

SURİYELİ MÜLTECİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ: BİR ALAN ARAŞTIRMASI

ACCESS TO HEALTH SERVICES OF SYRIAN REFUGEES: A FIELD RESEARCH

Mustafa Kemal Kördeve¹

ÖZET

17 Aralık 2010 yılında bir gencin kendini yakması sonucu ilk defa Tunus'ta başlayan ve Arap Baharı olarak adlandırılan süreç Mısır, Libya ve Suriye'de devam etmiştir. Özellikle Suriye'deki Arap Baharından ülkemiz çok etkilenmiştir. 2012 yılında yaklaşık 14 bin Suriyeli koruma altına alınırken bu sayı 2017 yılında 3 milyona yaklaşmıştır. Artan Suriyeli sayısı ile beraber ekonomik, kültürel, eğitim ve sağlık açısından çeşitli problemler kendini göstermeye başlamıştır. Suriyeli vatandaşlarla Türk vatandaşların sağlık hizmeti alımında karşılıklı problemler yaşadıkları düşünülmektedir. Önerilen bu araştırma projesinde ülkemizde yaşayan Suriyeli Mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşayabileceği olası problemler ve sağlık hizmetlerine erişimin araştırılması amaçlanmaktadır.

Bu amaçla Kocaeli Darıca ilçesinde ikamet etmekte olan Suriyeli Mülteciler üzerinde bir anket çalışması yapılmıştır. Anket soruları Kördeve'nin (2017) yapmış olduğu araştırmasından uyarlanmıştır. Araştırmaya toplam 100 kişi katılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programına girilerek çalıştırılmıştır. Analizler, %1 ve %5 anlamlılık düzeyi (p) ve %99 ve %95 güven aralığı düzeyine göre açıklanmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında çok sayıda ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Suriyeli mülteciler, Sağlık hizmetleri, Erişim

ABSTRACT

The process which started in Tunisia for the first time as a consequence of burning genocide on December 17, 2010, and which was called Arab Spring, continued in Egypt, Libya and Syria. Especially, our country was affected by the Arab Spring in Syria. Approximately 14 thousand Syrian Refugees were taken under protection by Turkey in 2012. This figure is close to 3 million in 2017. Along with the increasing number of Syrians, economic, cultural, educational and health problems have increased among Syrian refugees and Turkish citizens are thought to have experienced mutual problems in the purchase of health services. In this proposed research project, it is aimed to investigate the possible problems that Syrian refugees go through in our country while receiving health care services and access to health services.

¹ Dr., İstanbul Gedik Üniversitesi, kemal.kordeve@gedik.edu.tr, 0216 5952155, Süluntepe Mah. Yunusemre Cad. No:1/1 Pendik İstanbul

For this purpose, a survey was conducted on the Syrian refugees reside in the town of Kocaeli Darıca. The questionnaire were adapted from a survey of Kördeve (2017). A total of 100 people had been participated in the survey. The obtained data were evaluated by using SPSS 22.0 package program. The analysis were explained according to the level of %1 and 5% significance (p) and %99 and 95% confidence interval. It has been detected lots relationships between independent variables and dependent variables.

Keywords: Syria refugees, health services, access

 lkelerin en önemli gelişmişlik d zeylerinden birisi eēitim hizmetleri diēeri de kuşkusuz saēlık hizmetleridir. Her ne kadar ülkemizde her 1000 kişi başına d şen saēlık personeli ortalaması Avrupa standartları düzeyinde olmasa da 2002 saēlıkta dönüşüm programı ile iyi bir mesafe kat edilmeye başlanmıştır. Bu dönüşüm programı ile her bireye eşit Őartlarda saēlık hizmetleri götürülmesi hedeflenmiştir. Bu hedeflere ulaşılabilmeye sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin etkisi çok önemlidir. Ancak bu faktörlerin etkisi ülkemizde henüz tam olarak belirlenmemiştir. Bununla birlikte savaş veya başka nedenlerle Türkiye'ye mülteci g  leri yaşanmaktadır.

2010 yılında Tunus'ta başlayan Arap Baharı daha sonra Mısır, Libya ve Suriye'de kendini göstermiştir. Suriye Arap Baharından en çok etkilenen ülkelerden biridir. Arap baharı ile birlikte Suriye'de iç savaş kendini göstermiş, zorda kalan birçok Suriyeli ülkelerini terk etmek durumunda kalmışlardır (Memiş, 2015). Savaşın çıkmasıyla birlikte yüzbinlerce Suriyeli kitleler halinde g   etmeye başlamışlardır (Köksal ve Köksal 2017). Yaklaşık 4,8 milyon Suriyeli mülteci bulunmaktadır ve bunların yaklaşık 2,5 milyonu Türkiye'ye sığınmıştır (Kabaklarlı, 2016). Bunda Türkiye'nin coērafi yakınlıēı, iki ülke halkları arasındaki tarihsel, kültürel baēlar ve sosyal aēlar, akrabalık ilişkileri ( zkarlı, 2015) gibi çeşitli edenler rol oynamıştır. Ülkemizde özellikle güney illeri başta olmak üzere farklı bölgelerde çok sayıda Suriyeli yaşamaktadır.  rneēin bu sayı Őanlıurfa'da 398.206, Gaziantep'te ise 325.119'dir. İstanbul ve çevresinde ise 388.028'dir ( st n, 2016).

Nüfustaki bu artışın eēitim, saēlık ve barınma gibi kamu hizmetlerine etkisi büyük olacaktır (Sirkeci, 2017). Saēlık hizmetleri konusu Suriyeli m lteciiler için en önemli problemlerden birisidir (Yıldız ve Yıldız, 2017). Ülkemizdeki 10.000 kişi başına düşen hekim sayısının 0,69; hemşire sayısının ise 0,18 (www.tkhk.gov.tr) olduēu d ř n ld ēinde saēlık hizmetlerine erişimde problemler yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Dil, ırk ve kültür farklılıkları da göz önüne alındıēında Suriyeli M lteciilerin saēlık hizmetlerine erişimi problemlili olabilecektir. Bu nedenle bu araştırmada Suriyeli M lteciilerin saēlık hizmetlerine erişimi araştırılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla Kördeve (2017) tarafından daha önce geliştirilen bir ölçek uygulanmıştır (Kördeve, 2017). Geliştirilen  l eēin katılımcı tarafından kolay doldurulmasını saēlamak ve daha nesnel cevaplar alabilmek için  l ek Arapçaya tercüme edilerek uygulanmıştır.

METODOLOJ 

Araştırma Kocaeli ili Darıca ilçesinde ikamet eden Suriyeli m lteciiler üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma Suriyeli M lteciilerin saēlık hizmetlerine erişim problemleri tespit etmek için yapılan nicel bir araştırmadır. Anket soruları Kördeve'nin (2017) Romanlar üzerinde yaptıēı çalışmasından alınarak uyarlanmıştır. Birinci bölümde katılımcılara ait demografik deēiřkenler yer almaktadır. İkinci bölümdeki sorular

ise 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak hazırlanmıştır. Bu bölümde Suriyeli Mültecilerin sağlık hizmetine erişimini etkileyen sorular sorulmuştur.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Arap Baharı sonucu Türkiye'ye gelen Suriyeli Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan problemleri araştırmaktır. Bu amaçla araştırmacı tarafından bir ölçek geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Geliştirilen ölçek Arapçaya çevrilerek uygulanmıştır. Katılımcıların cevaplarını 'Hiç Katılmıyorum (1)' seçeneğinden 'Kesinlikle Katılıyorum (5)' seçeneğine doğru vermeleri istenmiştir. Anketler, "SPSS Statistics 22.0" programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Kocaeli Darıca ilçesinde 2017 yılı Temmuz ve Eylül ayları arasında yapılmıştır. Darıca ilçesinin seçilmesinde Suriyeli Mültecilerin yoğun olarak yaşamaları etkili olmuştur. Ülkelerinde halen devam eden bir savaşın olması ve savaş psikolojinin etkisiyle sorulara cevap vermekten korkmaları nedeniyle katılımcı sayısı 100 kişi ile sınırlı kalmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Kocaeli Darıca ilçesi Suriyeli Mültecilerin yoğun olarak yaşadığı bir bölge olması nedeniyle örneklem olarak seçilmiştir. Çalışma 2017 Temmuz-Eylül ayları arasında yapılmıştır. Katılımcılara ait demografik değişkenler aşağıdaki tabloda verilmiştir;

Tablo 1. Katılımcılara ait demografik değişkenler

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yaş	18-27	23	23,0	23,0	23,0
	28-37	35	35,0	35,0	58,0
	38-47	27	27,0	27,0	85,0
	48-57	15	15,0	15,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	
Cinsiyet	Kadın	35	35,0	35,0	35,0
	Erkek	65	65,0	65,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	
Eğitim	Okuryazar olmayan	18	18,0	18,0	18,0
	İlköğretim	53	53,0	53,0	71,0
	Ortaöğretim (Lise)	24	24,0	24,0	95,0
	Lisans	5	5,0	5,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	
Medeni Durum	Bekar	43	43,0	43,0	43,0
	Evli	57	57,0	57,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	

Çocuk Sayısı	Çocuk olmayan	42	42,0	42,0	42,0
	1-3 çocuk	28	28,0	28,0	70,0
	4 ve üzeri çocuk	30	30,0	30,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	
Aylık gelir	Gelir yok	40	40,0	40,0	40,0
	1300-2000	36	36,0	36,0	76,0
	2001-2700	24	24,0	24,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	
Meslek	İşsiz	31	31,0	31,0	31,0
	İşçi	57	57,0	57,0	88,0
	Ev Hanımı	12	12,0	12,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	
Sosyal Güvenceniz	Sosyal Güvencem Yok	98	98,0	98,0	98,0
	SSK	2	2,0	2,0	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere çalışmaya 35 kadın, 65 erkek olmak üzere toplam 100 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması orta yaş aralığından oluşmaktadır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %53'ünün ilkökul mezunu olduğu, %24'ünün ortaöğrenim, %5'inin ise Lisans mezunu olduğu görülmektedir. Okur-yazar olmayan oranı ise %18'dir.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %40'ının gelirin olmadığı, %36'sının 1300-2000 TL aralığında gelir düzenin olduğu, %24'ünün ise 2001-2700 TL aralığında gelir düzeyi olduğu görülmektedir. Tabloda dikkat çeken diğer bir nokta ise katılımcıların %57'sinin çalışıyor olmasına rağmen toplamda sadece %2'sinin sosyal güvencesinin olmasıdır.

Araştırmada toplam 8 bağımsız, 42 bağımlı değişken olmak üzere toplam 50 soru sorulmuştur. Analizler, hem %1 hem de % 5 anlamlılık düzeyi (p) ve %99 ile %95 güven aralığı düzeyine göre açıklanmıştır. Literatüre göre "Çok Yüksek derecede güvenilir (cronbach alpha ,979)" bulunan ölçeği oluşturan soruların, yapılan araştırmanın doğruluğunu ortaya çıkarabilecek nitelikte, birbirleriyle ilişkili, tutarlı, anlaşılır ve yeterli sayıda olduğunu göstermektedir. Araştırma, ilgilenilen sorunları büyük oranda yansıtmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucu toplam altı faktör bulunmuştur.

Tablo 2. Faktör analizi tablosu

Rotated Component Matrix ^a							
Faktör Adı	Faktör Bilenleri	Component					
		1	2	3	4	5	6
Dışlanma Faktörü	S6. Sağlık hizmeti alırken sağlık personeline azarlanıyorum	,870					
	S5. Sağlık personeli şikâyetimi dinlerken yüzüme bakmıyor, başka şeylerle ilgileniyor	,830					
	S11. Sağlık personeli beni küçümser nitelikte davranış sergilemektedir	,825					
	S7. Sağlık personeli bana hitap ederken onur kırıcı şekilde hitap eder	,824					
	S8. Hastaneye ilk girişte kötü muameleyle karşılanıyorum	,811					
	S9. Hasta kayıt memuru işlem yaparken yüzüme bakmıyor	,795					
	S10. Sağlık personeli hastalık kaynaklı şikâyetimi tam dinlememektedir	,778					
	S12. Sağlık personeli tedavim için bana yeterli zaman ayırmamaktadır	,772					
	S3. Ekonomik nedenlerden dolayı sağlık kuruluşuna gitmiyorum	,765					
	S4. Sağlık hizmeti alırken sağlık personeli bana karşı ilgisiz davranıyor	,754					
	S2. Sağlık hizmeti alırken sağlık personeline kötü sözlü muamele görüyorum	,749					
S1. Sosyal güvencem olmadığı için zaruri olmadıkça sağlık kontrolümü erteliyorum	,731						
Küçümseme Faktörü	S24. Dışlandığım için hastalandığımda hastaneye gitmek istemiyorum		,820				
	S25. Sağlık personeli benimle alaylı ve onur kırıcı bir şekilde konuşuyor		,757				
	S22. İnanç ve değerlerime uygun sağlık hizmeti alabiliyorum		,749				
	S20. Sağlık hizmeti alırken diğer hastalar kadar mahremiyetime dikkat edilmiyor		,732				
	S21. Küçük müdahalelerde yeterli açıklama yapılmadan işlem yapılıyor		,711				
	S26. Bazen sağlık personeline sorduğum sorulara yanıt alamıyorum		,655				
	S23. Sağlık personeli bana sıra geldiğinde yokmuşum gibi davranır		,623				
	S19. Sağlık hizmeti alırken diğer hastalar kadar saygı görmüyorum		,605				
	S18. Sağlık personeline istediğim rahatlıkta soru soramıyorum		,549				
S17. Sağlık personeli bana karşı bir an önce gönderme eğilimi ile		,521					

	hareket etmektedir.						
Kayıtsızlık faktörü	S30. Sıra beklerken diğer hastalar yanıma oturmazlar			,883			
	S31. Sıra beklerken diğer hastalar birbirleriyle iletişim kurarlar ama benimle iletişime geçmezler			,865			
	S29. Sıra beklerken diğer hastalar yaşlı olan Suriyelilere yer vermezler			,816			
	S38. Engelli Suriyeliler engelli maaşından faydalanabiliyor			,801			
	S39. Engelli Suriyeliler engellilere sağlanan sağlık hizmetinden eşit bir şekilde faydalanıyor			,765			
	S27. Tedavi sonrası ilaçlarımı rahat bir şekilde alabiliyorum			,759			
	S40. Aile sağlığı merkezlerinden faydalanabiliyorum			,739			
	S42. Aile sağlığı merkezince çocuklarımızın aşı takipleri düzenli olarak yapılmaktadır.			,639			
Soyutlama Faktörü	S15. Sağlık personeli giyim kuşamım nedeniyle bana karşı bulaşıcı hastalık varmış gibi davranmaktadır			,742			
	S16. Sağlık personeli milliyetim nedeniyle bana karşı bulaşıcı hastalık varmış gibi davranmaktadır			,740			
	S14. Diğer hastalara ödemede kolaylık sağlanırken milliyetim nedeniyle bana aynı kolaylık sağlanmamaktadır			,681			
	S13. Param olmadığında sağlık kuruluşundan milliyetim nedeniyle sağlık hizmeti alamamaktayım			,670			
	S33. Resmi kanallarca bana yeşil kart verilmek istenmiyor			,513			
	S34. Resmi kanallarca sağlık hizmeti almam için bana gereken yardım sağlanmıyor			,444			
	S35. Resmi kanallarca sağlık hizmeti almam için bana gereken yardım sağlanmıyor						,709
Dışlanma Faktörü	S41. Aile sağlığı merkezleri beni takip etmek istemiyor						,597
	S36. Sağlık hizmeti alırken potansiyel suçluymuşum gibi muamele görüyorum						,581
	S37. Engelli Suriyeliler engellilere sağlanan haklardan yararlanırken problem yaşıyor						,533
	S32. Milliyetimden dolayı sağlık hizmetlerinde negatif ayrımcılık gördüğümü düşünüyorum						,499
Ayrımcılık Faktörü	S28. Diğer hasta ve hasta yakınları tarafından dışlanıyorum						,478

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

Demografik değişkenler ve faktörler arasındaki ilişki düzeyine bakmak için korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda aralarında %1 ve %5 anlamlılık düzeyine göre ilişki bulunan değişkenler aşığındaki tabloda verilmiştir. İlişki bulunamayan değişkenler tablodan çıkarılmıştır.

Tablo 3. Korelasyon tablosu

		Yaş	Eğitim	Medeni Durum	Çocuk Sayısı	Meslek	Dışlanma	Küçümseme	Kayıtsızlık
Yaş	Pearson Correlation	1	-,189	,461**	,613**	-,041	,105	-,230*	,148
	Sig. (2-tailed)		,060	,000	,000	,687	,297	,021	,141
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Eğitim	Pearson Correlation	-,189	1	-,265**	-,295**	-,144	,200*	,147	-,001
	Sig. (2-tailed)	,060		,008	,003	,153	,046	,144	,989
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Medeni Durum	Pearson Correlation	,461**	-,265**	1	,766**	,252*	-,172	-,214*	,228*
	Sig. (2-tailed)	,000	,008		,000	,011	,086	,032	,022
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Çocuk Sayısı	Pearson Correlation	,613**	-,295**	,766**	1	,090	-,042	-,282**	,285**
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000		,376	,681	,004	,004
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Meslek	Pearson Correlation	-,041	-,144	,252*	,090	1	-,100	,220*	-,061
	Sig. (2-tailed)	,687	,153	,011	,376		,320	,028	,544
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Dışlanma	Pearson Correlation	,105	,200*	-,172	-,042	-,100	1	,000	,000
	Sig. (2-tailed)	,297	,046	,086	,681	,320		1,000	1,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Küçümseme	Pearson Correlation	-,230*	,147	-,214*	-,282**	,220*	,000	1	,000

	Sig. (2-tailed)	,021	,144	,032	,004	,028	1,000		1,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Kayıtsızlık	Pearson Correlation	,148	-,001	,228*	,285**	-,061	,000	,000	1
	Sig. (2-tailed)	,141	,989	,022	,004	,544	1,000	1,000	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100

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

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

Yaş değişkeni ile Küçümseme arasında zayıf, negatif yönlü bir ilişki vardır ($r = -,230$; $p = ,021 < 0.05$). Eğitim değişkeni ile Dışlanma arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r = ,200$; $p = ,046 < 0.05$). Medeni durum ile Küçümseme değişkeni arasında zayıf, negatif yönlü ($r = -,214$; $p = ,032 < 0.05$) ve Kayıtsızlık değişkeni arasında zayıf, pozitif yönlü ($r = ,228$; $p = ,022 < 0.05$) bir ilişki vardır. Çocuk sayısı ile Küçümseme arasında zayıf, negatif yönlü ($r = -,282$; $p = 0.004 < 0.01$) ve Kayıtsızlık arasında zayıf, pozitif yönlü ($r = ,285$; $p = 0,004 < 0.01$) bir ilişki vardır. Meslek ile Küçümseme arasında zayıf, pozitif yönlü ($r = ,220$; $p = 0,028 < 0.05$) bir ilişki vardır.

Medeni durum ile Kayıtsızlık arasında zayıf, pozitif yönlü ($r = ,228$; $p = ,022 < 0.05$) bir ilişki; Çocuk sayısı ile Kayıtsızlık arasında zayıf, pozitif yönlü ($r = ,285$; $p = ,004 < 0.01$) bir ilişki vardır.

BULGULAR

Korelasyon analizi ile aralarında ilişki tespit edilen değişkenler arasındaki ilişkinin rastlantısal olup olmadığını test etmek için regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi sonucu elde edilen veriler aşağıdaki gibidir;

1. Küçümseme değişkeni ile Yaş, Eğitim, Çocuk Sayısı ve Meslek Arasındaki İlişki

Bağımlı değişken olan Küçümseme değişkeni ile bağımsız değişken olan yaş, eğitim, çocuk sayısı ve meslek değişkenleri arasında bulunan ilişkinin rastlantısal olup olmadığını test etmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Bağımsız değişkenler olan meslek, yaş, eğitim ve çocuk sayısı, bağımlı değişken olan Küçümsemeye ait varyansı % 15,2 oranında açıklamaktadır

Tablo 4. Model Özeti

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini Standart Hata
1	,389 ^a	,152	,116	,94026107

a. Belirleyiciler: (Sabit), Meslek, Yaş, Eğitim, Çocuk Sayısı

Söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu Anova tablosundan anlaşılmaktadır [$F(4,95) = 4,245$; $p < 0,01$].

Tablo 5. Anova Tablosu

Model	Kareler		Ortalama		
	Toplamı	df	Kare	F	Sig.
Regresyon	15,011	4	3,753	4,245	,003 ^b
1 Kalan	83,989	95	,884		
Toplam	99,000	99			

a. Bağımlı değişken: Küçümseme

b. Bağımsız değişken: (sabit), Meslek, Yaş, Eğitim, Çocuk Sayısı

Katsayı tablosu incelendiğinde meslek ile Küçümseme arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Yaş, eğitim ve çocuk sayısı ile Küçümseme arasındaki ilişkinin ise $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı olmadığı ve bu değişkenlerin Küçümseme değişkenine anlamlı bir katkı yapmadığı anlaşılmıştır (Küçümseme = $-0,644 + \text{Yaş} \cdot -0,051 + \text{Eğitim} \cdot 0,132 + \text{Çocuk sayısı} \cdot -0,289 + \text{Meslek} \cdot 0,404$).

Tablo 6. Katsayılar tablosu

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		Sig.
	B	Std. Hata	Beta	t	
(Sabit)	-,644	,515		-1,249	,215
Yaş	-,051	,121	-,051	-,420	,676
1 Eğitim	,132	,129	,102	1,027	,307
Çocuk Sayısı	-,289	,147	-,244	-1,971	,052
Meslek	,404	,153	,255	2,644	,010

a. Bağımlı değişken: Küçümseme

2. Medeni Durum ve Çocuk Sayısı ile Kayıtsızlık Arasındaki İlişki

Medeni durum ve çocuk sayısı bağımsız değişkenleri, bağımlı değişken olan Kayıtsızlık faktörüne ait varyansı %8,2 oranında açıklamaktadır.

Tablo 7. Model Özeti

Model	R	R ²	Tahmini	
			Düzeltilmiş R ²	Standart Hata
1	,286 ^a	,082	,063	,96814294

a. Belirleyiciler: (Sabit), Çocuk Sayısı, Medeni Durum

Anova tablosunda da görüldüğü üzere bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(2,97) = 4,311$; $p < 0,05$)

Tablo 8. ANOVA Tablosu

Model	Kareler		Ortalama		
	Toplamı	df	Kare	F	Sig.
1 Regresyon	8,082	2	4,041	4,311	,016 ^b
Kalan	90,918	97	,937		
Toplam	99,000	99			

a. Bağımlı değişken: Kayıtsızlık

b. Bağımsız değişken: (sabit), Çocuk Sayısı, Medeni Durum

Katsayı tablosu incelendiğinde çocuk sayısı ve medeni durum ile Kayıtsızlık arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olmadığı ve bu değişkenlerin Kayıtsızlık değişkenine anlamlı bir katkı yapmadığı anlaşılmıştır (Kayıtsızlık = $-0,355 + \text{Medeni Durum } 0,049 + \text{Çocuk Sayısı } 0,316$).

Tablo 9. Katsayılar Tablosu

Model	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış		Sig.
	B	Std. Hata	Beta	t	
1 (Sabit)	-,355	,383		-,925	,357
Medeni Durum	,049	,304	,024	,160	,873
Çocuk Sayısı	,316	,179	,267	1,763	,081

a. Bağımlı değişken: Kayıtsızlık

SONUÇ VE ÖNERİLER

Başta savaş olmak üzere çeşitli nedenlerle ülkelerini terk etmek zorunda kalan mültecilerde ruhsal sağlık riski de artmaktadır (Koç ve ark., 2015). Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişimin mülteciler için de kolay olması gerekmektedir.

Araştırmada Kocaeli Darıca bölgesinde yaşayan Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde ciddi bir problem yaşamadıkları tespit edilmiştir. Bunda Suriyelilerin, bölge halkı tarafından benimsenmiş olmaları, sanayi bölgesinde ikamet ediyor olmaları ve bu bölgenin İstanbul ile Kocaeli illeri arasında konumlanmış olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte katılımcılarının %60'ının düzenli bir gelirin olması da önemli bir etkidir.

Doğanay ve Çoban'da sağlığın Suriyeli mülteciler için bir problem teşkil ettiğini ve Suriyeliler için sağlık hizmetlerinin erişilebilir olmasını savunmuşlardır (Doğanay ve Keneş, 2016). Paksoy ve ark yaptıkları çalışmada Suriyelilerin sağlık hizmetlerini yeterli alamadıklarını ifade etmişlerdir (Paksoy ve ark., 2015).

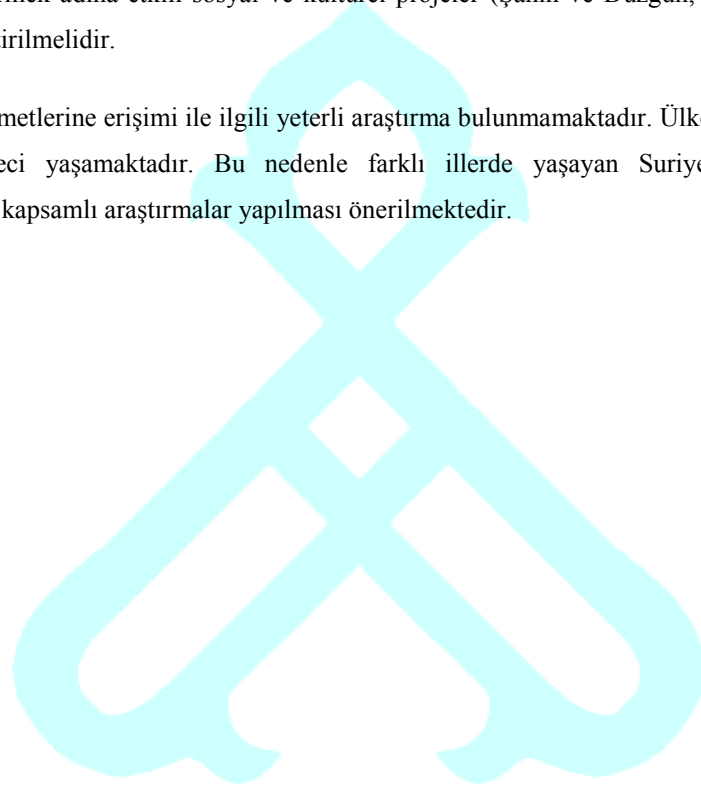
Katılımcıların sosyal güvence durumu ile alt faktörler arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Barın yaptığı çalışmada özellikle Suriyeli kadınlarda sağlık hizmetlerine erişimin bir problem olduğunu ifade etmiştir (Barın,

2015). Yapılan başka bir araştırmaya göre ise Suriyelilerin kayıtlı oldukları ilde sağlık hizmetlerine ücretsiz bir Şekilde kolay erişebildikleri ama kayıtlı oldukları il dışında ise erişim problemleri yaşadıkları ifade edilmiştir (Harunoğulları, 2016).

Araştırmada dikkat çeken diğer bir nokta da iş gücüne katılım ile sosyal güvence arasındaki orantısızlıktır. Katılımcıların 57'si çalıştığını ifade ederken, sosyal güvencesi olduğunu söyleyen kişi sayısı sadece 2 kişidir. Bu durum Suriyeli mültecilerin kayıt dışı çalıştıklarını akla getirmektedir. Özellikle küçük çaplı işletmelerde Suriyeli Mültecilerin kayıt dışı çalıştırılması iş gücü piyasasını tehdit eden bir durumdur (Tunç, 2015).

Suriyeli mültecilerin yaşadığı en önemli problemlerden birisi de eğitimdir (Bahadır & Uçku, 2016). Araştırmaya göre 18 kişinin okur-yazar olmaması ve 53 kişinin de ilkokul mezunu olması katılımcıların genel anlamda eğitim seviyelerinin düşük olduğunu göstermektedir. Mültecilerin toplum yapısına kültürel ve sosyal manada uyumlarını gerçekleştirmek adına etkili sosyal ve kültürel projeler (şahin ve Düzgün, 2015) ve bu doğrultuda eğitim hizmetleri geliştirilmelidir.

Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili yeterli araştırma bulunmamaktadır. Ülkemizde farklı illerde çok sayıda Suriyeli mülteci yaşamaktadır. Bu nedenle farklı illerde yaşayan Suriyeli mülteciler üzerinde karşılaştırmalı ve daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Bahadır, H., Uçku, R. (2016). İzmir'in Bir Mahallesinde Yaşayan 6-17 Yaş Arasındaki Suriyeli Çocukların Çalışma Durumları ve Çalışma Durumlarını Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 117-124.
- Barın, H. (2015). Türkiye'deki Suriyeli Kadınların Toplumsal Bağlamda Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 10-56.
- Doğanay, Ü., Çoban Keneş, H. (2016). Yazılı Basında Suriyeli 'Mülteciler': Ayrımcı Söylemlerin Rasyonel ve Duygusal Gereçeklerinin İnşası. *Mülkiye Dergisi*, 40(1), 143-184.
- Harunoğulları, M. (2016). Suriyeli Sığınmacı Çocuk İşçiler ve Sorunları: Kilis Örneği. *Göç Dergisi*, 3(1), 29-63.
- Kabaklarlı, E. (2016). Mülteci Akımını Belirleyen Faktörlerin Makro Ekonomik Panel Veri Analizi (Ortadoğu ve Türkiye). *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(2), 56-60.
- Koç, M., Görücü, İ., & Akbıyık, N. (2015). Suriyeli Sığınmacılar ve İstihdam Problemleri. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 63-94.
- Köksal, Ç., Köksal, T., & Köksal, M. (2017). Suriyelilere Yönelik Bakış Açısı Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(51), 538-550. doi: 10.17719/jisr.2017.1788
- Kördeve, M.K (2017) Türkiye'de Yaşayan Romanların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Bir Alan Araştırması, *ASEAD II. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu 21-23 Ekim Side - Antalya*
- Memiş, H. (2015). İç Savaş Nedeniyle Kilis'te Yaşayan Suriyelilerin Oluşturduğu Sosyo-Ekonomik Algılar Üzerine Bir Araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(52), 100-114.
- Özkarslı, F. (2015). Mardin'de Enformel İstihdamda Çalışan Suriyeli Göçmenler. *Birey ve Toplum*, 5(9), 175-191.
- Paksoy, H. M., Koçarslan, H., Kılınc, E., & Tunç, A. (2015). Suriyelilerin Ekonomik Etkisi: Kilis İli Örneği. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 143-174.
- Sirkeci, İ. (2017). Bir Güvensizlik Ülkesi Olarak Türkiye'nin Mültecileri, Suriyeliler ve Türk Mülteciler. *Göç Dergisi*, 4(1), 21-40.
- Şahin, İ., Düzgün, O. (2015). Türkiye'ye Gerçekleştirilen Ortadoğu Kaynaklı Zorunlu Göçlerin Sosyo-Ekonomik Etkileri: 1979-2014 Arası. *Tesam Akademi Dergisi*, 2(2), 167-195.
- Tunç, A. Ş. (2015). Mülteci Davranışı ve Toplumsal Etkileri: Türkiye'deki Suriyelilere İlişkin Bir Değerlendirme. *Tesam Akademi Dergisi*, 2(2), 29-63.
- Üstün, N. (2016). Suriyelilerin Türk İşgücü Piyasasına Entegrasyonu Sorunlar-Öneriler. *Konya Ticaret Odası, Ekonomik Araştırmalar ve Proje Müdürlüğü*, 1-10.
- Yıldız, T.,Yıldız, İ. (2017). Suriyelilerin Türkiye Ekonomisinde Kayıt Dışı İstihdama Etkileri ve Bunun Yansıması Olarak Türkiye'ye Maliyetleri Üzerine Bir İnceleme. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 30-46.
- <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf> 23.09.2017 tarihinde alınmıştır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI: TÜRKİYE DEĞERLENDİRMESİ

HUMAN RESOURCES PLANNING IN HEALTH SERVICES: THE CASE OF TURKEY

Doğancan Çavmak¹

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları yönetimi süreçlerin aktif olarak işleyişi ve hizmetlerin sürdürülebilirliği için büyük öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık insan gücü planlaması; önceden belirlenmiş sağlık hedef ve amaçlarını başarmak için gerekli tutum, beceri ve bilgiye sahip insan gücü sayısını tahmin etme sürecidir. Bu tahmin sürecinde hizmetin gerektirdiği nicelik ve nitelikte insan gücünü planlamak ve istihdam etmek çok önemlidir. Türkiye sağlık insan gücü bağlamında değerlendirildiğinde, 2000'li yıllar boyunca iyi bir mesafe kat ettiği görülmektedir. Ekonomik şartlardan kaynaklı olarak birtakım farklı istihdam ve planlama şekillerinin mevcudiyeti göze çarpmaktadır. Bu makalede, sağlık insan gücü planlama yaklaşımları, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu alandaki fikirleri ve Türkiye'nin mevcut durumu tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, İnsan kaynakları, Planlama, Türkiye

ABSTRACT

Human resources has a great importance in terms of the sustainability and effectiveness of health services. Health workforce planning can be defined as, estimating and determining the the number of sufficient workforce who has required skills, education level and attitude to achieve the pre-determined health objectives and goals. It is important to determine and recruit the required and sufficient quality and quantity in planning process. Turkey made a good progress in health workforce indicators through 2000's. There are currently some variety of employment styles because of the economic conditions. In this article, the approaches to health workforce planning process, the opinions and sights of World Health Organization and the current situation of Turkey will be discussed.

Keyword: Healthcare Services, Human Resources, HR Planning, Turkey

¹ Öğr. Gör., İstanbul Arel Üniversitesi Meslek Yüksekokulu. dogancancavmak@arel.edu.tr

SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI

İşgücü planlama ya da bir diğer ismiyle insan kaynakları planlaması, doğru yeteneklere sahip doğru sayıda insanın, doğru zamanda doğru yerde olmasını ve organizasyonun hedeflerine ulaşmasını sağlayacak doğru işleri yapmasını sağlamaya çalışan bir süreçtir. (Matrix Insight 2012) Daha kolay anlaşılabilir bir tanıma göre; organizasyonlarda gerekli sayı ve nitelikteki personelin gerekli zamanda istihdam edilmesini sağlamak için yapılan planlamadır. Gerekli sayı ve nitelikten kastedilen, örgütün hedeflediği işi üretmeye kapasitesi olacak kişilerin nitelik ve niceliğidir (Sur 2013).

İnsan kaynakları, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin sunulabilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri yeterli büyüklükte ve yetenekte insan gücünün mevcudiyetine bağlıdır. Bu yüzden sağlık planlayıcıları ve karar vericiler, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini sunabilecek nitelik ve nicelikte insan kaynağını katlanılabilir bir maliyetle sağlamak durumundadırlar (Dreesch ve ark. 2005; Akgün ve Assaf 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık insan gücü planlaması; önceden belirlenmiş sağlık hedef ve amaçlarını başarmak için gerekli tutum, beceri ve bilgiye sahip insan gücü sayısını tahmin etme sürecidir. Bu süreç kimin, hangi toplum grubu için, neyi, nerede, nasıl yapacağını ve önceden belirlenmiş sağlık amaçları için insan gücünün sahip olması gereken beceri ve bilgiyi belirlemeyi içerir (Şantaş ve ark. 2012).

Doğru bir sağlık insan gücü planlamasının, sekiz bileşeni dikkate alınması gerekmektedir. Bunlar; nicelik, düzgün dağılım, nitelik, zamanlama, tam istihdam, sağlık gereksinimi, hedef ve olanaklardır (Kılıç 2007).

Sağlık insan kaynakları planlaması işlevsel olarak şu konuların açıklığa kavuşmasına hizmet eder (Özkan ve Uydacı 2014):

1. İnsan gücü eksik ve fazlalığının belirlenmesi
2. Görev ve rollerin değerlendirilmesi
3. Eğitim gereksinimlerinin saptanması
4. İnsan gücü dinamiklerinin(personel devir hızı, devamsızlık v.b.) belirlenmesi

Sağlık insan gücü planlama, gelecekte ihtiyaç duyulacak sağlık hizmetlerini tahmin ederek ve mevcut duruma göre oluşabilecek insan kaynağı durumunu analiz ederek yapılır. Yani sağlık insan gücünün arz ve talebi dengelenmeye çalışılır. Bu iki durum birçok farklı faktörden (sisteme yeni çalışanların girmesi ve işten ayrılmalar, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu, demografi, sağlık harcamaları vb.) etkilenir (OECD 2013).

Şekil 1. Sağlık İnsan Kaynakları Planlamasının Belirleyicileri



Kaynak: OECD. *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models From 18 Countries*. Working Paper No.62, 26 Jun 2013.

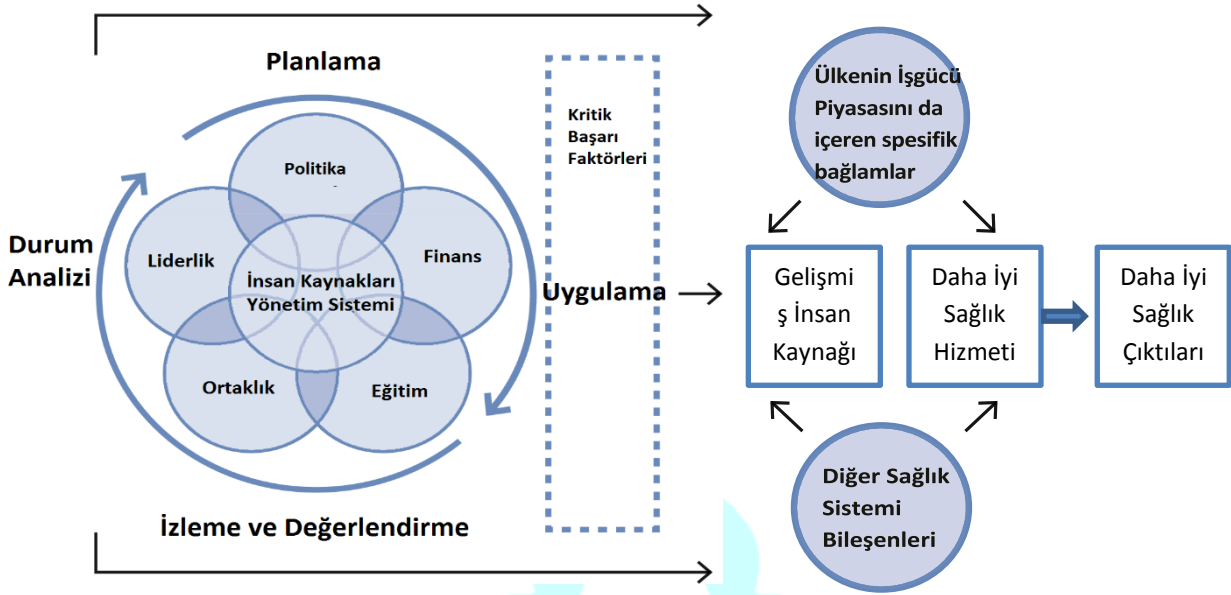
Sağlık insan gücü planlamasının aşamaları şu şekilde özetlenebilir; (Özkan ve Uydacı 2014)

1. İnceleme: Mevcut insan gücünün incelenerek ortaya konulmasıdır.
2. Tahmin Etme: İnsan gücü ihtiyaçları ile sağlık hizmeti ihtiyacı arasındaki uyumsuzlukların tespit edilmesi ve gerekli personelin nitelik ve sayısal olarak tahmin edilmesidir.
3. Taslak Plan: Fikir birliği sağlanan politikalar ve hedefler doğrultusunda taslak hazırlamaktır
4. Planlama: Ayrıntılı olarak ne türde, ne sayıda personele ihtiyaç olduğu, ve finansal kaynağın nasıl sağlanacağını belirlemesidir.
5. Uygulama: Kaynakların plan doğrultusunda dağıtıldığı aşamadır.
6. İzleme: Uygulama sürecinin nasıl ilerlediğinin izlenmesi ve yöneticilere bildirilmesidir.
7. Değerlendirme: Planın başarısının ölçüldüğü aşamadır.

Sağlık insan gücü planlama sadece teknik değil aynı zamanda politik bir süreçtir. Hangi türde sağlık çalışanı, ne düzeyde istihdam edileceği ve çalışanların dağılımının nasıl olacağı ulusal düzeyde verilen politik kararlara bağlı olarak ortaya çıkar (Dreesch ve ark. 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık insan gücü planlamanın kapsayıcı ve çoğulcu bir anlayış ile ele alınması gerektiğini, bunun da farklı sektörlerin iş birliği ile olabileceğini belirtmektedir. DSÖ'nün geliştirdiği Sağlık İnsan Kaynakları Aksiyon Çerçevesi (HRH Action Framework) aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi altı hareket alanını kapsamaktadır. Sağlık insan kaynaklarına kapsayıcı bir yaklaşımı sağlayabilmek için bütün bu alanların ayrı ayrı incelenmesi ve dikkate alınması gerekmektedir (WHO, 2010).

Şekil 2: Sağlık İnsan Kaynakları Aksiyon Çerçevesi (HRH Action Framework)



Kaynak: WHO. *Models and Tools for Health Workforce Planning and Projections*. Human Resources for Health Observer, No.3, 2010.

SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMA YAKLAŞIMLARI

Sağlık insan gücü planlamasında kullanılan birçok farklı yöntem mevcuttur. Bu yöntemler arasında; işgücü-nüfus oranı, sağlık ihtiyaçları yöntemi, kullanıma dayalı yaklaşım, hedef hizmet tabanlı yöntem ve iş yükü analizi yöntemi yer almaktadır.

İşgücü- Nüfus Oran Yöntemi (The Workforce to Population Ratio)

Belirli bir nüfus için bir eşik değeri üzerinden insan gücü sayısının belirlendiği yöntemdir.(örneğin; 10.000 kişiye düşün hekim sayısı) Anlaşılması ve uygulanması basit ve hızlıdır. Ancak tüm insan gücünün aynı verimlilikte çalıştığını ve iş yüklerinin aynı olduğunu varsayar. Bölgeler arası ihtiyaç farklılıklarını göz önüne almaz. Bu yüzden planlamayı etkileyebilecek diğer faktörleri hesaba katmadan planlama yapar (WHO 2010; Dreesch ve ark. 2005).

Sağlık İhtiyaçları Yöntemi (The Health Needs Method)

Bu yöntem planlama sürecini daha derinlemesine inceleyen bir yöntemdir. Toplumun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarındaki değişimler, hastalıkların, sakatlıkların ve yaralanmaların görülme durumlarındaki ve sıklıklarındaki değişimlere göre incelenir ve gerekli ihtiyaca karşılık verebilecek türde hizmetler araştırılır. Bu yöntemin uygulanabilmesi için yüksek düzeyde demografik, sosyokültürel ve epidemiyolojik veriye ihtiyaç duyulur (WHO 2010; Matrix Insight 2012).

Kullanıma Dayalı Yaklaşım (Utilisation Based Approach/Demand Based)

Bu yaklaşım mevcut kaynakların miktarını, çeşitliliğini ve nüfusa dağılımını geleceğe yönelik tahminler tabanında ele almaktadır. Sağlık insan gücü kullanım düzeyi, toplumun demografik profiline bağlı olarak üretilen alt gruplara özgü ortalama oranlarla ifade edilmektedir. Mevcut hizmet kullanım düzeyinin gelecekteki demografik profillerle ilişkisine dayalı olarak ortaya çıkacak ihtiyaç tahmin edilir (Görmüş 2011; Dreesch ve ark. 2005).

Hedef Hizmet Tabanlı Yaklaşım (Service Target Based Approach)

Bu yaklaşımda belirli bir sağlık hizmeti analiz kapsamındadır. İki kantitatif soruya cevap aranır ve planlama bunlara göre yapılır: bu sağlık hizmeti toplum tarafından ne sıklıkta talep edilmektedir ve bu hizmet sağlık çalışanları tarafından ne sıklıkta topluma sunulabilmektedir (Murphy ve ark. 2013).

İşyükü Analizi Yöntemi (Workload Indicators of Staffin Need)

Bu yöntem iş etüdü tekniği olan iş yükü ölçümünden yararlanılarak personel sayısının belirlenmesini içermektedir. İş içerisinde yapılan her bir görevin tamamlanma süresi belirlenerek, tahmin edilen iş yüküne göre ne kadar personele gereksinim duyulacağı belirlenir. DSÖ'nün önerdiği bir mikro planlama modelidir (Özkan ve Uydacı 2014).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARININ ÖNEMİ

Sağlık işletmeleri mali olarak analiz edildiği zaman, insan kaynaklarının ve madde/malzemenin en büyük maliyet alanlarını oluşturduğu görülmektedir (Kaptanoğlu, 2013). Çok fazla sayıda uzmanlık alanının yer aldığı ve uzmanlık alanlarından kaynaklı olarak özellikle hekimler bazında bağımsız çalışma anlayışının varlığı sağlık kurumlarında insan kaynakları anlayışını farklılaştırmak durumundadır. Sağlık hizmetlerinin sunum şekli, diğer sektörlere nazaran daha fazla işbölümü ve karşılıklı bağımlılık anlayışı ile karakterizedir (Sur, 2013). Özellikle proje tipi çalışma gerekliliği, net iş tanımlarını ve dizaynlarını gerektirmekte, aynı zamanda her süreç için net iş akışlarına olan ihtiyacı ortaya sermektedir. Matriks yapı olarak adlandırılan bu sistemde, klasik hiyerarşik yapılar yerini çoğu zaman işlevsel ve proje yöneticisi bağılıklarına bırakmakta, kimi zaman ikili otorite anlayışı mevcutken, kimi zamanda otokratik yönetim tarzları vuku bulabilmektedir. Bu bağlamda özellikle, mesleki amaçlar ile kurumun mali imkânlarının çatışmasını engellemek, insan kaynaklarının ve mali birimlerin en büyük uğraşı alanı olmaktadır. Tedavi sürecinde bağımsızlık isteyen hizmet sunucular ile kurumun gelir-gider dengesini sağlamak zorunda olan idari ve mali yöneticiler, sağlık hizmetlerinde işbirliğinin hayati öneme haiz olduğu bir diğer alanı oluşturmaktadır.

Satışların maliyeti kaleminde büyük yer tutan, madde ve malzemelerin efektif kullanımı da büyük oranda, yeterli sayıda ve yetkinliğe sahip insan kaynağına bağımlı durumdadır. Dolayısı ile insan kaynağı planlama noktasında, niceliğin ötesine geçme gerekliliği vardır. İş tanımlarının net olması, işin gerektirdiği malzeme ve cihaz kullanımının açık bir şekilde belirtilmiş olması ve aynı zamanda ihtiyaç duyulan uzmanlık düzeyinin açık olması, işe uygun personelin alınmasını mümkün kılacaktır. İşe uygun elemanın istihdam edilmesi, işletmeleri

hatalardan, zaman kayıplarından ve işe alıştırmaya süreçlerinden doğan maliyetlerden büyük oranda korumaktadır (Ataay ve ark., 2015).

İnsan kaynakları açısından hata ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Hizmet sırasında oluşabilecek hatalar, sağlık hizmetlerinde büyük bedellere neden olmaktadır. Tıbbi hatalar, İşletmelerin mali olarak karşılaşılabilecekleri zararların yanı sıra, beklenen sağlık statüsünü elde etmede olumsuz bir etkiye sahiptir. Hizmet kullanıcıları bazında incelendiği zaman, yaşam kalitesinden ve gelirden kayıp, tıbbi hatalar sonucunda ortaya çıkan ilk etkilerdir. İnsan kaynakları açısından ise, iş kaybı, hukuki yaptırıma maruz kalma ve aynı zamanda, bireylere zarar vermiş olmanın yarattığı ruhsal bunalım ilk etkiler arasında yer almaktadır. Tıbbi hata aynı zamanda, sağlık işletmelerinin kurumsal imajlarını da zedelemekte ve piyasada kayıplar yaşamasına sebep olmaktadır. Dolayısı ile insan kaynaklarının yapabilecekleri hataları mümkün mertebe önlemek, meydana gelen hataların tam ve doğru olarak raporlanmasını sağlamak ve böylece süreçlerin gelişimine katkı sunmasını sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı bu alanda ilerleme kaydedebilmek amacı ile “Güvenlik Raporlama Sistemini”(GRS) geliştirmiştir. GRS tıbbi süreçlerde meydana gelebilecek tıbbi hataların raporlanabilmesini sağlayan ve aynı zamanda iyileştirmeye yönelik önlemlere dair platform sunan bir sistemdir. Bu sistem anlık olarak, zaman aralıklarına, meslek gruplarına, hata yerine, hata sürecine dair raporları sunmakta ve aynı zamanda sıklıklara göre sınıflandırma da yapabilmektedir (<http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>).

GRS sisteminin hasta güvenliği sınıflandırma sistemine göre, yayınlamış olduğu hata istatistikleri aşağıdaki gibidir (http://grs.saglik.gov.tr/Stat_G04.aspx).

Tablo 1. GRS’de Hata Yerleri ve İstatistikleri, 2016, Türkiye

<u>Hata Yeri</u>	<u>Hata Sayısı</u>	<u>Yüzde</u>
Klinik	2429	%65
Acil Servis	318	%8.61
Poliklinik	265	%7.18
Ameliyathane	207	%5.60
Eczane	53	%1.43
Laboratuvar	74	%2.0
Kan Alma Birimi	26	%0.74
Tıbbi Görüntüleme Birimi	88	%2.384
Otopark	9	%0.24

İstatistiklere göre en sık yapılan raporlamanın, klinik süreçler içerisinde, özellikle cerrahi süreçlere hazırlık aşamasında ortaya çıktığı görülmektedir. Bu süreçler içine göze çarpan unsurlardan bir diğeri, sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişim hatalarıdır.

Hataları önlemek adına, işe alım süreçlerinin daha belirgin ilkeler ve koşullar altında yapılması, işe alınan personelin örgüt kültürüne adaptasyonun sağlanması ve aynı zaman çalışan memnuniyetinin işletmeler için

hayati olduğunun unutulmaması gerekmektedir. Motivasyonu sağlamak üzere ödül ve yaptırım sistemlerinin etkin bir şekilde işlenmesi önem arz etmektedir.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARININ MEVCUT DURUMU

Sağlık Bakanlığı birçok kurum ile işbirliği halinde Sağlık İstatistikleri Yıllıkları yayınlamaktadır. 2016 yılında yayınlanan çalışmaya göre Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre toplam hekim sayısı, 141.259'dur. Hekimlerin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda çalıştıkları görülmektedir. (82.589) Hemşire sayısı ise toplam 152.803'dür. Diş hekimi sayısı 24.834 olarak görülmektedir. Eczacı sayısı 27.530'dur. Sağlık hizmetlerinde yer alan toplam personel sayısı ise Sağlık Bakanlığı tarafından 787.352 olarak verilmektedir. Bu personelin 551.559'u Sağlık Bakanlığında, 149.180', özel sektörde çalışmaktadır.

Tablo 2. Sağlık Personeli Sayısı, 2015, Türkiye

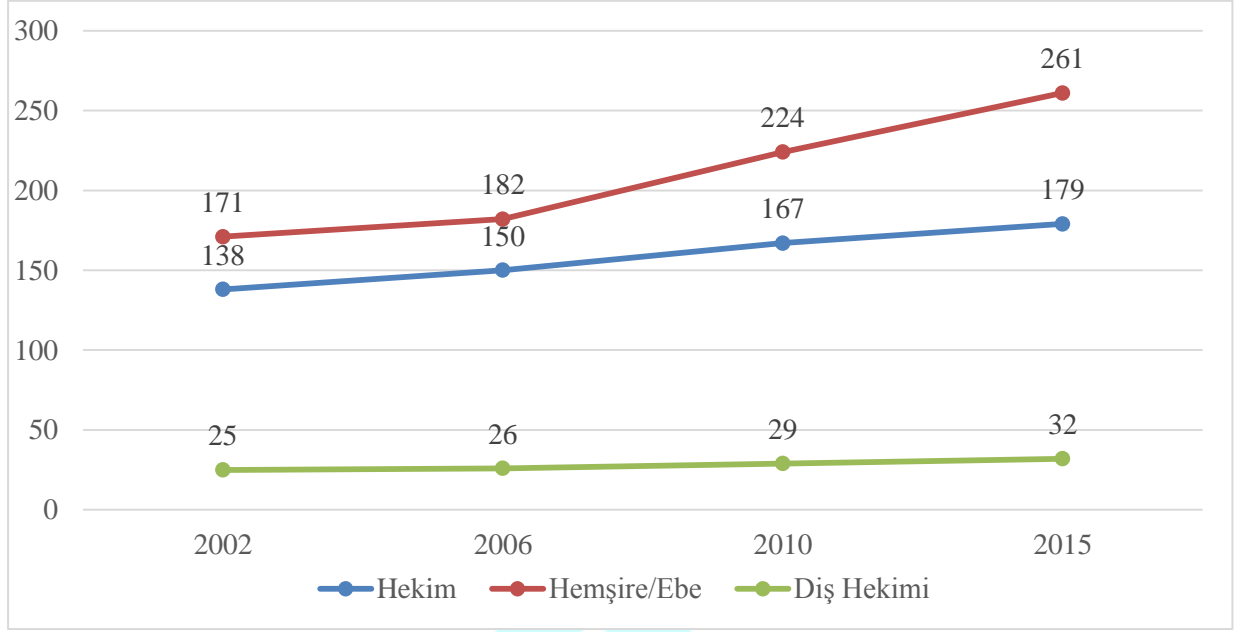
	<u>Sağlık Bakanlığı</u>	<u>Üniversite</u>	<u>Özel Sektör</u>	<u>Diğer</u>	<u>Toplam</u>
<i>Uzman Hekim</i>	38.783	14.972	22.655	1.212	77.622
<i>Pratisyen Hekim</i>	35.833	216	5.729	16	41794
<i>Asistan Hekim</i>	7.973	13.622	0	248	21.843
Toplam Hekim	82.589	28.810	28.384	1476	141.259
<i>Diş Hekimi</i>	8.683	1.698	14.297	162	24.834
<i>Eczacı</i>	2.156	306	25.010	58	27.530
<i>Hemşire</i>	101.722	22.526	25.94	2.614	152.803
<i>Ebe</i>	48.078	851	4.100	57	53.086
<i>Diğer Sağlık Personeli</i>	102.243	11.492	31.845	363	145.943
<i>Diğer Personel ve Hizmet Alımı</i>	206.088	13.107	19.609	3.093	241.897
Toplam Personel	551.559	78.790	149.180	7.823	787.352

Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre 100.000 nüfusa düşen hekim sayısı 179, hemşire/ebe sayısı 261 ve diş hekimi sayısı 32'dir. Hekim ve hemşire sayısının yıllar boyunca istikrarlı olarak arttığı görülmektedir. Bunun yanında kişi başı hekime müracaat oranının da 2002 yılında 3.1'den, 2011 yılında 8.3'e yükseldiği görülmektedir (SB, 2016). Bu durumun sebepleri arasında sağlık hizmetlerine erişimin daha kolaylaşması, performansa dayalı ödeme sistemi ve artan sağlık insan kaynağı sayısı yer alabilir

Ülkemizde hekime müracaat oranları incelendiği zaman, başvuruların çoğunlukla 2. ve 3. basamak hizmetlerde yoğunlaştığı görülmektedir. 1. basamak hizmetleri, bir ülkenin sağlık statüsü için çok önemli bir yere sahiptir. Hem koruma hem yatış gerektirmeyen durumlarda tedavi hizmet sunması gereken 1. Basamak hizmetlerin aktif olarak, hatta ilk başvuru noktası olarak kullanılması, sağlık sisteminin mali olarak sürdürülebilir olması ve toplumun yaşam davranışlarının şekillendirilebilmesi için oldukça etkilidir. Dolayısı ile 1. Basamak insan

kaynağının daha efektif olarak kullanılması noktasında birtakım adımların atılması gerektiği aşikardır. Sağlık sistemimizde meydana gelen birinci basamak hizmetleri (aile hekimliklerini) güçlendirme amaçları bu yönde bir değişikliğe dair istegin olduğuna işaret olarak yorumlanabilir.

Grafik 1. 100.000 kişiye düşen hekim, hemşire/ebe ve diş hekimi sayısı, 2002,2006,2010,2015, Türkiye



2015 yılında Türkiye’de 100.000 kişiye düşen en düşük hekim sayısı Güneydoğu Anadolu’da gözlenmektedir. En yüksek sayı ise 132 ile Batı Anadolu olmaktadır. Genel olarak bakıldığı zamanda Doğu Anadolu bölgesi, personel sayısı olarak daha alt düzeylerde yer almaktadır.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLAMA

Türkiye’de sağlık insan gücü planlaması ile ilgili çalışmalar 1923’lerde Refik Saydam dönemine dek uzanmış olmasına rağmen, konuyla ilgili çalışmaların iş yükü ve hizmet kullanımından ziyade nüfus ve yatak sayılarına dayalı olması nedeniyle bu planlarda sağlık insan gücüne yönelik hedefler çok genel kalmış ve planlamadan çok politika belirleme niteliğinde olmuştur (Şantaş ve ark. 2012).

Kurumsallaşma dönemi olarak kabul edilen 1923-1945 yılları arasında sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi bir devlet görevi olarak kabul edilmiş ve iş gücünün yurt sathına yayılması amaçlanmıştır. 1960’larda politika ve stratejiler makro düzeyde DPT’nin 5 yıllık kalkınma planlarında, sektörel olarak mikro düzeyde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen faaliyetlerde yer almıştır. 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile, sağlık iş gücünün yetiştirilmesi ve istihdamı konusunda koordinatörlük görevi Sağlık Bakanlığına verilmiştir (Görmüş 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP) başlatılmış ve bu programla birlikte bir değişim süreci başlamıştır. SDP'nin ilkeleri arasında; “bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü” ibaresi yer almış, bu ilke altında gerekli nitelikte ve sayıda çalışanın sağlanması için geleceğe yönelik bakış açıları ortaya konulmuştur. Ayrıca desantralize insan kaynakları planlaması ve sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlama aşamasına aktif katılımlarının sağlanacağı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2003).

2011 yılında Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonu adlı çalışma SB tarafından yapılmış ve yayınlanmıştır. Dokümanda iş gücü planlama projeksiyonu olarak DSÖ tarafından geliştirilmiş kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan esnek ve bilgisayar tabanlı bir simülasyon modelinin kullanıldığı belirtilmiştir. Doküman çok yönlü olarak 2008 yılındaki durumu ortaya koymuş, 2023 yılında olabilecek ihtiyacı ortaya çıkarmaya ve buna göre işgücü planlaması yapmaya çalışmıştır. Ayrıca bu vizyon içerisinde 2023 yılına kadar gereksinim duyulacak yeni iş tanımları açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2012).

Türkiye’de sağlık insan gücü istihdamı 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre olmakla birlikte, 2003 yılında uygulamaya konulan 4924 sayılı *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun* ve 657 4/b uygulaması ile sözleşmeli olarak istihdam da uygulanmaya başlamıştır.

Türkiye’de sağlık insan gücü planlamasının nüfusa ya da yatak sayısına göre yapıldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nda çalışan personel için atamalarda Personel Dağılım Cetveli(PDC) kullanılmaktadır (Görmüş 2011). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan *İl Sağlık Müdürlükleri İl İnsan Kaynakları Planlama Rehberi*’nde de planlamaya ışık tutan verilerin, yatak ve nüfus oranları olduğu görülmektedir.

Sağlık bilgi sistemlerinde meydana gelen gelişmelerle birlikte sağlık insan gücü planlamasında da bilişim sistemlerinden faydalanılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi bünyesinde Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi(ÇKYS) yer almaktadır. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi(İKYS) de bu sistemin bir modülüdür. İKYS insan kaynağına dair bir veri tabanı oluşturmakta, karar vericilere bir karar destek sistemi olarak hizmet sunmakta, SGK gibi diğer kurumlarla ortak alanlar sağlamaktadır. (<http://www.saglik.gov.tr/SBWEBUYGULAMA/belge/1-32682/ikys.html>)

Sağlık insan gücü planlamasında Sağlık Bakanlığı ile birlikte rol alan kurum ve kuruluşlar mevcuttur;(YÖK, SB, DPT 2010)

1. Devlet Planlama Teşkilatı
2. Yüksek Öğretim Kurulu
3. Türkiye İstatistik Kurumu
4. Nüfus Etütleri İdaresi
5. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
6. Sivil Toplum Örgütleri ve Dernekler
7. İçişleri Bakanlığı
8. Özel Sigorta Kuruluşları
9. AB Genel Sekreterliği
10. Dünya Sağlık Örgütü

SONUÇ

İnsan kaynakları tüm işletmelerin en önde gelen fonksiyonlarından biridir. İşletmelerdeki süreçlerin etki işleyebilmesi, işe uygun personelin memnun edilerek çalıştırılabilmesine bağlıdır. Emeğin ve teknolojinin yoğun olarak yer aldığı sağlık hizmetlerinde bu durum daha büyük bir öneme sahiptir. Çünkü sağlık hizmetlerinde etkin işlemeyen sistemlerin bedeli yalnızca mali kayıplar ve hukuki yaptırımlar olmamaktadır. İnsan hayatına dair kayıplar da hizmet süreçlerindeki eksikliklerden dolayı olarak meydana gelebilmektedir. Dolayısı ile insan kaynakları planlaması süreçlerinin, özellikle iş yükü ve ihtiyaca göre objektif olarak belirlenmesi işletmelerin mali olarak ayakta kalabilmelerinin en büyük şartlarından biridir. Bunun yanında, iş tanımlarının net olması ve iş dizaynlarının efektif bir şekilde yapılması, tıbbi hataları ve diğer kayıpları önleme adına gerekli adımlardan biridir.

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri de büyük değişimler geçirmektedir. Artık işletmecilik bakış açısı sağlık hizmetleri içinde ağırlığını edinmiş bir alan olarak karşımızda durmaktadır. Sürdürülebilirlik adına, sağlık politikaları alternatif çözümler arayışı içerisine girmiştir. Sağlık personelinin sunduğu hizmetin bedelini ödeyen en büyük sigorta olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun güçlü ve sürdürülebilir olması için sağlıkta insan kaynaklarının da akılcı bir şekilde dizayn edilmesi ve performans kriterlerinin belirlenmesi ve kontrol edilmesi gerekmektedir. Personel istihdamı noktasında aranan farklı çözüm yolları, özellikle ülkemizin mali baskını hafifletme amacı güttüğünü göstermektedir.

Hizmet sunumunda çatışan mesleki amaçlar ve mali amaçların bir potaya getirilmesi, özellikle insan kaynaklarının ve yöneticilerin sorumluluğu altındadır. İyi organize olmuş bir insan kaynakları sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde işlenmesini ve asgari düzeyde hata oluşumunu sağlayacaktır. İnsan kaynağının gelişimi, farklı sorumluluklar alma bilincine sahip olması ve gelişime açık olması, doğrudan çıktılara yansıtacak ve sağlık statüsünün yükselmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Akgün, S, Al-Assaf, A.F. (2014). Building Sustainable Healthcare Systems: Health Human Resources Planning. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1, 1-10.

Ataay, İ., Tüzüner, L., Dündar, G., Uyargil, C. ve diğerleri (2015) İnsan Kaynakları Yönetimi. Beta, İstanbul

Dreesch, N., Dolea, C., Poz,M., Goubarev, A., Adams, O., Aregawı, M., Bergstrom ve diğerleri.(2005). An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millenium Development Goals. The London School of Hygiene and Tropical Medicine, Oxford University.

Görmüş, A.(2011). Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerinde Etkisi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı Doktora Tezi.

<http://www.saglik.gov.tr/SBWEBUYGULAMA/belge/1-32682/ikys.html>: Erişim Tarihi: 20.09.2017

Kaptanoğlu, A. (2013). Sağlık İşletmelerinde Depo, Maliyet ve Envanter Yönetimi. Beşir Kitapevi, İstanbul

Matrix Study(2012). EU Level Colloboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Worforce Trends- A Feasibility Study. European Comission Revised Final Report.

Murphy, G., Mackeinze, A, Rigby, J. ve diğerleri.(2013). Service Based Human Reosurces Planning for Older Adults. Janda, 14, 611-615.

OECD(2013). Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Commitee. OECD Health Working Paper No.62.

Özkan, Ş., Uydacı, M.(2014). İşyüküne Dayalı Sağlık İnsan Kaynakları İhtiyacı Belirlenmesi: Kocaeli İli Radyoloji Teknisyenleri Üzerine Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi, Cilt XXXVI, Sayı. II, 237-250.

Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi. (<http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>; Erişim Tarihi: 23.10.2017)

SB(2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>

SB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü (2011). Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. SB Yayın No. 851.

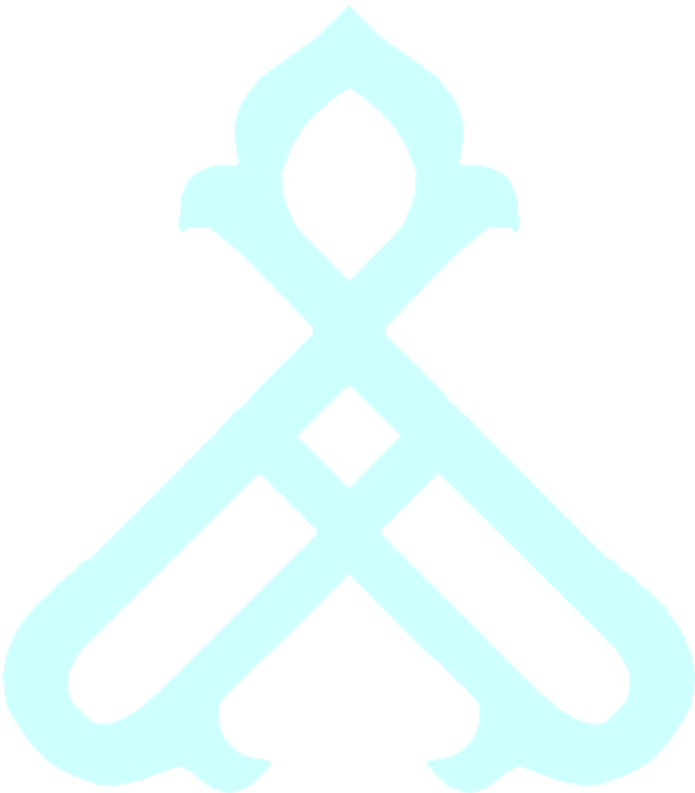
SB, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.(2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Sağlık Bakanlığı Yayın No.1010, Ankara.

SB, YÖK, DPT (2010) Türkiye Sağlık İnsan gücü Durum Raporu, Yök Yayın No:2010/1 ISBN 978- 975-7912-37-8, Ankara.

Sur, H.(2012). İnsan Kaynakları Yönetimi İçinde. Sur. H., Palteki, T.(Editör). *Hastane Yönetimi*. Nobel Tıp Kitapevi.

Şantaş, F., Özer, Ö., Çıraklı, Ü. (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt.2, Sayı.2, 45-49.

WHO (2010). Models and Tools for Health Workforce Planning and Projections. Human Resources for Health Observer, Issue No.3.



SAĞLIK EKONOMİSİNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ ECONOMIC EVALUATION METHODS IN HEALTH ECONOMICS

Hüseyin ARI¹

ÖZET

Sağlık hizmetleri bireylerin sağlıklı kalmalarını sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerdir ve bu hizmetlerin hep erişilebilir ve yüksek kaliteli olmasını talep etmekteyiz. Ayrıca, sağlık sistemlerinin sürdürülebilir olması da ayrı bir öneme sahiptir. Çünkü sağlık hizmetlerine ilişkin maliyetler sürekli artmaktadır. Bu bakımdan maliyet-fayda, maliyet-yararlanım, maliyet-etkililik ve maliyet minimizasyonu gibi ekonomik değerlendirme yöntemleri geri ödeme sistemleri ve sürdürülebilir sağlık sistemleri önemli bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Sürdürülebilirlik, Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri, Ekonomik Analiz, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sistemleri

ABSTRACT

Healthcare services are provided for the individuals to be healthy and we always demand being accessible and high quality of these services. Besides, sustainability of health systems has also importance. Because, costs associated with healthcare services have been increasing. In this regard economic evaluation methods like cost-benefit, cost-utility, cost-effectiveness and cost minimization is important tool for reimbursement and sustainable health systems.

Keywords: Sustainability, Economic Evaluation Methods, Economic Analysis, Healthcare Services, Health Systems

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklı kalmalarını sağlamak amacıyla koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere gezici, ayakta veya yatarak sunulan hizmetlerdir. İyi bir sağlık hizmetinin temel özellikleri arasında da kaliteli, kapsayıcı, sürekli ve erişilebilir olma gibi kriterler bulunmaktadır (Kaptanoğlu, 2016). Bu kriterlere haiz sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ise ayrı bir önem sahiptir. Bu noktada, ekonomik değerlendirmeler önemli katkılar sunmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri ekonomik değerlendirme tekniklerinin önemini ön plana çıkarmaktadır.

¹ İstanbul Arel Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü Öğretim Görevlisi;
huseynari0992@gmail.com

Temelde ekonomik değerlendirme alternatiflerin hem girdi yönlü hem de çıktı yönlü olmak üzere kıyaslanmasına dayanmaktadır (Sorenson vd., 2008, Drummondvd, 1988). Bu ekonomik değerlendirmelerde asıl amaç maliyet kontrolü sağlanarak israfın önüne geçmektir (Kaptanoğlu, 2016; 223). Bu doğrultuda ekonomik değerlendirme teknikleri sonucu elde edilen çıktılar, sağlık politikalarının şekillenmesi ve geri ödeme sistemi odaklı sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından karar vericilerin dikkate alacakları girdi haline dönüşmektedir.

Ekonomik değerlendirmeleri yaparken dikkate alınan önemli bakış açılarından birisi ise toplumsal bakış açısıdır. Bu bakış açısı toplumdaki tüm hastaların maddi ve manevi maliyetlerinin birlikte göz önüne alınması gerektiğini ifade etmektedir (Balçık ve Şahin, 2013). Buna noktada, yapılan cepten harcamalar, kaybedilen zaman, hizmete ulaşma sırasında yaşanan stres dikkate alınması gereken faktörlerdendir. Özellikle bu bakış açısı ekonomik değerlendirmelerin sosyal boyuttaki faktörlerin de analize dahil edilmesi dikkate aldığından ayrı bir öneme sahiptir.

Bu çalışmada ise sağlık ekonomisinde kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemleri tartışılacaktır. Bu bağlamda ele alınacak ekonomik değerlendirme yöntemleri ise *maliyet minimizasyon*, *maliyet etkililik*, *maliyet yararlanım* ve *maliyet fayda analizleridir*. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sürdürülebilir kılınması açısından bu ekonomik değerlendirmeler birer ölçüm niteliği taşımaktadır.

EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinde kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemlerinin esas amacı israfı önlemektir. Bu doğrultuda alternatif tedavi yöntemlerinden hangisinin tercih edilmesi gerektiğine yönelik yapılan bu analizin temel dayanak noktası sağlık hizmetlerinin girdi fiyatları; maliyetlerdir. Özünde ise maliyetlerin ölçümü, çıktıların ölçümü ve alternatiflerin kıyaslanması yatmaktadır (Robinson, 1995). Dolayısıyla ekonomik değerlendirme analizlerinde ilgili tedavi için katlanılan maliyetle ortaya koyduğu çıktı açısından değip değmeyeceği sorgulanmaktadır. Ancak bu ölçümlerin sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bazı durumlar için net bir şekilde gerçekleştirilememektedir. Örneğin aşılama hizmetlerine ilişkin bir sağlık programının ekonomik değerlendirmesi yapılması gerektiğinde program çıktısı pozitif dışsallık söz konusu olduğundan net olarak ölçülemez durumuyla karşı karşıyadır (Folland vd., 2007). Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirmelerin bir takım sınırlılıkları olabileceğini kabul etmek gerekir.

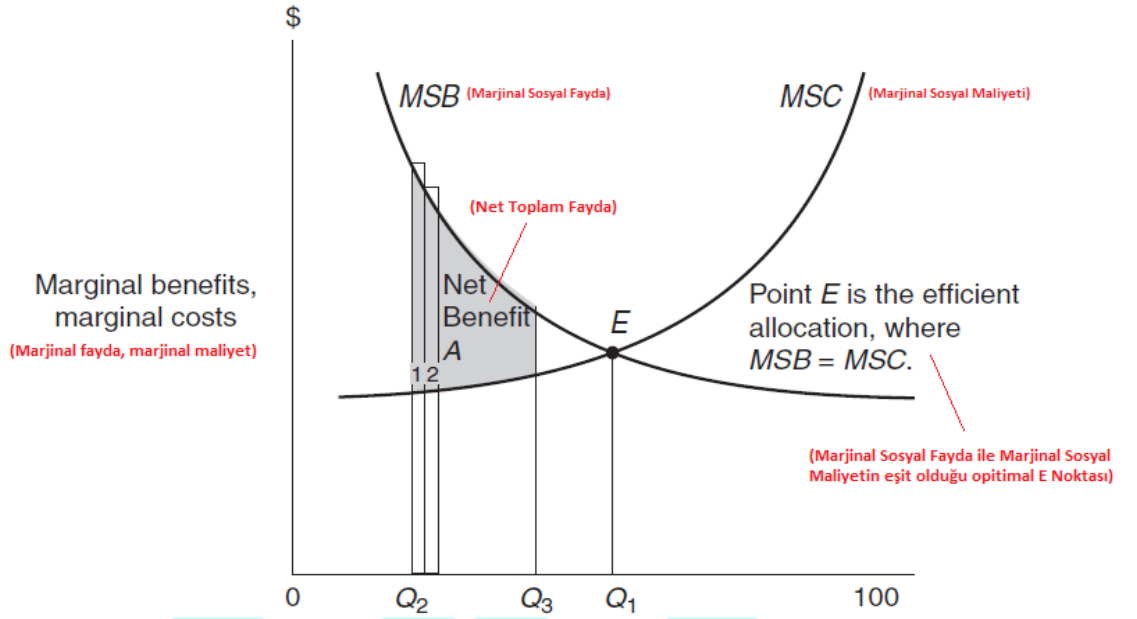
Maliyet Fayda Analizi (MFA-CostBenefit Analysis)

Maliyet fayda analiz (MFA) yaklaşık bir yüzyıl önce Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ordusunda görevli mühendislerin su taşkınlarına çözüm bulmak için ortaya atılan kamu projelerinin değerlendirilmesinde gündeme gelen ve 1930 Büyük Buhranı sırasında buna benzer kamu projelerinin pahalı hale gelmesi sonucunda oldukça ön plana çıkan bir ekonomik değerlendirme yöntemidir. 1965'lerden sonra ise Madicare ve Madicaid gibi sağlık sigortalarının ortaya çıkmasıyla MFA sağlık ekonomisinde kendine yer bulmuştur (Folland vd., 2007).

MFA çıktıları(kazanılan yaşam süresi, önlenen komplikasyon sayısı gibi) tek bir birim olarak parasal bir değere dönüştürerek alternatif tedavi yöntemi veya ilaçları karşılaştırır. Bu açıdan hem tedavi maliyetini hem de kazanılan sağlıklı yıl sayısını para ile ölçebilen tek analizdir (Kaptanoğlu, 2016; 228). Hastanın tedavisi için harcanan para ile çıktıları parasal olarak göz önüne alındığında değerli olup olmadığını belirlemeye çalışır (Balçık ve Şahin, 2013; 122, Folland vd., 2007).

Teorik olarak fayda ve maliyet açısından tek bir birim olarak parasal değerlere dönüştürülüp gerçekleştirilen MFA analizinde özellikle alternatifler arasından en yüksek faydayı sağlayan herhangi bir sosyal sağlık programının optimal noktada tutulması açısından marjinal ölçümlerinin de yapılması gerekmektedir. Bu doğrultuda toplam sosyal faydanın birinci dereceden türevi olan toplam marjinal sosyal fayda ile toplam sosyal maliyetin birinci dereceden türevi olan marjinal sosyal maliyetin kesiştiği nokta optimal sağlık hizmeti sunumunu gösterecektir (Folland vd., 2007; 69).

Şekil 1. Optimal Sağlık Hizmeti



Kaynak:Folland, S.,Goodman, A. C., Stano, M. (2007). *TheEconomics of HealthandHealthCare*(Vol. 6). New Jersey: PearsonPrenticeHall.

Follandvd.'nin hazırlamış olduğu yukarıdaki tabloya göre Q1noktasındaki bir sağlık hizmeti üretim düzeyinde optimal olma durumu sağlanmış olmaktadır. Bu bağlamda maliyet fayda analizi sosyal maliyetleri de parasal olarak ifade ederek ekonomik analize dahil edebilmesi açısından diğer değerlendirme yöntemlerinden ayrılır (Folland vd., 2007; 66-81).

Maliyet fayda analizinin en tipik örneği ise hastaların post-op süreçlerinin tıbbi açıdan mümkün olduğu durumlarda evde bakım şeklinde tedavisine devam edip etmemesi üzerine olmaktadır.

Maliyet Yararlanım Analizi (MYA-CostUtility Analysis)

Maliyet yararlanım analizinde (MYA) çıktıların yararlanım (util) ölçü birimi ile ölçülüp parasal değere çevrilmeksizin maliyetlere oranlanmasıyla alternatif bakım ve tedavi yöntemlerinin kıyaslaması yapılır. Bu noktada MYA'nınMFA'dan temel farkı çıktıları parasal değere dönüştürmemesidir. Yararlanımın ölçüm birimi QALY (Kaliteye Endeksli Yaşam Yılı) veya DALY (İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı) gibi proxy ölçütler kullanılmaktadır. Bu ölçüt sonuçlarına bireylerin sağlık durumlarını tanımlayan Hayat Kalitesi Ölçekleriyle

ulaşmaktadır (Kaptanoğlu, 2016; 231). Bu doğrultuda, QALY üzerinden gerçekleştirilecek olan bir maliyet yararlanım analizinde, QALY her bir yıla denk gelen yararlanım (util) ile sağ kalınan yılların çarpımının toplamıyla elde edilen bir değeri ifade edecektir. Sağ kalınan yıldaki yararlanım; yani sağlık olma hali mükemmel olarak ifade edilmişse '1' tam puan değeri alacak, en kötü sağlık durumu ise ölümü ifade eden '0' değerini alacaktır. Dolayısıyla '0' ile '1' arasındaki herhangi bir değer bireyin o yıl için QALY olarak ölçülmüş yararlanım düzeyini verecektir (Yumuşak, 2008). DALY ise bireyin herhangi bir hastalığı yüzünden sakat olarak sürdürdüğü yılları ölçmeyi hedeflemektedir. Özellikle hastalık yüklerinin hesaplanmasında kullanılmaktadır (Kaptanoğlu, 2016; 240).

Öte yandan MYA kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemlerin kıyaslanmasında ayrı bir öneme sahip olmaktadır. Buna göre Kök Hücre tedavisi alan bir kanser hastası için tedavisi sırasında 10 yıl boyunca kanser hastalarına özgü bir ölçek aracılığıyla QALY değerleri hesaplandığında yıllara göre örneğin ilk 4 yıl boyunca 0.50 sonraki 2 yıl boyunca 0.65 ve son 4 yıl için ise 0.75 olmak üzere QALY değeri tespit edilmiş olabilir. Bu durumda Kök Hücre tedavisi için 10 yıllık QALY değeri: $(4*0.50)+(2*0.65)+(4*0.75) = 6.3$ olarak tespit edilir (Folland vd., 2007; 78). Aynı hesaplamalar aynı hastalık için geliştirilmiş Kemoterapi (5.6) veya Radyoterapi (7.5) tedavileri için de yapılarak karşılaştırmalar yapılır. Bu karşılaştırmalar sonucunda birim maliyet başına en yüksek yararlanım (util) değerini veren; maliyeti en düşük QALY'si en yüksek olan tedavi tercih edilir. Hastaya maliyeti yıllık olarak Kök Hücre için 5000, Kemoterapi için 1500 ve Radyoterapi için 2000 lira olan tedavilerin ekonomik değerlendirmesini yaparsak;

Kök Hücre için maliyet/yararlanım/util; QALY : $5000/ 6.3= 793,65$

Kemoterapi maliyet/yararlanım/util; QALY: $1500/ 5.6= 267,85$

Radyoterapi maliyet/yararlanım/util; QALY: $2000/ 7.5= 266,66$

Analiz sonucuna göre hasta başına birim maliyeti en düşük olan Radyoterapi tedavisi tercih edilmelidir. Yeni bir tedavi olarak kabul edilen Kök Hücre tedavisi bu QALY değeri varsayımı altında maliyetine oranla çıktı başarısı yetersiz kabul edilmiştir.

Maliyet Etkililik Analizi (MEA- CostEffectiveness Analysis)

Maliyet Etkililik Analizi (MEA) parasal olarak ifade edilmeyen belirlenmiş istenilen sonuçlara ulaştığı kabul edilen alternatif proje veya yöntemlerin maliyetleri açısından ekonomik analize tabi tutmaktadır; çevre sağlığı açısından katı atıkların bertaraf edilmesinde kullanılacak yöntemlerin (yakma, kimyasal madde kullanma vs.) analizinde önemli bir ekonomik değerlendirme aracıdır (Folland vd., 2007; 76). Bu açıdan MEA, sağlık hizmetlerinde çıktı olarak aynı sonuçların elde edildiği bilinen ancak başarımlar düzeyleri farklılaşabilecek olan alternatif tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında marjinal maliyet/marjinal etkililik üzerinden yapılan bir ekonomik değerlemedir (Özgen ve Tatar, 2007; 117). Bu durumda aynı hastalık için aynı etkiyi gösteren tedavi yöntemlerinin ekonomik değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Örneğin ilaç endüstrisinde belli bir hastalığın tedavisi için üretilmiş olan birbirine benzer ilaçların ekonomik değerlendirmesi MEA ile mümkün olabilmektedir. İlgili benzer ilaçlar farklı klinik yan etkileri veya komplikasyonları tedavi sırasında gösterebilirler.

Maliyet Etkililik Analizinin, Maliyet Fayda Analizinden temel farkı çıktıyı parasal olarak değil de bir takım klinik göstergeler üzerinden tanımlamasıdır. Örneğin; kazanılan yaşam yıl sayısı, kan şekerinin veya vücut

ısının normal seviyeye dönmesi gibi tedavi/bakım sonrası istenilen çıktılar katlanılan maliyetlerine göre ilaç endüstrisinde hesaba katılmaktadır (Kaptanoğlu, 2016; 226-227). Burada alternatif tedavilerin istenilen çıktıya ulaşma dereceleri farklılık gösterebilir. Özellikle geri ödeme kuruluşlarının ödemeyi kabul edecekleri tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde ilaç firmalarından maliyet etkililik analizi yapmaları beklenecektir (Kaptanoğlu, 2016; 228).

Tablo 1. Maliyet Etkilik Analizi

SAĞLIK PROGRAMI	Toplam Maliyet (TL)	Toplam Etkililik (Kazanılan Yaşam Yılı)	Maliyet-Etkililik Oranı
A	100.000.000	100000	100
B	200.000.000	120000	166.7
C	230.000.000	150000	153.3

Kaynak: Özgen, H., & Tatar, M. (2007). Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye'de Durum. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(2).

Yukarıda yapılan analiz 200.000 nüfuslu bir bölgenin çevre sağlığı iyileştirmeye dönük olarak gerçekleştirilecek sağlık programlarını göstermektedir. Buna göre en maliyet-etkili olan sağlık programı B olarak görünmektedir. Eğer mevcut bütçe, 150.000.000 lira ise A sağlık programını seçme dışında bir alternatif bulmamaktadır. Ancak; mevcut bütçenin 240.000.000 lira olması tüm alternatiflerin bütçe kısıtı olmaksızın tercih edilebileceğini gösterir. Bu durumda maliyet etkililik analizi yaparak karar vermek; tasarruf kaygısına düşerek ne en düşük maliyetli olanı (A sağlık programı) ne de en yüksek çıktı başarısını sağlayacağı düşünülerek ya da popülist kaygılarla en maliyetli olanı (C sağlık programı) tercih etmek yerinde olmayacaktır. Doğrusu en maliyet-etkin olanı (B sağlık programı) tercih etmek rasyonel olacaktır.

Maliyet Minimizasyon Analizi (MDA-Cost Minimisation Analysis)

Ekonomik değerlendirme yöntemlerinden en basiti olan Maliyet Minimizasyon Analizi en düşük maliyetli olan tedavi/bakım yönteminin seçilmesine dayanır. Diğer analizlerde olduğu gibi çıktıyı parasal değerlere (MFA) ya da proxy ölçüm birimi olarak QALY veya DALY'e dönüştürme (MYA) çalışmadan tedavi etmesine göre değerlendirmeye alır. Bu anlamda MDA çıktısı tamamen aynı olan iki ya da daha fazla alternatif tedavi/bakım yönteminin maliyetler yönünden kıyaslanmasını içeren bir ekonomik değerlendirme yöntemidir.

Örneğin Üst Solunum Yolları Enfeksiyonunun tedavisinde kullanılacak olan iki antibiyotiğin özellikleri bakımından eşit yan etki ve komplikasyonlarına, eşit tedavi başarısına sahip olması gerekecektir. İki antibiyotiği ayıran tek fark maliyetleridir (Yeğenoğlu ve Emre, 2004). 1996 yılında gerçekleştirilen maliyet minimizasyon çalışmasında ise safra kesesinin alınması için gerçekleştirilecek iki yöntem olan laparoskopik kolesistektomi ile açık kolesistektomi ameliyatları ekonomik değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışma sonucuna göre yatırım, operasyon, anestezi, hastane yatışı gibi direkt maliyetler ve diğer indirekt maliyetler dikkate alındığında açık kolesistektomi ameliyatı toplamda o dönem için 2401 İsveç Kronu tasarruf sağlamıştır (Berggren vd., 1996).

SONUÇ

Sağlık ekonomisinde aşağıdaki tabloda gösterilen ekonomik değerlendirme yöntemleri farklı özelliklere sahip olsa da asıl amaç rasyonel karar vermektir. Sağlık hizmetlerinin sosyal bir hak olduğu anlayışından hareket edildiğinde sosyal maliyetleri de değerlendirme modeline parasal olarak dâhil edilebilme imkânı vermesi açısından Maliyet Fayda Analizi ön plana çıkmaktadır. Sağlıklı olma halini bireyin sağlık algılamaları üzerinden (15D QALY ölçeği) tanımlayan yaklaşıma göre ise Maliyet Yararlanım Analizi daha kullanışlı görülmektedir. Sağlıklı olma halini pozivist bir yaklaşımla tıp bilgisi üzerinden tanımlayan (açlık kan şekerinin 90mg/dl altında olması gerektiği gibi) yaklaşıma göre ise maliyet etkililik analizi daha nesnel sonuçlar üretmesi açısından da kullanışlı bir ekonomik değerlendirme yöntemi olarak düşünülmektedir. Geri ödeme sistemleri açısından, ekonomik değerlendirme yöntemlerinin eldeki kıt finansal kaynakların etkin ve verimli bir şekilde tahsis edilmesi için doğru karar vermede önemli bir araç olduğu kabul edilmektedir.

Tablo 2. Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

<i>Analiz Çeşidi</i>	<i>Sonuçlar</i>	<i>Girdi Ölçümü Birimi</i>	<i>Çıktı Ölçü Birimi</i>
Maliyet Minimizasyon Analizi	Sonuçlar aynıdır.	Para (Türk Lirası, Dolar, Euro)	Yok
Maliyet Etkilik Analizi	Sonuçlar doğal değerler ile ölçülür	Para (Türk Lirası, Dolar, Euro)	Doğal Ölçütler; Kazanılmış Yaşam Yılı
Maliyet Yararlanım Analizi	Sonuçlar fayda ile ölçülür;	Para (Türk Lirası, Dolar, Euro)	QALY veya DALY
Maliyet Fayda Analizi	Sonuçlar para ile ifade edilen ölçütlerle ölçülür	Para (Türk Lirası, Dolar, Euro)	Para (Türk Lirası, Dolar, Euro)

Kaynak: İlbars, H.,&Özçelikay, G. (2008). Akut Sistite Farklı Grup Antibiyotik Tedavilerinin Farmaekonomik Yönden Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Eczacılık İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Ankara

KAYNAKÇA

- Balçık, P. Y., & Şahin, B. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 16(2).s; 126
- Berggren, U., Zethraeus, N., Arvidsson, D., Haglund, U., & Jonsson, B. (1996). A Cost-Minimization Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy Versus Open Cholecystectomy. The American Journal of Surgery, 172(4), 305-310.
- Drummond, M.F., Stoddart, G.L. and Torrance, G.W. (1988). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford University Press, Oxford.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2007). The Economics of Health and Health Care (Vol. 6). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- İlbar, H., & Özçelikay, G. (2008). Akut Sistitte Farklı Grup Antibiyotik Tedavilerinin Farmaekonomik Yönden Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Eczacılık İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gülbin Özçelikay).
- Kaptanoğlu, A. Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Tripodu: Emek-Ekonomi-Piyasa. Kitap Ana Yayınevi. ISBN: 978-605-66475-9-8. s; 42
- M.B. Robinson. (1995). Economic Evaluation Of Quality Assurance Programmes. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 8 Iss 5 pp. 8 - 12
- Özgen, H., & Tatar, M. (2007). Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye'de Durum. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(2).
- Sorenson, C., Drummond, M., & Kanavos, P. (2008). Ensuring Value for Money in Health Care: The Role of Health Technology Assessment In The European Union (No. 11). WHO Regional Office Europe. s; 20
- Yeğenoğlu, S., & Hale, E. (2004). Farmakoekonomi Alanında Temel Kavramlar Main Concepts in Pharmacoeconomics. *J. Fac. Pharm*, 33(1), 41-61.
- Yumuşak, M. E. (2008). Diz Osteoartriti için Maliyet Yarar Analizi., Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Doktora Tezi, Ankara.

*Başvuru tarihi: 24.10.2017, Kabul tarihi: 17.11.2017, Yayınlanma tarihi: 20.11.2017

SAĞLIĞIN TEMEL KAVRAMLARI**

BASIC CONCEPTS OF HEALTH**

**Bu çalışma Yazarın 2017 yılında yayınlanan “Küreselleşmenin Türkiye'deki sağlık sektörü üzerindeki etkileri” isimli yüksek lisans tezinden derlenmiştir.

Ali Alu¹

ÖZET

Sağlık, evrensel bir kavram olmakla birlikte doğuştan gelen temel bir haktır. Sağlık kavramı; sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden tam olarak iyilik halini ifade eder. Bu iyilik halini sağlamak için sağlık kurumlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Yani bu kurumlar hem hasta memnuniyetini sağlamak için kaliteli bir sağlık hizmeti verirken bir yanda da sağlık kurumunun maliyet kontrolünü yapmalıdır. Sağlık; doğuştan gelen temel bir hak olduğu için sağlık hizmeti verenlerin hakkaniyet, adalet ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde bölgeler arasında ayırım yapmak sızım ülkenin her yerini bu hizmeti ulaştırması gerekmektedir. Bu aynı zamanda sosyal devletin temel görevlerinde biridir. Araştırma konu ile ilgili yapılan teorik çalışmalardan faydalanarak yapılmıştır. Sonuç olarak da Sağlık ile ilgili temel kavramları, amaçları ve ilkeleri üzerinde ayrıntılı bir biçimde durulmuştur. Bu bağlamda sağlık ile ilgili temel kavramların öneminin fark edilmesi hem sağlık sistemimiz hem de yapılacak sağlık politikaları için büyük bir önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Kavramı, Sağlık Hizmeti, Sağlık Hakkı

ABSTRACT

Health is a fundamental right that is born with a universal concept. Health concept; not only the absence of illness and disability, but also the state of well-being in the psychological and social aspects at the same time. There are great responsibilities for health institutions to ensure this kind of well-being. In other words, these institutions should provide a quality health care service to ensure patient satisfaction while at the same time to control the cost of the health care institution. Health; it is necessary for health care providers to provide this service to everywhere in the infiltration country to distinguish between territories within the framework of equality, justice and equality. It is also one of the basic tasks of the social state. The research was done by using theoretical studies related to the subject. As a result, focusing on the basic concepts, aims and principles related to health, and recognizing the importance of these concepts is very important for both our health system and the health policies to be done.

Keywords: Health, Health Services, Health Care, Right to Health

¹ Altınbaş Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü Öğretim Görevlisi BAKIRKÖY/İSTANBUL e-posta: ali.alu@altinbas.edu.tr, Tel: iş: 0 212 709 5030 Tel cep:0534 202 08 95

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü(WHO) sağlığı, “kişinin bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik içerisinde olması” diye tanımlamaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, sağlığa verdiği önemi “hiçbir ekonomik zorunluluk insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz” diye belirtmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda da sağlık vazgeçilmez bir hak olarak vurgulanmış ve devletin güvencesi altında olduğu belirtilmiştir (Etiz, 1993:47).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI

Sağlık, bireylerin temel haklarının başında gelmektedir. Devlet, bu temel hakları korumak ve geliştirmek zorundadır. Devletin temel haklar konusundaki görevi devredilemez ve vazgeçilemez niteliktedir.

1982 anayasasının 56. Maddesinde “herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” Şeklinde sağlık hakkımıza yer verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin amaçları şu şekilde sıralanabilir;

- Fert ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, şuuru, isteği ve davranışı kazandırmak.
- Toplumun tüm fertlerine ihtiyaçları olan bütün sağlık hizmetlerini coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkanlara bağlı olmadan eşit, kaliteli ve ihtiyacı kadar vermek.
- Kişisel, toplumsal ve çevresel sağlıklı ortamlar yaratmak
- Sağlık elde etmek, onu korumak ve geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır.

1987 tarihli sağlık hizmetleri temel yasasının birinci maddesinde sağlık hizmetlerinin amacı şöyle açıklanmaktadır: “sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir” (Sargutan,2004:68).

Yukarıda ifade dildiği gibi yasa ve anayasalar sağlık hizmetlerinin eşit verilmesinin önemi üzerinde durmaktadır. Aslında sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde ve yeterli ölçüde verilmesi toplumda yaşayan bütün bireyler için büyük bir önem arz etmektedir. Günümüzde gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkenin değişik coğrafi bölgeleri arasında sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılıkların olduğu yadsınamaz. Bilhassa sağlık hizmetlerinin paralı olarak sunulması durumunda değişik gelir gurupları arasında hizmete ulaşma bakımından eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır (Sargutan,2004:69).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN İLKELERİ

Sağlık , yaşama hakkı olduğu gibi insan vazgeçilmez, hayati bir ihtiyaçtır. Eğer insanın sağlığı yerinde olduğu zaman ihtiyaçları anlam ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ‘‘2000 yılında herkese sağlık projesi kapsamında bazı hedefler saptamıştır(ALMA ATA, 1978). 1978 yılında Alma Ata’da 134 ülkenin sağlık bakanları ve ilgili uluslararası örgütlerin katılımı ile bir toplantı düzenlenmiştir. Toplantı sonunda yayınlanan, bütün katılanların imzaladığı deklarasyonda temel sağlık hizmetlerinin ilkeleri belirlenmiştir’’ (Sargutan, 2004:70).

Türkiye'nin de dahil edildiği bütün Avrupa ülkelerini kapsayan bu çalışmada hükümetlere şunlar tavsiye edilmektedir:

- Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzatılması: bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişliğinin en çarpıcı göstergelerinden birisi ortalama yaşam süresidir. Sağlık hizmetlerinin yeteri kadar gelişmediği ülkelerde yaşam ümidi 30-35 yıla kadar düşmekte, gelişmiş batı ülkelerinde ise 70-80 yıla kadar çıkmaktadır. Kaba ölüm oranı ve bebek ölüm oranları da bu göstergelyi etkilemektedir.
- Hayata sağlık kazandırılması yani sağlıklı yaşamın gerçekleştirilmesi: bu ilkede temel hedef insanların bedensel ve ruhsal kapasitelerini maksimum düzeyde kullanmalarını sağlamak için gerekli önlemlerin alınmasıdır.
- Hayata anlam kazandırılması yani insanın fizik ve zihin kapasitesinin tam olarak kullanılabilir halde muhafaza edilmesi ve geliştirilmesi: herkese sağlık amacı ancak bireyin kendi çabası ile gerçekleşebilir. Bunun için bilinçlenmiş, motive edilmiş, aktif olarak sağlık hizmetlerine katılımında bulunan bireylerin yetiştirilmesi gerekmektedir.
- İnsanlar arasında hiçbir ayırım yapılmadan sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmalarının sağlanması, bölgesel ve sosyal farklılıkların dikkate alınarak yeni düzenlemeler yapılması: bu amacın gerçekleşmesi için ilgili tüm sektörlerin işbirliği ve koordinasyonu gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sektörü çözümlenmesi gereken sorunların ancak bir bölümü ile ilgilenebilir. Sağlık tüm gereklerini başarılı olarak yerine getirmek kalıcı kamu politikaları oluşturmakla başlar. Ekonomik sorunları aşmak, sosyal çevredeki riskleri azaltmak, gerekli fiziksel olanakları sağlamak ve kalifiye eleman yetiştirmek vb. sektörler arası işbirliğini gerekli kılmaktadır.
- Kolay erişilebilirlik: sağlık hizmetlerine ulaşmak herkes için kolay olmalıdır. Fertler sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğu zaman derhal karşılanmasını istemektedirler. Zaten çoğu durumlarda hizmetlin ertelenmesine olanak yoktur. Kazalarda ölümler büyük oranda hizmete ulaşmanın gecikmesi yüzünden olmaktadır. Bunun için hastaneler ulaşılması kolay yerlere yapılmalıdır.
- Uluslararası işbirliği: sağlık hizmetleri sınır ötesi bir özellik taşımaktadır. Örneğin çağımızın vebası sayılan AIDS böylesi bir problemdir. Hastalık etkenini taşıyan kişilerin diğer ülke insanlarına zarar vermemesi için uluslararası işbirliği kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinin uluslararası işbirliğini Birleşmiş Milletler örgütüne bağlı WHO gerçekleştirmektedir. 1948 yılında kurulan bu örgüte 166 ülke ile birlikte Türkiye de üyedir. WHO birçok bulaşıcı hastalığın önlenmesinde çok önemli başarılar elde etmiştir. En başta öldürücü veya sakat bırakıcı bir hastalık olan çiçek hastalığının yeryüzünden silinmesinde WHO'nun çok büyük katkısı vardır.
- Toplum katılımı: herkese sağlık amacı ancak bireylerin kendi çabaları ile gerçekleştirilebilir. Bu amacın gerçekleşebilmesi sağlık hizmetleri konusunda bilinçlenmiş, motive edilmiş ve aktif olarak sağlık hizmetlerine katılımında bulunan insanlara bağlıdır.

WHO herkese sağlık amacını gerçekleştirmek için gerekli araştırmaların yapılmasını, politika ve stratejiler geliştirilmesini, kaynakların doğru yönlendirilmesini de istemektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2008:24-36).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK ANLAMI

Bir ülkenin sağlık ekonomisini, ülkenin genel ekonomisinde bağımsız görmemek lazım, bu hizmetin kendisine has bazı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri sektöründe üretilen mal ve verilen hizmet diğer sektörlerde çok farklı olduğu genelde bilinir. Örneğin gözlük, ilaç, tekerlekli sandalye, protez kol veya kalp pilinin diğer alanlardaki araç ve gereçlerden açık farklılıklarının olduğu aşikardır. Yapılan bütün kıyaslamalarda ortaya çıkan gerçek sağlık hizmetlerinin insan hayatı için yaşamsal bir öneme sahip olduğu aşikardır. Diğer sektörlerde hemen hemen bütün mal ve hizmetlerde yapılan hatanın telafisi mümkün iken, sağlıkta yapılan bir hatanın geri dönülmez sonuçlara mal olmaktadır (Etiz, 2000:23).

İnsan sağlığında meydana gelen bozulma ekonomiyi de olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü üretim için olmazsa olmazlardan olan emek faktörünün elde edebilirliği düşmektedir. Sağlığında bozulma meydana gelen birey eğer tedavi edilmezse sakat kalıp iş göremez bir duruma gelebilir ya da ölümlerle sonuçlanabilir her iki durumda da ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenebilir. Sadece üretim faktörü olarak düşünülürse, gerekli üretimi sağlamadan ölen bir insan, ekonomik ömrüne eksik bırakıp yok olan bir üretim faktörüdür. Bununla birlikte kişinin hastalığı hem ailesinin hem de toplumun duygusal yapısını bozar, bunun yanı sıra toplumda ki sosyal güvenliği ve sosyal barışı bozar. Zamanın da sağlık hizmetlerini yapmayan kişi ise, ileride hem ailesine hem de toplumuna ekonomik anlamda büyük bir yük getirecektir (Belek, 1995:43).

Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde verilmemesi doğal kaynakların eksilmesine ve besinsel ihtiyacı karşılamada yetersiz kalmasına sebep olmaktadır. Çevre kirliliği sonucunda deniz, göl ve akarsuların insanın faydalanamaz hale gelmesi ülke ekonomisine vereceği zararın boyutu ölçülemez boyutlara ulaşabilir. Böyle bir durumda turizm ve sağlık turizmi olumsuz yönde etkilenecektir. Dünyanın hiçbir yerinde bulaşıcı hastalıkların olduğu bir ülkeye gitmek istemez ve o ülkede ki kirli sulara yüzmek istemez (Duymaz, 2006:27).

SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNÜN KAPSAMI

Sağlık hizmetleri sektörünün kapsamı geniştir. Birçok yan alanları mevcuttur. Yakın birçok sektör ile yakın bir ilişki halinde dir. Sağlık hizmetleri sektörünü şu şekilde ifade edebiliriz: “sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanaklar ölçüsünde en erken tanı koyarak tedavi etmek, böylece kişinin sıhhatli ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan toplumsal hizmetlerin bütünüdür” (Dirican, 1999:73).

Sağlık hizmetleri başlıca üç ana gruba ayrılmaktadır:

1. Korucuyu sağlık hizmetleri
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri
3. Rehabilitasyon hizmetleri

Bu hizmet grupları da kendi içerisinde yeni sınıflamalara tabi tutulabilmektedir.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri isminde de anlaşıldığı gibi kısaca; ‘‘ kişilerin hastalanmasını önlemek için yapılan sağlık hizmetleri olarak tanımlayabiliriz. Yani bu sağlık hizmetleri sağlıklı kişilere verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini iki ana gruba ayırmak mümkündür’’(Sargutan, 2004:67).

- a) Kişiyeye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:
- Sağlık eğitimi
 - Ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması
 - Bağışıklama
 - Yerel epidemik hastalıkların önlenmesi
 - Sağlıklı beslenme
 - Erken tanı ve sağlık kayıtları
 - Sosyal yardım hizmetleri
 - Zararlı alışkanlıklara karşı mücadele
 - İşçi sağlığı ve iş güvenliği
 - Okul sağlığı hizmetleri
 - Toplu yaşam ortamı (kışla, hapishane) sağlık hizmetleri
 - Merkezi ve mahalli idarenin diğer hizmetleri
- b) Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:
- Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi
 - Katı ve sıvı atıkların hijyenik imhası
 - Radyasyon güvenliği
- Merkezi ve yerel idarenin diğer hizmetleri bu gruba girmektedir

Tedavi Hizmetleri

‘‘Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalanan veya herhangi bir şekilde yaralanan, beden veya ruh sağlığını kaybetmiş kişilerin iyileştirilmesi için yapılan sağlık hizmetlerinin tümüdür. Bu hizmetler de kendi içerisinde üç kademeye ayrılmaktadır’’(Sargutan, 2004:68).

- a) Birinci basamak sağlık hizmetleri: hastanın ilk başvurduğu hekim veya sağlık kuruluşunun verdiği sağlık hizmetleridir.

Birinci basamak sağlık hizmeti aynı zamanda ayakta verilen sağlık hizmeti olarak da ifade edilmektedir. Bu hizmetin verildiği yerde yataklı tedavi verilmez genel olarak ayakta verilir bu hizmet. Ciddi vakalarda ise bir üst basamaklara sevk edilir Bu sisteme sevk zinciri denmektedir.

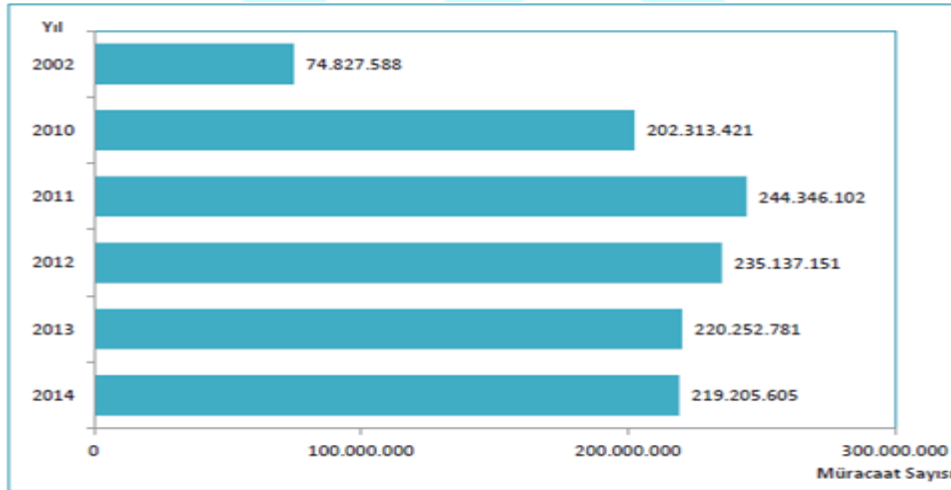
Şekil 1. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	20.185	20.216	20.811	21.175	21.384
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.367	6.520	6.660	6.756	6.829
Toplum Sağlığı Merkezi	-	961	957	957	971	970
Sağlık Evi	2.899	3.292	4.344	5.691	5.594	5.572
AÇSAP Merkezi	298	192	183	189	183	182
Verem Savaş Dispanseri	277	198	194	179	177	179
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	122	124	124	134	132
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.375	1.710	1.863	2.072	2.186
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	-	-	-	83	83

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 1. de 2002-2014 yılları arasında birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayıları ve bu kuruluşların sayılarında artış gösterilmiştir. Özellikle 2010 ve sonrasında birinci basamak sağlık kuruluşlarında büyük bir artışın olduğunu görmekteyiz. Birinci basamak sağlık hizmeti ayakta bakım hizmetleri olarak da adlandırılmaktadır. Bu hizmetin verildiği birimlerde hasta yatağı bulunmaz, yatarak tedavi edilmesi gereken hastalar bir üst sağlık kuruluşuna sevk edilirler. Bu sisteme sevk zinciri denmektedir.

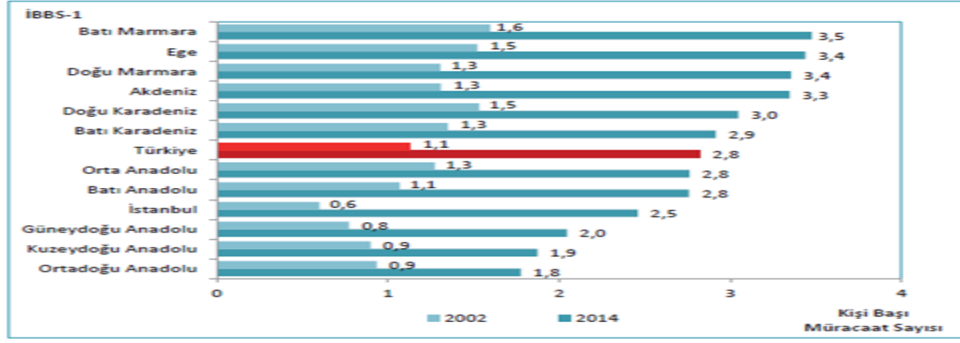
Şekil 2. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 2. de yıllara göre birinci basamak kuruluşlarında hekime müracaat sayısı ve tüm sektörlerde başvuru oranları verilmiştir. Özellikle 2002 den sonra yani 2010 da müraccat sayılarında büyük bir artışın olduğunu görmekteyiz. 2010 dan sonra 2014 kadar ki dönemde başvuru sayılarının hemen hemen dengeli olduğunu görmekteyiz.

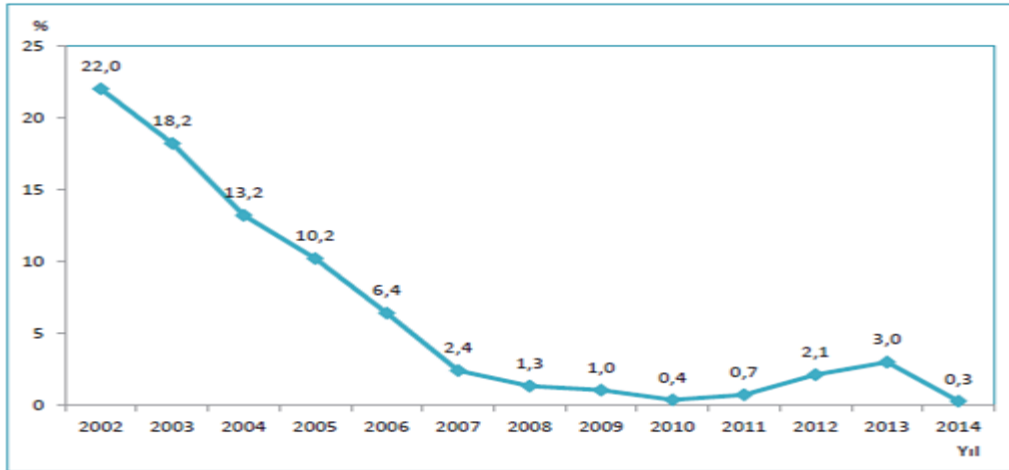
Şekil 3. İBBS-1'e Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Kişi Başı Hekim Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 2002-2014



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 3. de bölgelere göre birinci basamak sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayıları verimiştir. 2002 ile 2014 yılları başvuru sayıları karşılaştırılmıştır. Özellikle 2002 yıllana kıyaslan 2014 yılında hekime müracaat sayılarında büyük artış olmuştur.

Şekil 4. Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Sevk Hızı, Sağlık Bakanlığı



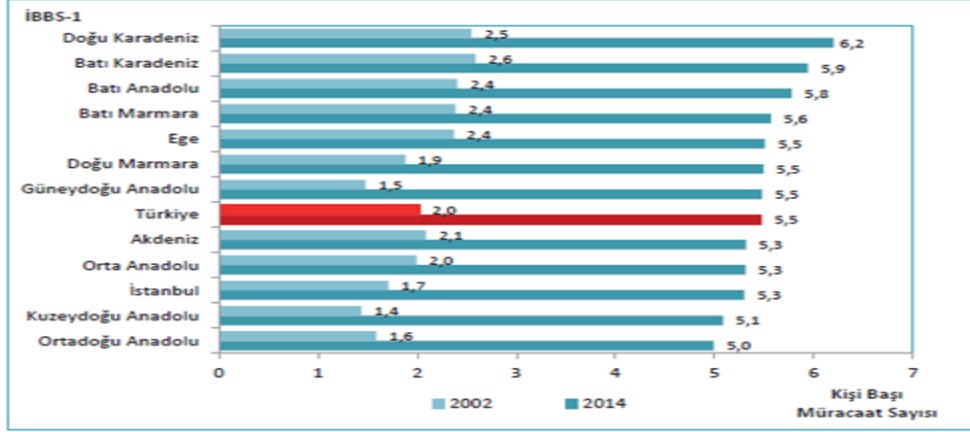
Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Şekil 4. de yıllara göre birinci basamak kuruluşları sevk hızı oranları verilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi 2002 den 2010 kadar sevk hızının düzenli olarak artığının görmekteyiz. 2010 dan 2013 kadar sevk hızı oranlarında hafif bir azalma olsa da 2014 de bu oran yine artmıştır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri: buna aynı zamanda yataklı tedavi hizmetleri de denmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşunda tedavi edilemeyen vakalar daha üst birime sevk edilerek buralarda uzman hekimlerce tedavi edilir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: en ileri tıp teknolojisinin kullanıldığı yataklı tedavi kurumlarıdır. Bütün üniversite hastaneleri ve bunlarla birlikte onkoloji hastanesi, göz hastanesi vb gibi özel branş hastaneleri bu gruba girmektedir(Sargutan,2004:68).

Şekil 5. İBBS-1'e Göre İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Kişi Başı Hekim Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 2002-2014



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 5. de bölgelere göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısı verilmiştir. 2002 ile 2014 yılları arasında hekime başvuru sayıları karşılaştırılmıştır. 2002 yılına kıyaslan 2014 yılında hekime başvuru sayılarında büyük bir artışın olduğunu görmekteyiz.

Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri;”Çok uzun süreli iyileştirme hizmetleridir. Spastik engelliler, ruh hastalıkları ve bazı organların eski işlevine kavuşturulması için yapılan tedaviler yıllarca sürebilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri en zor sonuç alınabilen sağlık hizmetleridir”(Sargutan, 2004:68).

Sağlık hizmetleri sektörü yukarıda ifade edildiği gibi asıl sağlık hizmetlerinin yanında çok yakında etkileşim halinde olduğu diğer birçok alan mevcuttur. Bunlar;” Sağlık hizmetlerinin dolaylı etkileşimde bulunduğu alanlar; sosyal güvenlik, sosyal yardımlar ve hizmetler, içme suyu şebekeleri, kanalizasyon, veterinerlik hizmetleri, tıbbi teknoloji, beden eğitimi ve çalışma hayatı vb; uzak etkili alanlar ise, sanayi yapısı, ulaştırma, hukuk, demografik yapı, kültür ve eğitim yapısı, turizm mesleki eğitim ile çalışma hayatıdır”(Sargutan,2004:68).

Gerçekte sağlık kişilerde meydana gelen bir toplum amaçlarına ulaşmak için bütün sektörlerin üzerine düşen görevleri yerine getirmesi ile gerçekleşebilir. “ Eğer insanlar örneğin trafik kazaları ile sakat kalıyor veya yaşamlarını yitiriyorlar ise bunda eğitimden araç teknolojisine, yol kalitesinden trafik polisi sayısına kadar birçok faktörün etkisi vardır. Bu örnekte olduğu gibi sağlık hizmetlerinde başarı ancak sektörler arası bir politika ile sağlanabilir”(Sargutan,2004:68).

SONUÇ

İnsanoğlu birlikte yaşamaya başladığından beri sağlık hizmetleri profesyonel bir şekilde verilmiştir, realite de ilk hekimlik anlayışı köleci toplumlarda görünmüştür. Hekimlik anlayışı günümüze kadar biçimsel ve şekilsel olarak bir çok değişime uğramış olsa bile, temelde aynı olarak kalmıştır. Küreselleşme ile birlikte bilim ve teknolojiye meydana gelen hızlı değişmeler sağlık hizmetlerinde yeni alanların ve dalların ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Günümüzde de tıp alanında hemen hemen her gün değişimler ve gelişmeler yaşanmaktadır

Sağlık problemleri uzun bir süre hekimlerin kontrolünde kalmış, son dönemler de ise toplum bilimcilerin ilgisini çekmeye başlamıştır. Hemen hemen bütün batı ülkelerinde sağlık alanında ki sorunlar ile hukukçu, sosyolog, ekonomist ve istatistikçiler çok yakında ilgilenmektedir. Bu gün ise sağlık uluslar arası düzeyde ve karmaşık bir toplumsal sorun haline gelmiştir. Ekonomik ve düşünce konularında gelişmiş ülkelerde kamuoyu, özellikle siyasi partiler, meslek kuruluşları ve sendikalar konuyla ilgili yapılan tartışmalarda taraf durumundalar. Bu ülkelerde sağlık sorunları toplum bilimlerin ve teknik ilimlerin birlikte çalışma alanları ve değerlendirme konuları olmaktadır.

Böylece sağlık, sadece hasta ile hekim arasında bir ilişki olmaktan çıkmış, iktidar ve siyasal partilerin ele alıp geleceğe dönük planlar yapmak zorunda olduğu, hayati öneme sahip bir konu olmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırıcı ve refah artırıcı etkisinin kolayca görülüp anlaşılması, toplumda ki tüm bireylerin ondan yeteri kadar ve eşit bir şekilde faydalanma tutkusunu ve özlemini geliştirmiştir. Sağlık hizmeti alanların bunu haklı ve bilinçli bir şekilde almanın yanı sıra bu konu ilgili çözüm bekleyen sorunların başında gelmesi de sağlık hizmetlerinin değerini artırmıştır.

KAYNAKÇA

Dirican, R.; Bilgel N. 1999, "Halk Sağlığı", Bursa s.73

Duymaz, T. 2006.Lisans Tezi No:507 İstanbul, s.16

Etiz, S. 2000 "Halk Sağlığı ve Epidemiyolojisi", A.Ü Yayın No:357, Eskişehir, s.23

Sargutan, A.E. 1996, "Türkiye'de Sağlık Politikası", Ankara, s.67

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, 2004, s. 72

Sağlık Bakanlığı, "Hastane Reformu", Sağlıkta Strateji Dergisi, Sağlık Bakanlığı Sağlık

Sağlık Bakanlığı, "Hastane Reformu", Sağlıkta Strateji Dergisi, Sağlık Bakanlığı Sağlık

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, 2004, s. 72

T.C., Barbakanlık, DPT, "Sağlık Reformu Çalışma Grubu Raporu" 2004 - Türkiye İktisat Kongresi,

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Aralık 2010, s. 24-36.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Aralık 2003, s. 25

*Başvuru tarihi: 28.10.2017, Kabul tarihi: 10.11.2017, Yayınlanma tarihi: 20.11.2017

SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Bu makale, 1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi' nde poster olarak sunulmuş ve özet kitapçığında yer almıştır.

Sait Söyler¹, Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu²

ÖZET

İş hayatında yaşanan değişiklikler ve gelişmeler, aynı zamanda son derece hızlanmış olan küreselleşme ve artan rekabet neticesinde işletmeler son derece esnek ve rekabet edebilir birer yapıya dönüşmek zorunda kalmıştır. Bu bağlamda işletme yöneticilerinin sahip olması gereken özellikler de günümüz koşullarına göre yeniden şekillenmiştir. Bugün artık işletme yöneticilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin yüksek olması da kendilerinden beklenen özelliklerden bir tanesidir. Söz konusu sağlık hizmetleri olduğunda, iş süreçleri ile ilgili verilecek yanlış bir kararın sonuçları ağır olabilmektedir. Bu durumda hem sağlık işletmeleri hem de sağlık yöneticilerinin sorumlulukları artmaktadır.

Bu araştırmanın amacı geleceğin sağlık yöneticilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin tespit edilmesidir. Araştırmaya katılanların %76.7 si kadın, %67.1 i öğrenci yurtlarında kalmakta, %33.2 sinin ailesinin gelir durumu 2001-3000 TL arasındadır. Katılımcıların yaş ortalaması 19.72 ± 2.11 ' dir. Eleştirel düşünme ölçek ortalaması 3.83 ± 0.40 bulunmuştur. Bu değer katılımcıların eleştirel düşünme eğilimlerinin ortalamanın üstünde olduğunu göstermektedir. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin cinsiyet ($p=0.556$), kaldıkları yer ($p=0.283$) ve ailelerinin gelir durumuna (0.496) göre farklılık göstermediği ve yaş ($p=0.923$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yönetimi, eğitim, eleştirel düşünme

¹ Öğr. Gör, Altınbaş Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, sait.soyler@altinbas.edu.tr, soylersait@gmail.com, +90 531 952 4916

² Prof. Dr, Sanitas Magisterium Eğitim Kooperatifi, Yönetim Kurulu Bşk., aysegulyildirimkaptanoglu@gmail.com

ABSTRACT

The changes and developments in business life, as well as the highly accelerated globalization and increasing competition, have forced enterprises to become highly flexible and competitive structures. In this context, the characteristics that business managers should possess have been reshaped according to current conditions. Today, business executives' critical thinking tendencies are one of the characteristics expected from them. When it comes to health care services, the consequences of a wrong decision about business processes can be severe. In this case, the responsibilities of both health care providers and health care providers are increasing.

The aim of this study is to determine the critical thinking disposition of the future health care managers. 76.7% of the survey participants are female, 67.1% are staying in student dormitories and 33.2% of the family income is between 2001-3000 TL. The mean age of participants is 19.72 ± 2.11 . Critical thinking scale mean is 3.83 ± 0.40 . This shows that participants' critical thinking tendencies are above average. It was found that the critical thinking tendencies of health management students did not differ according to gender ($p = 0.556$), place of residence ($p = 0.283$) and income of family (0.496) and there was no statistically significant relation with age ($p = 0.923$).

Key words: Health management, Education, Critical thinking

GİRİŞ

Dünyada meydana gelen teknolojik gelişmeler, iletişim yöntemlerinin gelişmesine ve bilgiye erişimin hızlanmasına imkân sağlamıştır. Bu gelişmeler ile beraber bugün dünyanın herhangi bir yerindeki bir başka kişi ile çevrimiçi iletişim kurulması, dünya literatürünün fiziki bir çabaya gerek kalmadan takip edilebilmesi ve dünyanın her yerinden haberlere erişim olanaklı hale gelmiştir. Bununla beraber, bilgiye erişimin bu denli kolay olduğu ve bilgi akışının giderek hızlandığı günümüzde bu bilgileri bir süzgeçten geçirmeden kabul etmek ya da yanlış enformasyona maruz kalmak birer problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu problemlerin çözümü ve gelişmiş birer toplum olabilmenin ön koşulu, erişilen bilgilerin eleştirel bir düşünce süzgecinden geçirilmesidir.

Üniversite eğitimi, bireylerin hayatında önemli bir yeri olan ve bazen yıllar boyu süren bir eğitim sürecidir. Bu süreçte bireyler yalnızca eğitim aldıkları alanlar ile ilgili bilgilere erişmemekte, bu bilgilerin yanı sıra dış dünya ile ilişkilerini geliştirmekte, çevreleri ile uyum sağlama becerilerini geliştirmekte ve hepsinden önemlisi bilgiye erişim ve öğrenme yöntemlerini bireysel yetenekleri ile entegre ederek bu alanlarda kendilerini geliştirme fırsatları yakalamaktadırlar. Üniversite öğrencileri aynı zamanda bir toplumun geleceği anlamına gelmektedir. Bu bireylerin hem eğitim aldıkları profesyonel alana ilişkin hem de sosyal yaşamlarına ilişkin olarak eleştirel düşünme yeteneği kazanmaları toplumları ileri götürecek unsurlardan bir tanesidir.

Eleştirel düşünce ile ilgili literatür incelendiğinde bu kavram ile ilgili çok sayıda tanımlama yapıldığı görülmektedir (Glazer, 2001: 13; Lau, 2011: 1) eleştirel düşünmeyi; açık ve mantığa dayalı bir düşünme yöntemi olarak tanımlamış, mantıksal ve bilimsel akıl yürütmeyi içerdiğini belirtmiştir. Bir başka tanıma göre eleştirel düşünme, aklın kullanıldığı bilişsel bir süreçtir ve dikkati verme, kategorize edebilme ve yargılama gibi zihinsel

süreçleri gerektirmektedir. Bazı insanlar genel karakterleri itibarı ile şüpheli olabilirken bazıları ise güven duyan karakterde olabilirler. Bunun sebebi geçmiş deneyimler veya kişisel özellikler olabilir. Ancak eleştirel düşünme bir kişilik özelliği değildir. Eleştirel düşünme bir dizi süreçten oluşan, kanıtları keşfetmeye yönelik bir yöntemdir (Cottrell, 2011: 1-2). Roberts (2015: 7)' e göre ise eleştirel düşünme; olayların açıklanmasını ve analiz edilmesini, kanıtların bir araya getirilmesini, varsayımların, değer ve inançların sorgulanmasını, alternatif ve inovatif düşünme tekniklerinin geliştirilmesini içeren ancak sadece bunlarla sınırlı olmayan bir yöntemdir. Diğer bir tanımlamada ise eleştirel düşünme, karar verme ve problem çözme süreçlerinde kullanılan bilişsel bir motor/makine olarak tanımlanmıştır (Wisdom, 2015: 125).

Paul ve Elder (2014: 2) iyi bir eleştirel düşünürün eylemleri olarak aşağıdakileri belirlemişlerdir;

- Kritik soruları açık ve net bir biçimde ortaya koyar,
- Etkili bir şekilde yorumlamak için soyut fikirler kullanarak ilgili bilgileri toplar ve değerlendirir,
- Mantıklı çıkarım ve çözümlere, onları ilgili kriterlere ve standartlara göre test ederek ulaşır.
- Alternatif düşünce sistemleri içinde açık fikirli düşünür varsayımlarını, etkilerini ve pratik sonuçlarını kabul eder ve değerlendirir.
- Kompleks problemlerin çözümünde başkaları ile etkili iletişim kurar.

Literatürde eleştirel düşünme üzerine çok çeşitli araştırmalar ve tanımlamalar yapılmış, her araştırmacı eleştirel düşünme konusuna farklı açılardan yaklaşmıştır. Bu doğrultuda eleştirel düşünme ile ilgili tanımların sayısını artırmak mümkündür. Ancak bu tanımlar bakış açıları ile ilgili olup genel bir tanım özelliği göstermeyecektir (Şen, 2009: 73-74). Eleştirel düşünmenin en genel tanımı ise Amerikan Felsefe Derneği (APA) tarafından yapılmıştır. APA eleştirel düşünmeyi, “*yorumun, analizin, değerlendirmenin ve çıkarsamanın yanı sıra, kararın dayandığı kanıtlayıcı, kavramsal, metodolojik, kritik veya bağlamsal düşüncelerin açıklanmasına neden olan kasıtlı, kendi kendini düzenleyen bir yargılama metodu*” olarak tanımlamıştır (Facione, 1990: 3).

Sağlık yönetimi dünya genelinde nispeten yeni bir meslek alanıdır. Sağlık yönetimi mesleğinin geçmişi 20. yy başlarına dayanmaktadır. 1900lerin başında Amerika Birleşik Devletleri' nde sağlık hizmetleri yönetiminin profesyonelleşmesi konuşulmaya başlanmış, sağlık yönetimi alanındaki eğitimlerin ilk örnekleri hastane yönetimi adı ile açılmıştır. Literatür incelendiğinde 1934 yılında D. Davis tarafından çıkarılan “Hospital Administration: A Career” isimli eser, sağlık yönetimi mesleğinin profesyonelleşmesi gerektiğini öne sürmüş ve bu alanda devrim niteliğinde bir çalışma olmuştur. Bu tarihten itibaren sağlık yönetimi alanında önceleri sadece lisansüstü programlar açılmış ve zamanla lisans programları da açılmaya başlanmıştır (<http://www.merih.net/m1/whaysur16.htm>; Çimen, 2010).

Ülkemizde sağlık yönetimi eğitimi Sağlık İdaresi Yüksekokulu (SİYO)' nda başlatılmıştır. SİYO, Sağlık Bakanlığı Mesleki Eğitim Genel Müdürlüğü' ne bağlı olarak 1963 yılında kurulmuştur (Çimen, 2010).

Bugün ise lisans programı olarak devlet ve vakıf üniversitelerde toplam elliye yakın sağlık yönetimi programı yer almakta, bu programların bazıları ikinci öğretim kapsamında da öğrenci kabul etmektedir. Aynı şekilde

Türkiye’ de çok sayıda sağlık yönetimi yüksek lisans programı vardır. Ancak sağlık yönetimi alanında doktora eğitimi veren hem vakıf hem de devlet üniversitelerinin sayısı yetersiz kalmaktadır.

Sağlık Yönetimi mesleğinin meslek tanımı ülkemizde 2014 yılında yapılmıştır. 2 Mayıs 2014 tarihli ve 29007 sayılı resmi gazetede yayınlanan “SAĞLIK MESLEK MENSUPLARI İLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN DİĞER MESLEK MENSUPLARININ İŞ VE GÖREV TANIMLARINA DAİR YÖNETMELİK” ile sağlık idarecisi:

“a) Kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerinin yürütülmesinde, misyon, vizyon, temel hedef ve değerlerinin belirlenmesinde, kalite, standardizasyon ve akreditasyon çalışmaları ile performans değerlendirmesinde görev alır.

b) Kurumun finansal yönetim politikalarının belirlenmesi, uygulaması ve yönetilmesinde görev alır.

c) Kurumun muhasebe, bütçe, mali analiz ve maliyet analizi faaliyetlerini yürütür.

ç) Sağlık hizmetleri sunumunun planlanması, yürütülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi sürecinde görev alır.

d) Kurumda tıbbi ve hasta bakımı dışında verilen hizmetlerin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimini sağlar.

e) Kurumda kriz ve afet planının hazırlanması ve yürütülmesi çalışmalarında görev alır.

f) Hastalıkların tanıları ve ameliyatların uluslararası hastalıklar kod sistemine göre kaydedilmesi, tıbbi ve idari istatistiklerinin tutulması, saklanması, değerlendirilmesi ve raporlanmasında görev alır.

g) Kurumun genel ve tıbbi arşiv hizmetleri ile hastane bilgi sistemlerinin yürütülmesinde görev alır.

ğ) Sağlık yönetimi alanına ilişkin politikalar geliştirir, planlamalar yapar veya bu çalışmalarda görev alır.”

Şeklinde tanımlanmıştır.

METODOLOJİ

Araştırmanın problemi ve amacı

Sağlık hizmetleri, doğrudan insan hayatını etkileyen, hataların ciddi sağlık problemlerine hatta ölümlere bile sebep olabileceği, ertelenemez ve talebi belirsiz olan bir hizmet türü olması nedeni ile diğer hizmet türlerinden ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden dolayı sağlık kurumlarında yönetici olarak çalışan veya çalışacak olan kişilerin kurumların gelişmesini ve sürdürülebilirliğini temin etmek amacı ile kendilerini çok iyi yetiştirmeleri gerekmektedir. Aynı zamanda alınacak kararlarda minimum hata hedefi ile hareket etmeleri kurumların hem finansal olarak hem de toplumun gözündeki kurumsal imajı ile ilgili olarak kritik bir öneme sahiptir. Günümüzün rekabet koşullarında bunu tesis edebilmenin yollarından bir tanesi de eleştirel düşünebilmektir. Sağlık sektörünü diğer hizmet sektörlerinden ayıran özellikleri nedeni ile, özellikle sağlık hizmetlerine yön veren kişiler eleştirel düşünme konusunda başarılı olmak zorundadırlar.

Bu bağlamda, araştırmanın amacı geleceğin sağlık yöneticilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin tespit edilmesidir.

Araştırma hipotezleri

1. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir/göstermemektedir.

2. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri kaldıkları yerlere göre farklılık göstermektedir/göstermemektedir.
3. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ailelerinin gelir durumuna göre farklılık göstermektedir/göstermemektedir.
4. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile yaşları arasında bir ilişki vardır/yoktur.

Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye’ de “Sağlık Yönetimi” lisans programına kayıtlı olan bütün öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem, araştırmacının araştırmanın yapıldığı dönemde Trakya Üniversitesi’ nde çalışıyor olması nedeni ile Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi lisans programında okuyan öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bütün öğrencilere ölçek uygulanmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi lisans programına toplam 382 öğrenci kayıtlıdır. Ölçeklerin uygulandığı dönemde devamsız-raporlu olan öğrenciler ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler örnekleme alınmamıştır. Toplanan ölçeklerden uygun şekilde doldurulmayanlar çalışmadan çıkarılmış ve sonuç olarak araştırmaya 240 öğrenci dahil edilmiştir.

Araştırmanın kısıtlılıkları

Sağlık Yönetimi lisans programında okuyan öğrenciler ile ilgili yapılan çalışmanın örneklemine sadece bir üniversitenin dahil edilmiş olması araştırmanın kısıtlılarından biridir. Örnekleme Trakya Üniversitesi’ nin tercih edilmesinin sebebi araştırmacının, araştırmanın yapıldığı dönemde Trakya Üniversitesi’ nde çalışıyor olması ve Edirne ili’ nin coğrafi olarak diğer bölgelere uzak olmasıdır.

Veri toplama aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak ölçek kullanılmıştır. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırmacıların yaşı, kaçınıcı sınıfta oldukları, cinsiyetleri gibi demografik bilgiler yer alırken ikinci bölümde orijinal ismi “California Critical Thinking Disposition Inventor” olan “Kaliforniya Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçek Facione tarafından geliştirilmiş, Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Kökdemir tarafından 2003 yılında yapılmıştır (Aktaran, Erzincanlı, 2010).

BULGULAR

Öncelikle katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanların %76.7 si kadın, %67.1 i öğrenci yurtlarında kalmakta, %33.2 sinin ailesinin gelir durumu 2001-3000 TL arasındadır. Katılımcıların yaş ortalaması 19.72 ± 2.11 ’ dir. Eleştirel düşünme ölçek ortalaması 3.83 ± 0.40 bulunmuştur. Bu değer katılımcıların eleştirel düşünme eğilimlerinin ortalamasının üstünde olduğunu göstermektedir. Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler aşağıdaki tabloda verilmiştir;

Tablo 1. Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler

		Sayı	Yüzde	Ortalama	Standart Sapma
Cinsiyet	Kadın	184	%76.7		
	Erkek	56	%23.3		
Kaldığı yer	Öğrenci evi	49	20.4		
	Öğrenci yurdu	161	67.1		
	Aile evi	22	9.2		
	Diğer	7	2.9		
Aile gelir durumu*	0-1300	42	17.5		
	1301-2000	60	25.7		
	2001-3000	80	33.2		
	3001-4000	32	13.3		
	4000+	22	9.2		
	2				
	3				
	4				
Yaş				19.72	2.11

*Cevap vermeyen 4 katılımcı vardır.

Tanımlayıcı istatistiklerin ardından hipotezler test edilmiştir. Bunun için öncelikle bağımlı değişken durumunda olan “eleştirel düşünme eğilimi” ölçek puanları hesaplanmıştır. Ardından elde edilen ölçek puanları normallik testine tabi tutulmuştur. Normallik testi için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmış, sonuçta serinin normal dağılmadığı anlaşılmıştır ($p=0.005$). Dolayısı ile hipotezler parametrik olmayan testler ile test edilmiştir.

1. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir/göstermemektedir.

Bu hipotezin test edilmesi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Testin anlamlılık değeri $p=0.556$ bulunmuştur. Sonuç olarak H_1 hipotezi reddedilmiş, H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Yani sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

2. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri kaldıkları yerlere göre farklılık göstermektedir/göstermemektedir.

Bu hipotezin test edilmesinde kaldıkları yer seçeneklerinin ikiden fazla kategoride olmasından dolayı yine Kruskal Wallis testi seçilmiştir. Bu test sonuçlarına göre anlamlılık değeri $p=0.283$ bulunmuştur. Dolayısı ile H_1 hipotezi reddedilmiş, H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Yani sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri kaldıkları yerlere göre farklılık göstermemektedir.

3. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ailelerinin gelir durumuna göre farklılık göstermektedir/göstermemektedir.

Gelir durumu değişkeni kişilerin cevap vermede tereddüt etmemeleri için beş gruba ayrılmıştır. Dolayısı ile bu hipotezin test edilmesinde de Kruskal Wallis kullanılmış, testin anlamlılık değeri $p=0.496$ bulunmuştur. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ailelerinin gelir durumuna göre farklılık göstermemektedir.

4. Sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile yaşları arasında bir ilişki vardır/yoktur.

Bu hipotez incelendiğinde hem bağımlı değişken hem de bağımsız değişken ölçümsel veri olma özelliği gösterdiği için ve bağımlı değişken olan eleştirel düşünme eğilimi non-parametrik olduğu için Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Test sonucunda anlamlılık değeri $p=0.923$ bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların yaşları ile eleştirel düşünme eğilimleri arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Eleştirel düşünme ile ilgili olarak eğitim alanında yapılmış çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan bazıları eğitim öğretim sürecinin ilk adımlarına yer verirken bazıları da üniversite eğitimi sürecini kapsamaktadır. Öğretmenlerin eleştirel düşünme eğilimlerini saptamak amacı ile yapılan çeşitli çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalarda katılımcıların eleştirel düşünme eğilimlerinin çeşitli değişkenler açısından incelendiği görülmektedir.

Şen (2009), Türkçe öğretmen adaylarına yönelik olarak yapmış olduğu çalışmada, öğretmen adaylarının eleştirel düşünme eğilimi açısından orta seviyede olduklarını tespit etmiştir. Ayrıca bu çalışmada öğretmen adaylarının eleştirel düşünme eğilimlerinin yaş, cinsiyet, gelir durumu gibi değişkenlere göre değişmediği saptanmıştır. Dolayısı ile bu çalışmanın bulguları ile Şen tarafından yürütülen çalışmanın bulguları paralellik göstermektedir. Öztürk ve Ulusoy tarafından lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan ve 2008 yılında yayınlanan çalışmaya göre lisans düzeyinde eğitim almakta olan hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin düşük olduğu, yüksek lisansta ise eleştirel düşünme eğilimlerinin orta grupta olduğu saptanmıştır. Çeşitli değişkenler açısından hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimleri yaşları ile ilişkili olup yaş arttıkça eleştirel düşünme eğiliminin arttığı saptanmıştır. Ancak cinsiyet, medeni durum, anne-baba eğitim düzeyi gibi değişkenler ile eleştirel düşünme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Dolayısı ile bu çalışmanın da burada elde edilen sonuçlar ile paralellik gösterdiği söylenebilir (Öztürk ve Ulusoy, 2008). Bökeoğlu ve Yılmaz (2005), üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme tutumları ile araştırma kaygıları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, eleştirel düşünme tutumunun cinsiyete göre farklılar gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışma ise bizim çalışmamızın sonuçları ile örtüşmemektedir. Bir başka çalışmada ise beden eğitimi öğrencilerinin buldukları sınıflara göre eleştirel düşünme düzeylerinin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ancak aynı çalışmada eleştirel düşünme düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Saçlı ve Demirhan, 2008). Yurt dışı literatüründe yer alan, Ramasamy (2011) tarafından yürütülen çalışmada da ulusal literatür ile örtüşen sonuçlar bulunmuştur. Buna göre yaş, cinsiyet, okunan bölüm gibi değişkenlere göre eleştirel düşünme eğilimi farklılık göstermemektedir. Görüldüğü gibi literatürde yer alan benzer çalışmaların çoğunda bu çalışma ile örtüşen sonuçlar elde edilmiştir.

Günümüzün rekabet koşulları ve finansal kısıtlılıklar göz önünde bulundurulduğunda, işletmelerde özellikle analiz etme ve karar verme süreçlerinde yöneticilerin hata yapma şansı neredeyse yok denecek kadar azdır. Bu nedenle işletme yöneticilerinin verdikleri kararları analitik bir süzgeçten geçirmesi, olaylara ve durumlara eleştirel yaklaşması ve eleştirel düşünme eğilimlerinin yüksek olması karar verme süreçlerinde hata oranlarını azaltacak, rekabet üstünlüğü sağlayacak stratejik kararların verilmesine imkân sağlayabilmektedir. Söz konusu sağlık işletmeleri olduğunda ise işletmelerde verilen kararların bir de tıbbi boyutu ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği karar vermede hataların yapılmasının sağlık açısından tehlikeler oluşturması mümkün olmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında görev yapacak olan kişilerin hem işletmelerin sürdürülebilirliği açısından hem de sağlık açısından doğru kararlar vermesi gerekmektedir. Dolayısı ile sağlık yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin ortalamasının üzerinde olması, bu bireylerin gelecekte sağlık yönetimi açısından başarılı olma potansiyellerinin olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Cottrell, S. (2011). *Critical thinking skills: Developing effective analysis and argument*. Palgrave Macmillan.
- Çimen, M., (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetimi Eğitimi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), s.136-139.
- Erzincanlı, S. (2010). Hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. E.Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Facione, P. A. (1990). *Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. Research Findings and Recommendations*.
- Glazer, E. (2001). *Using Internet primary sources to teach critical thinking skills in mathematics*. Greenwood Publishing Group.
- Lau, J. Y. (2011). *An introduction to critical thinking and creativity: Think more, think better*. John Wiley & Sons.
- Öztürk, N., & Ulusoy, H. (2008). Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1), 15-25.
- Paul, R., & Elder, L. (2014). *The Miniature Guide to Critical Thinking-Concepts & Tools. The foundation for critical thinking*.
- Ramasamy, 2011. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED526239.pdf>
- Roberts, M. (2015). *Critical thinking and reflection for mental health nursing students*. Learning Matters.
- Saçlı, F., & Demirhan, G. (2008). Beden eğitimi ve spor öğretmenliği programında öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin saptanması ve karşılaştırılması. *Spor Bilimleri Dergisi*, 19(2), 092-110.
- Şen, Ü. (2009). Türkçe öğretmeni adaylarının eleştirel düşünme tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Zeitschrift für die Welt der Türken/Journal of World of Turks*, 1(2), 69-89.
- Şen, Ü. (2009). Türkçe öğretmeni adaylarının eleştirel düşünme tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Journal of World of Turks*, 1(2), s. 69-89.
- Wisdom, S. (Ed.). (2015). *Handbook of Research on Advancing Critical Thinking in Higher Education*. IGI Global.
- <http://www.merih.net/m1/whaysur16.htm>

*Başvuru tarihi: 26.09.2017, Kabul tarihi: 17.10.2017, Yayınlanma tarihi: 20.11.2017

**ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ETİK TUTUM İLE WHISTLEBLOWING
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**RELATIONSHIP BETWEEN ETHICAL ATTITUDE AND WHISTLEBLOWING IN PRIVATE
SECTOR HEALTH WORKERS**

Mustafa Kemal Kördeve¹

ÖZET

Günümüz dünyasında iletişimin kolay ve hızlı yapılabilmesi nedeniyle etik dışı ve yasa dışı olaylar daha hızlı bir şekilde açığa çıkarılabilmektedir. Özellikle sağlık işletmelerinde meydana gelen etik ve yasadışı olayların açığa çıkarılması hem insan sağlığı için hem de kamu yararı için büyük önem arz etmektedir. Bu tip olayların açığa çıkması sağlık hizmetlerinde yapılacak hataları da minimum seviyelere indirmeye yardımcı olacaktır. Özellikle enfeksiyon kaynaklı komplikasyonların ve ölümlerin olması ve bu durumların açığa çıkarılması sağlık hizmetlerinde alınması gereken tedbirleri arttıracaktır.

Bu çalışma İstanbul ili Anadolu yakasında hizmet vermekte olan 3 özel hastane çalışanı üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Çalışmada etik tutum ile whistleblowing arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmaya toplam 124 sağlık çalışanı katılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre etik tutum alt faktörleri olan idealizm, relativizm ve toplumsal alt faktörlerle whistleblowing alt faktörü olan içsel boyut arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Whistleblowing, etik tutum, sağlık işletmesi

ABSTRACT

In recent world, because of the communication is easy and fast, unethical and illegal events can be brought out more quickly. Especially the bring out of unethical and illegal events that occur in health care institutions is very important for both human health and public benefit. Uncover of these types of events will also help to minimize the errors in health services. In particular, the uncover of infection-related complications and deaths will increase the precautions to be taken in health services.

This study was carried out by questionnaire method on health personnel which working three private hospitals that service providing in Anatolia side of Istanbul. The relationship between ethical attitude and whistleblowing was researched in the study. A total of 124 health workers participated in the study. According to the research results, it was determined that the relationship between idealism, relativism and social sub-factors with internal dimension statistically was significant at $p < 0.01$ level.

Keywords: Whistleblowing, Ethical attitude, Health institutions

¹ Dr., Sağlık Yönetimi, İstanbul Gedik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, kordevemustafa@gmail.com

İnternetin yaygınlaşması ile beraber sosyal medyada farklı uygulamaların kullanılmaya başlanması birçok haberin hızlı yayılmasını sağlamıştır. Sosyal medya aracılığıyla bireyler çeşitli konularda tepkilerini dile getirmektedirler. Bu tepkilerden birisi de türkçe karşılığı izharcılık olan whistleblowingdir. Whistleblowing tipik olarak, yanlış giden bir olayı onu durdurma gücü olduğuna inanılan birey ya da örgüte rapor etme olarak tanımlanır ve işçiler tarafından dikkat çekecek bir şekilde ıslık çalma şeklinde tarif edilebilir (Near and Miceli, 1995:680). Whistlebolwing ile çalışanlar örgüt içinde yanlış giden durumları kurum içinde yetkili kişilere veya resmi yollarla ilgili kişilere duyurmaya çalışırlar.

Whistleblowing ilk defa Ralph Nader tarafından 1971 yılında sunulan bir konferansta whistle-blower (ihbarcı) şeklinde kullanılmıştır (Miceli ve Near, 2013:433). Miceli and Near 1985 yılında Whistleblowing’i bir işverene bağlı işçilerin yasadışı, ahlaksız ya da hatalı uygulamalarının ifşa edilmesi olarak tanımlamışlardır (Bowen, Call, Rajgopal, 2010:1240). Karşılaştıkları yasa veya etik dışı davranış ve durumları ilgili mercilere bildiren kişilere ise whistleblower denilmektedir (Saygan, 2011:7). Organizasyon içindeki kötü ve yanlış davranışların raporlanması veya açığa çıkarılması sanıldığı kadar kolay değildir (Aktan, 2016:25). Bireyler örgütte diğer çalışanların misilleme yapacağı korkusuyla yasa veya etik dışı olayı açığa çıkarmaktan çekinebilirler (Özler, Şahin ve Atalay, 2010:172). Ya da işçinin sadakat borcunun kapsamına giren yükümlerden birisi olan işyerinde öğrendiği işle, işyeri ile ya da işverenle ilgili ticari bilgileri üçüncü şahıslara bildirmemesi (Aydın, 2003:84) gibi durumlar buna engel teşkil etmektedir. Bu nedenlerle çalışanlar whistleblowingte genel olarak kendi isimlerini kullanmaktan çekinebilirler. Ya isimsiz ya da kod isimle ihbar yolunu seçerler. Böylece etik veya yasa dışı olayı ifşa etmekle whistleblower psikolojik ve vicdani rahatlama hissetmektedir (Uyar ve Yelgen, 2015:93)

Whistleblowing özellikle hizmet işletmelerinde kendini göstermekle beraber sonuçlarının daha gözle görülebilir olması ve çıktılarının insan hayatına mal olması nedeniyle sağlık hizmetlerinde daha önemli bir yere sahip hale gelmiştir (Taş, 2015:2). İnsan sağlığı bütünlüğünü bozacak yanlışların yapılması insanın hem biyolojik yapısının hem de psikolojik yapısını derinden etkileyecektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde minimum hatayla çalışma esastır. Ancak zaman zaman sağlık hizmetlerinde de çok ciddi hatalar yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yapılan hatalar hem medya aracılığıyla hem de whistleblowerlar tarafından sık sık gündeme getirilmektedir.

METODOLOJİ

Araştırma İstanbul ili Anadolu yakasında faaliyet gösteren üç özel hastane çalışanları üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma özel hastane çalışanlarının etik tutum ve izharcılık yaklaşımları arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan nicel bir araştırmadır. Araştırmada Taş’ın araştırmasında kullandığı ölçek (Taş, 2015) 5’li Likert tipi ölçek tipinde kullanılmıştır.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı özel hastane çalışanlarında etik tutum ile whistleblowing arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bu amaçla araştırmacı tarafından bir ölçek uygulanmıştır. Katılımcıların cevaplarını ‘Hiç Katılmıyorum (1)’ seçeneğinden ‘Kesinlikle Katılıyorum (5)’ seçeneğine doğru vermeleri istenmiştir. Anketler, “SPSS Statistics 22.0” programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yasal izin problemleri nedeniyle İstanbul Anadolu yakasında hizmet vermekte olan üç özel hastane ile sınırlı kalmıştır. Araştırmaya katılım gönüllü olduğundan 124 kişi katılmıştır.

Araştırmanın evren ve örneklemi

Araştırma Haziran 2017 ve Ağustos 2017 tarihleri arasında 3 aylık bir periyotta yapılmıştır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp gönüllü olanlar üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya 85 kadın ve 39 erkek olmak üzere toplam 124 kişi katılmıştır. Katılımcılara ait demografik değişkenler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Değişkenler Tablosu

Değişkenler		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hastane adı	X hastanesi	55	44,4	44,4	44,4
	Y hastanesi	39	31,5	31,5	75,8
	Z hastanesi	30	24,2	24,2	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Yaş	18-27	56	45,2	45,2	45,2
	28-37	38	30,6	30,6	75,8
	38-47	22	17,7	17,7	93,5
	48-57	5	4,0	4,0	97,6
	58 yaş ve üzeri	3	2,4	2,4	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Cinsiyet	Kadın	85	68,5	68,5	68,5
	Erkek	39	31,5	31,5	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Eğitim durumu	İlköğretim	9	7,3	7,3	7,3
	Ortaöğretim (Lise)	46	37,1	37,1	44,4
	Ön lisans	37	29,8	29,8	74,2
	Lisans	23	18,5	18,5	92,7
	Yüksek lisans ve üzeri	9	7,3	7,3	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Medeni durum	Evli	63	50,8	50,8	50,8
	Bekar	61	49,2	49,2	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Çocuk sayısı	Yok	63	50,8	50,8	50,8
	1	30	24,2	24,2	75,0
	2	24	19,4	19,4	94,4
	3	7	5,6	5,6	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Aylık gelir	1300-2000	66	53,2	53,2	53,2
	2001-2700	16	12,9	12,9	66,1
	2701-3400	8	6,5	6,5	72,6
	3401-4100	14	11,3	11,3	83,9
	4101 ve üzeri	20	16,1	16,1	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Meslek	Yardımcı sağlık	53	42,7	42,7	42,7

	personeli				
	Hekim	17	13,7	13,7	56,5
	İdari personel	45	36,3	36,3	92,7
	Yönetici	3	2,4	2,4	95,2
	Diğer Sağlık personeli	6	4,8	4,8	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
İş hayatında kaçınıcı yılınız	1-3 Yıl	41	33,1	33,1	33,1
	4-10 Yıl	40	32,3	32,3	65,3
	11 Yıl ve üzeri	43	34,7	34,7	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	
Bu sağlık kuruluşunda kaç yıldır çalışıyorsunuz	1-3 Yıl	65	52,4	52,4	52,4
	4-10 Yıl	45	36,3	36,3	88,7
	11 Yıl ve üzeri	14	11,3	11,3	100,0
	Toplam	124	100,0	100,0	

Çalışma toplam 3 özel hastane çalışanları üzerinde yapılmıştır. Buna göre X hastanesinden 55, Y hastanesinden 39, Z hastanesinden ise 30 kişi katılım sağlamıştır. Katılımcıların %45,2'si 18-27 yaş aralığında, %30,6'sı 28-37 yaş aralığında, %17,7'si 38-47 yaş aralığında, %4'ü 48-57 yaş aralığında, %3'ü ise 58 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır.

Katılımcıların %68,5'i kadın, % 31,5 ise erkeklerden oluşmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında %37,1 ortaöğretim, %29,8 ise ön lisans mezunlarından oluşmaktadır. En az yüzdeye ise %7,3 ile ilköğretim ve Yüksek Lisans ve üzeri grup sahiptir.

Aylık gelirden dikkat çeken nokta %53,2'nin 1300-2000 TL aralığında yer almasıdır. En az gelir grubu ise %6,5 ile 2701-3400 gelir grubudur. Çalışmaya en çok katılımı yardımcı sağlık personel (%42,7) ve idari personel (%36,3) göstermiştir.

Çalışmada I. bölümde 9 bağımsız ve II. bölümde 34 bağımlı olmak üzere toplam 43 sorudan oluşan bir ölçek kullanılmıştır. Anketi oluşturan her bir sorunun madde analizi yapılarak, anketin bütününe katkısı araştırılarak ortaya konulmuştur. Soru-Bütün istatistiklerine göre Cronbach's Alfa katsayılarında ilgili soru çıkarıldıktan sonraki değişimler arasında önemli bir farklılık gözlenmediğinden bütün soruların ölçekte yer alması gerektiği değerlendirilerek soru çıkarılmamıştır. Çalışmanın II. bölümündeki 20 soru etik değerlerle 14 soru ise whistleblowing ile ilgili sorulardır. Bu nedenle etik ve whistleblowing ile ilgili ayrı ayrı faktör analizi yapılmıştır.

Etik felsefe ile ilgili 20 sorunun güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği $\alpha = ,876$ olarak iyi bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ($KMO=,812>0,60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %64,126 olan 4 faktör altında toplanmıştır. Elde edilen ilk iki faktörde Taş'ın çalışmasında geçen isim kullanılmıştır (Taş, 2015:65). Diğer iki faktöre ise 'Durumsal Faktör ve Toplumsal Faktör' ismi verilmiştir'.

Tablo 2. Etik ile ilgili Faktör Analizi

	Sorular	Component			
		1	2	3	4
İdealizm	Başkasına zarar verme ihtimali olan bir riskten kaçınılmalıdır.	,824			
	Bir insanın herhangi bir eylemi, küçük bile olsa asla bir başkasına zarar vermemelidir	,808			
	Bir başkasına asla fiziksel ya da psikolojik zarar verilmemelidir.	,774			
	Başkalarının itibarını ve onurunu kırıcı bir eylemden kaçınılmalıdır.	,770			
	Olayla ilgisi olmayan masum bir kişiye zarar verebilecek bir eylemden kaçınılmalıdır.	,770			
	Kazanç ne olursa olsun, başkasına zarar verme potansiyeli olan her işten kaçınılmalıdır.	,732			
Relativizm	Etik anlayış kişiden kişiye değişeceği için, herkesi kapsayan bir etik anlayış geliştirilemez.		,817		
	İnsanlar arası ilişkilerde her bireyin kendi etik anlayışını oluşturmasına izin verilmelidir.		,799		
	Etik değerler hakkında katı kurallar koymak insan ilişkilerinin gelişmesini engeller		,711		
	Etik kurallar insanları nasıl davranması gerektiğini göstermekle beraber başkalarını yargılamak için kullanılmamalıdır.		,710		
	Etik standartlar bireysel olarak değerlendirilmeli, birisine etik gelen bir durum bir başkasına etik gelmeyebilir.		,616		
	Etik kurallar yazılı kurallar haline dönüştürülecek kadar önemli değildir.		,593		
	Neyin etik olup olmadığı, topluma ve içinde bulunulan duruma göre değişir.		,582		
	Farklı etik anlayışlar olabilir, bu etik anlayışlardan biri doğru diğerleri yanlış denilemez.		,555		
Toplumsal	Etik davranmak kişiyi mükemmel insan modeline yaklaştırır.		,767		
	Her ne olursa olsun başkalarının refahını bozmamak gerekir.		,700		
	Toplumlar, insanların onuru ve refahı, dikkate alınması gereken en önemli konu olmalıdır.		,682		
	Bir eylemi, faydası zararından fazla diyerek yapmak etik dışıdır.		,436		
Durumsal	Bir yalanın etik olup olmadığı şartlara göre değerlendirilmelidir.				,901
	Bazı durumlarda kişinin yalan söylemesi kabul edilebilir.				,876
Extraction Method: Principal Component Analysis.					
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.					
a. Rotation converged in 6 iterations.					

Whistleblowing ölçeğinin güvenilirliği $\alpha = ,901$ olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Bartlett testi sonucunda ($p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ($KMO=,854>0,60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı

kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %60,275 olan 2 faktör altında toplanmıştır. Elde edilen faktörler için Taş'ın çalışmasında kullandığı (Taş, 2015:66) isimler kullanılmıştır.

Tablo 3. Whistleblowing Faktör Analizi

Sorular	Component	
	1	2
Hatadan kurumumdaki üst yönetimin haberdar olmasını sağlarım.	,873	
Hatayı kurumumdaki sorumlu amire rapor ederim	,817	
Sorunu çözebileceğine inandığım yetkili bir kişinin hatadan haberdar olmasını sağlarım.	,775	
Hatadan, sorunu çözebileceğine inandığım meslektaşımın haberdar olmasını sağlarım.	,719	
Hatayı, kendim hakkında detaylı bilgi vererek rapor ederim.	,630	
Hatayı gerçekleştiren kişinin yöneticisine rapor ederim.	,554	
Hatayı, kendi adımla da belirterek rapor ederim.	,531	
Hatayı rapor ederken resmi yolları kullanırım.	,510	
Kamuoyunun hatadan haberdar olmasını sağlarım.		,864
Hatayı rapor ederim fakat kendimle ilgili hiçbir bilgi vermem.		,803
Hatayı kurumun dışındaki yetkili mercilere rapor ederim.		,782
Hatayla ilgili farklı birimlere (polis, savcılık, medya gibi) bilgi sağlarım.		,751
Hatayı sahte bir isimle rapor ederim.		,725
Hatayı önce kurum içindeki ilgili kişilere sonra kurum dışındaki ilgili kişilere rapor ederim.		,665
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 3 iterations.		

Yapılan korelasyon analizi ile sorular ve sorulardan oluşan faktörler arasındaki ilişki düzeyleri araştırılmıştır. Bölüm soruları arasında hem %1 hem de %5 anlamlılık düzeyinde çok sayıda ilişki bulunmuştur. Faktör analizinde elde edilen faktör bileşenleri skorları toplanarak elde edilen faktörler arasındaki ilişkiler ise aşağıda korelasyon tablosunda gösterilmiştir

Tablo 4. Korelasyon Tablosu

		İdealizm	Relativizm	Toplumsal	Durumsal	İçsel Boyut	Dışsal Boyut
İdealizm	Pearson Correlation	1	,000	,000	,000	,303**	,035
	Sig. (2-tailed)		1,000	1,000	1,000	,001	,702
	N	123	123	123	123	123	123
Relativizm	Pearson Correlation	,000	1	,000	,000	,206*	,175
	Sig. (2-tailed)	1,000		1,000	1,000	,022	,052
	N	123	123	123	123	123	123
Toplumsal	Pearson Correlation	,000	,000	1	,000	,325**	-,146
	Sig. (2-tailed)	1,000	1,000		1,000	,000	,108
	N	123	123	123	123	123	123
Durumsal	Pearson Correlation	,000	,000	,000	1	-,080	,487**
	Sig. (2-tailed)	1,000	1,000	1,000		,378	,000

	N	123	123	123	123	123	123
İçsel Boyut	Pearson Correlation	,303**	,206*	,325**	-,080	1	,000
	Sig. (2-tailed)	,001	,022	,000	,378		1,000
	N	123	123	123	123	124	124
Dışsal Boyut	Pearson Correlation	,035	,175	-,146	,487**	,000	1
	Sig. (2-tailed)	,702	,052	,108	,000	1,000	
	N	123	123	123	123	124	124

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

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

İdealizm ile içsel boyut arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=,303$; $p=0,001<0.01$). relativizm ile içsel boyut arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=,206$; $p=0,022<0.05$). Toplumsal alt faktör ile içsel boyut arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=,325$; $p=0,000<0.01$). Durumsal alt faktör ile dışsal boyut arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=,487$; $p=0,000<0.01$). Bulunan ilişkiler regresyon analizine tabi tutulmuştur.

BULGULAR

1.İdealizm, relativizm ve toplumsal alt faktörlerin içsel boyut üzerindeki etkisini araştırmak için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 5. Model Özeti Tablosu

Model	R	R2	Düzeltilmiş R2	Tahmini Hata	Standart
1	,490 ^a	,240	,221	,88637127	

a. Belirleyiciler: (Sabit), Toplumsal, Relativizm, İdealizm

R Square sütunundaki bağımsız değişken durumundaki idealizm, relativizm ve toplumsal alt faktörleri bağımlı değişken durumundaki İçsel boyut değişkenine ait varyansı %24 oranında açıklamaktadır. Diğer bir ifadeyle içsel boyut %24 oranında bu faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir.

Tablo 6. Anova Tablosu

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1 Regresyon	29,490	3	9,830	12,512	,000 ^b
Kalan	93,493	119	,786		
Toplam	122,983	122			

a. Bağımlı değişken: İçsel Boyut

b. Bağımsız değişken: (Sabit), Toplumsal, Relativizm, İdealizm

Anova tablosunun anlamlılık sütunundaki değer değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir [F (3,119)= 12,512; $p < 0,01$].

Tablo 7. Katsayı Tablosu

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		Sig.
	B	Std. Hata	Beta	t	
1 (sabit)	,001	,080		,013	,990
İdealizm	,304	,080	,303	3,787	,000
Relativizm	,207	,080	,206	2,580	,011
Toplumsal	,326	,080	,325	4,067	,000

a. Bağımlı değişken: İçsel Boyut

Katsayı tablosuna göre; İçsel boyut ile idealizm ve toplumsal hizmet arasındaki ilişki $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır. İçsel boyut ile relativizm arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı değildir. Relativizm, içsel boyuta anlamlı bir katkı yapmamaktadır.

$$\text{İçsel Boyut} = 0,001 + 0,304 \text{ İdealizm} + 0,207 \text{ Relativizm} + 0,326 \text{ Toplumsal Alt Faktör}$$

2. Durumsal alt faktörün dışsal boyut üzerindeki etkisini araştırmak için ikili regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 8. Model Özeti Tablosu

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini Standart Hata
1	,487 ^a	,237	,230	,88032726

a. Belirleyiciler: (Sabit), Durumsal

R Square sütunundaki bağımsız değişken durumundaki durumsal alt faktör, bağımlı değişken durumundaki dışsal boyut değişkenine ait varyansı %23,7 oranında açıklamaktadır. Diğer bir ifade ile dışsal alt faktörünün %23,7'sinin durumsal alt faktöre bağlı olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 9. Anova Tablosu

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare		Sig.
			F		
1 Regresyon	29,092	1	29,092	37,540	,000 ^b
Kalan	93,772	121	,775		
Toplam	122,864	122			

a. Bağımlı değişken: Dışsal Boyut

b. Bağımsız değişken: (sabit), Durumsal

Anova tablosunun anlamlılık sütunundaki değer değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir [F (1,121)= 37,540; $p < 0,01$].

Tablo 10. Kasayı Tablosu

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
	B	Std. Hata	Beta		
1 (sabit)	-,003	,079		-,038	,970
Durumsal	,488	,080	,487	6,127	,000

a. Bağımlı değişken: Dışsal Boyut

Kasayı (Coefficients) tablosu ise, regresyon denklemini için kullanılan regresyon katsayılarını ve bunların anlamlılık düzeylerini vermektedir. Durumsal alt faktörün katsayısı 0,488 sabit değeri ise -0,003'tür ($Y = 0,488X + -0,003$). Bu değer dışsal boyutun durumsal alt faktörden nasıl etkilendiği göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Üç özel hastanede sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmaya katılan katılımcıların %75,8'i 18-27 yaş ve 28-37 yaş aralığında olması özel sağlık hizmeti çalışanlarının genç çalışanlardan oluştuğunu göstermektedir. Bununla beraber maaş aralığının %53,2'nin 1300-2000 TL aralığında olması genel anlamda özel sektör sağlık çalışanlarının düşük maaş aralığında çalıştığını ifade etmektedir.

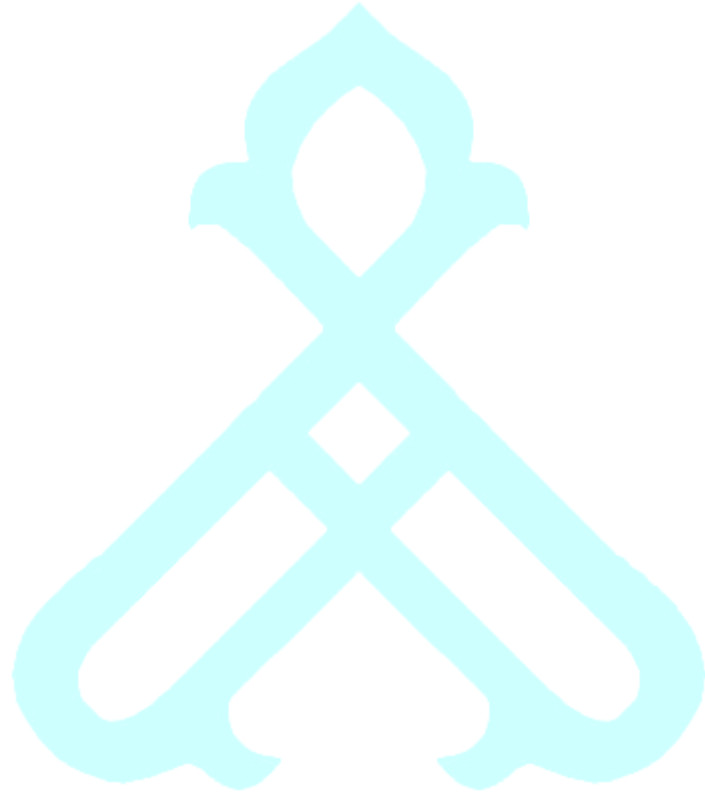
Çalışmada etik tutum alt faktörleri ile whistleblowing (İçsel ve Dışsal boyut) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ilişkiye rastlanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da whistleblowing ile yardımsever etik iklim arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($p < 0,01$, $r = ,235$) anlamlı ilişkiye rastlanmıştır (Sayğan ve Bedük, 2013: 16).

Çalışmada katılımcıların %94,4'ü örnek olayda geçen hastane kaynaklı bebek ölümlerinde hatayı amirine rapor edeceğini, %72,6'sı hatayı kendi ismini vererek rapor edeceğini, %90,3'ü hatadan üst yönetimi haberdar edeceğini, %31,4'ü hatayı sahte isimle rapor edeceğini ifade etmiştir. Çalışmaya göre özel sektör sağlık çalışanları arasında etik ve yasa dışı olayların ihbarı benimsenmiş bir durumdur. Candan ve Kaya yaptıkları çalışmada benzer bir sonuca ulaşmış ve maliye çalışanlarının ihbarcılık eğilimlerinin iyi düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir (Candan ve Kaya, 2015, 325).

Çalışanların büyük çoğunluğu hatayı yetkili amirine ve üst yönetime rapor edeceğini beyan etmiştir. Aynı sonucu başka bir çalışmada daha rastlanılmıştır (Celep ve Konaklı, 2012:76). Bu da araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

Katılımcıların %58,9'u hatayı kurum dışı yetkili mercilere rapor edeceğini ifade etmiştir. Yılmaz'ın yaptığı çalışmaya göre ise çalışanlar kurum dışındaki kişilerle paylaşmaya olumsuz fikir beyan etmişlerdir (Yılmaz, 2015:148).

Sağlık hizmetlerinde etik ve yasa dışı durumların çalışan tarafından açığa çıkarılması insan sağlığı ve kamu yararı açısından önem arz etmektedir. Her ne kadar çalışanın iş verene sadakat borcu olsa da usulz durumun açığa çıkarılması kamu yararı açısından önemlidir (iğdem, 2012 :72). Bu nedenle daha geniş kapsamlı ve karşılaştırmalı araştırmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Aktan, C. C. (2006). Organizasyonlarda Yanlış Uygulamalara Karşı Bir Sivil Erdem, Ahlaki Tepki ve Vicdani Ret Davranışı: Whistleblowing. *Mercek Dergisi*, 1(13), 1-13.
- Aydın, U. (2003). İş hukuku açısından işçinin bilgi uçurması (Whistleblowing). *Sosyal Bilimler Dergisi* 2002-2003, 79-100.
- Bowen, R. M., Call, A. C., & Rajgopal, S. (2010). Whistle-blowing: Target firm characteristics and economic consequences. *The Accounting Review*, 85(4), 1239-1271.
- Candan, H., Kaya, T. P. (2015). İhbarcılık (whistleblowing) ve Algılanan Örgütsel Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Kamu Kurumunda Araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(02), 305-330.
- Celep, C., Konaklı, T. (2012). Bilgi Uçurma: Eğitim Örgütlerinde Etik ve Kural Dışı Uygulamalara Yönelik Bir Tepki/Whistleblowing: A Response to Unethical and Illegitimate Practices in Educational Organizations. *e-international Journal of Educational Research*, 3(4), 65-88.
- Çiğdem, S. (2012). Büro Yönetiminde Whistleblowing ve Etik İlişkisi. 11. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi, 64-75.
- Kadın Girişimciliğinde Yönetimsel Etik Değerler ve İfşa (Whistleblowing): Mersin İlinde Uygulamalı Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilgi Yönetimi Ana Bilim Dalı.
- Miceli, M. P., Near, J. P. (2013). An international comparison of the incidence of public sector whistle-blowing and the prediction of retaliation: Australia, Norway, and the US. *Australian Journal of Public Administration*, 72(4), 433-446.
- Near, J. P., Miceli, M. P. (1995). Effective-whistle blowing. *Academy of management review*, 20(3), 679-708.
- Özler, D. E., Şahin, M. D., & Atalay, C. G. (2010). Teorik bir çerçevede whistleblowing-Etik anlayışı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 169-194.
- Sayğan, S. (2011) Whistleblowing ve Örgütsel Etik İklimi İlişkisi Üzerine Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Sayğan, S., Bedük, A. (2013). Ahlaki Olmayan Davranışların Duyurulması (Whistleblowing) ve Etik İklimi İlişkisi Üzerine Bir Uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-23
- Taş, F. (2015) Özel ve Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İzharcılık (Whistleblowing) Tutumları Üzerine Bir Çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi.*
- Uyar, S., Yelgen, E. (2015). Bilgi İfşası (Whistleblowing) ve Denetim. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 85-106.