_5^*	2,678	S_5^-	0,292	C_5^*	0,098
A6	S_6^*	1,085	S_6^-	2,258	C_6^*	0,675
A7	S_7^*	2,429	S_7^-	0,535	C_7^*	0,181
A8	S_8^*	2,482	S_8^-	0,674	C_8^*	0,214

Akademik Personel Sayısı

	S_i^*		S_i^-		C_i^*	
A1	S_1^*	1,458	S_1^-	1,373	C_1^*	0,485
A2	S_2^*	1,955	S_2^-	0,713	C_2^*	0,267
A3	S_3^*	1,491	S_3^-	0,899	C_3^*	0,376
A4	S_4^*	1,569	S_4^-	0,857	C_4^*	0,353
A5	S_5^*	1,560	S_5^-	1,369	C_5^*	0,467
A6	S_6^*	1,007	S_6^-	1,545	C_6^*	0,605
A7	S_7^*	1,625	S_7^-	1,067	C_7^*	0,396
A8	S_8^*	1,686	S_8^-	0,796	C_8^*	0,321

BULGULAR

Yapılan analiz sonucunda elde edilen sıralamada, “En Büyük Puan” türüne göre sıralamada altıncı sırada yer alan ve çalışmada Alternatif 6 (A6) olarak isimlendirilen üniversite/bölüm genel olarak COPRAS, MOORA ve TOPSIS yöntemlerine göre birinci sırada yer almıştır. Bu alternatifi A1 ve A5 alternatifleri takip etmiştir. TOPSIS, COPRAS ve MOORA yöntemlerine göre genel bulgular Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: TOPSIS, COPRAS ve MOORA Yöntemleriyle Elde Edilen Sonuçlar

<i>COPRAS Yöntemi</i>					
Öğrenci Kontenjanına Göre		Yerleşen Öğrenci Sayısına Göre		Öğretim Üyesine Göre	
A6	1	1	A6	1	1
A1	0,545665	2	A4	0,989296	2
A4	0,3872515	3	A1	0,5612611	3
A7	0,2320574	4	A7	0,237566	4
A8	0,1845236	5	A8	0,1980607	5
A3	0,1773175	6	A3	0,1703456	6
A5	0,137618	7	A5	0,1353172	7
A2	0,1333313	8	A2	0,1237494	8

<i>MOORA Yöntemi</i>					
Öğrenci Kontenjanına Göre		Yerleşen Öğrenci Sayısına Göre		Öğretim Üyesine Göre	
A6	0,586527	1	A6	0,46473	1
A1	0,294787	2	A4	0,463155	2
A4	0,200343	3	A1	0,226038	3
A7	0,059715	4	A8	0,047896	4
A3	0,056012	5	A3	0,032314	5
A8	0,05103	6	A7	0,029892	6
A5	0,013012	7	A2	0,004848	7
A2	-0,00951	8	A5	-0,0282	8

<i>TOPSIS Yöntemi</i>					
Öğrenci Kontenjanına Göre		Yerleşen Öğrenci Sayısına Göre		Öğretim Üyesine Göre	

A6	0,775369	1	A4	0,758277	1	A6	0,60544	1
A1	0,49747	2	A6	0,675431	2	A1	0,48487	2
A4	0,35937	3	A1	0,453712	3	A5	0,46735	3
A8	0,202342	4	A8	0,213576	4	A7	0,396419	4
A7	0,201598	5	A2	0,203253	5	A3	0,37616	5
A3	0,198738	6	A3	0,202037	6	A4	0,353301	6
A2	0,192527	7	A7	0,180556	7	A8	0,320728	7
A5	0,117721	8	A5	0,098225	8	A2	0,267111	8

COPRAS yöntemine göre öğrenci kontenjanı dikkate alındığında ilk üç sıra 1 değeriyle A6, 0,54 ile A1 ve 0,38 ile de A5; yerleşen öğrenci sayısı dikkate alındığında ilk üç sıra 1 değeriyle A6, 0,98 ile A4 ve 0,56 ile de A1; akademik personel sayısı dikkate alındığında ise ilk üç sıra 1 değeriyle A6, 0,73 ile A1 ve 0,70 ile de A5 şeklinde bulunmuştur. MOORA yöntemine göre öğrenci kontenjanı dikkate alındığında ilk üç sıra 0,58 değeriyle A6, 0,29 ile A1 ve 0,20 ile de A4; yerleşen öğrenci sayısı dikkate alındığında ilk üç sıra 0,46 değeriyle A4, 0,46 ile A6 ve 0,22 ile de A1; akademik personel sayısı dikkate alındığında ise ilk üç sıra 0,36 değeriyle A6, 0,24 ile A1 ve 0,22 ile de A5 şeklinde bulunmuştur. TOPSIS yöntemine göre öğrenci kontenjanı dikkate alındığında ilk üç sıra 0,77 değeriyle A6, 0,49 ile A1 ve 0,35 ile de A4; yerleşen öğrenci sayısı dikkate alındığında ilk üç sıra 0,75 değeriyle A4, 0,67 ile A6 ve 0,45 ile de A1; akademik personel sayısı dikkate alındığında ise ilk üç sıra 0,60 değeriyle A6, 0,48 ile A1 ve 0,46 ile de A5 şeklinde bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de faaliyet gösteren üniversitelerin sağlık yönetimi bölümlerinin akademik performanslarının değerlendirilmesi ve sıralanması amacıyla yapılan bu çalışmada ÇKKV yöntemlerinden COPRAS, MOORA (Önem Katsayısı Yaklaşımı) ve TOPSIS yöntemleri kullanılmıştır. Literatür taramasına göre belirlenen kriterler baz alınarak üniversiteler sıralanmıştır. Alternatif olarak çalışmaya, ÖSYM tarafından açıklanan kılavuzda yer alan üniversitelerin sağlık yönetimi bölümlerinin %10’luk kısmına giren üniversiteler dahil edilmiştir.

Çalışma sonucunda, en yüksek puan türüne göre yapılan sıralamada altıncı sırada yer alan ve A6 olarak çalışmada yer alan ilgili üniversitenin sağlık yönetimi bölümü, öğrenci kontenjanına göre, yerleşen öğrenci sayısına göre ve öğretim üyesine göre yapılan analizlerde genel olarak birinci sırada yer almıştır. A1 olarak adlandırılan ve en yüksek puan türüne göre yapılan sıralamada birinci sırada yer alan üniversite ise genel olarak A6’dan sonra tüm sıralamalarda ikinci sırada yer almaktadır. Sıralamada dikkat çekici nokta ise en yüksek puan türüne göre yapılan sıralamada ikinci sırada yer alan ve A2 olarak adlandırılan üniversitenin ilgili sağlık yönetimi bölümünün yapılan analizlerde tüm sıralamalarda genel olarak son sırada yer almasıdır. Bu sonuçlara göre, üniversiteleri tercih eden öğrenciler arasındaki en yüksek puan ile çalışmada kullanılan kriterlere göre değerlendirilen üniversitelerin akademik performansları arasında farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Yapılan bu çalışma, zaman ve verilere erişim sorunu nedeniyle seçilen kriterler ve alternatiflerle sınırlı kalmıştır. İlerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda daha fazla veri ile daha fazla alternatif ve kriter dikkate alınabilir. Yapılan bu çalışmada, değerlendirme kriterlerinin ağırlıkları eşit varsayılmıştır. İlerleyen çalışmalarda, kriterlerin önem dereceleri uzman görüşü alınarak ağırlıklandırılabilir ve analiz bu önem dereceleri dikkate alınarak yapılabilir. Yine aynı şekilde, ilerleyen çalışmalarda alternatif olarak belirlenen üniversitelerin sayıları artırılabilir ve tüm



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

üniversiteler çalışmaya dahil edilerek Türkiye’de eğitim veren üniversitelerin sağlık yönetimi bölümleri arasında daha geniş bir karşılaştırma yapılabilir. Üniversitelerin web siteleri kimi zaman istenilen ve arzu edilen bilgileri içermeyebilmektedir. Bu da çalışmalarda çeşitli kısıtlamalara neden olmaktadır. İlerleyen çalışmalarda, üniversitelerin web sitelerinde yer alan akademik personel bilgileri daha geniş şekilde analiz edilerek çalışmalar güncel bilgiler ile güçlendirilebilir. YÖK Akademik web portalı akademisyenler, akademik çalışmalar ve üniversiteler hakkında bilgi sağlayan bir platformdur. Akademik personel, akademik çalışmalarını bu platforma girmekte ve böylece bir akademik havuz oluşmaktadır. Akademik personelin kendi bilgilerini manuel olarak girmeleri bilgilerin tam olarak girilmesi noktasında bazı sorunlar çıkarmaktadır. Bu sorunlar da beraberinde kısıtlılıklara neden olmaktadır. İlerleyen çalışmalarda, YÖK akademik verilerinin yanı sıra akademik personelin akademik çalışmalarının tam olarak elde edilebilmesi çalışmaların daha sağlıklı olması noktasında önemli bir adım olacaktır. Bilgilerin kısıtlı olması nedeniyle kimi zaman elde edilmek istenen ve arzulanan bilgileri ulaşılamamaktadır. Bu nedenle de çalışmalar mevcut veriler göz önünde bulundurularak dizayn edilmektedir. İlerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda bu durum dikkate alınarak kriter seti genişletilebilir ve daha geniş bir perspektiften analizler yapılabilir. Yayınların değerlendirmesinde uluslararası indeksler kullanılabilir. Science Citation Index (SCI), Science Citation Index-Expanded (SCI – Expanded), Social Sciences Citation Index (SSCI) ve Arts and Humanities Citation Index (AHCI) kapsamında taranan indeksli dergiler yayınlanan akademik yayınlar kaliteli ve güvenilir yayınlar olarak kabul edilir. Yine aynı şekilde kongreler de ulusal ve uluslararası olmak üzere kendi içinde bir ayrıma sahiptir. İlerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda makalelerin indeksli dergilerde yapılan çalışmalar olup olmadığı ve kongre bildirilerinin ulusal veya uluslararası olup olmadığı ayrı ayrı değerlendirilebilir ve hatta ağırlıklandırılmaları farklı şekilde hesaplanabilir. Son olarak ilerleyen dönemlerde veri zarflama gibi diğer farklı yöntemlerle sağlık yönetimi bölümlerinin akademik performansları karşılaştırılabilir ve sıralanabilir.

Yapılan bu sıralamaya göre ortaya çıkan sıralamada performansını artırmak isteyen üniversitelerin, akademik çalışmalarının artırılması noktasında önlem almaları önerilmektedir. Makale, bildiri ve kitap gibi akademik faaliyetlerde artışlar performanslarını geliştirmek ve yapılan sıralamalarda üst sıralarda yer almak isteyen üniversiteler/bölümler için önemli bir adım olabilir. Ömürbek ve diğ. (2014) üniversitelerin performans değerlendirmesini ele aldıkları çalışmalarında, analiz sonucunda birinci sırada yer alan üniversitenin birinci gelmesinin makale ve proje sayılarının diğer üniversitelere göre sayı fazla olmasıyla açıklanabileceğini ifade etmiştir. Bu farklılığın ise kriter ağırlıklarından farklı şekilde hesaplanmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir.

Literatür incelendiğinde üniversitelerin performanslarına yönelik farklı birçok kriterin kullanıldığı görülmektedir (Organ ve Kaçaroğlu, 2020; Ömürbek ve diğ., 2014; Özgüven, 2011; Zolfani ve Ghadikolaei, 2013; Torağay ve Arıkan, 2015). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, kullanılan kriterlerin ve yöntemlerin farklı şekilde belirlenmesiyle değerlendirmelerin yapıldığı görülmektedir. Bu şekilde problemin tekrar değerlendirilebileceği ve kıyaslamaların yapılabileceğini ifade etmiştir.

Yapılan bu çalışma sayesinde akademik personelin verimliliği karşılaştırılmalı olarak değerlendirilebilmektedir. Bu katkı, üniversitelerin, oluşan sıralamayı dikkate alarak ülke genelinde verimlilik düzeylerinin diğer üniversitelere göre nasıl olduğunu görebilmesine imkân tanımaktadır. Oluşan sıralama ile diğer üniversitelere göre oluşan verimlilik durumuna üniversiteler önlemler alabilir ve mevcut durumu karşılaştırmalı olarak daha da geliştirebilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

Aghdaie, M. H., Zolfani, S. H., & Zavadskas, E. K. (2013). Market Segment Evaluation and Selection Based on Application of Fuzzy AHP and COPRAS-G Methods. *Journal of Business Economics and Management*, 14(1), 213-233. <https://doi.org/10.3846/16111699.2012.721392>

Aladağ, Z., Alkan, A., Güler, E., & Özdin, Y. (2018). Akademik Birimlerin Veri Zarflama Analizi ve Promethee Yöntemleri ile Performans Değerlendirmesi: Kocaeli Üniversitesi örneği. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 34(1), 1-13.

Arap, K. S. (2010). Türkiye Yeni Üniversitelerine Kavuşurken: Türkiye'de Yeni Üniversiteler ve Kuruluş Gerekçeleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 65(01), 1-29.

Brauers, W. K. M. (2013). Multi-Objective Seaport Planning by MOORA Decision Making. *Annals of Operations Research*, 206(1), 39-58. <https://doi.org/10.1007/s10479-013-1314-7>

Chakraborty, S. (2011). Applications of The MOORA Method for Decision Making in Manufacturing Environment. *The International Journal of Advanced Manufacturing Technology*, 54(9-12), 1155-1166. <http://dx.doi.org/10.1007/s00170-010-2972-0>

Chen, J. K., & Chen, I. S. (2010). Using A Novel Conjunctive MCDM Approach Based On DEMATEL, Fuzzy ANP, and TOPSIS As an Innovation Support System for Taiwanese Higher Education. *Expert Systems with Applications*, 37(3), 1981-1990. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2009.06.079>

Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1 (3). 136 – 139.

Ertuğrul, İ. (2006). Akademik Performans Değerlendirmede Bulanık Mantık Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 155-176.

Esen, M., & Esen, D. (2015). Öğretim Üyelerinin Performans Değerlendirme Sistemine Yönelik Tutumlarının Araştırılması. *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 5(1). <https://doi.org/10.5961/jhes.2015.109>

Fouladgar, M. M., Yazdani-Chamzini, A., Lashgari, A., Zavadskas, E. K., & Turskis, Z. (2012). Maintenance Strategy Selection Using AHP And COPRAS Under Fuzzy Environment. *International Journal of Strategic Property Management*, 16(1), 85-104. <https://doi.org/10.3846/1648715X.2012.666657>

Hamurcu, M., & M. Eren, T. (2019). Akademik Teşvik Tabanlı Yeni Bir Performans Değerlendirme Önerisi ve Uygulama. *Üniversite Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 82-100. <https://doi.org/10.26701/uad.596163>

Hashemkhani Zolfani, S., & Bahrami, M. (2014). Investment Prioritizing in High Tech Industries Based On SWARA-COPRAS Approach. *Technological and Economic Development of Economy*, 20(3), 534-553. <https://doi.org/10.3846/20294913.2014.881435>

Kaptanoğlu, D., & Özek, A. F. (2006). Akademik Performans Değerlendirmesi İçin Bir Bulanık Model. *İTÜDERGİSİ/d*, 5(1); 193-204.

Karabacak, N., Küçük, M. ve Korkmaz, İ. (2020). Yükseköğretimde Performansa Dayalı Akademik Teşvik Uygulamasının İncelenmesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 8(3), 831-864. <https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.8c.3s.4.m>

Karande, P., & Chakraborty, S. (2012). Application of Multi-Objective Optimization on The Basis of Ratio Analysis (MOORA) Method for Materials Selection. *Materials & Design*, 37, 317-324. <https://doi.org/10.1016/j.matdes.2012.01.013>

459

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(İNCE, Ö / SÖYÜK, S)

Karasoy, H. A. (2014). Türk Kamu Yönetiminde Performans Yönetimine Bir Bakış. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 10(22), 257-274.

Kelemenis, A., & Askounis, D. (2010). A New TOPSIS-Based Multi-Criteria Approach to Personnel Selection. Expert Systems with Applications, 37(7), 4999-5008. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2009.12.013>

Lin, M. C., Wang, C. C., Chen, M. S., & Chang, C. A. (2008). Using AHP And TOPSIS Approaches in Customer-Driven Product Design Process. Computers in Industry, 59(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.compind.2007.05.013>

McKeown-Moak, Mary P. (2013) The “New” Performance Funding in Higher Education. Educational Considerations, 40(2), 3-12. <https://doi.org/10.4148/0146-9282.1082>

Organ, A., & Kaçaroğlu, M. O. (2020). ENTROPI Ağırlıklı TOPSIS Yöntemi ile Türkiye’deki Vakıf Üniversiteleri’nin Değerlendirilmesi. Pamukkale İşletme ve Bilişim Yönetimi Dergisi, 7(1), 28-45.

Ömürbek, N., & Eren, H. (2016). Promethee, MOORA ve COPRAS Yöntemleri ile Oran Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Bir Uygulama-Evaluation of The Results of The Rate Analysis with PROMETHEE, MOORA and COPRAS Methods: An Application. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(16), 174-187. <http://dx.doi.org/10.20875/sb.69615>

Ömürbek, N., Karaatlı, M., & Yetim, T. (2014). Analitik Hiyerarşi Sürecine Dayalı TOPSIS ve VIKOR Yöntemleri ile ADİM Üniversitelerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 189-207.

ÖSYM. 2019-YKS Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler / Tablo – 4. 15.01.2020 tarihinde https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2019/YKS/tablo4_06082019.pdf adresinden alınmıştır.

Özbek, A. (2017). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri ve Excel ile Problem Çözümü. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Özdemir, M. (2015). TOPSIS. (Editör: Bahadır Fatih Yıldırım ve Emrah Önder), Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri (201 – 215). Bursa: Dora Basım-Yayın.

Özguven, N. (2011). Vakıf Üniversitesi Tercihinin Analitik Hiyerarşi Süreci ile Belirlenmesi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (30), 279-290.

Podvezko, V. (2011). The Comparative Analysis of MCDA Methods SAW And COPRAS. Engineering Economics, 22(2), 134-146. <http://dx.doi.org/10.5755/j01.ee.22.2.310>

Resmî Gazete. (2018). Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği. Karar Sayısı: 2018/11834. 15.01.2020 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/06/20180627-6.pdf> adresinden alınmıştır.

Samut, P. K. (2014). İki Aşamalı Çok Kriterli Karar Verme ile Performans Değerlendirmesi: AHP ve TOPSIS Yöntemlerinin Entegrasyonu. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14(4), 57-67. <https://doi.org/10.18037/ausbd.16327>

Seçme, N. Y., Bayrakdaroğlu, A., & Kahraman, C. (2009). Fuzzy Performance Evaluation in Turkish Banking Sector Using Analytic Hierarchy Process And TOPSIS. Expert Systems with Applications, 36(9), 11699-11709. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2009.03.013>

Söyük, S. (2020). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi. İkinci Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Söyük, S., & Gün, İ. (2017). Sağlık Yönetimi Stajyer Öğrencilerinin Yeterliliklerinin Değerlendirilmesi: Bir Alan Araştırması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(2), 111-118. <https://doi.org/10.17681/hsp-dergisi.277817>

Şener, E., Erdem, R., & Akçakanat, T. (2010). Türkiye'de Lisans Düzeyinde Sağlık Yöneticisi Yetiştiren Kurumların Akademik ve Eğitsel Profili. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 13(1), 29-44.

Torağay, O., & Arıkan, M. (2015). DELFI ve TOPSIS Yöntemleri Kullanılarak Bir Mühendislik Fakültesindeki Bölümlerin Akademik Performans Değerlendirmesi. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 16(2), 13-28.

Triantaphyllou, E. (2000). Multi-Criteria Decision Making Methods. In Multi-Criteria Decision Making Methods: A Comparative Study (Pp. 5-21). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-3157-6_2

Turhan, M. & Erol, Y. C. (2017). Academicians' Opinions About Academic Incentive Allowance, Inonu University Journal of The Faculty of Education, 18(3), 281-296. <https://doi.org/10.17679/inuefd.341708>

Uzuntarla, Y. (2010). Sağlık Yönetimi Bölümünün Üniversite Sınavında ve Kamuya Personel Alımlarındaki Kontenjanları: 2016 Yılı Değerlendirmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4(1), <https://doi.org/17-22.10.5455/sad.13-1483426746>

Velasquez, M., & Hester, P. T. (2013). An Analysis of Multi-Criteria Decision Making Methods. International Journal of Operations Research, 10(2), 56-66.

Wang, J. J., Jing, Y. Y., Zhang, C. F., & Zhao, J. H. (2009). Review on Multi-Criteria Decision Analysis Aid in Sustainable Energy Decision-Making. Renewable and Sustainable Energy Reviews, 13(9), 2263-2278. <https://doi.org/10.1016/j.rser.2009.06.021>

Wu, C. S., Lin, C. T., & Lee, C. (2010). Optimal Marketing Strategy: A Decision-Making with ANP and TOPSIS. International Journal of Production Economics, 127(1), 190-196. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2010.05.013>

Wu, H. Y., Chen, J. K., Chen, I. S., & Zhuo, H. H. (2012). Ranking Universities Based on Performance Evaluation by A Hybrid MCDM Model. Measurement, 45(5), 856-880. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2012.02.009>

Wu, H. Y., Lin, Y. K., & Chang, C. H. (2011). Performance Evaluation of Extension Education Centers in Universities Based on The Balanced Scorecard. Evaluation and Program Planning, 34(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.06.001>

Yıldırım, B., & Önay, O. (2013). Bulut Teknolojisi Firmalarının Bulanık AHP-MOORA Yöntemi Kullanılarak Sıralanması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi, 24(75), 59-81.

Yong, D. (2006). Plant Location Selection Based on Fuzzy TOPSIS. The International Journal of Advanced Manufacturing Technology, 28(7-8), 839-844. <https://doi.org/10.1007/s00170-004-2436-5>

Yükseköğretim Program Atlası. 26.03.2020 tarihinde <https://yokatlas.yok.gov.tr/> adresinden alınmıştır.

Zolfani, S. H., & Ghadikolaei, A. S. (2013). Performance Evaluation of Private Universities Based on Balanced Scorecard: Empirical Study Based on Iran. Journal of Business Economics and Management, 14(4), 696-714. <https://doi.org/10.3846/16111699.2012.665383>

461

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(İNCE, Ö / SÖYÜK, S)

ANNE VE ANNE ADAYLARININ SÜT BANKASI İLE İLGİLİ TUTUMLARI ATTITUDES OF MOTHER AND EXPECTANT MOTHERS ABOUT MILK BANK

Öğr. Görevlisi Belma UZUN

Gedik Üniversitesi, belma.uzun@gedik.edu.tr, orcid.org/0000-0002-2548-0675

Dr. Öğretim Üyesi Onur YARAR

Okan Üniversitesi, onur.yarar@okan.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9543-6891

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.04.2020-26.08.2020)

Özet

Amaç: Anne sütü ile beslenme bebeğin bağışıklık sisteminin güçlenmesi için en önemli besin kaynağıdır. Bununla beraber anne sütünün geç geldiği ya da yetersiz olduğu durumlarda birçok alternatif beslenme şekli bulunmaktadır. Bunlardan birisi özellikle batı ülkelerinde uygulanmakta olan süt bankası sistemidir. Bu çalışma anne ve anne adaylarının süt bankasına olan tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Metot: Çalışma anne ve anne adaylarının anne sütü bankasına olan tutumlarını ölçmek için yapılan nicel bir araştırmadır. Çalışmada yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Anket soruları 6'lı Likert ölçeği tipinde hazırlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde korelasyon analizi ve regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Yaş ile endişe algısı arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki ($r= ,244$; $p= ,003<0.01$); Eğitim durumu ile ön yargı arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki ($r= ,277$; $p= ,001<0.01$); Çocuk sahibi olma ile uygunluk algısı arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r= ,167$; $p= ,047<0.05$).

Sonuç: Yapılan çalışmada anne ve anne adaylarının %82'sinin anne sütü bankası hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Buna rağmen anne ve anne adayları anne sütü bankasının işleyişi ile ilgili endişelerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu kaygılar daha çok bebeğin hastalık kapabileceği ve süt bankalarının ticari amaçlı kullanılabileceği yönündedir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, süt bankası, anne, bebek



Abstract

Objective: Breast feeding is the most important nurture source for the strengthening of the baby's immune system. However, there are many alternative nutritional forms in cases where mother's milk is late or inadequate. One of these is the milk bank system, which is especially applied in the western countries. This study was conducted to evaluate the attitudes of mother and mother candidates to the human milk bank.

Methods: The study is a quantitative research which was done to measure the attitudes of mother and mother candidates to the human milk bank. It was implemented questionnaire method in the study. The questions of questionnaire were prepared in the form of Six-Point Likert Scale. Correlation and regression analysis were used in evaluating the data

Results: there is a weak, positive direction relationship between age and worry perception ($r= ,244$; $p= ,003<0.01$). There is a weak and positive direction relationship between education status and prejudice ($r= ,277$; $p= ,001<0.01$). There is a weak and positive direction relationship between having a child and conformity ($r= ,167$; $p= ,047<0.05$).

Conclusion: In the study, it was been seen that 82% of mother and mother candidates were not knowledgeable about human milk bank. In spite of they have concerns about functioning of human milk bank. These concerns are that the baby may be sick and the human milk banks may be used for commercial purposes.

Key words: Mother's milk, Human Milk Bank, Mother, Baby

GİRİŞ

Anne sütü yeni doğan bebeklerde tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren en doğal ve ideal besin kaynağıdır (A. Ş. Erenel et al., 2017). Bu besin kaynağı, bebeklerin gelişimine katkı sağlamanın yanında onları hastalıklara karşı korumada ve bağışıklık sistemlerinin gelişmesinde de fayda sağlamaktadır (Kul Uçtu & Özerdoğan, 2017). Anne sütü bu faydalarının yanında aynı zamanda mortalite ve morbiditenin de azalmasında etkili bir besin ögesidir (Ünsal, Atlıhan, Özkan, Targan, & Hassoy, 2005). Ancak anne sütünün bu etkileri emzirme süresi, sıklığı, ek gıda ve sıvılara başlama zamanına göre farklılık göstermektedir (Akyüz, Kaya, & Şenel, 2007). Dünya sağlık örgütü doğumdan itibaren ilk ay anne sütü dışında hiçbir ek gıda verilmemesi gerektiğini ifade etmektedir (Demirtaş, 2011). İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerinin ek gıda alan bebeklere göre daha sağlıklı olduğu gözlemlenmiştir (Alp, Altınkaynak, & Yıldız, 1991). Bununla birlikte anne sütü ile beslenme bebeğin bedensel gelişiminin yanında zihinsel ve kişisel gelişimi bakımından da önemli görülmektedir (Kalaycıoğulları, 2016). Anne sütünün içeriğinde bulunan whey proteinleri kolay sindirilebilmesini sağlamakta ve anne sütündeki kalsiyum daha kolay emilebilmektedir (Lawrence, 1985) .

Anne ve bebekten kaynaklanan bazı nedenlerden dolayı bebekler anne sütü ile beslenememektedirler (Pekdemir, 2015). Ülkemizde ise ilk altı aylık dönemde sadece anne sütü ile beslenme oranı istenilen seviyelerde değildir (Gökdoğan & Akdolun Balkaya, 2010). Bunda annelerin emzirme süresi ve teknikleri konusunda yeterli seviyede bilgi sahibi olmaması da büyük bir etkidir (Uslu, Can, Ozdemir, & Bulbul, 2013). Bu nedenle sağlık bakanlığınca annelerin

bebeklerini erken emzirmeye başlamaları ve emzirmeyi sürdürmeleri için eğitimler doğum hastanelerinde eğitimler verilmektedir (Bolat et al., 2013).

Verici anne sütü, başka bir anne tarafından bağışlanan ve süt bankası tarafından işlenerek muhafaza edilen süttür (Eksioglu, Yesil, & Ceber Turfan, 2015). Süt bankası, palyatif bakım hizmeti ve tedavi stratejisi olarak ikinci basamak sağlık hizmeti olarak fonksiyon görmekle birlikte, uzun vadedeki komplikasyonları önleyerek hastalık ve ölüm oranlarını azaltması nedeniyle aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır (Arnold, 2006). Süt bankasına yapılan bağışlar emziren kadınlar tarafından yapılmaktadır. Annelerin sütleri bebeklerini beslemelerinin yanında süt bağışında bulunmalarına izin verecek kadar çoktur. Fransa'da yapılan bir çalışma süt bağışında bulunan annelerin fedakâr ve iyimser tutum nedeniyle bağış yaptıklarını göstermiştir (Azema E, 2003). Süt bağışçısı olacak anne ilaç kullanmamalı ayrıca bebeğin doktoru annenin süt bağışçısı olacağı konusunda hemfikir olmalı. Süt bankası rutin olarak öncelikle bağışta bulunacak anneden sağlık bilgisi talep eder ve birtakım tetkikler için kan alır. Genellikle süt bağış yapan annede HIV-1, HIV-2, T hücreli Lösemi, Hepatit B, Hepatit C, Sifiliz hastalıklarının olup olmadığına bakılır ((HMBANA), 2015). Bağışçı, kan testleri ve anamnez yönünden risk oluşturuyorsa süt bankası tarafından süütün toplanması ve dağıtılması için bir takım standart prosedürleri izler. Süt bankası anneye göğüs temizliği ve göğüs pompalama prosedürleri hakkında bilgi verir, ayrıca süütün sağılacağı kapları temin eder. Süt kaplarında sağıldıkları tarih ve saat not edilir. Süt kapları dolana kadar dondurucuda kalır ve süt bankasında, süt -20 ° C'de saklanır. Daha sonra donör anne sütleri 100 ml şişelere yerleştirilip 30 dakika süre ile 62.5 derecede su banyosunda tutularak pastörizasyon işlemi yapılır. Ardından hızlı soğutma ile -20 derecede tutulmaktadır (Moro GE, 2012). İlk süt bankası 1909'da Avusturya Viyana'da kurulmuştur. Viyana'dan kısa bir süre sonra, süt bankası Amerika Birleşik Devletleri, Boston Yüzer Hastanesinde ve daha sonra tüm dünyayı izlemektedir. Yapılan çalışmalar banka sütü ile beslenen bebeklerde nekrotizan enterokolit, geç başlangıçlı sepsis, gıda intoleransı görülme oranının düşük olduğunu ve taburculuk süresinin kısaldığını tespit etmişlerdir. Bu düşünceden hareketle süt bankalarının sağlık sistemine maliyet etkililiği yüksek uygulama olarak değerlendirilebilir (Mackenzie C, 2013). Süt bankaları farklı ülkelerde yaygın olarak kullanılıyor olmasına rağmen ülkemizde hem teknik hem de dini nedenlerden dolayı henüz kurulamamıştır (Tolunay, 2014).

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışma anne ve anne adaylarının anne sütü bankasına olan tutumlarını ölçmek için yapılmıştır. Bu amaçla bir ölçek altılı likert tipi bir ölçek hazırlanmış ve katılımcıların cevaplarını Kesinlikle Katılıyorum (6), Katılıyorum (5), Biraz Katılıyorum (4), Biraz Katılmıyorum (3), Katılmıyorum (2), Hiç Katılmıyorum (1) şeklinde vermeleri istenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma İstanbul ilinde Kadın Doğum hizmeti veren bir hastanede Eylül 2017 ve Kasım 2017 tarihleri arasında anket yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma anne ve anne adaylarının anne sütü bankasına olan tutumlarını ölçmek için yapılan nicel bir araştırmadır. Çalışmada kullanılan anket soruları araştırmacı tarafından altılı likert tipi ölçeği kullanılarak hazırlanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programına girilerek analiz edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma 3 aylık bir periyotta gerçekleştirildiğinden ve katılım gönüllü olduğundan 142 kişi ile sınırlı kalmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırma İstanbul ili Pendik ilçesinde hizmet veren bir kadın doğum polikliniğinde gerçekleştirilmiş olup toplam 142 kişi katılım sağlamıştır. Katılımcılara ait demografik değişkenler tablo 1’de verilmiştir.

Tablo1. Demografik Değişkenler

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yaş	18-27 yaş	55	38,7	38,7
	28-37 yaş	64	45,1	83,8
	38-47 yaş	21	14,8	98,6
	48-57 yaş	2	1,4	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	25	17,6	17,6
	Ortaöğretim	87	61,3	78,9
	Ön Lisans	17	12,0	90,8
	Lisans ve üzeri	13	9,2	100,0
Medeni Durum	Evli	127	89,4	89,4
	Bekar	15	10,6	100,0
Kaç çocuğunuz var	Çocuk sahibi olmayan	42	29,6	29,6
	1 Çocuk	38	26,8	56,3
	2 Çocuk	39	27,5	83,8
	3 Çocuk	17	12,0	95,8
	4 Çocuk ve üzeri	6	4,2	100,0
Aylık gelir	1300-2000 TL	43	30,3	30,3
	2001-2700 TL	53	37,3	67,6
	2701-3400 TL	33	23,2	90,8
	3401-4100 TL	10	7,0	97,9
	4101 TL ve üzeri	3	2,1	100,0
Sosyal Güvence	SSK	107	75,4	75,4
	Emekli Sandığı	5	3,5	78,9
	Bağ-Kur	15	10,6	89,4
	Yeşil Kart	3	2,1	91,5
	Sosyal güvencem yok	12	8,5	100,0
Anne sütü uygulaması hakkında bilgi sahibi	Evet	25	17,6	17,6
	Hayır	117	82,4	100,0

misiniz?

Daha önce başka bir çocuğa hiç süt emzirdiniz mi?	Evet	9	6,3	6,3
	Hayır	133	93,7	100,0
Çocuğunuza başka bir anne tarafından süt emzirildi mi?	Evet	6	4,2	4,2
	Hayır	136	95,8	100,0
	Toplam	142	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere katılımcılar genel anlamda genç katılımcılardan oluşmaktadır. Bunda katılımcıların genel olarak anne adaylarından oluşmasının etkisi vardır. Katılımcıların %61'i ortaöğretim mezunlarından oluşmaktadır. Sosyal güvence açısından katılımcıların %75,4'ü SSK'lı hastalardan oluşmaktadır.

BULGULAR

Soruların madde analizi yapılmış ve anketin bütününe katkısı araştırılarak ortaya konulmuştur. Güvenilirlik testi sonucunda ölçek, 880 düzeyinde yüksek derecede güvenilir bulunmuş olup, ölçek faktör analizi yapmak için de uygun bulunmuştur. KMO değeri ,788 bulunmuş olup değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınavan Barlett's test anlamlılığı (p=0,000) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir. Faktör analizi sonucu altı faktör elde edilmiş ve bu faktörler 'endişe algısı, yarar algısı, hastalık algısı, ön algısı, uygunluk algısı ve güven algısı' şeklinde isimlendirilmiştir.

Tablo2. Faktör Analizi

Faktör adı	Sorular	Bileşenler					
		1	2	3	4	5	6
Endişe algısı	Anne sütü bankasından elde edilen süt nedeniyle öz anne ile bebek arasındaki duygusal bağın zayıflayacağına inanıyorum.	,900					
	Anne sütü bankasından alınan süt ile bebeğim ile aramdaki duygusal bağın zayıflayacağını düşünüyorum	,839					
	Süt bankasında muhafaza edilecek anne sütlerinin besin değerinin düşeceğine inanıyorum	,812					
	Anne sütü bankasındaki sütün tercih edilmesi sebebiyle annelerin çocuklarını daha az emzireceğine inanıyorum.	,805					
	İhtiyacı olmayan kişilerin de süt bankasından anne sütü alacağına inanıyorum	,728					
	Bazı annelerin vücut yapılarının bozulmaması için emzirme yerine anne sütü bankasını tercih edeceğini düşünüyorum.	,727					
	Anne sütü bankasından elde edilen sütün emzirmenin yerini tutamayacağına inanıyorum.	,716					
	Süt bankasından süt temin ettiğim zaman bebeğimin fiziksel özellikleri ve kişiliği bana benzemez	,516					

Yarar algısı	Bebeğimi emzirme problemim olursa Anne sütü bankasından süt temin ederim	,900
	Anne sütü bankasından bebeğim için süt almayı doğru buluyorum.	,857
	Yeterli sütüm olmazsa takviye için süt bankasından süt almayı düşünürüm	,819
	Anne sütü bankası olursa fazla olan sütümü bağışlamayı düşünürüm.	,754
	Anne sütü bankasından alacağım süt ile bebeğimin bağışıklık sisteminin güçleneceğine inanıyorum.	,665
	Süt bankasından alınacak sütün besin değerinin bebeğin kendi annesinin sütü gibi kaliteli olduğunu düşünüyorum	,568
	Bebeğin emzirme anındaki sıcaklığı süt bankasındaki süttten de alabileceğini düşünüyorum.	,475
Hastalık algısı	Süt bankasından temin ettiğim sütün bozuk olup olmadığını anlayamam ve bebeğimi zehirlerim diye korkarım	,777
	Süt bankasından temin edilen sütün steril olup olmadığını bilmediğim için bebeğime mama vermeyi tercih ederim	,736
	Bilmediğim ve tanımadığım insanların anne sütlerinden faydalanmanın sakıncalı olduğunu düşünüyorum.	,677
	Süt bankasından temin edilen süt ile, genetik hastalığı olan kişinin hastalığı çocuğuma geçer.	,648
	Anne sütü bankasından alınacak sütlerle bebeğime bulaşıcı hastalık geçebileceğini düşünüyorum.	,616
Ön yargı	Anne sütü verecek kadınların süt verme işini ticarete dönüştüreceğini, sütlerini satacaklarını düşünüyorum.	,718
	Anne sütü verecek kadınların para kazanmak için kendi çocuklarını emzirmeyi ihmal edeceklerini düşünüyorum.	,714
Uygunluk algısı	Anne sütü bankalarının sağlıklı bir şekilde işleyeceğine inanıyorum.	,743
	Anne sütünü başka bebekler için bağışlamanın toplumsal değerlere uygun olduğunu düşünüyorum.	,623
Güven algısı	Anne sütü bankasının kurulmasını doğru buluyorum.	,712
	Anne sütü bankasında yeterli denetimlerin yapılacağına inanıyorum.	,514
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 9 iterations.		

Hem faktörlerin hem de demografik değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisini incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo3. Korelasyon tablosu

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yaş	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 142									
Eğitim Durumu	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,254** ,002 142	1 142								
Kaç çocuğunuz var	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,505** ,000 142	-,259** ,002 142	1 142							
Aylık gelir	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,096 ,256 142	-,227** ,007 142	,151 ,073 142	1 142						
Daha önce başka bir çocuğa süt emzirdiniz mi?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,192* ,022 142	-,253** ,002 142	-,263** ,002 142	,035 ,679 142	1 142					
Çocuğunuza başka bir anne tarafından süt emzirildi mi?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,107 ,204 142	-,204* ,015 142	-,232** ,005 142	-,007 ,935 142	-,807** ,000 142	1 142				
Endişe algısı	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,244** ,003 142	-,011 ,893 142	,160 ,057 142	,115 ,174 142	-,026 ,755 142	-,163 ,053 142	1 142			
Yarar algısı	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,013 ,876 142	-,014 ,871 142	,100 ,235 142	-,210* ,012 142	-,009 ,915 142	-,096 ,256 142	,000 1,000 142	1 142		
Ön yargı	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,110 ,193 142	-,277** ,001 142	-,041 ,628 142	,137 ,105 142	,149 ,077 142	,070 ,408 142	,000 1,000 142	,000 1,000 142	1 142	
Uygunluk algısı	Pearson Correlation	,070	-,086	,167* ,046	-,085 ,014	-,085 ,014	,000 ,000	,000 ,000	,000 ,000	,000 ,000	1

Sig. (2-tailed)	,409	,310	,047	,584	,315	,866	1,000	1,000	1,000	
N	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142

** . Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

* . Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

Yaş ile endişe algısı arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki ($r= ,244$; $p= ,003<0.01$); Eğitim durumu ile ön yargı arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki ($r= ,277$; $p= ,001<0.01$); Çocuk sahibi olma ile uygunluk algısı arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r= ,167$; $p= ,047<0.05$). Korelasyon analizi sonucu değişkenler arasında bulunan ilişkinin rastlantısal olup olmadığını anlamak için regresyon analizi yapılmıştır.

Yaş ile Endişe Algısı Arasındaki Regresyon:

Bağımsız değişken (yaş) ile bağımlı değişken (endişe algısı) arasındaki ilişki regresyon analizine tabi tutulmuştur.

Model Özeti

Model	R	R2	Düzeltilmiş R2	Tahmini Standart Hata
1	,244 ^a	,059	,053	,97327500

a. Belirleyiciler: (Sabit), Yaş

Bağımsız değişken olan yaş değişkeni bağımlı değişken durumundaki endişe algısını %5,9 oranında açıklamaktadır. Diğer bir ifadeyle endişe algısı %6 oranında yaşa bağlı olarak değişim göstermektedir.

ANOVA^a

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1 Regresyon	8,383	1	8,383	8,850	,003 ^b
Kalan	132,617	140	,947		
Toplam	141,000	141			

a. Bağımlı değişken: Endişe algısı

b. Bağımsız değişken: (Sabit), Yaş

Anova tablosunun anlamlılık sütunundaki değer, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p= 0.003 < 0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Eğer bu değer 0.01'den büyük çıksaydı ilişkinin rastlantısal olduğu ifade edilebilirdi. Söz konusu bu durum $F(1,140)= 8,850$; $p<0.01$ şeklinde formüle edilebilir.

Katsayılar Tablosu

Model	Standartlaştırılmamış katsayılar		Standartlaştırılmış katsayılar		Sig.
	B	Standart hata	Beta	t	
1 (Sabit)	-,588	,214		-2,749	,007
Yaş	,329	,110	,244	2,975	,003

a. Bağımlı değişken: Endişe algısı

Katsayı tablosunda görüldüğü üzere yaş bağımsız değişkeninin katsayısı 0.329 olarak bulunmuştur. Sabit değer ise -0.588'dir. Buna göre $Y = 0.329X + -0.588$ denklemi yaş bağımsız değişkeninin endişe algısı bağımlı değişkenini nasıl etkilediğini göstermektedir.

Eğitim İle Ön Yargı Arasındaki Regresyon

Bağımsız değişken (eğitim durumu) ile bağımlı değişken (ön yargı) arasındaki ilişki regresyon analizine tabi tutulmuştur.

Model Özeti

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini Standart Hata
1	,277 ^a	,077	,070	,96440398

a. Belirleyiciler (Sabit): Eğitim Durumu

Bağımsız değişken olan eğitim değişkeni, bağımlı değişken durumundaki ön yargıyı %7,7 oranında açıklamaktadır. Diğer bir ifadeyle endişe algısı %7,7 oranında yaşa bağlı olarak değişim göstermektedir.

ANOVA^a

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Regresyon	10,789	1	10,789	11,601	,001 ^b
1 Kalan	130,211	140	,930		
Toplam	141,000	141			

a. Bağımlı değişken: Ön yargı algısı

b. Bağımsız değişken (Sabit): Eğitim Durumu

Anova tablosunun anlamlılık sütunundaki değer, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p = 0.001 < 0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Eğer bu değer 0.01'den büyük çıksaydı ilişkinin rastlantısal olduğu ifade edilebilirdi. Söz konusu bu durum $F(1,140) = 11,601; p < 0.01$ şeklinde formüle edilebilir.

Katsayılar Tablosu

Model	Standartlaştırılmamış katsayılar		Standartlaştırılmış katsayılar		Sig.
	B	Standart hata	Beta	t	
(Sabit)	-,714	,225		-3,177	,002
1 Eğitim Durumu	,334	,098	,277	3,406	,001

a. Bağımlı değişken: Ön yargı algısı

Katsayı tablosunda görüldüğü üzere yaş bağımsız değişkeninin katsayısı 0.334 olarak bulunmuştur. Sabit değer ise -0.714'dir. Buna göre $Y = 0.334X + -0.714$ denklemi yaş bağımsız değişkeninin endişe algısı bağımlı değişkenini nasıl etkilediğini göstermektedir.

Çocuk Sayısı İle Uygunluk Arasındaki Regresyon

Model Özeti

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini Standart Hata
1	,167 ^a	,028	,021	,98949535

a. Belirleyiciler (sabit): Kaç çocuğunuz var

Bağımsız değişken olan eğitim değişkeni, bağımlı değişken durumundaki uygunluk algısını %2,8 oranında açıklamaktadır. Diğer bir ifadeyle endişe algısı %2,8 oranında çocuk sayısına bağlı olarak değişim göstermektedir.

ANOVA^a

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Regresyon	3,926	1	3,926	4,010	,047 ^b
1 Kalan	137,074	140	,979		
Toplam	141,000	141			

a. Bağımlı değişken: Uygunluk algısı

b. Bağımsız değişken: (Sabit), Kaç çocuğunuz var

Anova tablosunun anlamlılık sütunundaki değer, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p = 0.047 < 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Eğer bu değer 0.05'den büyük çıksaydı ilişkinin rastlantısal olduğu ifade edilebilirdi. Söz konusu bu durum $F(1,140) = 4,010; p < 0.05$ şeklinde formüle edilebilir.

Katsayılar Tablosu

Model	Standartlaştırılmamış katsayılar		Standartlaştırılmış katsayılar		Sig.
	B	Standart hata	Beta	t	
(Sabit)	-,191	,126		-1,510	,133
1 Kaç çocuğunuz var	,141	,070	,167	2,002	,047

a. Bağımlı değişken: Uygunluk algısı

Katsayı tablosunda görüldüğü üzere Çocuk sayısı bağımsız değişkeninin katsayısı 0.141 olarak bulunmuştur. Sabit değer ise -0.191'dir. Buna göre $Y = 0.141X + -0.191$ denklemi çocuk sayısı bağımsız değişkeninin uygunluk algısı bağımlı değişkenini nasıl etkilediğini göstermektedir.

TARTIŞMA

Çalışmada katılımcıların %82'si anne sütü uygulaması hakkında bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Güney Avustralya'da 2013 yılında yapılan bir çalışmaya katılan bireylerin bir kısmı süt bankasını hiç duymadıklarını belirtirken bir kısmı ise yaşadığı yerde süt bankası olduğunu fakat süt bankasının işleyişi konusunda fikir sahibi olmadıkları hatta kan bağıışı gibi algıladıklarını belirtmişlerdir (Mackenzie C, 2013). Katılımcıların %69'u anne sütü bağıışı yapacak kişilerin süt verme işini ticarete dönüştüreceğini; %72'si anne sütü verecek kişilerin kendi çocuklarını ihmal edeceklerini ifade etmiştir.

Araştırmada dikkat çeken diğer bir husus da katılımcıların %32'si süt bağıışı yapmanın toplumsal değerlere uygun olduğunu %18'i uygun olmadığını ifade ederken %50'si ise uygunluk konusunda net bir ifade kullanamamış olmasıdır. Bunda dini inanışların çok etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü İslami kaynaklara göre başka bir anne tarafından temin edilen süt, sütanne ve sütkardeşler arasında evlenme engeli oluşturmaktadır. Bu nedenle süt bankalarından elde edilen sütte kayıt tutulmayacağı, sütanne ile sütkardeşlerin tespit edilemeyeceği ve dinen yasaklanan evliliklerin olacağı endişesi ile süt bankasının kurulması uygun görülmemiştir (Pekdemir, 2015). Bazı islam yazarlarınca kimliği bilinmeyen bir anneden alınan sütün, bebek için hayati bir problem olmadığı sürece bebeğe verilmemesi gerekliliği vurgulanmıştır (Yokmaç Çelik & Çelik, 2014). Bilinen bir donörden alınan anne sütünün, güvenilir ve hijyen yönünden kontrolü yapıldıktan sonra etkili bir şekilde kullanılabilirliği ve müslüman bir ülkede süt bankasına yönelik etik sorunlara çözüm konusunda bir alternatif olabileceği yönünde görüşler de mevcuttur (AL-Naqeeb NA, 2000). Bununla birlikte hastane ortamında bilinen bir donörden alınacak anne sütü uygulaması ile bu güvenin sağlanacağı düşünülmektedir (Demirtaş, 2011). Diğer bir ifadeyle 'Kimlikleme' de diyebileceğimiz, kayıt altına alınan, alıcı ve vericinin birbirini tanıdığı bir sistemle bu güven probleminin önüne geçilebilecektir.

Katılımcıların %33'ü süt bankasından temin edilen sütle bebeğine hastalık geçeceğine inandığını ifade etmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da hastalık riskinin olması, dini hassasiyetlere dikkat edilmeyeceği ve sistemin doğru işlemeyeceği endişesi ile katılımcıların süt bankası kurulmasına endişeli yaklaştıkları ifade edilmiştir (Kul Uçtu & Özerdoğan, 2017). Bu nedenle bağıış yapmak



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

isteyen ya da süt bankasından süt tedarik etmek isteyenlerin hassasiyetleri de göz önüne alınarak güvenilirlik sağlanmalıdır (Eksioglu et al., 2015).

Katılımcıların %83'ü anne sütü bankasından temin edilen sütün emzirmenin yerini tutamayacağına inandığını ifade etmiştir. Yapılan araştırmalara göre emzirme bebekle anne arasındaki duygusal bağı güçlendirmektedir (Eker & Yurdakul, 2006). Bu anlamda süt bankasından temin edilecek sütün emzirmenin yerini tutması mümkün gözükmemektedir. Bununla beraber anne sütünün olmadığı durumlarda donörlerden alınan sütün verilmesi tavsiye edilmektedir (Kul Uçtu & Özerdoğan, 2017).

Ülkemizde doğum sonrası izinlerin kısa olması ek gıdalara 6 ay içerisinde başlanmasında önemli bir etkidir (Samli ve ark., 2006). Erken dönemlerde ek gıdaya başlanması hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir (A.Ş. Erenel & Eroğlu, 2005). Bebeklere anne sütünün daha uzun süreli verilebilmesi için izin uygulamasının yeniden gözden geçirilmesi ya da yeni doğum yapmış çalışan anneler için daha esnek çalışma uygulamalarının düzenlenmesi önem arz etmektedir. Bununla birlikte annelerin emzirme konusunda verilecek eğitimlerle bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Eryılmaz'ın yaptığı araştırmaya göre anneler bu eğitimleri daha çok aile büyüklerinden ve geçmiş deneyimlerinden aldıkları ifade edilmiştir (Eryılmaz, 1998). Ancak bu eğitimlerin uzmanlar tarafından verilmesi gerekmektedir. Özellikle ilk gebeliklerde anne adayları emzirme konusunda eğitimle desteklenmelidir (İnce, Kondolot, Yalçın, & Yurdakök, 2010).

İlk altı ayda sadece anne sütü verilmesi ile 1.3 milyon bebek ölümünün önüne geçileceği ifade edilmektedir (Özer, Taş, & Ekerbiçer, 2010). Gelişmekte olan ülkelerde ise bebek ölümlerinin yaklaşık %50'si anne sütü verilmediği için olmaktadır (Giray, 2004).

Bebeklerde ilk altı ayda anne sütünden sonra en sağlıklı ve besleyici besin kaynağı bağışçı annenin sütüdür (Kadioğlu & Şahin, 2014). Ancak bununla ilgili olarak süttten faydalanacakların endişelerinin giderilmesi gerekmektedir. Toplumsal tutum ve değerlere dikkat edilerek toplum tarafından kabul görmüş uzmanların görüş ve önerileri ön plana çıkarılmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yenidoğan çocuklar için anne sütünün önemi tartışılmayacak kadar bilinen bir gerçektir. Batı toplumlarından anne sütünün olmadığı ya da yetersiz olduğu durumlarda süt bankasından sağlanan süt ile beslenme ihtiyacı karşılanmaktadır. Ancak Müslüman ülkelerde anne sütü bankasının kurulması ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Bu nedenle toplumsal değer ve tutumlar da göz önüne alınarak süt bankası ile ilgili tereddütlere çözüm önerileri üretilmelidir. Süt bankası ile ilgili daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akyüz, A., Kaya, T., & Şenel, N. (2007). Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(5): 331-335.
- Alp, H., Altınkaynak, S., & Yıldız, L. Anne sütünün enfeksiyonlardan koruyucu etkisi. Aile ve Toplum, 1991; 1(1): 39-44.
- AL-Naqeeb NA, A. A. (2000). The Introduction of Breast Milk Donation in a Muslim Country. *Journal of Human Lactation* 16(4), 346-350.
- Arnold, L. (2006). The Ethics of Donor Human Milk Banking. *Breastfeeding Medicine* 1(1), 3-13.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Azema E, C. S. (2003). Breast milk donors in France: a portrait of the typical donor and the utility of milk banking in the French breastfeeding context. *J Hum Lact*, 199–202.
- Bolat, F., Uslu, S., Bolat, G., Bulbul, A., Arslan, S., Celik, M., . . . Nuhoglu, A. Factors affecting breast feeding in the first six months of life. *Tuberculin Skin Test in Children*, 2013; 11(1): 5-13. doi:10.5222/j.child.2011.005
- Demirtaş, B. Türkiye’de anne sütü bankaları olmalı mı? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14(1): 73-77.
- Eker, A., & Yurdakul, M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2006; 15(9): 158-163.
- Eksioglu, A., Yesil, Y., & Ceber Turfan, E. Mothers’ views of milk banking: sample of İzmir. *Turk Pediatri Ars*, 2015; 50(2): 83-89. doi: 10.5152/tpa.2015.2406
- Erenel, A. Ş., & Eroğlu, K. Doğum sonrası ilk altı ayda ev ziyareti yoluyla desteklenen emzirme eğitimi modelinin etkili emzirme davranışı üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2005; 12(2): 43-54.
- Eryılmaz, G. Erzurum bölgesinde emziren annelerin emzirme işlemi hakkındaki bilgi düzeyleri, uygulamalarının belirlenmesi ve hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998; 1(2): 1-10.
- Giray, H. Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2004; 13(1): 12-15.
- Gökdoğan, M., & Akdolun Balkaya, N. Anne sütünü artırmaya yönelik bitkisel çay kullanımı ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2010; 3(4): 187-194.
- (HMBANA), H. M. (2015). *Guidelines for the Establishment and Operation of a Donor Human Bank*. North America.
- İnce, T., Kondolot, M., Yalçın, S. S., & Yurdakök, K.. Annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2010; (53): 189-197.
- Kadıoğlu, M., & Şahin, N. H. Anne Sütü Bağışı: Türkiye’deki Durum Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2014; 1(2): 102-114.
- Kalaycıoğulları, S. Roma yazınında emzirme: anne sütünün bebeğin bedensel ve zihinsel gelişimine etkisi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi - DTCF Dergisi*, 2016; 56(2): 319-331. doi: 10.1501/Dtcfder_0000001493
- Kul Uçtu, A., & Özerdoğan, N. Anne Sütü Bankası. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2017; 4(2): 593-596.
- Lawrence, R. (1985). Breastfeeding: A guide for the Medical Profession. *Breastfeeding and Human Lactation 2nd ed.* St. Louis: C.V. Mosby.
- Mackenzie C, J. S. (2013). Mothers’ knowledge of and attitudes toward human milk banking in South Australia. *a qualitative study. J Hum Lact*, 222-229.
- Moro GE, A. S. (2012). Heat treatment of human milk. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 165-166.
- Özer, A., Taş, F., & Ekerbiçer, H. Ç. 0-6 Aylık bebeği olan annelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(4), 315-320.
- Pekdemir, Ş. İslam hukukuna göre anne sütü bankaları. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 2015; 10(40): 537-537. doi: 10.9761/jasss3073
- Tolunay, O. Breastfeeding in history of turkish medicine-Türk tıp tarihinde emzirme. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2014; 4(3): 6-10.
- Uslu, S., Can, E., Ozdemir, H., & Bulbul, A. The knowledge of mothers about breastfeeding in a neonatal unit. *Tuberculin Skin Test in Children*, 2013; 10(2): 82-85. doi: 10.5222/j.child.2010.082



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş., & Hassoy, H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2005; 48(3): 226-233.
- Yokmaç Çelik, N., & Çelik, S. Milk banking in turkey: review. Türkiye klinikleri, J Med Ethics, 2014; 22(1): 33-37.

ASİSTAN HEKİMLERİN VE İNTERN DOKTORLARIN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ¹

EVALUATION OF THE ATTITUDES OF ASSISTANT PHYSICIANS AND INTERN DOCTORS REGARDING PATIENT SAFETY

Öğr. Gör. Gizem KETREZ

Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü,
gizemketrez@gmail.com, orcid.org/0000-0002-9503-0370

Prof. Dr. Hatice ULUSOY

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, hulusoy65@gmail.com,
orcid.org/0000-0002-8911-5490

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.09.2020-28.11.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı, asistan hekimlerin ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesidir. Araştırmanın evrenini, bir Üniversite Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimler ve aynı üniversitenin Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 105 asistan hekim ve 103 intern doktor oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak, kişisel bilgi formu ile Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ) kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, katılımcıların genel olarak hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları yüksek düzeydedir. Asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Asistan hekimlerin %75,2'si, intern doktorların ise %56,3'ü hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almamıştır. Ölçekte en yüksek ortalamaya sahip alt boyut "hata yapma nedeni olarak çalışma saatleri" olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği Kültürü, Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum, Asistan Hekim, İntern Doktor.

¹Bu çalışma "Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi" adlı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Abstract

This study was conducted to evaluate the attitudes of assistant physicians and intern doctors regarding patient safety culture in terms of some socio-demographic variables. The universe of the research consists of the assistant physicians who worked at a University Hospital and senior students of the Faculty of Medicine. The sample of the study consisted of 105 assistant physicians and 103 intern doctors who agreed to participate voluntarily. Data collection tools were “Personal Information Form” and “Scale of Attitudes on Patient Safety Culture”. According to the findings, participants' attitudes towards patient safety culture in general were high. There were no statistically significant differences between the attitudes of assistant physicians and interns regarding patient safety culture ($p>0.05$). 75.2% of assistant physicians and 56.3% of intern doctors did not take any courses on patient safety. Sub-dimension with the highest average has been “Working Hours As Error Cause.”

Key Words: Patient Safety Culture, Attitudes About Patient Safety Culture, Assistant Physician, Intern Doctor.

GİRİŞ

Sağlık sektörü açısından en önemli öncelik, sunulan hizmetin hastaya zarar vermemesidir (Budak, 2008). Bununla birlikte hastaya uygulanan her bir girişim ve tedavi bazı riskleri de beraberinde getirebilmektedir. Günümüzde meydana gelen bu risklerin azaltılması veya kontrol altına alınabilmesi adına hasta güvenliği kavramı ön plana çıkmaktadır (Taş ve ark., 2013). Sağlık hizmetlerinde kalite hedefleri arasında yer alan ve birden fazla tanımları yapılan hasta güvenliği; sağlık hizmet sunumunun her aşamasında, kişilere verilecek muhtemel zararların önlenmesi amacı ile gerek sağlık kurumları gerekse çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (Somunoğlu İkinci, 2016).

Hasta güvenliğini sağlama çabaları insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte (Sur, 2019), bu konuya dikkatin artması, ABD’de de 1999 yılında Institute of Medicine (IOM) tarafından yayınlanan bir rapor ile olmuştur. “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” isimli raporda, sağlık hizmetlerinin olması gerektiği kadar güvenliği olmadığı belirtilmekte ve tıbbi hatalar, hizmet sunumu sırasında meydana gelen yaralanma ve ölümlerin önde gelen bir nedeni olarak gösterilmektedir. Raporla, yılda 44.000-98.000 Amerikalının tıbbi hatalara bağlı olarak hayatını kaybettiği ifade edilmektedir (Kohn ve ark., 2000). ABD gibi gelişmiş ülkelerin yanı sıra dünya genelinde meydana gelen toplam tıbbi hataların yaklaşık üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığı ifade edilmekte (WHO, 2017) ve bu ülkelerdeki hastanelerde her yıl 134 milyon tıbbi hata meydana geldiği ve her yıl 2,5 milyon ölüme neden olduğu yer alan bilgiler arasındadır (National Academies Of Sciences, Engineering And Medicine, 2018). Ülkemizde ise tıbbi hataların boyutu tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir (Demir Dikmen ve ark., 2014).

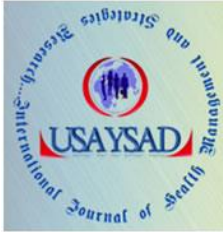
Konu ile ilgili oldukça fazla ölümlerin gün yüzüne çıkmasıyla birlikte dünya genelinde çeşitli kuruluşlar tarafından hasta güvenliğine büyük ilgi gösterilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) çalışmaları Ekim 2004’te Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı (World Alliance For Patient Safety) hareketi ile başlamış ve bu hareket tüm üye ülkelerin sağlık hizmetlerinin güvenliğinin artırılması arayışında önemli bir adım olmuştur. (WHO, 2017; WHO, 2004). Küresel çapta çeşitli programlar yürüten DSÖ tarafından son olarak 2017 yılında yürürlüğe giren programın teması “Güvenli İlaç Kullanımı (Medication Without Harm)” olarak belirlenmiştir (WHO, 2017a).

Tıbbi hatalar ciddi bir halk sağlığı sorununu temsil etmekte ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir (Pietra ve ark., 2005). Tıbbi hata kaynaklı kayıpların en aza indirilmesi, ayrıca hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayların izlenip kayıt altına alınarak hasta güvenliği bilincinin oluşturulması konusunun giderek önem kazanmasıyla birlikte hasta güvenliği kültürü kavramı

ülkemizde de tartışılan konular arasında yerini almıştır (Dursun ve ark. 2010). Hasta güvenliği konusunda ülke genelinde etki yaratacak ilerlemeler Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmiş, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hasta güvenliği konusunun da kalite geliştirme bileşeni içinde ele alınması sağlanmıştır (Sur, 2019). Bu doğrultuda hazırlanan "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS-Hastane)" son olarak Haziran 2020'de (V6) revize edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Ayrıca, hasta güvenliği bilincini yaymak ve hasta güvenliği kültürünün yayılmasını sağlamak amacıyla dernekler kurulmuş (Budak, 2008), bu dernekler tarafından kongreler düzenlenmiştir. Hasta güvenliğine verilen önemin göstergesi olarak Nisan 2006'da kurulan Hasta Güvenliği Derneği "önce zarar verme" sloganıyla Türkiye'de çalışan ilk organizasyon olmuştur. Söz konusu dernek kuruluşunun birinci ayında Ankara'da bir sempozyum ve daha sonrasında ise uluslararası kongreler organize etmiştir (Çiçek, 2012; Sur, 2008). Hasta güvenliği konusuna yasal düzenlemenin getirilmesi ise, Nisan 2009'da yayınlanan "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ile gerçekleşmiş, Nisan 2011'de bu tebliğ "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik" haline getirilmiştir. Yönetmeliğin amacı, "tüm kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir" şeklinde ifade edilmiştir (R.G. 29.04.2009/27214; R.G. 06.04.2011/27897).

Hasta güvenliği kültürü; "kurumda hasta güvenliğinin en öncelikli konu ve ortak değer olarak kabul edilmesi" şeklinde ifade edilmekte (Çakmakçı ve Akalın, 2011) ve sağlık hizmetleri alanında çalışan, özellikle doktor, diş hekimi, hemşire, fizyoterapist ve diğer uzman sağlık personelinin çabaları sonucu meydana gelmektedir (Yalçın ve Acar, 2010). Çalışanların tutum, inanç, algı ve değerlerinden oluşan hasta güvenliği kültürünün oluşması için, hasta güvenliğinin önemi vurgulanmalı, hasta güvenliği tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli (Taş ve ark., 2013; Dursun ve ark., 2010), hasta güvenliği konusunun herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ifade edilmeli, liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişim sağlanmalı ve bu iletişimin sürekliliği korunmalı, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden durumların belirlenmesi ve azaltılması için sorumluluk devredilmeli, hasta güvenliği için kaynak ayrılmalı ve hasta güvenliği eğitimlerinin sürekliliği sağlanmalıdır (Çakmakçı ve Akalın, 2001). Kurumlarda oluşturulacak olan hasta güvenliği kültürü sayesinde, hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açık bir şekilde ve ceza alma korkusu olmadan tartışıldığı bir ortam yaratılacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların sürekli olması sağlanacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktılarında önemli ölçüde iyileşmeler gerçekleşecektir (Budak, 2008).

Ülkemizde hasta güvenliği konusunda yapılmış çalışmalar son yıllarda giderek artmakla birlikte çalışmaların genellikle hemşireler üzerinde yapıldığı görülmektedir (Bal, 2019; Doğan, 2019; Dirik, 2014; Çırpı ve ark., 2009; Gökdoğan ve Yorgun, 2010). Bununla birlikte sağlık sistemi içerisinde oldukça önemli bir konumda olan hekimlerin katıldıkları çalışmalarda aynı zamanda hemşireler ve diğer sağlık personeli de yer almaktadır (Dönmez, 2017; Tunçer, 2016; Bölükbaşı, 2019; Seçer, 2019). Ancak sağlık kurumlarının artık herhangi bir sanayi kuruluşundan daha tehlikeli mekanlara dönüştüğünden söz edilmekte ve hataların önemli bir kısmı doğrudan veya dolaylı olarak hekimlere bağlanmaktadır (Hayran, 2019). Bu durum hasta güvenliği konusunda örneklem grubu olarak sadece hekimleri içeren çalışmalara olan gereksinimi artırmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Üniversite Hastanesinde görev yapan asistan hekimler ve Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilen bu çalışma, ülkemizde hasta güvenliği açısından örneklemimin sadece hekimlere yönelik olması ve hem



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

tıp eğitimini tamamlayıp uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimleri hem de tıp eğitimine devam etmekte olan intern doktorları bir arada ele alması nedeniyle önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın, asistan hekimlerin ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesine ve bu doğrultuda hekimlerin eğitimlerine yönelik planlamalar yapılmasına yol gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı tipte tasarlanan bu araştırmanın evrenini, 20-29 Mart 2019 tarihleri arasında bir Üniversite Hastanesinde görev yapan asistan hekimler (N=216) ve aynı üniversitenin Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri (N=208) olmak üzere toplam 424 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, aynı tarihler arasında araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 105 asistan hekim ve 103 intern doktor olmak üzere toplam 208 birey oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, toplam 12 sorudan oluşan ve araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ) kullanılmıştır. Carruthers ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 26 madde olarak geliştirilen ölçme aracının Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Torun ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmış, iki madde Torun ve arkadaşları (2018) tarafından ölçekten çıkarılmıştır. HGKİTÖ, toplam 24 maddeden ve 9 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) şeklinde puanlanan beşli Likert tipindedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, madde 11, 13, 14, 15, 16 ve 17 ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ait olumlu tutumlarının olduğunu göstermektedir. Ölçek tıp öğrencilerine yönelik geliştirilmiştir ancak ölçeğin hekimler de dahil diğer tüm sağlık meslek mensuplarına uygulanabilmesi mümkündür (Carruthers ve ark., 2009).

Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS 22.00 programında analiz edilmiştir. Çalışmada yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Yapılan normallik testi sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmış; bu kapsamda veriler independent t-testi, Tek Yönlü Anova testi, Tukey testi ile analiz edilmiştir. Araştırmada HGKİTÖ Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,748 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlanmadan önce, 2019-01/16 Karar No ve 02.01.2019 Tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ile, Üniversite Hastanesi Başhekimliğinden ve Tıp Fakültesi Dekanlığından yazılı izinler alınmıştır. Ölçeğin yazarlarından da e-posta yoluyla ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için izin alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %46,1'i 28-30 yaş aralığında ve intern doktorların %52,4'ü 24 ve altı yaş grubunda yer almaktadır. Asistan hekimler 29,4 yaş ortalamasına sahip iken, intern doktorların yaş ortalaması 24,7 ve katılımcılara ait toplam yaş ortalaması 27,1 olarak saptanmıştır. Asistan

hekimlerin %53,8'i erkek, %51,4'ü evlidir. İtern doktorların ise, %57,3'ü kadın, %97,1'i bekardır. (Tablo 1).

Tablo 1: Asistan Hekim ve İtern Doktorların Yaş, Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Asistan Hekim		İtern Dr.	
	N	%	N	%
Yaş				
24 ve altı yaş	2	1,9	54	52,4
25-27 yaş	27	26,5	44	42,7
28-30 yaş	47	46,1	5	4,9
31 ve üzeri yaş	26	25,5	0	0
Toplam	102	100,0	103	100,0
Cinsiyet				
Kadın	48	46,2	59	57,3
Erkek	56	53,8	44	42,7
Toplam	104	100,0	103	100,0
Medeni durum				
Evli	54	51,4	3	2,9
Bekar	51	48,6	100	97,1
Toplam	105	100,0	103	100,0

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %75,2'si, intern doktorların ise %56,3'ü hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almadığını ifade etmiştir. Toplam katılımcıların %65,9'unun hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Asistan hekimlerin 13'ü bir ders içinde, dokuzu bir konferans sırasında, beşi bir kurs içinde hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtirken, intern doktorların 26'sı bir ders içinde, 20'si bir konferans sırasında ve dördü bir kurs içinde hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtmiştir

Tablo 2: Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Kurs veya Ders Alıp Almama Durumuna Göre Dağılımı*

	Asistan Hekim		İtern Dr.		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Hasta güvenliği konusunda kurs/ders aldınız mı?						
Evet	26	24,8	45	43,7	71	34,4
Hayır	79	75,2	58	56,3	137	65,9
Toplam	105	100,0	103	100,0	208	100,0

*(Her iki grupta da birden fazla seçeneği işaretleyen katılımcılar bulunmaktadır).

Asistan hekimlerin %89,5'i, intern doktorların %87,3'ü tıp fakültesini isteyerek seçtiğini, asistan hekimlerin %73,3'ü, intern doktorların %58,8'i işini severek yaptığını ifade etmiştir. Toplamda, katılımcıların %88,4'ünün tıp fakültesini isteyerek seçtiği, %66,2'sinin mevcut durumda işini severek yaptığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme ve İşini Severek Yapma Durumlarının Dağılımı

Tıp fakültesini isteyerek seçtiniz mi?	Asistan Hekim		İntern Dr.		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evet	94	89,5	89	87,3	183	88,4
Hayır	11	10,5	13	12,7	24	11,6
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0
İşinizi severek yapıyor musunuz?						
Evet	77	73,3	60	58,8	137	66,2
Hayır	28	26,7	42	41,2	70	33,8
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0

Katılımcıların %93,75'i (asistan hekimlerin %96,2'si ve intern doktorların %91,3'ü) gerektiğinde hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını ifade etmiştir. Asistan hekimlerin %53,3'ü işini yaparken tıbbi hata yapmadığını fakat % 80,0'ı başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu, intern doktorların ise %67,6'sı işini yaparken tıbbi hata yapmadığını fakat % 74,5'i başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu belirtmiştir. Tüm katılımcıların %60,4'ü şu ana kadar tıbbi hata yapmadığını belirtirken ve %77,3'ü başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu ifade etmiştir. (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Tıbbi Hatalarla İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmak tıbbi hata yapma oranını azaltır mı?	Asistan Hekim		İntern Dr.		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evet	101	96,2	94	91,3	195	93,75
Hayır	4	3,8	9	8,7	13	6,25
Toplam	105	100,0	103	100,0	208	100,0
Şu ana kadar tıbbi hata yaptınız mı?						
Evet	49	46,7	33	32,4	82	39,6
Hayır	56	53,3	69	67,6	125	60,4
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0
Şu ana kadar başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık oldunuz mu?						
Evet	84	80,0	76	74,5	160	77,3
Hayır	21	20,0	26	25,5	47	22,7
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0

Asistan hekimlerin günlük muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 53,02 hasta iken, intern doktorlarda bu sayı 26,60 hasta ve tüm katılımcıların günlük muayene ettikleri ortalama hasta sayısı 39,88 hasta olarak belirlenmiştir. Asistan hekimler aylık ortalama 7,79 defa ve intern doktorlar aylık ortalama 8,18 defa nöbet tuttıklarını belirtirken, tüm katılımcıların aylık ortalama nöbet sayısı 7,99'dir. Asistan hekimler bir seferde ortalama 29,13 saat, intern doktorlar ise bir seferde ortalama 31,65 saat nöbet tuttıklarını belirtmiş ve tüm katılımcılar açısından bir seferde tutulan ortalama nöbet süresi 30,38 saat olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Asistan Hekim ve İtern Doktorların Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı, Aylık Nöbet Sayısı ve Nöbet Süresi Dağılımları

Günlük muayene edilen hasta sayısı	N	Min.-Max.	Ort.	SS.
Asistan Hekim	99	4-200	53,02	41,402
İtern Dr.	98	4-150	26,60	24,393
Toplam	197	4-200	39,88	36,427
Aylık nöbet sayısı				
Asistan Hekim	97	3-30	7,79	3,195
İtern Dr.	102	4-21	8,18	3,434
Toplam	199	3-30	7,99	3,317
Nöbet süresi (saat)				
Asistan Hekim	96	10-40	29,13	8,280
İtern Dr.	95	8-48	31,65	7,681
Toplam	191	8-48	30,38	8,070

Her iki gruptaki katılımcılar HGKİTÖ alt boyutları (bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi, hata bildirmede rahatlık, hata nedeni olarak çalışma saatleri, kaçınılmaz hata, hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik, bilgilendirme sorumluluğu, takım çalışması, hatada hastanın rolü ve müfredatta hasta güvenliğinin önemi) yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, “Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri” alt boyutunun asistan hekimlerde ($X=4,64$) ve intern doktorlarda ($X=4,57$) en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Asistan hekimlerin HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması ($X=3,29$) “Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi” alt boyutuna ait iken, intern doktorların HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması ($X=3,24$) “Bilgilendirme Sorumluluğu” alt boyutuna aittir (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların HGKİTÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Unvan	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Asistan Hekim	105	3,29	,936	$t=0,260$
	İtern Dr.	102	3,26	,934	$p=0,795$
2. Hata bildirmede rahatlık	Asistan Hekim	103	3,61	,753	$t=0,849$
	İtern Dr.	101	3,51	,919	$p=0,397$
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Asistan Hekim	103	4,64	,772	$t=0,618$
	İtern Dr.	103	4,57	,729	$p=0,537$
4. Kaçınılmaz hata	Asistan Hekim	104	4,39	,787	$t=1,888$
	İtern Dr.	102	4,18	,792	$p=0,060$
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Asistan Hekim	105	3,73	,738	$t=0,430$
	İtern Dr.	103	3,68	,845	$p=0,668$
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Asistan Hekim	104	3,31	,803	$t=0,563$
	İtern Dr.	103	3,24	,856	$p=0,574$
7. Takım çalışması	Asistan Hekim	105	4,30	,804	$t=0,323$
	İtern Dr.	100	4,34	,755	$p=0,747$
8. Hatada hastanın rolü	Asistan Hekim	105	4,11	,861	$t=0,617$

	İntern Dr.	103	4,18	,776	p=0,538
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Asistan Hekim	104	4,22	,727	t=1,284
	İntern Dr.	101	4,08	,798	p=0,201
HGKİTÖ Toplam Puan	Asistan Hekim	105	3,96	,499	t=0,957
	İntern Dr.	103	3,89	,425	p=0,340

Çalışmaya katılanların HGKİTÖ toplam puanlarına ait görüşleri incelendiğinde sadece, tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların HGKİTÖ toplam puan ortalamalarının, tıp fakültesini isteyerek seçmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer bir ifade ile tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları daha pozitifdir. (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların Bazı Değişkenlere Göre HGKİTÖ Toplam Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	Değişkenler	N	Ort.	SS.	Sonuç
Unvan	Asistan Hekim	105	3,96	,499	t=0,957
	İntern Dr.	103	3,89	,425	p=0,340
Cinsiyet	Kadın	107	3,92	,366	t=0,515
	Erkek	100	3,95	,551	p=0,607
Medeni durum	Evlü	57	3,95	,493	t=0,299
	Bekar	151	3,92	,454	p=0,765
Hasta güvenliği konusunda kurs/ders aldınız mı?	Evet	71	3,99	,471	t=1,419
	Hayır	137	3,90	,459	p=0,157
Tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz?	Evet	183	3,96	,462	t=2,082
	Hayır	24	3,74	,444	p=0,039
İşinizi severek yapıyor musunuz?	Evet	137	3,96	,501	t=1,110
	Hayır	70	3,88	,377	p=0,268
Gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azaltır mı?	Evet	195	3,94	,462	t=1,675
	Hayır	13	3,72	,458	p=0,095
Şu ana kadar tıbbi hata yaptınız mı?	Evet	82	3,87	,523	t=1,310
	Hayır	125	3,96	,415	p=0,192
Başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunuz mu?	Evet	160	3,92	,463	t=0,313
	Hayır	47	3,94	,460	p=0,754
Yaş	24 ve altı yaş	56	3,94	,451	
	25-27 yaş	71	3,90	,451	F=0,793
	28-30 yaş	52	3,90	,507	P=0,499
	31 ve üzeri yaş	26	4,05	,457	
Aylık Nöbet Sayısı	5 ve altı	27	3,97	,417	
	6-8	118	3,95	,436	F=1,170
	9-11	43	3,93	,491	P=0,323
	12 ve üzeri	11	3,69	,636	

Nöbet Süresi	16 ve altı saat	25	4,00	,442	F=0,550 P=0,649
	17-25 saat	42	3,96	,480	
	26-35 saat	13	3,92	,425	
	36 saat ve üstü	111	3,89	,485	
Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı	20 hasta ve altı	75	3,93	,445	F=0,344 P=0,793
	21-45 hasta	61	3,90	,467	
	46-70 hasta	39	3,94	,527	
	71 hasta ve üzeri	22	4,01	,411	

HGKİTÖ'ye ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, 24 maddeden oluşan ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,748 olduğu saptanmıştır. Bu değer $0,60 \leq$ Cronbach's Alpha $\leq 0,80$ arasında olduğundan ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Alt boyutlara ilişkin güvenilirliğe bakıldığında ise; en yüksek değer bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi 0,785, en düşük değer ise takım çalışması 0,680 olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8: HGKİTÖ Güvenilirlik Analizi

Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	0,785	3
2. Hata bildirmede rahatlık	0,728	3
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	0,696	3
4. Kaçınılmaz hata	0,707	3
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	0,759	3
6. Bilgilendirme sorumluluğu	0,761	3
7. Takım çalışması	0,680	2
8. Hatada hastanın rolü	0,688	2
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	0,700	2
HGKİTÖ (Genel)	0,748	24

TARTIŞMA

Asistan hekimlerin ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla 105 asistan hekim ve 103 intern doktor olmak üzere toplam 208 katılımcı ile yapılan bu çalışmada, katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. İlgili literatürde bazı çalışmaların sonuçları da bulgumuzu destekler nitelikteyken (Liu ve ark., 2018; Kamran ve ark., 2018; Barsbay ve ark., 2018), bunun aksine GarciaElorrio ve arkadaşları (2016) Arjantin'de dördüncü ve beşinci sınıf tıp öğrencilerinin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, inanç ve tutumlarının yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Tunçer (2016) ise hekim, hemşire ve ebelerin hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyin altında olduğunu ve özellikle hekimlerin hasta güvenliği tutumlarının düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir. Çalışmada asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı da bulunmuştur ($p > 0,05$). Mesleki yeterliliği henüz tamamlanmamış öğrenci statüsünde olan internlerle, fakülteden mezun olmuş mesleğinde belirli bir süre deneyim sahibi olan asistan hekimlerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının farklı olmaması ilgi çekici bir bulgu olarak düşünülebilir.

Araştırmamıza göre katılımcıların %65,9'u hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almamıştır. İlgili literatür incelendiğinde ise sağlık çalışanları tarafından hasta güvenliği eğitimi alma durumunun yüksek olduğu görülmektedir (Tunçer, 2016; Sütçü, 2019; Dönmez, 2017). Çalışmamızda asistan hekimlerin yalnızca %24,8'inin hasta güvenliği eğitimi aldığı saptanmıştır. Bulgularımıza benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin sadece %29,4'ü bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir(Dönmez, 2017).

Alınan hasta güvenliği eğitiminin artmasıyla birlikte hasta güvenliğine ilişkin tutumun da artması beklenen bir bulgudur. Bunun aksine çalışmamızda hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders alma durumu düşük olmasına rağmen hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutum yüksek düzeydedir. Bunun nedenleri arasında; katılımcıların aldıkları kurs veya ders eğitiminin etkin ve etkili olduğu, aldıkları eğitime kendi istekleri doğrultusunda katılmış ve eğitimi mecburi olarak değil de mesleklerinin bir parçası olarak görmüş oldukları düşünülebilir. Bu durum da katılımcıların almış oldukları eğitime karşı çok daha olumlu bir tutum sergilemelerine neden olmuş olabilir.

Benzer şekilde alınan hasta güvenliği eğitiminin artmasıyla birlikte tıbbi hata yapma oranının da azalması beklenmektedir. Bu çalışmada anlamlı bir farklılık bulunamamış olsa da ilgili literatürde hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumuyla tıbbi hata oranını ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (Demir ve ark., 2020; Bodur ve ark., 2012).

Çalışmamızdan elde edilen dikkat çekici bir bulguya göre katılımcıların %60,4'ü şu ana kadar tıbbi hata yapmadığını fakat %77,3'ü başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu belirtmiştir. İlgili literatür incelendiğinde tıbbi hataya tanık olma durumu hatayı yapma olasılığından daha yüksektir ve çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir (Dönmez, 2017; Can, 2019). Can'ın çalışmamızla aynı üniversite hastanesinde çalışan hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin %75,8'i kendisinin yanlış ya da hatalı uygulama yapmadığını, ancak %72,5'i yanlış ya da hatalı uygulamaya tanık olduğunu belirtmiştir (Can, 2019). "Tıbbi hatayı ben yapmıyorum ama başkaları yapıyor" şeklinde yorumlayabileceğimiz bu bulgunun nedeni, hata yaptığını ifade etmekten çekinme, kurumda suçlama kültürünün olması ve tıbbi hatalar nedeniyle yasal sonuçlara katlanmaktan kaçınılması ihtimalleri olarak değerlendirilebilir (Barsbay ve ark., 2018).

Çalışmamızda "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" alt boyutu en yüksek puan ortalamasına sahiptir.İlgili literatürde, tıbbi hataların nedeninin çalışma saatleri olduğu sonucuna ulaşan bazı çalışmalar bulgumuzla paraleldir (Yayla, 2018; Abdulkareem, 2017; Bodur ve ark., 2011; Filiz, 2009; Ateş, 2010; Kamran ve ark., 2018; Leung ve ark., 2013). Uzun ve yorucu çalışma saatleri, nöbet sayılarının fazla olması, bir günde bakılan hasta sayısının fazlalığı gibi faktörler uykusuzluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyon eksikliği ve yargılama bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara neden olmaktadır (Aktaran: Caymaz, 2015). Nitekim çalışmamızda insanüstü bir çabayla bir ayda ortalama sekiz nöbet ve her defasında ortalama 30 saat nöbet tutan katılımcıların çalışma saatlerini hata nedeni olarak görmeleri beklendiği bir bulgudur. Çalışmamızda katılımcıların %88,4'ü tıp fakültesini isteyerek seçtiği halde, mevcut durumda yaklaşık her üç katılımcıdan biri işini severek yapmamaktadır. Bu durumun bir nedeni de uzun ve yorucu çalışma saatleri olabilir. Liu ve arkadaşları (2018) dört farklı tıp fakültesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, birinci ve ikinci sınıf tıp öğrencilerine ait en yüksek ortalamaya sahip alt boyutun "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" olması bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışmamızdan elde edilen bir diğer bulgu ise, tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının daha pozitif olduğudur. Katılımcıların tıp fakültesini isteyerek

seçip, meslek seçimlerine kendilerinin karar vermesinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını etkilediğini söylemek mümkün olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin HGKİTÖ toplam ortalamaları değişkenlere göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; asistan hekimlerin, erkeklerin, evlilerin, hasta güvenliği konusunda kurs veya ders alanların, işini severek yapanların, gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını söyleyenlerin, şu ana kadar tıbbi hata yapmadığını ifade edenlerin, başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olanların, 31 ve üzeri yaş grubunda yer alanların, aylık nöbet sayısı 5 ve altı olanların, bir seferde genellikle 16 ve altı saat nöbet tutanların ve günlük ortalama 71 hasta ve üzeri muayene edenlerin toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür (Tablo7). Başka bir ifade ile bu katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları daha pozitifdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların genel olarak hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları yüksek düzeydedir. (Asistan Hekim $X=3,96$; İntern Dr. $X=3,89$). Asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ölçekte en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “hata yapma nedeni olarak çalışma saatleri” olmuştur. Katılımcıların %65,9’u hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almamıştır. Tüm katılımcıların çoğunluğu (%60,4) şu ana kadar kendisinin tıbbi hata yapmadığını belirtirken ve %77,3’ü başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu ifade etmiştir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda; tıbbi hataların önemli bir nedeni olarak görülen çalışma saatlerinin düzenlenmesi, hasta güvenliğine yönelik eğitimlere hekimlerin katılımının artırılması, hasta güvenliği konusunda asistan hekimlere yönelik hizmet içi eğitim verilmesi, tıp fakültelerinde zorunlu bir ders olarak verilmeyen hasta güvenliği konusunun müfredatta öncelikli ve zorunlu olarak yer alması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Abdulkareem, A. S. (2017). Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Ateş, Ç. (2010). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları Ve Hata Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Ankara.

Bal, G. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı. İstanbul.

Barsbay, S., Parıltı, N., Çakmak Barsbay, M. (2018). Healthcare Professionals’ Attitudes Regarding Patient Safety In Clinics. Journal Of Current Researches On Health Sector, 8 (2), 67-78.

Bodur, S., Filiz, E., Durduran, Y. (2011). Sağlık Personeli Ve Toplumun Tıbbi Hatalar İle İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 21(4):123-130.

Bodur, S., Filiz, E., Çimen, A., Kapçı, C. (2012). Ebelik Ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. Genel Tıp Dergisi. 22(2): 37-42.

Bölükbaşı, F.B. (2019). Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini İle Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Samsun.

Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. Bulunduğu eser: Sur, H. (Ed.) *Hasta Güvenliği Yaklaşımları*. (ss.191-212). İstanbul. Medipolitan Eğitim Ve Sağlık Vakfı Yayınları.

Can, M. (2019). Hekimlerin Örgütsel Bağlılık Düzeyi İle İhbarcılık (Whistleblowing) Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Sivas.

Carruthers, S., Lawton, R., Sandars, J., Howe, A., Perry, M. (2009). Attitudes To Patient Safety Amongst Medical Students And Tutors: Developing A Reliable And Valid Measure, *Medical Teacher*, 31:8, e370-e376, DOI: 10.1080/01421590802650142.

Çaymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2(4):1-14.

Çakmakçı, M., Akalın, E. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye Ve Dünya. Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Ankara.

Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabay, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):27-28.

Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş Ve Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. İzmir.

Demir Dikmen, Y., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-56.

Demir, R., Kızılcı Çakaloz, D., Taşpınar, A., Çoban, A. (2020). Ebelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Konusundaki Düşünceleri ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(2): 148 -156.

Dirik, H. F. (2014). Çalışma Ortamı Ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim. İzmir.

Doğan, C. (2019). Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.

Dönmez, B. (2017). Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Sivas.

Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (1):1-14.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Konya.

GarciaElorrio, E., Macchiavello D.,Rodriguez V.,Catalano Y.,CornaG ,Dahinten J , Ontivero, V. (2016). Knowledge, BeliefsAndAttitudes Report On PatientCareAndSafety İn UndergraduateStudents: ValidatingTheModified APSQ-III Questionnaire. Medwave. 16(11):E6809 Doi: 10.5867/Medwave.2016.11.6809.

Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 13(2): 53-59.

Hayran, O. (2019). Tıbbi Hataların Azaltılmasında Hekimin Rolü. Bulunduğu eser:Sur, H.,Palteki, T.,Yazıcı, G. (Ed.)Hasta Güvenliği. (ss.129-146).Ankara. Palme Yayınları.

Kamran, R., Bari, A., Khan, R.A., Al-Eraky, M. (2018). PatientSafetyAwarenessAmongUndergraduateMedicalStudents İn PakistaniMedical School. Pak J MedSci. 34(2):305-309. Doi: <https://Doi.Org/10.12669/Pjms.342.14563>.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). ToErr Is Human: Building A Safer HealthSystem. National Academy Press, Washington, D.C.

Leung, G.K.K., Ang, S.B.L., Lau, T.C., Neo, H.J., Patil, N.G., Ti, L.K. (2013). PatientSafetyCultureAmongMedicalStudents İn SingaporeAnd Hong Kong. SingaporeMed J. 54(9): 501-505 Doi:10.11622/Smedj.2013172.

Liu H, Li Y, Zhao S, Jiao, M., Lu, Y., Liu, J., Jiang, K., Fang, H., et al. (2018). Perceptions of patientsafetycultureamongmedicalstudents: a cross-sectionalinvestigation in HeilongjiangProvince, China. BMJ Open;8:e020200. doi:10.1136/ bmjopen-2017-020200.

NationalAcademies Of Sciences, EngineeringAndMedicine. (2018). CrossingThe Global QualityChasm: ImprovingHealthCareWorldwide. ConsensusStudy Report, Washington Dc: TheNationalAcademy Press.

Pietra, L. L., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R., Brusaferrro, S. (2005). MedicalErrorsandClinical Risk Management: State of the Art. ActaOtorhinolaryngolItal. 25(6): 339–346.

Resmi Gazete, (2009). Sağlık Bakanlığından: Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Sayı 27214.

Resmi Gazete, (2011). Sağlık Bakanlığından: Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelik, Sayı 27897.

Seçer, B. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.

Somunoğlu İkinci, S.(2016). Hasta Güvenliği. Bulunduğu eser: Ataklı, A., Kaplan, A. (Ed.) *Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik*.(ss.477-496) Güneş Tıp Yayınları.

Sur H. (2008). Hasta Güvenliği İle İlgili Gelişmeler. Bulunduğu eser: Sur, H. (Ed.)*Hasta Güvenliği Yaklaşımları*.(ss.39-54).İstanbul. Medipolitan Eğitim Ve Sağlık Vakfı Yayınları.

Sur, H. (2019). Hasta Güvenliği Ve İlişkili Kavramların Ortaya Çıkışı Bulunduğu eser:Sur, H.,Palteki,T.,Yazıcı, G. (Ed.)*Hasta Güvenliği*. (ss.3-9).Ankara. Palme Yayınları.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Sütçü, N. (2019). Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı. İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Tam Pozitif Reklamcılık /Matbaa, Ankara.

Taş, Y., Akpınar, A. T., İşçi, E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi.

Torun, N., Dinçer, M., Öztaş, D., Demir, P., Sanisoğlu, S. Y. (2018). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Journal Of Contemporary Medicine. 8(2):0-0.

Tunçer, G. (2016). Bebek Dostu Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanelerinde Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İ Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı. İstanbul.

Yalçın, Ş., Acar, A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ed. Harun Kırılmaz, 789, Baydan Ofset, 12-26.

Yayla, E.N. (2018). Hekimlerin Profesyonizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Sivas.

World Health Organization. (2004). World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005.

World Health Organization. (2017). Patient Safety: Making Health Care Safer. Geneva: World Health Organization; Licence: CcBy-Nc-Sa 3.0 Igo.

World Health Organization. (2017a). Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge On Medication Safety. Geneva: World Health Organization, Licence: Ccby-Nc-Sa3.0IGO.



SAĞLIK HİZMETİ KAYNAKLARININ KULLANIMINDA TEKNİK ETKİNLİĞİN OECD ÜLKELERİ ARASI KARŞILAŞTIRMALARI

OECD COUNTRIES COMPARISON OF TECHNICAL EFFICIENCY IN THE USE OF HEALTHCARE RESOURCES

Arş. Gör. Eda KOÇAK

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
İşletme Bölümü, eda.kocak@erzincan.edu.tr, orcid.org/0000-0001-7094-2587

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (02.09.2020-15.12.2020)

Özet

Bir ülkenin sağlık sistemi hem iç kaynaklarının hem de dış çevre faktörlerinin etkisinde sağlık hizmetleri üreten bir mekanizmadır. Bu çalışmada sosyoekonomik faktörler dikkate alınarak Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (Organization for Economic Cooperation and Development-OECD) üye ülkelerinin sağlık çıktıları üretimi teknik etkinliği analiz edilmiştir. Ülkelerin 2017 yılı sağlık hizmeti üretimine ilişkin etkinlikleri Veri Zarflama Analizi (VZA) yönteminin ölçeğe göre değişken getiri varsayımı altında, çıktı odaklı modeli ile analiz edilmiştir. Çalışmanın amacı sağlık çıktıları sabit tutmak ya da girdileri minimize etmek değil, sağlık kazanımlarını maksimize etmek olduğundan çıktı odaklı model uygun görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre, 29 ülke girdilerini çıktıları üretmekte etkin şekilde kullanmaktadır. Başka bir deyişle bu ülkelerin girdi ve çıktı değişkenlerinde fazlalık ya da azlık olmamaktadır. 7 ülke ise görece olarak etkin bulunmamıştır. Etkin olmayan ülkelerin etkin birimler olabilmeleri için girdi ve çıktılarına ilişkin gelişme oranları sunulmuştur. Ayrıca etkin olmayan ülkelerin etkin olmaları için hangi ülkeleri referans almaları gerektiği önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık sistemi etkinliği, Sosyoekonomik belirleyiciler, OECD, Veri zarflama analizi

Abstract

The health system of a country is a mechanism that produces health services under the influence of both internal resources and external environmental factors. In this study, the technical efficiency Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) member countries in the production of health outcomes were analyzed by considering the socioeconomic factors. The efficiencies of the countries regarding healthcare production in 2017 were analyzed with the output-oriented model of the Data Envelopment Analysis (DEA) method, under the assumption of variable returns to scale (VRS). Purpose of the study is not to keep health outcomes constant or to minimize inputs, but to maximize health outcomes, the output-oriented model has been found appropriate. According to the analysis results, 29 countries is using its inputs efficiently to produce outputs. In other words, there is no excess or scarcity in input and output variables of these countries. 7 countries were not found to be relatively efficient. Development rates regarding inputs and outputs of inefficient countries to become efficient units are presented. In addition, it has been suggested which countries should take reference for inefficient countries to be efficient.

Keywords: Health system efficiency, Socioeconomic Determinants, OECD, Data Envelopment Analysis

GİRİŞ



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Sağlık ve sağlık hizmetleri bir ülkenin kalkınmışlık ve gelişmişlik seviyesini belirleyen en önemli toplumsal hizmetlerin başında gelir. Sağlık hizmetlerinin toplum için üretiminden, kullanılacak kaynakların sağlanması ve kıt olan mali kaynakların doğru ve etkin kullanımı ciddi planlamalar gerektirmektedir. Sağlık üretimi çok faktörlü ve karmaşık bir konudur. Sağlık üretim sistemleri alt fonksiyonları aracılığı ile bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek, iyi hali sürdürmek veya acıyı azaltmak amacıyla fiziki, beşeri ve mali çeşitli girdileri dönüşüm sürecinden geçirip çıktılarını/sağlık sonuçlarını elde eden bir mekanizmadır. Üretim sürecinde kullanılan girdiler olarak sağlık personeli, sağlık harcamaları, hastane yatak sayısı, tıbbi ekipmanlar gibi medikal hizmetler için gereken temel kaynakların yanı sıra eğitim, işsizlik oranı, gelir dağılımı gibi sosyal çevre faktörleri ve ekonomik göstergelerde yer almalıdır. Sağlık sistemi açık ve dinamik bir sistem özelliği taşımaktadır. Bir ülkenin sağlık sistemini düşündüğümüzde sağlık hizmetleri üretiminde sistemin iç girdi unsurları yanında dış çevre faktörleri de önem arz etmektedir. Bu makro düzeyde bir bakış açıdır ve sağlık çıktılarını iyileştirmek için sadece tıbbi hizmetlere odaklanan bir çok çalışmadan farklı olarak sağlık sistemini etkileyen çevresel faktörleri de araştırmaya dahil etmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Tüm ülkelerde yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı sağlık çıktıları; halk sağlığının, sağlık sisteminin kalitesinin temel göstergeleri olarak değerlendirilmektedir. Bu göstergeler aynı zamanda ülkelerin gelişmişlik düzeylerini de yansıtmaktadır. Sağlık hizmetleri kaynaklarının etkin kullanımı ve devletlerin sağlık politikaları sağlık çıktıları ve sistemin verimliliğini şüphesiz etkilemektedir. Ancak bir ülkenin ölüm oranını sadece sağlık hizmetleri ile açıklamak yanlıştır. Örneğin ülkeler içinde ve arasında ölüm oranlarındaki artan farklılığın öncelikle servet ve gelirdeki artan farklılıklarla ilgili olduğu gösterilmiştir (Wilkinson, 1996). Yirminci yüzyıl boyunca ölüm oranlarındaki düşüş ve yaşam beklentisi sürelerinde artışta gerçekleşen en çarpıcı değişiklikler sosyal ve ekonomik müdahalelerin sonucudur (Navarro, 2000). Bu kapsamda OECD ülkeleri sağlık sistemlerinin etkinliğini (teknik etkinlik düzeylerini) ölçmeye yönelik bu çalışmada sistemin girdileri hem sistemin organizasyon ve finansmanında yer alan temel kaynakları (doktor sayısı, yatak sayısı, sağlık harcamaları) hem de sağlığa etki eden sosyoekonomik temel belirleyici faktörleri (eğitim, gelir eşitsizliği vb.) içermektedir. Farklı ülkelerin sağlık çıktıları (health outcomes) elde etmek/başarmak için kaynak kullanımında ne kadar etkin olduğu araştırılmaktadır. Bu amaç çerçevesinde ikinci bölümde sağlık eşitsizliğinin temel kavramsal çerçevesi açıklanarak, ulusal ve uluslararası eşitsizliğin nedenini araştıran ve sağlık sistemlerini birbiriyle kıyaslayan önceki çalışmalara değinilmiş, üçüncü bölümde etkinlik ölçümünde sıklıkla kullanılan veri zarflama analizi yöntemi ve modelde yer verdiğimiz değişkenler tanıtıldıktan sonra analiz bulguları aktarılmıştır. Ardından çalışmanın sonuçları benzer çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Son bölümde ise analiz sonuçları değerlendirilerek öneriler sunulmaktadır.

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Yirminci yüzyıl öncesi toplumun sağlık durumunu iyileştirmenin yolu sağlık hizmetlerinin yeterli, nüfusun her kesimine ulaşabilir olması ile mümkün görülmekteydi. Ölüm oranları, ortalama yaşam süresi gibi sağlık göstergelerini iyileştirmek için sağlık hizmetleri üretiminin iç yapısına odaklanılmıştır. Ancak sağlık sisteminde düzenli iyileşmeler kaydedilirken bu iyileşmenin tüm sağlık çıktılarına olumlu yansımadağı gözlemlenmiştir. Örneğin Avusturya da onlarca yıl sağlık alanında iyileşmeler kaydedilirken bunun ölüm oranlarına yansımadağı görülmüş ve nedeni sorgulanmıştır. Araştırmacılar sağlık çıktıları beklenen olumlu sonuçların gerçekleşmemesinde sosyoekonomik olarak dezavantajlı grupları belirleyici olarak görmüştür (Turell ve Mahters, 2000). Sosyoekonomik olarak dezavantajlı grupların sağlığa zararlı davranışlarla (tütün, alkol kullanımı vb.), meşgul olma eğilimi toplumun diğer sınıflarına kıyasla daha olasıdır. Psikososyal sağlık

491

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(KOÇAK, E)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

durumlarının diğer bireylere göre daha kötü olduğu ve önleyici amaçlı sağlık hizmetlerini kullanmalarının daha az olduğu kanıtlanmıştır (Turell ve Mahters, 2000). Bu kapsamda araştırmacılar nüfusun sağlığını etkileyen ve sağlık eşitsizliğine neden olan faktörleri bireysel belirleyicilerden ve sağlık sistemlerinin işleyişinden daha çok toplumun sahip olduğu kaynaklarda ve sosyoekonomik yapıda aramaya yönelmiştir (Macintyre vd., 1993; Lynch ve Kaplan, 2000; Spinks ve Hollingsworth, 2009).

Ülkelerin sağlık hizmetleri ve içinde bulunduğu sosyoekonomik durum arasındaki ilişkileri araştıran alanyazını sağlık sistemini etkileyen faktörleri makro düzeyde, orta düzeyde ve mikro düzeyde faktörler olarak üç grupta toplamıştır. Makro düzeydeki çerçeve, sosyal, fiziksel, ekonomik ve çevresel faktörleri sağlıktaki değişkenliğin sosyoekonomik temel belirleyicileri olarak tanımlamaktadır. Bunlar eğitim, istihdam, meslek ve çalışma koşulları, gelir, barınma ve ikamet alanı gibi birbiriyle ilişkili faktörleri içerir. Bireylerin ve nüfus alt gruplarının sağlığı büyük ölçüde bu faktörler tarafından belirlenmektedir (Turell ve Mathers, 2000). Ülke sağlık sistemlerinin performansına yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır. Çalışmaların bir kısmında ülkelerin sağlık sistemlerini sınıflandırmak, her bir kategoriye ait ülke sağlık sektörünün öne çıkan karakteristik özelliklerinin ayrımını ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Ayrıca bazı çalışmalarda etkinlik ölçümüne yönelik kullanılan parametrik ve parametrik olmayan yöntemler aynı veri seti için birbiri ile kıyaslanarak farklılıkların ortaya konulması hedeflenmiştir (Evans, 2000; Hollingsworth ve Wildman 2003). Sağlık sistemlerinin karşılaştırıldığı çalışmaların çoğunluğunda sağlık çıktıları üretiminde sistemin iç girdi unsurlarına yoğunlaşmış ve ülkeler arası performans farklılıkları sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımına ve finansmana odaklanarak araştırılmıştır. Afonso ve Aubyn (2004)' in çalışmalarında 26 OECD ülkesinden Türkiye ve Meksika çalışma dışı bırakılarak 24 OECD ülkesi sağlık sistemlerinin etkinliğini ölçmek için VZA yöntemi tercih edilmiştir. Çalışmanın girdi unsurları; hekim sayısı, hemşire sayısı, toplam yatak sayısı ve çıktı unsurları; ortalama yaşam süresi ile yeni doğan hayatta kalma oranıdır. VZA uygulaması sonucunda 24 ülkeden 8 tanesinin sağlık sistemi etkin bulunmuş olup, etkin ülkeler sırasıyla Kanada, ABD, Birleşik Krallık, Japonya, Kore, Portekiz, İspanya ve İsveç'tir. OECD ülkeleri sağlık etkinliği ölçümü için VZA'nın kullanıldığı Afonso ve Aubyn (2004)'in çalışmalarında tercih ettiği sağlık girdileri ve sağlık göstergelerine benzer girdi-çıkıtı unsurları kullanan birçok çalışma mevcuttur (Bknz: Rätty ve Luoma, 2005; Kocaman ve Mutlu, 2011). Araştırmacıların bir kısmı ise görece az olmakla birlikte sağlık sistemlerine etki eden dış çevre faktörlerini de dikkate alarak, sistemin girdi unsurları olarak çalışmalarına dahil etmiş ve sağlık çıktılarına etkilerini gözlemlemişlerdir. Örneğin Hollingsworth ve Wildman (2003)'nın beş yıllık (1993-1997) verisine ulaşılabildikleri 140 ülke için VZA ile etkinlik ölçümü yaptıkları çalışmalarında, girdi olarak kişi başı sağlık harcamaları ve *ortalama eğitim süresi*; çıktı olarak ise hastalığa göre düzenlenmiş yaşam süresi kullanılmıştır. Ortalama eğitim süresi girdisi doğrudan sağlık sisteminin girdi kaynağı olmamakla birlikte, sağlık çıktılarına etkileyen sosyal çevre değişkenidir. Yıldırım (2004), Avrupa Birliği üye ve aday ülkeleri sağlık sistemlerinin etkinliğini karşılaştırdığı çalışmasında girdi unsurları olarak; toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH)' ya oranı, toplam hekim sayısı, toplam yatak sayısı, *okullaşma beklentisi* ve *alkol tüketimine* analizde yer vermiş, sağlık çıktıları olarak ise doğumla beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızını tercih etmiştir. Bu çalışmaların altyapısı sağlık eşitsizliğini araştıran alan yazınında teorisyenlerin toplumların sosyoekonomik yapılarındaki farklılıkların sağlık çıktılarına yansıdığını kanıtlayan bulgularına dayanmaktadır. Bir diğer çalışma da ise Spinks ve Hollingsworth (2009), girdi unsurları olarak *ortalama eğitim yılı* ve *işsizlik oranını* tercih etmiş, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sağlık göstergelerine ilişkin veri setlerini kullanarak VZA yöntemi ile ülkeler arası sağlık hizmetleri üretimi teknik etkinlik kıyaslamaları yapmışlardır. Spinks ve Hollingsworth (2009)' un çalışmalarında sadece sağlık ekonomisi ile ilgili değil tamamen toplumsal politikayı etkileyen sosyoekonomik belirleyicilerin ölçümüne olanak sağlayacak bir analiz yapılmıştır. Çalışmalarında

492

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(KOÇAK, E)

VZA temelli modellerin kullanımıyla ilgili bir dizi dikkat çeken sorunlar analiz edilerek politika yapıcılara yararlı bilgiler sunulmaktadır. Bu amaçla OECD ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık göstergelerine ait veri setleriyle ayrı ayrı analizler yapılarak, farklılıkların ortaya konulması amaçlanmıştır. VZA ölçeğe göre değişken getiri varsayımı (BBC) altında çıktı odaklı model tercih edilmiştir. 1995 ve 2000 yılları için OECD veri setinde girdi unsurları olarak kişi başı GSYİH (\$), ortalama eğitim yılı, kişi başı toplam sağlık harcamaları (\$), işsizlik oranı (%) gibi genel sosyoekonomik belirleyiciler, çıktı unsur olarak ise; doğumda beklenen yaşam süresi kullanılmıştır. DSÖ veri setinden de 1993 ve 1997 yılları için aynı 4 girdi değişkeni alınmış sadece çıktı değişkeni hastalığa göre düzenlenmiş yaşam süresi olarak alınmıştır. Çalışmanın sonucunda ise sağlık üretiminin teknik etkinlik ölçümüne ilişkin kullanılan VZA yaklaşımlarında cevaplanamayan bir dizi teorik sorun nedeniyle politika yapıcılara böyle teknikler kullanmanın belirsizliğinin ve kısıtlamalarının farkında olmaları gerektiği önerilmektedir.

Özetle toplumlar farklı sosyal sınıflardan oluştuğundan sağlık çıktılarındaki eşitsizliği sosyoekonomik belirleyicilerle araştırmalıyız. En temel belirleyici gelir eşitsizliğidir. Gelir eşitsizliği ve sağlık çıktıları arasındaki mekanizmaları araştıran birçok araştırma yapılmıştır. Gelir eşitsizliği ile beklenen yaşam süresi ve ölüm oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulgular elde edilmiştir. Önceki çalışmalarda ülkelerin gelir eşitsizliklerini çok az oranlarda bile giderebildiğinde, bu durumun halk sağlığını pozitif olarak etkileyeceği ileri sürülmüştür. (Bknz: Wilkinson, 1992; Kaplan vd., 1996; Kawachi vd., 1997). Bazı çalışmalarda gelir eşitsizliği ölçüsünün yanına hane halkı geliri de eklenmiştir. Ayrıca eğitime katılım, tütün tüketimi gibi sosyal belirleyiciler de eklenerek eşzamanlı analizler yapılmıştır (Dally vd., 1998; Kennedy vd., 1998).

2.YÖNTEM

Etkinlik, Farrell (1957)'in çalışmasında ifade ettiği gibi belirli bir miktardaki girdiden maksimum miktarda çıktı üretmek veya az miktarda girdi ile belli/belirlenen miktarda çıktı üretmektir. Bir firma etkin olduğunda faaliyetlerini sürdürdüğü bir üretim sınırı mevcuttur (Holingsworth, 1998). Etkinlik kavramı ve ölçümü içinde birçok unsuru barındıran karmaşık bir konudur. Çeşitli etkinlik türleri mevcuttur. Farrell (1957)'in çalışmasında ifade ettiği “teknik etkinlik” tir. Başka bir ifadeyle etkinlik, ağırlıklandırılmış çıktılar toplamının ağırlıklandırılmış girdilere oranı olarak tanımlanabilir. (Cooper vd., 2000). Etkinlik ölçümü için bir çok parametrik ve parametrik olmayan yöntem kullanılmaktadır. Parametrik olmayan yöntemlerden Veri Zarflama Analizi (VZA), üretim birimlerini etkin ya da etkin olmayan şekilde iki sınıfa ayırmakta ve bunun yanında etkin olmayan birimler için etkinsizlik durumunun çözümüne yönelik stratejiler belirlemektedir. Bu nedenle hem kamu kurumları için hem de özel sektörde şirket veya şubeler gibi yönetilen birimlerin etkinliğini araştırmak için popüler olarak kullanılan bir yöntemdir. VZA, bankacılık ve sigortacılık sektöründen eğitim, tarım, turizm, spor, sağlık, telekomünikasyon ve enerji sektörüne kadar birçok alanda araştırmalarda kullanılmaktadır.

2.1.Veri Zarflama Analizi

VZA, görece homojen olan karar verme birimlerinin etkinlik karşılaştırmaları için kullanılan veri odaklı, bir doğrusal programlama tekniği olarak tanımlanmaktadır. Etkinliği araştırılan yönetsel birimler karar verme birimi (KVB) olarak adlandırılır. Bir ülkenin sağlık sisteminde sistemle ilişkili tüm kamu kurumları, hastaneler yönetsel karar birimleri olarak görev yapmaktadır. VZA, ilgili birimlerin etkinliğini, sağlık sonuçları ile sağlık hizmeti üretimi için kullanılan girdiler arasındaki ilişkileri incelemek yoluyla ölçmektedir.

VZA ile etkinlik belirli üretim ve/veya hizmet süreçleri için bazı adımlar izlenerek analiz edilir. Bunlar sırasıyla karar verme birimlerinin seçimi, girdi ve çıktılarının seçimi, verilerin elde edilmesi, güvenilirliği ve göreceli etkinlik ölçümü ve sonuçların değerlendirilmesi adımlarıdır.

VZA'nın temel modeli 1978 yılında Charnes, Cooper ve Rhodes (CCR) tarafından geliştirilen CCR modelidir. Bu model ölçüğe göre sabit getiri durumunda teknik etkinlik ölçümü yapmaktadır. “n” tane karar verme birimi için; “j.” karar verme biriminin “s” boyutlu çıktı vektörü y_{rj} ($r = 1, 2, \dots, s$) ve “m” boyutlu girdi vektörü x_{mi} ($i = 1, 2, \dots, m$) olmak üzere değerlendirilecek karar verme birimi “o” indisi ile gösterilsin. KVB'lerin teknik etkinlik değerleri aşağıda matematiksel gösterimi sunulan CCR modelin doğrusal programlama formülasyonu ile elde edilmektedir (Cooper vd., 2000).

$$\max w_o = \sum_{r=1}^s u_r y_{ro}$$

Kısıtlar:

(2.1)

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^m v_i x_{io} &= 1 \\ \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} &\leq 0 \\ v_i &\geq 0 \quad i = 1, 2, \dots, m \\ u_r &\geq 0 \quad r = 1, 2, \dots, s \end{aligned}$$

Burada “ v_i ” ve “ u_r ” sırasıyla girdi ve çıktı ağırlıklarını göstermektedir. $\sum_{r=1}^s u_r y_{ro}$ çıktı toplamını, $\sum_{i=1}^m v_i x_{io}$ girdi toplamını göstermektedir. “ w_o ”, optimal girdi-çıkıtı ağırlıklarını seçerek maksimum yapılacak amaç fonksiyonudur. Çözüm sonunda “ $w_o = 1$ ” ise “o” indisi ile gösterilen karar verme birimi etkin demektir. Kısıtlarda ise ilgilenilen KVB'nin girdilerinin ağırlıklı toplamı “1”e eşitlenmiştir, böylece girdilerin ağırlıklı toplamı her bir KVB için “1” olmaktadır. Daha sonraki kısıt çıktıların ağırlıklı toplamının girdilerin ağırlıklı toplamından küçük olmasını sağlamaktadır. CCR model ölçüğe göre sabit getiri varsayımına dayanır ve kamu kurumlarının etkinlik ölçümlerinde sıklıkla kullanılmıştır. Takip eden çalışmalarda Banker, Charnes ve Cooper (1984) tarafından üretim sistemleri ekonomisi göz önüne alınarak BCC model önerilmiştir. (2.1) de ifade edilen doğrusal programlama modeli ölçüğe göre değişen getiriler varsayımı¹ dikkate alınarak BCC modeli olarak tekrar tanımlanmıştır. Bu yaklaşımda eski modele bir konvekslik kısıtı eklenmiştir (Banker vd., 1984; Cooper vd., 2000). Böylece CCR modelinden farklı olarak, CCR ile hesaplanan teknik etkinlik değerleri ölçek farklılıklarından arındırılmıştır. BCC modelden elde edilen etkinliğe saf teknik etkinlik denilmektedir (Gökgöz, 2009).

VZA modelleri, girdi odaklı ve çıktı odaklı olarak iki yönlü kurulabilmektedir. Girdi odaklı modeller, belirli bir çıktı birleşimini en etkin şekilde üretebilmek amacıyla, kullanılacak en uygun girdi birleşiminin nasıl olması gerektiğini araştırır. Teknik verimlilik ölçümü ile etkin olmayan karar birimlerinin etkin olmaları için belirli çıktı düzeyinde girdilerini ne derece azaltmaları gerektiğini

¹ Girdilerdeki oransal değişim çıktılarda farklı oranlarda varyasyonlara neden olabilmektedir (Bknz: Banker vd., 1984).

ortaya koymaktadır. Çıktı odaklı modeller ise belirli bir girdi birleşimi ile en fazla ne kadar çıktı elde edilebileceğini araştırır (Yıldırım, 2004). Etkin olmayan karar verme birimlerinin girdilerindeki fazlalığı ve çıktılarındaki azlığı ortaya koymaktadır. Araştırmamızda sağlık çıktıları/kazanımlarını maksimum yapmak ve karar verme birimlerinin saf teknik etkinliğine ulaşılacak hedeflendiğinden çıktı odaklı BCC model tercih edilmiştir. Çıktı odaklı BCC modelin dual (çarpımsal) formülasyonu (2.2)' de ifade edilmiştir (Banker vd. 1984; Cooper vd., 2011):

$$\min w_o = \sum_{i=1}^m v_i x_{io} - v_0$$

Kısıtlar:

(2.2)

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{ij} - \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - v_0 \quad j = 1, \dots, n$$

$$\sum_{i=1}^m u_r y_{jo} = 1$$

$$v_i \geq 0 \quad i = 1, \dots, m$$

$$u_r \geq 0 \quad r = 1, \dots, s$$

v_0 : serbest işaretli değişken

Modelde yer alan formülasyonlarda $x_{ij}, y_{rj} \geq 0$ olduğu varsayılmıştır. Ayrıca tüm değişkenler (v_0 , hariç) negatif olmayan olarak tanımlanmıştır. “ v_0 ” değişkeni pozitif, negatif ya da sıfır olabilir. Bir KVB'nin BCC modele göre etkinlik ölçümünde, “ v_0 ” değişkeninin optimal değerlerini kullanarak ölçeğe göre getiri durumu karakterize edilebilmektedir (Cooper vd., 2011).

2.2. Değişkenler ve Veri

Bir sağlık sisteminin etkinliği, sağlık sonuçları ile sağlık hizmeti üretimi için kullanılan girdiler arasındaki ilişkileri incelemek yoluyla ölçülmektedir. Sağlık hizmetleri üretiminde girdiler olarak sağlık hizmetleri temel kaynaklarının ve sosyoekonomik belirleyicilerin bir arada değerlendirilmesi gerekliliği çalışmanın kavramsal çerçeve kısmında detaylı aktarılmıştır. Bu kapsamda çalışmada girdi değişkenleri olarak hem sağlık sisteminin girdileri hem de sistemin dışında olan ancak sağlık kazanımlarına etkisi olan sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak sağlık çıktıları modellenmiştir. Modelde dört tanesi sağlık üretiminin temel kaynakları ve üç tanesi sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerinden olmak üzere toplam yedi girdi değişkeni ve tek çıktı değişkeni kullanılmıştır. KVB sayısının girdi ve çıktı değişken sayısından belli bir oranda fazla olmaması durumunda klasik CCR ve BCC modellerinin sınıflama gücü düşmektedir (Dyson vd., 2001). Literatürde bu oranla ilgili farklı görüşler mevcuttur. Araştırmanın güvenilirliği açısından Vassiloğlu ve Giokas (1990) karar birimi sayısının girdi ve çıktı toplamının en az üç katı olması gerektiğini, Dyson vd. (2001) en az iki katı kadar olması gerektiğini ifade etmişlerdir. İlgili bu görüşler ışığında çalışmamızda 36 KVB'nin ve toplam sekiz değişkenin olduğu bir analizde sınıflama problemi ortaya çıkmamaktadır. Ayrıca VZA da girdi ve çıktılara ilişkin metodolojik bir diğer konu da istenmeyen girdi-çıkıtı değişkenler için modelde nasıl bir değişiklik yapılması gerektiğidir. Aksi halde etkinlik sonuçları güvenilir olmayabilir. VZA, artan girdinin etkinliği düşürdüğünü, artan çıktının ise etkinliği arttırdığını varsaymaktadır. Ancak bebek ölüm oranı (çıkıtı olarak), okullaşma yılı (girdi olarak) gibi değişkenlerde durum böyle değildir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Okullaşma yılı girdisinin değerinin düşük olması istenmeyen durumdur, bu değer fazla olması olumlu olduğundan, diğer girdi unsurlardan farklı olarak yorumlamak gerekmektedir. Böyle değişkenler için literatürde bir dizi yöntem önerilmiştir. Değişkeni ters çevirmek, değişkenin değerini büyük bir sayıdan çıkarmak veya değişkeni modelin karşı tarafına taşımak gibi veriye dönüşümler yapılmıştır (Dyson vd., 2001). Ancak hangisinin kullanılması gerektiğine dair açık bir görüş birliği yoktur (Spinks ve Holligsworth, 2005). Çalışmamızda Lewis ve Sexton (2004) tarafından VZA modelinde dönüşümü detaylı aktarılan ve örneklenen değişkenin çarpmaya göre tersini alma dönüşümü ortalama okullaşma yılı girdisi için uygulanmıştır. Çalışmanın diğer sosyal çevre girdileri gini katsayısı, tütün tüketimidir. Sağlık üretimi sistemi iç girdi kaynakları araştırmalarda sıklıkla kullanılan GSYİH'dan sağlık harcamalarına ayrılan pay, doktor sayısı, yatak sayısı, MRI (Magnetic Resonance Imager) cihazı sayısıdır. Çıktı değişkeni doğumla beklenen yaşam süresidir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler ve kaliteli sağlık hizmetlerine toplumun erişiminin genişletilmesi sağlığın kalitesini ve OECD ülkelerinde toplumların sağlıklı yaşam ömrünü arttırmıştır (Retzlaff-Roberts vd., 2004:60). Ancak toplumların ekonomik yapılarındaki farklılıklar sağlık alanına yaptıkları yatırımları etkilemektedir. Yüksek gelirli ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları pay diğer ülkelere kıyasla daha fazladır. Örneğin 2017 yılı için OECD ülkelerinden GSYİH'dan sağlık harcamalarına ayırdıkları paylara (%) baktığımızda; ABD (17.1), İsviçre (12.3), Fransa (11.3), Almanya (11.2), İsveç (11.0)' i üst sıralarda görürken, orta gelir grubunda yer alan ülkelerden biri olarak Türkiye (4.2)' lik bir oranla OECD ortalamasının altında kalmaktadır (OECD, 2020). Politika yapıcılar tarafından sağlık hizmetlerinin uygulanması, geliştirilmesi için GSYİH'dan ayrılan pay önemli bir girdi unsurudur. Modelimizin diğer girdi unsurları sağlık hizmetlerine erişimde işgücü kaynağı olarak önceki çalışmalarda sıklıkla kullanılan 1000 kişi başına düşen doktor sayısı ve yine sağlık hizmetlerine erişimi temsil eden 1000 kişi başına düşen yatak sayısıdır. Ayrıca sağlık hizmetleri teknolojik gelişme düzeyini yansıtan medikal bir girdi olarak milyon kişiye düşen MRI cihazı sayısı modele dahil edilmiştir.

Toplumlar farklı sosyal sınıflardan oluştuğundan sağlık çıktılarındaki eşitsizliği sosyoekonomik belirleyicilerle araştırmalıyız. En temel belirleyici gelir eşitsizliğidir. Çalışmamızda gelir eşitsizliği ölçümünde sıklıkla kullanılan gini katsayısı, sağlığa zararlı davranışlara eğilimli olan gruplarda yaygın görülen tütün tüketimi ve ülkelerin eğitime verdiği önemi ortaya koyan okullaşma yılı kilit değişkenler olarak ele alınmıştır. Gini katsayısı sağlığın toplum içindeki gelir dağılımından etkilendiğini ve gelir dağılımı daha eşit olan toplumlarda bireylerin sağlık durumunun daha iyi olduğunu ortaya koyan ampirik çalışmalar temel alınarak çalışmamızda girdi değişkeni olarak alınmıştır. Gini katsayısı, bir ülkenin gelir dağılımı eşitsizliğinin derecesini gösteren ve yaygın kullanılan ölçümlerden biridir ve 0-1 aralığında değerler almaktadır. Katsayı 1'e yaklaştıkça gelir dağılımında eşitsizliğin derecesinin arttığı şeklinde yorumlanır (Retzlaff-Roberts vd., 2004:60). Gelir eşitsizliği yüksek olan ülkeler sağlık çıktılarındaki diğer ülkelere kıyasla olumsuz sonuçlar vermektedir (Bknz: Wilkinson (1992), Kaplan vd., (1996), Kawachi ve Kennedy (1997a)). Bu çalışma içinde OECD ülkelerinin 2017 yılı gini katsayısı değerleri ve sağlık çıktılarına baktığımızda da benzer durumu görebiliriz. Gini katsayısı 1'e daha yakın olan ülkelere Şili (0.46) , Meksika (0.46), Türkiye (0.40), ABD (0.39) için yaşam süresi sağlığına baktığımızda Türkiye (78.1) ve Meksika (75.4), olumsuz bir tablo çizmektedir. Şili (80.2)'nin OECD ortalamasının (80.7) altında kalmakla birlikte Türkiye ve Meksika'dan daha olumlu çıktılara sahip olduğu görülmektedir (Organization for Economic Cooperation and Development*OECD, 2020). Çalışmamızın girdi unsurlarından diğeri de tütün tüketimidir. Tütün tüketimine ilişkin kullanılan veri, 15 yaş üstü nüfusun günlük tütün kullananlarının oranıdır. Alkol, sigara tüketimi gibi alışkanlıklar toplum sağlığını negatif olarak etkilemekte ve ülkelerin sağlık çıktılarındaki farklılıklara, olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Sağlığa zararlı alışkanlıkları önlemek için mücadele verilmekte, önleyici amaçlı sağlık hizmetleri planlanmaktadır. Bu tür alışkanlıkların ülkelerin sağlık yatırımlarına ayrılan payda

496

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(KOÇAK, E)

etkisi bulunmaktadır. Bir diğer sosyoekonomik girdi değişkenimiz ülkelerin ortalama okullaşma yılıdır. Ortalama okullaşma yılı (mean years of schooling), 25 yaş ve üzeri nüfusun eğitim hayatı boyunca ortalama olarak kaç yıl eğitim aldığını göstermektedir (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization*UNESCO, 2020). Sağlık çıktılarına etki eden önemli faktörlerden biri eğitimidir. Meslek, yaşam tarzı ve sosyal çevre seçimi eğitimle belirlenmektedir. Bazı mesleklerde, işin kendisi, zorluğu, riskleri, çalışma koşulları doğrudan sağlığın belirleyicisidir. Eğitimin iş seçimini etkilediği, eğitimsel kazanım arttıkça daha yüksek gelir elde edildiği ve bunun daha iyi barınma, beslenme ve sağlık hizmetlerine erişim anlamına geldiği uzun zamandır gözlenmektedir (Retzlaff-Robert vd., 2004). Sağlıklı bir yaşam için iyi alışkanlıkları tercih edebilme ve tıbbi hizmetleri etkin şekilde kullanma gibi bireyin hayat kalitesini belirleyen kararların çoğunda eğitimin etkili olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Or, 2000). Çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin veri setinin eğitim hariç tamamı OECD tarafından resmi olarak yıllık yayınlanan istatistiklerden elde edilmiştir. Eğitime ilişkin veri ise UNESCO' nun resmi internet sitesinden elde edilmiştir.

3. BULGULAR

Sağlık hizmetleri kaynak kullanımını etkinliği için uygulanan VZA modelinde KVB'ler 36 OECD ülkesidir. Tablo 1'de görüldüğü üzere girdi değişkenler sağlık sisteminin iç girdi kaynakları olarak MRI sayısı (milyon kişi başına), doktor sayısı (1000 kişi başına), hemşire sayısı (1000 kişi başına) ve hastane yatak sayısı; sistemi etkileyen sosyoekonomik faktörler olarak ise gini katsayısı, GSYİH' dan sağlık harcamalarına ayrılan pay (%), tütün tüketimi (%), ortalama okullaşma yılı ve çıktı değişkeni ise doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)'dir. Girdilere ve çıktı değişkenine ilişkin maksimum ve minimum değerler ile OECD ortalamaları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: OECD Ülkeleri Sağlık Etkinliği Ölçümü İçin Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri^a

Ülkelere İlişkin İstatistikler	İstatistik Türü	Gini Katsayısı ^b	GSYİH' dan Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay (%)	Tütün Tüketimi (%)	Ortalama Okullaşma Yılı ^c	MRI Sayısı	Doktor Sayısı	Yatak Sayısı	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
	En Büyük Değer	0.46	17.1	27.3	14.26	55.21	5.38	13.05	84.2
	En Küçük Değer	0.241	4.2	7.6	8.28	2.6	2	0.99	74.8
	Ortalama	0.32	8.80	18.10	12.33	16.50	3.52	4.51	80.73
	Standart Sapma	0.0533	2.3735	5.0956	1.4397	10.3514	0.8006	2.5251	2.4976

^aVerinin tamamı için kaynak: <https://stats.oecd.org/Index.aspx#>

^bVergi ve transferlerden sonra kullanılan gelire göre hesaplanmıştır.

^cKaynak: <http://data.uis.unesco.org/Index.aspx?queryid=242>

Sağlık durumu çıktılarında kazanımlar elde etmek için daha destekleyici bir sosyal çevre, okullaşma yılı beklentisi için daha yüksek değerler, gini katsayısı ve tütün kullanımı için daha düşük değerler ile ifade edilmektedir. Tersine şekilde de yorumlayacak olursak, düşük ortalama okullaşma yılı değerleri ve daha yüksek gini katsayısı ve tütün kullanımı değerleri daha zor sosyal çevre anlamına gelmektedir. Örneğin Tablo 1'de en yüksek gini katsayısına sahip ülke Şili'dir. Okullaşma yılı beklentisinde en düşük değer Türkiye'ye aittir (OECD, 2020; UNESCO, 2020). Şili de gelir eşitsizliğinin bu kadar yüksek olması nedeniyle ülke nüfusunun sağlık kazanımlarını olumsuz etkileyeceği beklenmektedir. Aynı şekilde Türkiye için ortalama okullaşma yılı OECD ülkeleri içinde en düşük değere sahip ve bu durum sosyal çevrenin sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyeceğini yansıtmaktadır. Sağlık çıktılarına etkileyen sosyal belirleyici girdiler kullanılarak 2017 yılı verilerine

göre, sağlık hizmeti üretimine ilişkin BCC çıktı odaklı VZA yöntemiyle OECD ülkelerinin teknik etkinlik ölçümü yapılmıştır. Tablo 2’de bulunan sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 2: OECD Ülkeleri BCC Çıktı Odaklı Model Etkinlik Analizi Sonuçları

OECD Ülkeleri	Etkinlik Skorları	Referans Ülkeler					Çıktı Gelişme Oranları (%)
1. Avustralya	1.0006	14(0.554)	16(0.392)	26(0.005)	32 (0.049)	0.06	
2. Avusturya	1.0195	14 (0.43)	18 (0.13)	33 (0.44)		1.95	
3. Belçika	1.00						
4. Kanada	1.00						
5. Şili	1.00						
6. Çek Cumhuriyeti	1.00						
7. Danimarka	1.00						
8. Estonya	1.00						
9. Finlandiya	1.00						
10. Fransa	1.00						
11. Almanya	1.00						
12. Yunanistan	1.00						
13. Macaristan	1.00						
14. İzlanda	1.00						
15. İrlanda	1.00						
16. İsrail	1.00						
17. İtalya	1.0029	4 (0.021)	14(0.145)	16 (0.06)	18(0.02)	31(0.75)	0.29
18. Japonya	1.00						
19. Kore	1.00						
20. Letonya	1.1013	18 (0.041)	22(0.877)	31(0.082)			10.13
21. Litvanya	1.0909	16 (0.335)	18(0.065)	22(0.596)		31 (0.004)	9.09
22. Lüksemburg	1.00						
23. Meksika	1.00						
24. Hollanda	1.0064	14 (0.354)	16(0.327)	30(0.207)	32(0.1)	33(0.012)	0.64
25. Yeni Zelanda	1.00						
26. Norveç	1.00						
27. Polonya	1.00						
28. Portekiz	1.0170	14 (0.056)	16(0.588)	31(0.033)	32(0.07)	33(0.259)	1.70
29. Slovakya	1.00						
30. Slovenya	1.00						
31. İspanya	1.00						
32. İsveç	1.00						
33. İsviçre	1.00						
34. Türkiye	1.00						
35. Birleşik Krallık	1.00						
36. ABD	1.00						
OECD Ortalaması							0.66

Tablo 2’de 36 OECD üyesi ülkenin sağlık üretimi teknik etkinlik sonuçları görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre 29 ülke teknik etkinlik gösterirken, 7 ülke ise etkin bulunmamıştır. Etkin olan ülkeler Belçika, Kanada, Şili, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İsrail, Japonya, Kore, Lüksemburg, Meksika, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, Birleşik Krallık ve ABD girdi ve çıktı değişkenlerinde fazlalık ve azlık olmayan, kaynaklarını etkin kullanan ülkelerdir. Bu ülkelerin etkinlik değeri “1”dir. Bu ülkelerin dışında kalan ülkeler olan Avustralya, Avusturya, İtalya, Letonya, Litvanya, Hollanda, Portekiz diğer ülkelere kıyasla etkin olmayan ülkelerdir. Etkin olmayan ülkeler çıktılarında mümkün iyileştirmeleri gerçekleştirdiğinde etkin ülkeler haline gelebilir. Tablo 2'nin son sütunu etkin olmayan ülkeler için mevcut sağlık girdileri seviyelerinde çıktıda mümkün olan gelişme yüzdelerini ifade etmektedir. Örneğin Letonya'nın etkinlik değeri 1.1013 bulunmuştur. Gelişme oranına baktığımızda teknik olarak etkin olması için mevcut girdi kaynakları düzeyinde sağlık çıktısında %10,3' lük bir artış mümkün olmaktadır. Tablo 2'nin orta sütununda ise her bir etkin olmayan ülke için etkin sınır karması oluşturan ülkeler görülmektedir. Bu ülkeler teknik olarak etkindir ve etkin olmayan ülkelere referans ülkelerdir. Etkin olmayan ülkelerin parantez içinde yazan değerler oranında etkin olan ülkeleri referans alarak etkin olması mümkündür. Etkinlik değeri 1.0195 olan Avusturya' ya bakalım; etkinliğini arttırmak için %44 oranında İsviçre, %43 oranında İzlanda ve %13 oranında Japonya'yı örnek almalıdır. Tüm etkin olmayan ülkeler için referans alabileceği ülkeler ve referans oranları Tablo 2'de görülmektedir ve aynı şekilde benzer yorumlar yapılabilir.

4. SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık kazanımlarını maksimum yapmak amacıyla uyguladığımız etkinlik ölçüm analizinde sağlık çıktımız olan doğumla beklenen yaşam süresinde iyi değerlere sahip olmasına rağmen teknik olarak etkin bulunmayan ülkeler mevcut girdilerini mevcut sosyal çevre koşullarında etkin bir şekilde kullanamamaktadır. Örneğin Avusturya ve İtalya diğer etkin ülkelere kıyasla daha iyi sağlık çıktılarında sahip olmalarına rağmen kaynaklarını etkin kullanamamaktadır (Bknz: OECD, 2020). Beklenen yaşam süresi çıktımızın iyileştirilmesi için hem sağlık hizmetlerindeki ilerlemelerle hem de toplum sağlığını etkileyen sosyoekonomik faktörlerdeki gelişmelerle ilişkili olduğuna değinmiştik. Sosyoekonomik belirleyicilerin kısa vadede kolayca iyileştirme yapılabilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerine toplumun her kesiminin ulaşılabilirliğini sağlamak ve kaliteli, etkin hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi kısa vadede daha mümkün görünmektedir. Uzun vadede politika yapıcılarının makro determinantlara daha fazla yönelip topluma ve sağlık sistemine etkisini gözeterek gelir eşitsizliğini azaltıcı planlamalara yönelmesinin sağlık hizmetleri etkinliğini arttırması olasıdır. Diğer taraftan ülkeler sağlık kazanımlarını arttırmak için diğer ülke politikalarını, sağlık sistemi işleyişlerini referans alabilir. Örneğin çalışmamızda Tablo 2'den görüldüğü üzere Letonya'nın, mevcut kaynaklarıyla sağlık çıktısında %10,14 oranında gelişme sağlaması mümkündür. Japonya, Lüksemburg ve İspanya referans alabileceği ülkelerdir.

Makro belirleyiciler dikkate alınarak ülkelerarası sağlık hizmetleri etkinlik karşılaştırmaları üzerine bu çalışmaya benzer bir araştırma Retzlaff- Roberts vd. (2004) tarafından yapılmıştır. Sağlık hizmetleri kaynak kullanımında teknik etkinlik analizleri OECD üye ülkeleri için uygulanmıştır. Çalışmalarında 27 OECD üye ülkesi için 1998 yılı sağlık verisi kullanılmış, girdi ve çıktı odaklı VZA yaklaşımları uygulanmıştır. Girdi unsurlar sağlık hizmetleri girdileri ve sosyal çevre girdileri olarak hem sağlık sisteminin temel kaynaklarını hem de makro faktörleri içermektedir. Çalışmanın analiz kısmında çıktı odaklı VZA iki sağlık çıktısı için ayrı ayrı uygulanmış ve her bir çıktı için ülke etkinlik skorları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada doğumla beklenen yaşam süresi çıktısına odaklanıldığından Retzlaff-Roberts vd. (2004)'nin ilgili çıktıda etkinlik analizi sonuçlarını iletmek daha uygun görülmektedir. 1998 yılı OECD ülkeleri sağlık verisine ilişkin, yaşam süresi çıktısına ait analiz sonucunda 27 ülkenin 15 i teknik olarak etkin bulunmamıştır. Etkin olmayan ülkeler Avusturya,

499

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(KOÇAK, E)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Macaristan, Hollanda, Yeni Zelanda, Polonya, Portekiz, İsviçre, Birleşik Krallık ve ABD'dir. Adı geçen yazarların araştırma sonuçlarında genel olarak Japonya, İsveç, Norveç ve Kanada iyi sağlık çıktıları ile Türkiye ve Meksika ise ortalama sağlık çıktıları ile görece olarak teknik etkinlik avantajı elde etmiş ülkeler olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın analiz sonuçlarına göre ise 36 OECD ülkesi için 29 ülke teknik etkinlik gösterirken, 7 ülke ise etkin bulunmamıştır. Etkin olmayan ülkeler Avustralya, Avusturya, İtalya, Letonya, Litvanya, Hollanda, Portekiz'dir. Avusturya, Hollanda ve Portekiz için Retzlaff-Roberts vd. (2004) nin çalışmasına benzer sonuçlar elde edilmiştir. Türkiye iki çalışma da da teknik etkinlik gösteren ülkelerdendir. Türkiye etkin olmayan ülkelere Letonya ve Litvanya ile yakın sağlık çıktılarına sahip olmasına karşın, bu çıktıları üretmekte daha az girdi kaynağı tüketerek bu ülkelere kıyasla görece olarak teknik etkinlik avantajı sağlamıştır. Bu çalışma 36 OECD üye ülkesini araştırmaya dahil ederek daha fazla ülkenin birbirlerine görece etkinlik durumunu karşılaştırma imkanı tanırken 2017 yılı sağlık, eğitim ve ekonomi verileri kullanılarak yakın döneme ilişkin bulgu, bilgi ve değerlendirme sunmaktadır.

Çalışmanın bulguları göstermiştir ki teknik olarak etkin olmayan OECD ülkeleri sağlık çıktıları olan doğumla beklenen yaşam süresinde, mevcut girdi seviyeleri altında ortalama sadece % 0.66 iyileştirme yapabilecektir. Etkin olmayan ülkelerin etkin hale gelmek için kaynaklarını daha rasyonel ve verimli şekilde kullanmaları şüphesiz önemlidir ancak kavramsal çerçevede detaylı anlatıldığı üzere sosyoekonomik faktörlerde gerçekleştirilen ufak bir gelişme sağlık çıktılarında çok daha büyük kazanımlara neden olacaktır. Bu çalışma sağlık sistemlerinin etkinliğine yönelik yapılan araştırmalarda yaygın olarak sistemin iç girdi kaynaklarına odaklanılmasını eksik bir yaklaşım olarak görmekte ve dış çevre unsurlarının etkisini gözleterek makro yaklaşımlar ile analiz yapılmasına, politika üretilmesine dikkat çekmektedir.

5. ÖNERİLER

Ülkelerin sağlık hizmetlerine ilişkin hedeflenen çıktıya erişmesi sadece sağlık sistemlerine odaklanmalarıyla mümkün olmamaktadır. İnsan sağlığını etkileyen gelir, eğitim, istihdam, çalışma koşulları vb. sosyoekonomik faktörler göz önünde bulundurularak, makro bir bakış açısıyla sağlık hizmetleri üretimi değerlendirilmelidir. Sağlık sisteminin iç kaynakları olan girdilere yönelik kısa sürede etkili planlamalar yapmak daha kolaydır. Toplum sağlığını etkileyen makro belirleyicilere yönelik iyileştirmelerin gerçekleştirilmesi zor ve uzun zaman alan bir süreçtir. Ancak araştırmalar gelir eşitsizliği, eğitim gibi toplumun sağlığını etkileyen makro faktörlerde çok az bile olsa iyileştirmeler sağlandığında sağlık çıktılarına olumlu yansıdığı ortaya koymaktadır. Çalışmanın bulguları göstermiştir ki teknik olarak etkin olmayan OECD ülkeleri sağlık çıktıları olan doğumla beklenen yaşam süresini, kaynak kullanımını arttırmaksızın ortalama sadece % 0.66 iyileştirme yapabilecektir. Bu durum etkin olmayan ülkelerin halk sağlığı hedefleri için ülke kaynaklarını rasyonel ve verimli bir şekilde kullanmanın önemini ortaya koymaktadır. Sağlık sisteminin temel fonksiyonları ve sağlığı etkileyen temel makro faktörler üzerinde durularak OECD üye ülkeleri için politika karşılaştırmaları yapılabilir. Tüm ülkeler mevcut kaynakları ile hizmet edilen nüfusun genel sağlık durumunu yükseltmeyi hedeflediğinden, sağlık göstergelerini iyileştirecek şekilde etkin ülkelerin politikalarını referans alarak yapılanmalara gitmelidir. Sağlık hizmetlerinin etkinlik, verimlilik, performans ölçümü üzerine yapılan araştırmaların çoğu girdi kaynağı olarak sağlık sisteminin iç yapısına odaklanmaktadır. Az sayıda çalışma ülkenin sosyal yapısının ve içinde bulunduğu ekonomik durumun sağlık sistemine etkisini göz önüne almıştır. Sağlık çıktıları sosyoekonomik yapıdan bağımsız düşünülmemelidir. Sistemi etkileyebilecek dış çevre unsurlarının da araştırmalara dahil edilerek değerlendirilmesi makro bir bakış açısı elde etmemizi sağlayacaktır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

- Banker, R.D., Charnes, A. & Cooper, W.W. (1984). Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis. *Management Science*, 30, 1078-1092.
- Barro, R. J. & Lee. J. W. (1993). International Comparisons of Educational Attainment. *Journal of Monetary Economics*, 32: 363-94.
- Charnes, A., Cooper, W.W., Rhodes, E. (1978). Measuring The Efficiency Of Decision-Making Units. *European Journal of Operational Research*, 98: 408-418.
- Cooper, W. W., Seiford, L.M., Zhu, J. (2011). Handbook on Data envelopment analysis. Cooper, W. W., Seiford, L.M., Zhu, J., (Eds.). International Series in Operations research & Management Science. Newyork: Springer.
- Cooper, W.W., Seiford, L.M. ve Tone, K. (2000), Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software, Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Daly, M. C., Duncan, G.J. , Kaplan, G. A. & Lynch, J. W. (1998). Macro-to-Micro Links in the Relation Between Income Inequality and Mortality. *Milbank Quarterly* ,76: 315-39.
- Dyson, R. G., Allen, R., Camanho, A. S., Podinovski, V.V., Sarrico, C. S. & Shale, E. A. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. *European Journal of Operational Research*, 132, 245–59.
- Gökgöz, F. (2009). Veri Zarflama Analizi ve Finans Alanına Uygulanması, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Yayın No:597,17.
- Hollingsworth, B. & Wildman, J. (2003). The efficiency of health production: re-estimating the WHO panel data using parametric and non-parametric approaches to provide additional information. *Health Economics*, 12, 493–504.
- Kaplan G.A., Pamuk E.R., Lynch J.W., Cohen R.D. & Balfour J.L., (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*. 312:999-1003.
- Kawachi I., Kennedy B.P., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*. 87:1491-1498.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1997a). The Relationship of Income Inequality to Mortality: Does the Choice of Indicator Matter? *Social Science & Medicine*. 45: 1121-2.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., Glass, R., & Prothrow-Stith, D. (1998). Income Distribution, Socioeconomic Status, and Self-Rated Health: A U.S. Multi-Level Analysis. *British Medical Journal*. 317: 917-21.
- Kocaman, M.A., Mutlu, M.E., Bayraktar, D. ve Araz, Ö.M. (2011). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi. *İTÜ Endüstri Mühendisliği Dergisi*. 23 (4), 14-31.
- Lewis, H.F. & Sexton, T.R. (2004). Data envelopment analysis with reverse inputs and outputs. *Journal of Productivity Analysis*. 21,113-132.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. in Kawachi, Ichiro (Eds) L. Berkman & I. Kawachi, *Oxford University Press*, New York. 391.
- Macintyre, S., Maciver, S. & Sooman, A. (1993). Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 22, 213–34.
- Navarro, V. (2000). Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 356, 1598-1601.
- Or, Z. (2000). Determinants Of Health Outcomes In Industrialised Countries: A Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis. *OECD Economic Studies*,30.
- Organisation for Economic Cooperation and Development*OECD (2020), *Health Data* Retrieved May 10, 2020, from <https://stats.oecd.org/Index.aspx#>.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Räty T. & Luoma K. (2005). Nonparametric Country Rankings Using Indicators and OECD Health Data. *Valtion Taloudellinen Tutkimuskeskus*. 74,1–19.
- Retzlaff-Roberts, D., Chang, C. & Rubin, R. (2004). Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries. *Health Policy*, 69, 55–72.
- Spinks, J. & Hollingsworth, B. (2005). Health production and the socioeconomic determinants of health in OECD countries: the use of efficiency models. Centre for Health Economics, Monash University.
- Spinks, J. & Hollingsworth, B. (2009). Cross-Country Comparisons Of Technical Efficiency Of Health Production: A Demonstration Of Pitfalls. *Applied Economics*, 41, 417–427.
- Turrell, G. & Mathers, C. (2000). Socioeconomic status and health in Australia. *Medical Journal of Australia*, 172, 434–38.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization*UNESCO (2020). Education Statistics, The UNESCO Institute for Statistics (UIS). Retrieved May 03, 2020, <http://data.uis.unesco.org/Index.aspx?queryid=242>.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: The Afflictions of Inequality*. London and Newyork: Routledge: Taylor&Francis Group.
- Yıldırım, H.H. (2004). “Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi”. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Ankara.



AN OVERVIEW OF PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE TOURISM

Lecturer Elif Nisa YAYLA

Kayseri University, Vocational School of Social Sciences, Healthcare Management,
elifnisayayla@kayseri.edu.tr, orcid.org/0000-0002-4343-0954

Lecturer Fatih ALTAN

Erciyes University, Halil Bayraktar Health Services Vocational School, Medical Documentation
and Secretarial, fatihaltan@gmail.com, orcid.org/0000-0003-3913-309X

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.10.2020-01.12.2020)

Abstract

Travel of individuals to visit physicians for a planned death is referred to as Physician Assisted Suicide (PAS) Tourism. This study was prepared in order to analyze secondary data due to the lack of conceptual discussion on the phenomenon of PAS Tourism, which has recently been included in the tourism and health literature. The aim of this study is to examine the studies in the literature, the concept of death that the individual wants to end his life with the support of a physician, the scope of Physician Assisted Suicide Tourism, which is seen as a niche market today, the concepts that are compared with this scope and causing confusion, and finally the legal to examine the functioning of institutions providing Physician Assisted Suicide services within the framework. As a result, although HDI is prohibited in many countries and therefore it is not considered as tourism, it is seen that there is such a niche market today and as the demand for this service increases, the number of countries that have changed the law on HDI is increasing. It is thought that HDI will commodify health services and bring ethical problems such as discrimination among patients.

Keywords: Physician Assisted Suicide, Euthanasia, Death Tourism, Dark Tourism, Suicide Tourism

Özet

Bireylerin planlanmış bir ölüm için hekimleri ziyaret etmek amacıyla yaptıkları seyahat Hekim Destekli İntihar (HDI) Turizmi olarak ifade edilmektedir. Bu çalışma son dönemlerde turizm ve sağlık literatüründe yer alan konulardan HDİ Turizmi olgusunun kavramsal tartışmanın eksikliğine bağlı olarak ikincil verilerin incelemesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışmanın amacı alanyazındaki çalışmaların irdelemesi, bireyin hekim desteği ile hayatını planlı olarak sona erdirmek istediği ölüm kavramı, günümüzde niş pazar olarak görülen HDİ Turizmi'nin kapsamı, bu kapsam ile karşılaştırılan ve anlam karışıklığına yol açan kavramlar, son olarak ülkelerin izin verdiği yasal çerçeve içerisinde HDİ hizmeti veren kuruluşların işleyişi incelemektir. Sonuç olarak HDİ'nin birçok ülkede yasak olduğu ve bu nedenle turizm olarak değerlendirilmemesine karşın günümüzde böyle bir niş pazarın olduğu ve insanların bu hizmete talep arttıkça HDİ konusunda yasa değişikliğine giden ülke sayısında giderek arttığı görülmektedir. HDİ'nin sağlık hizmetlerini metalaştıracağı ve hastalar arasında ayrıma gitme gibi etik sorunları da beraberinde getireceği düşünülmektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Anahtar Sözcükler: Hekim Destekli İntihar, Ötenazi, Ölüm Turizmi, Dark Turizm, İntihar Turizmi

INTRODUCTION

It is seen that the meaning of the phenomenon of "death", which is an inevitable consequence for all living things, varies relatively from one culture to another, from time to time. The concept, which is "mevt" in Arabic, "death" in English, "mort" in French, "tod" in German and "death" in Turkish; it means ending, exhausting, extinction, disappearing. As you can see, although many words mean death, an inevitable end and the destruction of existence, (Hökelekli, 1991: 152-153), not every human being has evaluated death in the same way. While the thought of death sees the source of stress as annihilation and anxiety for some, it sees it as a way of getting rid of stress, starting an immortal life and a source of joy for others. The phenomenon of death can take on a relative structure according to the belief, thought, idea, moral and spiritual structure of people (Yakit, 1993: 85). Therefore, the meaning attributed to death varies depending on the perspectives of the people. For example, while Montaigne thinks that death is the heaviest and most distressing, indescribable pain, that the world of things is dying with her as she dies (Montaigne, 2006b: 7), Mevlana sees death as a longing-awaited "friend" (Çelik, 2009: 123). Confucius sees death as a form of birth, that is, the death of one thing as the birth of another (Chen, 2012).

Unlike traditional periods in which individuals whose death is approaching give emotional reactions such as denial, anger, bargaining, depression and acceptance, death, which is often marginalized and interpreted as a source of fear in modern societies, (Kübler-Ross, 1992) although it is seen as a known but unapproved experience, it is handled in an adapted and medicalized form today. Today, instead of dying in the home of uncertain and uncontrolled possibilities in the societies dominated by science received "good death" with reduced pain, which provides the opportunity to fight with the support of professionals and machines offered by advanced medicine in hospitals. In the modern era, where there is no place for waiting and permanence, death is also, in order to be remembered as a memory that must be erased as soon as possible patients want to spend their last time in hospitals with their loved ones, not waiting for a tragic death on their deathbed. At the same time, the departure of the deceased, whose suffering is not witnessed, will not be perceived as a complete departure from memories (Demir, 2017: 194).

The desire for death to return to life as well as to death, to the inanimate matter that is the essence of life, is more common in contemporary culture. This subconscious desire and longing for death is interpreted as the expression of returning to a comfortable and peaceful life in the womb. One's disposition to calmness, silence, comfort, balance, and sleep is due to the longing for death. Death, which is described as untimely occurring at an unexpected moment, contradicts with "good death". Practices extending human life and euthanasia studies are the result of the desire to try to reduce this premature death. The necessity of looking happy always pushed people away from mourning. Therefore, people have professionalized in the way of death and funeral procedures in order not to encounter the appearance of death. This development has led to the creation of new markets (Ünal, 2011: 129). Over time, the evolution of attitudes and perceptions towards death has made the experience of death itself a separate business in the modern world.

For a planned death of people; The distance to visit medical professionals creates a special market called Physician Assisted Suicide Tourism (Mondal ve Bhowmik, 2018). In the tourism definition made by Leiper (1979), which is widely accepted in the literature; Suicide tourism and its derivatives initially because the tourist needs to travel to other destinations temporarily in their region and then return home, and tourism includes reasons such as pleasure, business, congress, education, sports, religion, medical treatment, cooking, volunteering and special interests It is not considered within the scope of tourism. The lack of conceptual discussion about death in tourism

branches raises the research problem of this study. In this context, information on Dark Tourism, Suicide Tourism and Assisted Suicide, PAS Tourism will be shared, and this niche market of tourism and the assisted suicide practices within the legal framework of governments for the right to die will be discussed. In addition, the services provided by some organizations providing PAS tourism services will be discussed.

Dark Tourism

The fact that people want to experience different experiences with various motives gives tourism a versatile commodity feature, which makes it necessary to consider and evaluate different tourism types (Hartmann, 1988). Today, areas related to disasters or wildness are now evaluated not only in memories but also as tourist attraction centers. MacCannel (1976), as “negative sightseeing” (negative sightseeing); Rojek (1993) “black spots tourism” (black spots tourism), Seaton (1996) “thanatourism”; Foley and Lennon (1996) “dark tourism”; Lippard (1999) “tragic tourism”; Blom (2000) “morbid tourism” and that concepts that O’Neill (2002) defined as “grief tourism” it means that the consumption of the grief that occurred in the recent or distant past about death, disaster and poverty for tourism purposes. In dark tourism, the temporal distance must be close. That is, events must be remembrance distance of living people, and suspicious and alarming for modernity and its consequences(Lennon ve Foley: 2000: 11-12). Thus, the shooting locations and fields can evoke "dark" emotions such as revenge, sympathy, empathy, depression, sadness, fear and hate on visitors (Miles, 2002).

According to Seaton, grief tourism refers to "travel to symbolic or real death sites" (Seaton, 1999: 131). Considering their tourism attractions, it is seen that different types of grief tourism have emerged. These are "Instant Death Tourism", "Post-Death Tourism", "Religious-Symbolic Death Tourism". It is possible to divide the "Post-Death Tourism" into sub-groups. Similarly, Sharpley (2005) suggests that different "shades" of dark tourism can be determined based on different intensity of objectives in terms of both supply and demand. Depending on both the degree of interest in the tourist's interest or death, and to what extent an attraction has been developed to take advantage of that interest or admiration, different places / experiences can be 'paler' or 'darker'. Thus, the darkest or blackest tourism occurs through the deliberate provision of experiences that are attracted to death. The visitor class, interested in suffering or watching massacres, forms the demand side of dark tourism and can learn about the causes, pain, conditions and motives of death (Stone ve Sharpley, 2008).

Sharma and Rickly (2019) view dark tourism from an existential perspective, which allows the dark tourism experiences to reevaluate the lives of tourists and track existential individuality. Conversely, Korstanje (2016) argues that the interest in death-related visiting sites is a result of modern neoliberal economic systems based on varying degrees of capitalism. However, with the development of the dark (dark) tourism phenomenon and providing an important tourism experience for tourists, new concerns and moral dilemmas are increasing (Kang vd, 2012).

Suicide Tourism and Assisted Suicide Tourism

According to the tourism definition made by Leiper (1979), the tourist is considered to be the system in which the tourist travels from her own region to other destinations for a temporary stay for one or more nights and then returns home. The United Nations World Tourism Organization (2019) stated that tourism can take various forms for different reasons such as pleasure, business, congress, education, sports, religion, medical treatment, cooking, volunteering and special interests. The relationship between death and tourism is full of contrasts, contradictions and irony. According to Becker (2011), although contemporary Western society wants to delay or even deny an individual's death with modern medicine, it is a miracle and a source of fixation that others want

death (Becker, 2011). Given the sensitive structure of suicide tourism, few definitions have been made. Cantrell vd (2010), suicide tourism; It defines it as the practice of traveling to a foreign place to commit suicide. While this death tourism has its roots based on watching the gladiatorial games of the people in Rome (Stone ve Sharpley, 2008), today famous suicide spots in places like the Golden Bridge in San Francisco, Gap in Sydney or New York city center are examples of this (Stack ve Bowman, 2010). Where one has control over death, death is either aesthetic or romantic. Similar to resorts that are often chosen to maximize the aesthetic taste of tourists, the places chosen for suicides are often emblematic structures (Kirillova ve Lehto, 2015).

Death tourism is differs at different points from dark tourism, which includes visiting an area where persecution or massacres have occurred in the past. In dark tourism, the individual travels to feel the feelings of death, while in suicide tourism, they are traveling to commit death. Procedures may be illegal for ending life in his own the country of who the applicant for death tourism. It may also be looking for a final solution that does not leave his desire unfinished, or seek the romantic idealism of "death with dignity" on the deathbed that does not involve pain and suffering (Shondell Miller & Gonzalez, 2013).

Death or suicide tourism does not just involve jumping or falling off a cliff, bridge or monument. Assisted Suicide Tourism involves the travel of a suicidal person to complete suicide with the help of others and focuses on the element of moving from a prohibitory to a permissive jurisdiction (Huxtable, 2009). Therefore, it would be more correct to use the term "tourism-assisted suicide" instead of "assisted suicide" to describe this tourism phenomenon (Yu vd, 2020).

Physician Assisted Suicide Tourism

For a planned death of people; The distance to visit medical professionals constitute a special market called Physician Assisted Suicide Tourism (Mondal ve Bhowmik, 2018). Death tourists are motivated by a desire to end their lives and ultimately travel to reach a better state without suffering; In this context, suicide tourism can be seen as a romantic idealism of dying with dignity. These tourists want to put an end to their current pain with the solution that the tourism industry can offer (Pratt vd,2019). According to Kaul and Skinner (2018), the collective perceptions and rituals surrounding death in a destination, especially when it comes to international tourism, can be very different from the tourists' own culture. In this case, visiting medical professionals for a planned death can be seen as an educational opportunity to learn about other cultures, as well as preventing a source of confusion and overhead in the event of the sudden death of a loved one (Kaul ve Skinner, 2018).

Hay (2015) draws attention to the dark phenomenon of hospitality and explores the way people choose to die in a hotel rather than in more traditional places such as homes, hospitals or nursing homes. Hay argues that given the aging population and shrinking family size in the developed world, dark hospitality will be a subject more in the foreground than ever before. When it comes to dark tourism attractions and assisted suicides, death becomes a marketable product. Korstanje's (2016) of the thesis on the rise of thana capitalism show that must be expanded beyond dark tourism to include the various ways death becomes a commodity.

Dignitas, a Swiss-backed suicide organization, can be cited as an example to move from the prohibitor to the jurisdiction that allows it. It is the first official institution to operate in this field and can be evaluated in the context of death and tourism, especially since they accept Swiss and foreign citizens as customers (Higginbotham, 2011). Analyzing 611 "suicide trips" from 31 countries applying to the Dignitas institution, Gauthier et al. (2015) found that the women (58.4%) and their ages (23-97 years) of these "tourists" differ significantly from Europe (Germany, 43.9%; England, 20.6%, France, 10.8%). Although Physician Assisted Suicide (PAS) and euthanasia seem

to be the same concepts, they are different concepts. Active euthanasia involves the injections of lethal drugs that terminate the individual's life cycle, while passive euthanasia involves the withdrawal or withdrawal of benefits that will prolong the life of the patient suffering from incurable disease. The main distinction between the two approaches is to kill someone and let someone die over time (Jecker ve Jonson 2007). In PAS, which includes deadly drugs administered by the patient's own will and the help of the doctor, it is not expected that the patient has terminal period and incurable disease, while these concepts are required in active euthanasia. Higginbotham (2011) denied that assisted suicide, which involves traveling elsewhere in the name of suicide with medical intervention support, can be qualified as a niche segment of medical tourism and a subcomponent of international tourism. The medical tourism framework consists of four main parts: disease (ie medical controls), reproduction (ie fertility treatment), development (ie cosmetic surgery) and wellness (ie acupuncture). In accordance with this conceptualization, PAS clearly differs from medical tourism. In this context, Pratt vd (2019) created a conceptual framework that addresses the multiple links between tourism and death in order to eliminate the conceptual confusion. This conceptual work, which maps the diversity of the link between tourism and death, is built on existential philosophy and anthropology, and consists of a theoretical framework that encompasses all elements of four dimensions: Perspective, Intention, Number and Participation The Intention dimension in the Conceptual Map of the Relationship Death and Tourism reflects the intention or motive that death that witnessed or experienced on a trip. Continuity of intention, which is closely related to the perspective dimension, is treated as Intentional at one end and Unintentional at the other. While the former refers to dealing with death as the main purpose of travel (eg dark place visit, assisted suicide), the second indicates deaths that are mostly accidental. The perspective dimension (Self / Others) shows the perspective at which death occurs: it may include the tourist herself or others (the tourists themselves or the residents). A third dimension used to classify the intersections between death and tourism concerns the number of people who die at the target. As with the murders, unintentional deaths of tourists could occur, and this could be the case for multiple tourist deaths. The number that intersects with the above dimensions, focusing on the relationship between the deceased tourist and other people related to his death is the size of participation. This dimension is closely related to the Mortality Perspective, but instead of focusing on who is dead, it highlights the closeness of the relationship between tourists and the facilitator of death (Pratt Vd, 2019). When you look at this model, it is seen that Physician-Assisted Suicide is part of death tourism and is separated from other types of tourism that are included in death tourism.

Yu vd (2019); Physician-assisted suicide supporters examined the inner and external motivations of self-determination. Accordingly, the primary intrinsic motivation for suicide travel is to relieve or avoid pain in during the death process. Indeed, in Turkey, where euthanasia is not legal is obviously that terminal period patients and working health personnel, about one in 5 people are seen to have encountered a request for euthanasia (Çınar vd, 2012). Other in-kind motivations for PAS travel are human rights and the pursue meaning in life. In terms of external motivations, it was determined that religious/social thoughts are particularly relevant. Furthermore, Yu vd (2019) observed that individuals perceived the suicide trip as an informative journey through which they could learn more about PAS by visiting a country several times before they decided to end their life seriously (Yu vd, 2019).

Before deciding to end their lives, individuals there are discussions about whether PAS is included in the scope of tourism, while planning to make trips to get information by visiting the country where PAS is legal. PAS is not considered tourism based on the definition that individuals return as a result of traveling to certain places for the purpose of ending their lives through physicians, or



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

that tourism is often associated with pleasure travel. Some researchers think that the ultimate benefits of this travel may not be in the form of an improved life or scenario of enjoying a certain length of stay, but the person while traveling to destination will be relieved of prolonged pain and suffering and gain freedom (Pearlman vd, 2005). Yu vd (2020) created the Tourism Application Model Related to PAS to determine whether the event will be considered as a form of "tourism" or "travel", in order to better conceptualize PAS. According to this approach, suicide tourism can be divided into different groups, including people who return to their home country after PAS and people who are interested in PAS and take an informative journey to understand the legal implications. The first group returns to their home country, albeit in a different form (for example, as a funeral), so it fits the traditional definition of tourism. Individuals who travel for informational purposes may travel for reasons such as learning about PAS regulations, completing necessary documents, or consulting professional doctors to understand the assisted suicide process at authorized medical facilities. These candidates do not plan to end their lives at that time and therefore plan to return home, but subsequent relevant trips may eventually result in PAS. Anyone interested in understanding PAS could be a potential suicide candidate; such a traveler would likely engage in suicide tourism to become more knowledgeable / educated about the practice. After consultations with professional doctors, the person can make a final decision to do PAS. If the body of the individual is later returned to their home country, the person has been involved in suicide tourism. Conversely, if the body is not returned, the person has participated in the suicide trip as previously described (Yu, 2020). In addition, a particular patient who wants to end his life usually travels with family and close friends. There are some things for individuals that need to be fulfilled before or after death, and there are concerns about this. The desire of the relatives of the patient who accepts PAS to be informed and to be with their loved ones in the last minutes of their lives will bring tourism activity (Mondal ve Bhowmik, 2018).

Research Method

The study was prepared to examine secondary data due to the lack of conceptual debate on the phenomenon of Physician Assisted Suicide Tourism, which is one of the topics in the tourism and health literature recently. In this context; first, dark tourism, then suicide and assisted suicide tourism and finally physician assisted suicide tourism are discussed theoretically and the differences in these types of tourism, which are accepted as similar in literature, are revealed. In addition, information on some institutions providing PAS services was provided. In the selection of the organizations that provide this service, the criteria of providing Physician Assisted Suicide Tourism service for more than twenty years in Europe, America and Australia are based on. In line with these criteria, four organizations were determined and information regarding the organizations; Information on counseling, membership and physician assisted suicide tourism was shared.

Functioning of Institutions Providing Physician Assisted Suicide Services

Globally, governments are trying to balance the right to life and death, thus making changes in laws to ensure freedom. Among the countries that have legalized PAS; Switzerland, Oregon, Colombia, Netherlands, Belgium, Washington, Luxembourg, Montana, Vermont, Quebec, California, Canada, Colorado, Hawaii is located. The United Kingdom and the United States have liberal policies aimed at supporting suicide in the respective countries. Numerous organizations around the world offer options for dying with dignity within the legal framework of their country. The individual who commits suicide needs to be taken care of in to understand. Patients with certain incurable mental or physical impairments must seek counseling before exercising their right to death. The patient has to fulfill the conditions determined by the institutions. It should be recommended by at least two doctors to allow the patient to attempt assisted suicide (Mondal ve Bhowmik, 2018). In

508

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YAYLA, E. N./ ALTAN, F)

this context, in this part of the study, the legal admissibility conditions in countries where assisted suicide is legal and the practices of PAS institutions within the scope of honorable death will be discussed.

Table 1 discussed the current legal status of physician-assisted suicide and euthanize in certain countries. Euthanasia is legal in all countries except Switzerland, while physician-assisted suicide is legal in all countries. There is also a difference between age restrictions in physician-assisted suicide among countries. While there are no age restrictions in Switzerland and Belgium, there are age restrictions in Colombia (6), the Netherlands (12), Luxembourg and Canada (18). While no diagnosis of physician-assisted suicide is sought in Switzerland, Luxembourg and Canada, patients in Colombia are in the terminal period; In Belgium, while no diagnosis is sought for adults, there is a requirement for children to be in the terminal period.

Physician-assisted suicide or euthanasia is considered a legal and preferred service in many regions of Europe and the United States. Whether physician-assisted suicide is considered a tourist destination is still a matter of debate, while people travel to learn about or benefit from this service.

Countries	Euthanasia	Physician Assisted Suicide	Age Restriction	Required Diagnosis	Symptom State
<i>Switzerland</i>	Illegal	Legal*	none specified	none	None
<i>Colombia</i>	Legal	Legal	6	terminal phase	terminal phase of a disease
<i>Netherlands</i>	Legal	Legal	12	none	unbearable suffering with no prospect of improvement
<i>Belgium</i>	Legal	Legal**	none	none adults, terminal children	medically futile condition with unbearable mental or physical suffering
<i>Canada</i>	Legal	Legal	18	none	Grievous and irremediable medical condition with enduring and unbearable suffering
<i>Luxembourg</i>	Legal	Legal	18	none	Incurable condition with constant unbearable suffering and no prospect of improvement

* Assisted suicide is only considered a crime if the motivation is selfish. Assistance does not have to come from a physician

** Physician assisted suicide is treated as a form of euthanasia

Table 1: Comparison of Specific Countries on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide

Source: <https://www.theguardian.com/news/2019/jul/15/euthanasia-and-assisted-dying-rates-are-soaring-but-where-are-they-legal>



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Business / Country	Consultancy	Membership	Physician Assisted Suicide
Dignitas <i>It has been operating since 1998.</i> (Switzerland)	It advises everyone who wants to be a member of the organization or not, within the current possibilities, about all end-of-life issues and the difficulties of living conditions.	After people become a member of this organization, they can benefit from the services offered by the organization. All adults, whether they are Swiss citizens or not, can become members of Dignitas.	Dignitas provides training on suicide attempts, as well as engaging in disclosure of the facts to people and protection of these facts. In addition, members are offered euthanasia services only within Switzerland. It carries out the activity of accompanying the death of people in accordance with medical evidence due to unbearable pain, disability or illness that will result in death.
Exit International <i>It has been operating since 1997.</i> (Avustralya)	It organizes workshops at regular intervals. It provides consultancy and training services to individuals through these workshops. Exit members can benefit from the workshops free of charge.	Membership is granted to individuals over the age of 50 or those suffering from serious illnesses. Membership of individuals under the age of 50 is at the discretion of Exit. Membership is free. Extending membership is \$ 100 for singles and \$ 150 for married couples.	All of the services of Final Exit Network are legal in the country where it operates. Exit does not provide individuals with illegal drugs or equipment support. It provides information only. It provides accurate and up-to-date information about ending the life of individuals.
Final Exit Network <i>It has been operating since 1980.</i> (Florida)	It offers counseling to people suffering from intolerable medical conditions and mental competence. Membership is not required for consultancy service.	No membership required.	It approaches its customers impartially. It neither induces death nor discourages its customers. Final Exit Network provides services to individuals who want to die in a year or less. Patients with primary diagnosis of mental illness are not served, but early-stage dementia patients can benefit from the services.
Death with Dignity <i>It has been operating since 1993.</i> (Oregon)	It provides consultancy and training to patients, patients' relatives, end-of-life care staff, media and the relevant public about dignified death as end-of-life support.	No membership required.	It promotes death with services that are both models for end-of-life care and offering alternatives for individuals. Those who meet the eligibility criteria can benefit from physician-assisted suicide service. Living in California, Colorado, Colombia, Hawaii, Maine, New Jersey, Oregon and Washington, being an adult, not having a mental disability and diagnosed with a fatal disease that will lead to death within six months, can end their lives either with the assistance of a physician or according to instructions.

Table 2. Services Provided by Institutions Providing Physician Assisted Suicide Services

Table 2 contains some information obtained from the websites of organizations that carry out Physician Assisted Suicide Tourism activities. While Dignitas Suicide Organization (Switzerland) provides the service with the condition of membership in all of its services, other organizations do not require membership for consultancy and education services. In addition, dignitas, final exit network and death with dignity suicide organizations in order to receive services that will result in death, unbearable pain, disability or disease situation reasons, while Exit International organization offers this service to individuals over the age of 50 and leave the admission of individuals below this limit to their own initiative. The common characteristics of the organizations provided in Table 2 are that they do not encourage people to commit physician-assisted suicide or discourag them from benefiting from these services. In other words, it informs people from an objective point of view and serves those who want to benefit from this service.

Organizations in countries such as Switzerland, Belgium, Australia and the United States, which provide physician-assisted suicide services, provide both counseling and training services to those who wish to benefit from this service or who wish to learn about it. Some organizations are required to join the organization for consultancy and/or educational services, while some are not sought. Among organizations, the criteria vary for those who want to benefit from this service. For example, the Swiss-based organisation has announced a 50-year age limit for the Australian-based organisation when reporting that membership is free for all adults and that it can benefit from the service. In addition, some countries only serve patients in their own countries, while others do not want to be citizens. The common requirement of all organizations to provide physician-assisted suicide services is that the individual must experience severe pain or have a terminal illness and the individual's mental health should be in place. All of these organizations claim that they act in accordance with ethical principles and that it is also a right to die with dignity, just as people have the right to live with dignity.

When we look at the situation in Turkey it is seen that euthanasia No. 23420 dated 01.08.1998 Patients' Rights Directive is prohibited under Article 13 of euthanasia. Furthermore there is no legal basis for any physician-assisted suicide in Turkey. A comparison between Turkey and the countries mentioned in the study of euthanasia in Colombia, the Netherlands, Belgium, Canada, even though it is legal in Luxembourg appears to be legal in Switzerland. However, physician assisted suicide practice is legal in all of the countries mentioned. In Turkey, it is a fact that both euthanasia is not legal practice of physician assisted suicide.

CONCLUSION

Physician Assisted Suicide Tourism, which includes the concepts of tourism and death together, is defined as the travel of people from one location to another in order to make a planned death with the help of medical experts. Dark Tourism, Euthanasia Tourism and Suicide Tourism, which is often confused with Physician Assisted Suicide Tourism; According to Pratt's (2019) Conceptual Map of the Relationship Death and Tourism, they are certainly separated from each other. Nowadays, with modernity changing the understanding of death and the development of a controlling understanding, among the purposes of people in realizing this tourism are the desire to not want their painful deaths to remain in the minds of their loved ones and to be effective in the time and form of death. Death without pain and suffering in which one has control over death seen as aesthetic or romantic. Thus, this "honorable / good death" will make people remember (Shondell Miller & Gonzalez, 2013; Kirillova & Lehto, 2015).

Becker (2011) suggests that the association of tourism, which includes an element of pleasure, with death is full of contradictions. In a period when technology develops and diseases are eliminated, the

use of medicine to end life is seen as fixation. In the tourism definition made by Leiper (1979); Against the idea that the tourist should travel to other destinations temporarily in his / her own region and return home afterwards, and death cannot be included in the scope of tourism due to the pleasure and leisure time, Yu vd (2020) suggests that PAS can be considered within the scope of tourism with the PAS Related Tourism Application Model assert. According to a survey conducted by the campaign group MDMD (My Death, My Decision) in the UK, 88% of the participants found it acceptable for dementia patients to seek help to end their lives, provided they gave their consent before losing their mental abilities(www.theguardian.com [1]). The results of the survey conducted by Dignity in Dying (2015) revealed that 82% of the participants supported the idea of assisted death(<https://www.dignityindying.org>).

There are several reasons why physician-assisted suicides are prohibited in terms of religion, morality and ethics (Huxtable, 2009). One of the main reasons for these is that assisted suicide practices commodify other medical services. Even though it is accepted that individuals' right to life can be found as well as their right to death, the fact that such transactions are carried out for high sums or that extra fees are charged under the heading of membership, information procedures, and the inability of individuals who cannot afford the fee to benefit from the service are commodity of health services. At the same time, the notion that aided suicides are not only done to patients in the terminal period of the disease offers a preference such as death to individuals with physical and mental disorders.

Before the PAS is made, individuals are examined by physicians and application requests are examined. However, due to the inability of mechanisms to control this process, the moral and ethical suitability of the elections is de questioned. The use of the names of individuals who will make more noise in documentaries published in the press by the institutions implementing the PAS process will make PAS popular.

PAS is considered forbidden in many countries and is not considered within the scope of tourism, but it should not be neglected that there is such a market today and the number of countries that have changed their laws for assisted suicide in accordance with this demand is increasing day by day. There are three countries outside their own countries that provide aided suicide services. These are; Switzerland, Belgium, The Netherlands. Although euthanasia is prohibited according to the Patient Rights Regulation in our country, it is observed that approximately one in five of the terminally term patients and working health personnel face euthanasia (Çınar vd, 2012). Also every year, more than 800,000 people die by suicide (WHO, 2014). In this context, it should be taken into account that PAS's illegality may increase passive euthanasia and suicide. In addition, terminal patients request PAS, which will reduce medical treatment costs. In line with the potential to prefer private in our country, the legalization of PAS will create a demand for this practice. It is thought that this will cause commodification of healthcare services and cause discrimination among patients.

As a result, physician-assisted suicide is supported in the countries studied and people can benefit from this service to the extent that they meet the criteria. Considering that PAS can commodify health services and may cause other ethical problems, governments should be legally and ethically restricted in their hands. Although physician assisted suicide is the subject of discussion, the aforementioned organizations have been providing this service for many years.

REFERENCES

- Blom, T. (2000). Morbid tourism-a postmodern market niche with an example from Althorp. Norsk Geografisk Tidsskrift, 54(1), 29-36.
- Cantrell, F. L. & Nordt, S. & McIntyre, I. & Schneir, A. (2010). Death on the doorstep of a border community–intentional self-poisoning with veterinary pentobarbital. Clinical Toxicology, 48(8), 849-850.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Carrera, P. & Bridges, J. (2006). Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6, 447-454.
- Chen, B. (2012) Coping With Death and Loss: Confucian Perspectives and the Use of Rituals. *Pastoral Psychol* 61, 1037–1049.
- Çelik, İ. (2009). Türk Tasavvuf Düşüncesinde Ölüm. *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, 40, 2009, 119-146
- Demir, S. T. (2017). Modernite ve Ölüm: Açık Erişimli Ölüm Döşeginden İzole Yoğun Bakım Ünitelerine Bedenin ve Ölmenin Değişen Yüzü, *Global Media Journal TR Edition*, 7(14)
- Demirhan, E. A. (1994). *Tıp Tarihi ve Deontoloji Dersleri*, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.
- Foley, M. & Lennon, J. J. (1996). JFK and dark tourism: A fascination with assassination. *International Journal of Heritage Studies*, 2(4), 198-211.
- Hartmann, R. (1988). Combining field methods in tourism research. *Annals of Tourism Research*, 15(1), 88-105.
- Higginbotham, G. (2011). Assisted-suicide tourism: is it tourism? *Tourisms: An International Multidisciplinary Journal of Tourism*, 6(2), pp.177-185.
- Higgins-Desbiolles, F. & Carnicelli, S. & Krolkowski, C. & Wijesinghe, G. & Boluk, K. (2019). Degrowing tourism: Rethinking tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, 27, 1926-1944.
- Hökelekli, H. (1991). Ölümle İlgili Tutumlar ve Dini Davranış. *İslami Araştırmalar*. : 152-153
- Huxtable, R. (2009). The suicide tourist trap: Compromise across boundaries. *Journal of Bioethical Inquiry*, 6, 327-336.
- Jecker, N.A.S. & Jonsen, A.R. & Pearlman, R.A. (2007). *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Kang, E.J. & Scott, N. & Lee, T.J. & Ballantyne, R. (2012). Benefits of Visiting a Dark Tourism‘ Site: The Case of The Jeju April 3rd Peace Park, Korea, *Tourism Management*, 33 (1), 257-265.
- Kübler-Ross E. *Yaşamın Son Günleri*. Çev: Terakye G. Ankara: Hürbilek Matbaacılık; 1992.
- Lennon, J. & Foley, M., (2000) *Dark Tourism, The Attraction of Death and Disaster*, Continuum, London.
- Lippard, L. R. (1999). *On the beaten track: Tourism, art and place (Vol. 4)*. New York: New Press.
- MacCannell, D. (1976). *The tourist: A new theory of the leisure class*. Univ of California Press.
- Miles, W.F.S. (2002). Auschwitz: Museum Interpretation and Darker Tourism, *Annals of Tourism Research*, 29 (4), 1175-1178.
- Mondal, A. P. & Bhowmik, P. (2018). Physician Assisted Suicide Tourism A Future Global Business Phenomenon. *The Business and Management Review*, 10 (1), 35-43
- Montaigne Denemeler (2006) –Bütün Denemeler 3– (Çeviren: Hüsen Portakal), İstanbul: Cem Yayınevi. Montaigne, 2006: 7.
- O’Neill, S. (2002). Soham pleads with trippers to stay away, *DailyTelegraph*. <http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2002/08/26/nfen26.xml&sheet=/portal/2002/08/26/ixport.html>.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Pearlman, R.A. & Hsu, C. & Starks, H. & Back, A.L. & Gordon, J.R. & Bharucha, A.J. & Koenig, B.A. & Battin, M.P., 2005. Motivations for physician-assisted suicide. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), pp.234-239.

Pratt, S. & Tolkach, D. & Kirillova, K. (2019). Tourism & death. *Annals of Tourism Research*, 78, p. 102758

Seaton, A.V. (1999). WarandThanatourism: Waterloo 1814-1915, *Annals of Tourism Research*, 26 (1), 130-158

Sharpley, 2005 R. Sharpley Travels to the Edge of Darkness: Towards a Typology of Dark Tourism C. Ryan, S. Page, M. Aitken (Eds.), *Taking Tourism to the Limits: Issues, Concepts and Managerial Perspectives*, Elsevier, Oxford (2005), pp. 217-228

Shondell Miller, D. and Gonzalez, C., 2013. When death is the destination: the business of death tourism–despite legal and social implications. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, 7(3), pp.293-306.

Stack, S. & Bowman, B. (2011). *Suicide movies social patterns 1900-2009*. Hogrefe Publishing. Canada 2011

Stone, P. & Sharpley, R., 2008. Consuming dark tourism: A thanatological perspective. *Annals of tourism Research*, 35(2), pp.574-595.

Tikkanen, I. (2005). Sectors in healthcare tourism: Case Kuopio region. Paper presented at the 3rd Tourism Industry and Education Symposium. Jyväskylä, Finland.

Tourism Research and Marketing . (2006). *Medical tourism: A global analysis*. Arnhem, Netherlands: Atlas.

United Nations World Tourism Organization . (2019, March 25). Relevant definitions. Retrieved from <https://www.unwto.org/why-tourism>

Ünal, M. S. (2011). Zamansız Ölüm: Geleneksel Ve Modern Toplum Karşıtlığında Ölümün Yeri. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi Cilt 11, Sayı 2, 2011 ss. 121 -133*

World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: WHO Press, 2014.

Yakıt, İ. (1993). *Batı Düşüncesi ve Mevlana*. İstanbul: Ötüken Neşriyat. Yakıt, 1993: 85.

Yu C. & Wen J. & Goh E. & Aston J. (2019). “Please help me die”: Applying self-determination theory to understand suicide travel. *Anatolia*, 30, 450-453.

Yu, C.-E. & Wen, J. & Meng, F. (2020). Defining Physician-Assisted Suicide Tourism and Travel. *Journal of Hospitality & Tourism Research*.

INTERNET RESOURCES

Dignitas, <http://www.dignitas.ch/?lang=en> (Erişim Tarihi: 03.04.2020)

Exit International, <https://exitinternational.net/> (Erişim Tarihi: 03.04.2020)

Final Exit Network, <https://finalexitnetwork.org/Home.html> (Erişim Tarihi: 03.04.2020)

Compassion and Choices, <https://compassionandchoices.org/> (Erişim Tarihi: 03.04.2020) Death with Dignity, <https://www.deathwithdignity.org/> (Erişim Tarihi: 03.04.2020)

The Guardian [1], <https://www.theguardian.com/society/2019/mar/03/legalise-assisted-dying-for-terminally-ill-say-90-per-cent-of-people-in-uk>

The Guardian [2], <https://www.theguardian.com/news/2019/jul/15/euthanasia-and-assisted-dying-rates-are-soaring-but-where-are-they-legal> (Erişim Tarihi: 03.04.2020)

Dignity in Dying, <https://www.dignityindying.org.uk/news/poll-assisted-dying/>

**ORAN ANALİZİ YÖNTEMİ İLE ÜNİVERSİTE DÖNER SERMAYE
İŞLETMELERİNİN FİNANSAL DEĞERLENDİRİLMESİ**
**FINANCIAL EVALUATION OF UNIVERSITY CIRCULATING CAPITAL
ENTERPRISES BY RATIO ANALYSIS METHOD**

Dr. Oğuzhan YÜKSEL

Isparta Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, oguzhan@doctor.com , orcid.org/0000-0003-0539-4136

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (23.10.2020-01.12.2020)

Özet

Bu araştırma ile “Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Endeksi 2017” sıralamasında 1. bölgede yer alan, döner sermaye işletmesine sahip üniversitelerin finansal performansını değerlendirmek, sağlık yöneticilerine bilgi sağlayarak konuyla ilgili yazına katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında üniversite döner sermaye işletmelerinin 2017-2018 ve 2019 yıllarına ait bilanço ve gelir tablosu verileri incelenmiş ve oran analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Gerçekleştirilen analiz neticesinde döner sermaye işletmelerinin likidite oranlarının pozitif olduğu tespit edilmiştir. Döner sermaye işletmelerinin finansal yapı oranları ve kârlılık oranlarının istenilen seviyenin altında kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. İşletmelerin faaliyet oran sonuçları ise de yıllara göre değişken nitelikte bir sonuca sahip olduğuna ulaşılmıştır. Döner sermaye işletmelerinin finansal yöntemlerinin planlamalarını güncellemeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Oran analizi, döner sermaye işletmeleri, finansal performans

Abstract

The aim of this research is to evaluate the financial performance of universities with revolving funds, which are in the first region in the “Socio-Economic Development Index 2017” ranking, and to contribute to the writing on this subject by providing information to health managers. As part of the research, the balance sheet and income statement data of university revolving fund enterprises for the years 2017-2018 and 2019 were examined and evaluated by rate analysis method. As a result of the analysis carried out, the liquidity ratios of the circulating capital enterprises were determined to be positive. It was concluded that the financial structure ratios and profitability ratios of the revolving fund enterprises remained below the desired level. The activity rate results of the enterprises have also been found to have a variable result over the years. It is recommended to reevaluate the financial methods of revolving funds.

Key Words: Ratio analysis, circulating capital enterprises, financial performance

GİRİŞ

Finansal ve ekonomik göstergelerin öneminin giderek arttığı günümüzde, sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük role sahip olan hastaneler de bu değişime ayak uydurmak zorundadırlar. Sağlık idarecileri, finansal analizleri yapmalarının yanında kendilerini muadil diğer kurumlarla karşılaştırarak gerekli iyileştirmeleri hayata geçirmelidirler. Geleceğe dair yerinde kararlar almak, stratejiler belirlemek ve bugünün durum tespitini yapmak finansal analizlerle mümkündür. Farklı yazarlarca değişik sınıflamalar yapılmakla birlikte, çoğunlukla finansal analiz teknikleri dört grupta toplanabilir.

- Oran analizi tekniği (Rasyo Analizi)
- Karşılaştırmalı tablolar analizi (Yatay Analiz)
- Yüzde yöntemi ile analiz tekniği (Dikey Analiz)
- Eğilim yüzdeleri yöntemi ile analiz tekniği (Trend Analizi)

Bu analiz tekniklerinden, en çok kullanılanı ve bu araştırmada yararlanılan yöntem oran analizi tekniğidir (Ağırbaş, 2015: 175).

Türkiye’de bünyesinde sağlık, araştırma ve uygulama merkezi bulunan döner sermaye işletmelerinin, oran analizi yöntemiyle 2017-2019 yılları arasındaki finansal performans düzeyinin bu araştırmayla tespit edilmesi amaçlanmıştır. Üniversitelerdeki sağlık, araştırma ve uygulama merkezi bulunan döner sermaye işletmelerinde finansal sürdürülebilirliğin optimum ölçülerde sağlanıp-sağlanmadığı ile ilgili yeterli sayıda araştırma olmadığı kanaatine varılmıştır.

Döner sermaye işletmelerinin gelir ve giderlerine dayalı yapılan ülke çapındaki sıralamalarda; Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermaye işletmelerinin ilk sırada, üniversitelere bağlı döner sermaye işletmelerinin ise ikinci sırada yer aldığı görülmüştür. Döner sermaye işletme sayıları ve işlem hacimlerine bakıldığında, üniversitelere bağlı döner sermaye işletmelerinin oldukça büyük kapasiteli işletmeler oldukları söylenebilir (Ağırbaş, 2015).

1. Oran (Rasyo) Analizi

Örgütsel performans ölçümünde sıklıkla tercih edilen yöntemlerden en basiti oran analizidir (ratio analysis). Bu analiz tekniğinin halen yaygın bir yöntem olarak kullanılagelmesi, uygulanmasının kolay olmasına ve çok az bilgiye ihtiyaç duymasına bağlanabilir.

Mali tablolarda bulunan iki farklı değer arasındaki ilişkinin basit aritmetik gösterimine oran ismi verilmektedir (Akgüç, 2011). Hesaplar ya da farklı hesap grupları arasında kurulan matematiksel ilişkiler yardımıyla ilgili işletmenin, mali yapısıyla kârlılık durumu hakkında çeşitli tespitlerde bulunulabilir (Akdoğan ve Tenker, 2007). Oranların zaman içerisindeki değişiminin izlenmesi tavsiye edilse de ulaşılan sonuçlar sınırlı bilgiyi yansıtacaktır (Kecek, 2010). Bu açıdan bakıldığında oran analizinin, etkinlik değerlerinin karşılaştırmasında ve genel performans ölçümünde yetersiz kaldığı söylenebilir. Bununla birlikte; veri setinin basit ön izlemesini sağlayarak, tek girdi/çıkıtlı durumlarda diğer gelişmiş teknikler için kullanışlı bir öncü sayılabilir (Peacock vd., 2001). Oranların hesaplanmasından ziyade önemli olan, ulaşılan değerlerin nasıl yorumlanacağıdır (Çetiner, 1996).

Hastanelerde oran analizi yapılarak kapasite kullanım oranı (hasta günü sayısı/yatak sayısıx365), hekim başına düşen poliklinik sayısı (poliklinik sayısı/hekim sayısı), yatak devir hızı (yatan hasta sayısı/yatak sayısı) şeklinde çeşitli göstergeler de hesaplanabilir (Mollahaliloğlu vd., 2011). Oran analizinde her bir oran, performansla ilgili boyutlardan sadece bir tanesini ifade ederken, diğer boyutları göz ardı etmektedir. Bazı oranlara bakılarak başarılı bulunan işletmelerde, başka oranlar aynı işletmenin başarısız olduğunu gösterebilmektedir (Yolalan, 1993).

Hastaneler gibi birden fazla girdilere ve çıktılara sahip olan örgütlerde bu analiz genellikle yetersiz kalmakta ve bir dizi soruna yol açmaktadır (Kavuncubaşı ve Ersoy, 1995). Performans ölçümünde

Oran analizlerinden yararlanılan durumlarda ulaşılan sonuçlar, güncel veya geçmiş yıllardaki işletme içerisindeki ya da muadil firmalardaki benzer değerlerle karşılaştırılmalı ve yorumlanmalıdır. Oran analizi kendi içerisinde; likidite oranları, finansal yapı (mali) oranları, faaliyet (çalışma hızı) oranları ve kârlılık oranları olmak üzere 4 ana başlıkta incelenmektedir. Bu oranlara aşağıda kısaca değinilmiş ve nasıl hesaplandıkları ilgili tabloda gösterilmiştir.

1.1. Likidite Oranları

1.1.1. Cari Oran (İşletme Sermayesi)

Dönen varlıkların kısa vadeli yabancı kaynaklara bölünmesiyle hesaplanan cari oran, kısa vadeli borçları ödeme gücünü saptamak ve net işletme sermayesinin yeterliliğini ölçme amacını taşır (Akgüç, 2011). Cari oran çalışma sermayesi oranı olarak da adlandırılmaktadır (Altuğ, 2010). Cari oran sektörel ve bölgesel farklılıklar sebebiyle değişik nominal değerlerle ifade edilebilmektedir.

1.1.2. Asit-Test Oranı (Likidite Oranı-Quick Ratio)

Cari oranı destekleyerek daha anlamlı hale getiren asit-test oranı, işletmenin her 1 TL için ne kadar hızlı paraya çevrilebilecek likit dönen varlığı olduğunu gösterir (Akdoğan ve Tenker, 2007). Türkiye’de işletmeler, finansmanda büyük ölçüde kısa süreli yabancı kaynaklara başvurmak durumunda olduklarından, bu oran genellikle 1’den küçüktür (Akgüç, 2011).

1.1.3. Nakit Oran (Hazır Değerler Oranı)

Nakit oran, işletmenin satışlarının bitmesi ve alacaklarını tahsil edememesi halinde kısa vadeli borçlarını ödeme gücünü göstermektedir. Türkiye’de kısa süreli borçların yüksekliği nedeniyle genellikle bu oran %20’nin altında bulunmaktadır (Akgüç, 2011).

1.2. Finansal (Mali) Yapı Oranları

Finansal (mali) oranlar; işletmenin varlıklarının değerinin düşmesi, normal faaliyetleri neticesinde zarar etmesi veya ilerleyen yıllarda öngörülen nakit akışının gerçekleşmemesi durumunda söz konusu işletmenin yükümlülüklerini yerine getirip getiremeyeceği hususlarında önemli konuları barındırmaktadır (Altuğ, 2010).

1.2.1. Finansal Kaldıraç Oranı (FKO)

Bu oran, varlıkların % olarak ne kadarının yabancı kaynaklarla finanse edildiğini anlatır (Akdoğan ve Tenker, 2007). Yüksek olması, işletmenin riskli bir biçimde finanse edildiğini gösterir (Akgüç, 2011).

1.2.2. Öz Kaynak Varlık (Aktif) Oranı (ÖKVO)

Aktif oranı, işletme sahipleri veya ortaklarınca varlıkların ne kadarının finanse edildiğini gösterir. Özellikle orta ve uzun vadeli kredi verenlere işletmenin mali gücünü göstermesi bakımından önemlidir (Akgüç, 2011, Akdoğan ve Tenker, 2007).

1.2.3. Öz Kaynakların Yabancı Kaynaklara Oranı (ÖKYKO)

Bu oran işletmenin, borçlanma yoluyla sağladığı yabancı kaynak ile kendi kattığı sermayenin oranını gösterir (Akgüç, 2011). 1’den küçük olması, işletme sahip veya ortaklarının kredi veren kuruluşlardan daha fazla miktarda işletmeye yatırımda bulduklarını gösterir (Çetiner, 1996).

1.2.4. Kısa Vadeli Yabancı Kaynakların Toplam Kaynaklara Oranı (KVYKTKO)

Firmanın ekonomik varlıklarının yüzde kaçının kısa süreli yabancı kaynaklarla finanse edildiğini ortaya koyar (Akdoğan ve Tenker, 2007).

1.2.5. Uzun Vadeli Yabancı Kaynakların Toplam Kaynaklara Oranı (UVYKTKO)

Bu oranın yüksekliği, işletmenin kullandığı kaynaklar arasında uzun süreli borçlarının görece önemimin fazlalığını ortaya koyar (Akgüç, 2011).

1.2.6. Kısa Vadeli Yabancı Kaynakların Öz Kaynaklara Oranı (KVYKÖKO)

Bu oran işletmelerin öz kaynaklarıyla borçlarının yüzde kaçını karşılayabildiğini gösteren orandır. Sağlık işletmesi özelliği taşıyan işletmeleri, mali güçlülük açısından değerlendirmemize imkân veren oranlardan biridir (Ağırbaş, 2014).

1.2.7. Duran Varlıkların Devamlı Sermayeye Oranı (DVDSO)

Bu oran, işletmelerin sahip oldukları duran varlıklarının ne kadarının öz kaynakla ne kadarının uzun vadeli yabancı kaynakla sağlandığını tespit edilmesinde kullanılmaktadır (Ağırbaş, 2014).

1.3. Faaliyet (Çalışma) Oranları

İşletmelerin sahip oldukları varlıkları ne derecede etkin kullandıklarını gösteren oranlardır. Varlıklara yatırılan her 1 liranın yarattığı satış tutarını ölçerek, ilgili hesapların nakde dönüşüm sürecini gözlemlemekte yardımcıdır (Ceylan ve Korkmaz, 2007).

1.3.1. Alacak Devir Hızı (ADH)

Alacakların ne kadar zaman sonra paraya dönüşeceğini göstermektedir. Alacak devir hızının artması, işletme yönetiminin başarısı anlamına gelmektedir (Ceylan ve Korkmaz, 2007).

1.3.2. Stok Devir Hızı (SDH)

Stoklarla satışlar arasındaki ilişkiyi gösteren bir orandır. Stokların bir yıl içinde kaç defa satışa dönüştüğünün görülmesini sağlayan stok devir hızı yüksekse, işletmenin stok yönetiminin iyi olduğu söylenebilir (Ceylan ve Korkmaz, 2007).

1.3.3. Öz Sermaye Devir Hızı (ÖSDH)

Bir işletmenin, öz kaynaklarını ne derecede etkili kullandığını gösterir. Aynı faaliyet kolundaki işletmelerle veya geçmiş yıllardaki sonuçlarla karşılaştırılmalıdır (Ceylan ve Korkmaz, 2007).

1.3.4. Alacakların Tahsil Süresi (ATS)

İşletmelerin ticari alacaklarının likiditesi hakkında önemli bilgiler sunan bu oran, ticari alacakların bir faaliyet yılı içerisinde ortalama kaç günde tahsil edildiğini ifade etmektedir (Ağırbaş, 2014; Eyüboğlu 2019).

1.3.5. Ticari Borçları Ödeme Süresi (TBÖS)

İşletmelerin mevcut ticari borçlarını dönem içerisinde ortalama kaç gün içerisinde ödediğini gösteren orandır (Akdoğan ve Tenker, 2007).

1.3.6. Hazır Değer Devir Hızı (HDDH)

İşletmelerin bir dönem yılı içerisinde, hazır değerlerinin kaç katı kadar satış yaptığının tespit edilmesinde kullanılmaktadır (Ağırbaş, 2014).

1.3.7. Toplam Varlık Devir Hızı (TVDH)

Net satışların toplam varlıklara oranlanmasıyla tespit edilen bu oran, işletmelerin verimlilikleri hakkında yorum yapabilmek için kullanılmaktadır (Akgüç, 2011, Akdoğan ve Tenker, 2007).

1.3.8. Aktif (Varlık) Devir Hızı

Bir işletmede, sermaye yoğunluğunun önemli göstergelerinden ve varlık kullanımında etkinliğin ölçülerindedir (Akgüç, 2011). Yüksek olması, işletmenin tam kapasiteye yakın çalıştığını gösterir. Geçmiş yıllara kıyasla oranın düşük kalması, atıl kapasite varlığına işaret eder (Çetiner, 1996).

1.3.9. Döner Sermaye Devir Hızı

Yüksek olması döner sermaye verimliliğinin iyi olduğunu, düşük olması kısa vadeli borçların yüksek olduğunu gösterir (Ceylan ve Korkmaz, 2007).

1.3.10. Sabit Varlıklar Devir Hızı

İşletmenin duran varlıklara aşırı yatırım yapıp yapmadığını gösterir. Oranın artması, işletmenin duran varlıkları iyi kullandığını gösterir (Ceylan ve Korkmaz, 2007).

1.4. Kârlılık Analizinde Kullanılan Oranlar

Bir firmanın elde ettiği kârın yeterli olup olmadığı konusunda değerlendirme yapılırken şu faktörlerin göz önünde tutulması gerekir (Akgüç, 2011):

- Sermayenin alternatif kullanım alanlarında sağlayabileceği gelir,
- Genel ekonomik koşullar,
- Aynı endüstri dalındaki benzer firmaların kâr oranları,
- Geçmiş yıllarda kârın göstermiş olduğu eğilim,
- İşletmelerin hedeflediği kâr oranları.

Sağlık sektörü ortalaması, diğer kurumların oranları ve geçmiş yılların neticeleri ile karşılaştırılarak yorumlanırlar. Sağlık sektörü için standart ortalamalar, genellikle kabul görmemektedir (Ağırbaş, 2015). Kâr ile satışlar arasındaki ilişkiyi gösteren oranlar; brüt satış kâr oranı, faaliyet kâr marjı oranı, net kâr marjı oranı, öz kaynak kârlılık oranı, kümülatif varlık kârlılığı oranıdır (Akgüç, 2011).

1.4.1. Brüt Kâr Marjı Oranı (BKMO)

Sağlık kurumlarındaki ya da diğer işletmelerdeki kârın, net satışların kaç katı olduğunu gösteren BKMO oranının yüksek çıkması istenilen bir sonuçtur (Ağırbaş, 2015).

1.4.2. Faaliyet Kâr Marjı Oranı (FKMO)

İşletmelerin ne ölçüde kârlı olduğunu ortaya koyar. Bu oranın yüksek çıkması arzu edilmektedir (Ağırbaş, 2015).

1.4.3. Net Kâr Marjı Oranı (NKMO)

Faiz, vergi vb. dâhil olmak üzere bütün giderler karşılandıktan sonra net satışların kârlılık yüzdesini veren bu oranın yüksek olması istenilmektedir (Ağırbaş, 2015).

1.4.4. Öz Kaynak Kârlılığı Oranı (ÖKKO)

İşletme sahiplerinin veya ortaklarının yapmış oldukları yatırımların karşılığında ne kadar kâr elde ettiğini göstermektedir (Gider, 2011).

1.4.5. Varlık Kârlılığı Oranı (VKO)

İşletmelerin sahip oldukları varlıklarının hangi oranda verimli kullandığını gösteren bu oran, aynı zamanda işletmelerin varlıklarını finansal verimlilik açısından değerlendirmede kullanılır (Gapenski, 2005).

Kârlılık oranları, bir işletme için yapılan yatırımlar neticesinde ne kadar kâr edildiğini gösteren oranlardır. Yatırım kararları, kârlılık oranları incelenerek verildiğinden firma ve işletmeler için hayati öneme sahiptir. Tablo 1’de oranlar, formülleri ve genel kabul gören değerleri toplu şekilde verilmiştir.

Tablo 1. Finansal Oranlar ve Hesaplama Formülleri

ORANLAR	TANIMLAR	KABUL GÖREN DEĞERLER
LİKİDİTE ORANLARI		
Cari Oran	Dönen Varlıklar/Kısa Süreli Yabancı Kaynaklar	=1,5-2
Asit- Test Oran	(Dönen Varlıklar-Stoklar)/Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar	=1
Nakit Oran	(Hazır Değerler+Menkul Kıymetler)/Kısa Süreli Yabancı Kaynaklar	=0,20
FİNANSAL YAPI ORANLARI		
Finansal Kaldıraç Oranı	Yabancı Kaynaklar Toplamı (Kısa+Uzun Vadeli)/Varlık Toplamı	=0,50
Öz Kaynak Varlık (Aktif) Oranı	Öz Kaynaklar/Varlık Toplamı	0,50
Toplam Yabancı Kaynakların Öz Kaynaklara Oranı	Kısa ve Uzun Vadeli Yabancı Kaynaklar (Toplam Borçlar)/Öz Kaynaklar	
Kısa Vadeli Yabancı Kaynakların Toplam Kaynaklara Oranı	Kısa Süreli Yabancı Kaynaklar/Toplam Kaynaklar (Yabancı Kaynaklar+Öz Sermaye)	≤0,30
Uzun Vadeli Yabancı Kaynakların Toplam Kaynaklara Oranı	Uzun Süreli Yabancı Kaynaklar/Kaynak Toplamı	≤0,50
Kısa Vadeli Yabancı Kaynakların Öz Kaynaklara Oranı	Kısa Süreli Yabancı Kaynaklar/Öz Kaynaklar	=0,35
Duran Varlıkların Devamlı Sermaye Oranı	Duran Varlıklar/(Uzun Vadeli Yabancı Kaynaklar+Öz Kaynaklar)	=1 veya ≤1
FAALİYET ORANLARI		
Alacak Devir Hızı	Kredili Satışlar Toplamı/Ticari Alacaklar	Zaman Diliminde
Stok Devir Hızı	Net Satışlar/Ortalama Stoklar	Zaman Diliminde
Alacakların Tahsil Süresi	360/Alacak Devir Hızı	Zaman Diliminde
Ticari Borçları Ödeme Süresi	360*Ticari Borçlar/Satılan Hizmet Maliyeti	Zaman Diliminde
Hazır Değer Devir Hızı	Net Satışlar/Hazır Değerler	Zaman Diliminde
Dönen Varlık Devir Hızı	Net Satışlar/Dönen Varlıklar	Zaman Diliminde
Duran Varlık Devir Hızı	Net Satışlar/Duran Varlıklar	Zaman Diliminde
Varlık (Aktif) Devir Hızı	Net Satışlar Tutarı/Varlık Toplamı	Zaman Diliminde
Öz Sermaye Devir Hızı	Net Satışlar/Öz Sermaye	Zaman Diliminde
KÂRLILIK ORANLARI		
Brüt Kâr Marjı Oranı	Brüt Satış Kârı/Net Satışlar	-
Faaliyet Kârı Oranı	Faaliyet Kârı/Net Satışlar	-
Net Kâr Marjı Oranı	Net Kâr/Net Satışlar	-
Öz Kaynak Kârlılığı Oranı	Net Kâr/Öz Kaynaklar	-
Varlık Kârlılığı Oranı	Net Kâr/Varlık Toplamı	-

Kaynak: Çetiner, 1996; Akdoğan ve Tenker, 2007; Ceylan ve Korkmaz, 2007; Akgüç, 2011.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma ile Acar vd. (2019) tarafından yayınlanan illerin ve bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması raporunda 1. bölgede yer alan toplam 9 ilde (İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli, Antalya, Bursa, Eskişehir, Muğla ve Tekirdağ) bulunan, verilerine ulaşılabilen döner sermaye

işletmesine sahip üniversitelerin finansal performanslarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 1. gelişmişlik seviyesinde bulunan iller; Türkiye’de ihracat, sanayi, üretim, turizm ve eğitim merkezleri açısından en önde bulunan şehirlerdir. Ayrıca nüfus anlamında da en kalabalık yerleşim birimleridir. İstanbul Üniversitesi (İÜ), Hacettepe Üniversitesi (HÜ), Ankara Üniversitesi (AnkÜ), Akdeniz Üniversitesi (AkdÜ), Uludağ Üniversitesi (UÜ) ve Osmangazi Üniversitesi (OÜ) 1. gelişmişlik seviyesinde bulunup verilerine ulaşılabilen üniversitelerdir. Çalışma kapsamına dâhil edilen söz konusu üniversite döner sermaye işletmelerinin 2017, 2018 ve 2019 yıllarına ait bilanço ve gelir tablosu verilerine Sayıştay Başkanlığı (2020) tarafından yayımlanan kamu idareleri denetim raporlarından ulaşılmıştır. Sadece en gelişmiş illerdeki üniversitelerin seçilmesi ve döner sermaye işletmelerinin 3 yıllık verileri dışındaki senelerin araştırmaya dâhil edilememesi çalışmanın sınırlılıklarıdır. Analize uygun verilerin tamamına ulaşılarak elde edilen bilgiler; Microsoft Office Excel programına aktarılmış, var olan finansal yapıyı temsil eden ve yazında sıklıkla kullanılan rasyolardan yararlanarak oran analizi yöntemi uygulanmıştır. Çalışmada retrospektif olarak 3 yıllık finansal tabloların analiz edilmesiyle hesaplanan oranlar, geçmiş yıllarla ve sağlık sektöründe genel kabul görmüş oranlar ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Elde edilen bulgular ile karar vericiler ve sağlık idarecilerine yol göstermek, ayrıca literatüre katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

3. BULGULAR

Döner sermaye işletmesine sahip üniversite hastanelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesinin yapıldığı Tablo 2’de elde edilen oranlar görülmektedir. Verileri eksik veya hatalı olan ya da hesaplanamayan değerler (-) ile belirtilmiştir. Bulunan bazı değerler ise çok yüksek ya da çok küçük olsalar da tablodan çıkarılmamıştır. 4 döner sermaye işletmesinin cari oranları, bir önceki yıla nazaran azalan bir eğilim gösterirken (İÜ, AnkÜ, OGÜ, UÜ), HÜ ve AkdÜ döner sermaye işletmelerinin cari oranları da kendinden bir önceki yıla göre artış göstermiştir. Bir işletme için cari oran sonucunun 1,5-2 civarında olması gerekmektedir. Bu durum göz önüne alındığında, döner sermaye işletmelerinin tamamının optimum oranın altında kaldığı görülmektedir. İstenilen orana en yakın olan döner sermaye işletmesinin ortalama cari oranı 0,60 ile İÜ olurken, en uzak ortalama cari oranın ise 0,29 ile HÜ döner sermaye işletmesi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2’de görülen asit-test oranları değerlendirildiğinde; 4 döner sermaye işletmesinin (İÜ, AnkÜ, UÜ, OGÜ) bir önceki yıla nazaran azalma eğiliminde olduğu, HÜ ve AkdÜ döner sermaye işletmelerinin de bir önceki yıla kıyasla arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Asit-test oranı için kabul edilen oranın 1 olduğunu göz önünde bulundurulduğunda, işletmelerin tamamının asit-test oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Değerlendirilen yıllarda olması gereken seviyeye en yakın asit-test oran ortalamasına 0,52 ile İÜ döner sermayesinin yaklaştığı görülmekteyken, en uzak sonucun da 0,16 ile AnkÜ döner sermaye işletmesinin olduğu görülmektedir.

Nakit oran sonuçlarında; 4 döner sermaye işletmesinin (HÜ, AnkÜ, UÜ, OGÜ) bir önceki yıla göre azalan bir sonuç verdiği, 2 döner sermaye işletmesinin de (İÜ, AkdÜ) bir önceki yıla göre artan bir nakit orana sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Tüm döner sermaye işletmelerinin, kabul gören seviyenin (0,2) altında kaldığı görülmektedir. Ortalama nakit oranı istenilen seviyeye en yakın olan döner sermaye işletmesi 0,09 ile UÜ olurken, en uzak üniversitenin OÜ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Üniversite Döner Sermaye İşletmelerinin 2016-2019 Yıllarındaki Finansal Oranları

ORANLAR	ÜNİVERSİTELER/YILLAR											
	İstanbul Üni. (İÜ)				Hacettepe Üni. (HÜ)				Ankara Üni. (AnkÜ)			
	2017	2018	2019	Ort	2017	2018	2019	Ort	2017	2018	2019	Ort
LİKİDİTE ORANLARI												
Cari Oran	0,42	0,69	0,70	0,60	0,45	0,07	0,36	0,29	0,26	0,42	0,35	0,34
Asit- Test Oranı	0,38	0,60	0,59	0,52	0,36	-0,06	0,27	0,19	0,13	0,21	0,15	0,16
Nakit Oran	0,07	0,06	0,09	0,07	0,07	0,07	0,06	0,07	0,03	0,12	0,07	0,07
FİNANSAL YAPI ORANLARI												
Finansal Kaldıraç Oranı (FKO)	2,48	2,48	2,27	2,41	2,45	2,82	4,36	3,21	3,83	3,93	3,95	3,90
Öz Kaynak Varlık Oranı (ÖKVO)	-1,48	-1,48	-1,27	-1,41	-1,45	-1,82	-3,36	-2,21	-	-2,93	-2,95	-2,94
Öz Kaynakların Yabancı Kaynak Top. Oranı (ÖKYKTO)	-0,60	-0,60	-0,56	-0,59	-0,59	-0,65	-0,77	-0,67	-	-0,75	-0,75	-0,75
Kısa Vadeli Yabancı Kay. Toplam Kay. Oranı (KVYKTKO)	2,32	1,39	1,37	1,69	2,24	1,54	2,81	2,20	3,83	2,24	2,66	2,91
Uzun Vadeli Yabancı Kay. Toplam Kay. Oranı (UVYKTKO)	0,16	1,10	0,91	0,72	0,21	1,28	1,54	1,01	0,00	1,70	1,29	1,00
Kısa Vadeli Yabancı Kay. Öz Kay. Oranı (KVYKÖKO)	-1,57	-0,93	-1,07	-1,19	-1,55	-0,85	-0,84	-1,08	-	-0,76	-0,90	-0,83
Duran Varlıkların Devamlı Sermaye Oranı (DVDSO)	-0,02	-0,10	-0,11	-0,08	-	-	-	-	2,02	-0,05	-0,04	0,64
FAALİYET ORANLARI												
Alacak Devir Hızı (ADH)	0,71	0,76	0,49	0,65	1,00	0,87	0,68	0,85	1,08	1,27	1,04	1,13
Alacakların Tahsil Süresi (ATS)	509,95	472,98	736,22	573,05	359,60	416,03	529,04	434,89	331,87	282,62	347,31	320,60
Ticari Borçları Ödeme Süresi (TBÖS)	308,11	212,32	393,14	304,52	304,79	176,48	0,00	160,42	0,05	205,79	282,52	162,79
Hazır Değer Devir Hızı (HDDH)	10,70	22,42	8,88	14,00	16,09	21,41	18,04	18,51	33,32	18,27	21,54	24,38
Dönen Varlık Devir Hızı (DVDH)	1,80	1,97	1,16	1,64	2,45	21,41	0,99	8,28	4,16	5,33	4,39	4,63
Duran Varlık Devir Hızı (DuVDH)	59,38	47,36	28,24	44,99	-	-	-	-	4522,64	84,28	60,81	1555,91
Toplam Varlık Devir Hızı (TVVDH)	1,75	1,89	1,11	1,58	2,45	2,44	2,97	2,62	4,16	5,01	4,10	4,42
Öz Sermaye Devir Hızı (ÖSDH)	-1,18	-1,27	-0,87	-1,11	-1,69	-1,34	-0,88	-1,30	-	-1,71	-1,39	-1,55
KÂRLILIK ORANLARI												
Brüt Kâr Marjı Oranı (BKMO)	-0,17	0,12	0,17	0,04	-0,02	-0,05	-0,29	-0,12	0,23	0,37	0,31	0,31
Faaliyet Kâr Marjı Oranı (FKMO)	-0,31	-0,10	-0,01	-0,14	-0,08	-0,18	-0,36	-0,21	-0,24	-0,13	-0,18	-0,18
Net Kâr Marjı Oranı (NKMO)	-0,36	-0,13	-0,05	-0,18	-0,10	-0,22	-0,41	-0,24	-0,25	-0,18	-0,16	-0,20
Öz Kaynak Kârlılığı Oranı (ÖKKO)	0,43	0,17	0,05	0,22	0,17	0,30	0,37	0,28	-	0,32	0,22	0,27
Varlık Kârlılığı Oranı (VKO)	-0,63	-0,25	-0,06	-0,31	-0,25	-0,55	-1,23	-0,68	-1,05	-0,93	-0,66	-0,88

Tablo 2.'nin devamı

ORANLAR	ÜNİVERSİTELER/YILLAR											
	Akdeniz Üni. (AkdÜ)				Uludağ Üni. (UÜ)				Osmangazi Üni. (OGÜ)			
LİKİDİTE ORANLARI	2017	2018	2019	Ort	2017	2018	2019	Ort	2017	2018	2019	Ort
Cari Oran	0,16	0,23	1,00	0,46	0,56	0,52	0,37	0,48	0,44	0,46	0,21	0,37
Asit- Test Oranı	0,12	0,16	0,63	0,30	0,29	0,20	0,13	0,21	0,26	0,30	0,05	0,20
Nakit Oran	0,05	0,05	0,14	0,08	0,08	0,12	0,07	0,09	0,09	0,04	0,02	0,05
FİNANSAL (MALİ) YAPI ORANLARI												
Finansal Kaldıraç Oranı (FKO)	6,86	8,01	4,64	6,50	1,82	2,18	2,89	2,30	2,41	2,63	5,09	3,38
Öz Kaynak Varlık Oranı (ÖKVO)	-5,86	-7,01	-8,78	-7,22	-0,81	-1,18	-1,89	-1,29	-1,41	-1,63	-4,09	-2,38
Öz Kaynakların Yabancı Kaynak Top. Oranı (ÖKYKTO)	-0,85	-0,88	-1,90	-1,21	-0,44	-0,54	-0,65	-0,54	-0,58	-0,62	-0,80	-0,67
Kısa Vadeli Yabancı Kay. Toplam Kay. Oranı (KVYKTKO)	5,92	4,17	0,95	3,68	1,80	1,90	2,66	2,12	2,17	2,01	4,26	2,81
Uzun Vadeli Yabancı Kay. Toplam Kay. Oranı (UVYKTKO)	0,95	3,84	3,68	2,82	0,00	0,28	0,22	0,17	0,24	0,61	0,83	0,56
Kısa Vadeli Yabancı Kay. Öz Kay. Oranı (KVYKÖKO)	-1,01	-0,60	-0,11	-0,57	-2,25	-1,61	-1,41	-1,76	-1,54	-1,24	-1,04	-1,27
Duran Varlıkların Devamlı Sermaye Oranı (DVDSO)	-0,01	-0,02	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01	0,00	-0,01	-0,05	-0,07	-0,03	-0,05
FAALİYET ORANLARI												
Alacak Devir Hızı (ADH)	0,90	0,78	1,14	0,94	1,96	1,66	1,06	1,56	2,00	1,81	1,37	1,73
Alacakların Tahsil Süresi (ATS)	399,38	460,28	315,21	391,62	183,91	217,32	338,67	246,63	179,84	199,38	262,22	213,81
Ticari Borçları Ödeme Süresi (TBÖS)	0,02	226,84	365,74	197,53	234,41	166,30	250,17	216,96	-	129,07	163,02	146,05
Hazır Değer Devir Hızı (HDDH)	21,68	27,70	40,88	30,09	23,22	15,50	17,27	18,66	25,17	54,02	107,65	62,28
Dönen Varlık Devir Hızı (DVDH)	6,57	6,61	5,56	6,25	3,52	3,65	3,08	3,42	5,09	5,10	7,82	6,00
Duran Varlık Devir Hızı (DuVDH)	106,61	120,60	11,40	79,54	338,77	360,41	919,54	539,57	89,61	67,98	66,07	74,55
Toplam Varlık Devir Hızı (TVVDH)	6,19	6,26	5,29	5,91	3,55	3,62	3,07	3,41	4,82	4,75	6,99	5,52
Öz Sermaye Devir Hızı (ÖSDH)	-1,06	-0,89	-0,60	-0,85	-4,41	-3,06	-1,63	-3,03	-3,43	-2,91	-1,71	-2,68
KÂRLILIK ORANLARI												
Brüt Kâr Marjı Oranı (BKMO)	-0,05	0,04	0,02	0,00	0,28	0,07	0,26	0,20	0,08	-0,02	-0,16	-0,03
Faaliyet Kâr Marjı Oranı (FKMO)	-0,27	-0,29	-0,47	-0,34	-0,12	-0,15	-0,33	-0,20	-0,09	-0,10	-0,23	-0,14
Net Kâr Marjı Oranı (NKMO)	-0,28	-0,30	-0,47	-0,35	-0,11	-0,13	-0,31	-0,18	-0,09	-0,11	-0,29	-0,16
Öz Kaynak Kârlılığı Oranı (ÖKKO)	0,29	0,26	0,28	0,28	0,50	0,40	0,50	0,46	0,32	0,32	0,49	0,38
Varlık Kârlılığı Oranı (VKO)	-1,71	-1,85	-2,47	-2,01	-0,40	-0,47	-0,95	-0,61	-0,45	-0,52	-2,02	-0,99

İşletmelerin finansal yapı oranlarını gösteren parametre sonuçlarına bakıldığında; İÜ ve AkdÜ döner sermaye işletmelerinin FKO sonuçlarının bir önceki yıla göre azalma eğiliminde olduğu, 4 döner sermaye işletmesinin de (HÜ, AnkÜ, UÜ, OGÜ) bir önceki yıla kıyasla artan bir eğilim gösterdiği tespit edilmiştir. Değerlendirmeye tabi tutulan döner sermaye işletmelerinin tamamının istenilen FKO seviyesinin (0,5) çok üzerinde yer aldığı görülmektedir.

Başka bir finansal yapı göstergesi olan ÖKVO sonuçları değerlendirildiğinde; İÜ döner sermaye işletmesinin önceki yıla göre artış eğilimi gösterdiği, geriye kalan 5 döner sermaye işletmesinin ise kendinden önceki yıla kıyasla azalma eğiliminde oldukları bulunmuştur. ÖKVO için ise kabul görülen 0,5'tir. Sonuçların kabul gören değer çok üstünde olduğu anlaşılmaktadır.

ÖKYKTO sonuçlarında; döner sermaye işletmelerinden sadece İÜ'nün önceki yıla kıyasla artan, AnkÜ dışındaki 4 döner sermaye işletmesinin ise azalan yönde bir eğilimde oldukları saptanmıştır. KVKKTO'lar tabloda incelendiğinde; İÜ ve AkdÜ döner sermaye işletmelerinin önceki yıla göre oranlarının azaldığı, geriye kalan 4 döner sermaye işletmesininse arttığı Tablo 2'de göze çarpmaktadır. KVKKTO için kabul edilen oran $\leq 0,3$ 'tür. KVKKTO ortalamalarının da istenilen seviyenin çok üstünde kaldığı görülmektedir.

UVYKTO sonuçlarında; İÜ, AkdÜ ve UÜ döner sermaye işletmelerinin diğer üniversitelerin tersine önceki yıla göre azalma trendinde olduğu anlaşılmaktadır. Bu oranın 0,5'i aşmaması istenir. UÜ döner sermaye işletmesi hariç geriye kalan tüm üniversitelerin istenilen seviyenin üstünde bir sonuca sahip oldukları görülmektedir.

KVKÖKO'ya bakıldığında; İÜ ve AkdÜ döner sermaye işletmelerinin önceki yıla göre azalma, HÜ, UÜ ve OGÜ döner sermaye işletmelerinin de artma eğilimi sergiledikleri görülmektedir. Bu oranda kabul gören değer 0,35 olduğundan, ortalama KVKÖKO sonuçlarının istenilen seviyenin altında kaldığı anlaşılmaktadır.

DVDSO sonuçlarında, İÜ ve UÜ döner sermaye işletmelerinin sonucu önceki yıla oranla azalan yönde bir seyir izlediği görülmektedir. AnkÜ, AkdÜ ve OGÜ döner sermaye işletmeleri ise önceki yıla nazaran artan yönlü bir seyir izlemişlerdir.

Faaliyet oranlarını oluşturan göstergelerden biri olan ADH için; İÜ ve AkdÜ döner sermaye işletmelerinde önceki yıla kıyasla artış, geri kalan 5 döner sermaye işletmesinde (İÜ, HÜ, AnkÜ, UÜ, OGÜ) önceki yıla göre azalış yönünde bir seyir olduğu görülmektedir. ADH ortalamalarında OGÜ döner sermaye işletmesinin en yüksek sonuca sahip olması, tahsil kabiliyetinin iyi olduğunun işaretidir.

AkdÜ döner sermaye işletmesinin ATS oranı bir önceki yıla göre azalma eğilimindeyken, diğer döner sermaye işletmelerinin ATS oranının bir önceki yıla göre artan yönde değişime uğradığı görülmektedir. ATS sürelerinin kısa olması işletmelerin düzenli bir şekilde alacaklarını tahsil ettiğini gösterirken uzun olması da işletmenin düzensiz bir alacak tahsil politikasına sahip olduğunu göstermektedir. Bu çerçevede en düzenli alacak politikasına OGÜ sahip olurken, en düzensiz alacak politikasına ise İÜ döner sermaye işletmesinin sahip olduğu görülmektedir.

İşletmelerin borçlarını ortalama olarak kaç günde ödediğini ifade eden TBÖS değerlendirildiğinde HÜ döner sermaye işletmesi hariç geriye kalan tüm işletmelerin, önceki yıllara kıyaslandığında artan yönde bir değişim gösterdikleri anlaşılmaktadır. Ortalama TBÖS sonuçları doğrultusunda İÜ'nün en uzun sürede ticari borçlarını ödeyebileceği, OGÜ'nün ise en kısa sürede ticari borçlarını ödeyebilme potansiyeline sahip olduğu söylenebilir.

HDDH, işletmelerin sahip oldukları hazır değerlerinin kaç katı kadar satış yaptığını da ifade ettiğinden işletmelerin verimliliklerini görebilmede de fayda sağlayacaktır (Ağırbaş 2014). HDDH oranlarında,

İÜ haricindeki tüm döner sermaye işletmelerinde önceki yıla göre artış saptanmıştır. Bu durumdan yola çıkılarak döner sermaye işletmelerinin ortalama HDDH sonuçları incelendiğinde OGÜ döner sermaye işletmesinin en verimli, İÜ döner sermayesinin ise en verimsiz HDDH'ye sahip olduğu yorumu yapılabilmektedir.

DVDH'da üniversitelerin tamamında, 2018 yılında önceki yıla göre az da olsa bir artış görülmektedir. 2019 yılında ise tekrar azalma olduğu göze çarpmaktadır. DuVDH sonuçları, UÜ ve AkdÜ döner sermaye işletmeleri haricinde geriye kalan bütün üniversitelerin önceki yıla göre düşüş göstermişlerdir. HÜ döner sermaye işletmesi DuVDH oranları veri eksikliğinden dolayı hesaplanamamıştır.

Döner sermaye işletmelerinin TVDH oranlarında HÜ dışındaki tüm üniversitelerin önceki yıla göre azalma şeklinde değişiklik sergiledikleri görülmektedir. ÖSDH sonuçları dikkate alındığında ise işletmelerin tamamının önceki yıla göre artan değişime sahip oldukları sonucuna ulaşılmaktadır.

Kârlılık oranı göstergelerinden olan BKMO bakıldığında, 4 döner sermaye işletmesinin önceki yıla göre azalan yönde bir seyir izledikleri (AnkÜ, AkdÜ, UÜ, OGÜ), aksine İÜ ve HÜ döner sermaye işletmelerinin de artan yönde bir seyir izledikleri görülmektedir. Kârlılık oranlarında, genel kabul gören değerler olmamakla birlikte bu oranların kendi içlerinde değerlendirilip yorumlanmaları istenilmektedir. Bu doğrultuda HÜ ve OGÜ döner sermaye işletmelerinin ortalama BKMO sonuçları negatif olduğu için zarar ettikleri, diğer döner sermaye işletmelerinin sonuçları da pozitif yönde olduğu için kâra geçtikleri anlaşılmaktadır.

Kârlılık göstergelerinden FKMO değerlendirildiğinde, analize dâhil edilen işletmelerin hepsi önceki yıla göre azalan yönde bir eğilim göstermektedirler. Döner sermaye işletmelerinin ortalama FKMO sonuçlarının negatif olduğu ve işletmelerin zarar ettikleri görülmektedir.

NKMO sonuçlarında, İÜ ve AnkÜ haricinde geriye kalan işletmelerin azalma trendinde oldukları gözlenmiştir. İşletmelerin ortalama NKMO sonuçlarının negatif olduğu ve zarar ettikleri tespit edilmiştir. ÖKKO'ya bakıldığında, İÜ döner sermaye işletmesinin önceki yıla göre azalan yönde değişim gösterdikleri ve HÜ, AkdÜ, UÜ ve OGÜ işletmelerinin artma eğiliminde oldukları görülmektedir.

VKO ele alındığında ise, İÜ ve AnkÜ döner sermaye işletmelerinin önceki yıla göre artan bir değişime, geriye kalan işletmelerinse azalma eğilimine sahip oldukları görülmektedir. Ortalama VKO sonuçlarının tamamının negatif olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, işletmelerin zarar ettiklerinin göstergelerindedir.

4. TARTIŞMA

Ekonomik değerlendirmeler, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık tesislerinde de en önemli unsurlardandır. Üniversiteler bünyesinde bulunan 3. basamak hastaneler, 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarında çözülemeyen hastalıklar ya da sağlık problemleri ile ilgilenen, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlar için yüksek teknoloji ve uzmanlığa sahip kurumlar olduklarından ekonomik anlamda da iyi idare edilmeleri, finansal sürdürülebilirliklerini sağlamaları gerekmektedir. Finansal performanslarının tespiti amacıyla, içerisinde sağlık araştırma ve uygulama merkezi bulunduran üniversite döner sermaye işletmelerinde yapılan az sayıda çalışma mevcuttur.

Bhat ve Jain (2006) Hindistan'da yer alan özel hastanelerin 1994-2004 arasındaki finansal performanslarını ölçmüştür. Çalışman sonucunda özel hastanelerin finansal performans göstergelerinin yıllar bazında artan yönde bir seyir izlediği tespit edilmiştir. Değerlendirilen özel hastanelerin kârlılık oranlarının ise risk seviyesi bakımından yüksek olduğu bulunmuştur. Gider (2011); çalışmasında özel statüye sahip olan bir hastanenin 2001 ekonomik krizinden etkilenip etkilenmediğini incelemiştir. Ele

alınan hastanenin kriz döneminden etkilendiği, fakat bu etkinin sonraki yıllarda sürmediği sonucuna varılmıştır.

Akca ve İkinci (2014); Ankara’da yer alan özel bir sağlık işletmesinin finansal yapısını incelemişlerdir. Özel hastanenin finansal tablolarından yola çıkılarak yapılan analizler sonucunda sağlık işletmesinin likidite durumunun kabul gören ortalama değerlerden yüksek olduğu, işletmenin alacaklarını zamanında tahsil edemediği ve 5 yıllık zaman diliminde finansal tablo sonuçlarında zaman zaman artışın olduğu tespit edilmiştir. Yiğit ve Yiğit (2016); üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğine etki eden faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında nitel ve nicel araştırma yöntemlerini birlikte kullanmışlardır. Üniversite hastanelerinin oran analizi neticelerinin istenilen seviyelerde olmadığı tespit edilmiştir.

Alper ve Biçer (2017); yaptıkları çalışmada kamuya ait bir hastanenin 3 yıllık bilanço ve gelir tablolarından faydalanarak finansal performansını tespit etmeye çalışmışlardır. Hastanenin likidite göstergelerinin iyi seviyede olduğu, finansal yapısının güçlü olduğu ve ilk iki yıldaki olumsuz kârlılık oranlarının son yılda iyileşmeye doğru evrildiği tespit edilmiştir. Bülüç, Özkan ve Ağırbaş (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, Borsa İstanbul’da işlem gören özel bir hastanenin finansal performansı değerlendirilmiştir. İncelenen hastane işletmesinin likidite sonuçlarının pozitif yönlü seyir izlediği, stok devir hızının da artan bir eğilime sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Hastanenin kârlılık oranlarının pozitif ve yükselişte olduğu anlaşılmıştır.

Eyüboğlu (2019); Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ile kamu üniversite hastanelerinin finansal oranlarını karşılaştırmıştır. Her iki grupta yer alan hastanelerin borç ödeyebilme yeteneğinin zayıfladığı, kısa vadeli borçlarını ödemede problemlerin yaşandığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca hastanelerin finansal risk altında olduğu, stok devir hızlarında iki gruptaki hastanelerin de yükseliş eğiliminde olduğu ve hastanelerin yıllar bazında zarar ettikleri anlaşılmıştır. Koçyiğit ve Karakoç (2019); eğitim ve araştırma özelliği taşıyan hastanelerin likidite oranlarının istenilen seviyenin altında olduğu, finansal yapı göstergelerinin risk sinyalleri verdiği, maddi duran varlıkların kapasitelerinin üzerinde kullanıldıkları sonucuna ulaşmıştır. Bu hastanelerin kârlılık seviyelerinin de olması gereken seviyede olmadığı tespit edilmiştir.

Finansal performansın hastanelerde değerlendirilmesini amaçlayan literatürdeki çalışmaların sonuçları, bu çalışmanın sonuçlarına büyük ölçüde uymaktadır. Döner sermaye işletmelerinin likidite oranlarının optimum sonuçların altında kaldığı, finansal yapı oranlarının ise kabul görülen sonuçların ya çok altında ya da çok üstünde değerlere sahip olduğu tespit edilmiştir. Döner sermaye işletmelerinin faaliyet oranları, değerlendirilen yıllar çerçevesinde dalgalı bir seyre sahip olduğu ve kârlılık oranı göstergelerinin de negatif (zarar) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, döner sermaye işletmesine sahip üniversite hastanelerinin retrospektif olarak analizini yapmayı amaçlayan tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Diğer tüm işletmelerde olduğu gibi, döner sermayeli işletmelerde de uygun zaman aralıklarında finansal performans analizlerinin yapılması doğru olacaktır. Bu analizler, sağlık idarecilerinin daha isabetli kararlar almalarının yanında kıt olan kaynakların verimli kullanılmasını da sağlayacaktır.

Döner sermaye işletmelerinin likidite oranları HÜ 2018 yılı haricinde pozitif olarak tespit edilmiş fakat istenilen seviyenin altında olduğu görülmüştür. Bu durum; işletmelerin kısa vadeli borçlarını ödeme yeteneklerinin düşük olduğunun bir göstergesidir. Finansal yapıyı gösteren oran sonuçlarından işletmelerin kısa ve uzun vadeli borç yükünün artan bir trende sahip olduğu ve öz sermayelerinin kullanımının istenilen düzeyde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alacak devir hızları ise pozitif bir değere sahip olduğu görülürken HÜ, UÜ ve OGU’nün 2016-2018 yıllarında alçalan ivmeye sahip

olduğu söylenebilir ki bu sonuç alacakları tahsil etme süresinin artma nedenlerindedir. Döner sermaye işletmelerinin ortalama TBÖS sonuçlarından dalgalı bir seyre sahip oldukları tespit edilmiştir. HDDV sonuçlarında ise 2019 yılında UÜ haricindeki tüm işletmelerin artış gösterdikleri anlaşılmıştır. Döner varlık devir hızlarının, UÜ 2017 yılı dışında yükselen bir trende sahip olduğu gözlenmektedir. Toplam varlık devir hızları, yıllara göre artan yönde bir seyir izlediği görülse de düşüşlerin çok az olduğu saptanmıştır. İşletmelerin öz sermaye devir hızlarının negatif ve azalan trend izlemektedir. Döner sermaye işletmelerinin öz sermayelerini iyi kullanamadıkları yorumunu yapabiliriz.

Döner sermaye işletmelerinin kârlılık durumlarını gösteren sonuçlar mercek altına alındığında ise işletmelerin büyük bir çoğunluğunun negatif bir değere sahip olduğu ve artış eğiliminin istenilen bir seviyede olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. İşletmelerinin, yatırımlarını mümkün olduğunca öz sermayeleri ile yapmaları finansal anlamda işletmeye katkı sağlayacaktır. Likidite durumuna çok büyük katkı sağlayan kısa vadeli borçlar ve öz kaynaklar arasındaki dengenin yeniden değerlendirilerek en baştan yapılandırılmasının işletmelere yararlı olacağı kanaatine varılmıştır.

Döner sermaye işletmelerinin, likiditelerini arttırıcı yöntemler geliştirmeleri gerekmektedir. Türkiye genelini yansıtacak, daha derinlemesine araştırmalar döner sermaye işletmelerinin finansal performans değerlendirmelerinde daha gerçekçi sonuçlar doğuracaktır.

KAYNAKÇA

Acar S., Kazancık L.B., Meydan M.C. ve Işık M. (2019). İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması-Gege 2017, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü Yayını Sayı: 3, Araştırma Raporu Sayı: 3, Ankara.

Ağırbaş İ. (2014). Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi, Siyasal Yayın Dağıtım Ankara.

Ağırbaş, İ. (2015). Sağlık Kurumlarında Finansal Analiz ve Denetim. İçinde ed. Ağırbaş, İ. Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2863 Açık öğretim Fakültesi Yayını No:1820.

Akca, N., İkinci, S. S. (2014). Ankara'da Yer Alan Özel Bir Sağlık İşletmesinin Finansal Tablolarının Oran Analizi Yöntemi ile Değerlendirilmesi, İşletme Bilimi Dergisi, 2(1), 111-126.

Akdoğan N. ve Tenker, N. (2007). Finansal Tablolar ve Mali Analiz Teknikleri (12. Baskı), Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti., Ankara.

Akgüç, Ö. (2011). Mali Tablolar Analizi (14. Baskı), Arayış Basım ve Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul.

Alper, A. ve Biçer, E.B. (2017). Kamu Hastanelerinde Finansal Performansın Oran Analizi ile Ölçülmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 18(2), 337-357.

Altuğ, F. (2010). Finansal Analiz Sürecinde Sistemik Bir Yaklaşım ve Öneriler, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Muhasebe Finansman Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Bhat R. ve Nishant J. (2006). Financial Performance of Private Sector Hospitals in India: Some Further Evidence, Indian Institute of Management 1-31.

Bülüç, F., Okan Ö. ve Ağırbaş İ. (2017). Oran Analizi Yöntemiyle Özel Hastane Finansal Performansının Değerlendirilmesi, International Journal of Academic Value Studies (Javstudies) 3(11):64-72.

Ceylan, A. ve Korkmaz, T. (2007). İşletmelerde Finansal Yönetim (3. Basım), Ekin Yayınevi, Ankara.

- Çetiner, E. (1996). İşletmelerde Mali Analiz (3. Baskı), Tutibay Ltd. Ankara.
- Eyüboğlu, O. (2019). Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Kamu Üniversite Hastanelerinin Finansal Oranlarının Karşılaştırmalı Analizi, Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Ankara.
- Gapenski, L. C. (2005). Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management, 3rd ed. Aupha Hap.
- Gider, Ö. (2011). Ekonomik Kriz Dönemlerinin Özel Hastanelere Etkileri: Bir Özel Hastanenin Oran Analizleri Yöntemiyle Finansal Performansına Bakış, Öneri Dergisi 9(36): 87-103.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Ersoy, K. (1995). Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçümü. Amme İdare Dergisi, 28(3), 77-92.
- Kecek, G. (2010). Veri Zarflama Analizi Teori ve Uygulama Örneği, Siyasal Yayın Dağıtım Ankara.
- Koçyiğit, S. Ç. ve Karakoç N. (2019). Ankara İli Kamu Hastanelerinin 2008-2017 Dönemi Finansal Performans Analizi, İşletme Araştırmaları Dergisi 11(2): 1280-1293.
- Mollahaliloğlu, S., Kavuncubaşı, Ş., Şimşek, F., Kosdak M. ve Yıldırım, S. (2011). Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi, (R.Akdağ,ed.). Sağlık Bakanlığı Araştırma Serisi: 6 Yayın No: 848, Ankara.
- Peacock, S., Chris, C., Mangoliri, M. ve Dale, J. (2001). Techniques for Measuring Efficiency in Health Services, Productivity Commission Staff Working Paper (July): 1-111.
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2020). Kamu İdareleri Denetim Raporları 11.10.2020 tarihinde <https://sayistay.gov.tr/tr/?p=2&CategoryId=103> adresinden alınmıştır.
- Yiğit, V. ve Yiğit A. (2016). Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(16): 253.
- Yolalan, R. (1993). İşletmelerarası Görelilik Ölçümü, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 483 Ankara.



ECZANEYE BAŞVURAN HASTALARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI RATIONAL DRUG USE IN PATIENTS ADMITTED TO A PHARMACY

Dr. Öğr. Üyesi Meltem SAYGILI

Kırıkkale Üniversitesi, meltemsaygili@hotmail.com, orcid.org/0000-0001-6309-2473

Arş. Gör. Aysun KANDEMİR TÜRE

Kırıkkale Üniversitesi, kandemiraysun@gmail.com, orcid.org/0000-0002-3496-5594

Arş. Gör. Mustafa KAYA

Kırıkkale Üniversitesi, mustafa_519@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-2005-5370

Arş. Gör. Seda SÖNMEZ

Kırıkkale Üniversitesi, sedakaya117@gmail.com, orcid.org/0000-0002-8773-6007

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (19.10.2020-10.12.2020)

Özet

Hastalıkların tedavinde kullanılan ilaçlar yanlış, eksik, fazla veya uygunsuz kullanımları durumunda mevcut hastalığa çözüm olmamakla birlikte başka sağlık sorunlarına da yol açmaktadır. İlaçların akılcı kullanılmaması sağlık sorunları yanı sıra ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlarla mücadele etmekte en önemli taraflardan biri hastalar/kullanıcılarıdır. Bu sebeple bu çalışmada eczaneye başvuran yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki davranış ve bilgi durumlarını belirlemek ve bireysel özelliklere göre bu davranışlarının farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma Sivas ilinde yapılmıştır. Araştırmaya 319 kişi dahil edilmiş ve katılımcıların akılcı ilaç kullanımına ilişkin davranış ve bilgi durumlarına dair veriler anket formu ile toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiş ve araştırmada tanımlayıcı istatistiklerden ve ki-kare analizinden faydalanılmıştır. Araştırma sonucunda eğitim ve yaş değişkenlerinin akılcı ilaç kullanımını etkileyen önemli iki değişken

529



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

olduğu ve sağlık personelinin ilaç kullanımı öncesinde güvenli danışma birimi olarak görüldüğü belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, Eczane, Bilgi Düzeyi.

Abstract

In case of incorrect, incomplete, excessive or improper use of drugs used in the treatment of diseases, they are not a solution to the existing disease, but also cause other health problems. The non rational use of drugs brings along health problems as well as economic problems. One of the most important aspects in tackling these problems is patients / users. Therefore, in this study, it was aimed to determine the behavior and knowledge of adults who applied to the pharmacy about rational drug use and to determine whether these behaviors differ according to individual characteristics. The research was conducted in Sivas province. 319 people were included in the study and data on the behavior and knowledge of the participants regarding rational drug use were collected with a questionnaire form. The collected data were analyzed with SPSS 25.0 program and descriptive statistics and chi-square analysis were used in the study. As a result of the study, it was determined that education and age variables are two important variables that affect rational drug use and that healthcare personnel are seen as safe counseling units before drug use.

Key Words: Rational drug use, Pharmacy, Knowledge Level.

GİRİŞ

Dünya genelinde ilaç pazarı büyüdükçe ilaç harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payı da doğru orantılı olarak artış göstermektedir. 2018 yılında 1,2 trilyon dolara ulaşan dünya ilaç pazarının neredeyse yarısını Amerika Birleşik Devletleri oluştururken 8 milyar dolar ile Türkiye de 17. sırada yer almaktadır (KPMG, 2019; IQVIA, 2018). Nüfusun yaşlanması bir sonucu olarak kronik hastalıkları olan kişi sayısının artması, yerli ve yabancı ilaç firma sayılarının artması, piyasaya yeni ürünlerin girmesi gibi yaşanan değişimler nedeni ile ilaç pazarı büyümeye devam etmektedir. Türkiye ilaç pazarı 23 milyar TL'yi geçen yıllık satış hacmine sahiptir (Türk Eczacılar Birliği, 2018). Türkiye'de de artış eğiliminde olan bu harcamalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde hem bireyler hem de kurumlara ağır yükler getirmektedir. Bu harcamaları artıran en önemli nedenlerden biri de ilaçların akılcı ve uygun olmayan şekillerde tüketilmesidir (Ambwani ve Mathur, 2006). Ciddi boyutlarda ekonomik bir yükü olan ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açan uygun ve akılcı olmayan ilaç kullanımları, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Chaturvedi ve diğerleri, 2012).

DSÖ'nün 1985 Nairobi konferansında yapılan tanımına göre akılcı ilaç kullanımı, "hastaların, klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçların, gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli bir süre boyunca ve kendileri ve toplumları için en düşük maliyetle alınmasını" gerektirmektedir (WHO, 1985). Akılcı olmayan ilaç kullanımı ise, genellikle polifarmasi (birden fazla ilacın gereksiz bir şekilde kullanılması), uygun/yanlış ya da etkin olmayan ilaç kullanımı, etkili ilaçların yeteri kadar kullanılmaması (underuse) ya da doğru olmayan şekilde kullanılması ya da ilaçların gereğinden fazla kullanılması (overuse) gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır (Management Sciences for Health, 2012). Çok çeşitli şekillerde ortaya çıkan bu akılcı olmayan kullanımlara bakıldığında, dünya genelinde tüm ilaçların yarısından fazlasının uygun olmayan şekilde reçete edildiği, dağıtıldığı veya satıldığı (WHO, 2002) ve aynı zamanda bireylerin yarısının da ilaçları akılcı kullanmadığı ya da ilaca erişemedikleri tahmin edilmektedir (WHO, 2002).

İlaçların akılcı kullanımından sorumlu olan bazı taraflar mevcuttur. Bu taraflardan arz tarafını hekimler, eczacılar ve ilaç endüstrisi, talep tarafını ise hastalar/tüketiciler oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006). Hastanın tedavisine göre maliyeti de göz önüne alarak en uygun, yararlı ve etkili ilaç seçimini yapmak hekimlerin sorumluluğundadır (Kalyoncu ve Yarış, 2004; Çelik, 2004). İlaçların hazırlanması, hastalara ulaştırılması/dağıtımı, kullanımı ile ilgili bilgilendirmeden ve reçetesiz satışı yapılması yasak olan ilaçların eczanelerden alınmasını engellemekten sorumlu olan taraf ise eczacılardır (Yarış, 2004). Reçetesiz kullanılabilen ilaçlar, tıbbi ürünler ve vitamin-mineral takviyeleri ihtiyacı ve akılcı kullanımı ile ilgili hastanın doğru yönlendirilmesinde birincil olarak rol almaktadır. Bunlara bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlarda ve tedavi başarısızlığı durumunda sorumlu taraf olarak görülmektedir (Toklu ve diğerleri, 2010). Akılcı ilaç kullanımının talep ayağında yer alan ve başlıca sorumluluğu olan hastaların/tüketicilerin, hekime danışarak ilaç alması, hekimin reçete ettiği ilacın önerilen zaman içinde uygun doz ile alınması, başkalarına ilaç tavsiye vermemesi ya da başkalarından tavsiye almaması, aldıkları ilaçları uygun yerlerde muhafaza etmesi ve böylece tedaviye uyum göstermesi gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Management Sciences for Health, 2012; Karataş ve diğerleri, 2012).

Bireylerin reçete edilen tedaviye uyumu, kültürel inançlar, reçete yazanın ve eczacının iletişim becerileri ve tutumları, danışmak için sınırlı zaman olması, basılı bilgi kısıtlılığı, tedavinin ödenebilirliği ve bazı ilaçların ve uygulama yolunun etkililiği hakkında toplum inançlarını içeren pek çok faktörden etkilenmektedir (Cushing ve Metcalfe, 2007; Hughes ve diğerleri, 2001; Management Sciences for Health, 2012; Ambwani ve Mathur, 2006). Kendi kendini tedavi etme (self-medication), genellikle irrasyonel ilaç kullanıma yol açmaktadır ve bu kullanımlar ya reçetesiz ya da reçeteli satılan ve çoğunlukla önemsiz hastalıklar için kullanılan ilaçları içerebilmektedir (Hughes ve diğerleri, 2001; Management Sciences for Health, 2012). Konya’da bir Aile Sağlığı Merkezinden hizmet alan bireylerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların ilk ne yaptıkları sorusuna hastalar sırasıyla alternatif tıp tedavilerini kullandıklarını, daha sonra hastaların kendi deneyimlerine göre ilaç kullandıklarını, bir süre bir şey yapmadıklarını ve son olarak da doktora danıştıklarını ifade etmişlerdir. Yine doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma ve doktorun önerdiği süreden önce ilaç bırakma durumlarının yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

Reçetesiz satılan ilaçların yanında reçeteli ilaçlara yönelik artan harcamalar, birçok sağlık sistemi için büyük bir zorluk teşkil etmektedir (Luiza ve diğerleri, 2008). Sağlık sistemleri, ilaç kullanım alışkanlıklarını düzenlemek için yönetsel, eğitimsel, düzenleyici ve ekonomik stratejiler tasarlamalıdır (Sisay ve diğerleri, 2017). Akılcı ilaç kullanımı konusunda yapılan iyileştirmelerin ve uygulanan programların olumlu ya da olumsuz etkilerinin incelenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada Sivas ilinde ikamet eden ve eczaneden hizmet alan bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeylerinin ortaya konulması amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Sivas ilinde ikamet eden ve ayakta tedavi gören bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki davranış ve bilgi durumlarını belirlemek ve bireysel özelliklere göre bu davranışlarının farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmektir. Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem

01.01.2019-30.06.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu araştırmanın evrenini Sivas ilinde ikamet eden bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada kolayda örnekleme yöntemi tercih edilmiş ve araştırmada yer almak isteyen 5 farklı eczaneye hizmet almak için gelen 18 yaş üzerindeki bireylere gönüllülük esasına dayalı olarak anketler dağıtılmıştır. Araştırma sonucunda toplamda 319 adet kullanılabilir anket elde edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket formu Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından kullanılan “Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarını Değerlendirme Anketi” olup; cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyine ilişkin bireysel özelliklerden (3 soru) ve akılcı ilaç kullanımına ilişkin sorulardan (28 soru) oluşmaktadır. Ancak çalışmada eczaneden hizmet almaya gelen bireylere sorulması daha uygun olduğu düşünülen 15 soru kullanılmıştır. Çalışma gerçekleştirilirken bireylerin tek tek bilinçli rızasına başvurulmuş ve birebir görüşme yöntemi ile anketler uygulanmıştır. Edinilen bilgilerin gizli kalacağı hususunda katılımcılar bilgilendirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 25.0 programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistiklerden ve ki-kare analizinden faydalanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Sivas ilinde ikamet eden ve eczanelerden hizmet almaya gelen yetişkin bireyler üzerinde kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar ilin tamamına ya da başka illere genellenemez.

BULGULAR

Araştırma neticesinde elde edilen bulgular tablolar aracılığıyla bu bölümde sunulmaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Bireysel Özelliklere Göre Dağılımı (n=319)

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	150	47
Erkek	169	53
Yaş		
18-30	96	30,1
31-40	112	35,1
41 ve üzeri	111	34,8
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	76	23,8
Lise	91	28,5
Üniversite ve üzeri	152	47,7

Tablo 1 incelendiğinde çalışmada yer alan katılımcıların çoğunlukla erkek (%53) ve 31-40 yaş (%35,1) aralığında olduğu ve birçoğunun ayrıca eğitim düzeylerini üniversite ve üzeri (%47,7) olarak belirttikleri görülmektedir.

Tablo 2: Katılımcıların İlaç Bulundurma ve Kullanımlarına İlişkin Dağılımları (n=319)

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
<u>Aile bireylerinin bir tedavi sonrası arta kalan ilaçlarını ne yaparsınız?</u>		
Gerektiği zaman kullanmak üzere saklarım	206	64,6
Sağlık kuruluşuna veririm	44	13,8
Eczaneye veririm	19	6
İsteyen tanıdıklara veririm	5	1,6
Çöpe atarım	40	12,5
Tuvalete atarım	3	0,9
Diğer	2	0,6
<u>Evinizde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış ortalama kaç kutu ilaç vardır?</u>		
Hiç yok	54	16,9
1-5 kutu	129	40,4
6-10 kutu	72	22,6
10 kutudan fazla	64	20,1
<u>Evinizde her yıl ortalama kaç kutu ilaç; kutusu bile açılmadan, son kullanım tarihi geçtiği için atılmaktadır?</u>		
1-3	128	40,1
4-7	45	14,1
8-10	22	6,9
10 kutudan fazla	14	4,4
Hiç atılmamaktadır	110	34,5
<u>Evde ilaç bulunduruyorsanız; bunları tekrar kullanırken nelere dikkat edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir)</u>		
Hastalığa uygunluğuna	263	82,4
Son kullanma tarihinin dolmamış olmasına	258	80,9
Şurup, süspansiyon, göz damlası gibi ilaç formlarının kullanma talimatında belirtile süreleri aşmamış olmasına	126	39,5
Ambalajının bozulmamış olmasına	52	16,3
Hiçbirine dikkat etmem	10	3,1
<u>Evde bulundurmuş olduğunuz ilaçları tekrar kullanmak istediğinizde kimden bilgi alırsınız?</u>		
Hekim	99	31
Eczacı	71	22,3
Hemşire/sağlık görevlisi	2	0,6
Tanıdık/komşu/akraba	25	7,8
Daha önce kullandığım için kimseden bilgi almam	116	36,4
Diğer	6	1,9
<u>Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırır mısınız veya satın alıp evde bulundurur musunuz?</u>		
Evet	186	58,3
Hayır	133	41,7
<u>Komşularınız ve/veya yakınlarınızın tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız ya da doktorunuzdan reçete etmesini ister misiniz?</u>		
Evet	96	30,1

Tablo 2’de çalışmada yer alan katılımcıların ilaç bulundurma ve kullarımlarına ilişkin dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde katılımcıların aile bireylerinden birisinin tedavisi sonrasında arta kalan ilaçları çoğunlukla gerektiği zaman kullanmak üzere sakladıkları (%64,6), evlerinde hiç kullanılmamış ya da yarım kalmış ortalama 1-5 kutu ilaç (%40,4) olduğu ve ortalama her yıl kutusunu bile açmadan yalnızca son kullanma tarihi geçtiği için attıkları 1-3 kutu ilaç (%40,1) olduğu görülmektedir. Katılımcıların evde bulunan ilaçları tekrar kullanırken en çok hastalığa uygunluğuna (%82,4) dikkat ettikleri, ilaçları tekrar kullanmak istediklerinde ise daha önce kullandıkları içi kimseden bilgi almadıkları (%36,4) ve hasta olmadan da ilaç aldıkları (%58,3) bulunmuştur. Ancak katılımcılar bir komşusunun/yakının tavsiyesiyle ilaç kullanmadıklarını (%69,9) belirtmişlerdir.

Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Sorunu Karşısında İlaç Temini ve Kullarımlarına İlişkin Dağılımları (n=319)

Hastalık durumunda ne yaparsınız?		
Hekime danışırım	260	81,5
Eczacıya danışırım	13	4,1
Hemşire, sağlık memuru veya sağlık personeline danışırım	11	3,4
Tanıdık/komşu/akrabaya danışırım	2	0,6
Bitkisel tedavi yöntemlerini denerim	13	4,1
Evde bulunan ilaçlarla tedavi olmaya çalışırım	16	5
Daha önce benim hastalığıma benzer rahatsızlık geçirmiş olanlara sorarım	2	0,6
Diğer	2	0,6
Hekime giderken daha önce kullanmış olduğunuz ilaçlar ve varsa kronik hastalıklarınıza ait raporlarınız hakkında hekimi bilgilendirir misiniz?		
Evet	290	90,9
Hayır	29	9,1
Hekimin vermiş olduğu ilaçları ne şekilde kullanırsınız?		
İlaç bitene kadar kullanırım	71	22,3
Şikâyetim geçene kadar kullanırım	132	41,3
Hekim veya eczacının önerdiği süre kullanırım	116	36,4
Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikâyetleriniz üzerine muayene olmadan, kendi başınıza antibiyotik kullanır mısınız?		
Evet; kullanırım	83	26
Evet; başlarım ama iyi hissettiğimde ilacı kullanmayı keserim	60	18,8
Hayır; muayene olmadan kullanmam	176	55,2
İlacın yan etkileri ile karşılaşılırsanız nasıl davranırsınız?		
Hekime başvururum	260	81,5
Eczacıya başvururum	27	8,5
Yardımcı sağlık personeline başvururum	6	1,9
Kendim çözüm ararım	16	5
Hiçbir şey yapmam	10	3,1
Basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanır mısınız?		
	61	19,1
		4,7

Hekime danışarak kullanım	15	5
Eczacıya danışarak kullanım	16	71,2
Kullanan tanıdığıma, komşuma sorar kullanım	227	
Kullanmam		
<u>Ağrı kesici ihtiyacınız olduğunda ilacı nasıl temin edersiniz?</u>		
Reçete ile eczaneden	139	43,6
Reçetesiz eczaneden	142	44,5
Komşudan, tanıdıktan	38	11,9
<u>Hekime muayene olmadan eczaneden ilaç alır mısınız?</u>		
Evet; muayene parası ödemek istemediğim zamanlarda	143	44,8
Hayır; muayene olmadan ilaç almam, önemli bir rahatsızlık atlanabilir	176	55,2

Tablo 3'te çalışmada yer alan katılımcıların bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında ilaç temini ve kullanımlarına ilişkin dağılımları yer almaktadır. Katılımcılar hastalandıklarında çoğunlukla hekime danıştıklarını (%81,5), daha önce kullandıkları ilaç ve raporlar hakkında hekimlerini bilgilendirdiklerini (%90,9) ve hekimin vermiş olduğu ilaçları şikayetleri geçene kadar kullandıklarını (%41,3) belirtmişlerdir. Grip/nezle/soğuk algınlığı gibi şikayetlerde katılımcıların birçoğunun muayene olmadan antibiyotik kullanmadığı (%55,2), ilacın yan etkileri ile karşılaştıklarında hekime danıştıkları (%81,5), basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanmadıkları (%71,2) ve ağrı kesici ihtiyaçları olduğunda reçetesiz olarak eczaneden (%44,5) temin ettikleri görülmüştür. Ayrıca katılımcıların birçoğu hekime muayene olmadan da ilaç almadıklarını (%55,2) ifade etmiştir.

Tablo 4'te katılımcıların bireysel özelliklerine göre ilaç kullanım davranışlarının farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Buna göre ilaç kullanım davranışlarından hiçbirinin cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Yaş değişkeni incelendiğinde ise; hekimin verdiği ilaçların kullanım şeklinin ve antibiyotik kullanımının bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) ancak basında reklamı yapılan ürünlerin tedavi amacıyla kullanılmasının farklılaştığı ($X^2 = 21,622$; $p=0,001$) ve bu farklılığın etki büyüklüğünün düşük (Cramer V= 0,184) olduğu görülmektedir. Ağrı kesici ihtiyacı olduğunda ilacın nasıl temin edileceğine ilişkin davranışın da yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ($X^2 = 11,434$; $p=0,022$) ve bu farklılığın etki büyüklüğünün de düşük (Cramer V= 0,134) olduğu bulunmuştur. Son olarak eğitim düzeyine göre katılımcıların ilaç kullanım davranışları incelendiğinde; hekimin verdiği ilaçların kullanım şeklinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) bununla beraber antibiyotik kullanımının farklılaştığı ($X^2 = 11,916$; $p=0,018$) ve bu farklılığın etki büyüklüğünün düşük (Cramer V= 0,137) olduğu görülmüştür. Benzer şekilde basında reklamı yapılan ürünlerin kullanımının da eğitim düzeyine göre farklılaştığı ($X^2 = 17,829$; $p=0,007$) ve etki büyüklüğünün düşük (Cramer V= 0,164) olduğu bulunurken; ağrı kesici ihtiyacının temininin de eğitim düzeyine göre farklılaştığı ($X^2 = 23,357$; $p<0,0001$) ve etki büyüklüğünün düşük (Cramer V= 0,191) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre İlaç Kullanım Davranışlarının Değerlendirilmesi.

Özellik	Cinsiyet		Yaş			Eğitim Düzeyi		
	Kadın	Erkek	18-30	31-40	41 yaş ve üzeri	İlköğretim	Lise	Üniversite ve üzeri
Hekimin vermiş olduğu ilaçları ne şekilde kullanırsınız?								
İlaç bitene kadar kullanırım	36 (%24,0)	35 (%20,70)	16 (%16,7)	25 (%22,3)	30 (%27,0)	26 (%34,2)	15 (%16,5)	30 (%19,7)
Şikâyetim geçene kadar kullanırım	63 (%42,0)	69 (%40,8)	43 (%44,8)	49 (%43,8)	40 (%36,0)	25 (%32,9)	41 (%45,1)	66 (%43,4)
Hekim veya eczacının önerdiği süre kullanırım	51 (%34,0)	65 (%38,5)	37 (%38,5)	38 (%33,9)	41 (%36,9)	25 (%32,9)	35 (%38,5)	56 (%36,8)
Test İstatistiği	$X^2 = 0,848$	$p=0,654$	$X^2 = 3,989$ $p=0,408$			$X^2 = 8,819$ $p=0,066$		
Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetleriniz üzerine muayene olmadan, kendi başınıza antibiyotik kullanır mısınız?								
Evet; kullanırım	40 (%26,7)	43 (%25,4)	29 (%30,2)	25 (%22,3)	29 (%26,1)	24 (%31,6)	28 (%30,8)	31 (%20,4)
Evet; başlarım ama iyi hissettiğimde ilacı kullanmayı keserim	26 (%17,3)	34 (%20,10)	19 (%19,8)	14 (%12,5)	27 (%24,3)	16 (%21,1)	22 (%24,2)	22 (%14,5)
Hayır; muayene olmadan kullanmam	84 (%56,0)	92 (%54,4)	48 (%50,0)	73 (%65,2)	55 (%49,5)	36 (%47,4)	41 (%45,1)	99 (%65,1)
Test İstatistiği	$X^2 = 0,409$	$p=0,815$	$X^2 = 8,585$ $p=0,072$			$X^2 = 11,916$ $p=0,018^*$ Cramer V= 0,137		
Basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanır mısınız?								
Hekime danışarak kullanırım	28 (%18,7)	33 (%19,5)	29 (%30,2)	20 (%17,9)	12 (%10,8)	16 (%21,1)	16 (%17,6)	29 (%19,1)
Eczacıya danışarak kullanırım	2 (%1,3)	13 (%7,7)	3 (%3,1)	8 (%7,1)	4 (%3,6)	1 (%1,3)	9 (%9,9)	5 (%3,3)
Kullanan tanıdığma, komşuma sorar kullanırım	8 (%5,3)	8 (%4,7)	0 (%0,0)	6 (%5,4)	10 (%9,0)	7 (%9,2)	7 (%7,7)	2 (%1,3)
Kullanmam	112 (%74,7)	115 (%68,0)	64 (%66,7)	78 (%69,6)	85 (%76,6)	52 (%68,4)	59 (%64,8)	116 (%76,3)
Test İstatistiği	$X^2 = 7,411$	$p=0,060$	$X^2 = 21,622$ $p=0,001^*$ Cramer V= 0,184			$X^2 = 17,829$ $p=0,007^*$ Cramer V= 0,164		
Ağrı kesici ihtiyacınız olduğunda ilacı nasıl temin edersiniz?								
Reçete ile eczaneden	58 (%38,7)	81 (%47,9)	46 (%47,9)	48 (%42,9)	45 (%40,5)	34 (%44,7)	42 (%46,2)	63 (%41,4)
Reçetesiz eczaneden	70 (%46,7)	72 (%42,6)	45 (%46,9)	53 (%47,3)	44 (%39,6)	22 (%28,9)	43 (%47,3)	77 (%50,7)
Komşudan, tanıdıktan	22 (%14,7)	16 (%9,5)	5 (%5,2)	11 (%9,8)	22 (%19,8)	20 (%26,3)	6 (%6,6)	12 (%7,9)
Test İstatistiği	$X^2 = 3,663$	$p=0,160$	$X^2 = 11,434$ $p=0,022^*$ Cramer V= 0,134			$X^2 = 23,357$ $p<0,0001^*$ Cramer V= 0,191		

*: $p<0,05$ anlamlılık

TARTIŞMA

Ayakta tedavi gören yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı konusundaki davranış ve bilgi durumlarını belirlemek ve bireysel özelliklere göre bu davranışlarının farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, katılımcıların %47'si kadın, %53'ü erkek, %30'u 18-30 yaş ve %35'i 31-40 yaş aralığında, %47,7'si üniversite mezunudur. Katılımcıların "ilaç kullanım ve bulundurma davranışları" incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%64,6) bir tedavi sonrası arta kalan ilaçları gerektiği zaman kullanmak üzere sakladığı; %40,4'ünün evinde yarım kalmış veya hiç kullanılmamış ortalama 1-5 kutu ilaç bulundurduğu ve yalnızca %16,9'unun evlerinde yarım kalmış ve hiç kullanılmamış ilaç olmadığı ve %20,1'inde ise evlerinde yarım kalmış veya hiç kullanılmamış 10 kutu ve üzerinde ilaç bulunduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %65,5'i ise her yıl aldıkları en az bir kutu ilacı son kullanım tarihi geçtiği için kutusu bile açılmadan çöpe attığını belirtmişlerdir. Evde ilaç bulunduran katılımcılar bu ilaçları tekrar kullanırken özellikle hastalığa uygun olmasına ve son kullanım tarihlerinin geçmemesine dikkat ettiklerini, çoğunluğunun (%36,4) bu ilaçları tekrar kullanırken daha önce kullandıkları için ilacın kullanımı ve uygunluğu konusunda bir sağlık personelinden bilgi almadıkları, %31'inin hekim ve %22,3'ünün ise eczacıya danıştığı belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan bireylerin %58,3'ü gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırdığını veya aynı düşünceyle ilaçları satın alıp evde bulundurduğunu ifade ederken, %30,1'i komşularının ve/veya yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullandığını ya da doktorundan bu ilaçları reçete etmesini istediğini belirtmiştir. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı konusunda araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgular daha önce Türkiye'de gerçekleştirilen farklı araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Örneğin, Karataş ve diğ. (2012) tarafından Adana'da gerçekleştirilen çalışmada; katılımcıların çoğunluğu doktora danışmadan asla ilaç kullanmadıklarını belirtmiş, ayrıca akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandıklarını ve ilaç tavsiye ettiklerini, büyük çoğunluğu grip-soğuk algınlığı durumlarında doktora sormadan antibiyotik kullandıklarını ifade etmişler ve %31,6'sının ise evde bulunsun diye ilaç yazdırdıkları belirlenmiştir. Yapıcı, Balıkcı ve Uğur (2011)'un birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise; katılımcıların %26'sı doktor tavsiyesi olmadan, %17'si çevre (aile/arkadaş/komşu tavsiyesi ile ilaç kullandığı ve %31,3'ünün eczaneden reçetesiz ilaç aldığı gösterilmiştir. Akılcı ilaç kullanımında önemli taraflardan biri olan hastaların konu ile ilgili olarak; hekime danışarak ilaç alma, hekimin reçete ettiği ilacın önerilen zaman içinde uygun doz ile kullanma, başkalarına ilaç tavsiye vermemesi ya da başkalarından tavsiye almaması, aldıkları ilaçları uygun yerlerde muhafaza etmesi gibi sorumlulukları bulunduğundan bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili davranışlarının belirlenmesi önem arz etmektedir.

Katılımcıların "bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında ilaç temini ve kullanımına" ilişkin davranışları incelendiğinde ise; %81,5'inin hastalanmaları durumunda hekime danıştıkları, %90,9'ının daha önce kullandıkları ilaç ve raporlar hakkında hekimlerini bilgilendirdikleri, %41,3'ünün hekimin vermiş olduğu ilaçları şikayetleri geçene kadar kullandıkları tespit edilmiştir. Özellikle grip/nezle/soğuk algınlığı gibi şikayetlerde katılımcıların birçoğunun muayene olmadan antibiyotik kullanmadığı (%55,2), ilacın yan etkileri ile karşılaştıklarında hekime danıştıkları (%81,5), basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanmadıkları (%71,2) ve %44,5'inin ağrı kesici ilaç ihtiyaçları olduğunda reçetesiz olarak eczaneden temin ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların birçoğu hekime muayene olmadan ilaç aldıklarını (%44,8) ifade etmiştir. Hatipoğlu ve Cengiz Özyurt (2016) tarafından Manisa ilinde gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %76,4'ünün hekime başvurmadan ilaç kullandığı bunun en sık nedeninin "önceki şikâyetini giderdiği için" olduğu (%55,7), hekim tavsiyesi olmadan en çok kullanılan ilaç grubu ağrı kesiciler olduğu (%71,3), %85,5'inin evinde kullanılmayan artmış veya lazım olduğunda kullanım amaçlı ilaç bulunduğu ve bu amaçla evde en çok ağrı kesici ilaçların bulundurulduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Uğrak ve diğ. (2015) tarafından

gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların %49,6'sının bir tedavi sonrası artan ilaçları tekrar kullanmak üzere evde sakladığını, %69,4'ünün tedavi amacı ile reklâmı yapılan ürünleri kullanmadığını, %23,7'sinin reçetesiz olarak antibiyotik kullandıklarını tespit etmişlerdir.

Katılımcıların ilaç kullanım davranışlarının bireysel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde ise; “basında reklâmı yapılan ürünlerin tedavi amacıyla kullanılması” ve “ağrı kesici ihtiyacı duyulduğunda bu ilacın temini” davranışının “yaş” değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin “eğitim düzeyi” akılcı ilaç kullanımına etki eden önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Elde edilen sonuçlar; antibiyotik kullanımı davranışının, basında reklâmı yapılan ürünlerin kullanımı davranışının ve ağrı kesici ilaç ihtiyacı durumunda ilaç temini davranışının katılımcıların “eğitim düzeylerine” göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermektedir. Elde ettiğimiz sonuçlarla benzer şekilde eğitim durumunun akılcı ilaç kullanımı üzerinde etkili olduğunu gösteren araştırmalar Türkiye’de yapılmış başka araştırmalar da mevcuttur (Hatipoğlu ve Cengiz Özyurt, 2016; Yapıcı ve diğ., 2011). Örneğin Ankara ve Edirne illerinde gerçekleştirilen bir araştırmada lise ve üniversite mezunlarının, diğer gruplara kıyasla “doktor tavsiyesi doğrultusunda” ilaç alma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bahsedilen araştırmada ayrıca yaş ve eğitim düzeyinin katılımcıların, reçeteye dahil olan ilaçların dışında hekimden ekstra ilaç talebi davranışını ve eğitim düzeyi değişkeninin katılımcıların ilaç prospektüsünü okuma davranışı, artık ilaçları kullanım davranışı, evde tutulan süresi dolmuş ilaçların sayısı ve ilaç kullanım süresi ve sonlandırılması davranışlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ($p<0,05$) etkilediği belirlenmiştir (Tengilimoğlu et al., 2020).

Ayrıca bu araştırmada, “cinsiyet” değişkeninin ilaç kullanım davranışlarından hiçbiri ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ancak Türkiye’de gerçekleştirilen farklı araştırmalarda cinsiyet değişkeninin akılcı ilaç kullanımı davranışlarını etkilediği gösterilmiştir. Örneğin Karataş ve diğ. (2012)’nin gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların doktora danışmadan ilaç kullanım alışkanlıkları, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınların tavsiyesiyle ilaç kullanım davranışı, hastalanma durumunda evde bitkisel tedavi uygulama davranışının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Uğrak ve diğ. (2015) ise katılımcıların muayene olmadan antibiyotik kullanım durumları ve ağrı kesici ilaç temini davranışlarının cinsiyet ve medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiğini tespit etmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Akılcı olmayan ilaç kullanımının artması ve bunun sebep olduğu sorunların büyümesi literatürde akılcı ilaç kullanımıyla ilgili çalışmaların da artmasına sebep olduğu görülmektedir. Eczaneye başvuran yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki davranış ve bilgi durumlarını belirlemek ve bireysel özelliklere göre bu davranışlarının farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada yaş ve eğitim değişkenlerinin akılcı ilaç kullanım davranışını etkileyen önemli iki değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akılcı ilaç kullanımı konusunda en önemli taraflardan biri olan bireyin başta genel eğitim seviyesinin artırılmasının, ardından akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim ve bilgilendirmelerin akılcı ilaç kullanımını geliştirmede ve devamlılığının sağlanmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada ayrıca ilaç kullanımının bir diğer önemli taraflarından olan sağlık personelinin ilaç danışma ve kullanım konusunda güven kaynağı olduğu görülmüştür. Bu sebeple sağlık personelinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirme ve yönlendirmede aktif rol alması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ambwani, S., & Mathur, A. K. (2006). Chapter–2 Rational drug use. *Health Administrator*, 19(1), 5-7.
- Chaturvedi, V. P., Mathur, A. G., & Anand, A. C. (2012). Rational drug use–As common as common sense?. *Medical Journal, Armed Forces India*, 68(3), 206.
- Cushing, A. & Metcalfe, R. (2007). Optimizing medicines management: From compliance to concordance. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3(6): 1047–1058.
- Çelik, S. (2004). Jenerik ve özgün ilaç: Biyoyararlanım çalışmaları ve biyoeşdeğerlilik. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 19(6): 431-436
- Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3): 44-55.
- Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G.F. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug-Safety*, 24(14): 1027–1037.
- IQVIA. (2018). 2018 and beyond: Outlook and turning points. IQVIA Institute for Human Data Science. Erişim: 28.04.2020, <https://www.iqvia.com/institute/reports/2018-and-beyond-outlook-and-turning-points>
- Kalyoncu, N. İ., & Yarış, E. (2004). Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 19(5): 359-363.
- Karataş, Y., Dinler, B., Erdoğan, T., Ertuğ, P., & Seydaoğlu, G. (2012). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(1):1-8.
- KPMG. (2019). Sektörel bakış – İlaç. KPMG Türkiye Clients&Markets. Erişim: 28.04.2020, <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/tr/pdf/2019/04/sectorel-bakis-2019-ilac.pdf>
- Luiza, V. L., Chaves, L. A., Silva, R. M., Emmerick, I. C. M., Chaves, G. C., de Araújo, S. C. F., Moraes, E. L., & Oxman, A. D. (2015). Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(5): CD007017.
- Management Sciences for Health. (2012). Chapter 27: Managing for rational medicine use. *MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2006). Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu. Ankara; 2006.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2012). Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarını Değerlendirme Anketi. Erişim: 10. 12.2018, <http://www.akilcilac.gov.tr/?p=718>
- Sisay, M., Mengistu, G., Molla, B., Amare, F. & Gabriel, T. (2017). Evaluation of rational drug use based on World Health Organization core drug use indicators in selected public hospitals of eastern Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 161.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Tengilimoğlu, D., Tekin, P. Ş., Zekioğlu, A., & Kılıç, T. D. (2020). Consumer awareness, attitude, and behavior related to the rational use of medicines in a developing country context: the case of Turkey. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(E): 162-171.

Toklu, H.Z., Akıcı, A., Keyer-Uysal, M., & Ayanoglu Dülger, G. (2010). Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hasta uyuncuna hekim ve eczacının katkısı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(3): 139-145.

Türk Eczacılar Birliği. (2018). Sağlık, İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı – 2018. TEB Yayınları
Erişim: 28.04.2020,

https://dergi.tebeczane.net/public_html/kitaplar/seiy_2018/resources/pdfs/seiy_2018.pdf

Yapıcı, G., Balıkçı, S., & Uğur, Ö. (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4): 458-465.

Yarış, E. (2004). Tezgahüstü ilaç satılması ve ilaçta reklamla ilişkisi. *Toplum ve Hekim*, 19(5): 369-372.



ANATOMİ EĞİTİMİNDE SOSYAL MEDYA; BİBLİYOMETRİK ANALİZ SOCIAL MEDIA IN ANATOMY EDUCATION; BIBLIOMETRIC ANALYSIS

Araş. Gör. Dr. Danış AYGÜN

Pamukkale Üniversitesi Anatomi A.D. , daygun@pau.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6165-3422

Dr. Öğr. Üyesi Volkan ZEYBEK

Pamukkale Üniversitesi Adli Tıp A.D., vzeybek@pau.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8079-2671

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (23.10.2020-21.11.2020)

Özet

Üniversite öğrencileri tarafından sosyal medyanın özellikle pandemi süreçlerinde öğrenim için kullanımı artmaktadır. Bu artışa bağlı olarak da anatomi başta olmak üzere temel bilimler dersleri sosyal medya üzerinden daha etkin verilebilir. Bu çalışmanın amacı da sosyal medya ile anatominin bibliyografik analizinin yapılmasıdır. Çalışmamızda veriler Web of Science (WOS) veri tabanı üzerinde WoS sisteminde arama kısmına gerekli kelimeler yazılarak arama yapılarak elde edilmiştir. Sosyal medya kullanımının kuşaklar arasındaki farklılıkları daha iyi anlamak için daha deneysel çalışmaların yönlendirilmesi gerekmektedir. Sosyal medya, anatomi eğitimcilerini, öğrencileri yeni bir yöntemle meşgul etme konusunda güçlendirir. Anatomi eğitimi için sosyal medyadan en iyi şekilde nasıl yararlanılacağını anlamak ve geliştirmek için önemli sayıda olağanüstü çalışma var. Sonuç olarak sosyal medyanın her alanda kullanımının arttığı gibi sağlık eğitimi alanında eğitimlerde de kullanımının arttığı, yapılan çalışmaların da bazı ülkelerde arttığı görülmektedir. Anatomi eğitimi alan ve alacak olan öğrencilerin sosyal medya kullanımına bağlı olarak videoların denetimli bir şekilde yüklenmesi de gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anatomi eğitimi, sosyal medya, bibliyometrik analiz

Abstract

During pandemic processes the use of social media by university students for education is increasing, Depending on this increase, anatomy can be given more effectively on social media. The aim of this study is anatomy education with social media by using bibliographic analysis programmes. In this study, datas were obtained by searching the Web of science (WOS) database system by typing the necessary words in the search section. To understand the differences in social media use between generations more studies need.

Social media empowers anatomy teachers to engage students in a new education method. There is a significant amount of outstanding work to understand and improve social media for anatomy education. It is seen that, the use of social media in every field has increased, as well as in the field of health education. As a result the number of studies conducted has increased too, in some countries. Depending on the use of social media by medical students, videos should be uploaded in a controlled manner.

Key Words: Anatomy education, social media, bibliometric analyse

GİRİŞ

Üniversitelerde Tıp fakülteleri başta olmak üzere sağlık çalışanlarını yetiştiren bölümlerde anatomi dersi ve uygulaması bir temel taşıdır. Anatomi dersleri verilirken farklı üniversitelerde birçok farklı teknik kullanılmaktadır. Kadavra diseksiyonu gibi geleneksel yöntemler olduğu gibi probleme dayalı öğrenmeyi, kliniği, radyolojiyi ve bilgisayar tabanlı simülasyonları içeren çoklu yaklaşımların olduğu yöntemler de aşamalı olarak kullanılmaktadır [1]. Diseksiyon anatomi eğitiminin temeli olmaya devam etmektedir ve diseksiyonla birlikte 3 boyutlu cerrahi, sanal simülasyon gibi yardımcı eğitim teknikleri de kullanılmaktadır [1]. Gerek müfredatlardaki eğitim sürelerinin kısaltılması, gerek kaynaklardaki sınırlandırılmalar zaman alan ve maliyeti yüksek olan diseksiyon temelli eğitimin terk edilmesine neden olmaktadır[2]. Çoklu yaklaşımlar genellikle diseksiyon gibi daha geleneksel temel öğretim yöntemlerinin pahasına giderek daha fazla hakimiyet kazanmaktadır [3] [4]. Bunun sonucunda gerek eğitimciler gerek de klinisyenler arasında tartışmalar çıkmakta ve gelenekselci eğitimciler değişiklikleri kınamakta, diğerleri ise bu değişimleri aktif olarak kullanmaktadırlar [4]. Aslında diseksiyon gibi geleneksel yöntemler saf anatomi bilgisinin oluşturulmasında bütünleyici niteliktedirler, yeni çoklu yaklaşımlar ise daha çok tamamlayıcı olduğu gibi anatomi bilgisini genişletme ve klinik olarak bağlamsallaştırmaktadır [4] [5] [6]. Tabiri caizse ‘gökdeleni inşa etmeden önce temelleri atılmalıdır’ ideal eğitim tekniği olarak görülmektedir [1].

Eğitim teknikleri uzun yıllara dayanmaktadır. Bu değişim geleneksel öğrenme yaklaşımlarından farklı olarak yeni ihtiyaçlar, değişimler gerektirmektedir. Akademik olarak anatomi eğitiminin geleceği aslında geçmişin dogmasına uymak veya aşırı yeni moderniteyi kabul etmek değil de modern anatomi öğrencisinin tüm eğitim ihtiyaçlarını kapsamlı bir şekilde karşılayacak şekilde geleneksel ve yenilikçi yaklaşımları entegre ederek verimli bir şekilde kullanmaya dayanmaktadır[1]. Anatomi öğretmek için etkili yöntemlerin geliştirilmesi güvenli tıbbi uygulamalar için de çok önemlidir [2].

Öğrenciler çok yönlü, entegre temelli yaklaşımlarda daha etkili öğrenmektedirler [2]. Sosyal medya kullanımı kolay, maliyeti düşük bir platformdur. Hem masaüstü, hem de mobil cihazlardan da erişilebilir bir platformdur [7]. Üniversite öğrencilerinin %90 ndan fazlası sosyal medyayı kullanmaktadır [8]. Öğrencilerin sosyal medyayı kullanımı hızla değişmektedir [9]. Tıp ve sağlık hizmetleri eğitiminde sosyal medyanın rolü çok genişir ve yönetim, etik, profesyonellik, mahremiyet, gizlilik ve bilgi kalitesi ile ilgili birçok soru şuanda cevapsız durumdadır[7]. Sosyal medyanın tıp eğitimine entegrasyonunun artması bazı çalışmacıların sosyal medyanın tıp eğitiminin geleceği için temel bir platform oluşturduğuna inandırmaktadır. Genel olarak mevcut yapılan çalışmalar sosyal medya kullanımı hakkında birçok bilgi vermektedir ve etkileri belirsizliğini korumaktadır. Tıp eğitiminde Twitterda bazı ilginç uygulamalar da olmuştur. Örneğin tıp öğrencileri geleneksel dergi kulüpleriyle aynı şekilde işleyen bir twitter dergi kulübü kurmuşlardır [10]. Yine twitterda konuşmacının sunumunu izleyicilerin yorumuyla gerçek zamanlı tartışma için

bir araç olarak da işlev görmektedir [7]. Günlük olarak eklenen videoların denetimsiz olması nedeniyle Youtube'un eğitimsel değeri düşük görünmektedir [11].

Sosyal medyanın harmanlanmış öğrenme yaklaşımlarına entegrasyonunun değerlendirilmesi çok önemlidir. Tıp alanında çok önemli bir yeri olan anatomi alanındaki araştırma konuları, geliştirme eğilimleri ve veri depolama ile ilgili çalışmalar incelenmelidir ve gerekirse bu incelemelerin sonuçlarına göre revizyonlar yapılmalıdır [12].

Bibliyometrik analiz matematiksel ve istatistiksel yöntemlerle bilinen tüm bilgilerin nicel analizinin yapıldığı çoklu disiplinler bir analizdir [13]. Bu analiz yöntemi önde gelen konular hakkında ulusal ve uluslararası işbirliğini değerlendirmek için önemli bir araştırma yöntemi haline gelmiştir [13]. Bu analiz yöntemine ek olarak VOSviewer ve CiteSpace gibi bilgi haritaları oluşturmaya yarayan programlar da mevcuttur [13].

Üniversite öğrencileri tarafından sosyal medyanın özellikle pandemi süreçlerinde öğrenim için kullanımı artmaktadır. Bu artışa bağlı olarak da anatomi başta olmak üzere temel bilimler dersleri sosyal medya üzerinden daha etkin verilebilir. Bu çalışmanın amacı da sosyal medya ile anatominin bibliyografik analizinin yapılmasıdır.

YÖNTEM

Çalışmamızda yer alan veriler Web of Science (WOS) veri tabanı üzerinde WoS sisteminde arama kısmına "anatomy education" and "social media" or "Facebook" or "YouTube" or "Twitter" yazılarak arama yapılarak elde edilmiştir. WOS şundaki bibliyografik kaynaklardan en kapsamlı olanlardan biridir ve bu sistem kullanıcılarına atıf veri tabanları da dahil bir dizi kaynağa erişimi sağlayıp birçok dergi ve makaleleri indeksleme yapmaktadır.

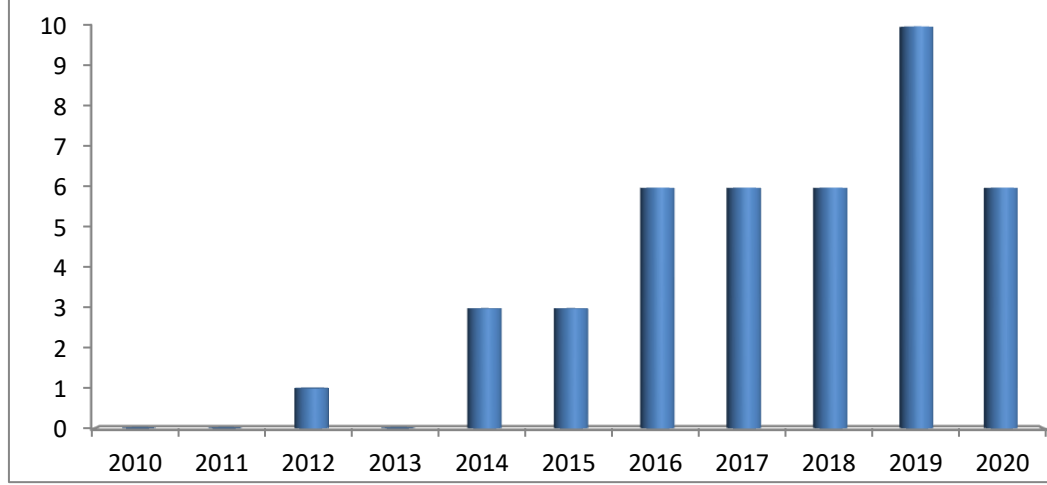
Detaylı analiz verilerini görüntülemek için de VOSviewer programı 1.6.15.0 sürümü kullanılmış, arama kriteri olan kelimeler değiştirilmeden analiz görüntüleri alınmıştır. Bu analiz görüntüleri birbiriyle bağlantılı olan bilgileri bir harita gibi ekranımızda görmemizi sağlamaktadır.

BULGULAR

Anatomi eğitiminde sosyal medya ile ilgili makaleleri taradığımızda 2011 yılı sonrası yayınların başladığı ve 2019 yılında 10'a yükseldiği görülmektedir. 2020 yılında ilk 6 ayda yapılan yayın sayısı 2018, 2017 ve 2016 yıllarında yapılan makale sayısı kadardır (Tablo. 1). Bu yayınlara paralel olarak yapılan atıf sayısı da yıllar içinde artmakta ve 2019 yılında en fazla atfı (140) almıştır.

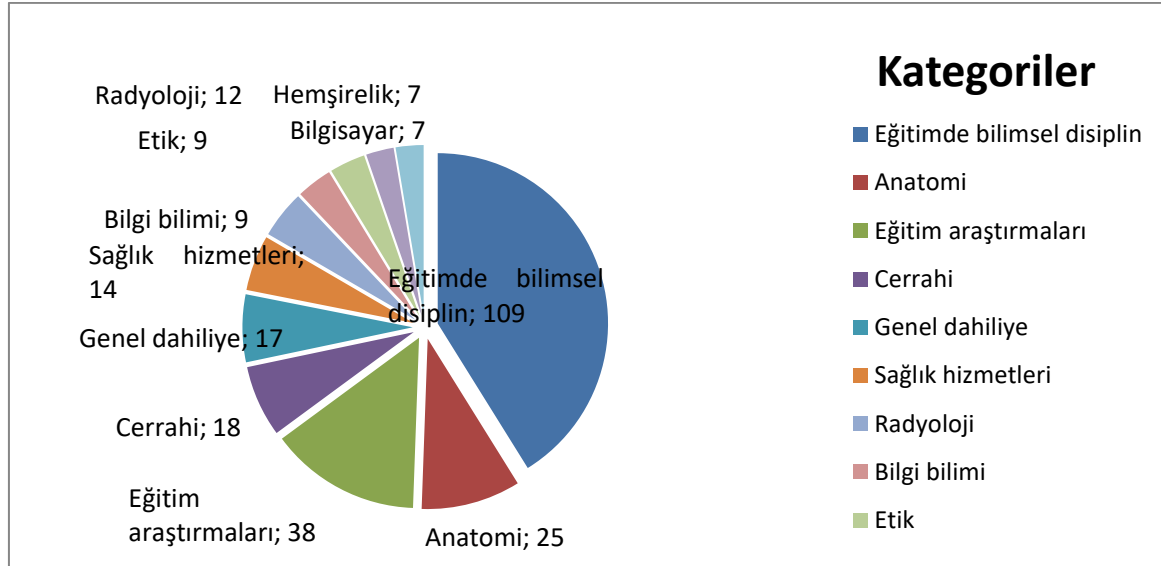
Yayınlara *H*- endeks değeri 8'dir ve bu değer atıf sayısına göre azalan sıralamada sıralanmış bir yayın listesine dayanır. Bu endeks her biri en az *h* kez alıntılanmış *h* yayın olduğu anlamına gelir. *H* endeksi yapılan taramanın yıllarının derinliğine ve seçilen zaman aralığına bağlı değişir.

Tablo 1: Yıllara Göre Yayın Sayısı



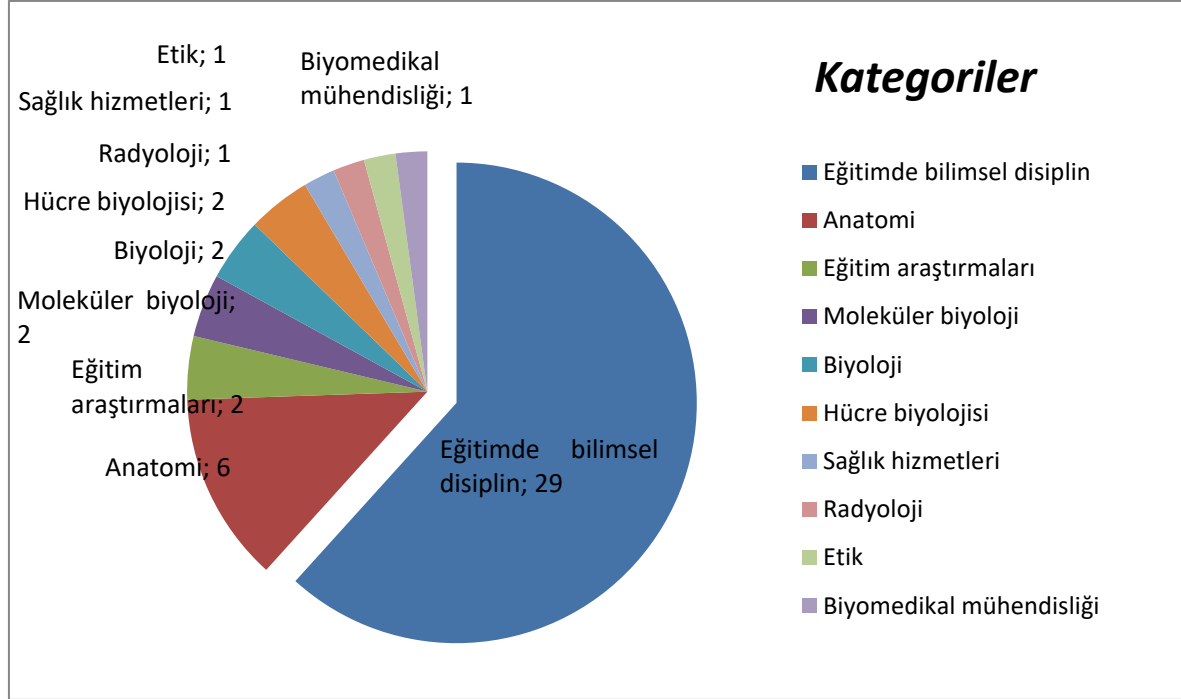
Yapılan çalışmalara kategori açısından baktığımızda eğitimde bilimsel disiplin kategorisinde 29 çalışma ile en çok yayının yapıldığını görüyoruz. Anatomi kategorisinde ise 6 çalışma takibinde de eğitim araştırmaları, moleküler biyoloji, biyoloji ve hücre biyolojisinin de ikişer çalışma ile sağlık hizmetleri, radyoloji, etik ve biyomedikal mühendisliği de birer çalışma görülmektedir (Tablo 2)

Tablo 2: Yayınların Kategorilere Göre Dağılımı



Alıntı yapan yayınlar 289 tanedir ve bunlar atıf raporundaki bir veya daha fazla maddeye atıf yapmışlardır. Bu atıf yapan yayınlara WOS kategorileri açısından baktığımızda 109 yayının eğitimde bilimsel disiplinler kategorisinde, 38 yayının eğitim araştırmaları kategorisinde, 25 yayının da anatomi kategorisinde, 18 yayının cerrahi kategorisinde, 17 yayının genel dahiliye kategorisinde, 14 yayının sağlık hizmetleri kategorisinde, 12 yayının radyoloji kategorisinde, 9 yayının bilgi bilimi kategorisinde, 7 yayının bilgisayar bilimi kategorisinde ve 7 yayının da hemşirelik kategorisinde olduğu görülmektedir (Tablo 3) .

Tablo 3: Atıf Yapan Yayınların Kategorilere Göre Dağılımı



Yapılan araştırmaları VOSviewer aracılığıyla analiz ettiğimizde en çok kullanılan kelimelerin yoğunluğu anatomi eğitimi, sağlık eğitimi, e- eğitim ve sosyal medya sıralamasıyla görülmektedir (Fig. 1). Bu yoğunluğun merkezinde 3 küme grubu görülmektedir, bunlar etkileşim yoğunluğuna göre kümelenmiştir (Tablo 4). Her bir kümede gross anatomi eğitimi, bilgisayar destekli eğitim ve sağlık eğitiminde anatomi başta görülmekte bunlar ile diğerlerinin bağlantıları da figür 2’de gösterilmektedir (Fig. 2).

Fig. 1 : VOSviewer Yoğunluk Görüntüsü

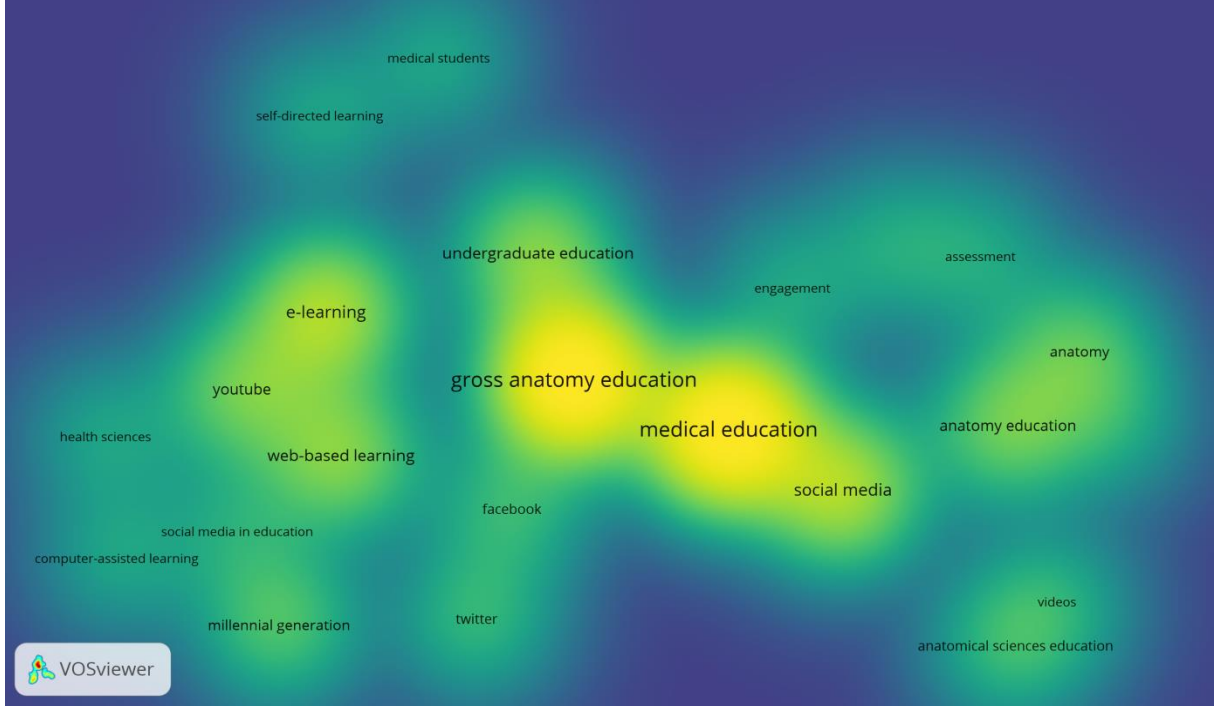
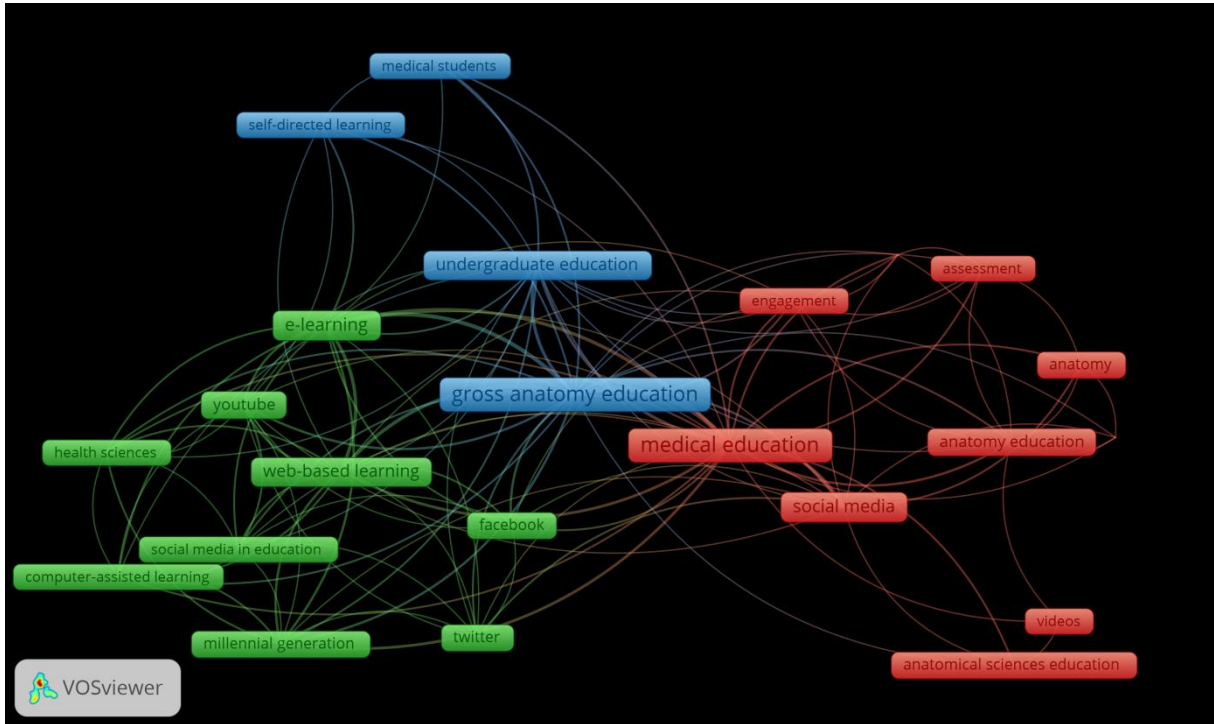


Fig. 2 : VOSviewer Etkileşim Görüntüsü

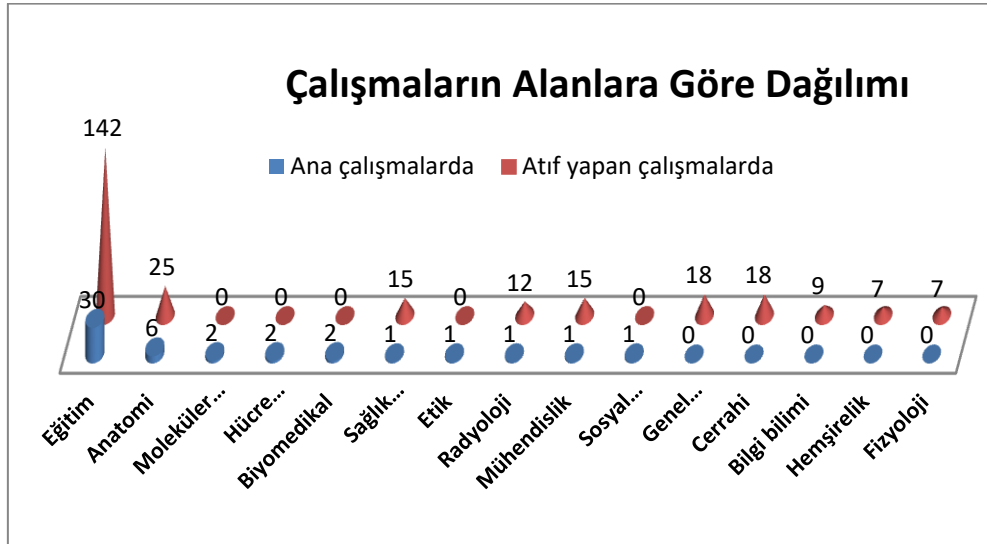


Tablo 4: VOSviewer Etkileşim Kümeleri

1. Küme	2. Küme	3. Küme
Bilim eğitiminde anatomi	Bilgisayar destekli eğitim	Gross anatomi eğitimi
Anatomi	E- eğitim	Sağlık bilimi öğrencileri
Anatomi eğitimi	Facebook	Kendi yönetimiyle eğitim
Değerlendirme	Sağlık bilimi	Lisans eğitimi
Organ bağıışı	Milenyum jenerasyonu	
Sağlık eğitimi	Eğitimde sosyal medya	
Sosyal medya	Twitter	
Teknoloji ile eğitim	Web tabanlı eğitim	
Uğraşı	Youtube	
Video		

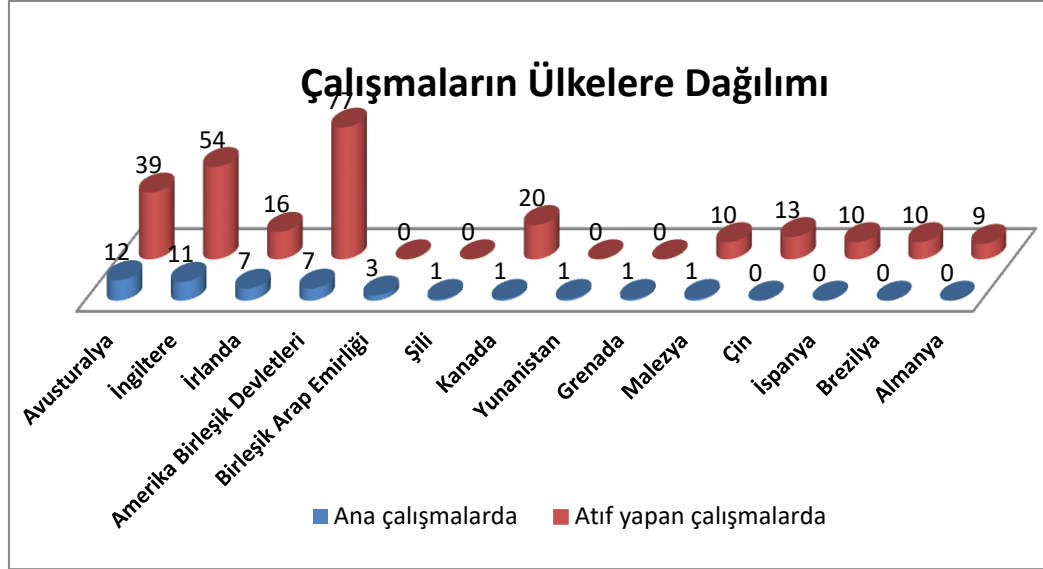
Yapılan yayınların araştırma alanlarına göre dağılımına baktığımızda eğitim araştırmalarında 30, anatomi alanında 6, moleküler biyoloji, hücre biyolojisi ve biyomedikal alanlarında da ikişer yayın görülmektedir (Tablo 5). Atıf yapan yayınlara araştırma alanları açısından baktığımızda eğitim araştırmalarında 142, anatomi alanında 25, cerrahi alanında 18, genel dahiliye alanında 18, bilgisayar bilimi alanında 15, sağlık hizmetleri alanında 15, radyoloji alanında 12, bilgi bilimi alanında 9, hemşirelik alanında 7 ve fizyoloji alanında 7 şeklinde dağılım gösterdiği görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Çalışmaların Araştırma Alanlarına Göre Dağılımı



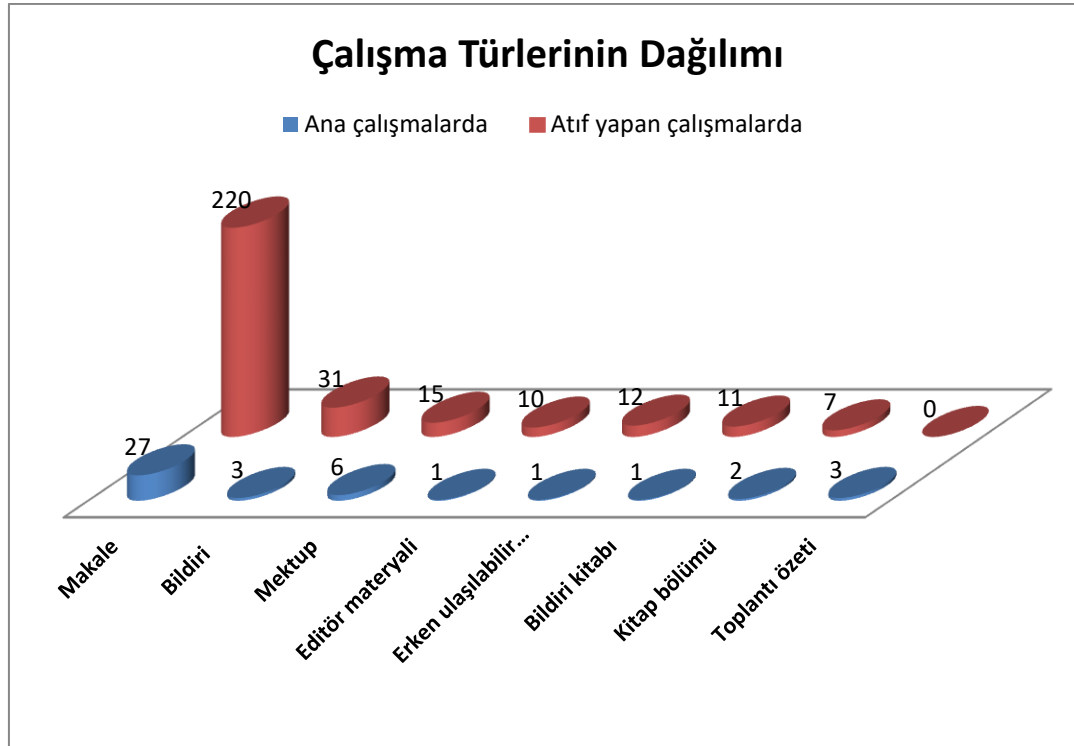
Yapılan çalışmaların ülkelere göre dağılımına baktığımızda en çok çalışmanın (n:12) Avusturalya'da yapıldığı, en çok atıf yapan ülkenin de 77 çalışma ile Amerika Birleşik Devletleri olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışma sayısı da 7 olup Avusturalya'dan sonra gelen İngiltere'yi (n=11) takip etmektedir. İngiltere hem çalışma bazında hem de atıf bazında 2. Ülke olarak görülmektedir. Çin, İspanya, Brezilya ve Almanya'da hiç çalışma yapılmamış olmasına rağmen atıf yapılan çalışmalar görülmektedir (Tablo 6) .

Tablo 6: Çalışmaların Ükelere Dağılımı



Yapılan çalışmalara ve atıflara yayımlandıkları türler açısından baktığımızda en çok makale olan yayımlandıkları görülmektedir. 27 makale yapılmış ve 220 makale atıf yapmıştır. Bildiri olarak yayınlanan 3 çalışma varken 31 bildiri atıf yapmıştır. 3 toplantı özeti olarak çalışma varken burda hiç atıf yapılmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7: Çalışma Türlerinin Dağılımı



TARTIŞMA

Anatomi eğitiminde sosyal medya kullanımına ilişkin literatür öğrencilerin sosyal medyada soru sormalarını ve endişelerin paylaşımını destekleyici bir ortam sağladığını göstermektedir [14]. Ayrıca gayri resmi geri bildirim sağlamak, öğretici personele mesai dışında da erişilebilirlik gibi faydaları da sahiptir [14]. Öğrenciler ayrıca öğretici personele erişebilir olduklarını bildiklerinde etkileşim kurmaya daha isteklidirler ve Twitter gibi platformlarla eğitim modüllerinin yapılabileceğini de istemektedirler [14]. Ayrıca sosyal medyada bilgilerin sunulma ve öğrencilerin katılma şekli motivasyonel aktivasyon için çok önemlidir [14]. Twitter gibi platformlarda hızlı bir şekilde uluslararası iletişim kurulabilmesi işbirliği ve küçük araştırma gruplarının kurulabilmesinde çok fayda sağlamıştır [15]. Twitterda tartışmaların ve makale eleştirisi gibi durumların daha çok olduğu görülmektedir [16]. Öğrencilerin dünyanın her yerinden bireylerle iletişim kurabildiği ve genellikle eğitim kaynaklarına ücretsiz erişebildiği de görülmektedir [16]. Etik ihlali açısından bakıldığında doktorların %0,7 oranında twitterda ihlal yaptıkları görülmektedir [17].

Tıp eğitiminde sosyal medyanın potansiyel etkilerinin daha derinlemesine anlaşılması için yöntemler kullanan araştırma ve değerlendirme çalışmaları genel olarak yetersizdir [11]. Anatomi eğitimi için sosyal medyanın kullanılmasının sınırlamaları da vardır, eğitim kaynaklarının sosyal medya aracılığıyla organize edilmedi ve yönetilmesi akademik kurumlar tarafından kabul edilmemektedir [16]. Youtube çok değişken içerikleri olması ve kontrolsüz video yüklenmesi nedeniyle yetersiz bir kaynak olarak görülmektedir ancak Facebook çevrimiçi öğrenme toplulukları oluşturmaya olanak verdiği ve eğitim içeriğine öğrencinin de katılımını teşvik ettiği görülmektedir [11].

Sosyal medya kullanımının daha genç ve daha teknolojik açıdan anlayışlı olanlarda daha yaygın olarak kullanıldığı, kuşaklar arasındaki farklılıkları daha iyi anlamak için daha deneysel çalışmaların yönlendirilmesi gerekmektedir[11]. Öğrenciler içerikle ilgilenirlerse, materyali anlamak için zaman ve çaba harcama olasılıkları daha yüksektir. Dahası, Twitter gibi sosyal medya, geleneksel öğrenme engellerinin yıkılması yoluyla öğrencilerin ilgisini çekme fırsatı sunar. Sosyal medya, anatomi eğitimcilerini, öğrencileri yeni bir yöntemle meşgul etme konusunda güçlendirir. Anatomi eğitimi için sosyal medyadan en iyi şekilde nasıl yararlanılacağını anlamak ve geliştirmek için önemli sayıda olağanüstü çalışma var [16].

SONUÇ

Sonuç olarak sosyal medyanın her alanda kullanımının arttığı gibi sağlık eğitimi alanında eğitimlerde de kullanımının arttığı, bu artışa paralel olarak yapılan çalışmaların da bazı ülkelerde arttığı görülmektedir. Anatomi eğitimi alan ve alacak olan öğrencilerin sosyal medya kullanımına bağlı olarak videoların denetimli bir şekilde yüklenmesi de gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anatomi eğitimi, sosyal medya, Bibliyometrik analiz

Key words: Anatomy education, social media, Bibliometric analyse

Çıkar İlişkisi

Yazarlar çıkar ilişkilerinin olmadığını beyan ederler.

KAYNAKÇA

1. Hu, M., D. Wattoo, and D. de Fontgalland, *From ancient to avant-garde: a review of traditional and modern multimodal approaches to surgical anatomy education*. ANZ journal of surgery, 2018. **88**(3): p. 146-151.
2. Estai, M. and S. Bunt, *Best teaching practices in anatomy education: A critical review*. Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger, 2016. **208**: p. 151-157.
3. Craig, S., et al., *Review of anatomy education in Australian and New Zealand medical schools*. ANZ journal of surgery, 2010. **80**(4): p. 212-216.
4. Johnson, E.O., A.V. Charchanti, and T.G. Troupis, *Modernization of an anatomy class: From conceptualization to implementation. A case for integrated multimodal-multidisciplinary teaching*. Anatomical sciences education, 2012. **5**(6): p. 354-366.
5. Hinduja, K., R. Samuel, and S. Mitchell, *Problem-based learning: is anatomy a casualty?* The surgeon, 2005. **3**(2): p. 84-88.
6. Dettmer, S., et al., *Teaching surgery, radiology and anatomy together: the mix enhances motivation and comprehension*. Surgical and radiologic anatomy, 2010. **32**(8): p. 791-795.
7. Grajales III, F.J., et al., *Social media: a review and tutorial of applications in medicine and health care*. Journal of medical Internet research, 2014. **16**(2): p. e13.
8. Morgan, E.M., C. Snelson, and P. Elison-Bowers, *Image and video disclosure of substance use on social media websites*. Computers in Human Behavior, 2010. **26**(6): p. 1405-1411.
9. Groth, G.G., L.M. Longo, and J.L. Martin, *Social media and college student risk behaviors: A mini-review*. Addictive behaviors, 2017. **65**: p. 87-91.
10. Douglas, F. and N. Silvey, *Twitter journal club*. URL: <http://www.twitjc.com/>[accessed 2013-10-27][WebCite Cache], 2013.
11. Sutherland, S. and A. Jalali, *Social media as an open-learning resource in medical education: current perspectives*. Advances in medical education and practice, 2017. **8**: p. 369.
12. Barry, D.S., et al., *Anatomy education for the YouTube generation*. Anatomical sciences education, 2016. **9**(1): p. 90-96.
13. Hu, Y., et al., *A bibliometric analysis and visualization of medical data mining research*. Medicine, 2020. **99**(22): p. e20338.
14. Border, S., C.M. Hennessy, and J.D. Pickering, *The rapidly changing landscape of student social media use in anatomy education*. Anatomical sciences education, 2019. **12**(5): p. 577-579.
15. Byrnes, K.G., et al., *Communication, collaboration and contagion: "Virtualisation" of anatomy during COVID-19*. Clinical Anatomy, 2020.
16. Lewis, T.L., *Social media and student engagement in anatomy education*. Anatomical sciences education, 2017. **10**(5): p. 508-508.
17. Chretien, K.C., J. Azar, and T. Kind, *Physicians on twitter*. Jama-Journal of the American Medical Association, 2011. **305**(6).



Usaysad Derg, 2020; 6(3):551-562 (Derleme makale)

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNA SAHİP 0-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN PLANLANMASI: PRECEDE-PROCEED MODELİ KAPSAMINDA ÖNERİLER

PLANNING ORAL AND DENTAL HEALTH SERVICES FOR CHILDREN BETWEEN 0-6 YEARS OLD WITH AUTİSM SPECTRUM DISORDER: RECOMMENDATIONS UNDER THE PRECEDE-PROCEED MODEL

Uzm. Arş. Gör. Merve AKBAŞ

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, makbas@bezmialem.edu.tr, orcid.org/0000-0001-8341-7271

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (12.11.2020-20.12.2020)

Özet

Koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerine önem veren ve uygulayan ülkelerde, ağız diş sağlığının genel sağlığa olan etkileri olumlu yönde olmakla birlikte sağlık harcamalarında da azalma olduğu bilinmektedir. Yaygın nöro-gelişimsel bir bozukluk olarak ifade edilen Otizm Spektrum Bozukluğunda, otistik bireylerin ağız diş sağlığının korunması birincil derecede önem arz eden konulardandır. Bireyin güvenini, yaşam kalitesini ve sosyal ilişkilerini etkileyebilmektedir. Toplum sağlığını geliştirmek için özellikle gelişmiş ülkelerde kullanılan Precede-Proceed modeli olumlu yönde davranış değişikliği yaratmak için birçok faktörü dikkate alan makro modellerden biridir.

Derleme türünde yapılan bu çalışmada amaç, ülkemizde 0-6 yaş arası otistik çocuklarda ağız ve diş sağlığının korunması noktasında bir öneri model olarak tasarlanmıştır. Yabancı literatür incelendiğinde; toplum sağlığını geliştirmek adına bu modelin her alanda kullanıldığı; ancak ülkemizde çoğunlukla meme kanseri alanında sınırlı kaldığı belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olan ağız diş sağlığı hizmetlerinin, özel gereksinimli bu çocukların dahil edilerek sunulmasının sağlık yönetiminin en temel sorunlarından biri olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yönetimi, koruyucu sağlık hizmeti, otizm spektrum bozukluğu, 0-6 yaş, prece-de-proceed modeli.

Abstract

In countries that attach importance to and implement preventive oral health services, it is known that although the effects of oral and dental health on general health are positive, there is also a decrease in health expenditures. In Autism Spectrum Disorder, which is expressed as a common neuro-developmental disorder, the protection of oral and dental health of autistic individuals is of primary importance. It can affect the individual's trust, quality of life and social relationships. Precede-Proceed model, which is used especially in developed countries to

improve public health, is one of the macro models that consider many factors to create positive behavioral change.

The aim of this review, which was conducted as a review, was designed as a proposal model for the protection of oral and dental health in autistic children aged 0-6 years in our country. When foreign literature is examined; this model is used in every field to improve public health; However, it has been determined that it is mostly limited in breast cancer in our country. Providing oral and dental health services, which are an integral part of health services, by including these children with special needs, is considered to be one of the most fundamental problems of health management.

Key Words: Health management, preventive health service, autism spectrum disorder, 0-6 ages, precede-proceed model.

1. GİRİŞ

Genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olan ağız diş sağlığı hizmetleri her bireyin sahip olduğu en temel hak olarak bilinmektedir. Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin, büyük oranda tedavi edici hizmetler kapsamında yer aldığı ve tüm toplumu kapsayacak nitelikte koruyucu bir program geliştirme konusunda yetersiz kaldığı bilinmektedir. Sağlığın geliştirilmesi adına toplumda olumlu yönde sağlık davranış değişikliği yaratma, bireyi kendi sağlığını koruması noktasında aktif bir konuma getirme ve sağlık ekonomisine sağlayacağı fayda bakımından ağız sağlığı hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olması ve özellikle çocukluk çağında kazandırılması büyük önem arz etmektedir.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin sağlanmasında koruyucu hizmetlere 0-6 yaş aralığında önem verilmesinin gelecekte iyileşme sağlayacağı ve genel sağlık üzerinde olumlu bir etki yaratacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, ağız diş sağlığının korunması ve ağız diş sağlığı eğitimi, engelli bireyler açısından birincil derecede sağlık problemlerinden biridir. Gerekli iyileştirmeler sağlanmadıkça, çocuğun sosyal hayatını, yaşam kalitesini ve genel sağlığını etkilemektedir.

Nörogelişimsel bir bozukluk olan otizmin, “zihinsel engellilik” ve “serebralpalsi” den sonra dünyada en sık rastlanan 3. gelişimsel bozukluk olarak literatürde yer aldığı bilinmektedir. Sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar, anlama güçlüğü, anksiyete gibi durumlar bu özel çocukların günlük hayatını etkilerken, aynı zamanda ağız sağlığı bakımı konusunda da ciddi problemler teşkil etmektedir. Bunun yanı sıra aileler, diş hekimleri ve eğitimciler de çocuklarla birlikte aynı zorluğu yaşamaktadır. Otistik çocukların kullandıkları ilaçlar, beslenme şekilleri ve ağız diş sağlığı konusundaki yetersizlikleri (Önol ve Kırzioğlu, 2015:20) genel sağlık durumunu da etkileyebilmektedir.

Otistik çocukların yaşamları boyunca ağız sağlığı bakımlarının öğretilmesinin yanı sıra dental tedavilerinin de sağlanması gerekmektedir. Bu doğrultuda Amerika’da pek çok halk sağlığı programı için kullanılan Precede-Proceed modelinden faydalanılarak otistik çocukların ağız ve diş sağlığının korunması, hizmete erişiminin sağlanması, ailelere sağlık eğitimi yolu ile farkındalık kazandırması ve dolayısıyla sağlığın geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Model, hedef grubun ihtiyaçlarının sağlanması için rehberlik edecektir.

Sağlık yönetimi kavramı, sadece hastane işletmeciliği anlamına gelmediği için tüm parçaların doğru yönetilmesi sağlık hizmetlerinin etkin şekilde sunulmasını sağlayacaktır. Hem ülkemizde hem de dünyada daha az önemsenen ağız diş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve otistik çocukların yaşadığı zorluklara sağlık hizmetleri penceresinden bakarak bir farkındalık yaratmak amaçlanmaktadır. Bu derleme konusunun Türkiye’de ilk olmasının literatüre katkı sağlayacağı ve gelecekte sağlık alanında yapılacak araştırmalara destek olacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Otizm kavramının kökeni incelendiğinde; Yunanca “otos” ve Latince “ismus” kelimelerinin bir araya gelmesi ile oluştuğu görülmektedir (Kuhn ve Cahn, 2004). İlk yazılı kaynakların 18. yüzyıla kadar dayandığı ve “Otizm” teriminin ilk kez İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleur tarafından, 1911 yılında kullanıldığı bilinmektedir (Kırcaali- İftar, 2012). Kavram 1943 yılında Amerika’nın ilk çocuk psikiyatristi olan, John Hopkins Üniversitesi’nde görev yapan Leo Kanner tarafından yapılan çalışma ile literatüre kazandırılmış ve bireyin içine kapanması şeklinde tanımlanmıştır (Kanner, 1943). Aynı dönemlerde çalışma yapan diğer bir isim ise, çocuk doktoru olan Hans Asperger’dir (1944, Avusturya).

Otizm spektrum bozukluğu, doğuştan gelen ya da erken dönemde ortaya çıkan (Kandaş, 2019), sosyal iletişimdeki yetersizlikler ve tekrarlayan duyuşal-motor davranışların oluşturduğu beyinsel bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Lord ve ark.,2018). Günümüzdeki tanımının, orijinal tanımlanmasından bu yana büyük ölçüde değişiklik göstermediği bilinmekte; ancak çok hafif düzey ile şiddetli düzey arasında değişim gösteren bir spektrum olarak görülmektedir. Otizmliler pek çok birey, yaşam boyu destek alma ihtiyacı duyabilmektedir (Lord ve ark., 2018).

Mevcut araştırmalar, otizmin en yaygın gelişimsel bozukluk olduğunu (Chirstensen ve Doğan, 2016) belirtmektedir. Gerçek hayatla ve çevresindeki nesnelere bağlantı kurma konusunda problem yaşanılması olarak ifade edilen kavram, literatürde “çocukluk şizofrenisi” olarak da bilinmektedir (Çopuroğlu ve Mengi, 2014).

Otizm tanısının konulabilmesi için çocuğun 5 yaşının altında olması beklenir. Otizmin tanı ölçütlerini ilk kez ifade eden Kanner’in ölçütleri, literatürde şu şekilde yer almaktadır (Kandaş, 2019):

- Çevresindeki bireylerle etkileşime geçmez.
- Konuşmayı iletişim kurmak için kullanmaz.
- Ekolalisi (tekrarlayıcı konuşma) vardır.
- Şahıs zamirlerini yerinde kullanmaz.
- Değişikliklere ani tepkiler verir.
- İyi bir hafızaya sahiptir.

Otizmin en belirgin özelliğinin sosyal alanda görülen sorunlar olduğu konusunda yaygın bir görüş bulunmaktadır (Carter ve ark., 1996; Alvarez, 1999: 55).

2.2. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Genel Bakış ve Otizm Spektrum Bozukluğunun Gelişimi

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları 2013 yılı itibari ile 84.390.000.000 TL’dir. OECD ülkeleri içerisinde en az paya sahip ülkeler arasında yer almaktadır. Ağız diş sağlığına yapılan harcamalar ise tahmini olarak 4.219.000 TL olarak ifade edilmiştir (Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları, 2014). 0-6 yaş aralığında 7.676.494 çocuk bulunduğu, bu yaş grubunun 1.599.232’sinin ise İstanbul’da ikamet ettiği bilinmektedir (TUİK, 2019).

Aşağıda tablo 1’de 0-6 yaş arasındaki çocukların başlıca sağlık sorunları arasında ağız ve diş sağlığı probleminin üst sıralarda yer aldığı ve önemli bir sağlık problemi olduğu görülmektedir.

Tablo 1. 0-6 Yaş Arası Çocukların Son 6 Ay İçerisinde Geçirdiği Başlıca Sağlık Sorunları

Sağlık Sorunu	Toplam Yüzde
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (Tonsilit, Orta Kulak İltihabı vb.)	% 42,6
İshal	% 32, 3
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	% 11,1
Bulaşıcı Hastalıklar	% 9,2
Ağız ve Diş Sağlığı Sorunları	% 7,3
Kansızlık	% 5,4
İdrar Yolu Enfeksiyonu	% 4,1

Kaynak: (TUİK, 2016)

7-14 yaş arası çocukların durumu incelendiğinde, son 6 ay içerisinde geçirmiş olduğu başlıca sağlık sorunları arasında ağız ve diş sağlığı problemlerinin % 23,4 ile 1. sırada yer aldığı tespit edilmiştir (TUİK, 2016). 7-14 yaş arasında ağız sağlığı ile ilgili problemlerin 1. sıraya yükselmesinin, 0-6 yaş grubunda koruyucu hizmetlerin yetersizliğini ve ağız diş sağlığı ile ilgili eğitimlerin güçlendirilmesi gerektiği görüşünü destekler niteliktedir.

Ayrıca genel olarak değerlendirildiğinde, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017) verisine göre, kişi başı diş hekimine müracaat sayısı tüm sektörler kapsamında Türkiye’de 0,61 iken, İstanbul’da 0,48 olarak tespit edilmiştir.

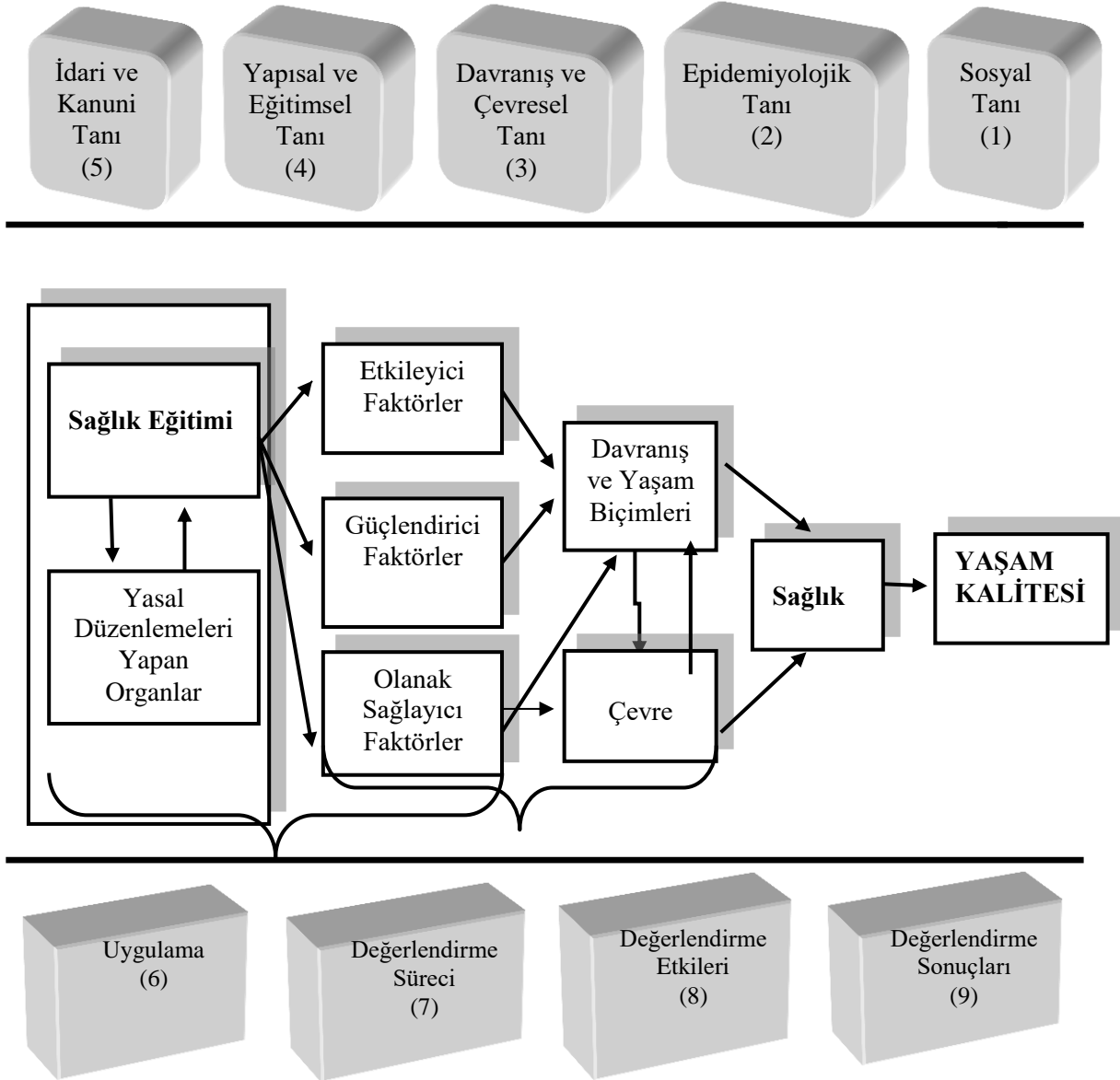
Türkiye’de otizm spektrum bozukluğu olan çocukların taranması için yeterli kaynağın bulunmadığı ve kullanım noktasında eğitilmiş uzman konusunda da yetersizlik olduğu bilinmektedir (Özdemir ve ark.,2014). Türkiye’de 1990’lı yıllarda artan farkındalık çalışmaları ile birlikte Ankara’da “İlgi Otistik Çocukları Koruma Derneği” kurulmuştur. 1991 yılında “Otizme Sevgiyle Bilinçli Hizmet Derneği”, 1997 yılında “Türkiye Otistiklere Destek ve Eğitim Vakfı (TODEV)”, 2003 yılında “Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı” kurulmuştur. Böylece kamuoyuna ve ilgili kuruluşlara tanıtılarak erken tanı ile eğitimin sağlanması ve ortama uyumlarının artırılması hedeflenmiştir.

2.3. Precede - Proceed Modeli Kapsamında Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) Olan 0-6 Yaş Çocuklara Yönelik Uygulama Önerisi

Model; Precede ve Proceed olmak üzere iki ayrı kısımdan oluşmakta ve birbirini tamamlamaktadır. Herhangi bir sağlık davranışı değişikliği yaratmak ve toplum sağlığını geliştirmek adına birbirini takip eden adımlardan oluşmaktadır. Precede, 1970’lerde ortaya çıkarken, Proceed aşaması 1980’lerde eklenerek model tamamlanmıştır. Precede, gereksinimleri planlamaya odaklanan bir model iken, Proceed uygulama ve değerlendirmeye odaklanmaktadır (Tramm ve diğ. 2012, 1874). Precede model de ihmal edilen politika, sağlık eğitimi ve diğer çevresel düzenleyiciler Proceed modelde devreye girmiştir.

Aşağıda Şekil 1’de Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ve ağız diş sağlığı hizmetlerinde yaşadıkları problemler, kapsamlı bir şekilde literatür taraması yapılarak incelenmiştir.

Şekil 1. Precede- Proceed Modeli



(Kaynak: Green, 1998; akt: Özvarış, 2016).

Böylece planlamaya odaklanan ilk beş faz oluşturulmuştur. 6. Faz ile birlikte uygulama aşamasına geçilerek birtakım öneriler sunulmuştur.

Faz 1: Otizm Spektrum Bozuklukta Sosyal Tanı

Otizmde, ilaç kullanımı ve olağandışı oral alışkanlıklar bu popülasyonda oral hastalıkların gelişimi için risk teşkil etmektedir (Klein, 1999). Ayrıca % 70'inin baş ve boyun bölgesine zarar verici davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir (Medina, 2003). Bunun yanı sıra bruksizm, dil itme, diş minesinin aşırı aşınması ve diş avülsiyonu (Nagendra, 2012; Monroy, 2006) durumlarına

rastlanmaktadır. Otizmli çocuklar çoğunlukla tatlılar ve yumuşak yiyecekleri tercih etme eğilimindedir (Cermak, 2010). Diş fırçalaması için gerekli olan el becerisi yetersizliğinden dolayı (Jaber, 2011) ağız sağlığını koruma konusunda problem yaşayan bir grup olduğu ifade edilebilir.

Faz 2: Otizm Spektrum Bozuklukta Epidemiyolojik Tanı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 yılında yapılan bir incelemede, otizm spektrum bozukluğunun global prevalansının yaklaşık %1 olduğu ve daha sonraki yıllarda yapılan bir incelemede ise yaygınlık oranının gelişmiş ülkelerde %1-5 arasında değiştiği belirlenmiştir (Lyll ve diğ., 2017).

1991-2000 yılları arasında otizm vakalarında yaklaşık 3 kat artış görülmesinin medya aracılığı ile dikkat kazandığı tahmin edilmektedir. Tanı ölçütleri daha çok sayıda çocuğu kapsayacak şekilde değiştiği için artış meydana geldiği ve OSB farkındalığının artmasından da kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (Yosunkaya, 2013).

2000-2014 yılları arasında yapılan araştırmalarda, otizm tanısı alan çocukların sayısında her yıl % 6 ile % 15 arasında bir artış söz konusudur (Baio, 2014). Ayrıca erken tanı yolu ile yaşam boyu maliyetin 2/3 oranında azaltılabileceği ifade edilmektedir (Jarbrink, 2007).

Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi 2016 yılı verileri incelendiğinde; otizm, her 68 canlı doğumda 1 görülmektedir. Bu bağlamda, otizm erkeklerde her 42 canlı doğumda 1, kızlarda her 189 canlı doğumda 1 oranındadır (Christensen vd., 2016). Dolayısıyla erkeklerde kızlara oranla 4,5 kat fazla görüldüğü ifade edilebilir.

Türkiye’de tarama konusundaki yetersizliklerden dolayı OSB yaygınlığı net olarak bilinmemekle birlikte, dünya geneline yakın olduğu düşünülmektedir. Tanı koyma noktasında dahi yetersizliklerin yaşanması ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişebilme zorluğunu destekler niteliktedir.

Faz 3: Otizm Spektrum Bozuklukta Davranış ve Çevresel Tanı

Otistik çocukların ses, ışık gibi çevresel faktörlere aşırı duyarlı olması, yabancı pek çok sesi barındıran dış hekimliği klinik ortamını benimseme konusunda problem yaratabilir. Dolayısıyla otistik çocukların ebeveynleri ciddi problemler olmadığı sürece diş hekimine gitmekten kaçınmaktadır (Weil ve Inglehart, 2010).

Özel sağlık bakımına ihtiyacı olan çocukların ağız ve diş sağlığını koruma konusunda eğitim sağlayıcılarının da yetersiz olduğu bilinmektedir. Pratisyen diş hekimleri ve pedodontistlerin lisans eğitimlerinde bu özel çocuklarla ilgili çok az eğitim aldıkları çalışmalarda ortaya çıkarılmıştır (Luscre ve Center, 1996). Ancak otistik çocukların tedavisinde “Davranış yönlendirme tekniği” ile iyi sonuçlar alındığı da belirtilmiştir (Lai ve ark., 2012).

Faz 4: Otizm Spektrum Bozuklukta Yapısal ve Eğitimsel Tanı

Yapısal ve eğitimsel tanı fazı, Şekil 1’de belirtildiği üzere sağlık davranışlarının hazırlayıcı, olanak sağlayıcı ve güçlendirici faktörleri dikkate alınarak oluşturulmaktadır. Hazırlayıcı faktörler bireylerin bilgi, tutum ve inançlarından meydana gelirken (Özvarış, 2016; 37) olanak sağlayıcı faktörler sağlık davranışlarının uygulanabilirliğini sağlamak için sağlık kurumları, okullar, spor alanları gibi kaynaklardan oluşmaktadır. Güçlendirici faktörler ise kazandırılan davranışın pekiştirilmesi ve sürdürülebilirliğini sağlamaya çalışmaktadır (Green, 1998). Dolayısıyla otizm spektrum bozukluğu yaşayan çocukların ebeveynlerinin bu konuda bilgilendirilmesi, inançlarının olumlu yönde değiştirilmesi ve bu özel gereksinimli çocukların güçlü yönlerini keşfederek ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimini sağlayacak uygulama oluşturulması planlanmaktadır.

Böylece sosyal, ekonomik ve fiziksel anlamda destekleyici bir çevre sağlanmış olacak ve hizmete erişim kolaylaşacaktır.

Faz 5: Otizm Spektrum Bozuklukta İdari ve Kanuni Tanı

Yönetimsel tanı olarak da ifade edilen bu faz, sağlık eğitimleri ve gerekli müdahalelerin planlanacağı aşamadır. Bu doğrultuda aile sağlığı merkezlerinde diş hekimi, psikiyatrist ve çocuk doktoru bulundurulması koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması açısından önemlidir. Ayrıca ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşma konusunda yaşanan problem ileriki dönemlerde ek mali yük getirmektedir. Özel kliniklerde de maliyet karşılanamayacak düzeylere ulaşabilmektedir. Dolayısıyla güçlü bir birinci basamak hem özel gereksinimli çocukların hem de toplumun tamamının erken yaşta korunmasını ve eğitilmesini sağlayacağı için gelecekte olumlu çıktı olarak yansıtacak ve ekonomik açıdan da fayda sağlayacaktır.

Ayrıca aile sağlığı merkezlerinde diş hekiminin ihtiyacı olan tüm ekipmanlar klinik veya hastanelerde sağlandığı nitelikte olmalıdır.

Türkiye’de yürütülen araştırmalarda annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve kendileri hayatta değil iken çocuklarının yaşamlarını nasıl sürdüreceği konusunda endişe yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Doğru ve Aslan, 2008; Bıçak, 2009). Literatürde ulaşılan bu bilgi kapsamında çocuğa eğitim sağlanması ve kendine yetebilen bir birey olması yönündeki düşünce, ebeveynin endişesinin azalmasını sağlayacağı için Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimi baz alınarak 6. Ayda rutin kontrol ve aşı için aile sağlığı merkezine gelecek olan anneler aranacaktır. Aile sağlığı merkezinde bulunan psikiyatrist tarafından otizm spektrum bozukluğu hakkında bilgi verilecek ve belirtiler anlatılacaktır. 12. 18. ve 24. aylarda aynı eğitim tekrar edilecek annelerin katılımı telefon yolu ile sağlanacak mevcut aylarda çocuğun göstermesi gereken normal davranışlar aktarılacaktır.

Hamilelik döneminde kontrolsüz ilaç kullanımının da OSB’ye neden olabileceği (Sökmen, 2010: 25) görüşünden yola çıkarak bu doğrultuda kamu spotları medya aracılığı ile sağlanacaktır.

Faz 6: Uygulama

Uygulama fazında, sağlığı geliştirme kapsamında belirlenen eğitimler ve yasal düzenlemeler uygulamaya geçirilecektir.

- Literatür incelendiğinde otistik çocuklarda D vitamini düzeyinin normalden eksik olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda aile hekimleri rutin olarak bu kontrolü sağlayacaktır.
- Bağlı olduğu aile sağlığı merkezine rutin aşılar için aranan anneye ve varsa bakıcıya bu konu hakkında 6. ay itibari ile bilgi verilecektir. Böylece anne, otizm spektrum bozukluğunu tanıyacak ve belirtileri erken dönemde fark edebilecektir. 12. Ayda, 18. ayda ve 24. ayda ASM’ye tekrar davet edilen annelere daha kapsamlı bilgiler verilecek, şüphesi olanların çocukları psikiyatrist ve çocuk doktoru tarafından muayene edilecektir.
- 24. ay sonunda “Erken çocukluk dönemi otizm tarama ölçeği” kullanılarak, ölçek kapsamında ebeveyn tarafından verilen cevaplardan ölçeğin en az 5 maddesine olumsuz verilen cevaplar, çocuğun OSB için risk teşkil ettiğini gösterecektir.
- 24. ay sonrasında teşhis konan çocuk için, ebeveyn, aile hekimi, çocuk doktoru ve psikiyatristin ekip olarak takip edeceği, internet üzerinden erişimin sağlanacağı uygulama kullanılacaktır. 4 modüle sahip olan uygulamada her modülde ele alınan hedefler gösterilmektedir.

İlk modül, çocuğun ilgi alanlarını, güçlü ve zayıf yönlerini öğrenmek adına bir dizi faaliyetin yapıldığı “HAKKIMDA” modülüdür. Bu modülde hafızayı, ezber gücünü ya da müziğe yatkınlığını gösteren çocuğu tanımaya yönelik faaliyetler de yer alacaktır.

İkinci modül, ağız ve diş sağlığı konusunda çizgi film paralelinde görsel metodlardan faydalanılacak olan “FARK EDİYORUM” modülüdür. Bu modülde ağız ve diş sağlığı bakımının sağlanması,

çocuğun korku düzeyinin azalması ile ilgili eğitsel videolar olacaktır. Davranış yönlendirme tekniğinden faydalanılacaktır.

Üçüncü modül, ebeveyn, aile hekimi, psikiyatrist ve çocuk doktorunun toplantıya dahil olmasının sağlanacağı “EKİP” modülüdür. Tüm gelişmeler ortak bir bakış açısı ile değerlendirilecektir.

Dördüncü modül, başarı hedeflerinin ölçülmesi için ebeveyn tarafından doldurulacak olan “HEDEF” modülüdür.

Faz 7: Otizm Spektrum Bozuklukta Değerlendirme Süreci

Uygulama sürecinde yer alan dördüncü modül kapsamında verilerden elde edilen bilgiler uygulamanın ne derece başarılı olduğunu gösterecektir. Ayrıca Ulusal düzeyde aile sağlığı merkezine ulaşamayanlar, diş hekimi ve psikiyatristlerin olmadığı aile sağlığı merkezleri tespit edilecektir.

Faz 8: Otizm Spektrum Bozuklukta Değerlendirme Etkileri

Dördüncü modülde elde edilen verilerden 1 yıl sonra, kimlik bilgilerinin verilmediği anketler ulusal düzeyde aynı tarihlerde yapılacak ve ebeveynler tarafından doldurulacak ve bir sonraki aşamada tekrar analiz edilerek değerlendirilecektir. Çocukların gelişimlerine bağlı olarak doldurulan anketler her yıl tekrar edilecektir. Model kapsamında hedeflerin sağlık davranışına, yaşam tarzına, sağlık okuryazarlığına ve çevresel faktörlere etkisi değerlendirilmeye alınacaktır.

Faz 9: Otizm Spektrum Bozuklukta Değerlendirme Çıktıları

Ebeveynlerin çocuklarının gelişimlerine yönelik yapılan ve ASM’lerde toplanan veriler tek bir merkezde sağlık araştırmaları kapsamında değerlendirilecek ve uzun dönemde sağlık ve yaşam kalitesine olan etki ortaya konulacak ve il bazında da raporlanacaktır. Elde edileceği düşünülen başarı toplumla şeffaf bir şekilde paylaşılarak otizm spektrum bozukluk ve koruyucu hizmetler kapsamında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin önemi hakkında farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Otizm spektrum bozukluğu bir eksiklik değil; pek çok özellik açısından farklılaşma durumudur. İlk kez 1943 yılında Kanner ve 1944 yılında Asberger tarafından literatüre kazandırılan kavram, sosyal etkileşim, iletişim bozukluğu ve yineleyici davranışlarla öne çıkan yaygın bir gelişimsel bozukluktur.

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1990’lı yıllarda yapılan beyin araştırmalarında otizm spektrum bozukluğunun beyin fonksiyonlarında meydana gelen bir farklılıktan oluştuğu sonucuna varılmıştır (Geller, 2008:23).

Bazı araştırma sonuçları, ailelerin çocuklarının bu durumlarını 18. aydan itibaren fark ettiği ve 2 yaş sonrasında tıbbi destek almaya başladıklarını göstermektedir. Tanı koyma konusunda %10 gibi çok düşük bir orana sahip olunmasında OSB’li çocukla karşılaşan sağlık elemanının bu konudaki bilgi eksikliğinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Bodur ve ark., 2006: 135).

Dolayısıyla bu model önerisi kapsamında 6. ay ile birlikte erken dönemde ebeveynlerin bilgilendirilmesinin çok önemli olduğu belirlenmiştir. Tanı sonrası hızlıca eğitim verilmesi, beslenme ve aldığı ilaçların etkilerinden kaynaklanacak olan ağız ve diş sağlığı sorunlarını büyük ölçüde azaltacak ve genel sağlığı da korunmuş olacaktır. Ayrıca otistik çocuklarda strese bağlı olarak gelişebilecek ani reaksiyonlar konusunda diş hekiminin daha kapsamlı bilgiye sahip olması tedavi sürecinin düzgün şekilde ilerlemesi açısından da önemli olduğu düşünülmektedir.

DSÖ tarafından yapılan tanımda, sağlığın bedenlen ruhen ve sosyal yönden bütünsel bir iyilik hâli olarak ifade edilmesine ek olarak, bireylerin inanç, eğilim ve bilgileri, politik, örgütsel ve sosyal çevrenin destekleyici tavrı konusunda tam katılım sağlanmalı ve yeni politikalar geliştirilmelidir.

OSB’li çocuklarda çiğneme bozukluğu, aşırı yemek seçme ya da yenilmemesi gereken maddeleri yeme gibi davranışlar görülmesi (Özeren, 2013:60) ağız ve diş sağlığını etkileyen faktörler arasındadır. Ayrıca bu çocuklarda depresyon, bipolar, kaygı bozukluğu gibi birtakım psikiyatrik bozukluklar da görülmektedir (Özçivit ve ark., 2013). Dolayısıyla aile hekimliği merkezlerinde diş hekiminin yanı sıra psikiyatrist ve çocuk doktorunun bulunması gerektiğini destekler niteliktedir.

OSB’li çocuklara eğitim, erken dönemde 1,5 - 2 yaşlarında başlanmalıdır. Özel gereksinimlere uygun olmalı ve ailenin de katılımı sağlanmalıdır. Özel bir program kullanılarak bilimsel temelli tekniklere yer verilmelidir. Önce birebir eğitim, sonra grup eğitimine başlanmalı ve görsel desteklerden yararlanılmalıdır. Destek, uzmanlarla iş birliği içinde yürütülmelidir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı OSB, 2015). Bu çalışmada sunulan Precede-Proceed model önerisi kapsamında 2 yaş itibari ile internet üzerinden uzmanların katılımı ile çocuğa sağlanacak olan görsel-eğitici materyallerin ağız ve diş sağlığı konusunda fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanmasında 0-6 yaş grubundaki özel gereksinimli otistik çocukların hedef kitle olarak ele alındığı bu model önerisi, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Otizm Spektrum Bozukluğu Ulusal Eylem Planı Taslağı” çerçevesinde proje kapsamında yayınlanan sorulardan yararlanılarak güçlendirilmiştir (2015).

- Uygulama nerede ve hangi uzmanlar tarafından yürütülecek?
- Nasıl bir eğitim ya da tedavi uygulanacak?
- Ne kadar sürecek ve maliyet açısından uzun dönemde nasıl etkiler gösterecek?
- Uygulamadan ne gibi sonuçlar beklenmektedir?
- Uygulamanın etkili olduğunu gösteren araştırmalar var mı?
- Otistik çocuklardaki gelişim hangi sıklıkla kimler tarafından nasıl değerlendirilecek?

Hatfield ve diğ. (2016:48) tarafından yapılan “Otizm spektrumunda ergenler için çevrimiçi bir geçiş planlama programının etkinliğinin değerlendirilmesi: deneme protokolü” başlıklı çalışmada online olarak kullanılan program kapsamında ileri çalışma, eğitim veya işe geçişlerini başarılı bir şekilde planlamalarına yardımcı olmak için etkinliği tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda geliştirilen BOOST-A adlı program otizm spektrumundaki ergenlerin okula başarılı bir şekilde geçiş yapmalarını sağlamıştır.

İleride yapılacak olan acil ve tıbbi tedaviler için 8 ile 50 dolar arasında harcama gerçekleştirilirken; koruyucu ağız ve diş sağlığı için 1 dolarlık harcama yapılmaktadır. 2015 ile 2050 yılları arasındaki veriler değerlendirildiğinde, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunulmaması durumunda katlanılacağı düşünülen maliyetin 2015 yılında 4.658.000.000 TL, 2050 yılında 5.336.000.000 TL olacağı tahmin edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetinin sunulması durumunda ise maliyetin azalacağı ve 2015 yılında 841.000.000 TL 2050 yılında ise 673.000.000 TL olacağı tahmin edilmektedir. Dolayısıyla uzun vadede daha az harcama ile daha çok fayda sağlayacak olan koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin, tedavi edici hizmetler ile bir fayda maliyet analizi yapılmasını gerektirmektedir (Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları, 2014).

Aileler ve sağlık çalışanları, OSB’li çocukların ağız diş sağlığı konusunda eğitilmesi, çocukların stresli durumlarla baş edebilmesi ve tedaviyi düzgün bir şekilde sürdürebilme konusunda büyük bir rol üstlenmektedir. Tıbbi, sosyal ve psikolojik desteğin multidisipliner bir yaklaşımla sağlanması, ulusal düzeyde verimli, etkin ve sürdürülebilir olması ve emek verildiğinde pozitif sonuçlar alınacağı unutulmamalıdır.

4. KAYNAKÇA

- Alvarez, A. (1999). Addressing The Deficit: Developmentally Informed Psychotherapy With Passive, Undrawn' Children. In A. Alvarez& S. Reid (Eds.), Autism and Personality: 49-61. New York: Routledge.
- Baio, J. (2014). Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and develop mental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill. Summ, 63: 1-21.
- Bıçak, N. (2009). *Otizmlı Çocukların Annelerinin Yaşadıklarının Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abantİzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Bodur, Ş., Soysal, A. Ş., İşeri, E., ve Şenol, S. (2006). Otistik Bozukluğun Erken Belirtileri ve Tanısı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13: 130-136.
- Carter, A. S., Gillham, J. E. Sparrow, S.S., and Volkmar, F. R. (1996). Adaptive Behavior In Autism. *Mental Retadation*, 5: 945-960.
- Cermak, SA., Curtin, C., Bandini, LG. (2010).Food Selectivity And Sensory Sensitivity In Children With Autism Spectrum Disorders. *Am Diet Assoc.* 110(2):238–246. doi: 10.1016/j.jada.2009.10.032. [PMC freearicle] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Christensen, D. L.,Baio, J., Braun, K. V. N., Bilder, D., Charles, J. and Constantino, J. N., et al. (2016). Prevalence And Characteristics Of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism And Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(3):1– 23.
- Doğru, S.Y. ve Arslan, E. (2008). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi ile Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19: 543-553.
- Çopuroğlu, C. ve Mengi, A. (2014) Toplumsal Dışlanma ve Otizm, *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkishor Turkic Volume 9/5 Spri.*, 607-626.
- Geller, L. (2008). The changing face of autism. V. Starsia ve R. Day Gore (Eds.), *Edited by The Healing Project. Voices of Autism. The Healing Companion: Stories for Courage, Comfort and Strength. "Voices Of" Series Book No. 5* (ss.19- 27). NewYork: La Chance Publishing LLC.
- Green, L.W. (1998). Prevention and Health Education in Clinical, School and Community Settings, In: Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine, 14 th. Ed., Robert B. Wallace (Ed), Appleton&Lange A Simon&Schuster Company, Stamford, Connecticut.
- Hatfield, M., Falkmer M. Falkmer T. and Ciccarelli M. (2016) Evaluation of the effectiveness of an online transition planning program for adolescents on the autism spectrum: trial protocol *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 10:48 DOI 10.1186/s13034-016-0137-0.
- Jaber, MA. (2011). Dental Caries Experience, Oral Health Status and Treatment Needs of Dental Patients With Autism. *Appl Oral Sci.* 19(3):212–217. doi: 10.1590/s1678-77572011000300006. [PMC freearicle] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Järbrink, K. (2007). The Economic Consequences Of Autistic Spectrum Disorder Among Children In a Swedish Municipality. *Autism*, 11(5): 453-463.

- Kandaş, G. (2019). Otizmli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon, Umutsuzluk ve Tükenmişlik Düzeylerinin Çocuğun Otizm Ağırılık Derecesine Göre Karşılaştırılması. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances Of Affective Contact. *Nervous Child*, 2: 217-250.
- Klein, U, Nowak A. Characteristics Of Patients With autistic Disorder (AD) Presenting For Dental Treatment: A Surrey and Chart Review. *Spec Care Dent*. 1999;19(5):200–207. doi: 10.1111/j.1754-4505.1999.tb01386.x.
- Kırcaali, İftar, G. (2012). Otizm spektrum bozukluğuna genel bakış. E. Tekin-İftar (Ed.). *Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklar ve Eğitimleri* (ss. 17-46). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Lai, B., Milano, M., Roberts, MW. And Hooper SR. (2012). Unmet Dental Needs and Barriers to Dental Care Among Children With Autism Spectrum Disorders. *Autism Dev Disord*. 42(7):1294-303.
- Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., et al. (2017). The Changing Epidemiology Of Autism Spectrum Disorders. *Annu Rev Public Health*, 38: 81–102.
- Lord, C., Elsabbagh, M. and Baird, G. , Vanderweele W. J. (2018). Autis Spectrum Disorder. *Lancet* 2018; 392: 508–20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\):31129-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18):31129-2).
- Luscre, D.M. and Center DB.(1996). Procedures For Reducing Dental Fear in Children With Autism. *Autism Dev Disord*, 26(5):547–56.
- Medina, AC., Sogbe, R., Gómez-Rey, A.M. and Mata, M.(2003). Factitial Oral Lesions In An Autistic Paediatric Patient. In *Paediatr Dent.*, 13:130–137. doi: 10.1046/j.1365-263X.2003.00440.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Monroy, PG, Da Fonseca MA. The Use Of Botulinum Toxin a In The Treatment of Severe Bruxism In a Patient With Autism. *Spec Care Dentist*. 2006;26:37–39. doi: 10.1111/j.1754-4505.2006.tb01508.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Nagendra, J. and Jayachandra, S. (2012). Autism Spectrum Disorders: Dental Treatment Considerations. *Int Dent Med Res*. 5(2):118–121. [Google Scholar]
- Önol, S. Kırzioğlu, Z. (2015). Otistik Bireylerde Ağız ve Diş Sağlığı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Çocuk Özel Sayısı, 17-25.
- Özçivit Asfuroğlu, B., Fidan, S. T., ve Toklu, C. (2013). Bir olgu nedeniyle otistik bozuklukta eş hastalanım. 23. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nde sunulan bildiri, Edirne.
- Özdemir, O., Diken, İ.H., Diken, O. ve Şekercioğlu, G. (2014). Otizm Davranış Kontrol Listesi (Autism Behavior Checklist-ABC) modifiye edilmiş Türkçe versiyonu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması: Pilot uygulama sonuçları, *International Journal of Early Child hood Special Education (INT-JECSE)*, 5: 168-186.
- Özeren, G. S. (2013). Otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve hastalığa kanıt penceresinden bakış. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4: 57-63.
- Özusta, Ş. (1996). Otizm Tanı ve Ayırıcı Tanı Katkı *Pediatric Dergisi*, 5(17): 850-863.
- Özvarış, B.Ş. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. (2016). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2. Baskı, Ankara.
- Sökmen, N. (2010). Otizm. *Eğitimde Yansımalar*, 27: 24-26.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017. <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü Otizm Spektrum Bozukluğu, 2017.

Tramm, R., McCarthy, A., and Yates, P. (2012). Using the Precede-Proceed Model of health program planning in breast cancer nursing research. *J Adv Nurs*, 68(8):1870-80. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05888.x

Türkiye İstatistik Kurumu, (Erişim tarihi: 30.05.2020). <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/>

Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları, Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi, 2014.

Weil, TN., Inglehart, MR. (2010). Dental Education And Dentists’ Attitudes and Behavior Concerning Patients With Autism. *Dent Educ.*, 74(12): 1294–1307.

Yosunkaya, E. (2013). Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 76: 84-88.

SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ E-SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE FİNANSAL SÜRDÜRÜBİLİRLİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN İNCELENMESİ

DETERMINING THE E-HEALTH LITERACY LEVEL HEALTHCARE USERS AND HEALTHCARE PROFESSIONALS AND EXAMINATION OF OPINIONS ON FINANCIAL SUSTAINABILITY

Öğretim Görevlisi Dr. Diler YAMAN KAHYAOĞLU

Toros Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, diler.yaman@toros.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8539-0700

Dr. Nilüfer YÜCEDAĞ ERDİNÇ

Ankara Üniversitesi Doktora Mezunu, n.yucedagerdinc@gmail.com, orcid.org/0000-0001-9698-4865

Dr. Ferah KEKLİK OKUL

Çağ Üniversitesi, ferah.keklik06@gmail.com, orcid.org/0000-0001-6047-0045

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (19.11.2020-20.12.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve sağlık sektöründeki finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda katılımcıların kişisel tercihlerinin değerlendirilmesidir. Araştırma evrenini 2020 yılında Mersin'in Tarsus ilçesinde ikamet eden sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırma evreninden kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenen katılımcılardan veri toplanmıştır (n=160). Çalışmada kullanılan soru kağıdında, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilen ve Tamer Gencer (2017) tarafından Türkçeye uyarlanan “e-sağlık okuryazarlık ölçeği” ile Tordrup, Angelis ve Kanavos (2013) tarafından hazırlanan ve Özer (2015) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusunda Paydaş Görüşleri” ölçeğinin boyutlarından olan “kişisel tercihler” boyutuna ilişkin ifadeler yer verilmiştir. Veriler SPSS 23 paket programı kullanılarak analiz edilmiş olup tanımlayıcı istatistikler ile t testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, e-sağlık okuryazarlık ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihler yaş ve cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Ayrıca araştırmada e-sağlık okuryazarlık ile finansal sürdürülebilirliği sağlamaya ilişkin kişisel tercihler arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, e-sağlık, e-sağlık okuryazarlığı, finansal sürdürülebilirlik



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Abstract

The aim of this study is to determine the e-health literacy level of healthcare users and healthcare professionals and to evaluate the personal preferences of the participants regarding financial sustainability in the health sector. The population of the research consists of healthcare users and healthcare professionals residing in Tarsus district of Mersin province in September 2020. Data were collected from the participants selected from the research population using the convenience sampling method (n=160). The e-health literacy scale which was developed by Norman and Skinner (2006) and adapted into Turkish by Tamer Gencer (2017) was used in the study. At the same time "Financial Sustainability Provision Regarding Stakeholder Feedback" scale with the size of the "personal preferences" which was developed by Tordrup, Angelis ve Kanavos (2013) and adapted into Turkish by Özer (2015) was also used. Data were examined through SPSS 23 package program by using descriptive statistics and parametric tests. In addition, correlation analysis was conducted to test the relationship between e-health literacy level and personal preferences. According to the research, participants' e-health literacy level and personal preferences for ensuring financial sustainability differ significantly by age and gender. Besides, there was a positive and significant relationship between e-health literacy level and personal preferences regarding financial sustainability.

Key Words: Health literacy, e-health, e-health literacy, financial sustainability.

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı kavramı alan yazına ilk kez Scott K. Simonds (1974)'ın "Health Education as Social Policy" isimli çalışması ile girmiştir (Şenel Tekin, 2019: 579). Sağlık okuryazarlığı kavramını, Dünya Sağlık Örgütü "sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma yeteneği olarak ifade etmektedir. Tıp Enstitüsü ise, "Bireysel olarak sağlık ile ilgili uygun kararların verilmesi için gerekli sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme ve anlama yeteneğinin seviyesi" olarak tanımlamaktadır (Erdağ, 2015: 2). Diğer bir tanıma göre ise, sağlık okuryazarlığı, bireyin okuryazar olma durumu, algılama, araştırma, kendini ifade edebilme becerileri ile bilgi düzeyleri gibi kültürel faktörlerin de içinde bulunduğu bir kavram olarak ifade edilmektedir (Sezgin, 2013: 77). Bu faktörlerdeki değişkenlik bireyin her türlü enformasyonu anlama ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme düzeyi noktasında anahtar rol oynamaktadır (Yılmaz, 2015: 34) Diğer taraftan, ülkelerin büyümesini ve gelişmesini belirleyen en önemli faktörlerden birisi teknoloji ve teknolojinin getirdiği dijital üstünlüktür. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlık uygulamalarının dijital platformlar aracılığı ile elde edilmesi e-sağlık okuryazarlık kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. E-sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. E-sağlık okuryazarlığının tanımı, tüketicilerin çevrimiçi sağlık bilgilerini değerlendirme becerilerinin E-sağlık okuryazarlıklarına göre değiştiğini öne sürmektedir (Chang, Zhang, Gwizdka, 2020: 1). Aynı zamanda e-sağlık okuryazarlığının geleneksel, sağlık, bilgi, medya ve bilgisayar okuryazarlığı dahil olmak üzere birkaç temel becerinin bileşimi olduğu belirtilmektedir (Werts ve Hutton, 2013: 115).

Finansal sürdürülebilirlik, maliyet baskılarının artmasıyla sınırlı kaynaklar arasında dengeyi kurması ve toplumsal iyilik hali için sağlığa katkı sağlaması gibi nedenlerden dolayı önem arz etmektedir (Özer ve Yıldırım, 2016: 150). Günümüzde ülkeler sağlık harcamalarının artması nedeniyle, sağlık sistemlerinin sürdürülebilir olmasını sağlamak için hızlı reform programları uygulamaktadır. Bu reform programlarının merkezinde sürdürülebilirlik ve artan maliyet baskıları karşısında sağlık sistemlerinin finansal gücü yer almaktadır (Gümüş ve Balcı, 2018: 2266). Ekonomik büyüme dönemlerinde sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, diğer harcama alanlarıyla dengelenmesi koşuluyla ekonomik olarak sürdürülebilir bir şekilde artırılabilir (Mills ve Kavanos,

564

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YÜCEDAĞ ERDİNÇ, N / KEKLİK OKUL, F)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

2020: 239). Sağlık sisteminde sürdürülebilirlik ise nüfusun hastalık yükü üzerindeki etkileri, yeni teknolojiler ve tüketici tercihleri gibi artan baskı öğeleri karşısında yeterli sağlık kalitesini sunabilme ve finanse edebilme yeteneği olarak ifade edilmektedir (Özer, 2015: 29). Sürdürülebilir olmayan sağlık sistemleri, hükümetler ve ülkeler için büyük politik sorunlarından biridir. Bu nedenle finansal sürdürülebilirlik tanımı, ölçümü ve sürdürülemezliğin olası çözümleri oldukça önemlidir (Gümüş ve Balcı, 2018: 2266). E-Sağlık hizmet faaliyetlerinin finansal sürdürülebilirliği, en az girdi ile uzun süreli ve gelecekte kesintiye uğramadan sağlık hizmeti üretimi fonksiyonunu yerine getirebilme yeteneği olarak ifade edilmektedir (Yiğit ve Yiğit, 2016 :255).

E-sağlık okuryazarlığına ilişkin alan yazında çok sayıda çalışmaya rastlanılmış olup e- sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanları bağlamında incelemeye alındığı çok az sayıda çalışma olması, sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanları noktasında sağlık okuryazarlık seviyelerinin tespit edilmesi ve bununla beraber finansal sürdürülebilirliğin bu konudaki anahtar rolünün belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada Mersin ili Tarsus ilçesinde ikamet eden sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel görüşlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1. E-Sağlık Okuryazarlığı

Son zamanlarda sağlık okuryazarlığı, bireysel sağlık davranışları ve sağlık çıktıları açısından önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olan hastalar, sağlıklarını anlamak, uygun kararlar vermek ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişim kurmak için gerekli iletişim becerilerine sahip olmayabilir. Bu nedenle bu kişiler daha düşük sağlık statülerine sahiptirler ve tıbbi tedaviye daha düşük uyum sağlarlar (Goto, Ishikawa, Okuhara ve Kiuchi, 2019: 1). Bu iletişim boşluğu, internet erişimi ve kullanımı gerektiren durumlarda e-sağlık teknolojisine doğru hareketle doldurulabilir. Dolayısıyla 21. yüzyılda sağlık bilgilerinin elde edilmesi ve bireysel sağlığın yönetilmesi için internet erişimi ve kullanımı, önerilen yaklaşımlardır (Gutierrez, Kindratt, Pagels, Foster ve Gimpe, 2014: 84).

Yazılı bilgilere erişimin olmaması, hastaların hastalıkları hakkında daha az bilgiye sahip olmalarına neden olacaktır. Bilgideki bu azalma, bilgiye erişme kabiliyetinin azalmasıyla birleştiğinde, sağlık hizmeti alanında iletişime olumsuz anlamda katkıda bulunur (Sadeghi, Brooks, Stagg-Peterson ve Goldstein, 2013:73). Bu sebeple günümüzde sorunlar ve zorluklar genellikle dijital veya teknolojik çözümlerle karşılanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, e-sağlığı “sağlık ile ilgili bilgileri, kaynakları ve hizmetleri sunmak için elektronik araçlar kullanan geniş bir faaliyet grubu” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2016: 7). E-Sağlık, kaliteyi, kapasiteyi, verimliliği ve sağlık hizmetlerine ve bilgisine erişimi iyileştirmenin bir yolu olarak bilinmektedir ve bu nedenle sağlığı ve sağlık alanında eşitliği geliştirme potansiyeline sahip olduğu ifade edilmektedir (Norgaard, Furstrand, Klokke, Karnoe ve Batterham, 2015: 524).

İnternetin gelişiminden bu yana sağlık bilgilerinin artan kullanılabilirliği ve yalnızca bilgi alışverişini değil aynı zamanda etkileşim ve tartışma yoluyla katılımı teşvik eden Web 2.0 teknolojileri, e-sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasına yol açmıştır. E-sağlık okuryazarlığı ilk olarak 2006 yılında Norman ve Skinner tarafından “elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve bir sağlık problemini ele almak veya çözmek için kazanılan bilgileri uygulama yeteneği olarak tanımlanmıştır (Walsh, Hemsley, Allan, Adams, Balandin, Gergious vd, 2017: 3). Bununla beraber hasta ve sağlık çalışanları için düşük maliyet, bilgilere erişimde yüksek hız gibi faydalar, interneti sağlık bilgilerinde arama yapmak için

565

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YÜCEDAĞ ERDİNÇ, N / KEKLİK OKUL, F)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

tercih edilen bir seçenek haline getirmiştir. Fakat internet sayısız kaynağı içeren karmaşık bilgi ortamıdır. Bu kaynaklar bilgi üretme ve dağıtma yolları bakımından farklılık göstermekte ve çevrimiçi sağlık bilgilerinin kalitesi ve güvenilirliği değişmektedir. Daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip tüketicilerin, çevrimiçi sağlık bilgilerini değerlendirme ve bunlara güvenme becerisine sahip olma olasılığı daha düşüktür (Chang vd. 2020: 2).

Gencer, Daşlı ve Biçer (2019), üniversite öğrencilerinin elektronik düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyelerinin tespit edilmesini amaçlayan çalışmalarında, 420 kişiye anket uygulamışlardır. Çalışma sonucunda, katılımcıların sağlık iletişimi alanında dijital kaynak kullanımının üst düzeyde olduğu ve sağlıkla ilişkili karar vermesi gerektiği durumlarda internetten bilgi kullanımında kendisine

güvendiği ortaya konulmuştur. Uslu ve Şeremet (2020), bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların %61'inin sağlıkları hakkında karar verirken interneti yararlı bulduğunu ve kadınların erkeklere oranla daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Chang vd. (2020), farklı e-sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip sağlık tüketicilerinin farklı kaynaklardan çevrimiçi sağlık bilgilerini nasıl değerlendirdiğini incelediği çalışmada, e-Sağlık okuryazarlığı ile çevrimiçi sağlık bilgilerinin değerlendirilmesinde gösterge ve ölçüt türlerinin kullanımı arasında anlamlı bir ilişki tespit edememişlerdir.

2.Finansal Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilirlik kavramı, günümüz toplumunun ihtiyaçlarını gelecek nesillerin ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinden ödün vermeden gerçekleştirmek olarak ifade edilmektedir (Özçelik, 2013: 4986). Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik kavramı ise; sağlık sisteminin görevlerini gerçekleştirebilmesi için uygun miktarda kaynak toplayabilmesi ve topladığı kaynaklarla sağlık sistemini koruma ve sağlık sistemini geliştirme sorumluluğunu yerine getirebilme yeteneği olarak ifade edilmektedir (Özer, 2015:30). Diğer bir tanıma göre sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik, sağlık sisteminin zaman içinde en az finansal girdiyle, etkili çalışma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Belek, 2016: 35). Wang (2015)'a göre finansal sürdürülebilirliğe ulaşmanın üç temel unsuru bulunmaktadır. Bunlardan birincisi sistemin işleme için sağlık gelirlerinin, giderleri aşması, ikincisi daha fazla mali harcamaya ihtiyaç duyan hükümetin sağlık hizmetleri sistemine yardım etmesi ve son olarak sağlık hizmeti talebinin tüm vatandaşlar için temel sağlık sistemi ile karşılanabilir olmasıdır. Pazara giren artan sayıda yeni ürün, artan bulaşıcı olmayan hastalık vakaları ve yaşlanan nüfus ile karakterize edilen sağlıklı bir inovasyon hızı, son yirmi yılda dünya çapında sağlık hizmetleri sistemlerinde artan mali baskı ile sonuçlanmıştır. Birçok ülke, ekonomik ve finansal sürdürülebilirliği teşvik etmek için, fiyat kontrolleri, hacim kontrolleri, bütçeleme ve piyasa odaklı politikalar dahil olmak üzere agresif maliyet sınırlama politikaları uygulamıştır (Mills ve Kavanos, 2020: 239). Sürdürülebilir olmayan sağlık sistemleri, hükümetler ve ülkeler için büyük politik bir sorun olmakta bu nedenle finansal sürdürülebilirlik tanımı, ölçümü ve sürdürülemezliğin olası çözüm yolları önem taşımaktadır.

Finansal sürdürülebilirlik kapsamında sağlık hizmetlerinin kesintisiz yerine getirilebilmesi için yeterli kaynağa sahip olunması ve değişen çevreye uyum sağlanabilmesi önemli rol oynamaktadır. Aksi takdirde sağlık hizmetlerinin sunumu için var olan finansman, insan kaynağı ve gerekli olan diğer kaynaklar yetersiz kaldıkça "sürdürülebilirlik açığı" ortaya çıkmaktadır (Coiera ve Hovenga, 2007: 12). Toplumun ihtiyaçlarına zamanında cevap verebilecek uzun vadede kaynakların yeterli gelmesi anlamına gelen sağlık sisteminde sürdürülebilirlikte bahsi geçen kaynaklar; sağlık personeli, sağlık yöneticileri, bilgi teknolojileri içeren fiziksel kaynaklardan ve finansal kaynaklardan meydana gelmektedir (Marchildon, 2004: 34). Türkiye'de, Amerika Birleşik

566

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YÜCEDAĞ ERDİNÇ, N / KEKLİK OKUL, F)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Devletleri, Çin ya da diğer bazı Avrupa ülkelerinden farklı olarak, sağlık hizmetleri birçok vatandaşa ücretsiz ya da düşük bir fiyat karşılığında uygun tedavi ve tıbbi muayene hizmeti sunmaktadır. Bu bağlamda sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik önem arz etmektedir.

Türkiye’de sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği ölçme ve değerlendirmede üzerinde fikir birliği sağlanmış kriterler bulunmamakla beraber herhangi bir sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini ölçme ve değerlendirmede kullanılan göstergeler sağlık harcamalarına, gelir ve kaynaklarına dayalı ölçümler ile paydaşların görüşlerine dayalı ölçüm ve değerlendirmeler olmak üzere iki gruba ayrılabilir (Özer ve Yıldırım, 2016: 151). Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik ile ilgili harcama/ kaynak temelli göstergelerde çoğunlukla toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi harcamalara (GSYİH) oranı, kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı, kamu harcamalarının kamu gelirleri içindeki payı, kamu sağlık harcamalarının büyüme oranı gibi ölçümler kullanılmaktadır (Gümüş ve Balcı, 2018: 2268). Bu çalışmada finansal sürdürülebilirliği ölçmek ve değerlendirmek için paydaş görüşlerine başvurulmuştur. Sağlık politikalarının uygulanmasında veya oluşturulmasında doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen kişiler, gruplar ya da kurumlar “paydaş” olarak ele alınır. Paydaş gruplarının görüşlerinin alınması, kamu politikası oluşturulurken çok sayıda faktörün ortaya çıkması ve paydaşların istekleri ve uygulamada ne olacağına dair anlaşmazlıkların olduğu bu karmaşık sürecin yönetilmesi bakımından önemlidir (Özer ve Yıldırım, 2016: 152).

Tordrup vd., (2013), sağlık hizmetleri finansal sürdürülebilirliği ve sağlık hizmetlerinin gelecekteki finansmanı konusunda bir grup kilit paydaş (ödeme yapanlar, sağlayıcılar, hükümet, akademi ve sağlıkla ilgili endüstri) arasındaki tercihleri ortaya çıkarmayı amaçladıkları çalışmalarında 28 Avrupa Birliği üyesi ülkeden 842 katılımcıya anket uygulamıştır. Araştırma sonuçlarına göre; farklı menfaatlere sahip paydaş grupları arasında genel olarak kabul edilebilir politika seçenekleri mevcut olmasına rağmen bunların yaşam tarzı değişiklikleri, tarama müdahaleleri ve zararlı ürünler üzerindeki tüketim vergileriyle sınırlı kaldığı saptanmıştır. Özer (2015), Türkiye’de sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda paydaşların görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada 108 kişiye ulaşılmış ve Paydaşlar Türkiye Sağlık Sistemi’nde finansal sürdürülebilirliği sağlamaya yönelik olarak özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, mevcut teminat paketinin gözden geçirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması ve sevk zincirinin mutlaka hayata geçirilmesi gerektiği sonucunu elde etmiştir. Gümüş ve Balcı (2018), Türk sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada, sağlık harcamalarının makroekonomik değişkenlerle karşılaştırmasını yaparak sağlık sistemini etkileyecek dışsal faktörlerin ve kamu harcamalarının gelecek projeksiyonlarını incelemişlerdir. Araştırma sonucunda dışsal faktörlerdeki gelişmelerin sağlık sistemindeki finansal yükü artırabileceği gelecek projeksiyonlar olarak ortaya konulmuştur.

Yapılan bazı çalışmalar sınırlı sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla veya yetersiz kullanılmasıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Goto vd., 2019: 1). Sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen ya da e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ile ilgili çok sayıda çalışma mevcut olsa da, e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sisteminin finansal gücünü etkileyen en önemli unsurlar arasında değişen nüfus yapısı, bireylerin artan sağlık hizmeti beklentileri ve artan sağlık bilinci ile sağlık hizmetleri teknolojisindeki gelişmelerin kamu maliyesi üzerindeki baskıları sayılabilir (Gümüş ve Balcı, 2018: 2266). Literatürde e-sağlık okuryazarlığı ile sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliği sağlama arasındaki ilişkiyi araştıran ampirik çalışmalarda eksiklik görülmüştür. Bu araştırmada e-sağlık okuryazarlığı ile finansal sürdürülebilirlik arasındaki ilişki

567

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YÜCEDAĞ ERDİNÇ, N / KEKLİK OKUL, F)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

birlikte ele alınarak, literatüre daha farklı bir yaklaşım önerilmektedir. Bu bakımdan çalışma, diğer çalışmalardan farklılaşmakta ve bir boşluğu doldurmaktadır.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Mersin ili Tarsus ilçesinde ikamet eden sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti kullanıcıları oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde 2020 Eylül ayında kolayda örnekleme yöntemiyle 160 sağlık çalışanı ve hasta araştırmaya dahil edilmiştir. COVID 19 salgını nedeniyle çok fazla katılımcıya ulaşılamamıştır. Çalışmada, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilen ve Tamer Gencer (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan "E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği" kullanılmış, finansal sürdürülebilirlik ile ilgili olarak ise Tordrup vd. (2013) tarafından hazırlanan ve Özer (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan paydaş görüşlerini belirlemeye yönelik hazırlanmış "Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusunda Paydaş Görüşleri" ölçeğinin boyutlarından biri olan "kişisel tercihler" boyutu kullanılmıştır.

Bu araştırma kapsamında e-sağlık okuryazarlık ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0,912; finansal sürdürülebilirliğe ilişkin katılımcıların kişisel tercihleri boyutu için Cronbach alpha değeri ise 0,725 olarak hesaplanmıştır. Toplam sekiz maddeden oluşan e-sağlık ölçeği ve dört maddeden oluşan finansal sürdürülebilirlik ölçeğinin kişisel tercih boyutu (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde beş kategoride derecelendirilmiştir. Ölçek ortalama puanı arttıkça; yani 5'e yaklaştıkça e-sağlık okuryazarlık ve finansal sürdürülebilirliğin kişisel tercihler boyutunun düzeyi de artmaktadır.

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara 3 bölümden oluşan anket formu uygulanmıştır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özelliklerini içeren sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde e-sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemeye yönelik ifadeler yer alırken üçüncü ve son bölümde katılımcıların Türkiye'de sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği sağlama konusundaki görüşlerinden kişisel tercihlere ilişkin düşüncelerini belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır.

Araştırma verileri SPSS 23 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile incelenmiştir. E-okuryazarlık ölçeğinin çarpıklık değeri 0,185 basıklık değeri 0,156 ve finansal sürdürülebilirlik çarpıklık değeri -1,572 ve basıklık değeri ise 1,463 olarak hesaplanmıştır. Verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması verilerin normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir (Kline, 2016). Bu nedenle araştırmada veri analizlerinde parametrik testler uygulanmıştır.

Veri analizinde öncelikle değişkenlerin yüzde, frekans, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri hesaplanmıştır. E-sağlık okuryazarlık ve finansal sürdürülebilirlik kişisel tercihler ölçek ortalamalarının cinsiyet, medeni durum, hasta veya sağlık çalışanı olma durumu, özel sağlık sigortasına sahip olma durumu, bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan pay ve toplam bütçeden sağlık alanındaki internet faaliyetlerine ayrılan paya göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplarda t testi; yaş, eğitim durumuna göre farklılıkların tespiti için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Ayrıca tek yönlü varyans analizi sonucunda tespit edilen farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla çoklu karşılaştırma (Post Hoc) testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmada e-okuryazarlık ile finansal sürdürülebilirlikteki kişisel tercihler arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki tüm analizler için anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Verilen bilgiler ışığında oluşturulan hipotezler şunlardır:

H₁: E-sağlık okuryazarlık cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H₂: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H₃: E-sağlık okuryazarlık medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H₄: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H₅: E-sağlık okuryazarlık yaşa göre farklılık göstermektedir.

H₆: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler yaşa göre farklılık göstermektedir.

H₇: E-sağlık okuryazarlık eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₈: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₉: E-sağlık okuryazarlık hasta veya sağlık çalışanlarına göre farklılık göstermektedir.

H₁₀: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler hasta veya sağlık çalışanlarına göre farklılık göstermektedir.

H₁₁: E-sağlık okuryazarlık özel sağlık sigortasına sahip olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₁₂: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler özel sağlık sigortasına sahip olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₁₃: E-sağlık okuryazarlık bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan paya göre farklılaşmaktadır.

H₁₄: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan paya göre farklılaşmaktadır.

H₁₅: E-sağlık okuryazarlık toplam bütçeden sağlık alanındaki internet faaliyetlerine ayrılan paya göre farklılaşmaktadır.

H₁₆: Finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler toplam bütçeden sağlık alanındaki internet faaliyetlerine ayrılan paya göre farklılaşmaktadır.

H₁₇: E-sağlık okuryazarlık ile finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

BULGULAR

Bu bölümde e-sağlık okuryazarlık ve finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihler ölçeğine ilişkin açıklayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercihlerinin tespit edilmesine yönelik yapılan açıklayıcı istatistikler Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Ölçeklere İlişkin Açıklayıcı İstatistikler

	n=160	Ort.	ss.
E-sağlık Okuryazarlığı		3,549	,8789
Finansal Sürdürülebilirlik		2,189	,4268
Kişisel Tercihler			
E-Sağlık Okuryazarlık			
1- İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.		2,668	,5797
2-İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.		3,543	1,2829
3- İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.		3,506	1,2027
4-Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak için interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.		3,475	1,1813
5.İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.		3,662	1,1810
6. İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriyeye sahibim.		3,787	1,0896

7. İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını, düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim. 3,962 1,0982

8. Sağlığa ilişkin kararlar verirken internette bilgi kullanımında kendime güveniyorum. 3,787 1,1676

Finansal Sürdürülebilirlik Kişisel Tercihler

1. Sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım. 1,218 ,4974

2. Sağlık hizmetleri almam gereken her durumda masrafları cepten ödemeyi kabul ederim. 2,512 ,9840

3. Kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sisteminin, özel sektörün finanse ettiği sağlık sistemine oranla daha verimli, kaliteli ve etkili bir şekilde organize edildiğini düşünüyorum. 2,587 ,7038

4. Tümünü ücretsiz sağlık hizmetlerinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi ödemeyi kabul ederim. 2,437 ,6975

Tablo 1’de katılımcıların e-sağlık okuryazarlık genel seviyeleri (3,54) ve finansal sürdürülebilirliğe ilişkin kişisel tercih ortalaması (2,19) olduğu görülmektedir. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ile ilgili ifadelerine verdikleri cevaplar genel anlamda ortalamanın üzerindedir. En düşük ortalama değere sahip ifadenin “İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum”(2,6687) ve en yüksek ortalama değere sahip ifadenin ise “İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını, düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim” (3,7875) olduğu görülmektedir. Finansal sürdürülebilirliğin kişisel tercihler boyutu incelendiğinde en düşük ortalama değere sahip ifadenin “Sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım” (1,2188) ve en yüksek ortalama değere sahip ifadenin ise “Kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sisteminin, özel sektörün finanse ettiği sağlık sistemine oranla daha verimli, kaliteli ve etkili bir şekilde organize edildiğini düşünüyorum” (2,5875) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, özel sağlık sigortasına sahip olma durumu ve bütçelerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları paya ilişkin frekans ve yüzdelik değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	Kategori	Frekans (f)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	86	53,8
	Erkek	74	46,3
	Toplam	160	100
Medeni Durum	Evli	88	55,0
	Bekar	72	45,0
	Toplam	160	100
Yaş	21-30 yaş arası	63	39,4
	31-40 yaş arası	52	32,5
	41-50 yaş arası	31	19,4
	51 ve üzeri	14	8,8
	Toplam	160	100
Eğitim Durumu	Lise	48	30,0
	Ön lisans	41	25,6
	Lisans	61	38,1
	Lisansüstü	10	6,3
	Toplam	160	100
Hasta ve Sağlık Çalışanı	Hasta	113	70,6
	Sağlık Çalışanı	47	29,4
	Toplam	160	100
Özel Sağlık Sigortası var mıdır?	Evet	113	70,6
	Hayır	47	29,4
	Toplam	160	100
Bütçenizden sağlık harcamalarına ayırdığınız pay	%5-10	52	32,5

ne kadardır?	%11 ve üzeri	108	67,5
	Toplam	160	100
Toplam bütçenizin yüzde kaçını sağlık alanındaki internet faaliyetlerine ayırmaktasınız?	%3 ve daha az	101	63,1
	%4 ve üzeri	59	36,9
	Toplam	160	100

Tablo 2’de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans bilgileri yer almaktadır. Buna göre katılımcıların % 53,8’i kadın, %55’i evli, %39,4’ü 21-30 yaş aralığında, %38,1’i lisans mezunu, %70,6’sının özel sağlık sigortasının olduğu ve %65’inin ise bütçesinin %11 ve üzeri miktarda sağlık harcamalarına ayırdığı ve %63,1’inin ise toplam bütçesinden %3 ve daha az miktarda sağlık alanındaki internet faaliyetlerine görülmektedir.

Hipotezlerin Test Edilmesi

Bu bölümde e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihlere ilişkin görüşleri belirleyen ölçekler bazında demografik özelliklerden kaynaklanan algı farklılıklarının analizine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Farklılıklarının Analizi İçin t Testi

	Cinsiyet	n	Ort.	ss.	t	p
E-sağlık Okuryazarlığı	Kadın	86	3,7209	,77238	2,717	,007
	Erkek	74	3,3497	,95556		
Finansal Sürdürülebilirlik	Kadın	74	2,2326	,39068	1,394	,165
	Erkek	86	2,1385	,46291		

p<0,05

Tablo 3’e göre katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre kadın katılımcıların e-sağlık okuryazarlık ortalamasının (3,7209) erkek katılımcılara oranla daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda katılımcıların kişisel tercihleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri (p= 0,092) ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri (p=0,332) bakımından medeni duruma göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Benzer şekilde katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri (p= 0,971) ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri (p= 0,074) bakımından hasta ya da sağlık çalışanı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4. Katılımcıların bütçelerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları paya göre Farklılıklarının Analizi İçin t- Testi

	Sağlık harcamalarına ayrılan pay	n	Ort.	ss.	t	p
E-sağlık Okuryazarlığı	%5-10	52	3,675	,7205	1,263	,208
	%11 ve üzeri	108	3,488	,9407		
Finansal Sürdürülebilirlik	%5-10	52	2,375	,3447	4,335	,000
	%11 ve üzeri	108	2,099	,4349		

p<0,05

Tablo 4’de katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile bütçelerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları paya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Ancak katılımcıların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri bakımından sağlık

harcamalarına ayırdıkları paya göre anlamlı farklılık görülmektedir. Sağlık harcamalarına %5-10 pay ayıran katılımcıların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusundaki kişisel tercihlerinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Bütçelerinden Sağlık Alanındaki İnternet Faaliyetlerine Kaynak Ayırma Durumuna Göre Farklılıklarının Analizi İçin t- Testi

	Toplam bütçeden sağlık alanındaki internet faaliyetlerine kaynak ayırma durumu	n	Ort.	ss.	t	p
E-sağlık Okuryazarlığı	% 3 ve daha az	101	3,516	,9411	-,623	,534
	% 4 ve daha fazla	59	3,605	,7652		
Finansal Sürdürülebilirlik	% 3 ve daha az	101	2,136	,4380	-2,073	0,04
	Kişisel Tercihler % 4 ve daha fazla	59	2,279	,3941		

p<0,05

Tablo 5’de katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile bütçelerinden sağlık alanındaki internet faaliyetlerine kaynak ayırma durumuna göre anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (p>0,05). Diğer yandan katılımcıların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri bakımından bütçelerinden internet faaliyetlerine kaynak ayırma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Bütçelerinden sağlık alanındaki internet faaliyetlerine %3 ve daha az kaynak ayıran katılımcıların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihlerinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumuna Göre Farklılıkların Analizi İçin t- Testi

	Özel Sağlık Sigortası Olma Durumu	n	Ort.	ss.	t	p
E-sağlık Okuryazarlığı	Evet	86	3,547	,8675	,001	,951
	Hayır	74	3,553	,9155		
	Toplam	160	3,549	,8789		
Finansal Sürdürülebilirlik	Evet	86	2,227	,4375	3,225	,074
	Hayır	74	2,095	,3885		
Kişisel Tercihler	Toplam	160	2,189	,4268		

Tablo 6’ya göre katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri bakımından özel sağlık sigortasına sahip olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 7. Yaşa göre Farklılıkların Analizi için Tek Yönlü Varyans Analizi

	Yaş Aralığı	n	Ort.	ss.	f	p
E-sağlık Okuryazarlığı	21-30 yaş arası	63	3,7877	,83208	4,202	,007
	31-40 yaş arası	52	3,3293	,80973		
	41-50 yaş arası	31	3,6371	,79997		
	51 ve üzeri	14	3,0982	1,17994		
	Toplam	160	3,5492	,87899		
Finansal Sürdürülebilirlik	21-30 yaş arası	63	2,2500	,40411	2,828	,040
	31-40 yaş arası	52	2,1779	,40926		
	41-50 yaş arası	31	2,2177	,48193		
	51 ve üzeri	14	1,8929	,37614		
	Toplam	160	2,1891	,42684		

p<0,05

Tablo 7’de görüleceği üzere e-sağlık okuryazarlık ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihlerin yaşa göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Scheffe çoklu karşılaştırma testi sonuçları Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8. E-Sağlık Okuryazarlığı ve Finansal Sürdürülebilirlik Ölçekleri Bazında Yaş Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma

	I (Yaş)	J (Yaş)	Ortalama Farkı (I-J)	St. Hata	p
E-sağlık Okuryazarlığı	21-30 yaş aralığı	31-40 yaş aralığı	,45837*	,15993	,045
Finansal Sürdürülebilirlik Kişisel Tercihler	21-30 yaş aralığı	51 ve üzeri yaş	,35714*	,12400	,044

Tablo 8’de görüldüğü üzere; katılımcılardan 21-30 yaş aralığında olanların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin 31-40 yaş aralığında olanlara göre daha yüksek olduğu, 21-30 yaş aralığında olanların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihlerinin ise 51 yaş ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 9. Eğitim Durumuna Göre Farklılıkların Tespiti İçin Tek Yönlü Varyans Analizi

	Eğitim Durumu	n	Ort.	SS.	f	p
E-sağlık Okuryazarlığı	Lise	48	3,2969	1,00782	2,065	,107
	Ön lisans	41	3,5884	,70669		
	Lisans	61	3,6906	,82715		
	Lisansüstü	10	3,7375	1,02139		
	Toplam	160	3,5492	,87899		
Finansal Sürdürülebilirlik Kişisel Tercihler	Lise	48	2,1458	,49956	,428	,733
	Ön lisans	41	2,2378	,39903		
	Lisans	61	2,2008	,37030		
	Lisansüstü	10	2,1250	,51707		
	Toplam	160	2,1891	,42684		

Tablo 9’da görüleceği üzere e-sağlık okuryazarlık ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihlerin yaş gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 10. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

	E-sağlık Okuryazarlığı	Finansal Sürdürülebilirlik Kişisel Tercihler
E-sağlık Okuryazarlığı	1	,423** ,000
Finansal Sürdürülebilirlik Kişisel Tercihler	,423** ,000	1

Tablo 10’da görüleceği üzere e-sağlık okuryazarlık ile finansal sürdürülebilirliği sağlamadaki kişisel görüşler arasında pozitif yönlü zayıf doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,423$; $p<0,05$). Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanı ve sağlık hizmeti kullanıcılarının e-sağlık okuryazarlık düzeyinin artması, finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihlerini aynı yönde artırmaktadır.



TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Teknolojik gelişmelere paralel olarak her alanda olduğu gibi sağlık alanında da ortaya çıkan yenilikler ve internet teknolojisindeki gelişmeler göz önüne alındığında kişilerin e-sağlık bilgisi ve sağlık okuryazarlığı giderek önemli olmaya başlamıştır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından yayımlanan 2019 yılı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması” raporuna göre, 16-74 yaş arası genel internet kullanım oranı %75,3 olarak tespit edilmiştir. 2018 yılı rakamlarına bakıldığında ise bu oranın %72,9 olduğu belirtilmiştir (www.data.tuik.gov.tr). Diğer bir ifadeyle Türkiye’de internet kullanım oranında artış yaşanmıştır.

Sağlık sistemleri gün geçtikçe daha çok yönlü hale gelmeye başlamış, daha kaliteli ve az maliyetli sağlık hizmeti sunumu sağlamak için dikkat çeken uygulamalar bulmak amacıyla teknoloji ile desteklenen bir süreç ortaya konulmaya başlamıştır. Paydaşların sağlık sektöründe yaşadığı sıkıntılar, ortaya konulan çözüm önerileri ve kullanılan sistemlerin yaklaşımları istenilen sonuçları elde etmek için önem taşımaktadır.

Bu çalışmada Mersin ili Tarsus ilçesinde ikamet eden sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanlarının e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel görüşlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile katılımcıların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Türkiye’de finansal sürdürülebilirlik ile ilgili çok fazla çalışma bulunmaması nedeniyle ileride yapılacak çalışmalara veri teşkil etmesi açısından önem arz etmektedir. Çalışmada temel bir işlevsel düzeyin ötesinde, e-sağlık okuryazarlığının araştırmaya dahil edilen katılımcılarda sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği sağlama konusundaki kişisel tercihleri ile ilişkili olup olmadığı ve nasıl bir ilişki olduğu konusunda gerek uygulayıcıların gerekse araştırmacıların işine yarayacak bilgiler içermektedir.

Çalışma sonucunda katılımcıların, e-sağlık okuryazarlık genel seviyesi orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. E-sağlık okuryazarlık düzeyi kadın katılımcılarda ve 21-30 yaş arasında daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda e-sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için elektronik ortamda sunulan bilgilerin güvenilirliğine dikkat edilmesi ve 30 yaş üzeri kullanıcılar için daha kullanıcı dostu teknoloji ara yüzlerinin sunulmasına yönelik çalışmaların yapılması yararlı olabilir. Kişilerin sağlık bilgilerini hangi kaynaklardan sağladığı, ne kadar güvenilir olduğu ve elde ettiği bilgileri nasıl kullandığı ileride kişinin sağlığında telafisi olmayacak problemlere neden olmaması açısından önemlidir. Bu doğrultuda kişileri bilgilendirmek için gerek sağlık sektörü paydaşlarını bilgilendirerek gerekse halk sağlığı eğitimcileri aracılığıyla e-sağlık bilgilerine nereden ve nasıl ulaşılacağına dair güvenilir bilgi kaynakları sunulabilir.

Çalışmada finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda katılımcıların kişisel tercihlerine ilişkin en fazla katılmış olduğu ifade “Kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sisteminin, özel sektörün finanse ettiği sağlık sistemine oranla daha verimli, kaliteli ve etkili bir şekilde organize edildiğini düşünüyorum”, en az katılmış olduğu ifade ise “Sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım” olmuştur. Sağlık alanında finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasında hasta ve sağlık çalışanlarının GSS (Genel Sağlık Sigortası) kapsamında sunulan hizmetleri yeterli görmekte ve ayrıca bir özel sağlık sigortasına ihtiyaç duymamaktadır. Sağlık hizmetlerini akıllıca kullanarak ve sağlığa erişimi fazla kısıtlamadan teknolojinin de desteğiyle ortaya çıkabilecek hatalar en aza indirilebilir. Finansal sürdürülebilirlik, vatandaşların değişen ihtiyaçlarının sağlık sistemi tarafından hem bugün hem de gelecekte yüksek kaliteli, kapsamlı ve verimli bakım hizmetleriyle karşılanmasını sağlamalıdır.

Son olarak katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin artması, finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri de artacaktır. Bu sayede e-sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi bireylerin finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda kişisel tercihleri üzerinde rol oynayacak ve finansal sürdürülebilirlik ile ilgili konulardaki ihtiyaçlarını daha rahat belirlemelerine



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

neden olabilir. Bu bulgulardan hareketle, ileride farklı meslek gruplarını kapsayacak şekilde farklı bölgelerde benzer çalışmalar yapılarak e-sağlık okuryazarlık düzeyinin finansal sürdürülebilirlik ile ilişkisi incelenebilir. Ayrıca finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda paydaş görüşlerinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer boyutlar da araştırmaya dahil edilerek ileride farklı çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

Belek, İ. (2016). Sağlıkın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Chang Y.S., Zhang Y. & Gwizdka J. (2020). The Effects Of Information Source And E-health Literacy On Consumer Health Information Credibility Evaluation Behavior, Computers in Human Behavior, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106629>

Coiera, E. & Hovenga, E.J.S. (2007). Building a Sustainable Health System, IMIA Yearbook of Medical Informatics, Health Informatics Research Group, Central Queen Island University, Australia.

Erdağ, Ç. G. (2015). Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yayın No: 3, ISBN: 978-605-136-178, 1-14.

Goto, E., Ishikawa, H., Okuhara, T., & Kiuchi, T. (2019). Relationship Of Health Literacy With Utilization Of Health-Care Services in A General Japanese Population, Preventive Medicine Reports, 14, 1-5.

Gutierrez, N., Kindratt, T., Pagels, P., Foster, B. & Gimpe, E. (2014). Health Literacy, Health Information Seeking Behaviors and Internet Use Among Patients Attending a Private and Public Clinic in the Same Geographic Area, Community Health, 39, 83-89 DOI 10.1007/s10900-013-9742-5.

Gümüş, G. K. ve Balcı, N. (2018). Financial Sustainability of Turkish Health Care System. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 22(4), 2265-2286.

Kline, R. B. (2016). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (Fourth Edition). New York: Guilford Publications

Marchildon, G.P. (2004). The Many Worlds of Fiscal Sustainability, The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada, Canada: University of Toronto Press.

Mills, M. & Kavanos, P. (2020). Do pharmaceutical budgets deliver financial sustainability in healthcare? Evidence from Europe. Health Policy, 124, 239-251.

Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A. & Batterham, R. (2015.) The E Health Literacy Framework: A Conceptual Framework For Characterizing E-Health Users And The Interaction With E- Health Systems. Knowledge Management & E-Learning, ISSN 2073-7904.

Norman, C. D. & Skinner H. A. (2006). E-HEALTHS: The eHealth Literacy Scale. Journal of Medical Internet Research, 8(4): 1-7

575

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YÜCEDAĞ ERDİNÇ, N / KEKLİK OKUL, F)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Özçelik, F. (2013). Sürdürülebilirlik Performans Karnesi. Journal of Yasar University, 8(30), 4985-5008

Özer, Ö. (2015). “Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri Ve Değerlendirmeleri”. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Ankara.

Özer, Ö. ve Yıldırım, H. H. (2016). Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğine Yönelik Bir Uygulama. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (16), 149-161.

Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S. & Goldstein, R. (2013). Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individuals with. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPDISSN: 1541-2555.

Sezgin, D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak, Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını (Özel sayı 3), 75-91.

Şenel Tekin, P. (2019). Tıbbi Sekreterlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları: Öğrenci Sekreterler Boyutunda Bir Değerlendirme, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3), 577-598.

Tamer Gencer, Z. (2017). Norman ve Skinner’ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, Sayı: 52, 131-145.

Gencer, T. Z., Daşlı, Y. & Biçer, E. B. (2019). Sağlık İletişiminde Yeni Yaklaşımlar: Dijital Medya Kullanımı, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 22(1), 42-52.

Tordrup, D., Angelis, A. & Kanavos, P. (2013). Preferences on Policy Options for Ensuring the Financial Sustainability of Health Care Services in the Future: Results of a Stakeholder Survey. Appl Health Econ Health Policy, 11, 639–652.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Hane Halkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması*, 01.10.2020 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/tr/display-bulletin/?bulletin=hanehalki-bilisim-teknolojileri-bt-kullanim-arastirmasi-2019-30574> adresinden alınmıştır.

Uslu, D. & Şeremet, G. (2020). Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6(2), 386-394.

Walsh, L., Hemsley, B., Allan, M., Adams, N., Balandin, S., Gergious, A., et al.(2017). The E-health literacy demands of Australia’s My Health Record: A Heuristic evaluation of Usability. Perspectives Health Inform Manag, 14(Fall), PMID: 29118683.

Wang, L. (2015). Does the “National Free Health Care” Have Financial Sustainability in China? A case of Shenmu County, Shaanxi Province, China. Technology and Health Care: Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine, 23(1).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Werts, N. & Hutton,R. (2013). Barriers to Achieving E-Health Literacy, American Journal of Health Sciences, Volume 4, Number 3,Towson University, USA.

World Health Organization (WHO), (2016), From Innovation to Implementation e-health Report. 01.10.2020 tarihinde https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf?ua=1 adresinden alınmıştır.

Yılmaz ,E. (2015). Hastaların Güçlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3, ISBN: 978-605-136-178, 29-38.

Yiğit, V. ve Yiğit, A. (2016). Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği, Sosyal Bilimler Üniversitesi Dergisi, DOI: 10.20875/sb.84868.



**ÖZEL SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞANLARIN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK
DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER BAĞLAMINDA İNCELENMESİ:
SAMSUN İLİ ÖRNEĞİ**

**INVESTIGATION OF ORGANIZATIONAL COMMITMENT LEVELS OF
EMPLOYEES IN PRIVATE HEALTHCARE INSTITUTIONS IN THE CONTEXT
OF VARIOUS VARIABLES: CASE OF SAMSUN**

Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, altug.cagatay@gop.edu.tr, orcid.org/0000-0001-7067-5570

Dr. Selman KIZILKAYA

Orta Doğu Teknik Üniversitesi, kselman@metu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3136-7257

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (17.11.2020-10.12.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı, özel sağlık kuruluşlarında çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerinin ortaya konularak bunun görev yapılan sağlık kuruluşu, mesleki deneyim süresi, kurumdaki çalışma süresi, birimdeki çalışma süresi, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi ile anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymaktır. Betimsel tarama modeli niteliğinde olan bu çalışmanın ana kütlesi Samsun ili özel hastaneleridir. Çalışma Samsun ilindeki tüm özel sağlık kuruluşuna uygulanmış olup bu hastane sayısı 6 dır. Örnekleme ise basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 60 sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemine başvurulmuştur. Anket içerisinde çalışanların kişisel özelliklerini belirlemek için demografik bilgi formu ile Meyer ve Allen tarafından geliştirilen Örgütsel Bağlılık Ölçeği kullanılmıştır. Anket uygulaması sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 26.00 programı tercih edilmiştir. Araştırma sonucunda, mesleki deneyim, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, mevcut birimdeki çalışma süresi, kurumdaki çalışma süresine göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Buna karşın görev yapılan sağlık kuruluşuna göre örgütsel bağlılık düzeyinin anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Araştırmada



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

ayrıca, kurumdaki çalışma süresi ile normatif bağlılık arasında, görev yapılan sağlık kuruluşu ile duygusal ve normatif bağlılık arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Bağlılık, Sağlık Çalışanları, Sağlık Kuruluşu

Abstract

The purpose of this study is to reveal the organizational commitment levels of the employees in private health institutions and to reveal whether this creates a significant difference in terms of the health institution, professional experience duration, duration of work in the institution, working time in the unit, gender, age, marital status, and education level. The main body of this study, which is a descriptive screening model, is Samsun province private hospitals. The study was applied to all private health institutions in Samsun province and this number of hospitals is 6. The sample consists of 60 healthcare professionals selected by simple random sampling method. The survey method was used as a data collection tool. The demographic information form and the Organizational Commitment Scale developed by Meyer and Allen were used. SPSS 26.00 (Statistical package for social sciences) program was chosen for the analysis of the data obtained through the survey application. As a result of the research, it was determined that there was no significant difference at the level of 0.05 in the comparison of the organizational commitment level and sub-dimensions according to professional experience, gender, age, education level, marital status, working time in the current unit, and working time in the institution. On the other hand, it has been determined that the organizational commitment level significantly differentiates according to the health institution served. In the research, It was determined that there is a significant difference between the duration of work in the institution and the normative commitment and between the healthcare provider served and emotional and normative commitment.

Key Words: Organizational Commitment, Healthcare Professionals, Healthcare Institution

GİRİŞ

Özel sağlık kuruluşlarında çalışan işgörenlerin örgütsel bağlılık durumlarının ne olduğunu anlamak adına bu çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sağlık kuruluşlarında örgütsel bağlılığın düşük olduğu göstermiştir (Kuusio vd. 2010:110; Wang vd. 2010:43). Bunun nedenleri açısından çeşitli değişkenler neden olarak gösterilmektedir. Kişisel özellikler örgütsel bağlılık üzerinde farklılıklar yaratabilmektedir. Örneğin yaş, cinsiyet, medeni hal ve eğitim seviyesindeki farklılıklar örgütte elde edilecek ayrıcalıklar ile örgütsel gücün göstergeleri olabilmektedir. Bu ayrıcalıkların derecesi örgütsel bağlılıkta farklılıklar oluşturabilmekte ve örgütteki yan yararlar, statü ve diğer olanaklar arttıkça örgütsel bağlılık da artabilmektedir Küçüközkan (2015:19).

Kaliteli hasta bakımı sağlamaya yönelik örgütsel stratejiler, sağlık çalışanlarının ve hastaların refahını destekleyecek iş memnuniyetini iyileştirmeyi ve aynı zamanda örgütsel bağlılığı etkileyecek olan çalışma ortamını iyileştirmeyi içerir (Ayamolowo vd. 2013:532; Yang vd. 2013:45).

Sağlık çalışanlarının niteliklerini zenginleştirmelerine destek olunarak kaynaklara erişimleri sağlanması sağlık çalışanlarına daha güçlü nitelik kazandırabilir. Örgütsel bağlılıkları İletişim ve işbirliğindeki iyileşme, katılımcı yönetimin oluşturulması ve çalışanların güçlü yönlerinin, niteliklerinin geliştirilmesi, sağlıklı bir organizasyon yapısının sürdürülmesini de tamamlayıcı nitelikte olacaktır. (Intepeler vd. 2019:388)

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan çeşitli yerli ve yabancı araştırmalar şu hususlar gözlemlenmiştir:

- Küçüközkan (2015:33) bir sağlık kuruluşunda yaptığı çalışmada örgütsel bağlılığa etki eden faktörler ile demografik faktörleri ele almıştır. Yaptığı çalışmada kadın ile erkeğin yani

cinsiyet faktörleri farklılık göstermiştir. Örgütsel bağlılık açısından erkeklerin kadınlara nazaran daha yüksek örgütsel bağlılık ortaya koydukları anlaşılmıştır.

- Türker ve arkadaşlarının (2018:545) özel bir sağlık kuruluşunda yaptıkları çalışmaya göre çalışanların cinsiyetlerinin bağlılık düzeylerinde bir farklılık oluşturup oluşturmadığı incelendiğinde, cinsiyetin örgütsel iklim ve bağlılıkta istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığını tespit etmişlerdir.
- Gider ve arkadaşlarının (2011:99) bir sağlık kuruluşunda yapmış oldukları araştırmada örgütsel bağlılık ve iş doyum düzeyleri arasında sağlık çalışanlarının cinsiyetine, çalıştıkları hastane mülkiyet türüne, hastanede çalışma yıl sayısına, gelir durumuna, eğitim durumuna göre anlamlı farklılıkların olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmada hastane çalışanlarının örgütsel bağlılık durumlarının çeşitli değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini saptamışlardır.
- Işık ve arkadaşlarının (2012:262) bir sağlık kurumunda yapmış oldukları araştırmaya göre, sağlık kurumlarında çalışan işgörenlerin örgütleri ile ilgili tutum ve algıları, örgütte kalma ya da örgütten ayrılma kararlarında etkili olacak, ayrıca performanslarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecek hususunu ortaya koymuşlardır. Örgütsel bağlılık alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra amirlerle ilişkiler ve çalışanlarla ilişkiler duygusal bağlılık ve normatif bağlılık üzerinde anlamlı bir farklılık görülmüştür.
- Solak'ın (2014:127) sağlık kurumunda yaptığı araştırmaya göre cinsiyet değişkeni ile normatif bağlılık puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek hemşirelerin normatif bağlılık ortalamaları kadın hemşirelerin ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Yaş değişkeni ile devam bağlılığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 39 yaş ve üstü hemşirelerin devam bağlılığı ortalamaları diğer hemşirelerin ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Karahan'ın (2009:430) sağlık kurumunda yapmış olduğu araştırmaya göre, hekimlerin çalıştıkları birimler açısından örgütsel bağlılıkları arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Hekimlerin örgütsel bağlılık türleri olan normatif, devamlılık ve duygusal bağlılık türleri arasında herhangi bir ayırım yapmadıkları sonucuna varmıştır.
- Tüfekci'nin (2018:470) sağlık kurumunda yaptığı araştırmaya göre, yapılan analizler sonucunda ortalamalar incelendiğinde katılımcıların örgütsel bağlılık düzeylerinin orta seviyede olduğunu belirtmişlerdir. Yaş grupları açısından sonuçlar değerlendirildiğinde ise 41 yaş üzerindekiilerin duygusal bağlılık düzeylerinin 21-25 yaş aralığındakilerden daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Durukan ve arkadaşlarının (2010:431) bir sağlık kurumunda yapmış oldukları araştırmaya göre sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıklarının sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Yani sosyo-demografik özellikler örgütsel bağlılığın değişmesinde etkili olmadığını tespit etmişlerdir.
- Yıldız ve arkadaşları (2013:110)'nın bir sağlık kuruluşunda yaptıkları araştırmaya göre, demografik değişkenlerin örgütsel bağlılığa etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.
- Demirel ve arkadaşlarının (2014:97) bir sağlık kurumunda yaptıkları araştırmaya göre sağlık çalışanının kuruma bağlılıkları orta düzeydedir. Yaşı 30'un üzerindekiilerin, evli olanların, ön lisans seviyesinde eğitim almışların ve 11 yıl-üstü çalışma süresi olanların örgüte bağlılığı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Allen (2001); Bartlett (2001); Buchko vd. (1998); Eisenberger vd. (1990) Eisenberger vd. (2001); Kim (1999); Ko vd. (1997); Rhoades vd. (2001); Tansky and Cohen (2001) yaptıkları çalışmalara göre; maaş ve yan haklar, ödüller ve teşvikler, tanınma, eğitim ve geliştirme, süpervizör desteği, iş özerkliği, işin katılımı ve organizasyonel prosedürlerde adalet gibi çeşitli

organizasyonel değişkenler arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuşlardır. (Salim vd. 2012:588)

Yapılan bu çalışmalar ışığında öncelikle örgütsel bağlılık konusundan bahsedilip sonrasında sağlık kuruluşlarında çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri, duygusal, devam ve normatif bağlılık açısından ilişkileri araştırılmıştır.

Örgütsel Bağlılık

Kim vd (1996), Bağlılık "organizasyona nispeten kalıcı, uzun vadeli bir yönelimi temsil ederken, işe özgü bir tutum olan memnuniyet, organizasyondaki işe özgü özelliklere oldukça geçici, anında bir yönelimi temsil eder" tanımını yapmaktadır. Meyer ve Allen (1996) Örgütsel bağlılık, çalışanları örgütlerine bağlayan psikolojik bir durum olarak giderek daha fazla kabul görmektedir. Bağlılık doğal olarak gelişir. Bağlılık, çalışanın kurumuna olumlu katkıda bulunmasını neden olurken aynı zamanda çalışma ortamlarına katma değerli bir faktör olduğu kabul edilebilir. Bağlılık, adanmışlık, aidiyetlik, sadakat, mensubiyet, tebaalık ve sorumluluk gibi nitelikleri ifade eder. Price & Mueller (1996), örgüte sadakat olarak tutumsal bağlılığın dar bir tanımını önerirken, Kanter (1968) sosyal aktörlerin sosyal sistemlere hem enerjilerini hem de sadakatlerini isteyerek verdiklerini gözlemlemiştir (Marchiori ve Henkin:2004:353).

Rajabipour ve Dehghanim'e (2013) göre, mesleki beceriler ve yeterlilik, örgütsel bağlılık ve mesleki bağlantılar dahil olmak üzere iş tutumları üzerinde de etkilere sahiptir. Carman'ın (2011) yaptığı tanıma göre, sağlık sisteminin hedeflerine ulaşmak için insan kaynağının sadece uzmanlık, güçlenme ve yetkinliğe sahip olması değil, aynı zamanda yüksek düzeyde örgütsel bağlılık ve bağlılığın yanı sıra ortak ve önceden belirlenmiş faaliyetlerin ötesinde faaliyetlere dahil olma istekliliğine sahip olması gerekir. Bu bağlamda, örgütsel bağlılık, belirli bir organizasyona katılım ve örgütün değer ve hedeflerine olan inançları olarak tanımlanır. Örgütsel bağlılık; örgüte sadakat duygusu, ahlaki yükümlülükler, içten eğilimler ve örgütte kalma ihtiyacı duygusudur. Kate ve Masako'ye (2002) göre, örgütsel bağlılık, bir kişinin dahil olduğu bir organizasyona psikolojik bağlılık türüdür. Ahmad ve Oranye'nin (2010) yaptıkları çalışmada örgütsel bağlılık kendini adanmış çalışanlar bazen örgütten kendi kimliklerini alır ve üyeliklerinden yararlanır. Bastamim'in (2014) yaptığı araştırmaya göre, örgütsel bağlılık, bir kurumu etkileyen temel değerlerden biri olarak kabul edilir ve çalışanları değerlendirmek için bir kriter olarak kullanılır (Karami vd. 2017:3).

Wagner'ye (2007) göre, örgütsel bağlılık, daha kaliteli sağlık hizmetleri elde etmek için önemli bir konudur ve sunucular arasında iş tatmini ile bağlantılıdır. Finegan'ye (2000) göre, Örgütsel bağlılık, çalışanın işyerindeki davranışlarını anlamada önemli bir kavramdır. Bu nedenle kuruluşun insan duygusu ve tutumlarını dikkate alması yararlıdır (Kumar, 2016:95).

Mathieu ve Zajac'nın (1990) yaptıkları tanıma göre, örgütsel bağlılık tüm organizasyona karşı etkili bir tepkidir. Bağlılığın davranışsal sonuçları, daha fazla ciro, daha az sıklıkta işten ayrılma niyeti, daha düşük bir devamsızlık seviyesi, daha iyi iş performansı ve daha yüksek örgütsel vatandaşlık davranışıdır (Jalonen, 2006:269).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Samsun ilinde faaliyette bulunan altı özel sağlık kuruluşunda çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerini ortaya koymak ve örgütsel bağlılık ile görev yapılan sağlık kuruluşu, mesleki deneyim süresi, kurumdaki çalışma süresi, birimdeki çalışma süresi, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemektir. Çalışmada, bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

H1:Örgütsel bağlılık düzeyi ile mesleki deneyim süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H2:Örgütsel bağlılık düzeyi ile kurumdaki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3:Örgütsel bağlılık düzeyi ile birimdeki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H4:Örgütsel bağlılık düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H5:Örgütsel bağlılık düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H6:Örgütsel bağlılık düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H7 Örgütsel bağlılık düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H8:Örgütsel bağlılık düzeyi ile görev yapılan sağlık kuruluşu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Araştırmanın Modeli

Anket çalışması ile sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin tespit edilmeye çalışıldığı bu araştırmada betimsel tarama modeli tercih edilmiştir. Araştırmada sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyleri, duygusal, devam ve normatif bağlılık açısından incelenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın amacına uygun olarak veri toplama yöntemlerinden anket tekniğine başvurulmuştur. Anket içerisinde kişisel bilgileri ortaya koyan soruların yanında Örgütsel Bağlılık Ölçeği yer almaktadır. Kişisel bilgiler içerisinde katılımcıların görev yapılan sağlık kuruluşu, mesleki deneyim süresi, kurumdaki çalışma süresi, birimdeki çalışma süresi, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, görev ünvanı, çalışılan kurumdaki memnuniyet, çalışılan birimden memnuniyet, çalışma şekli, çalışılan birim ile ilgili sorular yer almaktadır.

Örgütsel bağlılık ölçeği, toplam 23 ifadeden oluşmakta olup ölçek Meyer ve Allen (1996) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlamasının Wasti'nin (2000) yaptığı ölçek "Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4) ve Kesinlikle Katılıyorum (5)" olacak şekilde 5'li likert olarak yapılandırılmıştır. Ölçek içerisinde duygusal, devam ve normatif bağlılık olmak üzere 3 alt boyut yer almaktadır. Ölçek içerisinde 1-8. Maddeler Duygusal bağlılığı; 9-16. Maddeler Devam bağlılığı ve son olarak 17-23. Maddeler ise Normatif bağlılığı kapsar. Araştırmada uygulanan ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı Duygusal bağlılık için 0,91; devam bağlılığı için 0,90 ve son olarak Normatif Bağlılık için 0,88 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bütünü için bu değer 0,95'dir.

Sayıtlar/Varsayımlar

Anket formunda yer alan demografik bilgi formu ve Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin belirlenen amacı yerine getirmede uygun ölçüm araçları olduğu varsayılmıştır. Sağlık çalışanlarının anket formunda yer alan sorulara içten bir şekilde cevap verdikleri varsayılmıştır. Örneklemin, evreni temsil yeterliliğine sahip olduğu varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Araştırma, Demografik Bilgi Formu ve Örgütsel Bağlılık Ölçeği ile sınırlandırılmıştır. Araştırmaya katılanlar, bireyler arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilenlerden alınan cevaplarla sınırlıdır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Betimsel tarama modeli niteliğinde olan bu çalışmanın ana kütlesi Samsun ili özel hastaneleridir. Çalışma Samsun ilindeki tüm özel sağlık kuruluşuna uygulanmış olup bu hastane sayısı 6 dır. Örneklemi ise basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 60 sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Sekeran ve Bogue (2010: 295)'e göre farklı yığınlarda yer alan hacimlerin anlamlılık düzeyinin belirlenmesinde genel olarak en düşük oran 30'dur. Bizim çalışmamızda 60 kişi üzerinden elde edilen veriler analiz tabi tutulmuştur.

Verilerin Analizi

Araştırmada anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin analizinde güvenilirlik düzeyi için Cronbach's Alpha katayısı; ölçeklere ait tanımlayıcı istatistiklerde descriptive (tanımlayıcı) yöntemine; katılımcıların kişisel bilgilerinin ortaya konması için frekans dağılımlarına; gruplar arası karşılaştırma yapmada ikili gruplarda Bağımsız Örneklem t-Testi, iikiden fazla gruplarda ise Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizine başvurulmuştur. Anova analizinde farklılığın olduğu durumda, "hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun" tespitinde çoklu karşılaştırma test yöntemlerinden olan ve grup sayısının 3 olduğu durumda LSD test yöntemi; katılımcı sayılarının eşit olduğu durumda ise Tukey test yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmada Bağımsız örneklem t-Testi ile Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizinin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Bulguları

Bu kısımda araştırmaya katılanların kişisel bilgilerini ortaya koyan sorulara yönelik elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 1'e göre;

Cinsiyet özeliğinde en çok %56,7 si ile kadın katılımcılar, yaş özelliğine göre en çok %41,7 ile 26 – 30 yaş aralığı katılımcıların, eğitim durumuna göre %40,0 ile en fazla ön lisans katılımcılarının yer aldığı gözlenmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına ilişkin özelliklerinde en fazla %56,7 ile evli oldukları anlaşılmaktadır.

Hastanedeki görevlerinin ne olduğuna ilişkin durumlarında ise en fazla %30 ile diğer sağlık çalışanı grubu oluşturmaktadır. Mesleki deneyimlerinin %41,7 ile katılımcıların en fazla cevap verdikleri 1-5 yıl aralığında oldukları gözlemlenmiştir. Katılımcıların çalıştıkları birim olarak en çok %33,3 oranı ile diğer grubunu oluşturmaktadır. Mevcut birimde çalışma süresine ilişkin en fazla katılımcıyı %51,7 ile 2 – 5 yıl aralığındaki grup oluşturmaktadır. Kurumda çalışma kıdemine ilişkin özellikte en fazla katılımcıyı %56,7 ile 1 – 5 yıl aralığındaki grup oluşturmaktadır. Anketin yapıldığı özel hastanelerde ankete cevap alımı eşit miktarda tutulmuştur.

Çalışılan kurumdaki memnuniyet durumuna ilişkin en fazla %85 ile memnunum cevabını verenler oluşturmaktadır. Çalışılan birimden memnuniyet açısından bakıldığında ise en fazla %86,7 ile memnunum cevabını verenler oluşturmaktadır. Katılımcıların çalışma şekillerine ilişkin mevcut duruma bakıldığında %71,7 ile sürekli gündüz mesaiye cevap verenlerin yoğunlukta olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Cinsiyet	N	%	Yaş	N	%
Erkek	26	43,3	20 yaş ve altı	1	1,7
Kadın	34	56,7	21-25 yaş	11	18,3
Toplam	60	100,0	26-30 yaş	25	41,7
Eğitim Durumu	N	%	31-35 yaş	8	13,3
Lise veya dengi okul	17	28,3	36-40 yaş	12	20,0
Ön lisans	24	40,0	41-45 yaş	3	5,0
Lisans	11	18,3	Toplam	60	100,0
Yüksek lisans	4	6,7	Medeni Durum	N	%
Tıpta uz., doktora ve üzeri	4	6,7	Evli	34	56,7
Toplam	60	100,0	Bekar	26	43,3
Hastanedeki Görev	N	%	Toplam	60	100,0
Uzman Doktor	5	8,3	Mesleki Deneyim	N	%
Başhemşire Veya Yardımcısı	2	3,3	1 yıldan az	4	6,7
Hemşire-Ebe	8	13,4	1-5 yıl	25	41,7
Sağlık Teknikeri	9	15,0	6-10 yıl	18	30,0
İdari Memur	12	20,0	11-15 yıl	6	10,0
Yardımcı Hizmet	3	5,0	16-20 yıl	6	10,0
Özel Güvenlik	3	5,0	21 yıl ve üstü	1	1,7
Diğer Sağlık Çalışanı	18	30,0	Toplam	60	100,0
Toplam	60	100,0	Çalıştığınız Birim?	N	%
Birimde Çalışılan Süre	N	%	Ameliyathane	4	6,7
1-5 ay	6	10,0	Yönetim	1	1,7
6 ay-1 yıl	14	23,3	Bilgi İşlem	2	3,3
2-5 yıl	31	51,7	Poliklinik	1	1,7
6-10 yıl	7	11,7	Radyoloji	2	3,3
11-20 yıl	2	3,3	İdare	12	20,0
Toplam	60	100,0	Acil	5	8,3
Kurum Kıdeminiz	N	%	Diğer	20	33,3
1 yıldan az	12	20,0	Toplam	60	100,0
1-5 yıl	34	56,6	Anketin Yapıldığı Yer	N	%
6-10 yıl	12	20,0	1. Sağlık Kuruluşu	10	16,7
11-15 yıl	2	3,4	2. Sağlık Kuruluşu	10	16,7
Toplam	60	100,0	3. Sağlık Kuruluşu	10	16,7
Çalıştığınız Kurumdan Memnun Musunuz?	N	%	4. Sağlık Kuruluşu	10	16,7
Memnunum	51	85,0	5. Sağlık Kuruluşu	10	16,7
Memnun değilim	2	3,3	6. Sağlık Kuruluşu	10	16,7
Kararsızım	7	11,7	Toplam	60	100
Toplam	60	100,0	Çalışma Şekliniz	N	%
Çalıştığınız Birimden Memnun Musunuz?	N	%	Sürekli gündüz mesai	43	71,7
Memnunum	52	86,7	Vardiya usulü dönüşümlü	11	18,3
Memnun değilim	3	5,0	Gündüz mesai ve sık sık nöbet	2	3,3
Kararsızım	5	8,3	Gündüz mesai ve ara sıra nöbet	4	6,7
Toplam	60	100,0	Toplam	60	100,0

Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Bulgular

Bu kısımda, anket formu içerisinde yer alan ölçeklere ait Skewness ve Kurtosis değerleri ile ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Ölçekten Aldığı Genel Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Ort.	SS	Skewness		Kurtosis	
			İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Örgütsel Bağlılık	3,44	,751	-,146	,309	-,695	,608
Duygusal Bağlılık	3,64	,878	-,319	,309	-,032	,608
Devam Bağlılığı	3,33	,832	-,018	,309	-,277	,608
Normatif Bağlılık	3,36	,835	,159	,309	-,988	,608

Tablo 2'ye göre katılımcıların ölçeklerden aldıkları ortalama, standart sapma ve Skewness ve Kurtosis değerleri yer almaktadır. Buna göre katılımcıların örgütsel bağlılık düzeylerinin 3,44 olduğu görülmektedir. Bu kısımda örgütsel bağlılık ölçeği içerisinde yer alan alt boyutlardan en yüksek düzeyli ortalamanın duygusal bağlılık düzeyine ait olduğu görülmektedir.

Araştırmada anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin normallik sonucunu gösteren Skewness ve Kurtosis değerlerine bakıldığında ise elde edilenlerin normal bir dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle, araştırmamızda parametrik olan test yöntemleri tercih edilmiştir.

Araştırma Kapsamındaki Hipotezlerin Sınanması

Tabo 3. Mesleki Deneyime Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

		N	Ort.	SS	F	p
Örgütsel Bağlılık	5 yıl ve aşağısı	29	3,29	,784	1,550	,22
	6-10 yıl	18	3,68	,574		
	11 yıl ve üzeri	13	3,46	,852		
	Toplam	60	3,44	,751		
Duygusal Bağlılık	5 yıl ve aşağısı	29	3,38	,953	2,686	,08
	6-10 yıl	18	3,81	,617		
	11 yıl ve üzeri	13	3,97	,898		
	Toplam	60	3,64	,878		
Devam Bağlılığı	5 yıl ve aşağısı	29	3,26	,793	1,670	,20
	6-10 yıl	18	3,61	,747		
	11 yıl ve üzeri	13	3,10	,978		
	Toplam	60	3,33	,832		
Normatif Bağlılık	5 yıl ve aşağısı	29	3,22	,839	1,316	,28
	6-10 yıl	18	3,62	,740		
	11 yıl ve üzeri	13	3,29	,924		
	Toplam	60	3,36	,835		

Mesleki deneyime göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. H1 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4. Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

Kurum kıdeminiz (Kaç yıldır bu kurumda çalışmaktasınız)?		N	Ort.	SS	F	P	LSD
Örgütsel Bağlılık	1 yıldan az	12	3,65	,761	2,516	,09	-
	1-5 yıl	34	3,26	,750			
	6 yıl ve üzeri	14	3,72	,659			
	Toplam	60	3,44	,751			
Duygusal Bağlılık	1 yıldan az	12	3,72	1,053	1,026	,37	-
	1-5 yıl	34	3,50	,877			
	6 yıl ve üzeri	14	3,89	,697			
	Toplam	60	3,64	,878			
Devam Bağlılığı	1 yıldan az	12	3,54	,685	1,710	,19	-
	1-5 yıl	34	3,16	,856			
	6 yıl ve üzeri	14	3,56	,842			
	Toplam	60	3,33	,832			
Normatif Bağlılık	1 yıldan az	12	3,69	,707	4,277	,02	1 yıldan az olanlarla 1-5 yıl olanlar; 1-5 yıl olanlarla 6 yıl ve üzeri olanlar arasında
	1-5 yıl	34	3,09	,801			
	6 yıl ve üzeri	14	3,70	,834			
	Toplam	60	3,36	,835			

Kurumdaki çalışma süresine göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarından duygusal ve devam bağlılığının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Buna karşın normatif bağlılık düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için yapılan LSD test sonucunda “1 yıldan az olanlarla 1-5 yıl olanlar; 1-5 yıl olanlarla 6 yıl ve üzeri olanlar arasında” anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5. Mevcut Birimdeki Çalışma Süresine Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

		N	Ort.	SS	F	p
Örgütsel Bağlılık	1-5 ay	6	3,79	,719	,914	,41
	6 ay-1 yıl	14	3,29	,734		
	2-5 yıl	40	3,45	,762		
	Toplam	60	3,44	,751		
Duygusal Bağlılık	1-5 ay	6	3,90	,739	1,071	,35
	6 ay-1 yıl	14	3,36	1,081		
	2-5 yıl	40	3,70	,815		
	Toplam	60	3,64	,878		
Devam Bağlılığı	1-5 ay	6	3,69	,749	,908	,41
	6 ay-1 yıl	14	3,14	,672		
	2-5 yıl	40	3,34	,890		
	Toplam	60	3,33	,832		
Normatif Bağlılık	1-5 ay	6	3,79	,827	,993	,38
	6 ay-1 yıl	14	3,40	,724		
	2-5 yıl	40	3,28	,869		
	Toplam	60	3,36	,835		

Mevcut birimdeki çalışma süresine göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. H3 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 6. Cinsiyete Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	SS	t	p
Örgütsel Bağlılık	Erkek	26	3,37	,726	-,708	,48
	Kadın	34	3,50	,775		
Duygusal Bağlılık	Erkek	26	3,51	,756	-,985	,33
	Kadın	34	3,73	,960		
Devam Bağlılığı	Erkek	26	3,21	,790	-,963	,34
	Kadın	34	3,42	,863		
Normatif Bağlılık	Erkek	26	3,38	,850	,186	,85
	Kadın	34	3,34	,835		

Cinsiyete göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. H4 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7. Yaşa Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

		N	Ort.	SS	F	p
Örgütsel Bağlılık	25 yaş ve altı	12	3,26	,801	,362	,78
	26-30 yaş	25	3,51	,795		
	31-35 yaş	8	3,37	,602		
	36 yaş ve üstü	15	3,52	,749		
	Toplam	60	3,44	,751		
Duygusal Bağlılık	25 yaş ve altı	12	3,24	1,057	1,078	,37
	26-30 yaş	25	3,71	,918		
	31-35 yaş	8	3,68	,411		
	36 yaş ve üstü	15	3,81	,815		
	Toplam	60	3,64	,878		
Devam Bağlılığı	25 yaş ve altı	12	3,27	,621	,340	,80
	26-30 yaş	25	3,43	,915		
	31-35 yaş	8	3,09	,770		
	36 yaş ve üstü	15	3,33	,911		
	Toplam	60	3,33	,832		
Normatif Bağlılık	25 yaş ve altı	12	3,29	,940	,046	,99
	26-30 yaş	25	3,38	,850		
	31-35 yaş	8	3,32	,853		
	36 yaş ve üstü	15	3,39	,794		
	Toplam	60	3,36	,835		

Yaşa göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. H5 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 8. Medeni Duruma Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

	Medeni durum	N	Ort.	SS	t	p
Örgütsel Bağlılık	Evli	34	3,52	,691	,899	,37
	Bekar	26	3,34	,825		
Duygusal Bağlılık	Evli	34	3,68	,732	,457	,67
	Bekar	26	3,58	1,051		
Devam Bağlılığı	Evli	34	3,36	,859	,363	,72
	Bekar	26	3,28	,811		
Normatif Bağlılık	Evli	34	3,51	,757	1,712	,09
	Bekar	26	3,15	,899		

Medeni duruma göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. H6 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 9. Eğitim Düzeyine Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

		N	Ort.	SS	F	p
Örgütsel Bağlılık	Lise veya dengi okul	17	3,39	,729	1,689	,18
	Önlisans	24	3,49	,727		
	Lisans	11	3,75	,660		
	Yüksek lisans ve üstü (Tıpta uzmanlık dahil)	8	2,99	,886		
	Toplam	60	3,44	,751		
Duygusal Bağlılık	Lise veya dengi okul	17	3,47	,666	1,077	,37
	Önlisans	24	3,72	1,020		
	Lisans	11	3,94	,874		
	Yüksek lisans ve üstü (Tıpta uzmanlık dahil)	8	3,31	,785		
	Toplam	60	3,64	,878		
Devam Bağlılığı	Lise veya dengi okul	17	3,30	,855	2,066	,12
	Önlisans	24	3,42	,780		
	Lisans	11	3,61	,589		
	Yüksek lisans ve üstü (Tıpta uzmanlık dahil)	8	2,72	1,043		
	Toplam	60	3,33	,832		
Normatif Bağlılık	Lise veya dengi okul	17	3,39	,902	1,269	,29
	Önlisans	24	3,32	,771		
	Lisans	11	3,69	,787		
	Yüksek lisans ve üstü (Tıpta uzmanlık dahil)	8	2,95	,894		
	Toplam	60	3,36	,835		

Eğitim düzeyine göre örgütsel bağlılık düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. H7 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 10. Görev Yapılan Sağlık Kuruluşuna Göre Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Karşılaştırılması

		N	Ort.	SS	F	p	LSD
Örgütsel Bağlılık	1. Sağlık Kuruluşu	10	3,80	,510	3,081	,01	5. Sağlık kuruluşunda çalışanlarla 6. Sağlık kuruluşunda çalışanlar arasında
	2. Sağlık Kuruluşu	10	3,59	1,025			
	3. Sağlık Kuruluşu	10	3,36	,494			
	4. Sağlık Kuruluşu	10	3,13	,487			
	5. Sağlık Kuruluşu	10	3,89	,662			
	6. Sağlık Kuruluşu	10	2,91	,803			
	Toplam	60	3,44	,751			
Duygusal Bağlılık	1. Sağlık Kuruluşu	10	3,94	,487	2,757	,03	6. Sağlık kuruluşunda çalışanlarla 1., 2., ve 5. Sağlık kuruluşunda çalışanlar arasında
	2. Sağlık Kuruluşu	10	3,93	,928			
	3. Sağlık Kuruluşu	10	3,58	,826			
	4. Sağlık Kuruluşu	10	3,20	,522			
	5. Sağlık Kuruluşu	10	4,11	1,126			
	6. Sağlık Kuruluşu	10	3,06	,838			
	Toplam	60	3,64	,878			
Devam Bağlılığı	1. Sağlık Kuruluşu	10	3,70	,698	1,866	,12	
	2. Sağlık Kuruluşu	10	3,50	1,286			
	3. Sağlık Kuruluşu	10	3,28	,436			
	4. Sağlık Kuruluşu	10	3,04	,479			
	5. Sağlık Kuruluşu	10	3,63	,534			
	6. Sağlık Kuruluşu	10	2,83	1,012			
	Toplam	60	3,33	,832			
Normatif Bağlılık	1. Sağlık Kuruluşu	10	3,74	,785	2,726	,03	5. Sağlık kuruluşunda çalışanlarla 6. Sağlık kuruluşunda çalışanlarla çalışanlar arasında
	2. Sağlık Kuruluşu	10	3,31	1,150			
	3. Sağlık Kuruluşu	10	3,20	,540			
	4. Sağlık Kuruluşu	10	3,16	,695			
	5. Sağlık Kuruluşu	10	3,91	,732			
	6. Sağlık Kuruluşu	10	2,81	,630			
	Toplam	60	3,36	,835			

Görev yapılan sağlık kuruluşuna göre örgütsel bağlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında örgütsel bağlılık ve alt boyutları olan duygusal ve normatif bağlılığın 0,05 düzeyinde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Örgütsel bağlılık düzeyinde “5. Sağlık kuruluşunda çalışanlarla 6. Sağlık kuruluşunda çalışanlar arasında”; duygusal bağlılık düzeyinde “6. Sağlık kuruluşunda çalışanlarla 1., 2., ve 5. Sağlık kuruluşunda çalışanlar arasında” ve son olarak normatif bağlılık düzeyinde “5. Sağlık kuruluşunda çalışanlarla 6. Sağlık kuruluşunda çalışanlar arasında” anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. H8 hipotezi kabul edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma, Samsun ilinde özel sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini ortaya koyarak bu düzey ile katılımcıların “görev yapılan sağlık kuruluşu, mesleki deneyim süresi, kurumdaki çalışma süresi, birimdeki çalışma süresi, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi” arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada bu amaçla veri toplama tekniklerinden anket yöntemine başvurulmuştur. Anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS 26 paket programından yararlanılmıştır. Yapılan çözümleme sonucunda mesleki deneyim değişkeni bağlamında örgütsel bağlılık ve alt boyutları arasında

anlamli bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, katılımcıların mesleki deneyim bağlamında örgütsel bağlılık düzeylerinin birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

- Araştırmada, sağlık çalışanlarının mevcut kurumdaki çalışma süreleri ile örgütsel bağlılık, duygusal ve normatif bağlılık arasında anlamli bir farklılık olmadığı tespit edilmiş iken normatif bağlılık ile anlamli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu kısımda, mevcut kurumda çalışma süresi yüksek olanların normatif bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.
- Araştırmada, mevcut birimdeki çalışma süresi ile örgütsel bağlılık ve alt boyutları arasında anlamli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmada, cinsiyet ile örgütsel bağlılık ve alt boyutları arasında anlamli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Küçüközkan (2015:33)'ın yaptığı araştırmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir.
- Araştırmada, yaş ile örgütsel bağlılık ve alt boyutları arasında anlamli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmada, medeni durum ile örgütsel bağlılık ve alt boyutları arasında anlamli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmada, eğitim düzeyi ile örgütsel bağlılık ve alt boyutları arasında anlamli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Tüfekci (2018:470)'nin yaptığı çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir.
- Çalışılan kurumdaki memnuniyet durumuna ilişkin en fazla %85 ile memnunum cevabını verenler oluşturmaktadır. Çalışılan birimden memnuniyet açısından bakıldığında ise en fazla %86,7 ile memnunum cevabını verenler oluşturmaktadır. Katılımı sağlayan sağlık çalışanlarının genel itibariyle özel sektörde çalıştıkları yer ile birim açısından memnun oldukları anlaşılmaktadır.

Son olarak, sağlık çalışanlarının görev yaptıkları sağlık kuruluşu ile örgütsel bağlılık, duygusal ve normatif bağlılık arasında anlamli bir farklılık olduğu ortaya çıkmış iken devam bağlılığı arasında anlamli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın literatür taramasından ve anket araştırmasından elde edilen bilgi ve bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

Örgütsel bağlılık düzeyini etkileyecek farklı değişkenler incelenebilir. Araştırmanın sadece Samsun ilinde yapıldığı göz önüne alınırsa, daha çok sayıda ve farklı illerde çalışmalar yapılmalıdır. Nitel araştırma yöntemleriyle çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri incelenebilir. Bu doğrultuda veri toplama tekniklerinden mülakat yöntemine başvurulabilir.

Gündüz mesaisi yoğun sağlık çalışanı katılımcıların olduğu çalışmamızda buna karşılık gece mesaisi fazla olan sağlık çalışanı katılımcılarla da çalışma yapılıp karşılaştırmaya gidilebilir.

Araştırmada, örgütsel bağlılık düzeyinin çeşitli değişkenler bağlamında incelenmesinde özel sağlık kuruluşunda çalışanların görüşlerine başvurulmuştur. Gelecekteki araştırmalarda kamu hastanelerinde çalışan sağlık çalışanlarının da görüşleri alınarak örgütsel bağlılık düzeyinin karşılaştırılması yapılabilir.

KAYNAKÇA

Ahmad N, Oranye NO (2010) *Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England*. Journal of Nursing Management 18: 582 - 591.

Allen, T. D. (2001). *Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions*. Journal of Vocational Behavior, 58, 414–435.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Ayamolowo, S. J., Irinoye, O., & Oladoyin, M. A. (2013). *Job satisfaction and work environment of primary health care nurses in Ekiti State, Nigeria: An exploratory study*. International Journal of Caring Sciences, 6(3), 531–542.

Bartlett, K. R. (2001). *The relationship between training and organizational commitment: A study in the health care field*. Human Resource Development Quarterly, 12(4), 335–352.

Bastamim (2014) *Examine the relationship between organizational commitment and quality of life among nurses working in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences*. Kerman University of Medical Sciences, thesis master of nursing.

Buchko, A. A., Weinzimmer, G. L., & Sergyev, V. A. (1998). *Effects of cultural context on the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment: A study of Russian workers*. Journal of Business Research, 43, 109–116.

Carman-Tobin MB (2011) *Organizational commitment among licensed practical nurses: exploring associations with empowerment, conflict and trust*. Iowa: The University of Iowa.

Demirel, Y., Öz, B. F., & Yıldırım, G. (2014). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarına Bağlılıklarının Değerlendirilmesi*. Van Tıp Dergisi, 21(2), 92-100.

Durukan, S., Akyürek, Ç., & Coşkun, E. (2010). *Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Güven, Güçlendirme ve Bağlılık Düzeylerinin Belirlenmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(3), 411-434.

Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P., & Rhoades, L. (2001). *Reciprocation of perceived organizational support*. Journal of Applied Psychology, 86(1), 42–51.

Eisenberger, R., Fasolo, P., & Davis-LaMastro, V. (1990). *Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation*. Journal of Applied Psychology, 75(1), 51–59.

Finegan JE. (2000) *The impact of person and organizational values on organizational commitment*. J Occup Organ Psychol 2000;73:149-69.

Gider, Ö., Şimşek, G., Ocak, S., & Top, M. (2011). *Hastane organizasyonlarında örgütsel bağlılık ve iş doyumunun analizi: hemşireler ve tıbbi sekreterler üzerine bir araştırma*. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Hakemli Öneri Dergisi

Intepeler, S., Esrefgil, G., Yilmazmis, F., Bengu, N., Gunes Dinc, N., Ileri, S., & Dirik, H. F. (2019). *Role of job satisfaction and work environment on the organizational commitment of nurses: a cross-sectional study*. Contemporary Nurse, 55(4-5), 380-390.

Işık, O., Uğurluoğlu, Ö., & Akbolat, M. (2012). *Sağlık kuruluşlarında örgütsel adalet algılarının örgütsel bağlılığa etkisi*. Doğu Üniversitesi Dergisi, 13(2), 254-265.

Jalonen, P., Virtanen, M., Vahtera, J., Elovainio, M., & Kivimaki, M. (2006). *Predictors of sustained organizational commitment among nurses with temporary job contracts*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 36(5), 268-276.

Kanter, R.M. (1968) *Commitment and social organization: a study of commitment mechanisms in utopian communities*, American Sociological Review, 33, pp. 499–517.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Karahan, A. (2009). *Hekimlerin örgütsel bağlılık ve iş tatmini ilişkisinin incelenmesine yönelik bir araştırma: Afyon kocatepe üniversitesi hastanesi örneği*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 23, 421-432.

Karami, A., Farokhzadian, J., & Foroughameri, G. (2017). *Nurses' professional competency and organizational commitment: is it important for human resource management?*. PloS one, 12(11), e0187863. 1-15

Kate W, Masako T. *Reframing Organizational Commitment within a Contemporary Careers Framework*. New York: Cornell University; 2002.

Kim, S. W. (1999). *Behavioural commitment among the automobile workers in South Korea*. Human Resource Management Review, 9(4), 419–451.

Ko, J. W., Price, J. L., & Mueller, C. W. (1997). *Assessment of Meyer and Allen's three-component model of organizational commitment in South Korea*. Journal of Applied Psychology, 82(6), 961–973.

Kumar, P., Mehra, A., Inder, D., & Sharma, N. (2016). *Organizational commitment and intrinsic motivation of regular and contractual primary health care providers*. Journal of family medicine and primary care, 5(1), 94 – 100

Kuusio, H., Heponiemi, T., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2010). *Organizational commitment among general practitioners: A cross-sectional study of the role of psychosocial factors*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 28(2), 108–114.

Küçüközkan, Y. (2015). *Örgütsel Bağlılık ile Cinsiyet Arasındaki İlişki: Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli Üzerinde Bir Araştırma*. Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi, 1(1).

Marchiori, D. M., & Henkin, A. B. (2004). *Organizational commitment of a health profession faculty: Dimensions, correlates and conditions*. Medical Teacher, 26(4), 353-358.

Mathieu JE, Zajac DM. (1990) *A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment*. Psychol Bull. 1990;108(2):171-194.

Meyer, John P. ve Natalie J. Allen (1996). “*Affective, continuance and normative commitment to the organization: An examination of construct validity*”, Journal of Vocational Behavior, 49:252-276.

Price, J.L. & Mueller, C.W. (1996) *Handbook of Organizational Measurement* (Marshfield, MA, Pitman).

Rajabipour, A.R., Dehghani, M. (2013) *The relationship between Islamic work ethic and organizational commitment, and job satisfaction*. journal of bioethics 2: 49 - 92.

Rhoades, L., Eisenberger, R., & Armeli, S. (2001). *Affective commitment to the organization: The contribution of perceived organizational support*. Journal of Applied Psychology, 86(5), 825–836.

Salim, L., Sadruddin, S., & Zakus, D. (2012). *Organizational commitment in a health NGO in Pakistan*. VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, 23(3), 584-604.

Sekaran, U. Bougie, R. (2010) *Research Methods for Business*, John Wiley and Sons, Ltd.Uk.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Solak, Ö. (2014). *Hemşirelerde algılanan örgütsel adaletin, örgütsel bağlılık düzeyi ile ilişkisi* (Doctoral dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). ss.127

Tansky, J. W., & Cohen, D. J. (2001). *The relationship between organizational support, employee development, and organizational commitment: An empirical study*. Human Resource Development Quarterly, 12(3), 285–300.

Tüfekci, N. (2018). *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık: Kişisel Farklılıkları Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD), 10(19), 460-473.

Türker, B. A. Ş., Amarat, M., Özgün, Ü. N. A. L., Durmuş, A., & Şeyma, B. O. Z. (2018) *Örgütsel İklimin Örgütsel Bağlılığa Etkisi: Özel Hastane Örneği*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 5(3), 538-548.

Wagner CM. (2007) *Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: Literature review*. J Adv Nurs 2007;60:235-47.

Wang, L., Zhang, Q., Liang, Y., Gao, Z., An, Q., & Meng, J. (2010). *A survey on organizational commitment and its influential factors among community healthcare professionals*. Chinese Nursing Management, 10(9), 41–44.

Wasti, S. Arzu (2000). *Örgütsel Bağlılığı Belirleyen Evrensel ve Kültürel Etmenler: Türk Kültürüne Bir Bakış, Türkiye’de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları*, ed. Zeynep Aycan, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No 21, s201224, Ankara.

Yang, J., Liu, Y., Huang, C., & Zhu, L. (2013). *Impact of empowerment on professional practice environments and organizational commitment among nurses: A structural equation approach*. International Journal of Nursing Practice, 19, 44–55.

Yıldız, G., Akbolat, M., & Işık, O. (2013). *Psikolojik Taciz ve Örgütsel Bağlılık: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2(2), 85-117.



KURUMSAL İMAJ ALGISININ HASTANE BAĞLILIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

A RESEARCH ON THE RELATIONSHIP OF CORPORATE IMAGE PERCEPTION AND HOSPITAL COMMITMENT

Öğr. Gör. Esat SAYGIN

Yüksek İhtisas Üniversitesi, esatsaygin@yiu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-2784-2630

Doç. Dr. Metehan TOLON

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, metehan.tolon@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0832-3632

Fizyoterapist Türkan SAYGIN

Sağlık Bakanlığı, fzt_trkn@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-5177-5602

Dr. Öğr. Ü. İsmail ÖZTÜRK

Yüksek İhtisas Üniversitesi, ismailozturk@yiu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-4790-5862

Öğr. Gör. Turan Şahan SÖKMENSÜER

Yüksek İhtisas Üniversitesi, sahansokmensuer@yiu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0833-1624

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (25.11.2020-15.12.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı özel hastanelerden sağlık hizmeti alan bireylerin algıladıkları kurumsal imaj ile hastane bağlılıklarının ilişkisini incelemektir. Araştırma Kasım 2019'da Ankara'da gerçekleştirilmiştir. Araştırma da anket yöntemi ile veriler toplanmıştır. 140 anket toplanmış araştırmaya geçerli olan 133 anket dahil edilmiştir. Kurumsal imaj algısı ile hastane bağlılığı arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla korelasyon ve doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Ortaya çıkan bulgular % 95 güven aralığında ve % 5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir regresyon analizi sonuçlarına göre, kurumsal imaj algısının hastane bağlılığını pozitif yönde etkilediği görülmüştür. ($\beta=0,71$, $p<0,05$). Hastane bağlılığındaki değişimin % 56,7'sinin kurumsal imaj tarafından açıklandığı belirlenmiştir ($R^2=0,567$). Bu sonuçlar kurumsal imaj algısının, hastane bağlılığının bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: kurumsal imaj, müşteri bağlılığı, müşteri sadakati, hasta bağlılığı, hastane bağlılığı

Abstract

The aim of this study is to examine the relationship between the institutional image perceived by individuals receiving healthcare from private hospitals and their hospital commitment. The research was conducted in Ankara in November 2019. In the research, data were collected by the survey method. 140 questionnaires were collected and 133 questionnaires valid for the study were included. Descriptive statistics were calculated in the data analysis. Correlation and linear regression analyzes were conducted to show the relationship between corporate image perception and hospital commitment. The findings were evaluated at 95% confidence interval and 5% significance level. According to the results of the regression analysis, it was seen that the corporate image perception positively affected hospital commitment. ($r = 0.71$, $p < 0.05$). It was determined that 56.7% of the change in hospital commitment was explained by the corporate image ($R^2 = 0.567$). These results show that corporate image perception is a determinant of hospital commitment.

Key words: corporate image, customer loyalty, customer loyalty, patient loyalty, hospital loyalty

GİRİŞ

İnsanlar arası ilişkilere baktığımızda ilk görüşme ve ardından belirli yaşanmışlıklar sonucunda olumlu ya da olumsuz algıların edinimi ile ortaya bireyler arası düşünce ve fikirler çıkar. Aynı şekilde kurumlar hakkında da hem mal ya da hizmet üretim süreçlerinde hem de ortaya çıkan ürün neticesinde çalışanların, paydaşların ve müşterilerin, kurum ile arasında benzer durum yaşanır. Bu durumda muhataplarının algıları beklentileri ve tercihleri üzerindeki etkisinin önemli olduğunu söyleyebiliriz. Bu etkileşim ile birlikte olumlu imaja sahip olan kurumlar müşteri bağlılığı sağlayabilir hatta zaman içerisinde potansiyel müşterileri de kendilerine çekebilirler.

Her kurum hayatta kalabilmek ve rekabet avantajı sağlayabilmek için müşterilerinin istek ve beklentilerini gerçekleştirmenin; hatta mevcut rekabet koşulları içerisinde onları aşmayı hedeflemektedir. Çünkü ancak o zaman günümüz tüketim açısından bilinçli toplum içerisinde rasyonel tercih yapabilme yeteneğinde olan müşterilerin ulaşmak istediği konumda olacak ve onların bağlılığını sağlayabilecektir. Bunu gerçekleştirirken müşterilerini iyi tanımalı ve kurumsal imajının pazarın gerekliliklerine uygun algılanmasını sağlamalıdır.

İyi organize edilmiş bir kurumsal imaj süreci, kuruma oldukça iyi düzeyde fark edilirlilik, sempati ve güven kazandırır. *"İyi bir imaj müşteri bağlılığının gelişmesine yol açar. Özellikle sınırların hızla ortadan kalktığı küresel iş dünyasında, rekabetin acımasız bir hal almış olması nedeniyle kurumsal imaj ve ilişkili pazarlama süreçleri, çok iyi yönetilmesi gereken kavramlar olarak tepe yönetimlerin görevleri arasında yer almaktadırlar"* (Aksoy ve Bayramoğlu, 2012).

Kurumsal imaj, müşterinin gözünde kurumu nasıl algıladığıyla ilgili bir durum olarak ortaya çıkmakta ve müşterilerin bağlılıklarını güçlü düzeyde etkileyebilmektedir. Müşterilerin karar verme sürecinde tercihlerini ve bağlılıklarını etkileyen unsurları diğer sektörlere göre daha titizlikle ele aldıkları varsayımından hareketle çalışma sağlık sektöründe gerçekleştirilmiştir. Özel hastanelerden hizmet alan müşterilerin algılamış oldukları kurumsal imaj düzeyleri ile özel hastanelere olan bağlılıklarının ilişkisini anket yöntemi ile veri toplanarak incelenmiştir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Kurumsal imaj

İmajı, nesne kavram ve sembollerin aynı zamanda duygusal niteliklerin zihinde canlanması olarak ifade etmek mümkündür. Zihinde canlandırılan bu unsurlar kişiye olaya ya da bir kuruma ait düşünceler bütünü ortaya koyabilir (Bal,2012). İmaj unsuru nelerin insanı itibarlı kıldığı, nelerin motive ettiği ve kendisini algılama şekilleri sebebi ile profesyonel açıdan etkili olmalarına nelerin engel olabileceği konularını içermektedir (Öneren, 2013). İmaj hakikatin “yaklaşık” olarak görsel ifadesidir. Sunulan bu görsel ifade fiziki unsurlar olabileceği gibi edebi sanatsal alanlardaki gibi hayalide olabilmektedir. Buna ek olarak imaj kişilerin; reklamlar, doğal ilişkiler içinde yaşanan toplumsal değerler ile oluşan kültürel değerler ve ön yargılar gibi kanallar aracılığı ile sahip olduğu donelere ilişkin değerlendirmesi, yorumlaması ya da kişilerin zihninde zaman ile birikimsel bir şekilde oluşan imgeler olarak ifade edilir (Bal, 2012).

Kurum imajı, toplumun kurumla ilgili düşüncelerinde ortaya çıkan tecrübe, duygu, inanç, bilgi ve beklentilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Koçak, 2014). Esas olarak imaj, kurumun değerlerinin, inançlarının ve tutumlarının filtrelenmesidir. Diğer yandan marka bilinirliği ve imaj, marka değerinin ölçülmesine olanak sağlayan tanınmışlık, marka gücü ve değer takdiri gibi üç değişkeni de kapsamaktadır (Aktepe ve Baş, 2008). Kurumun logosu, yazı şekli, renkleri, basılı gereçler, ambalajlama, reklam, fuarlar gibi diğer birçok unsur uyumlu olmalı ve doğruyu göstermelidir. İmaj kavramı kurum ile beraber ele alındığında ürün imajı ve marka imajı ön plana çıkmaktadır. Ürün ve marka imajı müşterilerin bakış açısından uzun süreçte başarının temel anahtarı olarak kabul görmüştür (Aksoy ve Bayramoğlu, 2012). Bu başarının da kurumsal kimliğe olumlu etki sağlayabileceğini söyleyebiliriz. Nitekim kimlik, kurumun hedef kitlenin zihinlerinde oluşturduğu olumlu veya olumsuz izlenimler ile ortaya çıkan kurum imajıdır (Öneren, 2013). Kurumsal imaj ve kimlik, iç ve dış müşteriler arasında mühim bir bağlantı görevi yürütmektedir. Bu imaj ve kimlik dış unsurlar bakımından kurumun anlamı; kurumun üyeleri açısından şahsi bireysel kimlikleri ve kurumun dışarıdaki imajı hakkındaki simgesel değeri ifade etmektedir (Oktay,2016). Kurumsal kimlik, kurum logosu, marka adı, antetli kağıt, araç tasarımı, işletmenin binasının genel görünümü, iç dekorasyon, resepsiyon sekreterinin kıyafeti, satış görevlisi davranışları, yönetim şeklinde, yöneticilerin kalitesi, üretimi, hizmet ve hizmet anlayışında ek olarak reklamlarda kullandıkları çeşitli resimler, stiller ve mesajlarında ortaya çıkan yelpazedir (Öneren, 2013).

Rekabetin yoğun yaşanıldığı günümüz iş dünyasında satış ve karlılık ile ilişkili en önemli faktörlerden bir tanesi de kurumun organik bağının olduğu ya da olmadığı çevrede etkileşiminin olduğu başka birey ya da kurumların o kurum hususunda düşünce fikir ve görüşleri ve bunlarla şekillenen tutumları, kurumsal imajlarıdır. Bir başka deyişle, kurum kimliği ile ilgili dış çevresel aktörler tarafından algıların kurum imajı olduğu görülmektedir. Bir kuruluşun kurumsal imajı, müşteriler, paydaşlar ve tedarikçiler gibi dış çevre faktörleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Oktay, 2016).

Kısacası kurumsal imaj, hedef kitlenin zihninde kurum hakkında oluşan resimdir. Yani hedef kitlenin kurum kimliği hakkında zihnine yüklediği sıfat hakkında ulaşılan yargıların bütüncül halidir (Aksoy ve Bayramoğlu, 2012). İmaj, bir obje ya da görüşün simgesel ve görsel özümlemesidir (Bal, 2012). Kurumsal imaj ise, işletmeyi oluşturan sözel görsel ve davranışsal unsurların tamamıdır (Şişli ve Sevinç, 2013). Kurumsal imaj kurumun müşteriler ile oluşturduğu



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

ilişkinin başlangıcı olmasından dolayı önem arz etmektedir. Kurumsal imaj proses olarak ise, “kurumun sunmaya veya göstermeye çalıştığı imajı ile tüketicilerin bundan almış olduğu mesajların ilişkilendirilmesidir” biçiminde ifade edilebilir (Aksoy ve Bayramoğlu, 2012).

Yani kurum imajı en geniş anlamıyla, kurumun hedef kitlesinin örgüt üzerine duygusal ve mantıksal algılamaları ile düşüncelerinin bütünüdür. Kurumsal imaj iç ve dış hedef kitle üzerinde güven ve inandırıcılık oluşturmak ve devam ettirmek gibi mühim bir fonksiyonu sağlamaktadır (Ayhan ve Canöz, 2006). Bu fonksiyon sağlanırken kurumun hedef kitlesini oluşturan müşteriler, tedarikçiler ve medya gibi ilişkide olunanların kurum ile ilgili düşünce ve fikirlerini kuruma karşı algı tutum ve davranışlarını biçimlendireceğini, bu maksatla da bu organizasyonlara aktarılacak düzenli iletilerden dayanak alınarak o kurum hususunda istenilen inanışlar ve kanaat sağlamanın önem arz ettiği unutulmamalıdır. Ayrıca kurumlar topluma katkı sağlayarak olumlu imaj geliştirebilir, bilinirlik ve farkındalıklarını arttırarak rekabette güç elde edebilirler (Çetin ve Tekiner, 2015). Bu bakımdan çevremizde de sosyal sorumluluk projelerine dahil olan toplumsal olaylara duyarlılık ile yaklaşım sergileyen bir çok işletme vardır. Çünkü günümüzde işletmelerin kimliklerini bütün topluma gösterme kendilerini anlatma ve tanıtmaya ihtiyaçları çok daha fazla ön plana çıkmaktadır. İşletmenin bütün paydaşları işletmenin iletişim şekline etkilenerek kurum hakkında düşünce ve fikir sahibi olurlar. İşletmenin ihtiyacı olan ise hem fikir ve düşünce sağlamak hem de bunu yaparken olumlu izlenim yaratmaktır. Bu izlenim sayesinde de tüm paydaşların zihinlerinde olumlu imaj oluşturulması sağlanır (Şişli ve Sevinç, 2013).

İmaj oluşumu sıradan ve kolay bir proses değildir. İmaj oluşturma işletme ile alakalı olarak düşünce fikir ve görüşlerin bilinçli bir biçimde sistemli olarak geliştirilmesi sürecidir (Bal,2012). Bu sürecin yönetilmesi kurumsal imaj yönetimi ile ilişkilidir. Kurumsal İmaj Yönetimi kavramı; Hedef kitlesinin kafasında kurumun resmini tasarlamak için yapılan tüm çalışmaları içerir. Başka bir deyişle, Kurumsal İmaj Yönetimi, kurum tarafından hedef kitlelerin kafasında kurumsal kimliğe atfedilen sıfatlarla ilgili kararların tamamını oluşturmak ve düzenlemek için yapılan çalışmaları ifade eder (Çetin ve Tekiner, 2015).

Güçlü bir kurumsal imaj sağlamak için aşağıdaki dört unsurun gerçekleştirilmesi gerekir (Öneren, 2013):

- Kurum içinde ve dışındaki hedef kitlenin kuruma ve ürünlere yönelik tutumlarını pozitif biçimde etkileyerek negatif düşünce ve tutumlarını farklılaştırmak.
- Devamlılığı sağlayarak hedef kitle ile toplumun arasındaki güven düzeyini yükseltmek.
- Kurumun çevresel ve sosyal problemlere hassasiyetini belirlemek, bunu topluma iletmek ve bu şekilde topluma sosyal sorumluluk bilincinde olduğunu fark ettirmek.
- Hedef kitlenin kurumun geleceği ile yakından ilgili önemli konularda eğitilmesi; kurumun mevcut ve olası tüm mal ve hizmetleri için destek sunan pazarlama eğilimleri sağlamak.

Bunlara ek olarak kurumsal imajın ortaya çıkmasında pek çok faktör söz konusudur. Bunlardan bazıları; kurumun kültürü, kurumun kimliği, sosyal sorumluluk duyarlılığı, marka imajı, şeklinde örneklendirilebilir. Bu unsurların herhangi bir tanesinde yaşanılacak problem kurumsal imajı olumsuz etkileyecektir. Üstelik oluşan imaj kurum için problem teşkil edecektir. Bu problem ya da problemlerin ortadan kaldırılması için ihtiyaç duyulan yönetim, reklam pazarlama ve halkla ilişkiler çalışmaları daha zor ve maliyeti yüksek olacaktır (Çetin ve Tekiner, 2015).

Günümüzde kurumların, özellikle ticari ilişkilerde ayakta kalabilmesi, sadece yöneticilerin yetenek ve kapasitelerine değil aynı zamanda kurumun finansal yeterliliğine de bağlı. İyi ve yetenekli

yöneticilerle, ileri makine ve ekipmanlarla piyasaya en kaliteli ürünleri en ekonomik şekilde arz etmek muhtemel hale gelir. Bununla birlikte, hedef pazardaki müşteriler ile iletişimin iyi ve doğru kurulamaması durumunda, üreticinin hitap ettiği pazar segmentindeki müşteriler, iletişim kurdukları kurumu desteklemiyorsa, işletme uzun süre ayakta kalmaz (Bal,2012). Bu açıdan “Kurumsal İmaj Yönetimi” sadece dış paydaşlar için değil aynı zamanda iç paydaşlar veya personel için de pozitif bir kurumsal imaj geliştirmeyi gerektirir. Çünkü çalışanların zihninde kurumsal imajın olumlu olması; Üretim ve hizmet kalitesini artırmak ve moral üzerinde olumlu bir etki yaparak güçlü bir kurumsal kimlik geliştirmek için en önemli nedenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Çetin ve Tekiner, 2015)

Bu nedenle imaj, iki sebepten kurumsal işleyiş için önemlidir. Birincisi, bağlılığı oluşturmak ve devam ettirmek için ihtiyaç duyulan bilgileri ortaya koyarken, ikincisi de kurumun devamlılığını sağlarken önemlidir. Pozitif imaj oluşumu, insanlar ve diğer işletmeler tarafından işletme, kişi, mal veya hizmet hakkında birbirlerine iletilen olumlu mesajlarda rol oynar. Bu pozitif durumun oluşturulması, uzun zamandır devam eden bir süreç ve imaj yönetimidir (Bal,2012). Tüketicinin marka hakkında sahip olduğu inançlar bütünü olarak tanımlanan marka imajı çalışmalarında tüketicilerin beklentileri ayrı bir öneme sahip olarak değerlendirilmektedir (Aktepe ve Baş, 2008).

İmaj, kurumlar açısından mecburi bir unsurdur. İşletmeye sağlanacak faydaları oldukça yüksektir ve en önemlileri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tıgılı, 2003) ; (Taşhyan, Paksoy ve Erkek, 2013) :

- Ürünün müşteri açısından olan değerini artırır. Özellikle farklı markalarda benzer kalitede ürünler için katma değer sağlar. Aynı zamanda müşteride kuruma karşı güven ve bağlılık sağlar.
- Müşterilere, işletmenin pazardaki konumunu ve başka işletmelere karşı konumunu değerlendirme olanağı sağlar, müşteri memnuniyetini ve seçimlerini pozitif şekilde etkiler ve müşteri bağlılığını artırır. Pazardaki pozisyonunun ve diğer işletmelere karşı pozisyonunun değerlendirilmesini kolaylaştırır.
- Marka imajı, marka değeri, marka kişiliği, marka değeri, marka bağlılığı gibi markanın faaliyetlerini destekler.
- Konumlandırma, reklamcılık, halkla ilişkiler gibi pazarlama iletişimi gayretlerini destekler. Özellikle, kurumsal reklamcılık faaliyetleri kurumsal imajın oluşumunda oldukça etkilidir.
- Paydaşları işletmeye bağlar
- İşletmenin satış ve pazar payını artırır.
- Finansal sektörde kurumun değerini artırır.
- Prestij sağlamaya yönelik ürün fiyatını yükseltir.
- Kuruma olan güveni artırarak, sermaye bulmada kolaylık sağlar, kriz zamanlarında kurumun sürdürülebilirliğini ve tercih edilmesini sağlayarak kalifiye ve yetenekli personelin kuruma çekilmesini etkiler
- Yöneticiler arasında işletmenin uzun vadeli hedeflerine karşı duyarlılık yaratır ve hedeflere ve bu hedeflere erişmek için seyredecek yollara açıklık getirir. İşletmenin misyonunun daha iyi anlaşılmasını sağlar ve vizyona daha hızlı bir şekilde ulaşma olanağını sağlar.
- İç ve dış iletişimi güçlendirir.
- Kurumun insan kaynakları yönetimini etkiler, çalışanlarını motive eder ve nitelikli personel çeker.
- İş hedefleri ve bu hedeflere iş paydaşları tarafından ulaşmak için kullanılan stratejilerin anlaşılmasını kolaylaştırır.
- Kurumun aracı dağıtım kanalında bulmasını kolaylaştırır

- Devlet, yerel yönetimler ve basın ile bağımlı ayarlar.
- Kurumun uluslararası pazarlara açılmasını kolaylaştırır
- Faaliyet gösterdiği pazarda rekabet avantajı kazandırır
- Kurum kültürünü destekler.

Görüldüğü gibi müşterilerin yeniden alışveriş yöneliminde olmaları ve işletme ile alakalı olumlu öneriler ortaya koymaları için olumlu kurumsal imaj son derece önemlidir. Mazanec (1995) lüks otellerde yaptığı araştırmasında, müşteri seçimleri, müşteri bağlılığı ve müşteri tatmini ile kurum imajı arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya koymuştur. Kurum imajı, pazarlamanın faaliyetlerini olumlu ya da olumsuz etkileyebilme gücüne sahip oldukça önemli bir değişkendir. Müşterilerin algılarını etkilemede önemli bir güç olan sunulan mal ya da hizmetin dikkate alınması gerekir. Bu bakımdan imajın satın alma davranışında da müşterileri önemli düzeyde etkileyen bir unsur olduğunu söyleyebiliriz. Ürün ve hizmet ile ilgili yaşanan tecrübeler ağızdan ağıza iletişim, halkla ilişkiler ve fiziksel imaj gibi unsurların tamamının müşterilerin düşünce ve fikirlerini etkilediği göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle sadece müşteri tatminine odaklanmanın yanı sıra kurumsal imaja da kurumların yoğunlaşması gerekir. Netice itibarıyla müşteri bağlılığı üzerinde kurumsal imajın da önemli derecede etkisi vardır (Marangoz ve Biber, 2007). Kurumsal imajın diğer sektörlerde olduğu gibi olumlu yönde etkilediği diğer alan hastane müşterilerinin bağlılığıdır.

Hastane Bağlılığı

Hasta bağlılığı kavramı, genel işletme bakımından araştırılan “müşteri sadakati/bağlılığı”nın hastane hizmetlerine uyarlanmasıdır (Erdem, Avcı, Köseoğlu, Kesici vd, 2008). Müşteri bağlılığı konusu özellikle 1990'da hem pazarlama çabalarında hem de yönetim uygulamalarında giderek daha önemli hale geldi. Bu önem müşterilerin ürün seçiminden kaynaklanmaktadır. Müşteri bağlılığı yaratabilen Kurumlar rakiplerine göre önemli bir üstünlük kazanmaktadır (Çatı, Koçoğlu ve Gelibolu, 2010). Güçlü bir müşteri bağlılığı, işletmelerin elde edebileceği en önemli varlıklardandır (Marangoz ve Biber, 2007). Tüketiciler bir markaya sıkıca bağlandıklarında, başka rakip markalar sıradanlaşmaya başlayacak ve tüketicinin gözündeki değerleri düşürebilecektir (Aktepe ve Şahbaz, 2010).

Günümüz pazarlarında seçenekleri fazla olan mal ve hizmetler ile müşterilerin alternatiflere erişimi kolaylaşmıştır. Mevcut müşteriye korumanın, işletmeler için yeni müşteri edinme maliyetine karşı daha kârlı olduğu bilinmektedir (Öter ve Südaş, 2017). Mevcut müşterileri tutmak, yeni müşteriler kazanmaktan daha düşük maliyetlidir. Bu nedenle işletmeler ve bilim adamları bağlılık kavramına ve müşteri bağlılığı oluşturulmasına son zamanlarda oldukça önem veriyorlar (Ünal, Akbolat ve Amarat, 2019). Müşterilerin işletmeye olan bağlılığı ve tutumunun gücü, rakiplerin söz konusu müşterileri çekmesini zor ve pahalı hale getirir (Marangoz ve Biber, 2007). Müşteri bağlılığı, müşteriler için sürekli değer geliştirilmesi gereken durumdur. Böylece müşterinin duygusal bağlılık geliştirerek seçenekler içerisinde aynı işletmeyi ya da aynı ürünü talep etmek istemesi sağlanır (Öter ve Südaş, 2017).

Müşteri bağlılığı genellikle müşteri davranışını yansıtır. Müşteri bağlılığının işletmeler için önemli avantajları vardır. Müşteriler, servis sağlayıcıların veya tedarikçilerin üstün bir değere sahip olduğuna inanırsa, gereğinden fazla yol gidebilir veya gereğinden fazla ödeme yapabilirler (Çelen Abuhanoglu ve Teke, 2016). Müşteri bağlılığı yaratmak; satış işlemlerini kolaylaştırır, piyasa istikrarı sağlar, fiyatlar üzerinde kontrol sağlar, müşterilerin ilgili işletmeyi daha fazla ziyaret etmelerini ve dağıtım kanalları ile işletmeye yardımcı olmalarını sağlar (Marangoz ve Biber, 2007).

Tüm bu faydalar göz önüne alındığında, bağlılık, işletmeler için hayatta kalmak ve kâr etmek için önemli bir rota olarak görülmektedir (Roof, Koçoğlu ve Gelibolu, 2010).

Literatürde müşteri bağlılığı ile ilgili ayrıntılı kavramsal tanımlar ve tartışmalar olmasına rağmen, özellikle Türk kaynaklarında “hasta bağlılığı” (veya “hasta sadakati”) kavramının azlığı göze çarpmaktadır. Çalışmaların bazılarında, “müşteri bağlılığı” kavramı hastalar üzerindeki bağlılık çalışmaları için de kullanılmaktadır. Hasta bağlılığı kavramını tanımlamadan önce, kavramın kaynağı olan müşteri bağlılığının ne olduğunu anlamak gerekir (Erdem, Avcı, Köseoğlu, Kesici vd, 2008).

Bağlı müşteri, alış veriş yaptığı kurumun en iyisi olduğunu düşünecektir. Bu açıdan bağlılık, bir marka veya ürüne duygusal veya psikolojik bağlılık anlamına gelir (Çelen Abuhanoğlu ve Teke, 2016). Bununla birlikte, literatürde müşteri bağlılığının birçok farklı kavramsal tanımı tablo 1 deki gibi yapılmıştır.

Tablo 1: Müşteri Bağlılığı Tanımları

Kim ve Yoon (2004), Müşterinin hep alış veriş yaptığı işletmeyi çevresine önermesidir.
Kim vd. (2007) müşterinin hizmete, markaya ya da işletmeye yönelik tutumudur.
Evanschitzky vd. (2006) müşterinin bir işletme veya marka ile devam eden bağına sürdürmek istemesidir (Akt.Çatı,Koçoğlu ve Gelibolu,2010).
Oliver (1999:34) seçilmiş bir ürünü sürekli olarak tekrar satın almak ya da o ürünün bir daha müşterisi olmak amacıyla hissedilen içten bağlılıktır (Akt. Erdem, Avcı, Köseoğlu, Kesici vd, 2008).
Müşteri bakımından değerli olan ürünler ile ilgili bir ihtiyacın her çözülmesi gerektiğinde müşterinin sürekli aynı ürün ya da mağazayı kullanması eğilimidir (Marangoz ve Biber,2007).
Dick ve Basu (1994), bir ürünün müşterisi olma sürekliliği, müşterinin devamlı surette aynı ürün ya da işletmeyi seçmesidir.
Ellinger vd. (1999), bir ürünün sürekli satın alınması amacıyla müşterilerle uzun süreli bağların oluşturulmasıdır (Akt. Çatı,Koçoğlu ve Gelibolu,2010).

Müşteri bağlılığının genel tanımlamalara nazaran daha karmaşık bir tutum olduğu ifade edilebilir. Çünkü tanımlamalarda her ne kadar tekrar satın alma ve satın alma sıklığı durumları ifade edilse dahi müşterinin tekrar satın alması müşteri bağlılığından değil de farklı durumsal unsurlardan (alternatiflerin olmayışı, fiziksel yakınlık, ücret vb.) etkilenerek de tekrar satın alma davranışını ortaya koyması söz konusudur(Erdem, Avcı, Köseoğlu, Kesici vd, 2008). Bunların hepsini ele aldığımızda müşteri açısından farklı seçenekler olsa dahi bir işletmeye, satıcıya ya da ürüne yönelik olarak içten bağlılık hissetmesi sonucundaki bilinçli alış veriş isteği ve eylemi şeklinde açıklanabilir (Bayuk ve Küçük, 2007). Burada tanım yapılırken vurgulanmak istenen nokta müşterinin bilinçli olarak seçimini gönüllü ve istekli bir biçimde tekrarlamasıdır (Öter ve Südaş,2017).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Görüldüğü gibi müşteri bağlılığı konusunda literatürde detaylı tartışmalar ve tanımların olmasına ek olarak özellikle Türkçe kaynaklarda “hasta bağlılığı” (ya da “hasta sadakâti”) kavramının az olması fark edilebilmektedir. Hastalar ile ilgili olarak yapılan bağlılık araştırmalarının bazılarında da müşteri kavramı kullanılırken (Tengilimoğlu ve Sezgin, 2005), bazılarının da ise hasta bağlılığının yerine “davranışsal niyetler” kavramı kullanılmıştır (Erdem, Avcı, Köseoğlu, Kesici vd, 2008). Sonuç olarak bakıldığında ise hasta/müşteri bağlılığı/sadakati kavramı literatüre göre hastane bağlılığı kavramı ile uyusmaktadır. Bu açıdan hastanın hastanenin hizmetlerinden memnun kalmasıyla ilişkili olarak gerek duyması durumunda tekrar o hastaneyi tercih etmesi, sunulan hizmetleri çevresine olumlu olarak anlatması ayrıca hastaneyi “benim hastanem” biçiminde içtenlikle sahip çıkma benimseme yönelimi olarak ifade edilmiştir (Deniz ve Yüksel, 2018).

Genel olarak hasta bağlılığı: Hastanın hastane ile devam eden ilişkileri ile beraber hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalara önermesi şeklinde tanımlanabilir. Hasta bağlılığı sağlık hizmeti alması gereken kişilerin, aldıkları hizmetin sonucunda hissettikleri memnuniyet ve hizmete duyulan güvenin bir sonucu olarak gelecekte ortaya çıkacak sağlık gereksinimlerini karşılamak amacıyla aynı personeli veya kurumu tekrar seçme eğilimidir (Ünal, Akbolat ve Amarat, 2019).

Oliver (1999) bağlılığın gelişiminin hizmet alımı ile başladığını ve hizmetten duyulan memnuniyetin ikinci aşama olduğunu ve daha sonra memnuniyete dayalı hizmet veren bireye veya kuruma yönelik güven gelişeceğini ve bağlılığın ortaya çıkacağını belirtmektedir (Ünal, Akbolat ve Amarat, 2019). Bu açıdan hasta/müşteri bağlılığı konusu genellikle üç ana yaklaşım ile ele alınmaktadır. Bu yaklaşımlar; davranışsal yaklaşım, tutumsal yaklaşım ve bu iki yaklaşımın birlikte ortaya çıktığı karma yaklaşım biçimindedir (Çatı, Koçoğlu ve Gelibolu, 2010).

Müşterilerde işletmeye bağlılığın onların tutum ve davranışları ile görüldüğünü ifade edebiliriz. Davranışsal yaklaşım, müşterilerin gereksinim durumunda işletmeden tekrarlı bir şekilde ürün satın alımı davranışını göstermesi ve işletmeyi çevresine tavsiye etmesini içermektedir (Deniz ve Yüksel, 2018). Davranışsal yaklaşım, müşterinin, ürün ve hizmeti yeniden satın alması biçiminde ifade edilebilir. Bu yaklaşım, sadece satın alma aralığı ile müşterinin bağlılığını ortaya koymaktadır. Ancak bir takım araştırmacılar bağlılığın tutumsal yönüne dikkat çekerek sadece davranışsal yaklaşımın müşteri bağlılığını ifade etmesinde yetersiz kalacağını öne sürmüşlerdir. Zira bir müşterinin sürekli olarak bir işletmeden alışveriş yapması onun psikolojik bağlılığını göstermez. Neticede müşterinin alternatif olarak seçeceği farklı işletme mevcut olmayabileceğinden dolayı da müşteri hep aynı işletmeden alışveriş yapmak zorunda kalabilir (Çatı, Koçoğlu ve Gelibolu, 2010).

Tutum boyutu ise, müşterilerin gereksinim durumunda aynı işletmeden bir daha ürün alma isteğinin olmasını, işletmeyi başkalarına önerme bakımından istekli olmasını ve başka işletmeleri seçmeyerek kuruma bağlılık göstermesini ifade etmektedir (Deniz ve Yüksel, 2018). Tutumsal yaklaşım, müşterinin işletmenin ürünlerine yönelik psikolojik bağlılığı şeklinde gösterilebilir. Tutumsal bağlılığı yüksek olan bir müşteri işletmenin ürünlerini devamlı olarak kullanmasa dahi, çevresine önerebilir. Tutumsal bağlılığı olan müşteriler işletmeye duygusal açıdan sadık oldukları için işletmeler açısından oldukça önemlidir (Çatı, Koçoğlu ve Gelibolu, 2010).

Davranışsal bağlılık yeniden satın almayı ifade ederken, tutumsal bağlılık satın alınan ürünün ötesinde, davranışı ve bağlılığı markaya veya işletmeye yönlendiren bağlılığın derecesidir. Tutumsal bağlılık, müşterinin marka ile arasındaki duygusal bağlılığı göstermektedir. Bu bakımdan müşteri satın almayı gerçekleştirirse bile markaya karşı pozitif duygularından dolayı etrafına marka hakkında olumlu şeyler söyleyebilir ve tavsiyede bulunur (Tosyah, 2016).

601

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(SAYGIN, E / TOLON, M / SAYGIN, T / ÖZTÜRK, İ / SÖKMENSÜER, TŞ)

Karma yaklaşım, müşterilerin ürün seçimlerine, marka değişikliği seçimlerine, ürünü satın alma aralığına ve toplam satın alma miktarına dayalı bağlılığı açıklayan ilk iki yaklaşımın birleşimidir. Karma yaklaşımda müşteri bağlılığı; İşletmenin ürünlerini tekrarlı bir şekilde satın alan ve işletmenin ürünlerini diğer bireylere tavsiye eden müşteri olarak tanımlanabilir (Çatı, Koçoğlu ve Gelibolu, 2010).

Bugün, işletme yöneticileri ve pazarlamacılar nasıl müşteri bağlılığı yaratacağı hususunu araştırmaktadırlar. Kârlılık ile müşteri bağlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu da bilinmektedir. Müşteri bağlılığı uzun vadeli karlılığı olumlu etkiler. Müşteri bağlılığı sayesinde işlem maliyetleri azalır, satışlar yükselir, pazarlama maliyetleri düşer ve kârlılık artar. Araştırmaları ile Reichheld ve Sasser (1990) mevcut müşterilerin elde tutma oranındaki %5'lik bir artışın, işletmelerin kârında %20 ile %95 arasında bir artışa neden olduğunu bulmuşlardır (Marangoz ve Biber,2007).

Bu açıdan da bakıldığında, hastanenin uzun süre hayatını devam ettirebilmesi ve ayakta kalabilmesi için, rekabet avantajına, bağlı müşteriler sayesinde yeni müşterilerin kazanılmasına, maliyet unsurlarının azaltılmasına, kârlara ve hasta takibine olumlu katkıda bulunmasına, sağlık sektöründeki müşterilerin hastaneye olan bağlılığı ile katkı sağlamaktadır (Deniz ve Yüksel,2018).

Netice itibari ile, bağlılık, kurumların ayakta kalıp kalamayacağını gösteren önemli bir unsurdur. Bağlılık, müşterinin işletmeye olan bağlılık düzeyini ifade eder ve işletmenin kendi kaynaklarından biridir. Müşteri bağlılığı, çağımızın pazar şartlarında müşterilerle uzun vadeli ilişkiler oluşturmak amacıyla işletmeler için önemli bir pazarlama aracıdır. Yeni müşteriler kazanmayaek olarak, mevcut müşterileri kaçırmamak ve onlarla uzun vadeli ilişkiler kurmak için karlılığı ve sürekliliği açısından çok önemlidir (Tosyalı, 2016).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Hipotezi

Bu araştırma ile hastane müşterilerinin kurumsal imajı algılamaları ile hastaneye olan bağlılıkları arasındaki ilişki durumunun özel hastaneler bakımından açıklanması amaç edinilmiştir. Bu amaç doğrultusunda;

H1. Sağlık hizmetleri müşterilerinin kurumsal imaj algısı hastane bağlılığını pozitif yönlü etkilemektedir.

Araştırmanın Kapsamı, Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın verileri Ankara'da bir özel hastanenin sağlık hizmetlerinden yararlanan 18 yaşını doldurmuş müşterilerinden toplanmıştır. Çalışmanın verilerini toplamak amacıyla yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın evreni, Ankara ilinde sağlık hizmeti sunan özel bir hastanede, yataklı tedavi biriminden 25.10.2019 ile 25.11.2019 tarihleri arasında hizmet alan 18 yaş üstü hasta sayısı olan 1.867 kişiden oluşmaktadır.

Araştırma yapılacak olan evrenin bütününe erişilemeyeceğinden dolayı örnekleme gidilmiştir. Evrenin 1.867 birey olduğu bu çalışmada, evreni temsil edebilecek örneklem sayısı % 95 güven ve % 10 duyarlılık düzeyinde 92 kişi olacak şekilde saptanmıştır. Araştırmamızda saptanan örneklem sayısının nasıl hesaplandığı aşağıda ifade edilmiştir.

Birey sayısı bilinen bir evrende çalışma yapılıyorsa örnekleme dahil olacak birey sayısını hesaplamak amacıyla aşağıda yer alan formül kullanılmaktadır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1998:264- 265):

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (1.867)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı/olasılığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı/olasılığı (0,5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0,1)

$$n = \frac{(1.867) \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,1)^2 \cdot (1.867 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)} = 92$$

Bu
üstü
sayısı

140 anket toplanmış araştırmaya geçerli olan 133 anket formu dahil edilerek veriler analiz edilmiştir. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

çalışmada 18 yaş
aylık yatan hasta
1.867 kişi olup,

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak için anket yöntemi kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastaların demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik sorular yer almaktadır. Ardından hastaların kurumsal imaj algı seviyelerinin ortaya konulmasına yönelik önermeler bulunmaktadır. Son bölümde ise hastaların hastane bağlılığı seviyelerinin ortaya konulmasına yönelik önermeler bulunmaktadır.

İkinci bölümdeki önermeler Derin ve Demirel (2010: 177) tarafından geliştirilmiş ve 7 maddeden oluşan Kurum İmajı Ölçeği kullanılmıştır.

Son bölümdeki önermeler Erdem vd. (2008: 102) tarafından geliştirilen ve 11 maddeden oluşan Hasta Bağlılığı Ölçeği kullanılmıştır.

Ölçeklerde yer alan ifadeler, 5'li Likert tipi şeklinde "1=kesinlikle katılmıyorum", "2=katılmıyorum", "3=kısmen katılıyorum", "4=katılıyorum" ve "5=kesinlikle katılıyorum" unsurları ile değerlendirilmiştir. Çalışmadaki ölçeklerin güvenilirlik seviyelerini saptamak için Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır.

Kurumsal imaj algısının ölçülmesi amacıyla yararlanılan ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,92, hastane bağlılığı seviyesinin ölçülmesi amacıyla yararlanılan ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı ise, 0,91 olarak görülmüştür. Çıkan sonuçlar neticesinde her iki ölçeğinde güvenilir olduğu ortaya konulmuştur.

Veri Analizi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Yapılan veri analizlerinde tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Kurumsal imaj algısı ile hastane bağlılığı arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon ve doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular % 95 güven aralığında ve % 5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo2: Demografik Özellikler

Değişkenler		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	59	44,4
	Erkek	74	55,6
Yaş	25 veya Altı	2	1,5
	26-35	15	11,3
	36-45	46	34,6
	46 ve üzeri	70	52,6
Eğitim Durumu	Lise veya Altı	30	22,6
	Önlisans	12	9
	Lisans	60	45,1
	Lisansüstü	31	23,3
Medeni Durum	Bekar	27	20,3
	Evli	106	79,7

Çalışmaya dahil olan 133 müşterinin 59'u (% 44,4) kadın, 74'ü ise (% 55,6) erkektir. müşterilerin yaş aralıklarının dağılımı incelendiğinde, 2 bireyin (% 1,5) 25 veya altı yaş aralığında, 15 bireyin (% 11,3) 26-35 yaş arasında, 46 bireyin (% 34,6) 36-45 yaş aralığında, 70 bireyin ise (% 52,6) 46 veya üzeri yaş aralığında olduğu görülmüştür.

Bireylerin eğitim seviyesine bakıldığında, 30 bireyin (% 22,6) lise veya altı, 12 bireyin (% 9) ön lisans, 60 bireyin (% 45,1) lisans, 31 bireyinde de (% 23,3) lisansüstü eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür.

Müşterilerin 27'si (% 20,3) bekar, 106'sı da (% 80,1) evlidir.

Tablo 3: Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	N	Ortalama	Std. Sapma
Kurumsal İmaj	133	3,97	0,79
Hastane Bağlılığı	133	3,70	0,75

Tablo 3'de göre katılımcıların kurumsal imaj algısının olumlu olduğu ($3,97 \pm 0,79$), hastane bağlılığı düzeyinin ise yüksek düzeyde olduğu ($3,70 \pm 0,75$) belirlenmiştir.

Tablo 4: Kurumsal İmaj Algısı İle Hastane Bağlılığı İlişkisine Dair Korelasyon Analizi

		Hastane Bağlılığı
Kurumsal İmaj Algısı	r	0,753
	p	,000
	n	133

Tablo 4'e göre kurumsal imaj algısı ile hastane bağlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r= 0,753$, $p<0,05$).

Tablo 4: Kurumsal İmaj Algısının Hastane Bağlılığına Etkisi

Bağımsız Değişken	B	T	P
Sabit	0,86	3,89	0,00
Kurumsal İmaj Algısı	0,71	13,10	0,00

$R^2= 0,567$
 $F= 171,59$
 $p=0,00$

Bağımlı Değişken: Hastane Bağlılığı

Tablo 4'de yer alan regresyon analizi sonuçlarına göre, kurumsal imaj algısının hastane bağlılığını pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir ($\beta=0,71$, $p<0,05$). Hastane bağlılığındaki değişimin % 56,7'sinin kurumsal imaj tarafından açıklandığı belirlenmiştir ($R^2=0,567$). Bu sonuçlar kurumsal imaj algısının, hastane bağlılığının bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Bu bulgular neticesinde, "Sağlık hizmeti müşterilerinin kurumsal imaj algısı ile hastane bağlılığı arasında pozitif yönlü ilişki vardır" hipotezi kabul edilmiştir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma ile sağlık hizmetinden yararlanan dış müşterilerin hastanede sağlık hizmetini aldıkları süreç içerisinde kurumsal imaj algısı ile hastane bağlılıkları arasındaki bağlantının özel hastaneler bakımından gösterilmesi hedeflenmiştir. Bu hedefe yönelik olarak ortaya konulan "Sağlık hizmeti müşterilerinin kurumsal imaj algısı ile hastane bağlılığı arasında pozitif yönlü ilişki vardır" hipotezi geliştirilmiştir.

Hipotezi test etmek amacıyla regresyon analizi yapılmış ve neticesinde de, kurumsal imaj algısı ile hastane bağlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek seviyede ilişkinin olduğu görülmüştür. Kurumsal imaj algısı hastane bağlılığını pozitif yönde etkilemektedir. Bu sonuca göre H1 hipotezi kabul edilmiştir. Bu sonuç literatürde bu alanda yapılan, Akbolat ve arkadaşları 2017' nin Dursun 2011' in Kazançoğlu 2011 in, Marangoz ve Biber 2007'nin benzer çalışmalarının sonuçlarını onaylar niteliktedir. Bu çalışmaların sonuçlarını ele aldığımızda kurumsal imaj algısı müşterilerin bağlılıklarını artırmaktadır. Bizim yaptığımız çalışmanın sonucuna göre de diğer sektörlerin işletmelerinde ve markalarında olduğu gibi insan hayatı içerisinde en önemli niteliğe sahip olan sağlık sektörünün önemli bir parçası olan hastanelerde de



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

sağlık müşterilerinin kurumsal imaj algısının yani hastanelerin yansıttığı ve müşterilerin o hastaneye göre algıladıkları kurumsal imajın olumlu düzeyde olması sağlık müşterilerinin hastaneye olan bağlılıklarını arttırmaktadır.

Sağlığın, insan hayatının bütününde, devam ettirilmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahip olmasından dolayı bu sektördeki müşterilerin daha seçici ve mükemmeliyetçi olacaklarını öngörebiliriz. Üstelik özel hastane sayılarının artışı ile birlikte rekabetin son derece yoğun olması ile beraber günümüzde bilginin ve haberlerin, kolay ve hızlı yayılımı sayesinde müşterilerinde artık daha bilinçli olduğu gerçeği sektörde bir takım zorunluluklar ortaya çıkarmıştır.

Bu zorunluluklar çerçevesinde bakıldığında özel hastanelerin ayakta kalabilmeleri ve rekabette avantaj elde edebilmeleri bakımından en temel amaçları: Mevcut ve potansiyel müşterilerinin gözünde olumlu imaja sahip olarak; onların kendi bünyelerinde sağlık hizmeti almalarını ve bu hizmetin sonucunda da müşteri bağlılığını sağlamaktır. Çünkü çalışmamızda da görüldüğü gibi hastanenin imajı müşteri bağlılığını etkilemektedir. Bu bakımdan hastanelerin kurumsal imajlarının, nasıl algılandığı ve bu algı düzeyleri ile ilgili çalışmalar yapması ve imaj algı düzeyinin olumlu anlamda daha fazla yükseltilebilmesi için neler yapması gerektiğinin belirlenmesi ve bununda sürekliliğinin sağlanması hedeflenmelidir.

Biz bu çalışmada hastanenin algılanan imajının düzeyi ile hasta bağlılığı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelerken gelecek çalışmalarda hastaneler açısından imaj algısının yanı sıra kurumsal imajı belirleyen faktörlere yönelik de çalışmalar yapılmasının ve böylelikle mevcut çalışmaların sayısının artırılması ile birbirlerini destekleyen sonuçların elde edilip edilmediğinin incelenmesi gerektiğini düşündük. Ayrıca bu çalışmalar yürütülürken demografik özellikler ile ilişkisi incelenerek farklı şehir ve bölgeler birbirleri ile kıyaslanabilir. Böylelikle imaj algısının kültür ile ilişkisi incelenebilir. Hastanelerin örgütsel kültürlerinin yanısıra sosyolojik anlamda hastaların kültürel farklılıklarına ve yaşadıkları bölgelere göre de ilişkiler ortaya çıkacaktır. Ayrıca bu çalışmalar özel hastane, devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve araştırma hastaneleri bazında genişletilebilir.

Algılanan kurumsal imaj, algılanan kalite ve müşteri bağlılığı ile üç değişkenli model kurularak birbirleri arasındaki ilişki demografik özellikler de göz önüne alınarak incelenebilir. Ayrıca Kurumsal İmajı en fazla etkileyen önermeler ile kalite algısı arasındaki ilişkiler incelenebilir. Buna ek olarak kurumsal imaj algısı ile akreditasyonun ilişkisi incelenebilir.

Yapılan bütün çalışmalar hastane içerisinde bölüm bölüm hatta yatan hasta birimlerinde ise kat kat ayrılarak ve birbirleri ile kıyaslanarak yapılmalıdır. Böylece kurumsal imajın olumsuz etkilediği birimlerin daha net belirlenmesi sonucundasebepleri incelenerek iyileştirmeler yapılabilir. Yüksek puanlı önermelerin ve bunu olumlu etkileyen birimlerin de nedenleri ortaya koyularak diğer birimlerde iyileştirilebilir ve olumlu etkileyen unsurlar ön plana çıkartılabilir. Yaptığımız çalışma da hastaların büyük bir çoğunluğunun tedavi gördükleri doktorlarının bağlı olduğu hastaneyi tercih edeceklerini sözel olarak ifade etmeleri gelecek çalışmalarda ele alınması gereken bir konu olabilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

Abiş, T., (2018), “HASTANE İŞLETMELERİ’NDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN “SERVQUAL” ÖLÇEĞİ İLE ANALİZİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ” (Yayımlanmış yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Akbolat, M., Durmuş, A., Ünal, Ö., Amarat, M., & Fazla, İ. (2017). Hastaların Kurumsal İmaj Algılarının Hastane Bağlılıklarına Etkisi. *European Journal of Educational & Social Sciences*, 2(2), 67-76.

Aksoy, R., & Bayramoğlu, V. (2012). Sağlık işletmeleri için kurumsal imajın temel belirleyicileri: Tüketici değerlendirmeleri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 4(7), 83-94.,

Aktepe, C., & Baş M. (2008). Marka Bilgisi Sürecinde Marka Farkındalığı ve Algılanan Kalite (Beklenti) İlişkisi ve GSM Sektörüne Yönelik Bir Analiz, *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi* 10(1), 81-96.

Aktepe C. & Şahbaz, R.P. (2010). Türkiye’nin En Büyük Beş Havayolu İşletmesinin marka Değeri Unsurları Açısından İncelenmesi ve Ankara İli Uygulaması. *Cumhuriyet Üniversitesi İİBF Dergisi*, 11(2), 69-90.

Ayhan, B., & Canöz, K. (2006). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, Kocaeli Üniversitesi, 27-28.

Çelen, Ö., Abuhanoğlu, H., & Teke, A. (2016). Memnuniyet, Bağlılık ve Yalnızlık İlişkisi TSK Ankara Özel Bakım Merkezinde Bir Araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 19-26.

Çetin, S., & Tekiner, M. A. (2015). KURUMSAL İMAJIN TEMEL BELİRLEYİCİLERİ: EMNİYET TEŞKİLATI ÖRNEKLEMİ İÇ PAYDAŞ ANKETİ. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 418-440.

DENİZ, S., & YÜKSEL, O. SAĞLIK TÜKETİCİLERİNİN KURUMSAL İMAJ ALGISI İLE HASTANE BAĞLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 927-934.

Dursun, M. (2011). MÜŞTERİLERİN KURUMSAL İMAJ ALGISININ MÜŞTERİ BAĞLILIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: HİZMET SEKTÖRÜNDE BİR ARAŞTIRMA. *İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, (69).

Erdem, R., Rahman, S., Levent, A. V. C. I., Demirel, B., Köseoğlu, S., FIRAT, G., ... & KUBAT, C. (2008). HASTA MEMNUNİYETİNİN HASTA BAĞLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31), 95-110.

Kahraman, Ç. A. T. I., KOÇOĞLU, Ö. G. C. M., & GELİBOLU, A. G. L. (2010). MÜŞTERİ BEKLENTİLERİ İLE MÜŞTERİ SADAKATI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BEŞ YILDIZLI BİR OTEL ÖRNEĞİ. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1), 429-446.

Kazançoğlu, İ. (2011). HAVAYOLU FİRMALARINDA MÜŞTERİ SADAKATİNİN YARATILMASINDA KURUM İMAJININ VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ETKİSİ. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(21), 130-158.

Koçak, F. (2014). Öğrenci görüşlerine göre spor öğretimi veren yükseköğretim kurumlarının kurumsal imajı. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1), 71-80.

Marangoz, M., & Biber, L. (2007). Kurumsal imajın ve kurumsal ünün müşteri bağlılığına etkileri. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2007(2), 173-

607

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(SAYGIN, E / TOLON, M / SAYGIN, T / ÖZTÜRK, İ / SÖKMENSÜER, TŞ)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

193.

Mustafa, B. A. L. (2012). Çalışan personelin kurumsal imaj oluşumuna etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(1), 219.

Oktay, F. (2016). ÇAĞDAŞ ÖRGÜTLERDE KURUMSAL İMAJ VE YENİLİKÇİ ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK BAĞLAMINDA BİR ANALİZ. Öneri Dergisi, 12(45), 341-356.

Öneren, M. (2013). İmaj yönetiminin TV dizi seyircileri üzerindeki etkisi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2013(1), 75-85.

Öter, V.,&Südaş, H. D. (2017). Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi: Devlet Hastanesi Üzerine Bir İnceleme. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(2), 43-57.

Şişli, G.,& Sevinç, K. Ö. S. E. (2013). KURUM KÜLTÜRÜ VE KURUMSAL İMAJ İLİŞKİSİ: DEVLET VE VAKIF ÜNİVERSİTELERİ ÜZERİNDE BİR UYGULAMA. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (41), 165-193.

TAŞLIYAN, M., PAKSOY, H. M., & HIRLAK, B. (2013). Kurumsal İmaj ile Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Akademik Başarı Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 12(4).

Tıgılı, M. (2003). Kurum imajı kavramı ve sembolik analogi tekniği yoluyla Marmara Üniversitesi'nin kurum imajının belirlenmesine ilişkin bir uygulama.

Tosyalı, H. (2016). Sosyal medyanın hasta sadakatine etkisi: sosyal medya kullanıcıları üzerine bir araştırma.

ÜNAL, Ö., AKBOLAT, M., & AMARAT, M. Hasta bağlılığında teknik kalite mi yoksa fonksiyonel kalite mi daha önemli?. Assoc. Prof. Dr. Sedat BOSTAN Prof. Dr. Haydar SUR, 118.

HASTANE HİZMETLERİ ALT SEKTÖRÜNÜN FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ

FINANCIAL PERFORMANCE ANALYSIS OF HOSPITAL SERVICES SUB- SECTOR

Doç. Dr. Vahit YİĞİT

Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü

vahityigit@sdu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-9805-8504

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (01.12.2020-22.12.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de Hastane Hizmetleri Alt Sektörü’nün 2009-2019 yılları arasındaki finansal performansını ve finansal risk durumunu analiz etmektir. Araştırmada finansal oranları tespit etmek için oran analizi, sektörün finansal performansını tek bir puana çevirmek ve performans düzeylerine göre sıralanmak için TOPSIS yöntemi ve sektörün finansal risk durumunu saptamak için Altman Z Skor Modeli kullanılmıştır. Araştırma verileri Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası’nın Q-861 Hastane Hizmetleri Alt Sektörü” nün sektör bilançolarından elde edilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde Microsoft Excel programı kullanılmıştır. Oran analizinde likidite, finansal, faaliyet ve karlılık finansal oranlarından oluşan 11 adet finansal performans değerlendirme kriteri kullanılmıştır. TOPSIS yönteminden edilen bulgulara göre, sektörün 2009-2019 yılları arasında ortalama finansal performans puanı 0.5023, en yüksek finansal performans puanı 0.9196 ile 2010 yılında, en düşük finansal performans puanı ise 0.0159 puan ile 2018 yılında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Sektörün ortalama Altman Z skoru 1.77, en yüksek 2.97 ile 2009 yılında, en düşük ise 0.91 ile 2018 yılında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Hastane sektörü için finansal risk eşik değerinin 2.60 olduğu dikkate alındığında sadece 2009 ve 2010 yılında finansal risk içermediği ve finansal olarak başarılı olunmuştur. 2017 ve 2018 yılında tehlikeli bölge eşik sınırı olan 1.11’in altında olduğu ve finansal olarak başarısız olduğu diğer yıllar ise gri bölge olarak nitelendirilen finansal riski durumu belirsiz olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hastane hizmetleri alt sektörünün finansal sağlık düzeyinin 2009 yılına göre son yıllarda oldukça kötüleştiği ve finansal riskinin önemli oranda artış gösterdiği tespit edilmiştir. 2009-2019 yılları arası TOPSIS ve Altman Z skorlar karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edilmiş olup her iki yöntemde de bu yıllar arasında sektörün finansal başarısının düştüğü ve finansal riskinin ise yükseldiği saptanmıştır. Bu durum her iki yöntemde sağlık ve hastane sektörünün finansal performans analizinde kullanılabileceği dair güçlü kanıtlar sağlamıştır. Hastane sektörünün finansal açıdan risk durumunu iyileştirecek ve finansal başarısını artıracak sağlık politikaları geliştirmelidir. Özellikle geri ödeme fiyatlarının maliyete dayalı olarak belirlenmesi hastane sektörünün finansal açıdan sürdürülebilirliğine güçlü yönde bir katkıda bulunabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Finansal Performans, TOPSIS, Altman Z Skor Modeli



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Abstract

The purpose of this research is to analyze the financial performance and financial risk status of Hospital Services Sub- Sector in Turkey the years 2009-2019. In the study, ratio analysis was used to determine financial ratios, TOPSIS method to convert the financial performance of the sector to a single score and to rank according to performance levels, and Altman Z Score Model to determine the financial risk status of the sector. Research data was obtained from sector balance sheets in from database of the Central Bank of the Republic of Turkey Q-861 Hospital Services Sub-Sector. Microsoft Excel program was used to analyze the research data. In the ratio analysis, 11 financial performance evaluation criteria consisting of liquidity, financial, operating and profitability financial ratios were used. According to the findings obtained from the TOPSIS method, it was determined that the average financial performance score of the sector between 2009 and 2019 was 0.5023, the highest financial performance score was 0.9196 in 2010, and the lowest financial performance score was in 2018 with 0.0159 points. It was determined that the average Altman Z score of the sector was 1.77, the highest was 2.97 in 2009, and the lowest was in 2018 with 0.91. Considering that the financial risk threshold value for the hospital sector is 2.60, it was financially successful only in 2009 and 2010, without financial risk. In 2017 and 2018, it was determined that the dangerous zone was below the threshold limit of 1.11 and the financial risk status, which is described as the gray zone, was determined in other years when it failed financially. As a result, it has been determined that the financial health level of the hospital services sub-sector has deteriorated significantly in recent years compared to 2009, and its financial risk has increased significantly. When the TOPSIS and Altman Z scores between 2009 and 2019 were compared, similar results were obtained, and it was found that the financial success of the sector decreased and the financial risk increased between these years in both methods. This has provided strong evidence that both methods can be used in financial performance analysis of the health and hospital sector. It should develop health policies that will improve the financial risk situation of the hospital sector and increase its financial success. In particular, determining reimbursement prices based on costs will make a strong contribution to the financial sustainability of the hospital sector.

Keywords: Hospital, Financial Performance, TOPSIS, Altman Z Score Model

GİRİŞ

Performans, verimlilik ve etkinlik sağlık sektöründe önem ve öncelik verilen ve sürekli gündemde olan kavramlar arasında yer almaktadır (Yiğit, 2020:24). Sağlık hizmetlerinde performans ve verimlilik sorunu, ilk teşhis edilen sorunlardan birisi olmasına rağmen günümüzde tam anlamıyla çözümlenememiştir (Kavuncubaşı ve Ersoy, 1995:77). Günümüzde birçok ülkede öncelikli olarak sağlık sektörü olmak üzere hastane işletmelerin çoğu finansla problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Capkun ve Messner, 2012: 469). Hastane işletmeleri sağlık sektörüne ayrılan kaynakların önemli bir kısmını kullanmaktadır. Özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde maliyet ve rekabetin artması (Hadley et al., 1996:205) hastane işletmelerinin kaynaklarını etkin kullanmasını zorunlu kılmıştır (Araújo et al., 2014:126). Son yıllarda gerek geri ödeme sistemi maliyet sınırlama stratejileri gerekse uygulanan sağlık politikaları hastanelerin finansal performansının düşük olmasına neden olmuştur (Yiğit ve Yiğit, 2016:265). Bu durum hastanelerde etkin bir performans ve verimlilik yönetim sisteminin kurulmasını gerekli kılmaktadır (Bayram, 2006:57). Performans yönetimi, hastanenin belirlemiş olduğu amaç ve hedeflerine ulaşım ulaşıldığını ölçebilmekte (Upton, 1994: 82) ve bu amaç ve hedeften sapmalar var ise süreçte iyileştirmeler yapılabilmesine imkan tanımaktadır.

Finansal anlamda başarılı olan bir hastane işletmesi, sahip olduğu kaynakları ile finansal sürdürülebilirliğini sağlayan ve öz sermayesi ile borçları arasında dengeli bir ilişki kurabilme yeteneğine sahiptir (Özgülbaş, 2005: 128). Yöneticiler işletmenin istenilen amaçlara ne kadar ulaştığını ölçmek ve denetlemek, işletmenin ne kadar kâr veya zarar ettiğini tespit etmek, borçlarını

610

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(YİĞİT, V)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

etkin yönetebilmek ve rakipleri ile karşılaştırma yapmak amacıyla finansal analiz tekniklerinden yararlanılmaktadır (Ağırbaş, 2014: 69; Tengilimoğlu vd., 2017: 298). Hastane işletmeleri için mevcut durumu değerlendirmek ve geleceği planlamak için finansal analizlerden yararlanır (Gapenski, 2005).

Sağlık ve hastane sektörünün performansını ölçmek çok boyutlu, yorucu ve karmaşık bir süreçtir. Hastane işletmelerinde performansı ölçmek değerlendirmek adına birden çok birçok nicel ve nitel yöntemler bulunmaktadır. Fakat bu yöntemlerin sağlık sektörü bünyesinde uyarlanması oldukça güçtür (Özgülbaş, 2005:130). Hastane işletmelerinin performans düzeylerinin ölçülmesinde genellikle oran analizi, parametrik ve parametrik olmayan yöntemler kullanılmaktadır (Şahin, Özcan ve Özgen, 2011:23). Son yıllarda hastanelerin performans ölçümünde çok kriterli karar verme yöntemleri ve diğer finansal risk belirleme yöntemleri de sıklıkla kullanılmaktadır.

Hastane işletmeleri finansal performansını ölçmek için bilanço, gelir tablosu ve diğer mâli tablolar aracılığı ile çeşitli analiz teknikleri kullanılarak finansal analizler yapılmaktadır (Ağırbaş, 2014:69; Özgülbaş, 2005: 127). Hastane işletmelerde finansal tabloların analizinde yatay analiz (karşılaştırmalı tablolar), dikey analiz (yüzde yöntemi) trend analiz (eğilim yüzdeleri yöntemi) ve oran analizi kullanılmaktadır. Hastane işletmeleri performans ölçümünde uygulaması kolay olduğu için en sık olarak oran analizini kullanılmaktadır. Oran analizi yöntemi ile hastanelerin likidite, finansal, faaliyet ve karlılık oranları finansal analiz yapılabilmektedir (Akdoğan ve Tenker, 2010; Ağırbaş, 2014:69-117);

Son yıllarda işletmelerin finansal performansı finansal risk ölçütleri ile ölçülmektedir. Finansal başarısızlığı ve finansal risk durumunu tespit etmek amacıyla birden fazla finansal oranın birleşimi olan Hastane Yaşam İndeksi, Cleverly'nin Finansal Güç İndeksi, Altman Z Skoru, Ohlson O Skoru ve Zmijewski Skoru gibi ölçütler stratejik bir değerlendirme ve performans yönetimi aracı olarak kullanılmaktadır. Bu finansal risk belirleme ölçütlerinden Altman Z skoru modeli, likidite, finansal kaldıraç, karlılık ve sermaye yapısı oranları olmak üzere dört finansal orandan oluşan ağırlıklı bileşik bir puana göre hesaplanır (Puro ve ark., 2019; Cleverley ve Cleverley, 2005; Altman, 1968, Ohlson, 1980, Zmijewski, 1984; Calandro, 2007). Calandro (2007:37)'ya göre Altman'ın Z-skorunun stratejik bir değerlendirme ve performans yönetimi aracı olarak kullanılabileceği ifade edilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı, Türkiye Hastane Hizmetleri Alt Sektörü'nün 2009-2019 yılları arasındaki finansal performansını ve finansal risk durumunu analiz etmektir. Araştırmanın diğer bir amacı ise TOPSIS ve Altman Z skor modeli ile benzer finansal performans sonuçları alınıp alınmadığını tespit etmektir. Araştırmada finansal oranları tespit etmek için oran analizi, sektörün finansal performansını tek bir puana çevirmek ve performans düzeylerine göre sıralanmak için TOPSIS yöntemi ve sektörün finansal risk durumunu saptamak için Altman Z skor modeli kullanılmıştır. Araştırma verileri Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası'nın Q-861 Hastane Hizmetleri Alt Sektörü'nün sektör bilançolarından elde edilmiştir. Elde edilen araştırma verileri Microsoft Excel programı ile analiz edilmiştir. Oran analizinde likidite, finansal, faaliyet ve karlılık finansal oranlarından oluşan 11 adet finansal performans değerlendirme kriteri kullanılmıştır. Araştırmada değerlendirme kriteri olarak; cari oran, likidite (asit test) oranı, nakit oranı, finansal kaldıraç oranı, kısa vadeli yabancı kaynak (KVYK)'ların kaynak toplamına oranı, stok devir hızı, alacakların tahsil süresi, ticari borçları ödeme süresi, çalışma sermayesi devir hızı, öz kaynak kârlılığı oranı, net kâr marjı oranı alınmış ve literatürde yer alan formüllere göre hesaplanmıştır (Akdoğan ve

Tenker, 2010; Ağırbaş, 2014; TCMB, 2020). Tablo 1’de araştırmada kullanılan değerlendirme kriteri olan finansal oranlar, kodları ve formülleri verilmiştir.

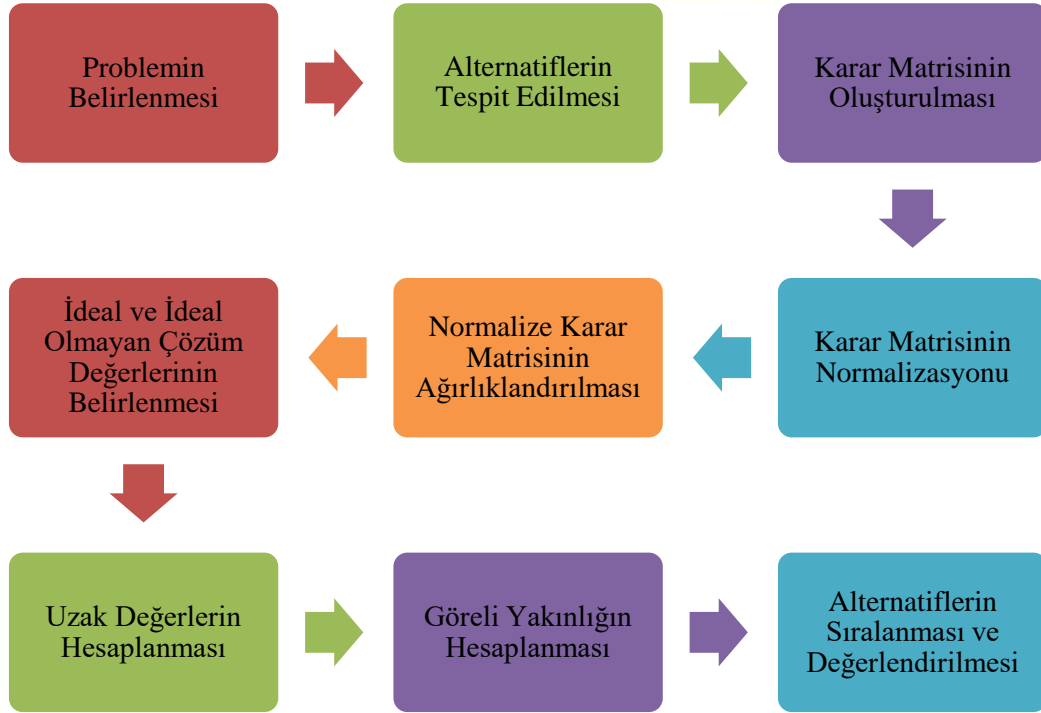
Tablo 1. Değerlendirme Kriterleri Finansal Oranlar ve Formülleri

Oran Türü	Finansal Oranlar	Kod	Formül
	Cari Oran	L1	Dönen Varlıklar/KVYK
Likidite	Likidite (Asit Test) Oranı	L2	Dönen Var.- (Stoklar + Gelecek Aylara Ait Giderler + Diğer Dönen Varlıklar)/KVYK
	Nakit Oranı	L3	Hazır Değerler + Menkul Kıymetler/KVYK
Finansal Yapı	Finansal Kaldıraç Oranı	F1	Toplam Borç /Aktif Toplamı
	KVYK’ların Kaynak Toplamına Oranı	F2	KVYK/Pasif Toplamı
Faaliyet (Devir) Oranları	Stok Devir Hızı	D1	Satışların Maliyeti/(Önceki Yıl Stok. + Cari Yıl Stok) /2
	Alacakların Tahsil Süresi	D2	360 / Alacak Devir Hızı
	Ticari Borçları Ödeme Süresi	D3	360*Ticari Borçlar / Satılan Hizmet Maliyeti
	Çalışma Sermayesi Devir Hızı	D4	Net Satışlar/Dönen Varlıklar
Karlılık	Öz Kaynak Kârlılığı Oranı	K1	Net Kâr/Öz Kaynaklar
	Net Kâr Marjı Oranı	K2	Net Kâr/Net Satışlar

Araştırmada sektörün finansal performansını tek bir puana çevirmek ve performans düzeylerine göre sıralanmak için TOPSIS (Technique For Order Preference By Similarity To An Ideal Solution) yönteminden yararlanılmıştır. TOPSIS yöntemi işletmelerin finansal performanslarının ölçülmesi için farklı performans göstergelerini birlikte analiz edilmesine olanak veren çok kriterli bir karar verme yöntemidir. TOPSIS yöntemi, ideal çözüme benzerlik yolu ile tercih sırasına ulaşma tekniği olup alternatifler arasından pozitif en iyi çözüm olan alternatifin seçilmesi temeline dayanmaktadır (Yılmaz, 2018:24). TOPSIS yönteminin temelleri ilk kez, Hwang ve Yoon tarafından (Chen, 2000:2) 1981 yılında yapılan araştırmalarda ortaya çıkarılmıştır (Cheng-Ru et all., 2008:255; Soba vd., 2012:229).

TOPSIS yöntemi, seçilmiş olan alternatifin pozitif ideal çözüme en yakın ve negatif ideal çözüme en uzak noktasını tespit etmektedir (Chen, 2000:2; Demireli, 2010:104). Pozitif ideal çözüm ile en iyi alternatif, maksimum fayda ve minimum maliyet unsuru dikkate alınır iken; negatif ideal çözümde ise minimum fayda maksimum maliyet durumu dikkate alınarak sıralama yapılmaktadır (Cheng-Ru et all., 2008:256; Dinçer ve Göral 2017:549; Jadidi et all., 2008:763; Demireli 2010:104; Alptekin ve Şıklar, 2009:186).

TOPSIS yönteminde karar verme sürecinde farklı işlem adımları bulunmaktadır. Bu adımlar aşağıda açıklanmıştır. Araştırmada Şekil 1’de verilen uygulama adımları izlenmiş ve bu her bir aşamada literatürde yer alan formüller uygulanarak (Bir, 2018:34; Soba vd., 2012:229; Alptekin, ve Şıklar 2009:189-191; Jadidi et all., 2008:763; Yayar ve Baykara 2015:32; Paksoy, 2017:23-26), sektörün 2009-2019 yılları arasında finansal performansı tespit edilmiştir.



Şekil 1. TOPSIS Yöntemi Uygulama Aşamaları

Finansal risk durumu ve finansal başarısızlığın tahminine yönelik geliştirilen modeller arasında en iyi bilinenlerden birisi Altman Z-skor modelidir. Araştırma kapsamında, sektörün 2009-2019 yılları arasında finansal risk durumunu veya sektörün hangi yıllarda finansal olarak başarılı veya sağlıklı olup olmadığının tespit edebilmek için Altman z-skor modeli kullanılmıştır.

Altman Z Skor Modeli, Edward I. Altman tarafından iflasları analiz etmek ve işletmelerin finansal sağlık düzeyini önceden tahmin edebilmek için 1968 yılında geliştirilmiş ve dört finansal oranının yer aldığı bir diskriminant analizidir. Altman Z modeli, işletmelerin halka açıklığı, hizmet ve sanayi işletmesi olup olmadığına göre üç farklı denklemle ifade edilmektedir (Altman, 1968).

Altman Z skor modeli, çeşitli endüstrilerde faaliyet gösteren işletmelerin gelecekteki iflasları, finansal problemleri ve finansal olarak başarılı olup olmadıklarını tahmin etmek için çok sıklıkla kullanılmaktadır (Hayes et al., 2010:120; Altman, 1968: 593–596; Puro et al., 2019:4). Hizmet işletmeleri için Altman Z skoru modeli, likidite, finansal kaldıraç, karlılık ve sermaye yapısı oranları olmak üzere dört finansal orandan oluşan ağırlıklı bileşik bir puana göre hesaplanır. Bu nedenle, “dengeli bir puan cetvelinde olduğu gibi birçok farklı finansal yönün karşılıklı ilişkilerini dikkate almaktadır (Langabeer, 2006:87). Altman Z- skor modeli hizmet sektöründe kullanım için doğrulanmış ve birçok çalışmada hastane sektörü içinde kullanılmıştır (Altman, 1993; Ramamonjariavelo et al., 2014; Almwajeh, 2004; Langabeer, 2006). Bu kapsamda çalışmada kullanılan model ve bileşenleri ile açıklamalar aşağıda belirtilmiştir (Altman 1983: 124; Hayes vd., 2010:125; Calandro 2007:37);

$$Z = 6.56 (X_1) + 3.26 (X_2) + 6.72 (X_3) + 1.05 (X_4)$$

$$X_1 = \text{Net İşletme Sermayesi} / \text{Toplam Varlıklar}$$

$$X_2 = \text{Dağıtılmamış Karlar} / \text{Toplam Varlıklar}$$

$X_3 = \text{Vergi ve Faiz Ödemeleri Öncesi Karlar} / \text{Toplam Varlıklar}$

$X_4 = \text{Öz kaynaklar} / \text{Toplam Borç}$

Modele göre hastane sektörü için önerilen Altman z skor aralıkları (Calandro 2007; Hadjikova, 2012);

Güvenli Alan : $Z > 2.60$ (finansal sağlık iyi)

Tehlikeli Alan : $Z < 1.10$ (finansal sağlık kötü-iflas)

Gri Alan : $1.10 < Z < 2.60$ (finansal sağlık belirsiz)

BULGULAR

Araştırmada sektöre ait veriler konsolide edildikten sonra oran analizi yöntemi ile 2009-2019 yılları arasında; cari oran, likidite (asit test) oranı, nakit oranı, finansal kaldıraç oranı, kısa vadeli yabancı kaynak (KVYK)'ların kaynak toplamına oranı, stok devir hızı, alacakların tahsil süresi, ticari borçları ödeme süresi, çalışma sermayesi devir hızı, öz kaynak kârlılığı oranı, net kâr marjı finansal oranları Microsoft Excel yardımı ile hesaplanmıştır. Bu finansal oranlar sonra TOPSIS yöntemi uygulama adımları ve literatürde yer alan TOPSIS formülleri kullanılarak 2009-2019 yılları arasında sektörün finansal performansı analiz edilmiştir.

TOPSIS yönteminde ilk adım karar matrisinin oluşturulması gelmektedir. Bu kapsamda araştırmada karar matrisinin satırlarında üstünlükleri sıralanmak istenen sektörün hizmet sunulan yılları, sütunlarında ise likidite, finansal, faaliyet ve karlılık oranlarından oluşan 11 adet finansal performans kriteri olan değerlendirme faktörleri yer almaktadır.

Tablo 2. Karar Matrisi

Yıl	L1	L2	L3	F1	F2	D1	D2	D3	D4	K1	K2
2009	1,21	0,97	0,22	0,53	0,29	16,28	105,1	6,2	2,25	0,04	0,02
2010	1,22	1,03	0,25	0,55	0,31	18,37	105,0	4,4	2,02	0,01	0,01
2011	1,13	0,91	0,22	0,61	0,33	17,48	99,4	5,4	2,14	-0,15	-0,08
2012	1,01	0,80	0,17	0,62	0,36	14,64	99,3	4,0	2,18	0,03	0,02
2013	1,06	0,85	0,23	0,65	0,35	13,32	101,3	3,4	1,97	0,02	0,01
2014	1,04	0,83	0,22	0,67	0,38	12,81	104,6	1,8	1,88	0,00	0,00
2015	1,05	0,84	0,21	0,70	0,38	11,74	111,9	2,0	1,85	0,01	0,00
2016	0,99	0,78	0,13	0,73	0,40	11,20	119,3	3,2	1,82	-0,05	-0,02
2017	0,97	0,78	0,16	0,75	0,43	10,74	130,9	3,6	1,66	0,02	0,01
2018	0,94	0,75	0,11	0,74	0,47	10,18	137,6	6,6	1,61	-0,06	-0,02
2019	1,01	0,75	0,17	0,71	0,38	10,19	113,8	8,7	2,15	0,02	0,01

Araştırmanın ikinci adımında, normalize edilmiş karar matrisi oluşturulmuştur (Tablo 3). Normalize edilmiş karar matrisinin oluşturulmasında, karar matrisinde bulunan her değer bulunduğu sütunda karşılık geldiği değerlerin kareleri toplamının kareköküne bölünmesiyle normalizasyon işlemi yapılmıştır.

Tablo 3. Normalize Edilmiş Karar Matrisi

Yıl	L1	L2	L3	F1	F2	D1	D2	D3	D4	K1	K2
2009	1,453	0,945	0,048	0,282	0,084	265,0	11.036,9	38,49	5,05	0,002	0,001
2010	1,494	1,058	0,061	0,302	0,098	337,6	11.029,8	19,67	4,07	0,000	0,000
2011	1,282	0,836	0,049	0,369	0,106	305,7	9.886,7	28,87	4,58	0,023	0,006
2012	1,014	0,637	0,028	0,381	0,129	214,5	9.852,0	16,11	4,76	0,001	0,000
2013	1,128	0,716	0,054	0,420	0,125	177,5	10.251,8	11,41	3,90	0,000	0,000
2014	1,071	0,684	0,050	0,443	0,141	164,2	10.948,9	3,29	3,53	0,000	0,000
2015	1,108	0,701	0,044	0,484	0,145	137,9	12.526,7	4,01	3,44	0,000	0,000
2016	0,973	0,605	0,018	0,534	0,157	125,5	14.226,9	10,01	3,33	0,003	0,000
2017	0,934	0,603	0,026	0,567	0,182	115,4	17.124,2	12,91	2,75	0,000	0,000
2018	0,882	0,562	0,013	0,553	0,217	103,6	18.922,5	43,90	2,59	0,004	0,000
2019	1,022	0,564	0,029	0,504	0,142	103,9	12.960,9	75,80	4,63	0,001	0,000
$\sqrt{\sum_{k=1}^m a_{kj}^2}$	12,36	7,91	0,42	4,84	1,53	2050,7	138.767,4	264,47	42,62	0,03	0,01

Araştırmanın üçüncü adımında ağırlıklandırılmış ve normalize edilmiş karar matrisi oluşturulmuştur. Araştırma kapsamında değerlendirme ana kriterleri olan likidite, finansal, faaliyet ve karlılık oranlarının her birine eşit derecede önemli olduğu varsayılmıştır. Finansal oran grubu içinde yer alan ana kriterlerde birden fazla kriter olduğu için toplam kriter ağırlığı kriter sayısına bölünerek ağırlıklar tespit edilmiştir (Tablo 4). Matrisinin her bir sütunundaki elemanlar ilgili w_i değeri ile çarpılarak ağırlıklandırılmış ve normalize edilmiş karar matrisi oluşturulmuştur (Tablo 5).

Tablo 4. Performans Kriteri Ağırlıkları

Finansal Oran Grubu	Finansal Oranlar	Kod	Kriter Ağırlığı	Toplam Ağırlığı (W_i)
Likidite	Cari Oran	L1	0,083	0,25
	Likidite (Asit Test) Oranı	L2	0,083	
	Nakit Oranı	L3	0,083	
Finansal Yapı	Finansal Kaldıraç Oranı	F1	0,125	0,25
	KVYK'ların Kaynak Toplamına Oranı	F2	0,125	
Faaliyet (Devir) Oranları	Stok Devir Hızı	D1	0,063	0,25
	Alacakların Tahsil Süresi	D2	0,063	
	Ticari Borçları Ödeme Süresi	D3	0,063	
	Çalışma Sermayesi Devir Hızı	D4	0,063	
Karlılık	Öz Kaynak Kârlılığı Oranı	K1	0,125	0,25
	Net Kâr Marjı Oranı	K2	0,125	
Toplam			1,000	1

Tablo 5. Ağırlıklandırılmış ve Normalize Edilmiş Karar Matrisi

Yıl	L1	L2	L3	F1	F2	D1	D2	D3	D4	K1	K2
W	0,083	0,083	0,083	0,125	0,125	0,063	0,063	0,063	0,063	0,125	0,125
2009	0,028	0,029	0,028	0,030	0,029	0,023	0,018	0,024	0,022	0,027	0,034
2010	0,029	0,030	0,032	0,031	0,032	0,026	0,018	0,017	0,019	0,008	0,010
2011	0,027	0,027	0,028	0,034	0,033	0,024	0,017	0,021	0,021	-0,104	-0,108
2012	0,024	0,024	0,021	0,035	0,036	0,020	0,017	0,016	0,021	0,022	0,022
2013	0,025	0,025	0,030	0,037	0,036	0,019	0,017	0,013	0,019	0,014	0,014
2014	0,024	0,024	0,029	0,038	0,038	0,018	0,018	0,007	0,018	-0,002	-0,002
2015	0,025	0,025	0,027	0,040	0,038	0,016	0,019	0,008	0,018	0,008	0,007
2016	0,023	0,023	0,017	0,042	0,040	0,016	0,020	0,012	0,018	-0,035	-0,028
2017	0,023	0,023	0,021	0,043	0,043	0,015	0,022	0,014	0,016	0,014	0,011
2018	0,022	0,022	0,015	0,042	0,047	0,014	0,023	0,026	0,016	-0,041	-0,031
2019	0,024	0,022	0,022	0,040	0,038	0,014	0,019	0,034	0,021	0,016	0,012

Araştırmada ağırlıklandırma işleminden sonra dördüncü adım olarak pozitif ve negatif ideal değerler tespit edilmiştir. Bu adımda aslında alternatiflerin pozitif ideal çözüme en yakın ve negatif ideal çözüme en uzak nokta tespit edilmiştir. Bu adımda değerlendirme kriteri olan cari oran, likidite (asit test) oranı, nakit oranı, finansal kaldıraç oranı, kısa vadeli yabancı kaynak (KVYK)'ların kaynak toplamına oranı, stok devir hızı, alacakların tahsil süresi, ticari borçları ödeme süresi, çalışma sermayesi devir hızı, öz kaynak kârlılığı oranı, net kâr marjı oranı maksimum veya minimum olması durumuna göre Tablo 6'da belirlenen çözüm değerleri baz alınarak hem ideal uzaklıklar hem de negatif ideal uzaklıklar hesaplanmıştır.

Tablo 6. İdeal (A^*) ve Negatif İdeal (A^-) Çözümün Belirlenmesi

	L1	L2	L3	F1	F2	D1	D2	D3	D4	K1	K2
İdeal Çözüm Değerleri	0,029	0,030	0,032	0,030	0,029	0,026	0,017	0,007	0,022	0,027	0,034
Negatif İdeal Çözüm Değerleri	0,022	0,022	0,015	0,043	0,047	0,014	0,023	0,034	0,016	-0,104	-0,108

İdeal (A^*) ve negatif ideal (A^-) çözümün değerleri hesaplandıktan beşinci adımda 2009-2019 yılları karar noktalarının maksimum ve minimum yönde sapmaları hesaplanmıştır. Buna göre Tablo 7'de görüleceği üzere her bir alternatif karar verme birimleri için pozitif ideal ayırım S^+ ve negatif ideal ayırım S^- değerleri hesaplanmıştır. Bu işlemten sonra her bir karar noktasının ideal çözüme göreli yakınlığının (C_i^*) değerleri tespit edilmiştir (Tablo 7). TOPSIS yönteminde C_i^* değeri $0 \leq C_i^* \leq 1$ aralığında değer almaktadır. $C_i^* = 1$ ilgili karar noktasının ideal çözüme, $C_i^* = 0$ ilgili karar noktasının negatif ideal çözüme mutlak yakınlığını (Özen vd., 2015:491; Yacan, 2016:11) ifade etmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde göre C_i^* değerinde 1'e yakın olan değer en iyi finansal performansa sahip yılı ifade eder iken 0 yakın değerler ise en kötü finansal performansa ait yılları ifade etmektedir.

Araştırma verilerinden elde edilen bulgulara göre sektörün 2009-2019 yılları arasında ortalama finansal performans puanı 0.5023, en yüksek finansal performans puanı 0.9196 ile 2010 yılı olurken, en düşük finansal performans puanı 0.0159 ile 2018 yılında gerçekleştiği tespit edilmiştir. TOPSIS yönteminde finansal performansı düşük olan yılların temel özelliği; cari oran, likidite (asit test) oranı, nakit oranı, finansal kaldıraç oranı, kısa vadeli yabancı kaynak (KVYK)'ların kaynak toplamına oranı, stok devir hızı, alacakların tahsil süresi, ticari borçları ödeme süresi, çalışma sermayesi devir hızı, öz kaynak kârlılığı oranı, net kâr marjı finansal oranlarının standart olarak kabul edilen sektör oranlarına altında veya üstünde olmalarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 7. TOPSIS Analizi Sonuçlarına Göre Hastanelerin Sıralanması

Yıl	Si+	Si-	Ci	Rank
2009	0,0051	0,02890	0,85003	2
2010	0,0027	0,03058	0,91964	1
2011	0,0077	0,02543	0,76733	3
2012	0,0166	0,01751	0,51314	6
2013	0,0134	0,02167	0,61717	4
2014	0,0160	0,01895	0,54174	5
2015	0,0182	0,01644	0,47460	7
2016	0,0256	0,00832	0,24537	9
2017	0,0264	0,00753	0,22170	10
2018	0,0322	0,00052	0,01595	11
2019	0,0224	0,01256	0,35897	8

Araştırma kapsamında hastane hizmetleri alt sektörünün finansal sağlık düzeyi Altman Z skor modeli ile analiz edilmiştir (Tablo 8). 2009-2019 yılları arasında ortalama skorun 1.77 olduğu ve bu skorun en yüksek 2.97 ile 2009 yılında en düşük ise 0.91 ile 2018 yılında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Hastane sektörü için finansal risk eşik değerinin 2.6 olduğu dikkate alındığında sadece 2009 ve 2010 yılında sektörün finansal risk içermediği, finansal sağlık düzeyinin iyi ve güvenli bölgede olduğu tespit edilmiştir. 2017 ve 2018 yılında ise sektörün finansal sağlık düzeyinin kötü ve tehlikeli bölge eşik sınırı olan 1.11'in altında bir z skoruna sahip olduğu tespit edilmiştir. Diğer yıllar ise sektörün finansal sağlık düzeyi belirsiz olduğu ve gri bölgede yer aldığı saptanmıştır. Sonuç olarak hastane hizmetleri alt sektörünün finansal sağlık düzeyinin 2009 yılına göre son yıllarda oldukça kötüleştiği ve finansal riskinin önemli oranda artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 8: Altman Z Skorlarına Göre Hastane Hizmetleri Alt Sektörünün Finansal Risk Düzeyi

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
X ₁	0,060	0,070	0,043	0,003	0,022	0,013	0,020	-0,005	-0,014	-0,028	0,004
X ₂	0,469	0,450	0,393	0,383	0,352	0,334	0,304	0,269	0,247	0,256	0,290
X ₃	0,019	0,006	-0,060	0,012	0,007	-0,001	0,004	-0,014	0,005	-0,015	0,007
X ₄	0,882	0,819	0,647	0,620	0,543	0,502	0,437	0,369	0,328	0,344	0,409
Z	2,97	2,82	1,84	2,00	1,91	1,70	1,61	1,14	1,09	0,91	1,45
Z > 2.60 - "güvenli" bölge; 1.10 < Z < 2.60 - "gri" bölge; Z < 1.10 - "tehlikeli" bölge											
Rank	1	2	5	3	4	6	7	9	10	11	8

Araştırmada TOPSIS ve Altman Z skorlarına göre finansal performansın karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir. TOPSIS ve Altman Z skorlarına bakıldığında benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bu araştırma, Türkiye'de hastane sektörü alanında TOPSIS ve Altman Z skor modeline göre finansal performans ölçümü yapılan ilk çalışmadır. Araştırmada her iki yöntemde benzer sonuçların elde edilmesi sağlık ve hastane sektörünün finansal performansının ölçülmesinde kullanılabilir olacaktır.

Tablo 9. TOPSIS ve Altman Z skorlarına Göre Finansal Performansın Karşılaştırılması

Yıl	TOPSIS		Altman Z	
	Ci	Rank	Skor	Rank
2009	0,85003	2	2,97	1
2010	0,91964	1	2,82	2
2011	0,76733	3	1,84	5
2012	0,51314	6	2,00	3
2013	0,61717	4	1,91	4
2014	0,54174	5	1,70	6
2015	0,47460	7	1,61	7
2016	0,24537	9	1,14	9
2017	0,22170	10	1,09	10
2018	0,01595	11	0,91	11
2019	0,35897	8	1,45	8

TARTIŞMA

Bu araştırma, Türkiye hastane hizmetleri alt sektörünün 2009-2019 yılları arasındaki finansal performansını belirlemek amacıyla TOPSIS, Altman Z skor modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinden elde edilen bulgulara göre hastane hizmetleri alt sektörünün 2009-2019 yılları arasında finansal performansı trend analizi ile karşılaştırılmıştır (Şekil 1). Sektörün finansal sağlık düzeyini veya finansal riski durumunu tespit etmek için yapılan çalışmada her iki yöntemde de sektörün 2009-2019 yılları arasında finansal performansının düşüş ve artışlarının benzer bir trende sahip olduğunu Şekil 1'de görülmektedir. Sektörün finansal sağlık düzeyi 2009 yılında oldukça iyi olduğu ancak bu yıldan sonra 2018 yılına kadar finansal performans düzeyinde sürekli bir düşüş sergilediği tespit edilmektedir. 2019 yılında ise sektör, 2018 yılına göre finansal performans düzeyinde bir iyileşme eğilimine yöneldiği gözlemlenmektedir. Bu iyileşme eğilimi 2020 yılından devam ederek 2009 yılı finansal performans düzeyine ulaşması sektörün finansal sürdürülebilirliğini sağlamasında olumlu düzeyde katkı sağlayacaktır.



Şekil 1. TOPSIS ve Altman Z skorlarına Göre Finansal Performans Trend Analizi

Araştırma kapsamında hastane hizmetleri alt sektöründe ve sağlık hizmetlerinde benzer çalışmaların araştırma sonuçları aşağıda tartışılmıştır. Bu çerçevede;

Karadeniz (2016:101) tarafından yapılan bir çalışmada, Türkiye hastane hizmetleri alt sektörünün 2011-2013 yılları arasındaki finansal tabloları oran yöntemiyle analiz edilmiştir. Analiz sonucunda sektörün varlık yapısının sabit varlık ağırlıklı olduğu, likidite oranları açısından sektörün likidite durumunun ve karlılık performansının zayıf olduğu saptanmıştır. Sektörün finansal yapısının ise ağırlıklı olarak yabancı kaynaklardan oluştuğu, öz sermayesinin zayıf ve finansal riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Varlık kullanım oranları açısından ise sektördeki işletmelerin stoklarını etkin kullanmadığı tespit edilmiştir.

Aydemir (2018:133) tarafından çalışmada hastane hizmetleri alt sektörünün 2013-2015 dönemine ait finansal tablolarını oran analizi yöntemiyle analiz edilmiştir. Analiz sonucunda sektörün varlık yapısının duran varlık ağırlıklı olduğu ve uzun vadeli borçlandığı saptanmıştır. Likidite oranları açısından sektörün cari oran dışında likidite durumunun orta düzeyde olduğu, sektörün finansal yapısının borçlanma ağırlıklı, öz-sermayesinin zayıf olduğu tespit edilmiştir.

Karadeniz ve Koşan (2017) tarafından yapılan çalışmada, 2012, 2013 ve 2014 yılları arasındaki hastane hizmetleri sektörünün aktif ve öz sermaye karlılık performansının DuPont finansal analiz tekniğiyle analiz edilmiştir. Analiz neticesinde sektörün 2012 ve 2014 yıllarında aktif ve öz sermaye karlılıklarının pozitif, 2013 yılında ise negatif olduğu saptanmıştır. Sektörün maliyet ve gider türlerinin yüksek olduğu, aktif devir hızının istenilen düzeyde olmadığı ve sektörün aktif yatırımlarını daha fazla borçlanma ile finanse ettiği ve dolayısıyla finansal riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Langabeer (2006) tarafından yapılan çalışmada, araştırma örnekleminde yer alan her altı eğitim hastanesinden neredeyse birinin iflasın eşiğinde olduğunu tahmin etmiştir. Hastaneler mali sıkıntı içinde olduğunu ve bu eğilim devam etmesi durumunda birleşme, satın alma veya varlıkların ve hizmetlerin elden çıkarılması gibi stratejik yönetim araçlarını kullanmaları gerektiğini saptamıştır. Yine aynı yazarın bir başka çalışmasında (Langabeer 2008), son yıllarda daha yüksek karlılık raporlarına rağmen, hastaneler her zamankinden daha hızlı bir oranda başarısız olduğunu tespit etmiştir.

Ramamonjariavelo ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada mali sıkıntının kamu hastaneleri arasında özelleştirmeye ilişkili olup olmadığını araştırmışlardır. Mali sıkıntı içindeki devlet hastanelerinin, mali sıkıntı içinde olmayan diğer devlet hastanelerine göre özelleştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bazzoli ve Cleverley (1994) tarafından yapılan çalışmada ise kamu hastaneleri için mali sıkıntı ve özelleştirme arasındaki ilişki yüksek olmasına rağmen iflas başvurusu veya kapatma kararı da bir strateji olabileceğini belirtmektedir. Bu kapsamda Türkiye’deki kamu hastaneleri mali sıkıntı içinde oldukları zaman belirli zaman dilimlerinde Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından mali yardım yapılarak bu finansal problem ortadan kaldırılmaktadır. Ancak Türkiye’deki özel hastaneler için bu mali yardımların dışında tutulmaktadır.

Civan ve Dayı (2014) tarafından yapılan çalışmada, Zonguldak Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı hastanelerin, 2008-2012 dönemindeki mali başarısızlık seviyeleri finansal oranlar kullanılarak, Altman Z skoru ile mali başarısızlıklarını tahmin etmiştir. Araştırma sonucuna göre, işletmelerin %4’ünün başarısız olduğu, %27’sinin ise bir yıl içinde %95 olasılıkla başarısız olacağı tahmin edilmektedir. İşletmeler başarı ve başarısızlıklarına göre sınıflandırıldığında ise %31’inin başarısız, %69’unun ise başarılı olduğu tespit edilmiştir.

Günümüzde hastanelerin en önemli sorunlarından birisi, performans ve verimlilik düzeylerinin tam olarak ölçülememesidir. Hastane işletmelerinde sürekli değişen dinamik yapı ve artan maliyetler sebebiyle performans ve verimlilik analizi her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır. Finansal ve finansal olmayan tüm göstergeleri bütüncül bir yaklaşımla dikkate alan iyi performans uygulamaları hastaneler için zorunlu hale gelmiştir. Çünkü hastaneler yüksek oranda performans düşüklüğü ile hizmet sunmaktadır. Bu kapsamda Yiğit (2020:24) tarafından meta analiz yöntemiyle yapılan bir çalışmada, Türkiye’de hastanelerin verimlilik skoru 0,82 (G.A; 0,78-0,86; p<0,05) olarak saptamıştır. Ayrıca araştırmada verimlilik skorunda bir birimlik artış sağlık sisteminin ve hastanelerin finansal performansına önemli düzeyde katkı sağlayacağı belirtilmektedir.

Sağlık sektöründe rekabetin ve sağlık hizmeti maliyetlerinin giderek artması, kaynaklarını daha etkin kullanmayı zorunlu kılmıştır (Çakmak vd., 2009). Finansal performansı artırmak için ise genellikle örgütsel değişim, yeniden yapılanma ve küçülme yolları tercih edilmektedir (Ozcan, 2009: 122). Sağlık kuruluşlarının performansları; kaynak tahsisi, sistem planlaması, sağlık önceliklerinin belirlenmesi, profesyonel tanıma, finansman ve genel kalite yönetimi gibi alanlarda önemli iyileştirmeler yapılarak geliştirilebilir (Grigoroudis et al., 2012: 105-106).

Türkiye’de hastaneler üzerinde TOPSIS yöntemini kullanılarak birçok çalışma yapılmıştır (Avcı, 2018; Balcı, 2017; Kar et al., 2019; Yiğit, 2019) Ancak finansal performansı TOPSIS ve Altman Z modeli ile birlikte değerlendiren çalışma tespit edilememiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularından elde edilen verilere göre sonuç olarak hastane hizmetleri alt sektörünün finansal risk düzeyinin 2009 yılına göre son yıllarda oldukça kötüleştiği ve finansal başarısının önemli oranda azalış gösterdiği tespit edilmiştir. 2009-2019 yılları arası TOPSIS ve Altman Z skorlar karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edilmiş olup her iki yöntemde de bu yıllar arasında sektörün finansal başarısının düştüğü ve finansal riskinin ise yükseldiği saptanmıştır. Bu durum her



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

iki yönteminde sağlık ve hastane sektörünün finansal performans analizinde kullanılabileceği dair güçlü kanıtlar sağlamıştır. Hastane sektörünün finansal açıdan risk durumunu iyileştirecek ve finansal başarısını artıracak sağlık politikaları geliştirmelidir. Özellikle geri ödeme fiyatlarının maliyete dayalı olarak belirlenmesi hastane sektörünün finansal açıdan sürdürülebilirliğine güçlü yönde bir katkıda bulunabilecektir.

Hastane işletmelerinde finansal analiz ile aslında işletmenin finansal başarısını, finansal riski ve başka bir ifadeyle finansal sağlığını ölçülmektedir. Bu nedenle hastanelerde finansal performansın düzenli aralıklarla ile sürekli ölçümü oldukça önemli olup sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların verimli kullanımı için vazgeçilmez bir unsurdur. Türkiye’de sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen hastanelerin finansal performansının ölçümü yapması belirlenen amaç ve hedeflere ulaşip ulaşılmadığını tespit etmede önemli bir araç olduğunu söyleyebiliriz.

Türkiye’de son yıllarda sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda köklü değişimler yapılmıştır. Ancak sağlık ve hastane sektörü alanında yapılan bu köklü değişimlerin sektörünün performans ve verimliliği üzerinde etkisini araştıran çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Özellikle hastanelerin finansal performansını analiz eden araştırmaların yetersiz olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda sağlık ve hastane sektörünün finansal performansı ile ilgili araştırmacılara finansal tablolara erişimin önündeki engellerin kaldırılması oldukça önem arz etmektedir.

Bir işletmenin finansal riskini, başarısını ve sağlığını analiz etmek için bir yönetim aracı olan Altman Z skor modeli, sağlık ve hastane sektörü araştırmalarında yaygın olarak kullanılmamaktadır. Altman Z skor modeli hastane işletmelerinin finansal riskini tespit etmektedir. Hastane işletmelerinin finansal performans düzeylerinin ölçülmesinde oran analizi, parametrik ve parametrik olmayan yöntemler ile çok kriterli karar verme yöntemleri yanında Altman Z-modeli gibi diğer finansal risk durumunu belirleyen modellerin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık kurumlarında finansal yönetim ve maliyet analizi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Akdoğan N, Tenker N (2010). *Finansal tablolar ve mali analiz teknikleri*. 13. Baskı, Ankara: Gazi Yayınevi.
- Akgüç Ö (2017). *Mali tablolar analizi*. 16. Baskı, İstanbul: Avcıol Basım Yayım.
- Almwajeh O. (2004). *Applying Altman’s Z-score model of bankruptcy for the prediction of financial distress of rural hospitals in Western Pennsylvania*. Doctoral Dissertation, Indiana University of Pennsylvania, Indiana.
- Alptekin, N., Şıklar, E. (2009). Türk hisse senedi emeklilik yatırım fonlarının çok kriterli performans değerlendirmesi: TOPSIS metodu. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24 (5), 185–196.
- Altman E. I. (1993). *Corporate financial distress and bankruptcy* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Altman, E. I. (1968). Financial ratios, discriminant analysis and the prediction of corporate bankruptcy. *The Journal of Finance*, 23(4), 589–609.
- Altman, E. I. (1983). *A complete guide to predicting, avoiding, and dealing with bankruptcy*. Corporate Financial Distress, New York.

- Araújo, C., Barros, C. P., Wanke, P. (2014). Efficiency determinants and capacity issues in Brazilian for-profit hospitals. *Health Care Management Science*, 17(2), 126–138.
- Avcı, K. (2018). Ankara il merkezindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin finansal performansının TOPSIS yöntemi ile değerlendirilmesi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 6(2), 25–44.
- Aydemir, İ. (2018). Hastanelerde finansal performansın değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası hastane hizmetleri sektör bilançolarında bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 133–149.
- Balcı, N. (2017). Financial performance analysis with TOPSIS technique: a case study of public university hospitals in Turkey. *Journal of Management and Economics Research*, 1(1), 155–176.
- Bayram, A. (2006). *Hastane işletmelerinde finansal verilere dayalı performans ölçümü*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bazzoli, G. J., Cleverley, W. O. (1994). Hospital bankruptcies: An exploration of potential causes and consequences. *Health Care Management Review*, 19(3), 41–51.
- Calandro, J. (2007). Considering the utility of Altman's Z-score as a strategic assessment and performance management tool. *Strategy and Leadership*, 35(5), 37–43.
- Capkun, V., Messner, M. (2012). Service Specialization and Operational Performance in Hospitals. *International Journal of Operations & Production Management*, 32(4), 468–495.
- Chen, C. T. (2000). Extensions of the TOPSIS for group decision-making under fuzzy environment. *Fuzzy Sets and Systems*, 114(1), 1–9.
- Cheng-Ru Wu, Lin Chin-Tsai, TSAI Pei-Hsuan. (2008). financial service of wealth management banking: balanced scorecard approach. *Journal of Social Sciences*, 4(4), 255–263.
- Civan, M., Dayı, F. (2014). Altman Z skoru ve yapay sinir ağı modeli ile sağlık işletmelerinde finansal başarısızlık. *Akademik Bakış Dergisi*, 41, 1–14.
- Cleverley, W. O., Cleverley, J. O. (2005). Scorecards and dashboards using financial metrics to improve performance: the balanced scorecard and its natural subset, the dashboard, can help keep you focused on the critical areas that affect your hospital's overall performance. *Healthcare Financial Management*, 59(7), 64-70.
- Çakmak, M., Öktem, M. K. Ömürgönülşen, U. (2009). Türk kamu hastanelerinde teknik verimlilik sorunu: veri zarflama analizi tekniği ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kadın doğum hastanelerinin teknik verimliliklerinin ölçülmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 1–36.
- Demireli, E. (2010). TOPSIS çok kriterli karar verme sistemi: Türkiye 'deki kamu bankaları üzerine bir uygulama. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1), 101–112.
- Dinçer, F. İ., Göral, R. (2013). VZA temelli TOPSIS metodu ile konaklama kapasitesinin etkin kullanımı açısından illerin sıralanması. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 539-558.
- Gapenski L. C. (2005). *Healthcare finance: An introduction to accounting and financial management* (3rd ed.). Chicago, IL: Health Administration Press.
- Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E., Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, 40(1), 104–119.

- Hadjikova, T. (2012). *Assessing the impact of management by evaluating the performance of hospitals*. In ICMLG2016-4th International Conference on Management, Leadership and Governance: ICMLG2016 (p. 424). Academic Conferences and Publishing Limited.
- Hadley, J., Zuckerman, S., Iezzoni, L. I. (1996). Financial pressure and competition. Changes in hospital efficiency and cost-shifting behavior. *Medical Care*, 34(3), 205–219.
- Hayes, S. K., Hodge, K. A., Hughes, L. W. (2010). A study of the efficacy of altman's z to predict bankruptcy of specialty retail firms doing business in contemporary times. *Economics and Business Journal*, 3(1), 120–134.
- Jadidi, O., Hong, T.S., Firouzi, F., Yusuff, R.M., Zulkifli, N. (2008). TOPSIS and fuzzy multi-objective model integration for supplier selection problem. *Journal of Achievement in Materials and Manufacturing Engineering*, 31(2), 762–769.
- Kar, A., Özer, Ö., Avcı, K. (2019). Türkiye'deki ağız ve diş sağlığı merkezlerinin finansal performans değerlendirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 60 (1), 87–99.
- Karadeniz, E. (2016). Hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının incelenmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası sektör bilançolarında bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 101–114.
- Karadeniz, E., Koşan, L. (2017). Hastane hizmetleri sektörünün aktif ve özsermaye karlılık performansının analizi: Hastane hizmetleri sektör bilançolarında bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 37–47.
- Kavuncubaşı, Ş., Ersoy, K. (1995). Hastanelerde teknik verimlilik ölçümü. *Amme İdaresi Dergisi*, 28(3), 77–92.
- Langabeer J. (2006). Predicting financial distress in teaching hospitals. *Journal of Health Care Finance*, 33 (2), 84–92.
- Langabeer J. (2008). Hospital turnaround strategies. *Hospital Topics*, 86 (2), 3–12.
- Ohlson JA (1980). Financial ratios and the probabilistic prediction of bankruptcy. *Journal of Accounting Research*, 18(1): 109-31.
- Ozcan, Y. A. (2009). *Quantitative methods in health care management: Techniques and applications* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Özen, E., Yeşildağ, E., Soba, M. (2015). TOPSIS performance evaluation measures and relation between financial ratios and stock returns. *Journal of Economics, Finance and Accounting*, 2(4), 482–482.
- Özgülbaş, N. (2005). Sağlık kurumlarında finansal performans ölçümü ve finansal performansı artırmak için kullanılacak stratejiler. *Verimlilik Dergisi*, 3, 125–144.
- Paksoy, S. (2017). Çok kriterli karar vermede güncel yaklaşımlar. Adana: Karahan Kitabevi.
- Puro, N., Borkowski, N., Hearld, L., Carroll, N., Byrd, J., Smith, D., Ghiasi, A. (2019). Financial distress and bankruptcy prediction : a comparison of three financial distress prediction models in acute care hospitals. *Journal of Health Care Finance*, Fall 2019, 1–15.
- Ramamonjivarivelo, Z., Weech-Maldonado, R., Hearld, L., Menachemi, N., Epané, J. P., O'Connor, S. (2015). Public hospitals in financial distress: Is privatization a strategic choice? *Health Care Management Review*, 40(4), 337–347.

- Soba, M., Akcanlı, F., Erem, I. (2012). İMKB'ye kayıtlı seçilmiş işletmelere yönelik etkinlik ölçümü ve performans değerlendirmesi: Veri zarflama analizi ve TOPSIS uygulaması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 27, 229–243.
- Şahin, İ., Özcan, Y. A., Özgen, H. (2011). Assessment of hospital efficiency under health transformation program in Turkey. *Central European Journal of Operations Research*, 19(1), 19–37.
- TCMB (2020). Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası, Oran Formülleri, http://www3.tcmb.gov.tr/sektor/2020/dosyalar/menu/ratios_tr.pdf, erişim tarihi: 01.10.2020
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2017). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (8. Basım.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Upton, D. M. (1994). The management of manufacturing flexibility. *California Management Review*, 36(2), 72–89.
- Ünlü, U., Yalçın, N., Yağlı, İ. (2017). Kurumsal yönetim ve firma performansı: TOPSIS yöntemi ile BIST 30 firmaları üzerine bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 63–81.
- Yacan, İ. (2016). *Eğitim kalitesinin belirlenmesinde etkili olan faktörlerin bulanık AHP ve bulanık TOPSIS yöntemi ile değerlendirilmesi*. Pamukkale Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
- Yayar, R., Baykara, H. V. (2015). TOPSIS yöntemi ile katılım bankalarının etkinliği ve verimliliği üzerine bir uygulama. *Business and Economics Research Journal*, 3(4), 21–42.
- Yılmaz, G. (2018). *Kurumsal sürdürülebilirlik ölçümünde dengeli performans karnesi yaklaşımı ve bir model önerisi: TOPSIS yöntemi ile şirketlerin değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yiğit, A. (2019). Türkiye’de eğitim ve araştırma hastaneleri performansının TOPSIS yöntemi ile analizi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (2): 72-85.
- Yiğit, A. (2020). Türkiye’de hastane verimliliğinin meta analiz yöntemiyle tespit edilmesine yönelik bir araştırma. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 24–32.
- Yiğit, V., Yiğit, A. (2016). Üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 253-273
- Zmijewski ME (1984). Methodological issues related to the estimation of financial distress prediction models. *Journal of Accounting Research*, 22 (Sup.), 59-82.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

UsaysadDerg, 2020; 6(3):625-638 (Derleme makale)

COVID-19 PANDEMİSİNDE GİZLİ KAHRAMANLAR: HEMŞİRE LİDERLER HIDDEN HEROES IN THE COVID-19 PANDEMIC: NURSE LEADERS

Uzman Hemşire Aysun YERKÖY ATEŞ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi,
aysunyerkoy@gmail.com, orcid.org/0000-0001-7549-2546

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Figen OKUR

İstanbul Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi, figenokur@gmail.com, orcid.org/0000-0002-6041-1560

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (09.07.2020-28.12.2020)

Özet

Tüm Dünya ülkelerini geniş ölçekte etkisi altına alan Covid-19 pandemisi, hemşirelik yönetimi ve uygulamalarında ani krize ve beraberinde hızlı bir değişim sürecine neden olmuştur. ICN (2020) tüm sayılara ulaşılmasına rağmen, dünya genelinde 23.000'den fazla sağlık çalışanının Covid-19 ile enfekte olduğunu, 600 hemşirenin ise bu enfeksiyon nedeniyle yaşamını kaybettiğini açıklamış, bu yetkin insan gücü kaybının bir sonucu olarak da “hemşirelikte liderliğe” yer verilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu çalışmada; pandemi döneminde orta ve üst düzey bakım liderlerine yardımcı olabilecek bilgilerin ilgili literatür doğrultusunda derlenerek verilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, Covid-19 pandemisinde hemşire-hemşire liderler üzerinde yapılan çalışmalar ile ulusal-uluslararası organizasyonlar tarafından yayınlanan rehberler incelenmiş, yapılması gerekenler Covid-19 pandemisinde hastane süreç-işleyiş planlaması, hemşire iş gücü planlanması, hemşireler için güvenli yaşam alanlarının oluşturulması, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve eğitim planlaması başlıkları altında ele alınmıştır. Sonuç olarak pandemi döneminde mevcut sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sürdürülebilmesi için; hemşire liderlerinin acil pandemi eylem planı oluşturması ve yönetmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hemşirelikte yönetim, hemşirelik, pandemi, liderlik, bakım,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Abstract

The covid-19 pandemic, which affected all countries of the world on a large scale, has caused a sudden crisis and a rapid change process in nursing management and practices. ICN (2020) announced that although all numbers could not be reached, more than 23,000 healthcare workers worldwide were infected with Covid-19, and 600 nurses died due to this infection and emphasized that "leadership in nursing" should be included as a result of this loss of competent manpower. In this study; In the pandemic period, it is aimed to provide information that can help middle and senior care leaders by compiling in line with the relevant literature. In this direction; In the Covid-19 pandemic, studies on nurse-nurse leaders and guidelines published by national-international organizations were examined, and in Covid-19 pandemic hospital process-functioning planning, nurse labor force planning, creating safe living spaces for nurses, protecting the physical and mental health of employees and training planning were discussed under the headings. As a result, in order to maintain the existing health services in the best way during the pandemic period; nurse leaders must create and manage emergency pandemic action plan.

Keywords: nursing management, nursing, pandemic, leadership, care,

GİRİŞ

Hemşirelik, bilim ve sanatı içinde barındıran, geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran, birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenirken, etik ve merhamet duygusunu da mesleğinin bir parçası sayan uygulamalı bir sağlık disiplindir (Akça, 2010; Özdelikara ve Babur, 2020).

Tarihte pandemiler insanlık için büyük olaylara sebep olmuştur. Bugüne kadar görülen salgın hastalıklardan topluma en çok etki edenlerin veba, kolera, tifüs, çiçek, ebola ve grip olduğu bilinirken son olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkarak kısa bir sürede tüm dünyaya yayılan Covid-19 pandemisinin küresel düzeyde çok fazla etki uyandırdığını görmekteyiz (Koçer, 2020; Liu ve diğ., 2020; Sağlık Bakanlığı, 2020; Türkiye Bilimler Akademisi, 2020; Zülfikar, 2020).

Covid-19 pandemisi hemşirelik hizmetleri yönetimi ve hasta bakım süreçlerini önemli ölçüde etkilemiş, kritik hasta sayısı ve karşılanması gereken ihtiyaçların hızlı bir şekilde artması sonucu hastane yöneticileri de ani bir organizasyonel değişikliğe gitmek durumunda kalmıştır (Bambi ve diğ., 2020). Bu zorlu salgın sürecini başarı ile atlatmak isteyen hemşire liderlerin yapması gerekenler nelerdir ve nasıl bir yol haritası izlenmelidir?

Hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale'nin *'Tanrı'nın en değerli armağanı olan hayat çok defa hemşirelerin eline bırakılmıştır'* (Çetiner, 2012, Florence Nightingale, 2017) sözü ile hemşireler sadece günümüzde değil dünya genelinde sağlığı tehdit eden salgınlarla mücadelede her zaman ön saflarda yer almış ve gelecekte de cephenin önlerinde savaşmaya devam edeceklerdir. Bunun en iyi örneği olarak, Florence Nightingale'in; kötü hasta bakımı, dizanteri ve kolera salgını gibi nedenlerle binlerce askerin hayatını kaybettiği Kırım Savaşı'nda, yaptığı analizler ve hemşirelik uygulamaları ile mortalite hızını %42'den %2.2'ye düşürmesi gösterilebilir (Şenyüz, Koçaşlı ve Topçu, 2017; Yıldırım, 2014).

Salgın, tıbbi tedaviye ihtiyaç duyacak şekilde çok sayıda insanı enfekte etmiş, nitelikli insan kaynakları krizi başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin iş yükünü arttırmıştır (Bambi ve diğ., 2020). Lucchini ve ark., (2020) yaptıkları çalışmada; yoğun bakım hasta sayısında artışın hemşirelik iş yükünde % 33' lük bir artışa neden olduğunu, Baykal ve ark., (2020) deneyimsiz hemşirelerin alana oryantasyonu, yeni işe başlayan hemşirelerin eğitimi, kişisel



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

koruyucu ekipman (KKE) dağıtımını, kontrolü ve yönetimi gibi konuların hemşire liderlerin iş yükünü arttırdığını belirtmişlerdir.

Diğer yandan literatür incelendiğinde; hemşire liderlerin Covid-19 pandemi krizinde yaşadıkları deneyim ve alana katkılarının anlatıldığı yurt dışı kaynaklarına rastlanırken ülkemizde yeterli kaynaklara ulaşılamamıştır. Oysa ki, International Council of Nursing (ICN), (2020) Covid-19 pandemisine yönelik öncelikler arasında hemşirelikte liderliğe yer verilmesi gerektiğini, politikacıların hemşire liderlerin uzmanlık alanlarından faydalanmaları gerektiği üzerinde durmaktadır (ICN, 2020c).

Hastane ve sağlık kuruluşlarının yönetiminde, hemşirelik hizmetleri sahip olduğu insan gücü sayısı, rol ve sorumlulukları anlamında önemli bir yere sahiptir. İyi yönetildiği ve çalışan güvenliği sağlandığı takdirde hasta bakım sonuçları ile beraber hemşirelerin performans, motivasyon ve kuruma bağlılıkları da olumlu yönde etkilenecek ve kriz süreci başarı ile atlatılabilecektir. Bu nedenle konuyla ilgili kanıta dayalı araştırmalar yapılmalı ve sonuçlar klinik alana yansıtılmalıdır.

Bu makalede, COVID-19 pandemisinde hemşire ve hemşire liderler üzerine yapılan çalışmalar ile ulusal-uluslararası organizasyonlar tarafından yayınlanan rehberler incelenmiş, pandemi sürecini yöneten orta ve üst düzey bakım liderlerine yardımcı olacak bilgi ve öneriler ilgili literatür doğrultusunda derlenerek verilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada; Covid-19 pandemi süresince ön safhada lider olarak yer alan yönetici hemşirelerin yaşadıkları zorluklar ve yapabilecekleri uygulamalar anlatılmıştır. Derlemenin kavramsal çerçevesini, Türk Hemşireler Derneği (THD), (2020) tarafından yayınlanan Covid-19 Hemşire Eğitim Rehberi Ve Bakım Algoritmaları, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şube (THD İstanbul Şube, 2020) tarafından yayınlanan Covid-19 Pandemisinde Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Ve Organizasyonu, Hemşire Yöneticiler İçin Rehber ve ICN'nin (2020), Covid-19 Eylem Çağrısı (ICN Call to Action. Covid-19) oluşturmuştur. Bu kapsamda Covid-19 salgınında yönetici hemşirelerin yapması gerekenler; Covid-19 pandemisinde hastane süreç ve işleyiş planlaması, hemşire iş gücü planlanması, hemşireler için güvenli yaşam alanlarının oluşturulması, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve eğitim planlaması başlıkları altında ele alınmış olup derlemede yer alan bilgilerin ileride oluşabilecek benzer salgınlarda yöneticinin yöneticisi hemşirelere yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1. COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Yönetim kavramı sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi olup insanın varoluşuyla birlikte ortaya çıkan ve gelişmekte olan bir bilim dalıdır. Günümüze kadar geçen süreçte yönetim, her dönemde insanların amaçlarına ulaşmak için kullandıkları bir araç olmuştur (Ardahan ve Konal, 2017).

Sağlık kurumları, önceden belirledikleri hedeflere ulaşmaya çalışırken, bazen istenmeyen olaylarla veya beklenmedik durumlarla karşılaşabilirler. Böyle bir süreçte normal işleyiş ve prosedürler etkisiz kalabilmekte, etkili bir liderlik ile örgütsel hedeflere tekrar bağlanılarak sürecin ve hizmetin yönetilmesi sağlanabilmektedir (Aquila ve diğ., 2020; Luis ve Vance, 2020).

Hemşirelik hizmetlerinde pandemi yönetim süreci; bireyin sağlığının korunması, değerli kılınması, bozulduğunda tedavi edilmesi işlemlerinin hemşirelik hizmetleri personeli aracılığı ile sürdürülmesi, insan gücü-maddi kaynakların sağlanması ve ekonomik biçimde kullanılması anlamına gelen kritik bir süreçtir (Shipman, Stanton, Hankins ve Odom-Bartel, 2013; Ardahan, 2017; Luis ve Vance, 2020; Türkiye Bilimler Akademisi, 2020). Etkili liderlerin, mükemmelliği teşvik etmek için gerekli cesarete ve vizyona sahip olmaları, meslektaşlarına ilham verip, motive ederken, rehberlik ve koçluk da yapmaları gerekir. Covid-19, siyaset ve kamu politikasında

liderliğe duyulan ihtiyacı kesin bir şekilde ortaya koymuştur. Salgınının ön cephesinde yer alan hemşirelerin; cesurca konuşacak güçlü liderlere, düzenli koordinasyona ve kendileri ile ilgili alınan kararlarda söz sahibi olmaya ihtiyaçları vardır (Çevirme ve Kurt, 2020; Buheji ve Buhaid, 2020; Daly, Jackson, Anders ve Davidson, 2020).

Shariff, (2015)'in hemşirelerin taşınması gereken liderlik özellikleri üzerine yaptığı çalışmasında, hemşire liderlerin plan, organizasyon gibi konularda yönetim yeteneklerine sahip olmaları ve grup içerisinde proaktif kişilik özelliği sergilemeleri gerektiğini vurgulamıştır.

THD (2020) tarafından yayınlanan; Covid-19 Hemşire Eğitim ve Bakım Algoritmaları Rehberi, THD İstanbul Şube (2020) tarafından yayınlanan Covid-19 Pandemisinde Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Ve Organizasyonu Rehberi ve ICN'nin (2020) Covid-19 Eylem Çağrısı (ICN Call to Action Covid-19)'nda pandemide hemşirelik hizmetleri süreç yönetimi ile ilgili hemşire liderlere gerekli önerilerde bulunulmuş olup bu öneriler ışığında kaynaklardan yararlanılarak aşağıdaki hususlara yer verilmiştir.

a) Covid-19 Pandemisinde Hastane Süreç ve İşleyiş Planlaması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri; yalnızca tanı ve sağaltım hizmetlerinin verildiği yerler değil, aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma uygulamalarının gerçekleştirildiği merkezler olarak değerlendirmektedir (Dağhan, 2017).

Sorbello ve ark., (2020) İtalya'da Covid-19 hasta sayısında yaşanan ani artışın hastane işleyişini de etkilediğini, yoğun bakım hemşirelerini en kritik hasta bakımında görevlendirdiklerini ve oluşturulan Covid-19 yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yeni sorunlar tecrübe ettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hastane yöneticileri, YBÜ'de yaşanan mekanik ventilatör ve yatak sayısı eksikliğini ameliyathane odalarını yoğun bakım yatağına dönüştürerek çözümlenmişlerdir.

Baykal ve ark. (2020) yönetici hemşirelerin, Covid-19 sürecinde yaşadıkları deneyimler üzerine yaptıkları çalışmada; hemşire liderlerin sürekli değişen kararların izlenmesi, uygulanması ve kuruma uyumlandırılmasında zaman zaman sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu bağlamda;

- Kriz Yönetim Ekibi (yedekleri ile birlikte) ve Pandemi Eylem Planı oluşturulmalı, kriz yönetim ekibinin rol, görev ve sorumlulukları net olarak tanımlanmalı, işleyiş prosedürleri oluşturulmalıdır (Liu ve diğ., 2020; THD, 2020).
- Kriz Yönetim Ekibinin her bir üyesinin rol, görev ve sorumluluklarını anladığı ve bu süreçleri doğru yürüttüğü konusunda geri bildirim alınmalı ve denetimler yapılmalıdır (Huang ve diğ., 2020; THD, 2020).
- Covid-19 hastasının tanı, tedavi, bakım ve takibine ilişkin güncel ve doğru bilgiler izlenilmeli, Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu ve Hemşirelik Örgütlerinin görüşleri takip edilerek gerekli uygulamalar yapılmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Covid-19'a özgü rehberler ve yenilikler hakkında hemşireler bilgilendirilmeli, virüs hakkında yeni bilgiler ortaya çıktıkça politika ve prosedürlerde zamana göre uyarlanmalıdır (Hoffmann vd., 2020; ICN, 2020c; ICN, 2020d; THD, 2020).
- Hastanın, hastaneye kabulünden eve gönderilmesi aşamasına kadar tüm süreçte hasta gereksinimlerine odaklı ve hasta yakınlarını da destekleyen bir yaklaşım (hastanın fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini dikkate alma, hasta yakınlarıyla bilgi akışını sağlama vb.) sergilenmelidir (THD, 2020).
- Covid-19 hasta bakımında görevli tüm sağlık çalışanlarının rolünü ortaya koyan ortak bakım planları oluşturulmalıdır. (ICN, 2020d; Liu ve diğ., 2020; THD, 2020).

- Hastanenin koşullarına ve kaynaklarına uygun şekilde Covid-19 tanılı hastanın bakımı ve izlemi ile ilgili prosedürler (Covid hasta yatış prosedürü, Covid hasta nakil prosedürü, Covid hasta ilaç prosedürü, Covid hasta amaliyat onam formu vb.) geliştirilmelidir. (ICN, 2020c; ICN, 2020d; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Enfeksiyon kontrol önlemlerinin; hemşireler ve diğer tüm çalışanlar tarafından uygulandığının takibi ve denetiminin yapılması adına süpervizör hemşireler ve enfeksiyon kontrol hemşireleri desteklenmelidir (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Çalışan güvenliği kapsamında personelin kişisel koruyucu ekipman ve malzeme ihtiyacı belirlenmeli, riskli gruplar (yüksek ve orta riskli grup) için bir algoritma oluşturulmalıdır (ICN, 2020c; THD, 2020).
- Kişisel koruyucu ekipmanlar (KKE) başta olmak üzere gerekli tüm araç-gereçlerin stok miktarı, tedarik zinciri ve kimin tarafından sağlanacağı belirlenmelidir (ICN, 2020c; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Hastane yönetimi ile birlikte Covid-19 enfeksiyon tanısı alan hastaların tedavi ve bakımının hangi birimlerde sürdürüleceği planlanmalıdır (THD İstanbul Şube, 2020).
- Belirlenen birimlerde, yatak sayıları, negatif basınçlı izolasyon odaları, yoğun bakım yatak kapasiteleri vb. fiziki düzenlemeler yapılarak, ekipman, araç-gereç, sağlıklı insan gücü temini ve çalışma şekli planlanmalıdır (THD İstanbul Şube, 2020).
- Covid-19 enfeksiyon semptomları ile başvuran hastalara verilecek tedavi ve bakım için oluşturulan algoritma doğrultusunda, hastanenin ilk girişinde açılan ateş kliniği, ayakta hasta polikliniği, acil karantina gözlem alanları, yoğun bakım ünitesi vb. birimler belirlenmelidir (Liu ve diğ., 2020).
- Covid-19 enfeksiyon tanısı olarak karantina uygulanabilecek hemşirelerin yokluğunda ortaya çıkacak hemşire işgücü açığı planlaması yapılmalıdır (ICN, 2020c).
- Vaka sayısının artmasına bağlı olarak yatak kapasitesinin artırılması olasılıkları gözden geçirilmelidir (THD İstanbul Şube, 2020).
- Hemşireler arasında grup iletişimini sağlayacak mesaj sistemleri kurulmalı, gerekli bilgilendirme ve soru-cevap imkânı sağlanmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020; Wu ve diğ., 2020).
- Hasta ile ilgili her türlü bilgi ve kayıtlar temastan kaçınmak adına dijital bilgi sistemine kayıt edilmelidir (Hoffmann ve diğ., 2020; ICN, 2020c; THD İstanbul Şube, 2020).
- Hasta bakım uygulamalarının çıktıları (hastaların iyileşme oranı, basınç yaralanmaları oranı, enfeksiyon vb.) yakından izlenerek kayıt altına alınmalıdır (THD, 2020).
- Hemşirelik hizmetlerinin; değişen ve güncellenen organizasyona hızla uyumunu sağlamak (eczane işleyiş prosedürü, hastane işleyiş prosedürü, kullanılan formlar, çalışan ve hasta eğitimleri, hasta yatış-çıkış işlemleri, enfeksiyon kontrolü ve izlemi, iş sağlığı ve güvenliği vb.) ve sürdürülen hemşirelik hizmetlerini izlemek amacıyla kurul ve ekipler (İş Sağlığı ve Güvenliği Komitesi, Eğitim Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi vb.) oluşturulmalı komite kararları kayıt altına alınarak hastane yönetimi ile paylaşılmalıdır (THD İstanbul Şube, 2020).
- Hastanın eksitus olması durumunda; karışıklıkların önlenmesi ve hasta yakınlarının desteklenmesi için algoritma ve prosedürler geliştirilmelidir (THD İstanbul Şube, 2020).

b) Mevcut Hemşire İşgücünden Yararlanılması

Covid-19 pandemisi ile ülkelerin sağlık sistemleri sıkıntıya girmiş, bulaş arttıkça sağlık ve hastane kaynaklarına da ihtiyaç artmıştır. Çok sayıda hastanın kısa süre içerisinde enfekte olarak yoğun bakıma ihtiyaç duyması ile hemşireliğin temel amacı olan “bakım” kavramının önemi ortaya



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

çıkmıştır. Ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan Covid-19 gibi bulaşıcı hastalıkların; önlenmesi, yönetilmesi, azaltılması ve halkın eğitilmesinde hemşireler önemli bir yer teşkil etmiştir (Buheji ve Buhaid, 2020; Hoffmann ve diğ., 2020).

Baykal ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada, hemşire liderlerinin Covid-19 tanısı alan hastaların bakımını kolay biçimde standardize edebildiklerini, kapatılan birimlerde çalışan hemşire, ebe ve teknisyenleri ihtiyaç duyulan servis ve YBÜ' de görevlendirdiklerini belirtmişlerdir.

Bambi ve ark. (2020) Covid-19 pandemisinde en önemli kaynak eksikliğinin "yetkin insan" olduğunu ve insan gücünün salgınla mücadelede önem arz ettiğini belirtmişlerdir. Sağlık bakımında bu benzeri görülmemiş insan kaynakları krizi; hastane yönetiminin organizasyonunda da ani değişikliklere neden olmuş ve bu koşullar yeni hemşirelik yönetiminin oluşması gerektiği gerçeğini ortaya koymuştur. Örneğin yeni yoğun bakım yataklarının açılmasıyla, mekanik ventilatörlü, yüzüstü pozisyonda konumlandırılan, sürekli renal replasman tedavisi gören ve ekstrakorporal membran oksijenasyonu sağlanan organ ve sistem desteğine bağlı hastaların yönetiminde yoğun bakım hemşirelerine ihtiyaç duyulmuştur. Ayrıca yöneticiler, yoğun bakım hemşireliği yetkinliğine sahip personel eksikliğinin üstesinden gelebilmek için yeni mezun hemşireler ile yoğun bakım deneyimi olan hemşirelerin beraber çalışmasını planlamışlardır.

Huang ve ark. (2020) Covid-19 pandemisinde, hemşirelerin çalışma çizelgelerinin oluşturulması gerekliliği üzerinde durmuştur. Hemşireler, üç farklı çalışma seçeneği denemişlerdir. Bu seçenekler;

- 8 saatlik ara ile 4 saat öğleden önce ve 4 saat öğleden sonra çalışma,
- 6 saat kesintisiz çalışma ve
- Vardiyanın son bir saatini diğer vardiyadaki hemşire ile birlikte çalışacak şekilde 6 saat kesintisiz çalışma

Hemşirelerin çoğunluğu, günde iki kez KKE kullanmanın tıbbi kaynak tüketimini arttırması, prosedürlerinin yorucu olması, kontamine ve temiz alanlar arasında sık sık hareket etmenin enfeksiyon riskini arttırması, her vardiyada 1 saat birlikte çalışma zamanının hasta teslimini kolaylaştırması gibi nedenlerden dolayı sonuncu maddeyi tercih etmişlerdir.

Bambi ve ark. (2020) yoğun bakım çalışanlarında, KKE giymenin iletişim kurmada aksaklıklara, görsel-işitsel engellere ve istenmeyen etkilere neden olduğunu ifade etmişler bu yüzden hemşire liderlerine; KKE giymek için maksimum zaman aralığına dikkate etmeleri ve gündüz-gece vardiya ayarlaması yapmaları konusunda önerilerde bulunmuşlardır.

Ehrlich ve ark. (2020) çalışmasında, salgın anında stratejik planlamanın önemine vurgu yapılmıştır.

Wang ve ark. (2020) Covid-19 salgınında, hemşire-hasta oranının belirlenmesi ve olası vakalarda hemşire-hasta oranını 1:5-1:8, kesinleşen hafif ve orta şiddetli hastalarda 1:3-1:5 ve YBÜ'nde 1:1-1:3 arasında değişebileceğini ayrıca invaziv mekanik ventilasyonda izlenen ve hemodinamik instabilitesi olan hastalar için 1:1 hemşire-hasta oranı olması gerektiğini vurgulamışlardır.

Wu ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin fiziksel yükünü hafifletmek için günde en fazla 4 saat çalışmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Bu sebeple;

- Özellikle çalışanları doğrudan ilgilendiren kararlar alınırken çalışanların sürece dahil edilmesi sağlanmalıdır (ICN, 2020c; THD, 2020).
- Hastanede kayıtlı aktif ve pasif (raporlu, doğum ve analık izni vb.) çalışanların listesi çıkarılmalı ve güncel tutulmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Var olan hemşire insan gücünün sağlık durumu (Covid-19 geçirme durumu, tarama testleri ve sonuçları, mevcut diğer kronik hastalıkları vb.) belirlenerek, sürekli izlemi (İş yeri hekim ve hemşiresi ile birlikte) sağlanmalıdır (THD, 2020).
- Yatan ve ayakta hasta hizmeti verecek birimler ve bu birimlerde aktif çalışabilecek sağlıklı mevcut hemşireler belirlenmelidir (ICN, 2020c; Liu ve diğ., 2020; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Olası iş yükünü dikkate alarak hemşire insan gücü ve diğer sağlık çalışanlarının planlaması yapılmalıdır (Liu ve diğ., 2020; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Yüksek risk kategorisine giren hemşireler (örn. yaş, hamilelik, zayıf bağışıklık vb.) enfeksiyon riski daha düşük alanlara yerleştirilmelidir (THD, 2020).
- Alanında uzman hemşireler kritik ve yoğun yerlerde görevlendirilmeli, yeni bakım modelleri teşvik edilmeli, geliştirilmeli ve desteklenmelidir (ICN, 2020c; ICN, 2020d; Liu ve diğ., 2020; THD, 2020).
- Salgın ile mücadelede ön safta yer alan hemşirelerin özlük hakları gözetilerek Hemşirelik Yönetmeliği kapsamında görev ve sorumluluk verilmeli, yapılması gerekenler anlatılmalıdır (Liu ve diğ., 2020; Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).
- Dinamik bir süreç olan salgında farklı çalışma şekillerinin uygulanabileceği dikkate alınarak, her birime özgü çalışma şekli ve vardiya düzenlemesi yapılmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Günlük çalışma süreleri (vardiya süresi) olabildiğince kısa tutulmalı, hemşirelerin 24 saatlik nöbet sistemiyle çalışmasının önüne geçilmeli, vardiyalar arasında olabildiğince uzun dinlenme süreleri oluşturulmalı ve haftalık toplam çalışma süreleri olabildiğince azaltılmalıdır (ICN, 2020c; THD, 2020).
- Çalışma saatleri ve vardiya biçimlerine bağlı olarak hemşire ve hasta sonuçları yakından (Hemşirelerin doyumu ve beklentileri, hemşirelere bulaş durumu, hasta bakımı ile ilgili hatalar vb.) izlenmelidir (THD, 2020).
- Hemşirelerin; etkin, verimli ve güvende çalışabilmesi için öncelikle çalıştığı birimlerde istihdamı sağlanmalıdır (THD İstanbul Şube, 2020).
- Hastanede elektif vakaların ertelenmesi ile beraber ameliyathane, endoskopi-kolonoskopi birimlerinde çalışan hemşireler uzmanlık alanları ve yetkinlikleri göz önüne alınarak uygun birimlerde görevlendirilmeli ve motivasyonlarını arttıracak stratejiler geliştirilmelidir (Liu ve diğ., 2020; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Öncelikle kritik hasta bakımında çalışan hemşireler; yoğun bakım hemşireleri ile birlikte ara yoğun bakım veya yoğun bakım ünitelerinde çalıştırılmalıdır (Liu ve diğ., 2020; THD, 2020).
- Covid-19 hasta bakımında hasta paylaşımı ve takım hemşireliği modeli benimsenmelidir (Goosen, 2015; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Deneyimli hemşireler takım lideri olarak görevlendirilmeli, vardiyalara uygun şekilde dağıtılmalı ve olabildiğince aynı vardiyada çalıştırılmalıdır. Salgın süresince birime gelen veya yeni başlayan hemşirelerin deneyimli hemşireler eşliğinde çalıştırılması sağlanmalıdır (Liu ve diğ., 2020; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Her birimde çalışacak sorumlu hemşire ve yedekleri, deneyimli hemşireler belirlenerek görevlendirmeleri yapılmalıdır (Liu ve diğ., 2020; THD İstanbul Şube, 2020).

- Hastaların bakım gereksinimleri, servis ve kişisel işlemler göz önünde bulundurularak, hasta sınıflama sistemi doğrultusunda hemşirelerin bakım ve takibini yapacakları uygun hasta sayısı belirlenmelidir (THD, 2020).
- Bakım sunum yöntemleri ve vardiya süreleri; hemşirelerin deneyim ve görüşleri doğrultusunda yeniden düzenlenmelidir (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).

c) Hemşireler İçin Güvenli Yaşam Alanlarının Oluşturulması

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi, sundukları hizmetin bakım kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

Bassett ve Stanley (2020) çalışmalarında, hemşirelerin, diğer bakım veren meslektaşları ile birlikte Covid-19 pandemi sürecinde adeta halk kahramanı ve kurtarıcısı gibi çalıştıklarını, bazı hemşirelerin ise ne yazık ki bakım vermenin bir sonucu olarak yaşamlarını kayb ettiklerini belirtmişlerdir.

Buheji ve Buheid (2020) çalışmalarında, İtalya'da birçok hemşirenin kalitesiz az uyku, yüzlerini sıkı maske ile çalışma zorunluluğu ve 10 saatlik kesintisiz vardiyalar yüzünden çöküntüye uğradıklarını aktarmışlardır. ICN' nin üye ülkelerden topladığı verilerle oluşturduğu raporda; hemşirelerin %20'sinin enfekte olduğu vurgulanmış, pandemi sürecinde hemşirelerin aldığı risk ve tehlikenin boyutu çarpıcı bir şekilde ortaya konmuştur (ICN, 2020e).

Mohindra ve ark. (2020) Covid-19 çalışma planlaması yaparken, sağlık çalışanlarının uygun beslenmesi, dinlenmesi üzerinde durulması demoralizasyondan ise uzak tutulmaları gerektiğini vurgulamışlardır.

Bu nedenle;

- Hastanede Covid-19 tanımlı hastalara bakım veren çalışanların dinlenmesi ve geçici olarak aile bireyleri ile temaslarının azaltılması amacıyla ilgili birimler ile görüşülerek mekân olanakları (Öğretmen evleri, otel, ordu evlerinde konaklama vb.) sağlanmalıdır (THD, 2020).
- Çalıştığı süre içinde çocuk ve ebeveyn bakımı konusunda yardıma ihtiyacı olan hemşirelere gerekli desteği sağlayacak önlemler (nöbet vardiya ayarlaması, yıllık izin, mazeret izni vb.) alınmalı, eşlerin ikisi de sağlık çalışanı ise birinin yıllık izin kullanmasına olanak verilmelidir (Personel İzinleri Genelgesi, 2020; THD, 2020).
- Çalışanların günlük beslenme, dinlenme vb. ihtiyaçları karşılanmalı, diyetisyen ile işbirliği yapılarak ara öğün dağıtılmalı, vücut direnci ve bağışıklıklarını arttıracak günlük kalori ihtiyaçlarına göre uygun beslenme imkanı sağlanmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Hemşirelerin sokağa çıkma yasağı süresince hastaneye rahat ulaşımını sağlamak adına ulaşım kolaylığı için belediyeler ile irtibata geçilmelidir.
- İş Yeri Güvenliği Uzmanı günlük rutin saha denetimi yaparak çalışan güvenliğini sıkıntıya sokacak sorunlara karşı düzeltici-önleyici faaliyetlerde bulunmalıdır (ICN, 2020c).

d) Çalışanların Fiziksel ve Ruhsal Sağlığının Korunması ve İzleminin Yapılması

Salgınlar, sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. ICN (ICN, 2020c) uzun vadede Covid-19 pandemisinin hemşirelerin fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olacağını bu yüzden bu konunun çözülmesi gereken acil bir sorun olduğunu vurgulamaktadır.

Çin Sağlık Otoriteleri, en az 3300 sağlık çalışanının Covid-19 virüsüne maruz kaldığını açıklamış olup Avrupa ve Amerika'da ise birkaç haftada 1000'den fazla hemşire virüsten zarar görmüştür (Buheji ve Buhaid, 2020). Türkiye'de ise 7428 sağlık çalışanının enfekte olduğunu dair Sağlık Bakanı açıklamalarda bulunmuştur (Sencar, 2020).

Wang ve ark. (2020) sağlık profesyonellerinin fiziksel sağlığının korunmasını, bu kapsamda Covid-19 hasta bakımını yönetmeden önce (rutin kan testleri ve göğüs BT de dahil olmak üzere) tıbbi muayene yapılması, solunum semptomlarının değerlendirilmesi ve vücut ısısı kontrolü yapılması gerektiğini vurgulamışlardır.

Baykal ve ark. (2020) Covid-19 pandemisinde çalışanların kaygı ve stres yaşadıklarını ve bu nedenle psikolojik desteğin önemli bir konu olduğunu ele almışlardır.

Huang ve ark. (2020) hastalığın erken evresinde genç sağlık personelinin kötüleşip ölmesinin virüs korkusunu arttırdığını, anksiyete ve uykusuzluk semptomlarına yol açtığını belirtmişlerdir.

Serrano ve ark. (2020) salgınların sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığı üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmada; incelenmiş olan 117 çalışma sonucunda sağlık profesyonellerinin hem salgınlar sırasında hem de sonrasında; yüksek düzeyde akut stres bozukluğu, kaygı, tükenmişlik, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yaşadığını belirtmişlerdir.

Mohindra ve ark. (2020) hemşirelerin de içinde bulunduğu sağlık profesyonellerinin motivasyon düzeylerinin güçlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Sağlık profesyonellerinin ruhsal yönden iyi olabilmesi için Aquilia ve ark. (2020) her zaman ulaşılabilir kurumsal bir Covid-19 e-posta yardım hattı kurduklarını, çalışanların iyilik hallerinin devam edebilmesi için sanal yogo, meditasyon, danışmanlık, sanal fitness, kısa süreli müzik terapisi verdiklerini ifade etmişler, Lui ve ark. (2020) kişilere koruma önlemlerini hatırlatıcı bilgi ve değerli hissettirecek mesaj yollayabildikleri bir hesap oluşturduklarını belirtmişlerdir.

Buna bağlı olarak;

- Hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin ruh sağlıklarını korumak ve motivasyonlarını arttırmak adına psikososyal destek sağlanmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Hemşirelerin fiziksel sağlığının korunması için gerekli tüm KKE kişiye özel paket içerisinde (N95 maske, koruyucu tulum, önlük, bone vb.) temin edilmeli ve sürekliliği sağlanmalıdır (ICN, 2020d; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020; Wang ve diğ., 2020).
- Sağlık çalışanlarının risk ve güvenlik durumlarını tespit etmek adına düzenli aralıklarla sağlık kontrolleri ve Covid-19 hastalığına ilişkin taramalar yapılmalı, özellikle riskli birimlerde çalışanlar yakından takip edilmelidir (ICN, 2020d; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında; KKE'nin etkin kullanılıp kullanılmadığının kontrolleri yapılmalı, durumdan sapmalar oluştuğunda gerekli düzeltici çalışmalarda bulunulmalıdır (ICN, 2020d; THD, 2020).
- Covid-19 tedavisi gören hemşirelerin tedavi ve iyileşme süreçleri yakından takip edilmeli, iyileştirici ve rehabilitasyon hizmetleri verilmelidir. İşe ne zaman başlangıç yapacağı ve hangi birimlerde çalışabileceği ile ilgili planlamalarda bulunulmalıdır (ICN, 2020d; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği kapsamında; İş Sağlığı ve Güvenliği hekim yönetimi ve hemşiresi koordinatörlüğünde; birimlere özgü bir sağlık izleme yöntemi oluşturulmalı,

hemşirelerin ateş, solunum yetmezliği vb. semptomlara ilişkin izlemleri yapılmalıdır. Riskli çalışanlardan PCR alınarak gerekli uygulamalar planlanmalıdır (ICN, 2020c; ICN, 2020d; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).

- Covid-19 enfeksiyon semptomlarını fark eden veya hastane dışında Covid-19 pozitif kişiyle teması olan hemşirelerin görüntüleme çekimi ve PCR testi alınarak ilgili birimlere bildirim yapılmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Covid-19 enfeksiyonu olan hemşirelerin tedavi ve bakımları için gerekli tüm destek sağlanmalıdır (ICN, 2020c; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Hemşirelerin (kilit görevde yer alan yönetici hemşireler de dahil) aile üyesi ve iş arkadaşını kaybetme gibi yüksek düzeyde strese maruz kalma durumlarında, semptom yönetimi ve baş edebilmelerine yardımcı olabilmek adına Psikiyatri doktoru ve psikolog işbirliğinde psikolojik destek programları oluşturulmalıdır. Psikolojik danışmanlara kolayca ulaşabilmeleri için uzaktan görüşme olanakları oluşturulmalıdır (Aquila ve diğ., 2020; ICN, 2020c; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020; Wu ve diğ., 2020).
- Bu süreçte çalışanların motivasyon ve iş performansını arttıracak, çalışanları destekleyecek tutum ve davranışlar sergilenmelidir (Aquila ve diğ., 2020; ICN, 2020c).

e) Hemşirelerin Eğitim Planlamalarının Yapılması

Salgında tüm çalışanlara eğitim verilmesi, eğitim materyallerinin dijital platformlardan paylaşılması önerilmektedir (Huang ve diğ., 2020).

Nashwan ve ark. (2020) hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin; Covid-19 hastalarının nasıl değerlendirileceği?, nasıl teşhis edileceği?, nasıl takip edileceği? gibi konulara dair güncel, kanıta dayalı bilgi ve standartları öğrenme konusunda acil desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir.

Bu bağlamda;

- Uzmanlık alanları farklı olan hemşirelerin; ilgili birimlere hızla uyumunu sağlayacak eğitimler planlanmalı, uzaktan eğitim kapsamında; Covid-19 ve Acil Hemşireliği, Covid-19 ve Yoğun Bakım Hemşireliği, Karantina Servisleri Uyum eğitimleri verilmelidir (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Covid-19 pandemi süresince eğitim ve enfeksiyon kontrol hemşirelerinin sürece aktif katılması sağlanmalı, Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve meslek örgütü rehberlerinden faydalanılmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından sağlık çalışanlarına enfeksiyon, temizlik, Covid-19 ve korunma yolları hakkında sürekli birebir eğitimler verilmelidir (ICN, 2020d; THD, 2020; Wang ve diğ., 2020).
- Hemşirelere; Covid-19 enfeksiyon ve hasta tedavisi, hemşirelik bakımı, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili online uzaktan eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır (ICN, 2020c; ICN, 2020d; Lui ve diğ., 2020; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).
- Acil Servis ve izolasyon birimlerinde çalışan hemşireler, hastalara ve halka Covid-19 salgını, korunma yolları, karantinanın önemi, yapılması gereken hakkında eğitim vermeleri konusunda desteklenmelidir (THD İstanbul Şube, 2020).
- Eğitim programları oluşturulurken, hemşirelerin ihtiyaç duyduğu ve gerekli olan eğitim konuları üzerine odaklanılmalıdır. Eğitim programı içeriğinde;

Servis hemşireleri için: Hasta vital takipleri ve kayıt altına alınmasının önemi, intravenöz pump cihazının kullanımı, stres ile başa çıkma yöntemleri, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, temizlik, enfeksiyon ve korunma yolları, elektrokardiyografi çekimi ve önemi, aspirasyon yöntemleri ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

uygulanması, elektrot uygulama, hasta monitörü kullanımı ve takibi, acil durum ve kardiyopulmoner resisitasyon (CPR) uygulaması, birimler arası hasta transferi, anormal kardiyak ritimler, hasta kimlik doğrulama, hasta yatış ve çıkış eğitimleri, üriner kateter veya nazogastrik sonda takılması vb.uzaktan eğitimlere

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler için: Elektrotların yerleştirilmesi, monitör izlemi, anormal kardiyak ritimler ve ventilatör yönetimi, hasta kan gazı takibi vb. uzaktan eğitimlere

Acil servis hemşireleri için: Koruyucu ekipman kullanımı, enfeksiyon ve korunma yolları, yüksek riskli ilaç kullanımı, CPR uygulama, anormal kardiyak ritim tanıma, monitör izleme, aspiratör, oksijen sistemi ve ventilatör kullanımı gibi uzaktan eğitimlere yer verilmelidir (Lui vd., 2020; THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).

- Deneyimli olmayan hemşirelerin uyum süreci boyunca deneyimli hemşirelerle birlikte çalışması planlanmalıdır (THD, 2020).
- Diğer sağlık profesyonellerinin (radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, klinik destek elemanı, anestezi teknisyeni vb.) kişisel koruyucu ekipman kullanımı, temizlik, Covid-19 süreç hakkında eğitim almaları ve enfeksiyon kontrol önlemleri, izolasyon ilkelerine uyarak görevlerini yerine getirmeleri sağlanmalıdır (THD, 2020; THD İstanbul Şube, 2020).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Pandemi döneminde mevcut sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sürdürülebilmesi için hemşire liderler, acil pandemi eylem planı oluşturmalı, Covid-19 tanısı alan hastaların tedavi-bakım standartlarını belirleyerek klinik alana yansıtmalı, klinisyen hemşirelere gerekli eğitimlerin verilmesini sağlayarak uygulamaları takip etmeli, çalışma yoğunluğunu belirleyerek iş gücü planlaması ve yönetsel düzenleme (personel planlama, iş sağlığı güvenliği önlemleri, takım çalışması vb.) yapmalıdır.

Ayrıca sağlık çalışanlarının yakınlarını ve hastalarını kaybetme korkusu yaşamaları, sevdiklerinden ayrı kalma gibi durumları, hastalık bulaş riskine karşı yüksek derecede maruziyetleri göz önüne alındığında tüm çalışanların sağlığının korunmasına yönelik psikolojik destek verilmesi önerilmektedir.

Covid-19 pandemi krizi, hastaneleri ve sağlık çalışanlarını etkilediği gibi hemşirelik eğitimini özellikle de öğrenci klinik deneyimlerini etkilemiştir. Hızlandırılmış klinik hemşireliği yönetimi kurslarının nasıl karşılanacağı tartışma konusu olup, üzerinde çalışmalar yapılmaktadır (Jones, Hein & James, 2020). Türkiye’de ise hemşirelik bölümünün de dahil olduğu sağlık öğrencileri klinik uygulamaya katılamamıştır. Bu durumun ileride hasta bakımı ve kalitesi açısından sıkıntı yaratacağı ve hemşire liderlerinin zorluk yaşayabileceği bir konu olacağı düşünülmektedir.

Bu pandemi süreci, sağlık bakım sisteminin güçlendirilmesi, daha nitelikli ve güvenli sağlık hizmetinin sunulması, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşire ve hemşire liderlerin kritik öneme sahip olduğu gerçeğini ortaya çıkarmış, politikacılar, karar vericiler, sağlık kuruluşları, eğitimciler ve toplum tarafından fark edilmesini sağlamıştır. Bu doğrultuda; derlemenin bu zorlu salgın sürecini yöneten bakım liderlerine yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

Akça, A.F. (Ed.). (2010). Mesleki temel kavramlar temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar (ss. 47). İstanbul: İstanbul Medikal.

Ardahan, M. Ve Konal, E. (2017). Hemşirelikte Yöneticilik Ve Liderlik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1), 140-147.

Aquila, A., Grimley, K., Jacobs, B., Kosturko, M., Mansfield, J., Mathers, C., at. al (2020) "Nursing leadership during COVID-19: Enhancing patient, family and workforce experience," Patient Experience Journal, 7(2): 136-143.

Bambi, S., Iozzo, P. & Lucchini, A. (2020). New Issues in Nursing Management During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Am J Crit Care* 1 July, 29 (4): e92–e93.

Bassett, S. & Stanley, H. (2020). COVID-19: pandemic poses tests of nursing leadership, courage and compassion. Retrieved July 08, 2020, from https://rcni.com/nursing-management-opinion-comment-covid-19-pandemic-poses-tests-of-nursing-leadership-courage-and-compassion-160616_XtaL9c2w3JI_pdfmyurl1.pdf.

Baykal, Ü., Türkmen, E., Alan, H., Yılmaz, Ç. B., Göktepe, N., Gümüş, E. ve diğerleri. (2020). Türkiye’de covid-19 salgını: kriz yönetiminde yönetici hemşirelerin deneyimleri ve Yönetici Hemşireler Derneği’nin faaliyetleri. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi (HEAD), 17(3):290-3.

Buheji, M. & Buhaid, N. (2020). Nursing Human Factor During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Nursing Science*, 10(1), 12-24.

Çetiner, M. (2012). Sağlık Emekçisi: Hemşireler. 08.07.2020 tarihinde <http://gunceltip.blogspot.com/2012/01/saglik-emekcisi-hemsireler.html> adresinden alınmıştır

Çevirme, A. ve Kurt, A. (2020). Covid-19 Pandemisi Ve Hemşirelik Mesleğine Yansımaları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 7(5), 46-52.

Dağhan, Ş. (2017). “Halk Sağlığı Hemşireliği Felsefesiyle Hemşire Olmak” Anlamı Nedir?. *DEUHFED*, 10(2), 107-112.

Daly, J., Jackson, D., Anders, R. & Davidson, P.M. (2020). Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. *Journal of Clinical Nursing*, 00:1-2.

Ehrlich, H., McKenney, M. & Elkbuli, A. (2020). Strategic planning and recommendations for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*.(in press). doi:10.1016/j.ajem.2020.03.057.

Goosen, S. (2015). The importances of teamwork in nursing. *Professional Nursing Today*, 19(3):4-6.

Hoffmann, R. L., Battaglia, A., Perpetua, Z., Wojtaszek, K., & Campbell, G. (2020). The Clinical Nurse Leader and COVID-19: Leadership and quality at the point of care. *Journal of Professional Nursing*. Retrieved July 08, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7297680/pdf/main.pdf> .

Huang, L., Lin, G., Tang, L., Yu, L. & Zhou, Z. (2020). Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*, 24:120.doi:10.1186/s13054-020-2841- 7.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

International Council of Nurses. (2020a). More than 600 Nurses Die from COVID-19 Worldwide. Retrieved July 15, 2020, from <https://www.icn.ch/news/more600-nurses-die-covid-19-worldwide>.

International Council of Nurses. (2020b). ICN Calls on WHO Member States for Health Worker COVID-19 Data. Retrieved June 06, 2020, from <https://www.2020yearofthenurse.org/story/icn-calls-on-who-member-states-for-health-worker-covid-19-data/>.

International Council of Nurses. (2020c). ICN Call to Action. Covid-19. Retrieved July 08, 2020, from <https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN>.

International Council of Nurses. (2020d). Highlights top priorities to beat COVID-19. Retrieved May 03, 2020, from <https://www.icn.ch/news/icn-highlights-top-priorities-beat-covid-19>.

International Council of Nurses. (2020e). International Council of Nurses calls on public to support nurses. Retrieved August 12, 2020, from <https://www.2020yearofthenurse.org/story/international-council-of-nurses-calls-on-public-to-support-nurses/>.

Jones, K., Hein, L.C. & James, L. (2020). A Nursing Leadership Practicum in the time of COVID19: A Southeastern University Experience. *Nurse Leader*. Retrieved July 08, 2020, from [https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612\(20\)30173-7/pdf](https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(20)30173-7/pdf).

Koçer, Z.A. (ty). Pandemi Oluşumunda Zoonotik Patojenlerin Önemi. 29.06.2020 tarihinde https://covid19.tubitak.gov.tr/sites/default/files/inline-files/tubitak-covid-web-portal_pandemi-olusumunda-zoonotik-patojenler adresinden alınmıştır.

Liu, Y., Wang, H., Chen, J., Zhang, X., Yue, X., Ke, J., Wang, B. & Peng, C. (2020). Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 135-138.

Lucchini, A., Giani, M., Elli, S., Villa, S., Rona, R., & Foti, G. (2020). Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive & critical care nursing*, 59, 102876. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102876>

Luis, C. & Vance, C. (2020). A Pandemic Crisis: Mentoring, Leadership, and the Millennial Nurse. Retrieved July 26, 2020, from <http://www.nursingeconomics.net/necfiles/2020/MJ20/152.pdf>.

Mohindra, R., Ravaki, R., Suri, V., Bhalla, A. & Singh, S.M. (2020). Issues relevant to mental health promotion in frontline health care providers managing quarantined/isolated COVID19 patients. *Asian J Psychiatr*. 51:102084.doi:10.1016/j.ajp.2020.102084.

Nashwan, A.J., Mohamed, A.S. & Kelly, D.R. (2020) Editorial: Nursing Education in the Emergence of COVID-19. *Open Journal of Nursing*, 10, 595-597. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.106040>.

Özdelikara, A. Ve Babur, S. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Merhamet Düzeyi ve Empatik Eğilim İlişkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(2), 342-349.

Sağlık Bakanlığı. (2020). Covid-19 Durum Raporu Türkiye. 03.07.2020 tarihinde <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR.66424/covid-19-situation-report-turkey.html> adresinden alınmıştır.

Sencar, A.C. (2020). Sağlık Bakanı Koca Covid-19'la mücadeleyi değerlendirdi: 7 bin 428 sağlık çalışanı enfekte oldu. 08.07.2020 tarihinde <https://tr.euronews.com/2020/04/29/sagl-k-bakan-koca-covid-19-la-mucadelede-gelinen-son-noktay-degerlendiriyor> adresinden alınmıştır.

Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., et al (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers:



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347–357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>.

Shariff, N.J. (2015). “A Delphi Survey of Leadership Attributes necessary for National Nurse Leaders’ Participation in Health Policy Development: An East African Perspective”. *BMC Nursing*, 14:13

Sorbello, M., El-Boghdadly, K., Di Giacinto, I., Cataldo, R., Esposito, C., Falcetta, S., et al. (2020). The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice. *Anaesthesia*, 75(6). <https://doi.org/10.1111/anae.15049>

Şenyüz, K. Y., Koçaşlı, S. Ve Topçu, E. T. (2017). Florence Nightingale’in Işığında Cerrahi Hemşiresinin Evde Bakım Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4): 283-286.

Shipman, S., Stanton, M., Hankins, J. & Odom-Bartel, R. (2013). Incorporation of the Clinical Nurse Leader in Public Health Practice. *Journal of Professional Nursing*. 29(1), 4–10. doi: 10.1016/j.profnurs.2012.04.004.

Türk Hemşireler Derneği. (2020). Covid-19 Hemşire Eğitim Rehberi Ve Bakım Algoritmaları. 01.07.2020 tarihinde <https://www.thder.org.tr/uploads/files/thd-covid-2020-2.pdf> adresinden alınmıştır.

Türkiye Bilimler Akademisi. (2020). Covid-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. 29.06.2020 tarihinde [http://www.tuba.gov.tr.Covid 19 Raporu Güncelleme.pdf](http://www.tuba.gov.tr.Covid%2019%20Raporu%20Güncelleme.pdf) adresinden alınmıştır.

Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şube. (2020). Covid-19 Pandemisinde Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Ve Organizasyonu Hemşire Yöneticiler İçin Rehber. 30.06.2020 tarihinde [https://www.thdistanbul.org/wpcontent/uploads/2020/04/THD_%C4%B0st_COVID-19_Yonetici_Hemsire_rehberi .pdf](https://www.thdistanbul.org/wpcontent/uploads/2020/04/THD_%C4%B0st_COVID-19_Yonetici_Hemsire_rehberi.pdf) adresinden alınmıştır.

Wang, H., Feng, J., Shao, L., Wei, J., Wang, X. & Xu, X. (2020). Contingency management strategies of the nursing department in centralized rescue of patients with coronavirus disease 2019. *Int J Nurs Sci*.7(2):139-142.doi:10.1016/j.ijnss.2020.04.001.

Wu, X., Zheng, S., Huang, J., Zheng, Z., Xu, M & Zhom, Y. (2020). Contingency Nursing Management in Designated Hospitals During Covid-19 Outbreak. *Annals of Global Health*. 86(1):70,1-5. Doi:<https://doi.org/10.5334/aogh.2918>

Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 2:61-68.

Yıldırım, N. (2014). Savaşlardan Modern Hastanelere Türkiye’de Hemşirelik Tarihi. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Zülfikar, H. (2020). Gündemi Meşgul Eden Sağlık Terimleri. *Türk Dili Dergisi*. 69(821), 10-16.

Florence Nightingale. (2017). 08.07.2020 tarihinde https://tr.wikiquote.org/wiki/Florence_Nightingale adresinden alınmıştır.

Hemşirelik Yönetmeliği. (2011). 19 Nisan 2011 tarih ve 27910 sayılı. 23.12.2020 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden alınmıştır.

Personel İzinleri Genelgesi. (2020). 13/3/2020 tarihli ve E.12385 sayılı. 23.12.2020 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36878,personel-izinleri-1.pdf.pdf?0> adresinden alınmıştır.



UZAKTAN EĞİTİM SÜRECİNİN BİLGİ SİSTEMLERİ BAŞARI MODELİ VE TEKNOLOJİ KABUL MODELİ İLE İNCELENMESİ: OSTİM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

EXAMINING DISTANCE EDUCATION PROCESS WITH INFORMATION SYSTEMS SUCCESS MODEL AND TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL: EXAMPLE OF OSTİM TECHNICAL UNIVERSITY

Öğr. Gör. Egehan ÖZKAN

OSTİM Teknik Üniversitesi, egehan.ozkan@ostimteknik.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6450-3892

Arş. Gör. Seray YEŞİLIRMAK

OSTİM Teknik Üniversitesi, seray.yesilirmak@ostimteknik.edu.tr, orcid.org/0000-0003-4998-789X

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (01.12.2020-20.12.2020)

Özet

Covid-19 salgınının ortaya çıkması ile eğitimin farklı birçok kademesinde online sistemlerin kullanım trendi hızla yükselmektedir. Online eğitim platformlarının sıklıkla kullanılır hale gelmesi, bu platformların eğitim, eğitmen ve öğrenciler üzerindeki etkilerini analiz etme gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada; OSTİM Teknik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu öğrencilerine kullanılmakta olan online eğitim sistemlerinin etkinliğini ve verimliliğini ölçmeye yönelik Bilgi Sistemleri Başarı Modeli ve Teknoloji Kabul Modeli kullanılarak anket uygulanmıştır. Anketin sonuçları; SPSS 22 paket yazılımı ile analiz edilmiş ve analiz sonuçları değerlendirilmiştir. Gerçekleştirilen bu istatistiksel analizler sonucunda bilgi kalitesinin ve algılanan kullanım kolaylığının algılanan fayda üzerinde anlamlı etkileri olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç; uzaktan eğitim sistemini kullanan öğrencilerin aldıkları eğitimde verilen bilgi kalitesinin yüksek olması ile eğitimden algıladıkları fayda arasında doğru orantı olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Benzer bir algının, algılanan kullanım kolaylığı ile algılanan fayda arasında da mevcut olduğu görülmüştür. Yine analizlerden çıkan başka bir sonuç ise; eğitim kalitesi, bilgi kalitesi, algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan fayda değişkenlerinin öğrenci memnuniyetini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Uzaktan Eğitim, Bilgi Sistemleri Başarı Modeli, Teknoloji Kabul Modeli

Abstract

With the emergence of the covid-19 epidemic the trend of using online systems in many different levels of education is rapidly increasing. The frequent use of online education platforms has revealed the need to analyze the effects of these platforms on education, teachers and students. In this study; A questionnaire was applied to OSTİM Technical University Vocational School students to measure the effectiveness and efficiency of the online education systems currently used. This survey results; It has been analyzed with SPSS 22 package software using the Information Systems Success Model and Technology Acceptance Model. As a result of these statistical analyzes, it was concluded that information quality and perceived ease of use had significant effects on perceived usefulness. This result; It shows that students using the distance education system think that there is a direct proportion between the high quality of information provided in the education they receive and the benefit they perceive from education. A similar perception was observed between perceived ease of use and perceived usefulness. Another result from the analysis is; It was concluded that the variables of education quality, information quality, perceived ease of use and perceived usefulness positively affect student satisfaction.

Keywords: Distance Education, Information Systems Success Model, Technology Acceptance Model

1.GİRİŞ

Mobil uygulamalardaki artış, teknolojinin her geçen gün gelişmesi ve sınırsız ve daha kolay hizmet sunulmak istenmesi, bilişim teknolojilerine olan bağlılığı daha da arttırmıştır. Bilişim teknolojilerine olan bağımlılığın artması eğitim yöntemlerine de yansımış ve uzaktan eğitim sistemini ortaya çıkarmıştır. Uzaktan eğitim sistemi 18. yüzyılda İngiltere’de ilk olarak mektupla uygulanmaya başlanmış ve zamanla televizyon ve radyo kullanımı ile devam ederek, teknolojiye gerçekleşen gelişmeler sonucunda telekonferans sistemine dönüşmüştür. Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak eğitim sisteminde önemli değişiklikler gerçekleştirilmesine neden olmuştur. Bu değişikliklerin en yaygın olanı ve adından en sık söz edileni uzaktan eğitim teknolojileri ve buna bağlı uygulamalardır. Kolay erişim ve taşınabilme özelliği taşıyan mobil teknolojiler sayesinde özellikle eğitim alanında yapılacak olan pek çok çalışma ve uygulamanın sınıf dışı ortamda da gerçekleşmesine olanak sağlamıştır. İnternet erişiminin geçmişe oranla nispeten daha kolay ve yaygın olması uzaktan eğitim teknolojilerinin önüne açmış ve önemini arttırmıştır. Eğitim kurumları uzaktan eğitim uygulamaları konusunda önemli yatırımlar gerçekleştirip diploma/sertifika programları oluştururken, eğitim dışında faaliyet gösteren işletmeler de çalışan eğitimleri için kurum bünyesinde uzaktan eğitim programlarını tercih etmeye başlamışlardır. Mini laptoplar, cep telefonları ve özellikle tabletlerin eğitim kurumlarında yaygın olarak kullanılmaya başlanmasıyla birlikte öğrenme ve öğretme süreçlerine teknoloji daha hızlı girmeye başlamıştır. Teknolojiye gerçekleşen bu hızlı gelişmeler sonucunda bireylerin bu değişiklikleri kabul etme, kullanma veya kullanmama davranışlarını incelemek üzere pek çok kuram ve model geliştirilmiştir.

2019 Aralık ayında Çin’in Wuhan kentinde ortaya çıkan Covid-19 pandemisinin başta sağlık olmak üzere, ekonomi, eğitim ve sosyal hayat üzerindeki olumsuz etkileri dünyada olduğu gibi ülkemizde de kısa sürede hissedilmeye başlanmıştır. Mobil teknolojilerin önemi daha da artmış ve online çalışma hayatımıza girmeye başlamıştır. Pandeminin hızla yayılması sebebiyle eğitim kurumlarında yoğunluklu olarak uzaktan eğitim sistemi uygulanmaya başlamıştır. Bu çalışmada Teknoloji Kabul Modeli ve Bilgi Sistemleri Başarı Modeli kullanılarak, OSTİM Teknik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu bünyesinde eğitim görmekte olan öğrencilere, Covid-19 süreci ile daha yaygın bir

640

şekilde kullanılmakta olan online eğitim sisteminin etkinliğini, verimini ve kalitesini ölçümleyebilmek amaçlanmıştır.

2.KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1.Teknoloji Kabul Modeli ve Bilgi Sistemleri Başarı Modeli

Literatür incelendiğinde Teknoloji Kabul Modeli ve Bilgi Sistemleri Başarı Modeli kullanılarak yapılan birçok çalışma olduğu görülmektedir. Bilgi sistemleri karşısında kişilerin tutum ve davranışlarını, kullandıklarını ortaya koymaya ve gelecekte bilgi sistemlerinin insanların yaşamları üzerinde nasıl bir etkisi olacağını ortaya koymaya çalışan ve Sebep Davranış Teorisinin temelini oluşturan Teknoloji Kabul Modeli, 1989 yılında Davis tarafından geliştirilmiştir (Yıldırım, 2019:26). Davis (1989) tarafından yapılan çalışma, bilgi teknolojileri kullanımının çalışan performansını önemli ölçüde iyileştirdiği ve geliştirdiği üzerinde durmuştur. Buna rağmen, kullanıcıların hali hazırda kullanmakta oldukları sistemleri benimsemelerinde ve kullanmalarında isteksizlik, sistemlerden elde edilmesi öngörülen performansın veriminin olumsuz yönde etkilemektedir (Davis, F. D., 1989: 319). Davis (1989)'in çalışmasına göre, bilgi teknolojilerinin ve bununla beraber gelişen sistemlerin kullanımları, algılanan kullanılabilirlik ve algılanan kullanım kolaylığı olmak üzere iki değişken faktör tarafından belirlenmektedir (Kurt, 2015:223-224)

Algılanan kullanılabilirlik olarak tanımlanan değişken, kullanıcıların hali hazırda kullanılmakta olan sistemi kullanma durumları ile iş performanslarındaki artışı ifade etmektedir. Algılanan kullanılabilirlik ile kullanıcıların fayda sağlayacağını ifade edilirken, algılanan kullanım kolaylığı ile kullanıcıların sistemi aktif olarak kullanırken herhangi bir çaba göstermeyecekleri inancı üzerinde durmaktadır (Venkatesh ve diğ., 2003:426-427) Gereklili eylem teorisini temel alan teknoloji kabul modeli, kişiye ait davranışların, o bireye ait davranışsal niyetleri tarafından belirlendiğini ve söz konusu davranışsal niyetlerin ise özel normlar, tutumlar ve olgular tarafından belirlenmekte olduğunu kabul eder (Rafique, H., Shamim, A., ve Anwar, F., 2019). Gereklili Eylem Teorisi olarak bilinen (Ajzen ve Fishbein, 1977) teori, bireyin gözlemlenebilir davranışları ile bireyin tutumları arasındaki ilişkiyi ve etkileşimi inceleyen bir teoridir. Bu teoriye göre; bir nesneye karşı olumlu tutum sergileyen bir bireyin, aynı nesneye olumlu bir yaklaşım ve davranış sergilemesi, olumsuz tutum ve tutum geliştirdiği bir nesneye karşı ise olumsuz bir tutum ve davranış sergilemesi mantığına dayanmaktadır. Bu teori daha yalın bir ifade anlatılacak edilecek olursa; bireyler geliştirmiş oldukları tutumlara göre davranış sergilemektedirler denilebilir (Ajzen, I. ve Fishbein, M.,1977: 889).

Teo (2009), yaptığı çalışmada Teknoloji Kabul Modelinde kullanılan algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan fayda değişken faktörlerine, algılanan kullanılabilirlik ve algılanan kullanım kolaylığı değişkenlerine, bilgisayar öz yeterliliği, kolaylaştırıcı şartlar ve teknolojik karmaşıklık değişkenlerini de ekleyerek Teknoloji Kabul Modelinin gelişimine katkı sağlamıştır (Menzi ve diğerleri, 2012: 42-43). Bu model ile başarı kriterleri arasındaki bağ, ilişki ve seviyeleri tanımlanmış olup, bu kriterlerin belirlenmesi sürecinin belirlenen hedef ile ilişkili olması gerektiğini savunmaktadır. Başarı için gerekli olan, alt kriterlerinde ölçülebilir ve test edilebilir düzeyde olması gerektiğini ileri sürmektedir (Seker, E.S.; 2014:3-5).

Bilgisayar teknolojilerinin hayatımızdaki öneminin giderek artması ve internet kullanımının yaygınlaşması ile e-öğrenme süreçleri başlamıştır. Bu süreçte, bilgi sistemlerinin başarısını ve verimini değerlendirip yorumlayabilmek ve bununla beraber söz konusu bu sistemlerin çok boyutlu ve karmaşık yapısı karşısında ortaya çıkan problemleri en az seviyeye indirmek amacıyla bilgi sistemlerinin karmaşık yapısının değerlendirilmesi amacıyla McLean ve DeLone (1991) tarafından

sistemin kalitesinin, hizmet kalitesinin, sistem kullanımının, kullanıcının memnuniyetinin ve faydanın ölçüldüğü bir model ortaya konulmuştur. Burada, sistem kalitesi ile sistemin kullanım kolaylığı, bilgi kalitesi ile sistem üzerinden çıktıların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, hizmetin kalitesi ile uygulanan sistemin destek kalitesi, kullanım, sistemin kullanılma derecesini, memnuniyet, kullanıcıların sistem ve destek hizmetlerinden duydukları memnuniyetlerinin seviyesini ifade eden boyutlardır (Petter vd., 2008:239). Modelin temeli, geçmişte kullanılan çeşitli ölçümleri inceleyerek, kullanılan ölçümlerin bilgi sisteminin değerlendirilmesi ile ilgili olarak hangi yönde ve ne şekilde etkilediğini ortaya koymaya dayanmaktadır (Kurt, 2016:141). Zaman içerisinde Bilgi Sistemleri Başarı Modeli; sistemin başarısını, etkinliğini, kullanıcı memnuniyetini ve sistem kullanımını açıklamada, tahmin etmede ve sistem ile ilgili bir projeksiyon oluşturabilmede en etkin teoriler arasında kendisine yer almıştır.

Davis (2000)' e göre herhangi bir organizasyona ait bilgi sistemleri yapısı; uygulama sistemleri, bilgi teknolojileri altyapısı, bilgiyi elde edip sistemi kullanacak olan kullanıcılar ve verilerden oluşmaktadır. Bu noktadan bakıldığında ilgili kullanıcıların sisteme karşı olan tavırları, sistem için önemli bir unsur oluşturmaktadır. Bokhari (2005), çalışmasında sistemden sağlanacak başarının ve verimin o sistemi kullananların memnuniyet dereceleri ile bağıntılı olduğunu ve söz konusu başarının kullanıcıların ihtiyaçlarını karşılama seviyesi olarak tanımlanabileceğini belirtmiştir. Huber (2007) ise yaptığı çalışmasında, bilgi sistemlerini belirli bir amacı ve hedefi gerçekleştirmek amacı ile organize olup bir araya gelmiş insanların, bilgilerin, süreçlerinin ve bilişim teknolojilerinin bir araya gelmesi ile girdileri çıktılara dönüştüren sistemler bütünü olarak değerlendirip, incelemiştir. Seddon (1997) ise bir sistemin başarısının, kullandığı sistemden elde ettiği faydadan ya da kullanılabilirliğinden belirlendiğini ileri sürmüştür. Bilgi Sistemleri Başarı modeli olarak tanımlanan model, araştırmalarda ve analizlerde sıklıkla kullanılan ve bilgi sistemlerinin başarısı ile ilgili olarak literatüre büyük oranda katkı sağlayan bilgi sistemlerinin başarısı adına oluşturulan modellerin başında yer almaktadır (Gable vd., 2008:380).

Bilgi sistemleri başarı modeli ile bilgi sistemlerinin çok boyutlu ve birbirleri ile bağlı olan yapılar tanımlanarak, boyutların arasındaki ilişkiler ve seviyeler belirlenmiştir. Model, başarıya ulaşmada belirlenen alt kriterlerin ölçülebilir ve test edilebilir düzeyde olmasını ve kanıtlanabilir ölçülere sahip olmasını sağlamıştır (Seker, 2014:4).

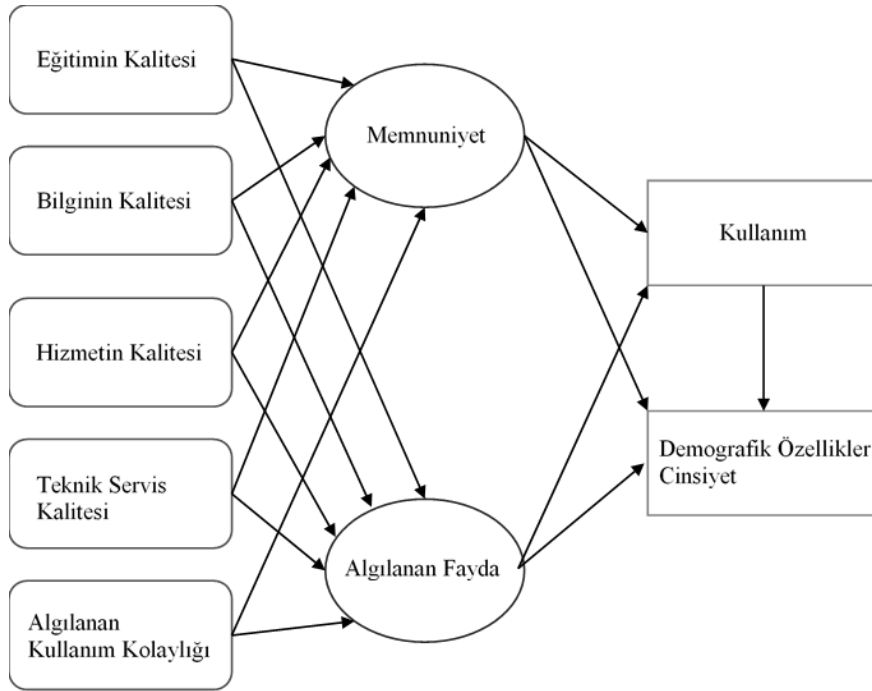
3.YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Konusu ve Amacı

Covid-19 pandemisi, sağlık, ekonomi, eğitim başta olmak üzere pek çok alanda tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Pandeminin etkisini azaltmak üzere pek çok tedbir alınmıştır. Bu tedbirler kapsamında ülkemizde de olduğu gibi 124 ülkede örgün eğitime ara verilmiş ve eğitim, uzaktan eğitim yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Teknoloji Kabul Modeli ve Bilgi Sistemleri Başarı Modeli kullanılarak, OSTİM Teknik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu bünyesinde eğitim görmekte olan öğrencilerle, Covid-19 süreci ile daha yaygın bir şekilde kullanılmakta olan uzaktan eğitim sisteminin etkinliğini, verimini ve kalitesini ölçümlenebilmek amaçlanmıştır.

3.2.Araştırma Modeli

Bu çalışmada; OSTİM Teknik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu öğrencilerine Covid-19 sürecinde kullanılmaya başlanılan online eğitim sisteminin etkinliğini ve verimliliğini ölçmek üzere Bilgi Sistemleri Başarı Modeli ve Teknoloji Kabul Modeli kullanılarak anket uygulanmıştır. Anketin sonuçları; SPSS 22 paket yazılımı ile analiz edilmiş ve analiz sonuçları değerlendirilmiştir. Araştırma modeli Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Araştırma modeli

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada kullanılan hipotezler ise Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Hipotezler

Hipotezler	
H1	Algılanan fayda cinsiyete göre farklılık gösterir.
H2	Memnuniyet cinsiyete göre farklılık gösterir.
H3	Kullanım kolaylığı cinsiyete göre farklılık gösterir.
H4	Eğitimin kalitesi algılanan faydayı olumlu etkiler.
H5	Hizmet kalitesi algılanan faydayı olumlu etkiler.
H6	Bilgi kalitesi algılanan faydayı olumlu etkiler.
H7	Algılanan kullanım kolaylığı algılanan faydayı olumlu etkiler.
H8	Eğitimin kalitesi memnuniyeti olumlu etkiler.
H9	Bilgi kalitesi memnuniyeti olumlu etkiler.
H10	Algılanan kullanım kolaylığı memnuniyeti olumlu etkiler.
H11	Algılanan fayda memnuniyet olumlu etkiler.
H12	Memnuniyet kullanımı olumlu etkiler.
H13	Algılanan fayda kullanımı olumlu etkiler.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma değişkenlerinin ölçümü için Kurt’un 2015 yılında yapmış olduğu çalışmasında kullanılan ölçekten yararlanılmıştır. OSTİM Teknik Üniversitesi’ndeki 6 ön lisans programından birine kayıtlı ve uzaktan eğitim ile ders almakta olan 124 öğrenciye anket ulaştırılmış ve 94 adet kullanılabilir

643

anket geri dönüşü sağlanmıştır. Araştırma anketinde modelde yer verilen 8 değişkene ait çok sorulu ölçekler ile öğrencilerin demografik özelliklerini sorgulayan maddelere yer verilmiştir. Değişkenlerin ölçümü için kullanılan ölçekler 5'li Likert tipi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) ölçeklerdir.

3.5. Verilerin Analizi

Anket ile araştırılan demografik veriler; cinsiyet, yaş, internet erişimini yapıldığı yer, internet erişiminin yapıldığı cihaz ve öğrencinin eğitim gördüğü MYO programı şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmalar baz alınarak anketlerden elde edilen yanıtlar Tablo 2.'de verilmiştir.

Tablo 2. Demografik veriler

Cinsiyet	N	%	Sahip Olunan Teknolojik Cihaz	N	%
Erkek	84	89,4	Akıllı Telefon	20	21,30
Kadın	10	10,6	Dizüstü Bilgisayar	61	64,90
Toplam	94	100	Masaüstü Bilgisayar	13	13,80
			Toplam	94	100
Yaş	N	%	Bölüm	N	%
18-25	90	95,70	Bilgi Güvenliği Teknolojisi	14	14,90
26-33	2	2,15	Dijital Medya ve Pazarlama	7	7,40
34-41	2	2,15	Elektronik Teknolojisi	10	10,60
Toplam	94	100	Lojistik	16	17,00
			Makine	19	20,20
İnternet Erişimi	N	%	Mekatronik	28	29,80
GSM Operatörü	29	30,90	Toplam	94	100
Ücretsiz Wifi	2	2,10			
Yurt/Ev	48	51,10			
Okul	4	4,30			
İnternet Kafe	11	11,70			
Toplam	94	100			

Tablo 2' de Araştırmaya katılan öğrencilerin, %10,6'sı kız, %89,4'ü ise erkektir. Araştırmaya katılan MYO öğrencilerinin çoğunluklu olarak dizüstü bilgisayara sahip oldukları ve masaüstü bilgisayar sahip olan öğrenci sayısının ise daha az olduğu görülmektedir. Öğrenciler yoğunluklu olarak yurt ya da evden internet erişimi sağlamaktadırlar. GSM operatöründen ise sağlanan internet erişiminin kullanım yoğunluğunun daha az iken (%22,58), ücretsiz wifinin ise Covid-19 sürecinden kaynaklı olarak öğrencilerin çok fazla tercih etmediği düşünülmektedir

Tablo 3. Frekans dağılımları

ÖNERMELER	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum		Ortalama X
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1 Uzaktan eğitim sohbet (chat) ve forum gibi gerekli imkânları sağlar.	15	16,0	13	13,8	17	18,1	43	45,7	6	6,4	3,1277
2 Uzaktan eğitim iş birliğine dayalı öğrenmeyi sağlar	22	23,4	15	16,0	32	34,0	18	19,1	7	7,4	2,7128
3 Uzaktan eğitim öğrencilerin derse katılımını sağlar.	16	17,0	13	13,8	21	22,3	31	33,0	13	13,8	3,1277
4 Uzaktan eğitim fikirlerimi belirtme fırsatı sunar.	9	9,6	12	12,8	21	22,3	37	39,4	15	16,0	3,3936
5 Uzaktan eğitim personeli sorunları işbirlikçi bir yaklaşım ile çözer.	10	10,6	12	12,8	19	20,2	38	40,4	15	16,0	3,3830
6 Uzaktan eğitim düzgün bir çevrimiçi asistan (canlı destek) ve açıklama sunar.	15	16,0	15	16,0	27	28,7	32	34,0	5	5,3	2,9681
7 Uzaktan eğitim sistemini kullanmak kolaydır.	19	20,2	13	13,8	21	22,3	31	33,0	30	10,6	3,000
8 Uzaktan eğitim sistemini öğrenmek kolaydır.	21	22,3	7	7,4	18	19,1	38	40,4	10	10,6	3,0957
9 Uzaktan eğitim sistemine erişim kolaydır.	20	21,3	14	14,9	17	18,1	31	33,0	12	12,8	3,0106
10 Uzaktan eğitim sistemi yeterince hızlı çalışır.	16	17,0	19	20,2	22	23,4	27	28,7	10	10,6	2,9787
11 Uzaktan eğitim güncel içerik ve bilgi sağlar.	11	11,7	18	19,1	13	13,8	42	44,7	10	10,6	2,9574
12 Uzaktan eğitim bana düzenlenmiş bir içerik ve bilgi sağlar.	16	17,0	15	16,0	17	18,1	38	40,4	8	8,5	3,2340
13 Uzaktan eğitim kapsamlı bilgi sağlar.	17	18,1	18	19,1	22	23,4	31	33,0	6	6,4	3,0745
14 Uzaktan eğitim ihtiyaçlarıma uygun bilgi sağlar.	9	9,6	20	21,3	17	18,1	36	38,3	12	12,8	2,9043
15 Uzaktan eğitim sistemini kullanmak kolaydır.	16	17,0	10	10,6	14	14,9	38	40,4	16	17,0	3,2340
16 Uzaktan eğitim sistemini öğrenmek kolaydır.	16	17,0	12	12,8	16	17,0	37	39,4	13	13,8	3,2979
17 Uzaktan eğitim sistemine erişim kolaydır.	19	20,2	6	9,6	18	19,1	33	35,1	15	16,0	3,2021
18 Uzaktan eğitim sistemini anlamak kolaydır.	20	21,3	7	7,4	19	20,2	34	36,2	14	14,9	3,1702
19 Uzaktan eğitim özgüvenimi sağlamama yardımcı olur.	17	18,1	22	23,4	26	27,7	21	22,3	8	8,5	3,1596
20 Uzaktan eğitim sistemi kullanıcı dostudur.	18	19,1	14	14,9	26	27,7	24	25,5	12	12,8	2,7979
21 Uzaktan eğitim bilgimi geliştirmeme yardımcı olur.	17	18,1	10	10,6	26	27,7	33	35,1	8	8,5	3,0532
22 Uzaktan eğitim performansımı geliştirmeme yardımcı olur.	15	16,0	17	18,1	27	28,7	28	29,8	7	7,4	2,9468
23 Uzaktan eğitim eğlencelidir.	17	18,1	14	14,9	18	19,1	33	35,1	12	12,8	3,0957
24 Uzaktan eğitim sisteminden yeterince memnunum.	26	27,7	7	7,4	25	26,6	25	26,6	11	11,7	2,8723
25 Uzaktan eğitim bana keyifli gelir.	22	23,4	13	13,8	27	28,7	19	20,2	13	13,8	2,8723
26 Uzaktan eğitim bana özgüven verir.	25	26,6	18	19,1	22	23,4	25	26,6	4	4,3	2,6277
27 Uzaktan eğitim sistemini her gün kullanırım.	17	18,1	22	23,4	25	26,6	23	24,5	7	7,4	2,7979
28 Uzaktan eğitim sistemini sıklıkla kullanırım.	11	11,7	5	5,3	4	4,3	45	47,9	29	30,9	3,8085
29 Uzaktan eğitim sistemine sık sık giriş yaparım	19	20,2	21	22,3	12	12,8	32	34,0	10	10,6	2,9255

Tablo 3' e göre araştırmaya öğrencilerin, ifadelerle ilişkin vermiş oldukları cevapların yanıt ve ortalamaları dikkate alınmıştır. Verilen cevaplar değerleri dikkate alındığında “Uzaktan eğitim fikirlerimi belirtme fırsatı sunar” (3,3936) ve “Uzaktan eğitim bana özgüven verir” (2,6277) değer aralıklarında yer aldığı görülmektedir.

Tablo 4. İfadelere ilişkin faktör yükleri ve Değişkenlere ait Cronbach Alfa Katsayıları

	Std. faktör yükü	Cronbach alpha
EĞİTİMİN KALİTESİ		0,963
1 Uzaktan eğitim sohbet (chat) ve forum gibi gerekli imkânları sağlar.	0,538	
2 Uzaktan eğitim iş birliğine dayalı öğrenmeyi sağlar.	0,657	
3 Uzaktan eğitim öğrencilerin derse katılımını sağlar.	0,611	
HİZMET KALİTESİ		0,964
4 Uzaktan eğitim fikirlerimi belirtme fırsatı sunar.	0,594	
5 Uzaktan eğitim personeli sorunları işbirlikçi bir yaklaşım ile çözer.	0,535	
6 Uzaktan eğitim düzgün bir çevrimiçi asistan (canlı destek) ve açıklama sunar.	0,678	
TEKNİK SİSTEMİN KALİTESİ		0,962
7 Uzaktan eğitim sistemi güvenilirdir.	0,624	
8 Uzaktan eğitim sistemi esnek özelliklere sahiptir.	0,530	
9 Uzaktan eğitim sistemi düzenli bir tasarıma sahiptir.	0,528	
10 Uzaktan eğitim sistemi kullanıcı dostudur.	0,765	
11 Uzaktan eğitim sistemi yeterince hızlı çalışır.	0,686	
BİLGİ KALİTESİ		0,961
12 Uzaktan eğitim güncel içerik ve bilgi sağlar.	0,825	
13 Uzaktan eğitim bana düzenlenmiş bir içerik ve bilgi sağlar	0,834	
14 Uzaktan eğitim kapsamlı bilgi sağlar.	0,826	
15 Uzaktan eğitim ihtiyaçlarıma uygun bilgi sağlar.	0,677	
ALGILANAN KULLANIM KOLAYLIĞI		0,962
16 Uzaktan eğitim sistemini kullanmak kolaydır.	0,833	
17 Uzaktan eğitim sistemini öğrenmek kolaydır.	0,698	
18 Uzaktan eğitim sistemine erişim kolaydır.	0,798	
19 Uzaktan eğitim sistemini anlamak kolaydır.	0,787	
ALGILANAN FAYDA		0,963
20 Uzaktan eğitim özgüvenimi sağlamama yardımcı olur.	0,566	
21 Uzaktan eğitim bilgimi geliştirmeme yardımcı olur.	0,739	
22 Uzaktan eğitim performansımı geliştirmeme yardımcı olur.	0,736	
MEMNUNİYET		0,962
23 Uzaktan eğitim eğlencelidir.	0,659	
24 Uzaktan eğitim sisteminden yeterince memnunum.	0,677	
25 Uzaktan eğitim bana keyifli gelir.	0,776	
26 Uzaktan eğitim bana özgüven verir	0,730	
KULLANIM		0,964
27 Uzaktan eğitim sistemini her gün kullanırım.	0,783	
28 Uzaktan eğitim sistemini sıklıkla kullanırım	0,678	
29 Uzaktan eğitim sistemine sık sık giriş yaparım	0,628	

4. BULGULAR VE YORUMLAR

Tablo.4 'de yer alan boyutlara ilişkin Cronbach Alfa değerlerine bakıldığında, tüm boyutlara ilişkin değerlerin 0.80 ile 1.00 aralığında yer almasından dolayı yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir.

Tablo 5. Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	Ort.	Std. Spm.	1	2	3	4	5	6	7
Eğitim Kalitesi	2,9894	,986	1						
Hizmet Kalitesi	3,2482	,894	,586	1					
Teknik Sistem Kalitesi	3,0085	1,04	,693	,668	1				
Bilgi Kalitesi	3,1117	1,11	,750	,657	,812	1			
Algılanan Kullanım Kolaylığı	3,2074	1,22	,631	,693	,857	,815	1		
Algılanan Fayda	2,9326	1,00	,614	,429	,647	,693	,576	1	
Memnuniyet	2,9468	1,23	,661	,521	,743	,722	,681	1	
Kullanım	3,1773	,923	,564	,459	,581	,662	,468	,564	1

p<0,5 p<0,1

Tablo 6. Demografik veriler için hipotez testi sonuçları

	Cinsiyet	N	\bar{X}	Std. Sapma	t	P	Hipotez Red/Kabul
Algılanan Fayda	Kadın	10	3,2000	,78881	,886	,378	RED
	Erkek	84	2,9008	1,030			
Memnuniyet	Kadın	10	3,4000	1,119	1,235	,220	RED
	Erkek	84	2,8929	1,238			
Kullanım Kolaylığı	Kadın	10	3,8250	,79101	1,702	,092	RED

p<0,05

Tablo 6' ya göre araştırmaya katılan Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin cinsiyetlerine göre, algılanan fayda, memnuniyet ve kullanım kolaylığı değişkenlerine yönelik farklılaşmaya bakılmış olup, p<0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiş ve H1, H2 ve H3 hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 7. Diğer veriler için hipotez testi sonuçları

HİPOTEZ	*P.K.	Std. Katsayı (β)	Std. Hata	t	P	Hipotez Red/Kabul
H ₄ : Eğitimin kalitesi algılanan faydayı olumlu etkiler.	,614	,209	,110	1,935	,056	RED
H ₅ : Hizmet kalitesi algılanan faydayı olumlu etkiler.	,429	-,146	,108	1,516	,133	RED
H ₆ : Bilgi kalitesi algılanan faydayı olumlu etkiler.	,693	,461	,108	3,843	,000	KABUL
H ₇ : Algılanan kullanım kolaylığı algılanan faydayı olumlu etkiler.	,592	,303	,095	3,503	,000	KABUL

*P.K. : Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırma kapsamında algılanan faydanın, hizmet, eğitim, bilgi kalitesi ve algılanan kullanım kolaylığı üzerindeki etkisi incelendiğinde, bilgi kalitesinin, algılanan fayda üzerinde ($\beta=,461$, $p<0,00$), anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiş olup H_6 hipotezi kabul edilmiştir.

Benzer şekilde Algılanan kullanım kolaylığının algılanan fayda üzerinde ($\beta=,303$ $p<0,00$) anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiş olup H_7 hipotezi kabul edilmiştir. Ancak, H_4 ve H_5 hipotezleri desteklenmemiştir.

H_8 : Eğitimin kalitesi memnuniyeti olumlu etkiler.	,661	,262	,129	2,528	,013	KABUL
H_9 : Bilgi kalitesi memnuniyeti olumlu etkiler.	,722	,314	,153	2,259	,023	KABUL
H_{10} : Algılanan kullanım kolaylığı memnuniyeti olumlu etkiler.	,681	,260	,119	2,201	,030	KABUL
H_{11} : Algılanan fayda memnuniyet olumlu etkiler.	,758	,431	,112	4,703	,000	KABUL

*P.K. : Pearson Korelasyon Katsayısı

Memnuniyetin, eğitim kalitesi, bilgi kalitesi, algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan fayda üzerindeki etkisi incelendiğinde öne sürülen değişkenlerin tamamı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($\beta=,431$, $p<0,00$), ($\beta=,260$, $p<0,30$), ($\beta=,431$, $p<0,23$), ($\beta=,262$, $p<0,10$). Bu sonuçlar doğrultusunda H_8 , H_9 , H_{10} ve H_{11} hipotezleri kabul edilmiştir.

H_{12} : Memnuniyet kullanımı olumlu etkiler.	,564	,272	,034	2,154	,034	KABUL
H_{13} : Algılanan fayda kullanımı olumlu etkiler.	,592	,385	,003	3,047	,003	KABUL

*P.K. : Pearson Korelasyon Katsayısı

Algılanan faydanın, kullanım üzerinde olumlu bir etkisi ($\beta=,385$, $p<0,00$) ve memnuniyetin, kullanım üzerinde etkisi desteklenmiştir ($\beta=,272$, $p<0,00$).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 sürecinde birçok eğitim kurumunun uzaktan eğitim sistemini kullanmaya başlaması ve buna bağlı olarak farklı uygulamaların devreye girmesi ile beraber online eğitimin etkinliği, verimliliği ve kullanılabilirliğinin önemi de ortaya çıkmıştır. Pandemi sürecinde kazanılan tecrübeler ve elde edilen verilere dayanarak eğitimin dijitalleşmesi yeni eğitim sistemlerinin temelinde olacaktır denilebilir. Bu bağlamda, eğitim kurumları kendilerini dönüştürmeli, geleceğin yeni nesil eğitim teknolojileri ve tekniklerine uyum sağlamalıdır. Burada söz konusu olan eğitim kurumlarının tek başına kendilerini teknolojik olarak yenilemeleri değil eş zamanlı olarak öğretmenleri ve öğrencileri de bu yeni nesil eğitim sistemlerine adapte edecek yapılanmaları da kurgulayabilmeleridir.

Eğitim kurumu, öğretmen, öğrenci ve eğitim sistemi dikkate alındığında yeni nesil dijital eğitim teknolojilerinin farklı yöntemler kullanılarak ölçümlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada OSTİM Teknik Üniversitesi MYO öğrencilerine uygulanmakta olan uzaktan eğitim sisteminin etkinliğini ölçmek amacı ile bir anket uygulanmıştır. Anket sonuçlarının değerlendirilmesi Bilgi Sistemleri Başarı Modeli ve Teknoloji Kabul Modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan demografik veriler ile anket soruları arasındaki etkileşim incelendiğinde öğrencilerinin cinsiyetlerine göre; algılanan fayda, memnuniyet ve kullanım kolaylığı değişkenlerine yönelik anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında; algılanan faydanın, hizmet, eğitim, bilgi kalitesi ve algılanan kullanım kolaylığı üzerindeki etkisi de incelenmiştir. Bu inceleme



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

sonucunda bilgi kalitesinin ve algılanan kullanım kolaylığının algılanan fayda üzerinde anlamlı etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, uzaktan eğitim sistemi kullanıcıları olan öğrencilerin aldıkları eğitimin kaliteli olması ile eğitimden algıladıkları fayda arasında doğru orantılı olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Öğrencilerin bu duruma benzer bir algıyı, algılanan kullanım kolaylığı ile algılanan fayda arasında da kurdukları tespit edilmiştir. Yani uzaktan eğitim sistemi kullanıcısı olan öğrencinin sistemi kullanırken algıladığı kullanım kolaylığı algıladığı faydayı da olumlu olarak etkilemektedir.

Yapılan çalışmada; memnuniyetin, eğitim kalitesi, bilgi kalitesi, algılanan kullanım kolaylığı ve algılanan fayda üzerindeki etkisi incelendiğinde ise belirtilen tüm değişkenlerin sistem kullanıcısı olan öğrencinin memnuniyetini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Uzaktan eğitim sisteminin etkinliğini ve verimini tespit etmek amacıyla yapılan benzeri literatür tarandığında bu çalışmadakine benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. Ancak literatürde karşılaşılan bu çalışmalar olağan uzaktan eğitim süreci devam ederken gerçekleştirilen çalışmalardır. Bu çalışma ise olağanüstü bir durum olan Covid-19 Pandemisi sürecinde gerçekleştirilmiş ve uzaktan eğitim sistemine hızlı bir adaptasyon ile entegre olmuş OSTİM Teknik Üniversitesi MYO'nun uyguladığı eğitim müfredatı ve sistemi üzerine yapılmıştır.

Türkiye Yükseköğretim sistemindeki dönüşüm ve değişim çalışmaları şunu göstermektedir ki uzaktan eğitim sistemleri daha etkin ve sık kullanılabilir hale gelecektir. Bundan dolayı bu çalışmadaki benzer analizler diğer eğitim kurumları tarafından da uygulanmalı ve tekrarlanmalıdır. Böylece geleceğin eğitim sistemlerinin kurgulanmasına destek olunacaktır.

KAYNAKLAR

Bhuasiri, W., Xaymoungkhoun, O., Zo, H., Rho, J. J., & Ciganek, A. P. (2012). Critical success factors for e-learning in developing countries: A comparative analysis between ICT experts and faculty. *Computers & Education*, 58(2): 843-855.

Bokhari, H. (2005). The relationship between system usage and user satisfaction a meta-analysis. *The Journal of Enterprise Information Management*, 18(2), 211-234.

Davis, Fred. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology, *MIS Quarterly*, 13(3): 319-340.

Davis Gb (2000) Information systems conceptual foundations: looking backward and forward. In *Organizational and Social Perspectives on Information Technology* (baskerville r, stage j and degross ji, eds), pp 61–82, *Kluwer Academic Publishers*, Boston.

Gable, G., Sedera, D. & Chan, T., (2008) “Re- conceptualizing Information System Success: The IS – Impact Measurement Model”, *Journal of the Association for Information Systems*, 9. (7) Pp. 376-408

Guimaraes, T., Armstrong, C. P., & Jones, B. M. (2009). A new approach to measuring information systems quality. *The Quality Management Journal*, 16(1): 42.

Hrastinski, S. (2008). Asynchronous and synchronous e-learning. *Educause quarterly*, 31(4), 51-55.

Huber MW, Piercy CA & Mckeownpg (2007) Information Systems: Creating Business Value. *John Wiley & Sons, Hoboken, NJ*.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Kurt, Özlem, Üniversite Öğrencilerinin Uzaktan Eğitime Bakış Açılarının Teknoloji Kabul Modeli ve Bilgi Sistemleri Başarı Modeli Entegrasyonu ile Belirlenmesi, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi* (International Journal of Alanya Faculty of Business) Yıl:2015, C:7, S:3, s. 223-234.

Menzi, Nihal, Önal Nezh & Çalışkan, Erkan, Mobil Teknolojilerin Eğitim Amaçlı Kullanımına Yönelik Akademisyen Görüşlerinin Teknoloji Kabul Modeli Çerçevesinde İncelenmesi Akademisyen Görüşlerinin Teknoloji Kabul Modeli Çerçevesinde İncelenmesi, *Ege Eğitim Dergisi*, 2012 (13) 1: 40-55

Petter, Stacie, DeLone, William & McLean, R. Ephraim (2012). “The Past, Present and Future of “IS Success”, *Journal of the Association for Information Systems*, 13(5): 341-362.

Petter, S, DeLone, W & McLean, E (2012). “The Past, Present and Future of “IS Success”, *Journal of the Association for Information Systems*, 13(5): 341-362.

Rafique, Hamaad, Shamim, Azra., & Anwar, Fozia. (2019). Investigating Acceptance of Mobile Library Application with Extended Technology Acceptance Model (TAM), *Computers & Education*, 145, 103732.

Seddon, P. B. (1997). A respecification and extension of the DeLone and McLean model of IS success, *Information systems research*, 8(3), 240-253.

Seker, Sadi Evren, (2014) DeLone ve McLean Bilgi Sistemleri Başarı Modeli, *YBS Ansiklopedisi*, Cilt 1 Say 3, 2014

Venkatesh, Viswanath., Morris, G.Michael, Davis, B. Gordon.& Davis D. Fred (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *Management Information Systems Quarterly*, 27(3), 425-478.

Yıldırım, S. ve Kaplan, B. (2018) Mobil Uygulama Kullanımının Benimsenmesi: Teknoloji Kabul Modeli ile Bir Çalışma, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi KAÜİİBFD* Cilt, 10, Sayı 19, 2019 ISSN: 1309 – 4289 E – ISSN: 2149-9136



SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN YÖNETSEL GÜÇLÜLÜKLERİNİN ARAŞTIRILMASI*¹

INVESTIGATION OF THE MANAGERIAL RESOURCEFULNESS OF HEALTH MANAGERS

Bilim Uzmanı Sıdika GÜLER

Süleyman Demirel Üniversitesi, sidika.guler.09@gmail.com, orcid.org/0000-0001-7148-5883

Prof. Dr. Belma KEKLİK

Süleyman Demirel Üniversitesi, belmakeklik@sdu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6905-4862

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (04.08.2020-10.12.2020)

Özet

Bu çalışma; sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeylerini tespit etmek sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeylerinde demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacı ile oluşturulmuştur. Çalışmada veri toplamak için Şahin (2009) tarafından geliştirilen Yönetimsel Güçlülük Ölçeğinden faydalanılmıştır. Çalışmada parametrik ve parametrik olmayan farklılık analizi yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmada kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Alan araştırması kapsamında Isparta ilindeki sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan 111 tepe yöneticisi ve kısım yöneticilerine anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeyleri orta seviyede bulunmuştur. Eğitim durumu değişkeninin sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. Yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olunan lisans alanı, mesleki hizmet süresi, yöneticilik konumu ve yöneticilik konumundaki hizmet süresinin sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeyleri üzerinde bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yönetimsel güçlülük, yönetsel güç, sağlık yöneticisi.

*¹ Bu çalışma Prof. Dr. Belma KEKLİK danışmanlığında Sıdika GÜLER tarafından hazırlanan ve 23.06.2020 tarihinde savunulan "Sağlık Yöneticilerinin Yönetimsel Güçlülüklerinin Cinsiyet Faktörü Üzerinden Araştırılması" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Bu çalışma için, Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulundan 87432956/050.99/176564 sayılı ve 22.10.2020 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Abstract

This study is composed to determine the managerial resourcefulness of health managers and to measure whether there is any difference in terms of managerial resourcefulness according to demographic variables. The Managerial Resourcefulness Scale developed by Şahin (2009) was used to collect data in the study. Parametric and nonparametric difference analysis methods were used in the study. In the study, sampling method was chosen easily. In the scope of field research, a survey was applied to 111 top managers and department managers working in health institutions and organizations in Isparta province. As a result of the research, the managerial resourcefulness levels of health managers were found at a medium level. It was observed that the educational status variable made a significant difference on the managerial resourcefulness of health managers. Variables such as gender, field of bachelor degree, working years on the job, managerial position and period of working time on management don't have a significant difference on the level of managerial resourcefulness of health managers.

Key words: Managerial resourcefulness, managerial power, health manager.

GİRİŞ

Başarılı bir yönetim için yönetsel bilgilerle birlikte yönetsel beceri ve yetenekler gereklidir. Sağlık yöneticilerinin yönetsel işlerde gerekli olan yetenek ve becerileri yönetsel güçlülük kavramını karşımıza çıkarmıştır. Yönetimdeki görevlere uygun karşılığı sağlayan duygusal, zihinsel ve davranışsal beceriler kümesine yönetsel güçlülük denilmektedir (Kanungo & Misra, 1992: 1314, 1324). Duygusal güçlülük; yöneticinin duygusal tepkilerini başarılı bir şekilde düzenleme yeteneğidir. Duygusal güçlülük; duygusal denetimi, sakin olmayı, anlık doyumunu ertelemeyi ve pro-aktif olmayı içermektedir. Zihinsel güçlülük; problem çözme ve özdeşünüm yeteneğini kapsarken davranışsal güçlülük; göreve ve bireye yönelik davranışları ifade etmektedir.

Yönetsel güçlülükle ilgili çalışmalarda Kanungo ve Misra (1992) beceri ve yeterlilikler arası farka odaklanmıştır. Kanungo ve Menon (2004) çalışmalarında, duygusal, entelektüel ve eylem yönelimli olmak üzere üç temel yönetsel güçlülük yeterliliğinin ölçülebilmesi için ölçek geliştirmiştir. Şahin (2009), doktora çalışmasında yönetsel güçlülüğü Kanungo ve Misra (1992) ve Kanungo ve Menon 'un (2004; 2005) bakış açılarıyla ele alarak, yönetsel işlerin gereklerini yerine getiren duygusal, zihinsel ve davranışsal yetenek ve beceri seti olarak ifade etmiştir. Şahin (2009: 47-52), yönetsel beceri ve yeteneklerin önemine vurgu yaparken bu iki kavram arasındaki farka da değinmiştir. Yöneticilerin öğrenme ve sosyalleşmedeki farklılıklarının yönetsel güçlülüklerinde de farklılıklara neden olabileceğini ifade etmiştir.

Bu çalışma; sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeylerini tespit etmek, kamu hastaneleri, özel hastaneler ve sahada yer alan sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan yöneticilerin demografik ve mesleki özelliklerine göre yönetsel güçlülük açısından herhangi bir farkın olup olmadığını belirlemek amacı ile oluşturulmuştur.

Güç ve Yönetsel Güçlülük

Güç kavramı, örgütsel davranış, siyaset bilimi, sosyal psikoloji, sosyoloji, pazarlama, iktisat gibi birçok alanda incelenen bir kavramdır (Frazier, 1987: 12). Güç ve güç ilişkileri ile ilgili kuramlar ilk önce bireysel ilişkiler düzeyinde gelişim göstermesine rağmen zamanla örgütsel çalışmalara uygulanmıştır. Dolayısıyla güç, her zaman toplumsal sistemlerin parçası olmuştur. Güç kavramının tanımlanması konusunda bir kavram karmaşası yaşanmıştır. Goldhammer ve Shils (1939), Carzo ve Yanousas (1967), Simmons (1978), Robbins (1976), Scanland ve Keys (1979); etkileme, kontrol, otorite ve kuvvet kavramlarını farklı anlamlara sahip kavramlar olarak değerlendirerek birbirlerinin yerine kullanılmayacağını ileri sürmüşlerdir. Dahl (1957), Simon (1953), Tannenbaum (1968), Ross (1979) ise bu kavramları güç ile eş anlamlı tutmuştur (Yapraklı, 1997: 44).

652

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(GÜLER, S / KEKLİK, B)

Güç, başkalarını etkileyebilme yeteneğidir (Stoner, 1978: 226). Enerji kavramı nasıl fiziğin temel kavramı ise, güç kavramı da sosyal bilimlerin temel kavramı olarak görülmektedir (Flippo, 1970: 224). Geniş anlamda güç, bir şeyi yapabilmek veya birinin bir şeyi yapmasını sağlayabilmektir. Güç, doğal düzenin bir parçasıdır ve çıktı üretebilmek için gerekli bir durumdur (Bolelli, 2017: 8,150).

Güç, yönetenlerle yönetilenler arasındaki ilişkiden kaynaklanır. Güç, bir şeyi yaptırabilme yeteneği olduğundan bir yöneticinin gücü, astlara kendi istediklerini yaptırabilme yeteneğinde görülür. Bu yöneticinin gücü, ödül verme ya da geri alma, tehdit etme veya cezalandırma yeteneğine göre ölçülebilir. Birçok sosyal bilimci gücü kaynaklarına göre sınıflamayı tercih etmiştir. Bunlardan bazıları şunlardır (Güney, 2000: 86-256): Etzioni (1975) gücü; zorlayıcı güç, faydacı güç, normatif güç olmak üzere üç şekilde sınıflamıştır. Mustafa Tosun (1977) gücü; benimsemeye dayanan güç, uzmanlığa dayanan güç, mükâfata dayanan güç, meşruiyete dayanan güç, yaptırımlara dayanan güç olmak üzere beş grupta incelemiştir. French ve Raven (1968) gücü altı gruba ayırarak sınıflamıştır. Bunlar şöyledir: Zorlayıcı/cezalandırıcı güç, ödüllendirici güç, yasal güç, özdeşlik gücü, uzmanlık gücü ve bilgi gücüdür. Zorlayıcı/ cezalandırıcı güç kendi içinde kişisel zorlayıcı/ cezalandırıcı güç ve kişisel olmayan zorlayıcı/ cezalandırıcı güç olarak, ödüllendirici güç kendi içinde kişisel ödüllendirici güç ve kişisel olmayan ödüllendirici güç olarak, yasal güç kendi içinde pozisyonel, eşitlik, mütakabiliyet ve bağımlılık olarak ayrılmaktadır.

Yönetimsel güçlülük; “Yöneticinin organizasyonun belirlenen amaç ve hedefleri kapsamında her türlü yönetimsel işine engel teşkil edebilecek duygusal tepkilerini, bilişsel düşüncelerini ve inançlarını, beklentilerini, davranışlarını kontrol edebilme ve düzenlemesiyle çevreye başarılı uyum sağlamada edinilmiş yetenekler repertuarı” olarak tanımlanmıştır (Şahin, 2009: 119).

Çalışanların kişilik özellikleri de organizasyonlar açısından önem arz eder (Chatman, 1989:337). Sosyal, bedensel ve zihinsel olmak üzere kişiliği tanıttığı üç temel özellik vardır. Sosyal, bedensel ve zihinsel özelliklerin üçünün bileşimi kişiliği oluşturur. Yönetimsel güçlülük kişilikle uyumlu olduğu görülen üç bileşenden oluşmuştur (Kanungo & Misra, 1992: 1314). Bunlar; Duygusal Güçlülük (Affective Competence), Zihinsel Güçlülük (Intellectual Competence), Davranışsal Güçlülük (Action-oriented Competence) olarak sıralanmaktadır. Aşağıda her biri kısaca açıklanmıştır.

1. Duygusal Güçlülük : Bir yönetici, duygusal tepkilerini, yönetimsel işlerini yerine getirmesine engel olmasından ziyade daha çok yardımcı olması açısından kullanıyor, bu tepkileri farkındalık ve kendi kendini eğitimle başarılı bir şekilde düzenleyebiliyorsa duygusal güçlülük anlamında başarılıdır. Duygusal güçlülük bileşeni altında dört yetenek bulunmaktadır. Bunlar; duyguları kontrol etme (agresif-saldırganlık-eğilimleri, regresif-geri çekilme-eğilimleri, istifa ya da ayrılma, heyecan), sakin olma, doyumunu erteleme ve proaktif olmadır (Kanungo & Misra, 1992: 1324).

2. Zihinsel Güçlülük: Yönetimsel güçlülüğün ikinci bileşeni zihinsel güçlülüktür. Yönetimsel güçlülük açısından zihinsel güçlülük bileşeni altında iki yetenek vardır. Bunlar; problem çözme ve öz-düşünümdür (Kanungo & Misra, 1992: 1326,1327). Literatürde problem çözme aşamasının alt bileşenleri ise problemi tanımlama, problemi irdeleme ve öncelik belirleme, son olarak da alternatifleri belirleme ve değerlendirme olarak verilmiştir. Öz-düşünüm, öz yeterlilikle ilgili, öz-yeterlilik inancının nasıl kuvvetlendirileceği ile ilişkilidir. Öz-yeterlilik birey yaşamındaki denetimde kullanılan motivasyon, bilişsel kaynaklar ve yeteneklere olan inançla ilişkilidir ve motivasyonu etkileyen bir kavramdır (Kanungo & Misra, 1992: 1326).

3. *Davranışsal Güçlülük*: Davranışsal güçlülük, işe yönelik davranış tarzı ve insana yönelik davranış tarzı olmak üzere iki bileşenden oluşur. İşe yönelik olan davranış tarzında, işin teknik ya da görev yönleri vurgulanır, temel odak noktaları grup amaçlarının gerçekleştirilmesi şeklindedir (Robbins, 2000: 134). İş odaklı yöneticiler de, özellikle iş ile ilgili faaliyetlere odaklanan yöneticilerdir (Northcraft & Neale, 1990: 414). Frese vd., (1987: 1183)'e göre birbirini takip eden çeşitli süreçler işe yönelik davranış tarzlarını oluşturur. İşe yönelik davranış tarzları; hedef belirleme, planlama, yürütme- geribildirim ve zaman yönetimi unsurlarından oluşur. İnsana yönelik davranış tarzında, çalışanların arzu ve ihtiyaçları dikkate alınarak tatmin edilmeye çalışılır. Organizasyon içinde rahat ve arkadaşça bir hava yaratılır, ancak işle ilgili girişim, planlama ve organizasyon zayıf düzeyde kalmaktadır (Scanlan & Keys, 1987: 363). İnsana yönelik davranış tarzları; empati, çalışanları destekleme, gücün kullanımı unsurlarından oluşur.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeylerini tespit etmek, kamu hastaneleri, özel hastaneler ve sahada yer alan sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeylerinde demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacı ile oluşturulmuştur.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2019-2020 yılında Isparta il merkezinde faaliyette bulunan üç özel hastane, iki kamu hastanesi, bir üniversite hastanesi ve Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nde görev yapan sağlık kurumları yöneticileri oluşturmaktadır. Sağlık yöneticisi olarak hastanelerdeki ve sağlık kurumlarındaki; müdür, müdür yardımcısı, başhekim, başhekim yardımcısı, başhemşire, üniversite hastanesinde görevli dekan, amir, şef ve birim sorumluları gibi idare çalışanları sağlık yöneticisi sıfatıyla değerlendirilmiştir. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Anketler elden bütün sağlık kurumları yöneticilerine ulaştırılmıştır. Buna göre, dağıtılan anketlerin %82.8'i geri dönmüş ve elemeler sonucu geçerli olan toplam 111 anket üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada, nicel araştırma yöntemleri kapsamında, veri toplama aracı olarak Şahin'in (2009) "Yönetsel Güçlülük Ölçeği"(YGÖ) kullanılmıştır. 50 maddelik Yönetsel Güçlülük Ölçeği toplam varyansın %61,45'ini açıklayan 8 faktör yapısına sahip ve bu sekiz faktörü de üç boyut (duygusal güçlülük, zihinsel güçlülük ve davranışsal güçlülük) altında toplayan bir yapıya sahiptir. Duygusal güçlülük "*Genellikle sınırlarıma hâkim olurum*", zihinsel güçlülük "*Bir problemin farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, problemin ne olduğunu tam olarak anlamaya çalışmaktır*", davranışsal güçlülük "*Hedef belirlerken hedefin açık, net ve anlaşılır olmasına dikkat ederim*" gibi sorularla ölçülmektedir.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Cronbach Alpha güvenilirlik analizi sonucunda YGÖ genelinin güvenilirliği 0,916; duygusal güçlülük alt boyutunun güvenilirliği 0,785; zihinsel güçlülük alt boyutunun güvenilirliği 0,788; davranışsal güçlülük alt boyutunun güvenilirliği ise 0,768 olarak bulunmuştur. Buna göre YGÖ yüksek güvenilir bir özellik göstermektedir (Büyüköztürk, 2011). Verilerin analizinde Sosyal Bilimciler için İstatistik Programı (SPSS 22.0) kullanılarak nicel analiz yöntemine başvurulmuştur. Katılımcılara ilişkin sosyodemografik ve mesleki bulgular ile yöneticilerin yönetsel güçlülük düzeylerine ilişkin betimsel bulgular frekans, yüzde, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile tespit edilmiştir. Verilerin normallik dağılımı testlerinin sonucuna göre parametrik (ilişkisiz örneklem t-testi, varyans analizi (ANOVA) ve

parametrik olmayan (mann whitney u testi, kruskal wallis h testi) farklılık analizi yöntemleri kullanılmıştır. Analizlerin tamamında anlamlılık düzeyi $p < 0,05$; güven aralığı ise %95 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin %51,4'ü kadın, %48,6'sı erkek; %85,6'sı evli, %14,4'ü bekâr; %18'i 25-35 yaş arasında, %44,1'i 36-45 yaş arasında ve %37,8'i 46 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Katılımcıların %3,6'sı lise, %6,3'ü ön lisans, %70,3'ü lisans ve %19,8'i lisansüstü öğrenim düzeyine sahiptir. En az lisans mezunu olan katılımcıların %25'i işletme, %17'si hemşirelik, %14'ü tıp, %10'u kamu yönetimi, %9'u iktisat, %7'si sağlık idaresi, %4'ü maliye, %3'ü muhasebe, %2'si sosyal hizmet, %2'si yabancı dil/egitim bilimleri, %2'si çalışma ekonomisi ve endüstri işleri, %2'si halkla ilişkiler, %1'i hukuk, %1'i acil yardım ve afet yönetimi ve %1'i turizm ve otel işletmeciliği mezunudur. Analizlerde lisans alanı, sağlık bölümleri (hemşire, tıp, acil yardım) ve İİBF bölümleri (işletme, kamu yönetimi, iktisat, sağlık idaresi, maliye, muhasebe, sosyal hizmet, ÇEKO, halkla ilişkiler, turizm ve otel işletmeciliği, hukuk) olmak üzere iki kategoride incelenmiştir. Katılımcılar lisans alanları açısından; sağlık alanlarında 32 kişi, İİBF alanlarında 66 kişi ve diğer alanda 2 kişidir. Diğer alan grubunda eğitim bilimleri alanına ait sadece iki kişi bulunduğundan araştırma alanından muaf tutulmuştur. Katılımcıların %4,5'i 1-5 yıl, %12,6'sı 6-10 yıl, %23,4'ü 11-15 yıl ve %59,5'i 16 yıl ve daha fazla mesleki hizmet süresine sahiptir. %36,8'i birim sorumlusu, %20,8'i hastane müdür yardımcısı, %9,4'ü başhemşire, %7,5'i şef, %6,6'sı hastane müdürü, %6,6'sı destek hizmetleri başkan yardımcısı, %3,8'i başhekim yardımcısı, %2,8'i kalite hizmetleri koordinatörü, %1,9'u insan kaynakları yöneticisi, %0,9'u öğretim üyesi/dekan, %0,9'u amir, %0,9'u başhekim ve %0,9'u denetim hizmetleri müdürü olarak görev yapmaktadır. %14,4'ü üst kademe yönetici, %39,6'sı orta kademe yönetici ve %45,9'u alt kademe yöneticidir. Yöneticilikteki hizmet süresi ise %28,8'inde 1-5 yıl, %26,1'inde 6-10 yıl, %18,9'unda 11-15 yıl ve %26,1'inde 16 yıl ve daha fazladır.

Yönetimsel Güçlülük Düzeyleri

Aşağıdaki tabloda katılımcıların genel yönetimsel güçlülük ortalamaları ve alt boyutlar olan zihinsel, duygusal, davranışsal güçlülük ortalamaları verilmiştir.

Tablo 1. Yöneticilerin Yönetimsel Güçlülük Düzeylerine İlişkin Betimsel Bulgular

Genel / Alt Boyut	Min.	Maks.	\bar{x}	Ss	%*
Yönetimsel Güçlülük	2,60	4,46	3,33	0,44	58,2
Zihinsel Güçlülük	2,59	4,47	3,54	0,46	63,5
Duygusal Güçlülük	2,50	4,56	3,29	0,50	57,2
Davranışsal Güçlülük	2,35	4,41	3,17	0,46	54,2

* Alt boyut veya ölçek genelinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puana oranlanmıştır.

Tabloda görüldüğü üzere yöneticilerin YGÖ'ye verdikleri cevapların değerlendirilmesi sonucunda yönetimsel güçlülük puan ortalamaları $3,33 \pm 0,44$ olarak tespit edilmiştir. Bu puanın ölçekten alınabilecek en düşük (1,00) ve en yüksek puan ortalamasına (5,00) oranlanması sonucunda yöneticilerin yönetimsel güçlülük düzeylerinin %58,2'lik oranla orta seviyede olduğunu söylemek mümkündür. Zihinsel güçlülük ortalaması $3,54 \pm 0,46$; duygusal güçlülük ortalaması $3,29 \pm 0,50$ ve davranışsal güçlülük ortalaması $3,17 \pm 0,46$ olarak tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların

zihinsel, duygusal ve davranışsal güçlülüklerinin sırasıyla %63,5; %57,2 ve %54,2 olduğu söylenebilir.

Demografik ve Mesleki Veriler Üzerinden Yapılan Analiz Bulguları

Aşağıdaki tabloda yöneticilerin yaş, medeni durum vb. demografik ve mesleki özelliklerine göre yönetsel güçlülüklerinde farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 2. Yönetsel Güçlülüğün Demografik ve Mesleki Veriler Üzerinden Değerlendirilmesi

Değişken	Kategori	n	Ort. Sıra	Sıralar Top.	U*	Z	p
Eğitim Durumu	Lise/Ön Lisans	11	96,41	1060,50	105,500	-4,388	0,000
	Lisans/Lisansüstü	100	51,56	5155,50			
Medeni Durum	Evli	95	53,86	5116,50	556,500	-1,709	0,087
	Bekâr	16	68,72	1099,50			
Değişken	Kategori	n	Ort.	Ss.	t**	df	p
Cinsiyet	Kadın	54	3,34	0,45	-0,225	108	0,838
	Erkek	57	3,33	0,43			
Lisans Alanı	Sağlık	32	3,24	0,34	-0,172	96	0,864
	İİBF	66	3,26	0,40			
Yönetsel Konum	Alt Kademe	51	3,30	0,44	-0,843	109	0,401
	Orta / Üst Kademe	60	3,37	0,45			
Değişken	Kategori	n	Ort. Sıra	KW H***	df	p	
Meslekte Hizmet Süresi	1-10 yıl	19	61,34	0,731	2	0,694	
	11-15 yıl	26	56,58				
	16+ yıl	66	54,23				
Değişken	Kategori	n	Ort.	Ss.	Kareler Top.	F****	p
Yaş	25-35	20	3,46	0,51	21,378	1,310	0,274
	36-45	49	3,34	0,47			
	46+	42	3,27	0,36			
Yöneticilikteki	1-5 yıl	32	3,40	0,54	21,378	1,112	0,348

Hizmet Süresi	6-10 yıl	29	3,40	0,41
	11-15 yıl	21	3,21	0,35
	16+ yıl	29	3,29	0,39

* Mann Whitney U testi yapılmıştır. ** İlişkiz örneklem t-testi yapılmıştır. *** Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. **** Varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Tabloda görüldüğü üzere yönetsel güçlülük, öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Lise veya ön lisans mezunu olan katılımcıların yönetsel güçlülük düzeyleri lisans veya lisansüstü mezunlarının yönetsel güçlülük düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($u=105,500$; $z=-4,388$; $p<0,05$). Fakat bu sonucun, çalışmada yer alan lise/ ön lisans mezunu kategorisindeki yönetici sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca lise veya ön lisans mezunu olanların yönetsel güçlülüklerinin yüksek olması verilerin kendini bildirim/ kendini rapor yöntemiyle (self-report) anketlere verdikleri cevaplarla sınırlı olmasından da kaynaklanabilir. Kişinin kendi durumu, duyguları, inançları vb. konularındaki sorulara verdiği cevap ya da cevaplar dizisi katılımcıların kendilerini olduklarından daha iyi değerlendirme ihtimali ya da bazı katılımcıların da kendilerini daha objektif belki daha hassas ve katı değerlendirmiş olabilmeleri durumunu ortaya çıkarabilir. Çünkü doğrudan gözlemlenemeyen davranışların ya da özelliklerin ölçülmesinde cevapların geçerliği, katılımcının dürüstlüğü ve öz-farkındalığıyla yakından ilgilidir. Medeni durum, cinsiyet, sağlık bölümleri ve İİBF bölümleri olmak üzere lisans alanı, yönetsel konum, yaş, meslekte hizmet süresi ve yöneticilikteki hizmet süresi ise yönetsel güçlülük üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir ($p>0,05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda sağlık yöneticilerinin yönetsel güçlülük düzeyleri orta seviyede bulunmuştur. Alt boyutların tamamında da benzer bir durum söz konusudur. Zihinsel güçlülük ortalaması $3,54\pm 0,46$; duygusal güçlülük ortalaması $3,29\pm 0,50$ ve davranışsal güçlülük ortalaması $3,17\pm 0,46$ olarak tespit edilmiştir. Her ne kadar orta düzey yönetsel güçlülük yeterli gibi gözükse de, aslında iyi ve çok iyi düzeyde olması sağlık sektörü açısından önem arz etmektedir. Hastaneler 7/24 yoğun çalışan, hata götürmeyen kurumlardır. Yönetsel güçlülüğe sahip sağlık yöneticilerinin bulunduğu hastanelerde sorunlar karşısında daha hızlı ve etkili çözümler üretilebileceği düşünülebilir. Bu anlamda yöneticilerin, zihinsel, davranışsal ve duygusal güçlülüklerinin geliştirilmesi için yöneticilere eğitimler verilmesi önerilebilir. Yönetici adaylarının yönetim alanında lisansüstü eğitim almaları teşvik edilebilir ve desteklenebilir.

Demografik ve mesleki özelliklerin yöneticilerin yönetsel güçlülük ve alt boyutları üzerinde farklılık oluşturup oluşturmadığı parametrik ve parametrik olmayan farklılık analizi yöntemleri ile incelendiğinde ulaşılan sonuçlara göre, yönetsel güçlülük, demografik ve mesleki özelliklerden sadece öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Cinsiyet, medeni durum, mezun olunan lisans alanı, yönetsel konum, yaş, meslekte hizmet süresi ve yöneticilikteki hizmet süresinin ise yönetsel güçlülük üzerinde bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Araştırmada lisans mezunları sağlık alanından mezun olup olmadıklarına göre de araştırmaya dahil edilmiştir. Dikkati çeken nokta yöneticilerin sadece %7'sinin sağlık idaresi mezunu olmalarıdır. Yöneticilerin çoğunluğu işletme, hemşirelik ve tıp alanlarından mezundur. Ülkemizde pek çok üniversitede sağlık yönetimi bölümü olmasına, mezun verilmesine ve sağlık yöneticisi yetiştirilmesine rağmen, sahada yeteri kadar yer almadıkları görülmektedir. Bu bağlamda sektörde sağlık yönetimi mezunlarına daha fazla yer verilmesi gerektiği söylenebilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ışığında, ileriki çalışmalara yol göstermek adına araştırmacılara sonraki çalışmalarda; dal hastaneleri, farklı iller, büyükşehirlerdeki sağlık yöneticileri üzerine karma araştırmalar gerçekleştirilebileceği önerilebilir. Şehir hastanelerinin karmaşık yapısı özellikle yöneticilerin yönetsel güçlülüklerinin iyi olmasını gerektirebileceğinden ülke genelindeki şehir hastaneleri yöneticileri üzerinde bir yönetsel güçlülük çalışması yürütülebilir.

KAYNAKÇA

Bolelli, M. (2017). *Güç ile Yönetim*. İstanbul: Abaküs Kitap Yayın Dağıtım Hizmetleri.

Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.

Chatman, A. J. (1989). Improving Interactional Organizational Research: A Model of Person-organization Fit. *Academy of Management Review*, 14(3), 333-349.

Etzioni, A. (1975). *A Comparative of Complex Organizations: On Power, Involvement, and Their Correlates*. New York: The Free Press.

Flippo, E. (1970). *Management: A Behavioral Approach* (2 b.). Allyn and Bacon.

Frazier, G. L. (1987). An Empirical Examination of the Power-Influence Process in a Channel of Distribution. Michigan: University Microfilms International/ProQuest.

French, J.R.P., & Raven, B. (1968). *The Bases of Social Power*. In D. Cartwright & A. Zander (Eds.), *Group Dynamics: Research and Theory*, (pp. 259–269). New York: Harper & Row.

Frese, M., Stewart, J., & Hannover, B. (1987). Goal Orientation and Planfulness: Action Styles as Personality Concepts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1182- 1194.

Güney, S. (2000). *Yönetim ve Organizasyon El Kitabı*. Ankara: nobel yayın dağıtım.

Kanungo, N. R., & Misra, S. (1992). Managerial Resourcefulness: A Reconceptualization of Management Skills. *Human Relations*, 45(2).

Kanungo, R. N., & Menon, S. (2005). Managerial Resourcefulness: Measuring a Critical Component of Leadership Effectiveness. *The Journal of Entrepreneurship*, 14(1). doi:10.1177/097135570401400103

Robbins, S. (2000). *Essentials of Organizational Behavior*, Prentice Hall; International 2 Revised edition.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Ross, Robert H. 1979, Power and Conflict in the Food Broker-Wholesaler Distribution Channel, University Microfilms International, Michigan.

Scanlan, Burt K., Keys, Bernard (1987). Management and Organizational behavior, 2nd edition, Krieger (Malibar, Fla.)

Stoner, J. (1978). *Management*. Prentice Hill.

Şahin, F. (2009). “Yönetimsel Güçlülük: Etkili Yönetim ve Liderlik Bileşeni Olarak Kavramsallaştırılabilirliği ve Ölçülebilirliğine İlişkin Bir Araştırma”

Yapraklı, Ş. (1997). “Dağıtım Kanallarında Güç ve Çatışma:Erzurum'daki Meşrubat Bayii ve Perakendecileri Üzerine Bir Saha Araştırması”