

ISSN: 2667-5897

Sosyal
Araştırmalar ve Yönetim
Dergisi (SAYOD)

SAYOD

Editör
Prof. Dr. Şebnem ASLAN

(Yıl: 2021, Sayı: 1 / Year: 2021, Issue: 1)



SAYOD

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD)

(Journal of Social Research and Management)

Sayı: 1 • Nisan 2021

Issue: 1 • Nisan 2021

ISSN: 2667-5897

<http://dergipark.gov.tr/sayod>
e-posta: www.sayodergisi@gmail.com

Dergi Ofis Adresi (Office Address)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

SAYOD, ulusal hakemli ve açık erişimli bilimsel bir dergidir.

Baş Editör (Editor in Chief)
Prof. Dr. Şebnem ASLAN

Editör Kurulu (Editorial Board)

- Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Selçuk University, Turkey
Prof. Dr. Sandeep Kumar GUPTA, IIMT College of Engineering (Management), Greater Noida, India
Prof. Dr. Sayonara de Fátima TESTON, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Andrea BENCSIK, NJ. Selye University, Komarno, Slovakia
Prof. Dr. Patrick ZAWADZKI, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Nadiia P. REZNIK, National University of Life and Environment Science of Ukraine, Ukraine
Prof. Dr. Suzete Antonieta LIZOTE, University of Itajai Valley, Brazil
Prof. Dr. Akbar VALADBİGI, Elmi-Karbordi University, Jahad-e Daneshgahi, Sanandaj, Iran
Prof. Dr. Arceloni Neusa VOLPATO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Valeriia Y. PROKOPENKO, V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine
Prof. Dr. Beatriz Lucia Salvador BIZOTTO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Madhur GUPTA, St Xavier's College (Management), Bangalore, India
Prof. Dr. Camilia Susana FALER, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Tahir AKGEMCİ, Selçuk University, Turkey
Prof. Dr. Basheer Yousif Ismail, Duhok Politechnic University, Department of Accounting, Iraq
Prof. Dr. Ni Made Eka MAHADEWI, Bali Tourism Polytechnic (Management), Indonesia
Prof. Dr. Shikha KAPOOR, Amity University, Noida, India
Prof. Dr. Nilgün Caner SARP, İstanbul Bilgi University, Turkey
Prof. Dr. Md. Zahir Uddin ARIF, Jagannath University, Dhaka, Bangladesh
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara University, Turkey
Dr. Praveen Kumar SHARMA, Jaypee Institute of Information Technology, India

Temel İletişim [Primary Contact]

PhD. Demet AKARÇAY ULUTAŞ
demetakarçay@gmail.com
+90332 444 12 51-7460

PhD. Erhan KILINÇ
erhank23@hotmail.com
+90 554 125 46 53

Lecturer Fatih SÜNBÜL
fatihsunbul@kilis.edu.tr
+90 553 305 83 70

Teknik İletişim [Technical Contact]

Araş. Gör. Seda UYAR
seda_inan@outlook.com

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) yılda bir kez yayınlanan ulusal hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez.

Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir.

Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

Journal of Social Research and Management is an national peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources.

The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors.

The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

DERGİ ADI: SOSYAL ARAŞTIRMALAR VE YÖNETİM DERĐİSİ (SAYOD)

AMAÇ VE KAPSAM

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) sosyal bilimler ile yönetim bilimleri alanında gerçekleştirilen özgün nitelikteki çalışmalarına yer vererek literatüre katkı sağlamanın yanında sosyal bilimler ile yönetim bilimleri alanındaki sorunların çözümü noktasında da araştırmacılara yol göstermektedir. Derginin amacı, sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanında yapılan ulusal düzeyde bilimsel nitelikteki çalışmalarını evrensel ilke, değer ve yöntemlere uygun olarak yayımlayarak sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanına katkıda bulunmaktadır. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), sosyal bilimler (eğitim bilimleri, ilahiyat, iletişim, coğrafya, tarih, dilbilim, psikoloji, antropoloji, felsefe, filoloji, müzikoloji, güzel sanatlar, sosyoloji, arkeoloji, ekonomi, uluslararası ilişkiler, sosyal hizmet, siyaset bilimi, uluslararası çalışmalar, iş yönetimi, ekonometri, uygulamalı istatistik, hukuk, kamu yönetimi) ile yönetim bilimleri alanında yapılan özgün nitelikte çalışmalarını yayımlanmaktadır.

JOURNAL NAME: JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND MANAGEMENT

AIMS AND SCOPE:

The Journal of Social Research and Management provides support for researchers in the field of social sciences and management sciences, as well as contributes to the literature by including original studies in the social and management sciences. The aim of the journal is to contribute to the field of social sciences and management sciences by publishing scientific studies at the national level in the field of social sciences and management sciences in accordance with universal principles, values and methods. Journal of Social Research and Management publish original studies in varies fields such as social sciences (education sciences, theology, communication, geography, history, linguistics, psychology, anthropology, philosophy, philology, musicology, fine arts, sociology, archeology, economics, international relations, social work, political science, international studies, business management, econometrics, applied statistics, law, public administration) and management sciences.

DERGİ GENEL İLKELER

1. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) uluslararası hakemli bir dergi olup yılda 1 kez yayınlanır. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar da yayınlanabilir.
2. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), ulusal ve uluslararası düzeyde bilimsel nitelikteki çalışmaları yayınlanarak sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'nde (SAYOD) sosyal bilimler (eğitim bilimleri, ilahiyat, iletişim, coğrafya, tarih, dilbilim, psikoloji, antropoloji, felsefe, filoloji, müzikoloji, güzel sanatlar, sosyoloji, arkeoloji, ekonomi, uluslararası ilişkiler, sosyal hizmet, siyaset bilimi, uluslararası çalışmalar, iş yönetimi, ekonometri, uygulamalı istatistik, hukuk, kamu yönetimi) ile yönetim bilimleri alanında yapılan özgün nitelikte ve daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış olan çalışmalar yayınlanmaktadır. Ayrıca sunulduğu yer, toplantı ve tarihin kaydedilmesi ile başka bir yerde yayınlanmamış olması şartıyla sempozyum bildirileri de yayınlanabilir. Ancak bu yayın etkinliğinden kaynaklanması muhtemel herhangi bir sorunun sorumluluğu yazara aittir.
3. Yayınlanması için Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilen yazıların daha önce herhangi bir mecrada yayınlanmamış olması ve sisteme eklendiğinde bir başka yayın organının yayın değerlendirme sürecinde bulunmaması gerekir.
4. Yayınlanması için Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) yayınlanması için yazı göndermek isteyenlerin, yazılarını sayodergisi@gmail.com adresine göndermeleri gerekmektedir.
5. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'nde (SAYOD) yayınlanması için gönderilen çalışmaların sayodergisi@gmail.com adresine gönderilmesi yazının yayınlanması için başvuru olarak kabul edilmekte ve yazının değerlendirilme süreci başlamaktadır.
6. Başvurunun yapılmasından yazının yayınlanması aşamasına kadar uzanan süreçteki bütün işlemler mail ortamında gerçekteşmektedir.
7. Yayınlanması için Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne(SAYOD) gönderilen yazıların basım ve yayın hakları dergiye devredilmiş olur. Bu yazılar dergi yönetiminden izin alınmaksızın bir başka yayın organında yayınlanamaz, çoğaltılamaz ve kaynak gösterilmeden kullanılamaz. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), yayınlamış olduğu metinleri çeşitli mecralarda yayınlatabilir.
8. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne(SAYOD) gönderilmiş yazılardan kaynaklanması muhtemel herhangi bir yasal, hukuksal, ekonomik ve etik sorumluluk, söz konusu yazı yayınlanmış olsa bile yazar/yazarlarına aittir. Dergi herhangi bir yükümlülük kabul etmez.
9. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim (SAYOD) Dergisi'ne yayın dili Türkçe olmakla birlikte İngilizce, Almanca dillerinde yazılmış yazılar da değerlendirmeye tabi tutulur ve hakemler tarafından yayımlanması uygun görüldüğu takdirde yayınlanır.

DEĞERLENDİRME SÜRECİ

1. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilen yazılara isim veya yazarın kimliğini deşifre edici herhangi bir bilgi yazılmamalıdır. Hakem sürecinden geçerek yayınlanması uygun görülen yazıların yazarlarına ait bilgiler yayın aşamasında editörler tarafından eklenir.
2. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilen her yazı, ilk olarak editör veya editör yardımcısı tarafından yazım ve yayın ilkelerine uygunluğu bağlamından değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucunda, yazar tarafından yapılması gereken düzeltmeler olursa, yazı, editörler tarafından düzeltme istenerek yazara iade edilir.
3. Yazım ilkelerine uygun olmayan yazılar hakeme gönderilmez.
4. Yazım ve yayın ilkeleri açısından değerlendirilmeye uygun bulunan yazılar hakemlere yönlendirilir. Editör onayından geçen her yazının değerlendirilmesi için en az iki hakem görevlendirilir. Hakemler yazının temsil ettiği alan ve anabilim dalında uzmanlıkları bulunan kimseler arasından seçilir.
5. Hakem ve yazarların isimleri karşılıklı olarak birbirlerinden gizli tutulur.
6. Hakemlerin kendilerine gönderilen yazıyı değerlendirme süreleri azami 20 gündür. Bu süreç sonunda rapor edilmeyen yazı için yeni bir hakem tayin edilir.
7. Alan değerlendirmesinden iki olumlu hakem raporu alan yazı yayınlanmaya hak kazanır. Bir olumlu bir olumsuz hakem raporu alan yazı, üçüncü bir hakeme gönderilir ve yazının yayınlanıp yayınlanmaması üçüncü hakemin raporu doğrultusunda belirlenir.
8. Hakemler, düzeltme istedikleri yazıyı yayınlanmadan önce bir kez daha görmek isteyebilirler. Bu talebin raporda belirtilmesi durumunda metnin düzeltilmiş biçimi sistem tarafından otomatik olarak hakeme gönderilir.
9. Yazarlar, makul çerçevede ve ikna edici verilerle birlikte hakem raporuna itiraz edebilirler. İtirazlar dergi yönetimi tarafından incelenir ve uygun görüldüğu takdirde konu ile ilgili olarak farklı bir hakemin (ya da hakemlerin) görüşlerine başvurulabilir.
10. Dergi editörleri, hakemler tarafından verilen düzeltmeleri titizlikle takip eder. Bu doğrultuda, editörler tarafından bir yazının yayınlanması ya da yayınlanmaması yönünde karar alınabilir.
11. Dergide yayınlar ücretsizdir.

YAZIM İLKELERİ

1. Yayınlanması amacıyla Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilmiş olan özgün makalelerin yüklenecek word (.doc, .docx) uzantılı metni üzerinde yazarlara dair isim ve ya başka bir bilgi bulunmamalı, yazarlar bu bilgileri sistem üzerinde belirtmelidir. Makalenin başında en az 150, en fazla 200 kelimedenden oluşan Türkçe (Özet), İngilizce (Abstract) ve 3-5 kelimelik Türkçe (Anahtar Kelimeler), İngilizce (Keywords) ile Türkçe ve İngilizce başlık yer almalıdır. Tam metinler 8000 kelimeyi aşmamalıdır.
2. Makalelerde yapılan atıflar için APA sistemi kullanılmalıdır.
3. Metnin sonunda KAYNAKÇA başlığı altında çalışmada kullanılan kaynakların bir listesi verilir. Çalışmada kullanılan referansların listelendiği bu kaynakça, yazar soyadı sıralamasına göre ve alfabetik olarak hazırlanır.
4. Yazılara üst-bilgi, alt-bilgi ve sayfa numarası verilmez.
5. İmla ve noktalama işaretleri için, metnin içeriği ile ilişki olan farklılıklar dışında TDK'nin yazım ve imla kılavuzu esas alınır.
6. Sisteme eklenecek yazıların sayfa düzeninin yazar tarafından ve şu değerlere uygun bir biçimde yapılmış olması gerekir:
Kâğıt Boyutu: A4 Dikey (Makalede yatay sayfalara yer verilmemeli)
Üst Kenar Boşluk: 3 cm
Alt Kenar Boşluk: 3 cm
Sol Kenar Boşluk: 3 cm
Sağ Kenar Boşluk: 3 cm
Yazı Tipi: Times New Roman
Yazı Boyutu: Başlıkta 12, metinde 11, özetlerde 10
Paragraf Aralığı: Önce 6 nk – sonra 0 nk
Paragraf Girintisi: Metinde paragraf girintisi kullanılmayacaktır.
Satır Aralığı: Metinde 1.15
7. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) Yayın İlkeleri'ne herhangi bir açıdan uygunluk arz etmeyen yazılar değerlendirilmeye alınmaz.

PUBLISHING POLICIES OF JOURNAL

1. Journal of Social Research and Management is published annually and has a peer review process. Special or additional issues may also be published if necessary.
2. Journal of Social Research and Management aims to contribute social and management sciences by publishing national and international scientific studies. Journal of Social Research and Management publishes original original studies in various fields such as social sciences (education sciences, theology, communication, geography, history, linguistics, psychology, anthropology, philosophy, philology, musicology, fine arts, sociology, archeology, economics, international relations, social work, law, public administration) and management sciences. Moreover, studies that presented in a scientific meeting may be published in the journal providing the records about venue, name and the date of the meeting and that it has not been published in any journal or media. In such a case, all responsibilities belong to the authors.
3. Submitted articles/manuscripts to the journal of social research and management should not been previously in any journal or media and sent to any journal review process.
4. All rights of the articles have been assigned to the journal within the publishing process. Accepted manuscripts for the publication are not reproduced, used or published in any other media without permission of the journal management. Journal of social research and management may publish the articles various data bases or the other media.
5. All legal, economic and ethical responsibility of the articles that sent to Journal of social research and management for publishing belong to the author(s).
6. Journal of social research and management publishes articles in English, Turkish and German.

EVALUATION PROCESS

1. Any information about authors should not be written in paper/manuscripts that submitted to the journal of social research and management. Author information would be added to the papers in publication process.
2. All manuscripts are reviewed initially by the Editors as to aims, scope, principles and standards of the journal. The manuscripts may be sent to the authors for revision. After this editorial evaluation, appropriate manuscripts will be sent for outside review.
3. The manuscripts that are not appropriate for guidelines of the journal, are not directed to the reviewers.
4. All manuscripts are evaluated by at least two reviewers. Reviewers are determined as to science field.
5. The journal of social research and management performs a double-blind review process.
6. The manuscripts that fit within the aims and scope of the journal are reviewed by the reviewers within 15 days. If the manuscript is not reported at the end of this process, a new reviewer may be appointed for the article.
7. The manuscript that has two positive review reports from the field evaluation is eligible for publication. The manuscript that has only a positive review report is sent to a third reviewer and the publication of the manuscript is determined by the report of the third reviewer.
8. The reviewers may want to review the manuscripts after modifications. In such a case, revised manuscript will be directed to the reviewers automatically.
9. The authors can oppose the reviewer reports within scientific views and reasons. In such a case, editorial board examines the manuscripts and reports and may apply another reviewer, if necessary.
10. Editorial board follows the modifications that suggested by the reviewers rigorously.
11. There are no fees payable to submit or publish in this journal.

SUBMISSION GUIDELINES

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11
Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1

2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
 - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
 - **Findings** (which should contain the key findings)
 - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

MAKALELER/ ARTICLES

2021 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2021 Year, Issue: 1 Articles)

Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim: Değer Temelli Ödeme Modelleri

(Value-Based Management in Health Care: Value-Based Payment Models)

Derleme/ Review (1-21)

Use and Management of Personal Protective Equipment in Pandemics

Derleme/ Review (22-37)

Örgütsel Sessizlik Kavramına Hemşirelik Mesleği Açısından Bakış

(The Concept of Organizational Silence in Terms of Nursing Profession)

Derleme/ Review (38-48)

Sağlık Yöneticilerinin Finansal Okuryazarlık Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma

(An Investigation of Healthcare Managers' Opinions on Financial Literacy: A Qualitative Study)

Araştırma/ Research (49-68)

Türk Toplumunda Kadının Statüsüne Genel Bir Bakış

(An Overview of the Status of Women in Turkish Society)

Derleme/ Review (69-82)

Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Egzersiz Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi

(Investigation of Physical Activity Level and Perceived Exercise Benefits/Barriers in University Students)

Araştırma/ Research (83-95)



E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/pub/sayod	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 19/08/2020 Accepted Date / Kabul Tarihi:07/09/2020

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM: DEĞER
TEMELLİ ÖDEME MODELLERİ**



**VALUE-BASED MANAGEMENT IN HEALTH CARE: VALUE-BASED PAYMENT
MODELS**

Atıf/ to Cite (APA): Kopuz, K. ve Akman, E. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim: Değer Temelli Ödeme. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 1-21.

**Koray KOPUZ¹
Eren AKMAN²**

DOI: <https://doi.org/10.35375/sayod.782858>

ÖZ

Günümüzde sağlık sektöründe hizmet başına ödeme modeli yaygın olarak kullanılmakta ve bu modelde ağırlıklı olarak hizmetin hacmi ödüllendirilmektedir. Hacmin ödüllendirilmesi, daha fazla hizmet sunumuna ve maliyet artışına neden olmaktadır. Sağlık alanında değer temelli yönetim yaklaşımı Porter ve Teisberg tarafından 2006 yılında ortaya konulmuştur. Bu yaklaşımın amacı yüksek değere ulaşmaktır. Değer kavramı ise paraya çevrilebilen girdilere göre sağlık sonuçları şeklinde tanımlanmaktadır. Değer artarsa sağlık sisteminin sürdürülebilirliği artar ve bütün paydaşlar bundan fayda sağlayabilir. Sağlık sektöründe pek çok alanda değer temelli yaklaşımlar kullanılmakla birlikte bunlardan bir tanesi de değer temelli ödemedir. Değer temelli ödeme modelleri, hizmet başına ödeme modelinin aksine, hastaneler ve hekimler de dâhil olmak üzere bütün hizmet sunucularını, olumlu sonuçlar üreten yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakım sağlamaları için ödüllendirir. Değer temelli ödeme modellerinin; ödül ve performans kriterlerinin belirlenmesi, ödemenin bir kısmının hizmet sunumu sonrası alınması, maliyetlerin ölçülmesi, paydaşlar arası koordinasyon sağlanması, taraflar arasında risklerin dağılımı gibi bir takım uygulama zorlukları bulunmaktadır. Ancak hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi, ödeyici kurumlar açısından ödeme verimliliğinin artırılması, kanıta dayalı bakım sağlanması, komplikasyonların azaltılması, bakım koordinasyonunun güçlendirilmesi ve geri ödemelerde artışın sağlanması gibi pek çok fayda sağlar. Bu çalışmanın amacı değer temelli ödeme modellerinin kullanımı ile ilgili genel bir çerçeve oluşturmak ve değer temelli ödemeye geçiş sürecinde dikkat edilmesi gereken noktaları ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Değer Temelli Sağlık, Değer Temelli Yönetim, Değer Temelli Ödeme.

ABSTRACT

Today, the fee-for-service model is widely used in the health sector and the volume of the service is mainly rewarded in this model. Rewarding volume means more service delivery and more cost. The value-based management approach in health was introduced by Porter and Teisberg in 2006. The aim of this approach is to achieve high value. The concept of value is defined as health outcomes according to inputs that can be converted into money. If value increases, the sustainability of the health system increases, and all stakeholders can benefit. In many areas of the health sector, value-based approaches are used, but one of them is value-based payment. In contrast to the fee-for-service model, value-based payment models reward all providers, including hospitals and physicians, for providing high quality and cost-effective care that produces positive results. There are some implementation difficulties in value-based payment models; such as determining reward and performance criteria, receiving a portion of the payment after service delivery, measuring costs, ensuring coordination between stakeholders, distribution of risks between parties. But it provides many benefits such as increasing service quality, reducing health care costs, increasing payment efficiency for payer, providing evidence-based care, reducing complications, strengthening coordination of

¹Arş. Gör., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, koraykopuz@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7985-8338>

² Öğr. Gör., Kastamonu Üniversitesi, Tosya MYO, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü, akmaneren@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6895-851X>

care and increasing reimbursement. The aim of this study is to create a general framework for the use of value-based payment models and to reveal the points to be considered in the transition to value-based payment.

Keywords: Value-Based Health, Value-Based Management, Value-Based Payment.

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektöründe hizmet başına ödemenin yerleşmiş kültürü vardır. Sağlık hizmeti bedelinin ödenmesi kapsamında kullanılan bu yöntemde ağırlıklı olarak hacim ödüllendirilmektedir (Shah, 2016). Hacmin ödüllendirilmesi, daha fazla hizmet sunumu ve daha fazla maliyet anlamına gelmektedir. Ancak gün geçtikçe, daha fazla sağlık hizmeti kullanımının her zaman daha iyi sağlık çıktılarını desteklemediği görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık hizmetlerine gayri safi yurtiçi hasılasının %18'ini (yaklaşık 2.8 trilyon dolar) harcamaktadır. Bu oran diğer gelişmiş ülkelerde yaklaşık olarak bunun yarısı kadardır. Ancak Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyelerinin izlediği hemen her hastalık grubunda ABD'nin sağlık çıktıları OECD ülkeleri ortalamasının altında yer almaktadır (Kaplan vd., 2013). Ayrıca ABD'de yıllık 750 milyar dolarlık tıbbi bakım israfı mevcuttur. Bunun 210 milyar doları gereksiz hizmetlerden, 130 milyar doları ise verimsiz sunulan hizmetlerden oluşmaktadır. Ortaya çıkan bu tablonun başta sağlık hizmetleri maliyeti ve kalitesi olmak üzere pek çok sağlık çıktısı üzerinde büyük etkisi vardır. Hizmet başına ödeme modeli ise bu durumun tek sebebi olmamakla birlikte bu durumun ortaya çıkmasında kilit rol oynamaktadır (Weiler, 2019).

Değer temelli yönetim, en iyi değeri ortaya çıkaran uygulamaların seçimini sağlayan bir yönetim mekanizmasıdır. Değer temelli yönetim kapsamında kullanılan değer temelli ödeme modelleri hizmet başına ödemedeki farklı olarak, klinik kalite, maliyet veya diğer süreç sonuçları gibi iyi sonuçlar için teşvik, kötü sonuçlar için ceza içerir. Dolayısı ile bu modeller hacim yerine değer ödüllendirir (Merrill, 2019; Conrad, 2015). Bu sayede gereksiz hizmetlerin önlenmesi, bakımın iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi, ödeyici kurumlar açısından ödeme verimliliğinin artırılması, kanıta dayalı bakım sağlanması, komplikasyonların azaltılması, bakımın koordinasyonunun güçlendirilmesi ve geri ödemelerde artışın sağlanması gibi pek çok fayda sağlanmaktadır (Horner vd., 2019; Navathe vd., 2019; Plante, 2019; Riley ve Doherty, 2019; Larsson ve Tollman, 2017; Scott ve Eminger, 2016; Henkel ve Maryland, 2015; Conrad vd., 2014; Juniper, 2014; Werner ve Dudley, 2009).

Günümüzde tüm dünyada sağlık sistemlerini hacim temelli modellerden değer temelli modellere dönüştürmek için farkındalık mevcuttur. Değer temelli ödeme modelleri bahsedildiği gibi sağlık sistemlerinin çıktılarının iyileştirilmesi konusunda pek çok fayda sağlar. Ancak tüm değer temelli ödeme modelleri sağlık hizmetlerinde değer artışına ve sağlık çıktılarının iyileşmesine katkıda bulunamamaktadır (Horner vd., 2019; Van Veghel vd., 2019; Santo, 2014). Bu durum değer temelli ödeme modellerinin kullanılması açısından sorun oluşturmaktadır. Dolayısı ile sağlık sistemlerine uygun olabilecek ödeme modelinin seçilmesi ya da böyle bir modelin tasarlanması, değerin artırılması ve sistemin başarıya ulaşması açısından önemlidir. Bu kapsamda değer temelli ödeme modellerinin avantaj ve dezavantajları incelenerek model seçimi ya da tasarımı yapılması önemlidir. Bu çalışmada dünya genelinde kullanılan değer temelli ödeme modelleri açıklanmış ve bu modellerin avantaj ve dezavantajlarına değinilmiştir. Bu çalışmanın amacı, değer temelli ödeme modellerinin kullanımı ile ilgili genel bir çerçeve oluşturmak ve bu sayede değer temelli ödemeye geçiş sürecinde dikkat edilmesi gereken noktaları ortaya koymaktır.

2. DEĞER TEMELLİ YÖNETİM

Değer temelli yönetim (DTY), değer yaratma ve paydaşların değerini en üst seviyeye çıkarmayı amaç edinen resmi ve sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bu durum aynı zamanda DTY'nin amacını vurgulamaktadır (McTaggart ve Kontes, 1994). DTY yaklaşımı, Rappaport'un 1986'da "Hissedar değeri oluşturma: İş performansı için yeni standart" adlı çalışmasını yayımladığı 1980'lerin ortasında popüler hale geldi (Elghrabawy, 2012). 1990'lı yılların sonlarından itibaren ise sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte hissedar değeri yaratma kavramı büyük ve güvenilir şirketlerin sloganı haline gelmiştir (Bukvič, 2016). Aynı zamanda DTY yaklaşımı akademide de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Firk vd, 2019). Bir başka tanıma göre DTY, paydaşların değerini arttıracak strateji, politika, performans, ölçüm, ödül, süreç, insan ve sistemleri ayarlamaktadır (Black vd., 1998). Genel olarak bakıldığında DTY, bütün imkânları kullanarak, şirketin ve paydaşların değerini en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen bir yönetim yaklaşımıdır (Arnold, 2008).

Geçmişten günümüze kadar yönetim süreçlerinde pek çok değişim yaşanmış ve örgütsel performansı iyileştirmek amacı ile yeni yönetim yaklaşımları ortaya çıkmıştır. Bu yönetim yaklaşımlarından bazıları başarılı olurken bir kısmı başarısız olmuştur. Başarısızlık nedeni olarak, değer yaratma ile ilişkili olmayan veya kısmen ilişkili olan performans hedefleri gösterilmektedir. DTY bu sorunu öncelikli olarak ele alır ve üzerinde bütün organizasyonun inşa edileceği değer ölçüsü sağlar (Koller, 1994). Değer kavramı temel olarak kalite ile ilişkilendirilmiştir. Firma Değeri (FD), $FD = \text{Beklenen Ortalama Kâr} / \text{Özsermaye Maliyeti}$ şeklinde tanımlanırken, Müşteri Tarafından Algılanan Değer (MTAD), $MTAD = \text{Kalite} / \text{Ürün veya Hizmetin Fiyatı}$ şeklinde tanımlanmaktadır. DTY'nin buradaki temel felsefesi, en düşük fiyatla en yüksek kaliteyi sunarak müşteri değerini en üst seviyeye çıkarmaktır (Mella, 2019).

DTY üzerine yapılan deneysel çalışmaların çoğu işletmeleri DTY'yi benimseyenler veya benimsemeyenler olarak iki gruba ayırmaktadır (Firk vd., 2016; Lovata ve Costigan 2002; Rapp vd., 2011; Ryan ve Trahan 2007; Wallace 1997). Ancak bu katı sınıflama eleştirilmektedir. Bu sınıflamanın aksine DTY'nin organizasyonlarda kabul edilme düzeyi bir başka ayırım olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı araştırmalar DTY'nin organizasyonun tamamına uygulanması gerektiğinde hemfikirken (Ameels vd., 2003; Young ve O'Byrne, 2001) bazıları ise kurumsal veya yalnızca üst yönetim düzeyinde uygulanması gerektiğini savunmaktadır (Claes, 2006). Teorik olarak, DTY uygulaması basit görünse de, DTY savunucularının çoğunun düşündüğünden daha karmaşıktır ve çok daha fazla sabır, çaba ve sermaye gerektirmektedir (Elghrabawy, 2012). DTY'nin literatürde önerildiği gibi organizasyonun tamamında uygulanması oldukça güçtür ve kullanımı genelde sadece en üst düzey hiyerarşi ile sınırlıdır (Malmi ve Ikäheimo, 2003). Ancak DTY'nin temel amaçlarından biri olan hissedar değeri yaratmak, işletme genelindeki bireylerin ve grupların faaliyetlerinin sonucudur. Dolayısı ile bir yönetim yaklaşımı olarak DTY, hissedar değeri yaratan birey ve grupları uygulamaya dâhil etmeli, motive etmeli ve ödüllendirmelidir. Özetle bütünsel bir yönetim anlayışı olarak uygulanmalıdır (Elghrabawy, 2012).

DTY'nin organizasyonun tamamında uygulanması durumunda karşılaşılabilecek temel zorluklardan biri işletmeleri önemli maliyetlerle karşı karşıya bırakmasıdır. DTY'nin faydası maliyetlerinden daha fazla olduğunda, işletmelerin daha kapsamlı bir şekilde DTY yaklaşımını kullanabileceği belirtilir (Firk vd., 2019). Buna ek olarak DTY uygulayacak olan işletmeler kurum kültürlerini birincil elden değiştirmek zorundadır. Bu durum da yönetim açısından oldukça zor bir süreç olarak görülmektedir (Elghrabawy, 2012). DTY'nin kullanımını inceleyen akademik araştırmalar

az olmasına rağmen, DTY'yi benimseyen işletmelerin benimsemeyenlere göre daha başarılı olduğu tespit edilmiştir (Malmi ve Ikäheimo, 2003).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM

Günümüzde gelişmiş ülkeler de dâhil olmak üzere genel olarak sağlığa ayrılan kaynak giderek artmaktadır. Ancak ayrılan kaynağın artması, kaynakların sınırlı olduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Dolayısı ile sağlık alanında sınırlı kaynaklarla hizmet üreten kurumlar, seçenekler arasında öncelik tespiti yapmaktadırlar. Bu seçenekler arasında ise en iyi "değer"i üreten uygulamaların seçimi her zaman kabul gören yaklaşımlardan bir tanesidir (Özsarı, 2018). Son yıllarda pek çok yönetim inovasyonu ortaya çıkmakta ve DTY yaklaşımı da sağlık alanında Porter ve Teisberg (2006) tarafından ortaya konulan inovasyonlardan bir tanesidir. Bu yönetim inovasyonunun özü değerinin tanımlanmasıdır. Bu sayede en iyi değer üreten uygulamaların seçimi daha kolay hale gelmektedir (Colldén ve Hellström, 2018).

Hemen her sektörde, performansı arttırmak için tüm paydaşların çıkarlarını ve faaliyetlerini birleştiren ortak bir hedefe sahip olmak gerekmektedir. Ancak sağlık sektöründe paydaşların, hizmete erişim, kârlılık, yüksek kalite, maliyeti azaltma, hasta merkezlilik, güvenlik ve memnuniyet gibi oldukça çeşitli ve birbirine zıt olabilecek hedefleri vardır. Bu durum sağlık sistemi performansının oldukça yavaş bir şekilde artmasına neden olmaktadır (Porter, 2010). Sağlık sektöründe temel hedef yüksek değere ulaşmak olmalıdır (Bozic, 2017). Yüksek değere ulaşma hedefi yukarıda belirtilen ve farklı hedefleri olan paydaşların çıkarlarını birleştiren temel noktadır. Eğer değer artarsa sağlık sisteminin sürdürülebilirliği artar ve bütün paydaşlar bundan fayda sağlayabilir (Porter, 2010). Sağlık sektöründe değer, paraya çevrilebilen girdilere göre sağlık sonuçları şeklinde tanımlanmaktadır (Expert Panel on effective ways of investing in Health [EXPH], 2019). Diğer bir tanımda ise harcanan dolar başına sağlık çıktıları şeklinde ifade edilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe değer kavramı;

$$Değer = \frac{\text{Sağlık Çıktısı}(\text{Çıktılar} + \text{Hasta Deneyimi})}{\text{Maliyet (Girişimlerin Doğrudan ve Dolaylı Maliyetleri)}}$$

şeklinde formülize edilebilir (Porter, 2010). Ancak, günümüzde sağlık sektöründe artan kaynak kullanımı her zaman hasta çıktılarına veya toplumun sağlığına yansımamaktadır. Bunun pek çok nedeni olmakla birlikte, hizmet sunumunda değere dayalı rekabet eksikliği öne çıkmakta ve sağlık sisteminin temel işlev bozukluğu olarak görülmektedir (Bozic, 2017). Ayrıca sağlık sistemlerinin parçalanmış, verimsiz ve yeterli şeffaflıktan uzak olduğu görülmekte ve eleştirilmektedir. Sağlık alanında DTY anlayışı, bu olumsuzluklara karşın daha tutarlı bir sağlık sistemi için bir dizi ilkeyi içeren değişikliği savunmaktadır (Colldén ve Hellström, 2018; Shah, 2016);

✓ **Sağlık hizmetlerinde değere yönelik politikaları ve kurumları etkinleştirmek:** Ülkelerin değer temelli yaklaşımları destekleyen politik ve kurumsal ekosistemlere sahip olması değer temelli sağlık hizmetine uyum açısından önemlidir. Hastalar, hizmet sunucuları, ödeyiciler ve politika yapımcılar gibi çeşitli paydaşların bu ekosistem içerisinde yer almaları gerekmektedir. DTY'nin uygulanmasında ulusal düzeyde politika destekleri kesin bir avantaj olsa da, bu politika destekleri genellikle ABD, İsveç, Hollanda gibi zengin ülkeler tarafından sağlanmaktadır. Diğer gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğu ise bu politika desteğinden yoksundur. Ancak, Türkiye ve Kolombiya gibi gelişmekte olan bazı ülkelerde de politika desteği bulunmaktadır (Shah, 2016).

✓ **Entegre ve hasta odaklı bakım sağlamak:** Değer temelli sağlık hizmetinde entegre ve hasta odaklı bakım sunulması amaçlanır. Entegre ve hasta odaklı bakım, hizmet başına ödeme modelinden uzaklaşıp genel sağlık sonuçlarına odaklanmayı ve hastayı bakım döngüsü boyunca merkeze alıp hizmet sunmayı ifade eder (Shah, 2016). Bu sayede sağlık hizmetlerinde kalite artışı, verimlilik artışı, aynı hizmetin birden fazla kez alınmasının engellenmesi ve maliyetlerin düşürülmesi gibi pek çok fayda sağlanır (Zipfel vd., 2019; Van der Nat vd., 2017; Shah, 2016). Ayrıca mevcut verilerin paylaşılması, entegre bakım sürecinin yönetilmesi açısından önemlidir. Verilerin etkin bir şekilde aktarımı için de etkin bilgi yönetim sistemleri oluşturmak gerekmektedir. Bu sayede sağlık sonuçlarına odaklı entegre bakım daha kolay sunulabilir hale gelecektir (Collén ve Hellström, 2018).

✓ **Sonuçların ve maliyetlerin ölçülmesi:** Değer temelli sağlık hizmeti, kalitenin iyileştirilmesini sağlamak için sonuç ölçümüne odaklanmaktadır (Zipfel vd., 2019). Sonuç ve maliyet ölçümlerinin iyi bir şekilde yapılması sistem performansının ölçülmesinde ve geliştirilmesinde fayda sağlamaktadır (EXPH, 2019). Ayrıca maliyet analizleri yapabilmek ve hasta sonuç verilerine erişebilme olanağı sağlayan veri ve ölçüm, değer temelli sağlık hizmetinin başarılı bir şekilde benimsenmesi açısından önemlidir (Shah, 2016).

✓ **Sonuca dayalı ödeme yaklaşımı:** Değer temelli sağlık hizmeti modelinin temelinde, ya değer sağlayan etkili tedavileri teşvik eden ya da uygun maliyetli olmayan ve değer sağlamayanlar için engelleyici unsurlar yaratan ödeme mekanizmaları vardır. Bu kapsamda aşırı kullanım ve gereksiz bakımı teşvik eden hizmet başına ödeme modeli kullanılmamaktadır (Bozic, 2017). Onun yerine paket ödemeler gibi hastanın tam bakım döngüsünü kapsayan ve değeri ödüllendiren çeşitli değer temelli ödeme modelleri kullanılmaktadır (Porter, 2010).

Yukarıda bahsedilen ilkeler değer temelli sağlık sistemine geçiş için temel oluşturmaktadır. Fakat değer temelli sağlık hizmetine geçiş oldukça zordur. Pek çok ülke, değer temelli sağlık hizmetine geçiş için temel oluşturan ilkelerin uygulanmasının henüz ilk aşamasındadırlar (Shah, 2016). Bu geçiş sürecinde karşılaşılabilecek zorluklar ve dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda sunulmuştur (Van Veghel vd., 2019);

✓ **Sistemsel ve kültürel dirençler:** Bakım koordinasyonunun sağlanması elektronik hasta kayıtlarına ve bilgi teknolojileri sistemlerinin birlikte çalışmasına dayanmaktadır. Ancak güvenlik ve mahremiyete dayanan zorluklar, teknoloji öncülüğünde değere dayalı bir sağlık sistemi oluşturmak için en önemli endişelerden biri olmaktadır. Veri toplama ve paylaşımındaki bir artış, istenmeyen kullanım potansiyeli nedeniyle hastalarda mahremiyet endişesi yaratmaktadır (Meinert vd., 2018). Bu kapsamda, Hollanda'da 2011 yılında ulusal elektronik sağlık kayıt sisteminin oluşturulması gizlilik kaygıları nedeniyle parlamento tarafından reddedilmiştir. Ayrıca sunulan her hizmet için ödeme yapıldığı hizmet başına ödeme gibi pek çok faktörün köklü kültürü göz önüne alındığında DTY'nin sağlık sistemine uyarlanması biraz zaman alacaktır (Shah, 2016).

✓ **Sonuç ve maliyetlerin ölçülmesi zorluğu:** Gelişmiş ülkelerde hasta tedavi maliyetleri kayıt altına alınmaktadır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde tedavi maliyetlerini kayıt altına almayan ülkeler veya sınırlı olarak kayıt altına alan ülkeler çoğunluktadır. Dolayısıyla bu tür verileri kayıt altına alan bir sistemin bulunmaması sonuç ve maliyet ölçümü zorluğunu meydana getirecektir (Shah, 2016). Ayrıca sonuçların ölçülmesinde diğer bir sorun ise, ölçüm modellerinin hasta perspektifini yansıtmamasıdır. Dolayısıyla bu sürecin dâhil edilmesi daha doğru sonuçlar elde etmek açısından önemlidir (EXPH, 2019).

✓ **Sistematik yaklaşım eksikliği:** Değer temelli sağlık hizmeti sonuçları iyileştirmek ve maliyetleri azaltmak için tek çözüm olarak sunulmaktadır. Ancak iyileştirmelerin nasıl uygulanacağı konusu henüz açık değildir (Zipfel vd., 2019).

✓ **Değerin tanımlanması:** Lakdawalla vd. (2018), değer, net maliyetler, kaliteye ayarlanmış yaşam yılı, verimlilik ve hakkaniyet gibi on iki unsurdan oluştuğunu belirtmiştir. Değerin çok boyutlu olması sebebiyle bir müdahalenin sonuçlarını yansıtmaması oldukça güç görülmektedir. Özellikle uzun dönemli, çeşitli türleri ve aşamaları olan kanser gibi hastalıklarda değer tanımlanması daha güç bir hâl almaktadır (Lievens vd., 2019).

✓ **Klinik liderlik:** Bakım hizmetlerinin yeniden yapılanması, değeri optimize etmek, işbirliği ve ortak hesap verebilirliği geliştirmek, ekip çalışmasını sağlamak ve kalıcı bir öğrenme kültürü geliştirmek için doktorlar tarafından sağlanan güçlü bir klinik liderliğe ihtiyaç vardır (Bozic, 2017; Keswani vd., 2016).

✓ **Eğitim programları:** Değer temelli sağlık hizmeti eğitim programlarının varlığı oldukça azdır. Yalnızca geniş paydaş desteği bulunan Avustralya, Kanada, Japonya, ABD ve Hollanda gibi ülkelerde değer temelli bakım konusunda mesleki eğitim vardır. Değer temelli sağlık hizmetinin benimsenmesi açısından eğitim müfredatına eklenmesi önemlidir. Ancak uzun zaman ve paydaş desteği gerektirmektedir (Shah, 2016).

Yukarıda değer temelli sağlık hizmeti sunacak olan bir sağlık sistemine geçişin zorluklarına değinilmiştir. Bu zorlukların aşılması elbette öncesinde kaynak yatırımı gerektirecektir. Fakat değer temelli bir sağlık sistemine geçiş, hastalar için daha yüksek memnuniyet ve değer sağlamanın yanı sıra hizmet sunucular ve diğer paydaşlar için ödüller sağlayabilir (Bozic, 2017). Günümüzde başta İsveç, ABD, İngiltere olmak üzere Hollanda, Avustralya, Kanada ve Japonya gibi pek çok ülkede değer temelli yaklaşımlar ülkelerin sağlık sistemlerine dâhil edilmiştir (Shah, 2016). Ayrıca sağlık sistemi içerisinde; kronik hastalıklar, kalp hastalıkları, kanser, psikiyatri, protez ameliyatı, nadir hastalıklar, birinci basamak sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri, hastaneye yeniden yatışı azaltma, satın alma ve ödeme alanlarında değer temelli yaklaşımlar kullanılmaktadır (Adil ve Saeed, 2019; Center for Medicare & Medicaid Services, 2019a; Fantini ve Vaccaro, 2019; Gabriel vd., 2019; Saunders, 2019; Colldén ve Hellström, 2018; Bozic, 2017; Putera, 2017; Van der Nat vd, 2017). Değer temelli yönetim yaklaşımını benimseyen ülkelerin ayrıca geleceğe yönelik hedefleri de bulunmaktadır. Örneğin Hollanda Sağlık Bakanlığı, 2022 yılına kadar toplam hastalık yükünün en az %50'si için sağlık sonuç verisine ulaşmak istemektedir (Garvelink ve Van der Nat, 2019). ABD'de yer alan Center Medicare & Medicaid Services (CMS) merkezleri ise, 2016'da Medicare harcamalarının %50'sini değer temelli ödeme modellerine bağlama hedefine ulaşmış ve bir sonraki hedef olarak harcamaların %80'ini değer temelli ödeme modellerine bağlamak istemektedirler (Bozic, 2017).

4. DEĞER TEMELLİ ÖDEME

Dünya genelinde sağlık sistemlerinin sağlık hizmeti değerini iyileştirmeye çalışırken karşılaştığı en büyük zorluklardan bir tanesi, hizmeti sunan taraflara (sağlık çalışanı, hastaneler vb.) ne şekilde ödeme yapacağıdır (Horner vd, 2019). Sağlık hizmetlerinde değer, daha iyi sağlık sonuçlarını aynı veya daha düşük maliyetle sağlayarak elde edilir (Horner vd., 2019; Porter, 2010). Daha yüksek değer, iyileştirilmiş sağlık sonuçları ve bakım deneyimi (klinik kalite), daha iyi hasta deneyimleri ve düşük bakım maliyetleri sağlar (Conrad, 2015). Son yıllarda sağlık profesyonelleri ve politika yapımcılar, maliyet ile daha iyi sağlık hizmeti arasındaki ilişkinin farkına

varmışlardır. Daha fazla para harcamanın her zaman daha iyi bakım anlamına gelmediği anlaşılmıştır. Örneğin ABD sağlık hizmetlerine gayri safi yurtiçi hasılasının %18'ini (yaklaşık 2.8 trilyon dolar) harcamaktadır. Bu oran diğer gelişmiş ölkelerde yaklaşık olarak ABD'dekinin yarısı kadardır. Ancak Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyelerinin izlediği hemen her hastalık grubunda ABD'nin sağlık çıktıları OECD ortalamasının altında yer almaktadır (Kaplan vd., 2013). Bu durum değer üreten faaliyetler için ödeme yapılması ve bu tür faaliyetlerin teşvik edilmesini ön plana çıkmaktadır (Santo, 2014).

Değer temelli sağlık hizmeti sunabilmek ve daha tutarlı bir sağlık sistemi için yapılması gereken değişikliklerden bir tanesi de değer temelli ödeme (DTÖ) modellerinin kullanılmasıdır (Shah, 2016). DTÖ modelleri, değer temelli sağlık hizmetlerinin odak noktasında yer alır (Bozic, 2017). DTÖ, sağlık hizmeti alıcılarının (devlet, işveren ve tüketiciler) ve ödeyicilerin (kamu ve özel) sağlık hizmeti sunum sistemini (doktorlar ve diğer sağlayıcılar, hastaneler, vb.) hem kalite hem de bakım maliyeti için sorumlu tuttuğu bir kavramdır (American Academy of Family Physicians [AAFP], 2019). DTÖ modelleri, hizmet başına ödemedden farklı olarak, klinik kalite, maliyet veya diğer süreç sonuçları gibi iyi sonuçlar için teşvik kötü sonuçlar için ceza içeren ödeme modelleridir (Merrill, 2019). Temel amaç, istenen sonuçları elde etmek için uygun maliyetli müdahaleler sağlamaktır. DTÖ bu amaç doğrultusunda, hastaların daha yüksek değerli ve daha kaliteli bakımı en uygun maliyetle alması için teşvikler sağlar (Riley ve Doherty, 2019). Ancak DTÖ, sağlık hizmetinde değere yönelik politika ve kurumları etkinleştirmek, entegre ve hasta odaklı bakım sağlamak ve sonuçların ve maliyetlerin ölçülmesi gibi yukarıda bahsedilen değişiklikleri yerine getirmeden daha iyi bir sonuç elde etmenin ilk adımı olarak görölmektedir. Bu durum yanlış bir düşüncenin sonucudur. Dolayısı ile değer temelli ödemenin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle bazı adımların atılması gerekmektedir (Dunbar-Rees vd., 2014).

Günümüzde sağlık sistemlerindeki ödeme modelleri genellikle değer üretmek için tasarlanmamıştır (Dunbar-Rees vd., 2014). Bunun yerine sağlık sektöründe hacim için ödeme diğer bir ifadeyle hizmet başına ödemenin yerleşmiş bir kültürü vardır (Shah, 2016). Hizmet başına ödeme; hizmet sunucularına, vermiş oldukları hizmet için ödeme yapılan modeli ifade eder. Örneğin bir hekim yaptığı muayene başına ücret alır. Bir hastane ise, hastanede çalışan hekimlerin sunduğu tedavi hizmeti sayısı ya da yatan hasta gün sayısına göre ödeme alır (Çelik, 2016). Sağlık hizmetlerinde, hizmet başına ödeme modelinin pek çok dezavantajı olmakla birlikte bunlardan en önemlisi değer yerine hacmi ödüllendirmesidir. Sistem daha çok maliyet getiren daha fazla bakımı ödüllendirmek için işler. Dolayısıyla bu durum sağlık hizmetlerinde maliyet artışına neden olmaktadır (Santo, 2014). ABD'de yıllık 750 milyar dolarlık savurgan tıbbi bakım maliyeti oluşmaktadır. Bunun 210 milyar dolarını gereksiz hizmetler, 130 milyar dolarını ise verimsiz sunulan hizmetler oluşturmaktadır. Bu durum maliyet ve kaliteyi etkilemektedir. Tek sebep olmamakla birlikte, hizmet başına ödeme modeli bu tablonun ortaya çıkmasında kilit rol oynamaktadır (Weiler, 2019).

Hizmet başına ödeme modelinin aksine DTÖ modellerinde, hastaneler ve hekimler de dâhil olmak üzere hizmet sunucuları, olumlu sonuçlar üreten yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakım sağlamaları için ödüllendirilir (Weiler, 2019). Günümüzde tüm dünyada sağlık sistemlerini hacim temelli modellerden değer temelli modellere dönüştürmek için farkındalık vardır (Van Veghel vd., 2019). ABD, İsveç, İngiltere gibi bazı ölkeler gelenekselleşmiş hizmet başına ödemenin olumsuz etkilerinden dolayı yapılan ödeme reformları ile geri ödemeyi hacimden değere kaydırarak DTÖ modellerini kullanmaya başlamışlardır (Francavilla, 2019; Johnston vd., 2019;

Squitieri vd., 2017). Her ülkenin kendine özgü değer temelli ödeme modelleri olmakla birlikte, bu modeller temel olarak; Performansa Dayalı Ödeme (Pay for Performance), Paylaşılan Tasarruflar (Shared Savings), Paket Ödeme (Bundled Payment), Paylaşılan Risk (Shared Saving) ve Kişi Başına Ödeme (Capitation)'den oluşmaktadır.

4.1. Performansa Dayalı Ödeme Modeli (Pay for Performance Model)

Değer temelli ödemenin en basit şeklini oluşturur. Bu modelde hizmet sunuculara önceden belirlenmiş bir performans hedefine ulaştıklarında bir bonus ödenir. Bonuslar genellikle gelenekselleşmiş hizmet başına ödeme sistemine değer temelli bir bileşen sunmak için kullanılmaktadır (Horner vd, 2019). Amaç sağlık hizmeti sunucularının kaliteli hizmet sunmalarını ve bakımı iyileştirmelerini sağlamaktır. Hastaneye, hekime, evde bakım hizmet sunucuları gibi pek çok hizmet sunucusuna ödeme için performansa dayalı ödeme modeli kullanılabilir (Werner ve Dudley, 2009). Bu modelde hastanın taburcu edilmesinden sonraki geri bildirimler, yıllık ölüm oranları, sağlık sonuçlarını belirli bir süre içerisinde raporlamak, bir bakım eşiğinin kaliteli bir şekilde tamamlanması, klinik yönergeleri izlemek gibi çeşitli performans ölçütleri kullanılmaktadır (Navathe vd., 2019; Roberts vd., 2018). Ayrıca bu model, diğer değer temelli ödeme yöntemleri ile birlikte kullanılabilen ve anlamlı finansal teşviklerin, hizmet sunucuların davranışlarını kaliteyi arttıracak şekilde değiştirdiği gözlemlenmektedir (Horner vd., 2019; Navathe vd., 2019, Rosenstein vd., 2009). Finansal teşvikler ise, hizmet sunucularının istenen sonuçlara doğru yol alması için oluşturulmaktadır (Putera, 2017).

Genel olarak performansa dayalı ödeme modelinde finansal teşvikler ölçülen performansa bağlıdır. Örnek olarak bir pediatri uygulaması amacının, hastalarının yüzde 80'ini ulusal olarak kabul edilen aşılama kurallarına göre 2 yaşına kadar aşılama olduğu bir performansa dayalı ödeme modeli oluşturulabilir. Bu hedefi aşan ve hastalarının yüzde 90'ını aşılama yapan bir hizmet sunucusu, hizmet başına ödemesine ek olarak %10'luk kısım için bonus alacaktır (Valence Health [VH], 2013). Performansa dayalı ödeme modelinin avantajı diğer gelişmiş değer temelli ödeme modellerinden daha az entegrasyon ve bilgi teknolojisi altyapısı gerektirmesidir. Bu durum bu modeli daha küçük ölçekte hizmet sunucular için cazip kılar. Ancak yine de bu model klinik kalite kriterleri oluşturma ve sonuçları toplama, ölçme ve raporlama gibi yeteneklerini gerektirmektedir (Navathe vd., 2019; VH, 2013).

Performansa dayalı ödeme modeli mükemmel olmamakla birlikte daha ileri değer temelli ödeme modelleri için bir basamak olarak düşünülebilir (VH, 2013). Hizmet başına ödeme modelinde yapılan değişiklikler ile klinik kalite ve hasta deneyimi ölçümlerine dayanan performansa dayalı ödeme modeli teşvikleri desteklenebilir. Ancak hastanın yaşam döngüsü gibi belirli bir süreç boyunca hasta çıktıları ve toplam maliyeti ölçmek için performansa dayalı ödeme modeli uygun değildir (Conrad, 2015). Bu modelde teşvikler, hekimlerin veya hasta popülasyonunun davranışlarını değiştirmek için küçük kalabilir. Ayrıca ödüller açısından bir hizmet başına ödeme modeli olarak görülebilir çünkü hizmet sunucular daha fazla hizmet vermeleri karşılığında daha fazla ödeme alırlar (VH, 2013). Teşvikleri belirlemek için süreçler değil sonuçlar dikkate alınmalıdır (Putera, 2017). Dolayısıyla bu ödeme modelinde dikkat edilmesi gereken nokta ödül kriterleri veya performans ölçütleri belirlenirken bunların değer ile ilişkilendirilmesi gerekliliğidir. Eğer teşvikler zayıf ve değer ile ilişkilendirilmemiş ise performansa dayalı ödeme modelleri, performansı iyileştirmekten ziyade sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri arttırabilir (Roberts vd., 2018). Özetle ödeme stratejilerinin belirlenmesinde değeri en üst düzeye çıkarmak

temel hedef olmalıdır. Bu amaçtan yoksun ödeme stratejileri kaliteyi ya da performansını arttırmak için bir teşvik sağlamayacaktır (Werner ve Dudley, 2009).

4.2. Paylaşılan Tasarruflar Modeli (Shared Savings Model)

Paylaşılan tasarruflar modeli hizmet sunucular açısından daha yüksek ödül anlamına gelmektedir. Genellikle hizmet başına ödeme, performansa dayalı ödeme, paket ödeme ve kişi başına ödeme ile birlikte kullanılır. Bu modelde toplam sağlık harcamalarını ödeyici tarafından belirlenen seviyenin altına düşüren sağlık sunucuları ödüllendirilir. Ödül hizmet sunucunun elde ettiği tasarruf miktarının bir kısmıdır. Buradaki temel düşünce ödeyicinin başka yöntemle hastanın sağlığına daha fazla harcama yapmak yerine daha az harcama yapması ve aynı zamanda hizmet sunucunun da beklediğinden daha fazla gelir elde etmesidir (VH, 2013). Ayrıca herhangi bir toplam maliyet tasarrufunda ödeyicinin amacı, hizmet sunucuların hizmet başına ödeme kapsamında yaptığı gereksiz tedavi ve aşırı reçete etme eğilimini azaltmaktır (Santo, 2014; VH, 2013).

Bu modelde tasarruf sağlayacak teşviklerin gücü, hizmet sunucuların tasarruflardan aldıkları pay ile birlikte artmaktadır. Bu model tek yönlü risk (one sided risk) üzerine kurgulanabileceği gibi iki yönlü risk (two sided risk) üzerine de kurgulanabilmektedir. Tek yönlü olması hizmet sunucuların, ödeyiciler tarafından belirlenen kalite ve maliyet ölçütlerini karşıladıkları sürece ödüllerden yararlanabileceklerini ifade eder. Eğer bu ölçütleri karşılayamazlarsa paylaşılan tasarruf ücreti dışında aldıkları diğer ücretleri (hizmet başına ödeme vb.) almaya devam edeceklerdir. İki yönlü olması ise önceden belirlenen bakımın toplam maliyetini aşmaları durumunda hizmet sunucuları riske sokmaktadır. Bu gibi durumlarda hizmet sunucular önceden ödeyiciler tarafından belirlenen toplam maliyetin aşılma kısmındaki maliyeti de paylaşmaktadırlar (Conrad, 2015). İki yönlü risk, paylaşılan risk modeli altında detaylı olarak açıklanacaktır. Paylaşılan tasarruflar programının oluşum süreci ise şu şekildedir (VH, 2013);

a. Sözleşme: Hizmet sunucular ve ödeyiciler arasında; hastaların bakımı ve masraflarından kimin sorumlu olacağı, kapsama dahil olan hizmetler ve tahmini tıbbi maliyetler dikkate alınarak sözleşme yapılır.

b. Talepler: Hizmet sunucular, hizmet başına ödemede olduğu gibi taleplerini iletirler.

c. Analiz: Ödeyici ve hizmet sunucu varsa ne gibi tasarrufların sağlandığını görmek için tıbbi maliyetleri inceler.

d. Ödeme: Ödeyici elde edilen tasarrufları temel alarak hizmet sunan organizasyona hak ettiği bonusları (tasarruf miktarını) öder.

e. Bonus dağıtımı: Hizmeti sunan organizasyon elde ettiği bonusları (tasarruf miktarını) program kapsamındaki hizmet sunucular arasında paylaşır.

Paylaşılan tasarruflar modeli birey ve toplum için daha iyi sağlık, sağlık hizmeti maliyetlerinde daha yavaş artış ve kalite artışı gibi pek çok fayda sağlamaktadır (Center for Medicare & Medicaid Services, 2019b). Bu model pek çok fayda sunmakla birlikte, bazı dezavantajlara da sahiptir. Bunlardan biri ödemenin tasarruf gerçekleşikten veya kalite hedefine ulaşıldıktan sonra yapılmasıdır. Bazı durumlarda gerekli tasarrufu sağlayabilmek ve kalite ölçütlerine ulaşabilmek için hizmet sunucu tarafından önceden yatırım yapılması gerekmektedir. Ancak elde edilen kalitenin ya da performansın değerlendirilmesi aylar veya yıllar alabilir. Yüksek hastaneye kabul oranlarına, yüksek gereksiz prosedür kullanımına ve diğer kaynak israfına sahip hizmet

sunucular, paylaşılan tasarruf modelinden en çok fayda sağlayanlardır. Buna karşılık yüksek performans gösteren hizmet sunucular diğerlerine göre zaten düşük maliyet ve yüksek hizmet kalitesine sahiptirler ve ödeyicilere hali hazırda yüksek miktarda getiri sağlarlar. Ancak bunun için bir ödül almazlar. Çünkü ödül almaları için daha yüksek miktarda tasarruf sağlaması ve sundukları hizmetin kalitesini arttırmaları gerekmektedir. Ancak hizmet kalitesi oldukça yüksek ve maliyetleri yeterince düşük olduğu için bu durumun gerçekleşmesi oldukça güçtür. Bu modele göre birinci grup oldukça kolay bir şekilde gelişebilirken ikinci grup ise ödülleri elde etmek için önemli ölçüde daha fazla kaynak yatırımı yapması gerekmektedir. Yıllar boyunca bu modelin devam etmesi ve sürekli olarak bir önceki aşamaya göre tasarruf sağlamanın zor olduğu belirtilmektedir. Bu durum bu modelin sürdürülemez hale gelmesine yol açabilir (VH, 2013).

4.3. Paket Ödeme Modeli (Bundled Payment Model)

Hizmet başına ödeme modeline alternatif olan bir diğer değer temelli ödeme modeli de paket ödemedir. Bu modelde hizmet sunuculara sundukları her hizmet için ayrı ayrı ödeme yapmak yerine, organ nakli de dahil olmak üzere belirli bir prosedür için (Örneğin diz protezi ameliyatı) genel tedavi sürecini yönetmek amacı ile tüm hizmetleri kapsayan ve önceden belirlenmiş bir ödeme yapılır (Plante, 2019; United Healthcare [UH], 2019). Bundaki temel amaç uygulanan prosedürün her bölümünde sunulan sağlık hizmetinin değerini en üst düzeye çıkarmaktır (Conrad, 2015). Bu model sağlık hizmetinin nasıl ödendiği endişesini ortadan kaldırır, en iyi tedavi uygulamalarını, tutarlı kanıta dayalı bakımı ve daha iyi sonuçları tanımlar ve bunları ödüllendirir (UH, 2019). Bu nedenle hizmet sunucular bu prosedürleri en düşük maliyetle ve etkili bir şekilde gerçekleştirdiklerinde finansal açıdan fayda sağlarlar. Ayrıca önlenebilir komplikasyonların bakımına öncelik verirken gereksiz prosedürlerden kaçınırlar (Plante, 2019).

Paket ödemeler olarak bilinen bu model, tipik olarak, hizmet sağlayıcı tazminatının bir kısmını, ilk ameliyat veya tedaviden çok sonra hastaların nihai sağlık sonuçlarına bağlı kılar.

Bu model hizmet sunucuların ödemelerinin bir kısmını ilk tedavi veya cerrahiden oldukça sonra hastanın nihai sağlık sonuçlarına göre yapılmasını gerekli kılar. Eğer hasta geçirdiği cerrahi operasyon veya aldığı tedavi sonrası ilerleyen zamanlarda iyi sağlık sonuçlarına sahipse hizmet sunucuları ödemelerini alırlar. Bu durum bakım döngüsünün çeşitli noktalarında hizmet sunucuların aldığı klinik kararların sonraki etkilerini hesaba katmasını, komplikasyonları en aza indirmesini, tıbbi olarak gereksiz bakımdan kaçınmasını sağlamak için teşvikler sunar (Horner vd., 2019). Ayrıca hastanın tam bakım döngüsünü veya uzun süreleri kapsayan kronik durumlar için ödemeleri bir araya getirerek ödeyicilerin verimliliğini arttırmasını sağlar (The New England Journal of Medicine [NEJM] Catalyst, 2017). Bu model birden fazla hizmet sunucu tarafından verilecek bir prosedür ile ilgili tüm hizmetleri kapsadığından bakımın koordinasyonunu da güçlendirir (Health Care Payment Learning & Action Network, 2017). Ayrıca belirli bir durum için bir hedef belirlendiğinden bütün hizmet sunucularında (hastaneler, doktorlar ve taburcu olduktan sonra hastanın tedavisine ve iyileşmesine dâhil olan sağlık çalışanları gibi) maliyetleri belirlenen paket hedefinin altında tutma teşviki vardır. Bu sayede elde edilen tasarruf hizmet sunucular arasında paylaşılır. Amerikan sağlık sisteminde belirli bir prosedür maliyeti paket ödeme hedefini aşarsa sağlık hizmeti sunucuları ödeyicilere (Medicare) maliyet farkını geri öder (Santo, 2014).

Paket ödeme modeli içerisinde sağlık hizmeti sunumunda kaliteye bağlı finansal risk (Örneğin yeniden yapılan operasyonlar nedeni ile maliyet artışı), sağlık sigortası şirketleri ve kamu sağlık hizmetleri ödeme kurumlarından sağlık hizmeti sunucularına geçmektedir. Bu durum bazı

teşvikler sağlasa da sağlık hizmeti sunucuları açısından bir dezavantaj oluşturmaktadır (Van Veghel vd., 2019). Birden fazla ödeyicinin olduğu sağlık sistemlerinde, her prosedür veya her prosedürün bir bölümü için ortak bir yol oluşturmak oldukça güçleşmektedir. Ortak yol oluşturulamadığı sürece hizmet sunucular birden fazla ödeme yöntemine uyum sağlamak zorunda kalacaklardır (Horner vd., 2019). Paketin tanımlanmasındaki zorluklar, komorbid (eş zamanlı ortaya çıkan) hastalıkların varlığı ve belirli bir prosedür içerisinde farklı hizmet sunucular arasında hesap verebilirliğin sağlanmaya çalışılması bu yöntemin diğer güç yanlarını oluşturmaktadır. Ayrıca paket ödeme ücreti belirlenirken potansiyel olarak önlenebilir komplikasyonların maliyetinin ne ölçüde bu ücretin içerisine dahil edildiği önemlidir. Eğer önlenebilir komplikasyon maliyetlerinin çoğunluğu ücretin içine dahil edilirse bu durum hizmet sunucuların komplikasyonları önleme konusundaki sorumluluğunu ortadan kaldırır ve değeri artırma teşvikini zayıflatır (Conrad, 2015).

Bu modelin başarılı olması ve hasta değerini en üst düzeye çıkarması için; optimal teşvikler oluşturmak, paket ödemelerin tüm bakım döngüsünü kapsaması, sağlık hizmeti sunucularının paket ödemelerinin planlanmasına katılması, fiyatlandırma sürecinin şeffaf olması ve paket ödemenin sistemdeki tüm paydaşlar için değer yaratması özellikle önemlidir (Van Veghel vd., 2019; Larsson ve Tollman, 2017).

4.4. Paylaşılan Risk Modeli (Shared Risk Model)

Değer temelli bir sağlık sistemine geçişle birlikte teşvikler hacimden kaliteye kaymakta ve sonuçlara dayalı riskler, hizmet sunucular ve ödeyiciler arasında paylaşılan bir sorumluluk haline gelmektedir (Weiler, 2019). Paylaşılan risk modeli, paylaşılan tasarruflar modelinin ileri adımı olan bir modeldir. Bu model kapsamında çalışan hizmet sunucular, paylaşılan tasarruflar modelinde belirlendiği gibi elde ettikleri tasarrufları paylaşırlar ancak aynı zamanda ödeyici kurumların belirlediği bütçeyi aştıklarında da aşılacak kısım için ödeme yaparlar (Plante, 2019; Henkel ve Maryland, 2015). Bu modelin paylaşılan tasarruflar modeline göre avantajı, daha çok tasarrufu paylaşma imkânının bulunmasıdır. Örneğin yalnızca paylaşılan tasarruflar modelinin kullanıldığı durumlarda hizmet sunucunun tasarruftan alacağı pay %50 iken paylaşılan risk modelinde tasarruftan alacağı pay %60'tır. Bunun nedeni ise paylaşılan tasarruflar modelinde yalnızca kazanılacak tasarrufu kaybetme riskinin (tek yönlü risk/yukarı yönlü risk) olmasıdır. Paylaşılan risk modelinde ise belirlenen maliyet hedefine ulaşılmadığında maliyet farkının da ödenmesi (iki yönlü risk / yukarı yönlü ve aşağı yönlü risk) gerekmektedir. Dolayısı ile tasarruftan daha fazla pay alma, riske katlanmanın ödülü olarak sunulmaktadır. Ayrıca belirtilen oranlar tamamıyla ödeyici ile hizmet sunucu arasında yapılacak anlaşma ile şekillenmektedir (Cattel vd., 2018; Center for Medicare & Medicaid Services, 2012).

Bu modelde hizmet sunucular ve ödeyiciler gibi çeşitli paydaşlar, hizmet kalitesi ve maliyet tasarrufları açısından finansal olarak sorumlu tutulurlar. Bu tarz risk paylaşımı düzenlemeleri yapılarak tarafların üzerinde anlaşmaya vardığı finansal hedefler ve kalite ölçütleri belirlenir. Bu düzenlemelerin klinik entegrasyonu ve finansal verimliliği sağlaması beklenir (Juniper, 2014). Ayrıca paylaşılan risk düzenlemeleri bütün paydaşları birlikte çalışma ve maliyetleri düşürme açısından motive eder (Henkel ve Maryland, 2015). Ancak riskin adaletli olmayan bir şekilde dağıtılmasına ilişkin endişeler paydaşların fikir birliğine varmasını engelleyebilir (Conrad vd., 2014).

Riskin paylaşımını sağlayan risk düzenlemeleri, değer temelli ödeme modellerinde yer alır ve genel olarak kalite standartlarını karşılamak, toplum sağlığını iyileştirmek ve bakım maliyetlerini

belirlenen sınırın altına düşürmek için teşvikler sağlar. Hizmet başına ödeme modelinde risk olmamakla birlikte sırasıyla, performans dayalı ödeme, paket ödeme, paylaşılan tasarruflar, paylaşılan risk ve kişi başına ödeme modellerinde risk giderek artmaktadır. Performansa dayalı ödeme, paket ödeme ve paylaşılan tasarruflar modeline ek olarak paylaşılan risk modeli, belirlenen kalite standartlarının karşılanmaması ve maliyet sınırlarının aşılması durumunda aşağı yönlü risk taşımaktadır (Pizzo vd., 2013). Paylaşılan risk modelinde belirtilen bu risklerden kaçınmak amacıyla stop-loss (zararı durdurma satışı) anlaşmaları ve risk koridoru yöntemleri kullanılmaktadır. Eğer ödeyici kuruluş hizmet sunucuya beklediğinden daha fazla risk yüklemeye yoluna giderse hizmet sunucu stop-loss anlaşması olarak üçüncü taraflara gidebilir. Bu anlaşmada hizmet sunucu belirli bir seviyenin üstündeki bütün finansal risklerin karşılanması için üçüncü taraf sigortacıya sabit bir ücret öder (VH, 2013). Risk koridoru yöntemi ise hizmet sunucuyu yüksek finansal kayıplardan korurken diğer bir yandan kazançları da sınırlamaktadır. Örneğin hizmet sunucu ve ödeyici bir hizmetin maliyeti üzerinde anlaşır. Sonrasında belirlenen maliyetin sınırının %15 üzerindeki maliyetler hizmet sunucuyu korumak amacı ile sınırlanırken kazancında %15'i aşmaması sınırı getirilir. Bu sayede kayıp ve kazanç sınırları arasında bir risk koridoru oluşturulur. Bu oranlar paydaşlar arasında yapılan anlaşmalara göre değişiklik gösterir. Bu yöntemler, ödeyici ile hizmet sunucunun anlaşma olasılığını yükseltmektedir (Cattel vd, 2018; VH, 2013).

Paylaşılan risk modelinin uygulanması zaman ve sermaye gerektirebilir ve riskin dağılımındaki adaletsizlikler bu modelin uygulanmasında güçlükler yol açabilir. Ancak bunların yanı sıra bu modelin pek çok faydası bulunmaktadır (Henkel ve Maryland, 2015; Conrad vd., 2014; Juniper, 2014);

✓ **Klinik entegrasyon ve kalite gelişimi:** Hizmet sunucular, hizmet sunumunda finansal risk altında bulduklarında yüksek kaliteyi korumak için klinik bakımın koordinasyonunu sağlamak zorunda kalırlar ve bu durum kalite gelişimi sağlar.

✓ **Finansal entegrasyon ve verimlilik:** Hizmet sunucular ve sigorta şirketleri arasında maliyet sınırlamaları içeren risk paylaşım düzenlemeleri paydaşların çıkarlarını ayarlamaya ve finansal verimlilik elde etmeyi sağlar.

✓ **Veri ve yönetim hizmetleri:** Geri ödemenin sağlanması amacıyla önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmış ve ulaşmadığını belirlemek için etkili veri toplama gerekir. Bu durum bilgi yönetim sistemlerinin gelişmesine fayda sağlar.

✓ **Geri ödemede artış:** Hizmet sunucular önceden belirlenmiş hedeflere ulaştığında ödüllendirilir ve bu sayede geri ödemelerde artış sağlanır.

4.5. Kişi Başına Ödeme Modeli (Capitation Model)

Bir diğer değer temelli ödeme modeli ise kişi başına ödemelerdir. Kişi başına ödemeler nüfus bazlı ödemeler (population based payment) altında yer alıp, belirli bir hasta popülasyonundaki her bir kişinin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için önceden ücret ödenmesine dayanır (Horner vd., 2019). Bu modelde sağlık hizmeti sunucusu ile ödeyici arasındaki bir anlaşmaya dayanarak belirli bir süre boyunca hizmetten faydalanacak kişiler için tam kapsayıcı sağlık hizmeti karşılığında yine aynı süre için kişi başına sabit bir ücret ödenir. Bu kapsamında hizmet sunucuları, hizmetten faydalanacak kişilerin tüm sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamayı kabul eder (Bucci, 2014). Kişiler sabit, genellikle yıllık prim öderler. Bu primler belirlenen nüfusun bakımını finanse etmek için bir havuzda toplanır. Hizmet başına ödemeden farklı olarak hizmet sunuculara fon harcaması

imkânı verir ve hizmet sunucular kapsamındaki nüfusun sağlığını en üst düzeye çıkarmak için en iyi olduğunu düşündüğü uygulamaları yaparlar (Plante, 2019). Hizmet başına ödeme modelinden bir diğer farkı, kârlarını arttırmak isteyen sağlık sunucuları hizmet sunumu maliyetlerini azaltmanın yolunu arayacaklardır. En iyi uygulamaları en düşük maliyetle sağlayan hizmet sunucuları toplanan primlerden daha fazla pay alacaklardır. Dolayısı ile kişi başına ödeme aşırı kullanım yerine yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakımı ödüllendirmektedir (Plante, 2019; Weiss vd., 2019; Çelik, 2016).

Bu modelde hizmetten faydalanacak kişinin beklenenden daha fazla sağlık kaynağına ihtiyacı olabilir. Bu durum sağlık hizmeti sunucusu açısından oldukça riskli olmaktadır (Bucci, 2014). Dolayısı ile bu modelde finansal risk büyük oranda hizmet sunucuları üzerindedir. Eğer yüksek klinik kalite ve daha iyi hasta deneyimi sağlayabiliyorsa, bakım bölümü sayısını ve bakım başına sunulan hizmet sayısını azaltabiliyorsa ve kişi başına ödemeler riske göre ayarlanmış ise (daha karmaşık hastalar için daha yüksek ödeme) hastaların sağlığı yararına güçlü pozitif teşvikler sunar. Aksi halde tam tersi durum geçerlidir (Conrad, 2015).

Kişi başına ödeme modeli ikiye ayrılır. Bunlar Tam Kişi Başına Ödeme ve Kısmi Kişi Başına Ödeme modelleridir;

Tam kişi başına ödeme; bir hizmet sunucusunun, bir hastanın alabileceği sağlık hizmetlerinin tamamı için tek bir sabit ödeme aldığı yöntemdir. Bu yöntem bir risk paylaşım sözleşmesini içerir ve hizmet sunuculara hasta başına belirli bir risk ayarlı ücret ödenir.

Kısmi kişi başına ödeme ise hizmet sunucusuna ödenen sabit ücretin belirli bir sağlık hizmeti grubunu kapsadığı yöntemdir. Kapsanmayan hizmetler genelde hizmet başına ödeme modeli ile ödenir. Ancak yöntemin tam veya kısmi olmasına bakılmaksızın risk tamamen hizmet sunucusu üzerindedir (Kaplan vd, 2013; VH, 2013). Hizmet sunucular kişi başına düşen ödemenin altında bir maliyetle bakım sunarlarsa ödülleri alacaklardır. Ancak hizmet sunucular maliyetlerin belirlenen ödemenin üzerine çıkması riskini de taşımaktadır ve bu durumda hizmet sunucusu belirli hasta grubu için maliyetlere katlanır (Kaplan vd., 2013). Maliyetlerin sınırı aşması durumlarına karşın hizmet sunucular maruz kalacakları üst sınırı belirlemek için stop-loss sigortası kullanmaktadırlar (VH, 2013). Bu yöntemde ayrıca ödeyici onayı beklemeden çeşitli müdahaleler arasından seçim yapılabilir ve bu durum hizmet sağlayıcılara özerklik sağlar. Bunun sonucunda hasta eğitimi gibi faaliyetlere daha çok zaman ayrılmakta ve ilgi verilmektedir. Çünkü eğitimlerle birlikte hastalıkların önlenmesi veya en aza indirilmesi mümkündür. Bu sayede hizmet sağlayıcılar vaka sayısını ve maliyetleri azaltarak fondan daha çok pay alacaklardır (Larsson ve Tollman, 2017).

Kişi başına ödeme modelinde, her bir kişinin alacağı hizmet için sağlık hizmeti sunucularına ödenecek olan ücretin miktarı eğer bu kişilerin sağlığına yapacağı katkı ile açıkça ilişkilendirilmemiş ise bu model değer için güçlü bir teşvik sağlamaz. Değerin arttırılması ve kişi başına ödeme modelinin değer için teşvik sağlaması isteniyorsa, her bir kişi için ödenecek miktar ile o kişinin sağlığında beklenen etki arasındaki ilişki açıkça tanımlanmalıdır. Bu ilişki ise sözleşmelerde çeşitli risk ayarlamaları ile birlikte yapılabilir (Conrad, 2016).

Yukarıda da bahsedildiği üzere değer temelli ödeme beş temel modelden oluşmaktadır. Ancak değer temelli ödeme modellerini kullanan ülkeler bu modelleri kendi sağlık sistemlerine uyarlamaktadır. Dünya genelinde bu modellerinin uygulama örnekleri gün geçtikçe artmakta ve çıktıları da ortaya konulmaktadır.

Horner vd. (2019) tarafından hazırlanan bir raporda dünya genelinde kullanılan değer temelli ödeme modelleri ve bu modellerin hangi alanlarda kullanıldığını incelenmiştir. Bu rapora göre; Hollanda'da diyabet hastaları için paket ödeme, Tayvan'da ulusal sağlık sigortası kapsamında paket ödeme, İspanya'da Ribera Salud isimli sağlık grubu tarafından risk paylaşımı yapılmış kişi başına ödeme, İsveç'te Stockholm İl Meclisi tarafından oluşturulan kalça, diz ve omurga cerrahisi için paket ödeme, İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmeti için hem kişi başına ödeme hem de performansa dayalı ödeme, ABD'de Medicaid ve Geisinger sağlık hizmetleri için paket ödeme, Intermountain, Oak Street Health ve Kaiser Permanente kurumlarının sundukları sağlık hizmetleri kapsamında değere dayalı kişi başına ödeme modelleri kullanılmaktadır. Ayrıca United Healthcare firması, Texas Üniversitesi MD Anderson Kanseri Merkezi ile kaliteli hasta bakımı ve sonuçlarına odaklanan baş ve boyun kanserlerinin bakımı için yeni bir paket ödeme modeli programı başlatmıştır (UH, 2019).

Hollanda'da 2006 yılında kurulan ve paket ödeme modelini kullanan Diabeter kliniği bakım maliyetlerinin düşürülmesini sağlayan örnek klinik sonuçlara sahiptir. Bu durum hastalar için sürdürülebilir bir geri ödeme modelini desteklemek amacıyla kritiktir. Diabeter ülkenin en iyi performans gösteren kliniklerinden birisi olup, diğer pediatrik diyabet kliniklerine göre daha düşük hasta yatış oranına (%3'e %8) sahiptir (Diabeter, 2019). İsveç'te ise Stockholm İl Konseyi'nin uyguladığı kalça, diz ve omurga cerrahisi için paket ödeme modellerinin ilk iki yılında komplikasyonlar % 18, yeniden ameliyatlar % 23 ve revizyonlar % 19 azalmıştır. Bunlara ek olarak, hasta başına maliyet % 20, hastaların hastalıktan kaynaklı aldığı izinler % 17 düşüş göstermiştir (Larsson ve Tollman, 2017). ABD sağlık sisteminde kullanılan paylaşılan tasarruflar modelinin çıktılarını incelendiğinde ise 2015 yılında 645 milyon dolar tasarruf sağlanmış ve ortalama kalite skoru ise %91,44'tür. 2017 yılında ise tasarruf miktarı 799 milyon dolar ortalama kalite skoru da %92,4'e ulaşmıştır (Center for Medicare & Medicaid Services, 2019c).

Bu uygulama örneklerinin yanı sıra literatürde belirli alanlara yönelik değer temelli ödeme modeli tasarımları da yapılmaktadır. Bunlardan bir tanesi de Riley ve Doherty (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmadır. Bu çalışmada ağız sağlığı hizmetlerinin değer temelli ödeme modellerinden yoksun olduğu belirtilerek buna yönelik bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda dört kategori altında dokuz ödeme mekanizması öne sunulmuştur. Bu tür tasarımların ilgili alanda değer temelli ödeme modellerini kullanmaya başlayacak olan kurumlar için faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Günümüzde değer temelli ödeme modellerinin kullanılmasını sağlayacak temel motivasyon kaynağı sağlık sistemlerinin yerleşmiş hizmet başına ödeme kültürüne sahip olması ve hizmet başına ödeme modelinin kullanımından kaynaklanan dezavantajlardır. Hizmet başına ödeme modeli gereksiz bakım sunarak hacmi ödüllendirmektedir ve bu durum maliyet artışına neden olarak sağlık sistemlerine pek çok açıdan yük getirmektedir. Kısacası değer arka plana itilerek hacim öne çıkmaktadır (Weiler, 2019; Shah, 2016; Kaplan vd., 2013). Değer temelli ödeme modelleri ise değeri ön plana çıkararak paydaşlara pek çok açıdan fayda sağlamaktadır. Gereksiz hizmetlerin önlenmesi, bakımın iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi veya maliyetlerin daha yavaş artışının sağlanması, ödeyici kurumlar açısından ödeme verimliliğinin artırılması, kanıta dayalı bakım sağlanması, komplikasyonların azaltılması, bakımın koordinasyonunun güçlendirilmesi ve geri ödemelerde artışın sağlanması gibi pek çok fayda buna örnek verilebilir (Horner vd., 2019; Navathe vd., 2019; Plante, 2019; Riley ve Doherty, 2019; Larsson ve Tollman, 2017; Scott ve Eminger, 2016; Henkel ve Maryland, 2015; Conrad vd, 2014; Juniper, 2014; Werner ve Dudley, 2009).

Değer temelli ödeme modellerinin belirtilen faydalarına rağmen tüm değer temelli ödeme modelleri sağlık hizmetlerinde değer iyileşmesine katkıda bulunamamıştır (Horner vd., 2019; Santo, 2014). Dolayısı ile sağlık hizmetlerinde değer artışını sağlayacak ve maksimum etkiye ulaşacak bir değer temelli ödeme modeli oluşturmak için karşılaşılabilecek zorluklar ve dikkat edilmesi gereken noktalar bulunmaktadır. Bunlar aşağıda ifade edilmektedir;

✓ **Değer temelli ödeme modellerinin uygulanma düzeyi:** Değer temelli ödeme modellerinde karşılaşılan en büyük güçlük bu modellerin sağlık sisteminin bütününe nasıl uygulanacağıdır (Horner vd., 2019). Bu duruma ek olarak değer temelli ödeme modellerine geçişte hem hizmet başına ödeme hem de değer temelli ödeme olmak üzere karma bir ödeme sistemi oluşmaktadır. Bu durum hizmet sunucuların, farklı ödeyici kurum ve farklı ödeme modelleri arasında belirsizlik içinde kalmasına neden olmaktadır (Healthcare Financial Management Association [HFMA], 2018).

✓ **Maliyetin yönetilmesi:** Değer temelli ödeme modellerine geçişle hastaneler ve sağlık hizmeti sunan kurumlar belirlenen maliyetlere göre verdikleri bakımını yönetmek zorunda kalacaklar. Ancak çoğu kurum verdikleri bakımın ne kadar maliyete sahip olduğunu yeterince bilememektedir. Bunun nedenlerinde bir tanesi de kurumların değer temelli ödeme sistemine geçişe kadar böyle bir bilgiye ihtiyaç duymamalarıdır (Conway, 2019).

✓ **Çalışanların deneyim farkı:** Mehrotra vd. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada daha az deneyime sahip hekimlerin tecrübeli olanlara göre daha fazla toplam maliyete sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum diğer sağlık çalışanları içinde geçerli olabilir. Tecrübesi az olan çalışanların daha fazla maliyetli olacağı ve değer temelli ödeme modelleri kapsamında daha az kazanacağı durumu ortaya çıkmaktadır.

✓ **Maliyeti yüksek hastaların ihmali:** Değer temelli ödeme modellerinde, kalite ölçütlerine ve belirli maliyet hedeflerine uygun hareket edildikçe, bakımı pahalı ve yoğun olan hastalığa sahip kişilerin ihmal edilmesi söz konusudur (Lynn vd., 2015).

✓ **Sonuç ve kalite ölçütlerinin belirlenmesi:** Bazı değer temelli ödeme modellerini uygulayan ülkelerde çoğu sonuç ve kalite ölçütü, yoksulluk gibi sosyal risk faktörleri veya bunama gibi bilişsel risk faktörleri için ayarlanmamıştır. Böyle bir durumda bu tür risk faktörlerine sahip kişilerin arka planda kalma riskleri bulunmaktadır (Johnston vd., 2019).

✓ **Risk ayarlaması:** Geri ödeme yapmak için risk ayarlaması yapmak oldukça zordur. Örneğin sağlık bakım hizmetini etkileyen tüm sosyal ve çevresel faktörler uygun bir şekilde hesaba katılmadığında yüksek riskli hastalara hizmet sunan sağlık kurumları adaletsiz bir şekilde cezalandırılabilmektedir (Khazanie ve Ho, 2019).

✓ **Çoklu ödeyici:** Birden fazla ödeyicinin olduğu sağlık sistemlerinde belirli bir bakım bölümü için ortak tanımlar oluşturmak gereklidir. Aksi takdirde hizmet sunucuların her ödeyiciye ayrı ayrı uyum sağlaması gerekecektir. Ancak çoklu ödeyicinin olduğu sağlık sistemlerinde bu durum oldukça zordur (Horner vd., 2019).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim farkındalığı bazı gelişmiş ülkede sınırlı düzeyde bulunmakla birlikte giderek artmaktadır. Değer temelli yönetim kapsamında değer temelli ödeme modellerinin kullanımı sağlık sistemlerine gereksiz hizmetlerin önlenmesi, maliyet tasarrufu ve kalite artışı gibi pek çok fayda sunmaktadır. Ancak değer temelli ödeme modellerinin sağlık

sistemlerinde başarılı olması için bu modellerin mevcut sağlık sistemine uygun olup olmadığı incelenmelidir. Bu çalışma değer temelli ödeme modellerini kullanacaklar için bu modellerin avantajlarını, dezavantajlarını ve değer temelli ödeme modeline geçiş sürecinde dikkat edilmesi gereken noktaların ortaya konulmasını amaçlamaktadır. Bu kapsamda; performans dayalı ödeme, paylaşılan tasarruf, paket ödeme, paylaşılan risk ve kişi başına ödeme modellerinin avantaj ve dezavantajları açıklanmıştır. Ayrıca bu modellere geçiş sürecinde karşılaşılabilecek zorluklar ve dikkat edilmesi gereken noktalar ortaya konulmuştur. İncelenen değer temelli ödeme modelleri ve dünya genelindeki uygulama örnekleri sonrasında değer temelli ödeme modeli oluşturmak ve bu modelin başarılı olmasını sağlamak için bazı hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir.

Kurumların yeni bir değer temelli ödeme modeli oluşturması veya başka bir değer temelli ödeme modeline geçmesi için öncelikle kurumun değişime hazır olup olmadığı, kurum kültürü, kurumun finansal gücü, iç ve dış paydaşların bu modeli destekleyip desteklemeyeceği veya nasıl tepki vereceği, entelektüel sermayenin ve gerekli teknik altyapının buna hazır olup olmadığı gibi faktörler dikkate alınıp karar verilmesi gerekmektedir. Bu hususlara dikkat eden kurumların oluşturduğu değer temelli ödeme modellerinin daha etkin bir şekilde işleme olasılığı artar. Değer temelli ödeme modelleri kapsamında yalnızca tek bir değer temelli ödeme modelinin kullanılması gerekliliği yanlış bir algıdır. Sağlık sistemleri içerisinde yalnızca bir modelin kullanılmasının uygun olacağı yerler bulunabilir. Ancak sağlık sistemi genelinde ya da kurum genelinde tek bir modelin kullanılması ısrarı olumsuz sonuçlara yol açabilir. Yukarıda da bahsedildiği üzere her bir modelin pek çok avantajı bulunmakla birlikte dezavantajları da bulunmaktadır. Dolayısı ile bir modelin dezavantajları, bu modelin başka bir modele entegre hale getirilmesiyle ortadan kaldırılabilir. Bu sayede değer temelli ödeme modellerinden daha çok faydalanılması mümkün hale gelebilir.

Değer temelli ödeme modellerinin sistemin tamamına aynı anda uygulanması yüksek maliyetin yanında sistemin işleyişi açısından da büyük risk taşır. Dolayısı ile ilk aşamada sistemin tamamının değer temelli ödeme modeli kapsamında olmasına gerek yoktur. Politika yapıcıların ya da kurum yöneticilerinin öncelikle hangi sağlık hizmetlerinin (örneğin kronik hastalıklar, kalp hastalıkları, nadir hastalıklar vb.) veya alanların (satın alma vb.) değer temelli ödemeye uygun olacağına karar vermesi gerekmektedir. Bu sayede önce pilot uygulamalar yapılarak değer temelli ödeme modellerinin daha sağlıklı bir şekilde kullanılması sağlanabilir. Ayrıca değer temelli ödeme kapsamında yapılan geri ödemeleri belirleyebilmek için erişilmesi gereken temel bilgilerden bir tanesi maliyetlerin ne düzeyde olduğudur. Dolayısı ile sunulan bakımın maliyetinin tam olarak ölçülmesi ve buna uygun teknik altyapının oluşturulması gerekmektedir.

Değer temelli ödeme modellerinde kalite ölçütleri oluşturulmaktadır. Ancak oluşturulan çoğu ölçüt hasta görüşünden yoksundur. Hasta merkezli bir yönetim anlayışında yapılan ödemelerde hastanın görüşünün de ön planda tutulması gerekir. Sağlık çıktılarının ve dolayısı ile sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesine hastanın görüşlerinin de dâhil edilmesi ve ödemelerin buna göre yapılması gerekmektedir. Sağlık sistemi kapsamında pek çok paydaş bulunmakta ve ödeme modelleri bu paydaşların istekleri dikkate alınarak oluşturulmaktadır. Dolayısı ile oluşturulacak değer temelli ödeme modellerinin esnek olması gerekir. Örneğin paket ödeme yöntemi, tek ödeyicinin bulunduğu durumda oldukça fazla fayda sağlarken sisteme başka bir ödeyici dâhil olduğunda daha az fayda sağlamaktadır. Oluşturulacak olan değer temelli ödeme modellerinin sistem içerisinde bu tür değişikliklere karşı duyarlı ve esnek olması bu modellerin değer üretmesi açısından oldukça önemlidir.

Sonuç olarak kullanılacak olan değer temelli ödeme modelinin yukarıda bahsedilen avantaj, dezavantaj ve özellikler açısından iyi analiz edilmesi, kullanılacak modelin kurum, ülke veya uygulanacak olduğu alanın özellikleri ve stratejileri ile uyumlu olması değer temelli ödeme modellerinin sağlıklı bir şekilde işlemesi açısından önemlidir. Aksi takdirde değer temelli ödeme modellerinin bahsedilen avantajları dezavantaja dönüşebilir ve sağlık sistemine katkı sağlamak yerine zarar verebilir.

KAYNAKÇA

- AAFP. (2019). Value-Based Payment, Erişim Adresi: <https://www.aafp.org/about/policies/all/value-based-payment.html>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- Adil, M., & Saeed, D. (2019). Value Based Healthcare-An Approach to Improve Services in Pakistan. *Annals of King Edward Medical University*, 25(S).
- Ameels, A., W. Bruggeman, ve G. Scheipers. (2003). *Value-based management control processes to create value through integration: A literature review. In Recent Trends in Valuation: From Strategy to Value*, ed. L. Keuleneer and W. Verhoog, 87–150. New York: Wiley.
- Arnold, G. (2008). *Corporate financial management*. Essex: FT Prentice Hall.
- Black, A., Wright, P., Bachman, J. (1998). *In search of Shareholder Value*. London: Pitman Publishing.
- Bozic, K. J. (2017). What's important: preparing for the transition to value-based health care: an American Orthopaedic Association (AOA) 2016 OrthoTalk. *JBJS*, 99(13), 1150-1152.
- Bucci, R. V. (2014). *Medicine and business: a practitioner's guide*. Springer Science & Business Media.
- Bukvič, V. (2016). Value based management with some practical examples in Slovenian industries. *Advances in Business-Related Scientific Research Journal*, 7(2), 40-79.
- Cattel, D., Eijkenaar, F., & Schut, F. T. (2018). Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. *Health Economics, Policy and Law*, 1-19.
- CMS. (2012). Medicare Shared Savings Program. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/cliac/docs/addenda/cliac0212/Tab_22_November_CLIAC_2012Feb_15_ACO_Overview_Final_Rule.pdf. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- CMS. (2019a). Value Based Programs. Erişim Adresi: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>. Erişim Tarihi: 30.11.2019
- Claes, P. C. (2006). *Management control and value-based management: Compatible or not? In Performance Measurement and Management Control: Improving Organizations and Society Studies in Managerial and Financial Accounting*, ed. M. Epstein and J. F. Manzoni, vol. 16, 269–301. Oxford: Elsevier.
- CMS. (2019b). Shared Savings Programs. Erişim Adresi: (<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/index>). Erişim Tarihi: 30.11.2019

- CMS. (2019c). Shared Savings Program Fast Facts. Erişim Adresi: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ssp-2019-fast-facts.pdf>. Erişim Tarihi: 01.01.2020
- Collđén, C., & Hellström, A. (2018). Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation. *BMC health services research*, 18(1), 681.
- Conrad, D. A. (2015). The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health Services Research*, 50, 2057-2089.
- Conrad, D. A., Grembowski, D., Hernandez, S. E., Lau, B., & MARCUS-SMITH, M. I. R. I. A. M. (2014). Emerging lessons from regional and state innovation in value-based payment reform: balancing collaboration and disruptive innovation. *The Milbank Quarterly*, 92(3), 568-623.
- Conway, K. (2019). Value-based healthcare starts with standard definitions. Erişim Adresi: <https://www.hponline.com/sourcing-logistics/article/13002078/valuebased-healthcare-starts-with-standard-definitions>. Erişim Tarihi: 06.09.2020
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Diabeter. (2019). Value-Based Healthcare for Diabets. Erişim Adresi: <https://diabeter.nl/en/go-to/value-based-healthcare/>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- Dunbar-Rees, R., Panch, T., & Dancy, M. (2014). From volume to value? can a value-based approach help deliver the ambitious aims of the NHS cardiovascular disease outcomes strategy?. *Heart*, 100(11), 827-832.
- Elghrabawy, A. (2012). *A contingency framework of enterprise governance in the UK: A value-based management approach*. Doktora Tezi, Brunel University Brunel Business School.
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2019). Defining value in “valuebased healthcare” (doi:10.2875/872343). Lüksemburg: Avrupa Birliği.
- Fantini, B., & Vaccaro, C. M. (2019). Value based healthcare for rare diseases: efficiency, efficacy, equity. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 55(3), 251-257.
- Firk, S., Schmidt, T., & Wolff, M. (2019). Exploring Value-Based Management Sophistication: The Role of Potential Economic Benefits and Institutional Influence. *Contemporary Accounting Research*, 36(1), 418-450.
- Firk, S., Schrapp, S., & Wolff, M. (2016). Drivers of value creation—The role of value-based management and underlying institutions. *Management Accounting Research*, 33, 42-60.
- Francavilla, C. (2019). Understanding the Impact of Care Delivery Models in Value-Based Payment. *Medsurg Nursing*, 28(5), 331-338.
- Gabriel, L., Casey, J., Gee, M., Palmer, C., Sinha, J., Moxham, J., & Colegate-Stone, T. J. (2019). Value-based healthcare analysis of joint replacement surgery for patients with primary hip osteoarthritis. *BMJ Open Quality*, 8(2), 1-11.
- Garvelink, M. M., & Van der Nat, P. B. (2019). Moving forward with Value Based Healthcare: The need for a scientific approach. *European Journal of Surgical Oncology*, 45(7), 1299.

- Health Care Payment Learning & Action Network. (2017). Alternative Payment Model Framework. Erişim Adresi: <https://hcp-lan.org/apm-refresh-white-paper/>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- HFMA. (2018). Research Report: Value-Based Payment Readiness. Erişim Adresi: <https://www.hfma.org/topics/hfm/2018/april/60163.html> Erişim Tarihi: 09.01.2020
- Henkel, R. J., & Maryland, P. A. (2015). The risks and rewards of value-based reimbursement. *Frontiers of health services management*, 32(2), 3-16.
- Horner, B., Van Leeuwen, W., Larkin, M., Baker, J., & Larsson, S. (2019). Paying for value in health care. Erişim Adresi: <https://www.bcg.com/publications/2019/paying-value-health-care.aspx>
- Johnston, K. J., Wen, H., Schootman, M., & Maddox, K. E. J. (2019). Association of Patient Social, Cognitive, and Functional Risk Factors with Preventable Hospitalizations: Implications for Physician Value-Based Payment. *Journal of general internal medicine*, 34(8), 1-8.
- Juniper, K. (2014). Risk-Sharing and Value-Based Approaches to Health Benefits. Benefit Magazine. Erişim Adresi: <https://www.buchalter.com/publication/risk-sharing-and-value-based-approaches-to-health-benefits>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- Kaplan, J., Kuenen W. J., Pykosz, M., & Larsson, S. (2013). Alternative payer models show improved health-care value. Erişim Adresi: <https://www.bcg.com/publications/2013/health-care-payers-providers-alternative-payer-models.aspx>
- Keswani, A., Koenig, K. M., & Bozic, K. J. (2016). Value-based healthcare: part 1—designing and implementing integrated practice units for the management of musculoskeletal disease. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 474(10), 2100-2103.
- Khazanie, P., & Ho, P. M. (2019). Leveraging Value-Based Payment Models to Reduce Sex Differences in Care. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(8), 1-3.
- Koller, T. (1994). What is value-based management?. *The McKinsey Quarterly*, (3), 87-102.
- Lakdawalla, D. N., Doshi, J. A., Garrison Jr, L. P., Phelps, C. E., Basu, A., & Danzon, P. M. (2018). Defining elements of value in health care—a health economics approach: an ISPOR Special Task Force report [3]. *Value in Health*, 21(2), 131-139.
- Larsson, S. & Tollman, P. (2017). Health care value problems and how to fix it. Erişim Adresi: <https://www.bcg.com/publications/2017/smart-simplicity-health-care-value-problem-how-fix-it.aspx>
- Lovata, L. M., & M. L. Costigan. 2002. Empirical analysis of adopters of economic value added. *Management Accounting Research*, 13 (2): 215–28.
- Malmi, T., & Ikäheimo, S. (2003). Value based management practices—some evidence from the field. *Management Accounting Research*, 14(3), 235-254.
- McTaggart, J. M., & Kontes, P. (1994). *The Value Imperative*. New york: The Free Press.

- Mehrotra, A., Reid, R. O., Adams, J. L., Friedberg, M. W., McGlynn, E. A., & Hussey, P. S. (2012). Physicians with the least experience have higher cost profiles than do physicians with the most experience. *Health Affairs*, 31(11), 2453-2463.
- Meinert, E., Alturkistani, A., Brindley, D., Knight, P., Wells, G., & de Pennington, N. (2018). Weighing benefits and risks in aspects of security, privacy and adoption of technology in a value-based healthcare system. *BMC medical informatics and decision making*, 18(1), 100.
- Mella, P. (2019). Quality, a Key Value Driver in Value Based Management. *Economia Aziendale Online*, 9(4), 439-462.
- Merril, D. G. (2019). Value-Based Payment in Ambulatory Anesthesia. *Anesthesiology Clinics*, 37(2), 373-388.
- Navathe, A. S., Volpp, K. G., Caldarella, K. L., Bond, A., Troxel, A. B., Zhu, J., ... & Nelson, C. (2019). Effect of financial bonus size, loss aversion, and increased social pressure on physician pay-for-performance: a randomized clinical trial and cohort study. *JAMA network open*, 2(2), 1-14.
- Özsarı, H. (2018). Değer Temelli Yönetim Anlayışının Sağlık Yönetimindeki Yeri. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 6-9.
- Pizzo, J. J., Bohorquez, C., Cohen, A., & Ryan, D. (2013). Navigating performance-based risk: a variety of payment models allow hospitals and health systems to chart a course to value-based care by shaping contracts to their specific needs and capabilities. *Healthcare Financial Management*, 67(7), 42-52.
- Plante, J. (2019). What is value-based payment, and what does it mean for healthcare? Erişim Adresi:<https://www.christenseninstitute.org/blog/what-is-value-based-payment-and-what-does-it-mean-for-healthcare/>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006), *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Putera, I. (2017). Redefining health: implication for value-based healthcare reform. *Cureus*, 9(3).
- Rapp, M. S., D. Schellong, M. Schmidt, & M. Wolff. (2011). Considering the shareholder perspective: Value-based management systems and stock market performance. *Review of Managerial Science*, 5(2–3): 171–94.
- Riley, W., Doherty, M., & Love, K. (2019). A framework for oral health care value-based payment approaches. *The Journal of the American Dental Association*, 150(3), 178-185.
- Roberts, E. T., Zaslavsky, A. M., & McWilliams, J. M. (2018). The value-based payment modifier: program outcomes and implications for disparities. *Annals of internal medicine*, 168(4), 255-265.
- Rosenstein, A. H., O'Daniel, M., White, S., & Taylor, K. (2009). Medicare's value-based payment initiatives: impact on and implications for improving physician documentation and coding. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 250-258.

- Ryan, H. E., & E. A. Trahan. (2007). Corporate financial control mechanisms and firm performance: The case of value-based management systems. *Journal of Business Finance & Accounting*, (1–2), 111–38.
- Santo, C. (2014). Walking tightrope: Regulating medicare fraud and abuse and the transition to value-based payment. *Case Western Reserve Law Review*, 64(3), 1377-1418.
- Saunders, C. (2019). Towards value-based healthcare—modelling an answer for cancer care delivery. *Australian Health Review*, 43(2), 121-122.
- Scott, B. C. & Eminger, T. L. (2016). Bundled Payments: Value-Based Care Implications for Providers, Payers, and Patients. *American Health & Drug Benefits*, 9(9), 493-496.
- Shah, A. (2016). Value-based health care, a global assessment. The Economist Intelligence Unit.
- Squitieri, L., Bozic, K. J., & Pusic, A. L. (2017). The role of patient-reported outcome measures in value-based payment reform. *Value in Health*, 20(6), 834-836.
- NEJM. (2017). What Is Value-Based Healthcare? Erişim Adresi: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- UH. (2019). Payment Models. Erişim Adresi: <https://www.uhc.com/valuebasedcare/how-value-based-care-benefits-you/for-care-providers/payment-models>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- VH. (2013). Models of Value-Based Reimbursement. Erişim Adresi: <https://knowledge.evolenthealth.com/>
- Van der Nat, P. B., van Veghel, D., Daeter, E., Crijns, H. J., Koolen, J., Houterman, S., & Meetbaar Beter Study Group. (2017). Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. *International Journal of Healthcare Management*, 1-4.
- Van Veghel, D., Schulz, D., Soliman-Hamad, M., & Dekker, L. (2019). The need for new financial models in the implementation of value-based healthcare. *International Journal of Healthcare Management*, 1-4.
- Wallace, J. S. (1997). Adopting residual income-based compensation plans: Do you get what you pay for? *Journal of Accounting and Economics*, 24 (3): 275–300.
- Weiler, R. D. (2019). Transforming Health Care Through Value-Based Reimbursement. *Benefits Magazine*.
- Weiss, M. A., Marchese, S., & Zhang, L. (2019). Effective Care Management for Children With Special Health Care Needs in the Era of Value-Based Payment. *Clinical pediatrics*, 58(9), 1-8.
- Werner, R. M., & Dudley, R. A. (2009). Making the ‘pay’ matter in pay-for-performance: implications for payment strategies. *Health Affairs*, 28(5), 1498-1508.
- Young, S. D., & S. F. O’Byrne. (2001). *EVA and value based management: A practical guide to implementation*. New York: McGraw-Hill.
- Zipfel, N., van der Nat, P. B., Rensing, B. J., Daeter, E. J., Westert, G. P., & Groenewoud, A. S. (2019). The implementation of change model adds value to value-based healthcare: a qualitative study. *BMC health services research*, 19(1), 643.



E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/tr/pub/sayod	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı: 1, Nisan 2021	Issue: 1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 28/10/2020 Accepted Date / Kabul Tarihi: 17/12/2020

USE AND MANAGEMENT OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT IN PANDEMIES

Atıf/ to Cite (APA): Erdal, N. (2021). Use and Management of Personal Protective Equipment in Pandemics. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 22-37

Nurgül ERDAL¹

DOI: <https://doi.org/10.35375/sayod.801661>

ABSTRACT

No matter how advanced the technology is, nature always reminds human beings of its unpredictable powers, and the natural environment in which we live may not create any warning or cause epidemics. Returning from the past to the future is likely to happen in the future, just as epidemics have been experienced in the past and the past. In pandemics spreading over a wide geography, personal protective equipment must be coded and managed correctly in order to be protected from the epidemic. Since pandemics develop suddenly, an environment of panic occurs and the people rush to an uncontrolled personal protective equipment and uncontrolled and unnecessary shopping is experienced at the beginning. It consists of scarcity as supply decreases and demand increases. It has difficulties in accessing personal protective equipment, including healthcare institutions. It's important that you didn't know, as they play an active role in preventing pandemics. In this review study, the supply of personal protective equipment, its effective and efficient use, the importance of proper disposal after use, its management, was applied correctly and appropriately. All countries in the world should be prepared against possible pandemics and should be learned through planning before pandemics occur. Since vaccination and treatment methods are not yet known at the beginning of the pandemic, personal protective equipment is extremely important.

Keywords: Pandemic, Personal Protective Equipment Management, Correct Use, Personal Protective Equipment

1. INTRODUCTION

Although it is not known precisely when the epidemic started, it is thought to be in the United States and also 16 centuries ago (Gendon,1994: 451).Pandemics are disease outbreaks that are widespread, mostly as a result of the spread of infection from person to person. In the globalizing world, when a new strain emerges, why do many people get sick and die because people have not yet developed immune systems. For example, Spain Flu (1918), Asian Flu (1957) and Hong Kong Flu (Rear et al, 2015: 645) in the 20th century. Covid 19, which are currently seen, will continue to threaten the world in the future, as well as diseases such as AIDS, SARS, Ebola, Zika and other epidemics.

We are dealing with a huge pandemic these days when the world fairy is approaching 8 billion and we will face many new pandemics in the future. In the face of this situation, the insufficiency of social sharing, the health systems and policies of the country, the insufficiency

¹ Dr, Istanbul University, Cerrahpasa Medical School, Hospital of School of Medicine, Istanbul, Turkey. nurgul.erdal@istanbul.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2961-3906>

of health institutions, triage practices, insufficiency of health personnel, increasing patient potential, the presence of ways of transmission, the increase of the world fairy, the difficulties in reaching the net, vaccine and personal protective equipment and not being extinguished factors are on the agenda (Üstün & Özçiftçi, 2020: 151).

Pandemics affect individuals economically, culturally, psychologically, sociologically and have serious negative effects on the public (Verikios, 2016:1225). Epidemics infect millions of people around the world, causing illness and widespread death in a large population. It is also a serious global threat. Short-term economic problems occur for the financial burdens, treatment costs, loss of production and indirect costs it causes. However, the country is under threat at its borders, and national security emerges as a problem. Schools that are closed in these processes, social and cultural life, tourism, agriculture and commercial activities, and investments cause great damages that are difficult to compensate (Özkoçak, 2020: 1193). That's why PPE is needed to prevent pandemics and reduce contagion.

Pandemic periods are periods in which various arrangements should be made for emergency response and contagion. These days, they organize various policies and take protective measures to reduce the epidemic. This is initially on a global basis. The right interventions that can be handled effectively and quickly during these periods ensure that people are protected from the disease, they are treated if they get sick, and their recovery rate increases. To have effective and efficient emergency management, to manage such crises well, learn the basics of combating the pandemic. In this case, it can be defined as a survival issue of both human health and economic continuity.

Good management of pandemics depends on taking protective measures. The important thing here is the correct management and use of personal protective equipment. To achieve this, training should be given for accurate information, accurate use, accurate control of the material and correct supply. The fact that all pandemics are a test and teaching for familiar people. Although these outbreaks give extra duties and responsibilities for administrators, scientists, health systems, all individuals are affected. It is essential to take vaccine protective measures against epidemic diseases, to pay attention to personal hygiene and cleanliness, the correct use of personal protective equipment and the necessary vaccine. Introduction of unique protective equipment pandemic for vaccination time display. It should be the duty of the pandemics to be protected from the epidemic and to comply with the necessary rules and procedures (Aslan, 2020: 41).

2. PANDEMIA

We can say that deaths from infectious diseases are more common than deaths in wars in human history. The death of millions of people from the past to the present may be the result of these radical changes in human life (Esen, 2017: 75). Today, pandemic words are used more than health and disease words. What is this pandemic? The fact that the infectious disease is a specific and epidemic, that this epidemic exceeds the continents, spreads to broad geography, begins to affect a large mass and even the whole humanity is a pandemic. Word pandemic for the first time by British physician Gideon Harvey, in (1666). He used "Pandemick" interchangeably with "Epidemick".means a malignant disease and "concerns the country in general."Pandemic comes from the Greek language income pan, meaning "all." The infectious disease epidemic is known to affect an entire country or one or more continents. They state that pandemic strains undergo genomic mutations and tend to spread continuously (

Honigsbaum,2009:1939). Figure 1 shows the distinction between epidemic and pandemic in detail.



Figure 1: Difference between epidemic and pandemic.

Reference: (<https://www.verianaliz.net/pandemi-tarihi-corona-covid19-veri-analiz-infografik/#endemianchor>)

Although the pandemics seen around the world differ, they have some basic features (Qiu et al., 2017: 4). These;

1- Broad Geographic extensions and inter-regions are globally categorized. For example, Swine Flu has spread to a total of 178 countries when the H1N1 pandemic occurred in 2009 (Rewar et al., 2015: 646).

2- The disease moves from one place to another. For example, pandemics such as Black Death, Influenza, SARS, Covid-19 have been transported almost everywhere in the world (Qiu et al., 2017: 4).

3- In pandemics, the disease occurs as new or is variants of existing organisms. Only since the 1970s, more than one thousand five hundred new disease-causing pathogens have emerged, 70% of which are of animal origin. Although it is known that not all of these pathogens have turned into a major epidemic, the Ebola virus, which emerged in 1976, and HIV, which began to be seen since 1983, draw attention as a global problem on human health (World Health Organization 2018 : 14).

4-Global pandemics with high mortality and morbidity occur when a virulent new viral strain emerges for which the human population is not immune, and is severe (Rewar et al., 2015: 645). Violence is predicted by case fatality (Donaldson et al., 2009:5). "Unlike Ebola, most cases die within 10 days of the initial infection, and the disease has a mortality rate of 50-90%. As of 30 May 2010, there have been deaths in almost 214 countries and more than 18,138 people around the world (Su & He, 2015).

5- Pandemics manifest themselves with high attack rates and explosive spread. For example, influenza H1N1, Covid 19 and Ebolan are examples of pandemics. However, even if the

epidemic is common, it will not be included in the pandemic list if it is not explosive. For example, although the West Nile virus, seen in 1999, spread to the Middle East, Russia and the Western Hemisphere, it was not considered a pandemic because the transmission was slow and the attack rate was low (Donaldson et al, 2009: 5)

6- Societies' immunity is very important in preventing pandemics. In other words, population immunity should be given importance to reduce the spread and transmission of the pandemic (Taubenberger & Morens, 2009:15). For example, Covid 19 spread in a short time because it is the new form of the influenza virus (Karcıoğlu, 2020: 55).

7- Pandemic diseases are contagious, can be transmitted from individuals to individuals or can be passed from vectors to humans.

WHO, an international organization, analyzes the risks in common diseases, warns countries about the measures to be taken and supports countries. It is important for public health and is the center of data flow. They make a certain amount of funding to protect against epidemics spread in countries. In Figure 2, we can see the funding of various countries. The USA allocates the highest amount of 115.8. (Million \$), followed by China with 57.4. (Million \$). Japan is below three China with \$ 41.0 Million). Germany 29.1. (Million \$), UK 21.9. (Million \$), France 21.2. (Million \$), Italy 15.8. (Million \$), lowest place Brazil 14.1. (Million \$) followed by \$). Necessary precautions should be taken in order not to be caught unprepared for pandemics. The use of personal protective equipment is an important method as no protective vaccine has been developed at the first stage. The management and use of personal protective equipment is a strategic situation during the pandemic. (<https://www.verianaliz.net/pandemi-tarihi-corona-covid19-veri-analiz-infografi/#endemianchor>)

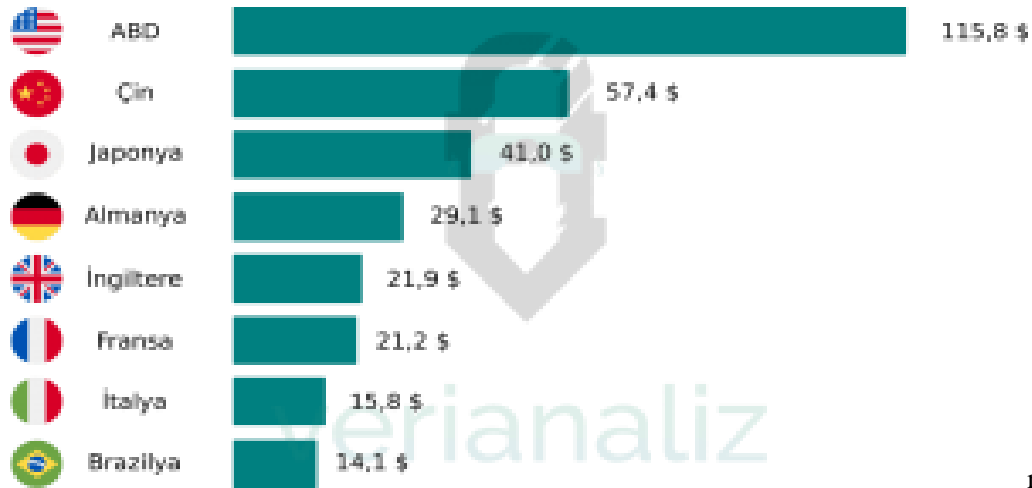


Figure 2: Funding made by countries to WHO as of March 31, 2020. (Million \$)

Reference: (<https://www.verianaliz.net/pandemi-tarihi-corona-covid19-veri-analiz-infografik/#endemianchor>)

2.1. Pandemic History

Since the world has existed, people have faced many epidemics. Various pandemics have been encountered in the world at different times throughout history, causing the collapse of empires and intercontinental migration. Many major pandemics have been recorded in human history,

including smallpox, plague, dengue virus, AIDS, influenza, severe acute respiratory syndrome (SARS), West Nile disease and tuberculosis. Flu outbreaks are unforeseen but recurrent events that can have serious consequences on communities around the world. Flu epidemics have occurred approximately three times each century since the 1500's. For example, in the 20th century, there were 3 flu epidemics called “Spanish Flu” in 1918-1919, “Asian Flu” in 1957-1958 and “Hong Kong Flu” in 1968-1969. Spanish Flu in 1918-1919, which killed more than 50 million people, was recorded as the most devastating epidemic in world history (Qiu, et al., 2017: 4).

Table.1. Pandemic History

History	Pandemics	ACTIVE	DEATH NUMBER
165-180	Antonine Plague	Could be chickenpox / measles virus	5.000.000
541-542	Justinian Plague	Yersenia Pepsis	30-50.000.000
735-737	Smallpox Japanese	Variola Majör Virus	1.000.000
1347-1351	Black Death	Yersenia Pepsis	200 000.000
1520	New world smallpox	Variola Majör Virus	56.000.000
1629-1631	Italia Plague	Yersenia Pepsis	1.000,000
1665	London Big Plague	Yersenia Pepsis	100.000
1817-1923	Cholera Pandemia 1-6	V.Cholera	1.000.000
1885	Third Plague	Yersenia Pepsis	12.000.000(China ana India)
Late 1800s	Yellow Fever	Yellow Fever Virus	100.000-150.000 (ABD)
1889-1900	Russian Flu	Could be H2N2 Virus	1.000.000
1918-1919	Spain Flu	H1N1 Virus	40.000.000-50.000.000
1957-1958	Asian Flu	H2N2 Virus	1.1000.000
1968-1970	Hong Kong Flu	H3N2 Virus	1.000.000
1981-Present	AIDS/ HIV	HIV	25.000.000 – 35.000.000
2002-2003	SARS	Coronavirus	770.000
2009-2010	Swine Flu	H1N1 Virus	200.000
2014-2016	EBOLA	Ebola Virus	11.000
2015 Present	MERS	Coronavirus	850.000
2019 Present	Covid-19	Coronavirus	994.000 (26 Semptember 2020)

Reference: (<http://www.yeditepehastanesi.com.tr/koronavirus-pandemisi-ilk-degil>)

Table in the 1. some important pandemics have been seen in the world throughout history. Throughout history, humanity has faced many pandemics that caused diseases and deaths that spread widely. Some of the pandemics dating back to pre-Christ are not known because some are recorded and some are not. It is known that pandemics have shocking effects on human history. The pandemics that have affected the most since ancient times; We can count as Amvas Plague, Black Plague, cholera, Spanish Flu, AIDS, New World Smallpox Epidemic, Swine Flu,

Ebola, SARS and MERS, Asian Flu and Hong Kong Flu and Covid-19. To briefly explain these silent killers;

Amvâs Plague: This plague is also known as black death. It is called by this name since it was seen in Amvâs near Jerusalem in 639. It has spread to a wide geography including Urfa, Damascus, Jordan and Palestine (Aslan, 2020: 36).

Black Plague: 1348 plague epidemic from the Asian continent to the European continent via Sicily. It is an epidemic in the past with extremely important consequences. It has various types and the exact cause of its occurrence is unknown. Various treatments and prevention to treat the disease roads have been developed, but still, in this epidemic nearly half of them died. At the same time, riots, change in the demographic map of the continent, psychological insecurity and fear. The emergence of the social environment, the weakening of social relations, various persecution of the Jews, stagnation of trade, expensive and cultural consequences. With are encountered (Genç,2011:124).

Cholera: Cholera, which was known as a local disease in India until the 19th century, spread out of the region at the beginning of this century, causing huge pandemics and took thousands of lives. he was. East-West world of cholera. Iran and the Ottoman geography between the two countries were highly affected by this pandemic. It has spread to the new world through Europe (Yılmaz,2017: 51-52).

Spanish Flu: It is an epidemic between 1918-1920. In these years, the world population is less than 2 billion and one third of the population has this disease. The First World War continues in these years. It is estimated that nearly 50 million people died from this epidemic and it is known that there are more than those who died in the war (Eşidir & Bak,2020: 11).

AIDS, HIV: Human acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is caused by two lentiviruses, human immunodeficiency viruses types 1 and 2 (HIV-1 and HIV-2). Both HIVs consisted of multiple cross-species transmission of monkey immunodeficiency viruses that naturally infect African primates (Sharp & Hahn, 2020,1). It is an infectious disease that causes the immune system to collapse in humans. By affecting the immune system, it lowers body resistance, makes it vulnerable to various diseases and eventually causes death. It is a sexually transmitted disease.

New World Smallpox Outbreak: It is a smallpox disease seen between 1520-1902. When Europeans first came to the New World from the Old World in the 15th century, they brought along a series of new diseases. Variola (smallpox) virus, with its microbiological, genetic, antigenic and epidemiological features, can be considered as a potential biological weapon and is a potential danger various flower outbreaks occurred and it was destroyed in 1979 (Ristonovic et al., 2016: 587).

Swine Flu (H1N1): It was first seen in Mexico in 2009-2010. The causative agent was H1N1 virus and it spread rapidly and infected Pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus The most important feature of the infection it causes is that it can cause severe infection in young adults and patients without risk factors (Selvi Can, et al., 2010:9).

Ebola: Ebola virus causes severe hemorrhagic fever in humans and has a high mortality rate. 2013--2016 outbreak in West Africa, on an unprecedented scale, it caused an outbreak greater than any previous outbreak, with 28 646 reported cases and 11323 deaths (Coltart et al., 2017:1).

SARS: Human coronaviruses (HCoV) were previously known as harmless respiratory pathogens. It gained importance after the severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic and the emergence of the Middle East. It spread from the southern china market in 2002. 29 countries infected 916 deaths and 8000 people (Yin & Wunderink, 2018:130).

MERS: Middle East respiratory syndrome (MERS), CoVs were the pathogens that caused respiratory tract infection. MERS, which was first seen in Saudi Arabia in 2012., it resulted in 720 near deaths in 27 countries (Yin & Wunderink, 2018:130).

Asian Flu (1957-1958) and Hong Kong Flu: Asian influenza A (H2N2) strain and Hong Kong The influenza A (H3N2) strain caused the 1957 and 1968 outbreaks, respectively. Both strains of viruses first appeared in China (Hsieh et al., 2006:2). The H2N2 virus, which was thought to be caused by the mutation of the Influenza-A virus in ducks between 1968-1970, was reported in East Asia approximately 40 years after the Spanish Flu. This virus, which spread all over the world in a short time and caused the pandemic, caused the death of approximately 1.1 million people .

Covid-19: First appeared in Wuhan (Hubei, China) in December 2019 with a diagnosis of pneumonia and the new coronavirus was identified as Covid 19. On January 30, 2020, the World Health Organization declared a pandemic. Covid-19, which is still in effect, continues to be economically, socially, psychologically and culturally destructive all over the world (Zheng et al, 2020: 259).

3. Use Of Personal Protective Equipment (Ppe)

In the globalizing world, the use of PPE in the prevention of epidemics and pandemics is an extremely important issue. Although advances in the diagnosis and treatment of diseases in the technological age are promising, the size of the epidemic and pandemic is increasing due to the increase of the world population, industrialization, crowded cities and economic insufficiencies.

Developed countries have focused on the diagnosis and treatment of noncommunicable diseases rather than communicable diseases. In third world countries, the fight against infectious diseases continues. While noncommunicable diseases continue to increase in the world, many pandemics have been observed in the 21st century. SARS, a member of the Coronavirus family, was seen in Asia and Canada in 2002-2003 and caused the death of 779 people. In 2009, 14,286 people died in the Swine Flu (H1N1) pandemic. Another Coronavirus, MERS, occurred in 2012 and thousands of people died. A large number of people have lost their lives due to COVID-19, which is currently in effect. As it can be understood from all of these, we are faced with consequences that cause the death and illness of thousands of people, as the necessary importance is not given to preventive health services. When protective measures are followed and proper procurement and use of PPE is provided, pandemics can be prevented and overcome with less damage (<https://www.teb.org.tr>).

The most effective method in preventing pandemics is the appropriate and appropriate use of personal protective equipment. Today, with the understanding of the importance of occupational health and safety and the enactment of the law numbered 6331, personal protective equipment has started to be mentioned. The subject of personal protective equipment is included only in articles 19 and 26 of the Occupational Health and Safety Law No. 6331. According to Article 19, employees are obliged to use and protect the personal protective equipment provided to them correctly. In Article 26, it is stated that enterprises are required to provide personal

protective equipment in accordance with the standards and CE marked, otherwise they will pay administrative fines (<https://iscidunyasi.com/kisisel-korguard-donanim-nedir>).

Choosing the appropriate PPE at workplaces and ensuring its correct and appropriate use imposes responsibilities on both employers and employees. Employers' responsibilities are as follows;

Dangerous assessment and risk analysis of workplaces,

Determining and procuring suitable PPE for employees at work,

Training on proper and correct use and maintenance of PPE,

Replacing the PPE if it is damaged or worn, periodically examining, updating and evaluating the effectiveness of the PPE are among the responsibilities we can count (Transferred Beşer & Topçu, 2013: 241).

Employees' responsibilities;

-Use PPE properly and ensure proper cleaning and waste after use,

- Participating in trainings about PPE,

- Notifying the necessary places when KKE change and repair is required (Transferred, Beşer & Topçu, 2013: 241)

Especially during the pandemic, employees are responsible for following the rules to be followed in the pandemic and attending information meetings. Three things affect the choice of PPE. These;

1- Type of exposure: It is important to choose PPE to be taken precautions against spillage, splash, spray, etc. that may form body fluids, blood, droplets etc. that may penetrate the clothing or the environment. One or more PPE can be used. In other words, the isolation method applied to the patients determines this situation.

2- It is the suitability and robustness of PPE: The PPE selected in this article must be suitable. For example, protective aprons are waterproof, liquid-resistant.

3- Suitability: It should be suitable for personal use. For example, it should be in the appropriate size to protect the workforce (Beşer & Topçu, 2013: 241).

Healthcare workers are the most affected by the SARS 2, Ebola 3, MERS-CoV 4.5, Covid 19 pandemic, which have been seen in the last century and have very serious consequences (Enli, et al., 2020: 289). In pandemics, it is especially important for healthcare professionals to access appropriate personal protective equipment of appropriate quality and in sufficient number. Since healthcare professionals are at the forefront of pandemics, they must use personal protective equipment in the provision of healthcare services in order to fulfill their duties and protect the health of the society. Doctors, nurses, caregivers and other healthcare professionals working in health institutions come face to face with both physical and psychological risks in pandemics. If they have enough protective equipment they will feel safe. The most commonly used PPE in pandemics are gloves, gowns, masks, respirators, goggles, and visors. It differs in the material used according to the type of pandemic. PPE should be selected according to the functions performed (Beşer and Topçu, 2020: 241).

PPE is very important in reducing and preventing pandemics. In the 2009 H1N1 pandemic, we see the material used in three hospitals in Canada. and material usage. Mask use increased by 110% and 196% and respirator use increased by 60% and 107%, compared with the 2009 influenza season and the weeks 27–51 in 2008, respectively. A ratio of 3 masks to 4 respirators was observed (Figure 3).

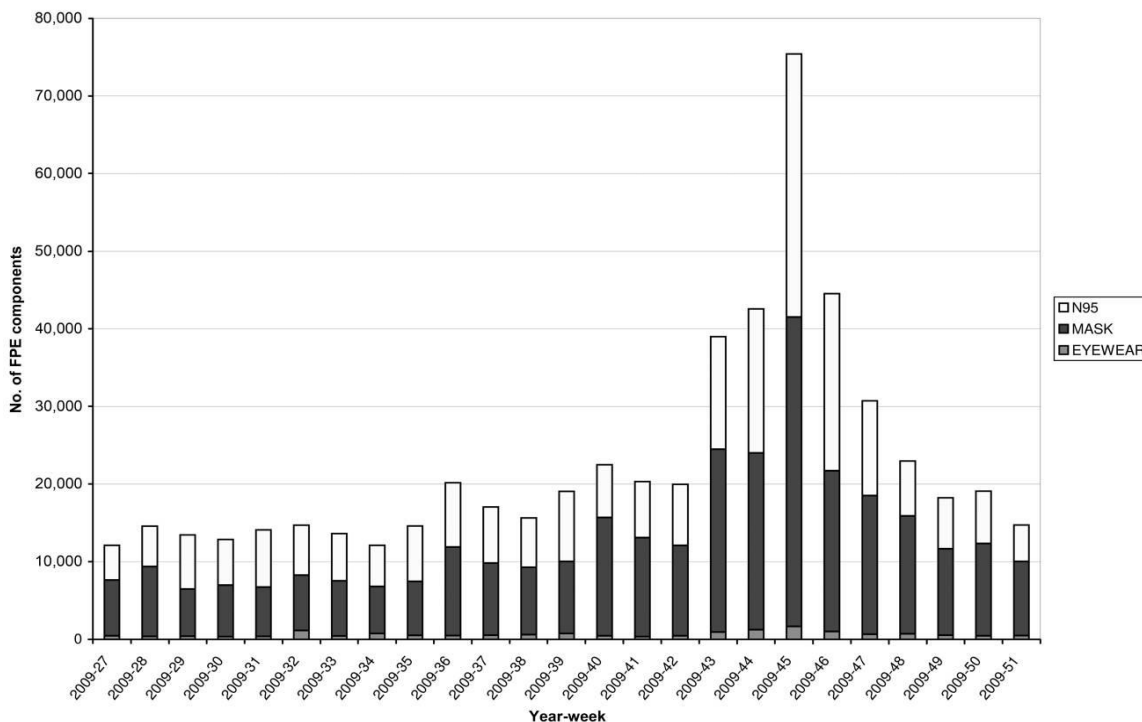


Figure.3. Pandemic (H1N1) 2009 Virus on Personal and Use of Facial Protective Equipment in

Reference: (Muray,M., Grant,J., Bryce, E., Chilton, P., & Forrester,L.(2010). Facial Protective Equipment, Personnel, and Pandemics: Impact of the Pandemic (H1N1) 2009 Virus on Personal and Use of Facial Protective Equipment infection control and hospital epidemiology october 2010, vol. 31, no. 10: 1011-1016 DOI: 10.1086/656564)

KKE in pandemics shortcomings (for example, masks, gloves, aprons) endanger patients and healthcare workers. In the 2019 Covid -19 pandemic, KKE has experienced problems almost all over the world. USA needs were determined and deficiencies tried to be resolved throughout the country. (Gondi et al.,2020: 90).

In the selection of PPE, the organs that are at risk of damage to the body should be taken under protection had to. The way to prevent pandemics is to protect all employees as well as healthcare workers. In the globalizing world, the pandemic can only be resolved if all nations produce solutions together. All countries of the world should help countries with missing PPE and the crisis should be resolved. In order to prevent pandemic, the correct use of PPE, the duration of use, the need for use, distribution according to risk groups, and efficient and efficient use should be done with scientifically accepted calculations.

4. Management of Personal Protective Equipment

Pandemics affect people physically, mentally and socially. Experts examining pandemics have stated that panic situations occur during these periods. Uncertainties about pandemics, concerns

are increasing because of what the future will be and how long it will last (Consultant et al, 2020:390). In these panic situations, citizens attack PPE and unnecessary and improper use occurs. Citizens can be raised with information by the authorities. Pandemics can only be broken with meticulous and followed precautions. First of all, it is extremely important that individuals contribute and comply with the measures and decisions to be taken by the governments all over the world with great devotion (Özkoçak, 2020:1192).

Studies show that in the globalizing world, people will encounter a wide variety of epidemics and will affect people all over the world. However, it cannot be predicted when and from what source the epidemic will occur. Determining the severity of these epidemics will determine how political decision-makers will manage this situation and which management tools they will use (Budak & Korkmaz, 2020: 75). Since technological advances were less in pandemics in the past, societies and countries were affected due to difficulties in communication, censorship practices, difficulties in accessing healthy information, people and institutions, inadequacy of opportunities to cope with the pandemic (Kırık, 2020: 38). In this period, infection control teams and infectious diseases physicians (PPE) should give brief information about hand hygiene and share the updated epidemiological characteristics of the disease are useful practices in preventing the pandemic (Kutlu, 2020: 331).

It is thought that pandemic management will be easier in the technological age. However, the density of the population, urbanization, environmental pollution, etc. may adversely affect the proper use of PPE and the rules to be followed. As understood from the recent COVID-19 pandemic, the rapid increase in the number of patients, the acceptance of patients above the available facilities, the insufficiency of the healthcare professionals, the insufficiency of the tools and equipment used cause the pandemic to increase and its duration. In order to prevent these negativities, all citizens should be taught the effective and correct use of personal protective equipment. In addition, healthcare workers should be screened and studies on this subject should be planned (Uğraş Dikmen et al, 2020: 35).

Pandemics are included in the dangerous and epidemic diseases group in disaster management (Erkal & Değerliyurt, 2009: 150). For example, Coronavirus (Covid-19) indicates a disaster situation for societies because it is defined as a pandemic by the World Health Organization. Strategic pandemic management should be evaluated in terms of health and economic aspects affecting people's lives (Yetgin, 326: 327). KKE management consists of the following 4 stages. These (Who, 2020:2).

1) Minimizing the need for PPE: Planning of patients and jobs, triage applications, determining urgent procedures, planning beds and employees for the need for patients, beds and intensive care, and utilizing information and communication techniques as much as possible reduce the need to a certain extent. In addition, the follow-up of patients and barrier applications are important factors in reducing the need before coming to the hospital (Who, 2020:2).

2) Ensuring the correct and appropriate use of PPE: PPE use exposure It should be used according to the risk and transmission dynamics of the pathogen. Access to PPE will be difficult due to excessive demand and shortage of supply in excessive use. PPE varies according to functions. PPE selection and correct use should be provided according to the contamination risk in pandemics. Guidelines should be prepared according to the type of pandemic. For example, the Ministry of Health has prepared a 2019 (COVID-19) guide for the Correct Use of Personal Protective Equipment for Coronavirus Disease. The World Health Organization (WHO) stated

that "the protection of health workers is the responsibility of managers" and workplace managers should ensure the appropriate and correct use of PPE ,

3) Coordinating the PPE supply chain: The management of PPE should be coordinated with national and international supply chain management mechanisms: The following measures should be taken for this.

- Using PPE estimation methods based on accurate count models to ensure the efficiency of the requested materials;

- Monitoring and controlling PPE requests from countries and large response teams;

- Encouraging the use of a centralized demand management approach to prevent duplication of stocks, controlling inventory management, taking measures to prevent waste, and strict adherence to basic stock management rules. In addition, companies across the country must begin to work quickly to make the supply chain produce personal protective equipment to be provided to hospitals and healthcare professionals to overcome the wide-ranging impacts of the pandemic must utilize the full supply chain capacity. The company's worldwide supply chain teams must collectively strive to support countries and communities (<https://satinalmadergisi.com/kayit-ol>)

4) Optimizing PPE usability: It is necessary to make various plans to optimize PPE, use it in the best way, obtain better efficiency and manage it systematically. These: Monitoring and controlling the distribution of PPE in healthcare facilities, distribution and monitoring in other locations includes the rational use and distribution of PPE products from countries affected by pandemics and to be sent to the affected countries. Healthcare workers should be assigned in the fields they are trained in and should be given adequate training before being assigned. Measures to reduce employee risks should be taken by the institution, which are constantly revised within the framework of new epidemiological developments (Bayraktaroğlu & Fidan,2020: 49).

In order to ensure rational personal protective use behavior, it is very important to select and supply the right personal protective materials according to the risks of the working environment, to use them appropriately, to increase their interest and sensitivity, and to encourage employees to act correctly in terms of safety . The rational use of PPE is defined as the "correct" management at every stage of the process from the production of equipment to disposal of waste after use. PPE has an important place among the health expenditures of the countries. It is an important health problem for both developing countries and all countries and has a significant share in health expenditures. Since it prevents disease and carriage, it reduces health expenses when used correctly. Irrational PPE causes the material not to be used effectively and efficiently, decreasing resources, increasing waste and being contaminated.

CONCLUSION

In a globalizing world, fighting the pandemic is not the war of a single individual, a single society, a single country. Fighting the pandemic can only be achieved by joining forces of all segments of society. Lower segments of society and colonial societies are more affected by the pandemic. This can only be solved through development and solidarity. Many countries will be successful in preventing the pandemic by sharing information, providing resources, vaccines, drugs, materials and global solidarity.

When pandemics emerge, an atmosphere of chaos occurs and the panic level of the public rises. Therefore, it becomes difficult to control misguided information. Authorities should raise the awareness of the public with the information they obtain from reliable sources. Various information and training should be given to ensure proper use of PPE and compliance with hygiene rules in order to prevent infection, the public should be provided with proper access to PPE, and those with inadequate financial status should be given necessary support to access PPE. businesses can reduce contagion by taking various measures. They should replace the old work order with a new one. For example, in order to be protected from COVID 19, environments that can work at a distance of at least 1:50 - 2:00 meters should be prepared by paying attention to social distance. Employees should definitely use masks; even in the working environment, it should be mandatory to wear a mask, the management should provide masks to the employees, the fever of the employees should be measured when entering the business, and the units should definitely be placed with a disinfectant, the common areas should be cleaned frequently, when the work is over, the working environment should be disinfected (Özdemir,2020: 191)

Within the scope of preventive health services, procedures for accessing, using and disposing of PPE should be developed, and its distribution and implementation should be supported by laws. It should be given free of charge to citizens and countries with low financial status. In order not to be caught unprepared for pandemics, the correct use of PPE, its duration of use, the need for use should be determined, and distribution and effective use should be planned according to risk groups. Apart from routine use, sufficient materials for at least 3 months should be provided in institutions.

Proper procurement, proper use and use of PPE during pandemic periodssuitable protection recommendations (Bauchner, et al., 2020:1913).

1-During pandemic periods, purchases can be made from international suppliers, as there may be a decrease in production.

2- Materials can be taken back from dentists, farmers, universities, high schools, veterinary clinics, beauty studios, clean labs, etc.

3-Developing legal bases for general and private buybacks

4-Public or private awards related to PPE

5- Development of PPE suitable for reuse

6- Extending the supply

7- When necessary, you can use the protectors used in sports activities, etc., such as facials, eye protection, adhesive tapes, motorcycle helmets, etc.

8-Procurement of PPE to individual healthcare workers through charitable behavior in towns and communities.

9- Heat (for example autoclave), UV, ozone, ethylene oxide, hydrogen peroxide, bleach, isopropyl alcohol, gamma or e-beam radiation, microwave, copper sulfate, luminous methylene blue, sodium chlorine, iodine, zinc oxide impregnation (apron), hypochlorous acid, commercial using disinfectants such as laundering (for fabric).

- 10- Reduce unnecessary services, cancel elective and outpatient procedures; reduce patient contact
- 11- Benefit from mobile and out-of-room monitoring and device controls, e-consulting, long-term residency IVs, blending of drugs or organize self-management, barrier visits.
- 12- Reduce student and trainee patient contact
- 13- use non-human services
- 14- Implementing decontamination protocols
- 15 -Group patients according to risks, ana classify use according to patient risk.
- 16-Determine the employees with good immune system and employ these employees in this process.
- 17- Use government solutions.
- 18- Reduce bulk packaging, Pyxis-like controlled distribution, reduce non-governmental regional coordination of PPE distribution.

REFERENCES

- Aslan, R. (2020) Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(65): 35-41. <http://dergiayrinti.com/index.php/ayr/article/view/1353/2383>
- Bauchner, H., MD; Phil B. Fontanarosa,P.B., &Livingston,E.H. (2020).Conserving Supply of Personal Protective Equipment—A Call for Ideas, *JAMA* May 19, 2020, 323(19): 1912-1914
- Bayraktaroğlu,T., & Fidan,E(2020). Kriz ve Pandemide Hemşirelik Hizmetleri Önerileri *Med J West Black Sea* 2020;4(2): 44-50 DOI: 10.29058/mjwbs.2020.2.2
- Beşer, A., & Topçu, S. (2020). Sağlık Alanında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, DEUHYO ED 2013,6 (1): 241-247 <http://www.deuhyoedergi.org>
- Budak, F., & Korkmaz, ř. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1): 62-79. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1107760>
- Coltart CEM, Lindsey B, Ghinai I, Johnson AM., & Heymann DL. (2017) The Ebola outbreak, 2013– 2016: old lessons for new epidemics. *Phil. Trans. R. Soc. B* 372: 20160297. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2016.0297>
- Donaldson, L. J., Rutter, P. D., Ellis, B. M., Greaves, F. E., Mytton, O. T., Pebody, R. G., & Yardley, I. E. (2009). Mortality from pandemic A/H1N1 2009 influenza in England: public health surveillance study. *BMJ*, 339, b5213. *BMJ* 2009; 339 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b5213> (Published 10 December 2009)Cite this as: *BMJ* 2009;339:b5213

- Erkal, T., &Değerliyurt, M. (2009).Türkiye’de Afet Yönetimi, Doğu Coğrafya Dergisi, 14 (22):147- 164.
- Esen A. (2017). Sıhhî-İ İctimâî Coğrafya Kitaplarına Göre İç Anadolu'da Görülen Salgın Hastalıklar (1922-1926). Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi. 60: 73-90, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/731121>
- Eşidir, O.V., & Bak,G. (2020). Geçmişten Günümüze İspanyol Gribi’ne Türkiye’den Bakış Iksad Publications ,Ankara
- Genç, Ö.(2011). Kara Ölüm: 1348 Veba Salgını ve Ortaçağ Avrupa’sına Etkileri, Tarih Okulu, 10: 123-150. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35532140/2008672644_13
- Ghendon, Y (.1994). Introduction to pandemic influenza through history, European Journal of Epidemiology 10 (4): 451-453, <https://www.jstor.org/stable/pdf/3520976>
- Gondi, S., Beckman,A.L., Deveau,N., Raja,A.S., Ranney, M.L.,& Popkin,R. (2020): Personal protective equipment needs in the USA during the COVID-19 pandemicPublished Online May 14, 2020,90-91 <https://doi.org/10.1016/>
- Hsieh, Y.C., Wu,T.Z., Liu, D.P., Shao,P.L., Chang,L.Y., Lu,C.Y., Lee,C.Y., Huang, F.Y.,& Huang,L.M. (2006). 4 Influenza Pandemics: Past, Present and Future, J Formos Med Assoc, 105 (1): 1-6 , <https://pdf.sciencedirectassets.com/>
- Honigsbaum,M.(2009).Pandemi,the Lancet,373 (9679): 1939<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pi>
- Karcıoğlu, Ö. (2020).COVID-19: Epidemiyolojik bilgilerimiz ve hastalığın dünyadaki gidişi Journal of ADEM 1(1):55-71 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1082681>
- Kırık, M., Altıntaş Var,S.S. ,Özkoçak,V.,& Darıcı,S (2020).Pandemi Dönemlerinde İletişim Ve Algı Yönetimi: Yeni Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) Örneği Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(104): 36-57 ISSN: 2148-2489 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.4324>
- Kutlu, R. (2020).Yeni Koronavirüs Pandemisi ile İlgili Öğrendiklerimiz, Tanı ve Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar ve Türkiye’deki Durum, TJFMPC, 2020;14(2): 329-344. DOI: 10.21763/tjfmpr.729917 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1094124>
- Murray,M., Grant,J., Bryce, E., Chilton, P., & Forrester,L.(2010). Facial Protective Equipment, Personnel, and Pandemics: Impact of the Pandemic (H1N1) 2009 Virus on Personel and Use of Facial Protective Equipment infection control and hospital epidemiology october 2010, vol. 31, no. 10: 1011-1016 DOI: 10.1086/656564
- Qiu, W., Rutherford.S., Mao,A., & C. Chu (2017). The Pandemic and its Impacts. Health, Culture and Society. 9-10: 3-11. (2016–2017) | ISSN 2161-6590 (online) DOI 10.5195/hcs.2017.221 | <http://hcs.pitt.edu>
- Özdemir, L. (2020). 21.Ünite: İşletmelerde Koronavirüs Kriz Yönetim Stratejileri, Editör (Aylaz,R ve Yıldız,E) Yeni Koronavirüs Hastalığının Toplum Üzerine Etkileri Ve Hemşirelik Yaklaşımları, ISBN: 978-605-7853-43-1, Malatya Üniversitesi Yayın evi

- Özkoçak, V., Koç, F.,& Gültekin T. (2020). Pandemilere antropolojik bakış: koronavirüs (covid-19) örneği, Turkish Studies, 15(2), 1183-1195. <https://dx.doi.org/10.29228/TurkishStudies.42679>
- Rewar, S., Mirdha, D., & Rewar, P. (2015). Treatment and Prevention of Pandemic H1N1 Influenza. *Annals of Global Health* 81(5): 645-653. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2015.08.014>
- Ristanovic,E., Gligic,A., Atanasievska,S., Protic-Djokic,V., Jovanovic,D.,& Radunovic,M.(2016). Smallpox as an actual biothreat: lessons learned from its outbreak in ex-Yugoslavia in 1972, *Ann Ist Super Sanità* 2016, 52(4): 587-597, DOI: 10.4415/ANN_16_04_21
- Selvi Can, Ö., Ünal,N., Memikoğlu, O., & Tulunay,M (2010). Pandemik İnfluenza A (H1N1) 2009 Virüsü ve Klinik Tecrübemiz, *Yoğun Bakım Dergisi*;9(1):1-12 www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder
- Sharp,P.M.,& Hahn,B.H. (2020).Origins of HIV and the AIDS Pandemic, Downloaded from <http://perspectivesinmedicine.cshlp.org/> on December 10, 2020 - Published by Cold Spring Harbor Laboratory,1-28
- Su, W., & He, H. (2015). Emergence and Pandemic Potential of Avian Influenza A (H7N9) Virus. *Microbiology In Agriculture And Human Health*, 33. DOI. 10.5772/61007. <https://www.intechopen.com/books/microbiology-in-agriculture-and-human-health/emergence-and-pandemic-potential-of-avian-influenza-a-h7n9-virus>
- Taubenberger, J. K & Morens, D. M. (2009). Pandemic influenza - including a risk assessment of H5N1. *Revue Scientifique Et Technique-Office International Des Epizooties*, 28(1), 187-202. Published in final edited form as: *Rev Sci Tech*. 2009 April ; 28(1): 187–202.
- Uğraş Dikmen A., Kına H.M., Özkan S.,& İlhan M.N.(2020). COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik, *J Biotechnol and Strategic Health Res*. 2020;1(Özel Sayı):29-36
DOI:10.34084/bshr.715153 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1049524>
- Üstün, Ç v& Özçiftçi, S. (2020). COVID-19 Pandemisinin Sosyal Yaşam ve Etik Düzlem Üzerine Etkileri: Bir Değerlendirme Çalışması, *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Ocak 2020; Cilt 25, Özel Sayı 1,142-153 DOI: 10.21673/anadoluklin.721864
- Verikios, G., Sullivan, M., Stojanovski, P., Giesecke, J., & Woo, G. (2015). Assessing Regional Risks From Pandemic Influenza: A Scenario Analysis. *The World Economy*. S: 1225-1255 doi: 10.1111/twec.12296
- WHO (2020). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) Interim guidance 27 February 2020
- Yetgin, M.A (2020) Koronavirüsün Borsa İstanbul'a Etkisi Üzerine Bir Araştırma Ve Stratejik Pandemi Yönetimi *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*,5(2): 324-335 ,DOI : 10.29106/fesa.736419 ISSN : 2602 – 2486

- Yılmaz, Ö.(2017). 1847-1848 Kolera Salgını ve Osmanlı Coğrafyasındaki Etkileri, Avrasya İncelemeleri Dergisi,6(1): 23-55 ISSN: 2147-0847 / E-ISSN: 2147-7469 DOI: 10.26650/jes371499
- Yın,Y ., & Wunderink ,R,G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia 2017 Asian Pacific Society of Respirology,23, 130–137 doi: 10.1111/resp.13196
- Zheng ,Y.Y., Ma,Y.T., Zhang,J.Y., Xie,X. (2020). COVID-19 and the cardiovascular system Nature Reviews | Cardiol, volume 17 | May 2020 | 259-260 file:///C:/Users/Ngl/Downloads/s41569-020-0360-5.pdf
- <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/koronavirus-pandemisi-ilk-degil> erişim tarihi.14.9.2020
- <https://www.verianaliz.net/pandemi-tarihi-corona-covid19-veri-analiz-infografik/#endemiaanchor> erişim tarihi.14.9.2020
- <https://iscidunyasi.com/kisisel-koruyucu-donanim-nedir/> (erişim tarihi10.09 2020)
- World Health Organization 2018 , 14 erişim tarihi.14.9.2020
- <https://www.teb.org.tr>. (erişim tarihi,16.09.2020).



E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/tr/pub/sayod	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 29/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi:02/04/2021

**ÖRGÜTSEL SESSİZLİK KAVRAMINA HEMŞİRELİK MESLEĞİ
AÇISINDAN BAKIŞ**



**THE CONCEPT OF ORGANIZATIONAL SILENCE IN TERMS OF NURSING
PROFESSION**

Atıf/ to Cite (APA): Gemlik, N. ve Pata, Y.S. (2021). Örgütsel Sessizlik Kavramına Hemşirelik Mesleği Açısından Bakış, Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 38-48.

**Yavuz Selim Pata¹
Nilay Gemlik²**

DOI: <https://doi.org/10.35375/sayod.903315>

ÖZ

Çalışanların, örgütleri ile ilgili sorunlar olduğunda fikirlerini ve kaygılarını kendilerine saklamalarına, iyileşme ve gelişme amaçlı işle ilgili her türlü konuda kendi görüşlerini bilinçli olarak isteyerek veya istemeyerek paylaşmama ve sessizleşme durumuna örgütsel sessizlik adı verilir. Örgütsel sessizlik iki şekilde oluşabilir; birincisi bireyin bilerek ve isteyerek kendi tercihiyle sessiz kalma halidir. İkincisi ise, sessiz bırakılma olarak tanımlanmaktadır. Örgütsel sessizlik oluşumu ile ilgili dört teori mevcuttur. Bunlar bekleyiş teorisi, planlı davranış teorisi veya fayda maliyet analizi teorisi, sessizlik sarmalı teorisi, kendini uyarılama teorisidir. Sağlık kurumlarındaki örgütsel sessizlik, diğer örgütlerden farklıdır. Geri dönülemez, büyük ahlaki ve vicdani sorumluluklar içeren durumlara sebep olabilir. Hemşireler, hasta ve hasta yakınlarıyla daima etkileşim içinde bulduklarından, diğer meslek gruplarına göre daha çok tıbbi hata riski ile karşılaşabilirler. Bu nedenle örgüt içerisinde yapılabilecek tıbbi olan veya tıbbi olmayan bütün hataların azaltılmasında hemşireler önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle hemşireler için örgütsel sessizlik davranışının nedenlerini incelemek önemli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel sessizlik, hemşire

ABSTRACT

Organizational silence is the situation that employees, keep their opinions and worries about problems of the company they work; not share their troubles about improvement and development of anykind of topic by voluntarily or unvolantarly. Organizational silence can be appeared by two different ways. The first one; the employee keep his/her silence , conciously, volantarlyand on purpose. The second one; is described as leavingsomeone in silence. There are four theories about organizational silence. There are, waiting theory, planned behaviour theory, benefit cost analyzed theory and self adaptation theory. Organizational silence is different in health care units. It can be major ethical, consciencious obligations despite other organizations. Because of nurses are in constant communication with patients and patients relatives, they can be faced with more medical error risk despite other occupational groups and other health care groups. Thats why nurses have an important places in reducing medical and unmedicalerrors in organization. Thats why searching the causes of organizational silence behavior may be important.

Key Words: Organizational silence, nurse

¹ Prof. Dr. Memorial Őiőli Hastanesi, yavuzpata@gmail.com, ORCID 0000-0001-9238-2533

² Prof. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ngemlik@gmail.com, ORCID 0000-0001-5319-4070

1. GİRİŞ

Sessizlik; sesin olmaması, sessiz olma hali, sükût durumu veya konuşmama, açık ve anlaşılır bir söylemin bulunmamasıdır (Dyne, 2003) veya en basit şekilde “Konuşma davranışının yokluğu” olarak tanımlanabilir (Acaray, 2015). Sessizlik kavramı, sanki iletişime geçmeme halini çağırıştırırsa da bir iletişim tarzı gibi de değerlendirilebilir. Çalışanların örgütleri ile ilgili sorunlar varlığında fikirlerini ve kaygılarını kendilerine saklamalarına, iyileşme ve gelişme amaçlı işle ilgili her türlü konuda kendi görüşlerini bilinçli olarak paylaşmama ve sessizleşme durumuna ise örgütsel sessizlik adı verilir.

2. ÖRGÜTSEL SESSİZLİK

2.1. Sessizlik oluşumu

Örgütsel sessizlik iki şekilde oluşabilir; birincisi bireyin bilerek ve isteyerek kendi tercihiyle sessiz kalma halidir. (Alparslan, 2010). İkincisi ise, sessiz bırakılma olarak tanımlanmaktadır. Çalışanlar kendi sessiz kalma tercihleri dışında yöneticiler tarafından zorla sessiz bırakılabilmektedirler (Fettahlıoğlu, 2014).

Sessizliğe yola açan etkenler çok çeşitli olabilir. Yukarıda kategorize edilen sessizlik gruplandırmalarına ek olarak farklı bireysel, yönetsel ve örgütsel özellikler de sayılabilir. Bireyden kaynaklanan özellikler bireyin negatif duygu hali, örgütteki pozisyonu, tecrübe yetersizliği veya benzeri gibi başka durumlar olabilir. Yöneticilerden kaynaklanan etkenler ise; yöneticilerin olumsuz geribildirim almaktan korkmaları veya bilmek istememeleri, çalışanların bencil, çalıştıkları kurumu değil kendilerini ön planda tuttuklarına ve güvenilmez olduklarına, yöneticinin her şeyi bildiğini ve görüş farklılıklarının önüne geçilmesi zorunluluğuna ilişkin yönetici inanışları ve çalışanlar ile yönetim-yönetici ilişkisinin mesafeli oluşunu doğru bulup uygulamada ön plana almaları olarak sayılabilir. Örgütle ilgili özellikler arasında ise hiyerarşik örgüt yapısı, karar alma mekanizmalarının merkezîyetçi olması, çalışana destek olmayan örgütsel kültürel ortam ve fikir birliğine zorlayan sosyal baskılar sayılabilir (Erenler, 2010).

2.2. Örgütsel ses

Örgütsel ses; örgüt çalışanlarının bakış açılarını, fikirlerini ve bilgi birikimlerini isteyerek ve örgüt faaliyetlerine yararlı olmak amacıyla vurgulayarak dile getirebilmesidir. Örgütsel ses; değişime karşı bir direniş şeklinde eleştirici ve yıkıcı bir niyet içermedikçe örgüt için faydalıdır (Alparslan, 2010). Örgüt içerisindeki çatışmalar azaldığında, örgütte gereksiz bilgi birikimlerinin önüne geçildiğinde ve iş birliği içinde çalışılan bireylerin bilgileri ve örgütsel bilgilerin gizliliği sağlandığı nokta yakalandığında örgütsel sessizlik yararlı bir davranış olacaktır (Tangirala, 2008). Sessizlik karmaşık bir süreç olup birçok duyguyu, düşünceyi ve diğer örgütsel dinamiklerle etkileşimi barındırır (Üçok ve Torun, 2015).

Çalışanların, örgütle ilgili konularda sessiz kalması önceden uyum göstergesi sanılsa da şimdilerde bir tepki ve geri çekilme olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmalar, örgütsel sessizliğin örgütün ve çalışanların performansını olumsuz yönde etkileyebileceği, gelişimin önünde bir engel yaratabileceği ve bireysel, örgütsel düzeyde istenmeyen sonuçlara neden olabileceğini göstermektedir. Aslında, hemen tüm bireylerin örgütle ilgili durumlarda düşünceleri, önerileri, ya da kaygıları vardır. Buna karşın bireyler ya herhangi bir nedenle bunları dile getirmek istemezler, çekinirler ya da bu çekincelerini bir süre sonra dile getirmemeyi öğrenmişlerdir (Özdemir, 2013).

Sessizlik içerisinde birçok duyguyu, düşünceyi ve diğer örgütsel dinamiklerle etkileşimi içinde bulunduran kompleks bir safhadır. Bundan dolayı örgütlerde bireylerin sessiz kalma sebeplerinin

doğru bir şekilde bulunması, ileriki yönetim uygulamalarına örnek olması açısından çok önemli olarak kabul edilir (Üçok ve Torun, 2015).

3. ÖRGÜTSEL SESSİZLİK TEORİLERİ

Örgütsel sessizlik teorileri, Bekleyiş teorisi, Planlı davranış teorisi, Sessizlik sarmalı teorisi, kendini uyarılma teorisi olarak incelenmiştir.

3.1. Bekleyiş teorisi

Vroom tarafından tanımlanmış bir teoridir. Genel olarak bireylerin tahmin ettikleri beklentilerine göre davranışlarını yönlendirmesi temeline dayanan bir teoridir. Eğer bir davranış istenilen güzel bir sonuca gitmeye yarayacaksa veya istenmeyen, iyi olmayan bir sonucun oluşmasını önleyecekse ve bireyin beklentisi de bu yönde ise birey bu davranışı yapmaya eğilimli olacaktır (Alpaslan 2010).

3.2. Planlı davranış teorisi (Fayda maliyet analizi teorisi)

Ajzen, tarafından tanımlanmış bir teoridir. Çalışanlar davranışlarından veya konuşmalarından önce süratli bir şekilde yapacakları eylemin risklerini değerlendirir ve ona göre hareket ederler (Çakıcı, 2007). Çalışanlar bir konu hakkında konuşma ya da konuşmama sessizleşme kararı almadan önce fayda-maliyet analizi yaparlar. Çalışanlar konuşarak elde edebilecekleri yararları bir tarafa sessiz kaldıklarında ödeyecekleri bedelleri karşı tarafa koyarak fayda-maliyet analizini gerçekleştirirler (Tayfun, 2013).

3.3. Sessizlik sarmalı teorisi

Noelle-Neumann tarafından geliştirilen sessiz kalmayı tercih etmeyi zorunlu kılan bir teoridir. Çalışanlar, fikir olarak aslında çoğunluğun fikrinde değillerdir ama buna uymadıkları takdirde toplumdan uzaklaştırılma korkusu onların çoğunluğa dahil olmalarına sebep olacaktır. Bu sebeple çalışanlar, uyum göstermeye gayret ederler, ortamda dikkatli izleyici ve dinleyici olurlar, bireysel ya da medya kullanarak devamlı toplumdaki “Egemen görüşü” takip ederler. Çalışan yaptığı değerlendirmelerle, düşüncelerini beyan etme ya da sessiz kalma arasında bir sonuca varır (Noelle-Neumann, 1974).

3.4. Kendini uyarılma teorisi

Bu teoriye göre, çalışanlar gelişen ve değişen ortamın şartlarına göre davranışlarını uyumlu hale getirmek için hassasiyetlerini değiştirirler. Kendini uyarılma yani bir anlamda adaptasyon düzeyi yüksek çalışanlar, çalıştıkları ortamda iyi bir izlenim vermek amacıyla, sosyal davranışlarını bilerek ve isteyerek kendi kontrolleri ile değiştirme yeteneği olan ve ortamdaki ipuçlarını kullanan kişilerdir (Çakıcı, 2007).

4. ÖRGÜTSEL SESSİZLİK ÇEŞİTLERİ

4.1. Kabullenici sessizlik

Çalışanların kendilerini dışarıda bırakması, bilerek ve kasıtlı olarak sessizliğe bürünmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Eyüp, 2014). Çalışanın, fikrini söylese bile önemsenmeyeceğini düşünmesi, bireysel anlamda kendisinin yetersiz hissettirilmesi veya hissetmesi, davranış, tutum ve düşüncelerinin içinden gelmese bile örgütte alınan kararlara ve kurallara dahilinde belirlenmesi ve bu durumu kabul etmesi kabullenici sessizlik olarak tanımlanabilir (Dyne, 2003). Kabullenici sessizlik edilgen bir durumdur. Çalışanlar bilerek ve isteyerek pasif ve ilgisiz dururlar (Acaray, 2015). Kabullenici

sessizliği benimseyen kişiler var olan kurallara karşı çıkma eğiliminde değillerdir, bunun nedeni de işyeri kurallarına uydukları taktirde iş güvencelerinin daha fazla olacağı kanaatinde olmalarıdır (Pinder, 2001). Çalışanlar, bazen, konuşmanın faydası olmayacak boş bir girişim olarak kalacağını hissederek örgütün gelişmesinden de ümidini kesebilir ve bu yüzden sessizliği tercih edebilir (Brinsfield, 2009, Tayfun ve atır 2013).

4.2. Savunmacı (korumacı) sessizlik

Kabullenici sessizliğe göre daha proaktif bir haldir. Kabullenici sessizlikte pasif bir durum ve itaat vardır (Eyüp, 2014). Savunmacı sessizlik, genel olarak çalışanların herhangi bir konu hakkındaki görüşlerini açıkladıklarında kendi çıkarlarının zedelenebileceği kaygısı ile ve kendilerine gelebilecek tepkilerden ötürü kişilerin alternatiflerini göz önünde bulundurmak suretiyle kendilerini korumak amaçlı içinde buldukları bir davranış hali olarak tanımlanır (Edmonson,1999). İnsanların alışma hayatlarında iki temel amaçları vardır. Birincisi kendisinin ve ailesinin yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayacak bir kazanç elde edebilmek, ikincisi ise örgüt içerisinde belli bir sosyal konumda olmayı sağlayabilmektir (Alparslan, 2010). Savunmacı sessizlik bazı durumlarda tehlikeli de olabilir. Bu sessizlik durumu kişisel hataları saklama şeklinde olduğunda örgüt için daha da büyük bir tehlike arz eder. Sonuç olarak, savunmacı sessizlikte, çalışanlar kendilerini ve ailelerini güvende hissetmek ve korumak ve bunun yanı sıra örgüt içindeki konumlarını koruma gayreti ile sorunları görmezden gelerek, yapılan şahsi yanışları gördükleri ve bildikleri halde saklayarak ve yeni fikirleri gizleyerek, fikir ve düşüncelerini saklama yoluyla sessiz kalmayı tercih ederler. Savunmacı sessizlikte, çalışanlar, alternatiflerinin farkındadır, bunları değerlendirir ve kendi çıkarları açısından en iyisinin bildiği bilgiyi kendine saklamak olduğu kanaatinde olduğu için sessiz kalırlar. Bu sessizlik bilinçlidir ve proaktiftir.

4.3. Korumacı sessizlik

Prososyal sessizlik olarak da isimlendirilir. Örgüt yararına olan bir sessizlik çeşididir. Korumacı sessizlik kavramını ilk tanımlayan ve kavramsallaştıranlar Dyne, Ang ve Botero' dur. Bu ötürler korumacı sessizlik kavramında bir çeşit fedakârlık var olduğunu, çalışılan örgüte zarar gelmemesi amacıyla örgütü korumak amacıyla gündeme gelen pozitif bir sessizlik türü olduğunu, çalışanların örgütü veya diğer çalışanları korumak adına fedakârlık yaparak sessiz kaldıklarını belirtmişlerdir (Dyne, 2003). Korumacı sessizliğin tersine korumacı sessizlik, açıkça konuşmanın negatif etkilerinden kendilerine zarar vereceğinden korkmak nedeniyle değil de diğerlerinin iyiliğini göz önünde bulundurarak sessiz kalmayı düşünmekle ilgili olduğundan, örgütün amacı ve diğer çalışanların yararı gözetilerek, fedakârlığa ve iş birliğine dayalı işi ilgilendiren düşüncelerin, bilgilerin ve bilinenlerin paylaşılmaması durumunda meydana gelmektedir (Üçok, 2015). Korumacı sessizlik davranışı; iş ortamında çevreden gelebilecek ve örgütsel bağlılığı ve örgütün gücünü, işlerliğini, düzenini etkileyebilecek tehditleri önlemek ve örgütü koruyabilmek amacı ile başta diğerlerini merkez alan kasıtlı, tercihen ve proaktif bir davranış halidir (Podsakoff, 2000). Bu durum örgütün zorlaması veya talimatı ile gerçekleşmez.

4.4. İlişkiyi korumaya yönelik sessizlik

Örgütsel sessizliğe sebep olan durumlardan bir tanesi de değer verilen ilişkinin korunması halidir (Morrison ve Milliken, 2003). Örgüt kapsamındaki çoğu birey bulunduğu topluluktan dışlanmaktan korktuğundan dolayı diğer insanlarla uyum içerisinde ve onların duymak istedikleri yönde konuşur, kendi görüşlerini dile getirmek istemez. İnsanlar hem kendi imajlarının zedelenmemesini, hem de ilişkinin hasar almamasını isteyebilirler (Perlow ve Repenning, 2009).

Örgütte çalışan bireylerin belirli düzeyde sosyal sermayesi mevcuttur. Sosyal sermaye bozmadan, eksiltmeden, zedelenmeden sürdürülebildikçe çalışanlar açısından güç olarak kullanılır. Bireyler örgüt içerisindeki sahip olduğu sosyal sermayenin devamlılığının hasar almasını istemediklerinden oldukları çoğunluğun içinde ilişkilerini belirli bir seviyede sürdürmeye çalışırlar. Bu nedenle çalışanlar, örgüt için önemli durumlarda kurumdaki imajına zarar vermemek ve kazandıkları sosyal sermayelerine zarar vermemek adına sessiz ve pasif kalmayı tercih edebilirler (Alparslan, 2010).

Örgütsel sessizliğin varlığı hem örgütsel anlamda hem de bireysel anlamda performansı ve olayları olumsuz yönde etkileyebilecek ve bunun devamında geri dönülemez sonuçlar doğurabilecek ve uzun vadede düşünülduğünde de sonuç olarak örgütün performansını da olumsuz yönde etkileyeceği düşüncesi yapılan araştırmalarla gösterilmiştir (Morrison ve Milliken, 2000). Bütün bunlara ek olarak örgütsel sessizlik var olduğunda örgüt içindeki iletişim iklimi kalitesizleşecek, bozulacak (Vakola ve Boudaras, 2005), hem çalışanların hem örgütün performansını bozulup azalacak, çalışanların motivasyonu güçleşecek ve düşecek, örgütsel öğrenme giderek azalacak ve minimale düşecek ve faydası olmayan bir hal alacak, işten ayrılma oranı artacak, çalışanlar içerisindeki dönüşüm iş giriş çıkışları aratacak, örgütsel kültür zedelenecek, isteyerek veya istemeden örgüt sabote edilmeye başlanacak (Morrison ve Milliken, 2000), örgüte bağlılık oranı giderek azalacak, örgüte duyulan güven önce zedelenecek sonra zaman ilerleyip her şey aynı şekilde devam ettikçe örgütsel güven giderek düşecektir (Vakola ve Bouradas, 2005), örgüt çalışanları yaptıkları işlerden yeteri kadar tatmin olmayacak, çalışmak ve örgüt adına bir takım kazanımlar sağlamak anlamsız gelmeye başlayacaktır (Üçok, 2015).

5. ÖRGÜTSEL SESSİZLİK FONKSİYONLARI

Sessizliğin, beş adet ikili fonksiyonu gösterilmektedir;

- 1- Sessizlik, bireyleri hem birleştirebilir hem de bazen bir aradaki bireyleri uzaklaştırabilir,
- 2- Sessizlik, insan ilişkilerini hem olumsuz etkileyebilir hem de insanların kötü ilişkilerini onarabilir
- 3-Sessizlik hem bilgi elde etmekte hem de bilgiyi saklamaktadır,
- 4- Sessizlik bazı zamanlarda ve durumlarda derin düşünmenin işareti olabildiği gibi bazı durumlarda da düşünce yokluğunun göstergesi olabilir,
- 5- Sessizlik hem onaylamanın ve kabul etmenin hem de muhalefet edildiğinin işareti olabilir (Pinder ve Harlos, 2001).

Çalışan sessizliği veya örgütsel sessizlik tanımlaması veya analizi yapılırken genellikle son üç fonksiyon üzerinde durulmaktadır (Cakıcı, 2007).

6. SAĞLIK KURUMLARINDA ve HEMŞİRELERDE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK

6.1. Hemşirelik Tanımı

Hemşirelik insan ile uğraşan, hemşirelik bakımını zemin edinen bir meslektir. İlk hemşirelik tanımını Florence Nightingale 1859 yılında yapmış ve hemşireliği “doğanın insan üzerinde en iyi biçimde etkinlik sağlayabilmesi için insanın en iyi konuma getirilmesi olarak” tanımlamıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi 1975 yılında temel hemşirelik eğitimini tamamlayarak ülkesinde hemşirelik görevini yapmak üzere nitelik ve yetki ile donatılmış ve yetkisi onaylanmış profesyonel kişi olarak hemşirelik tanımını yapmıştır (Ökdem, 2000).

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonunun 1981'deki tanımında hemşirelik, kişinin, ailenin ve halkın sağlığını koruma ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu bireylerin eğitiminden mesul olan bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disipliniidir.

6.2. Hemşireliğin önemi

Hemşireler, hasta ve ailesinin, yakınlarının her çeşitenden problemlerinin de 24 saat boyunca ilk müracaat ettikleri ve bu işlevinden dolayı sağlık ekibiyle iletişimi kurarak hasta ve yakınlarının aldıkları hizmette kilit rol oynayan çalışanlardır (Tayfun, 2013). Sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının hemşirelik hizmetlerinden ve hemşirelerden beklentisi, bireylere, ailelere ve gruplara, buldukları ortam şartları dahilinde fiziksel, ruhsal ve sosyal yeterliliklerini tespit etmeleri ve bu yeterliliği değerlendirmeleri hususunda destek olması ve bu desteği, hasta yeterli güç, talep veya bilgiye ulaşıncaya kadar ve bunları yardımsız yapabilecek bir hale gelinceye kadar sürdürmesidir. Bir sağlık örgütünde çalışanlar içinde hasta ve yakınları ile uzun bir süre ve en fazla yakın iletişim kuranlar hemşirelerdir. Hasta bakımı hem fiziksel ve hem de psikolojik açıdan hasta ve yanında eşlik edenlerle yakın bir ilişki zorunluluğu getirdiği için hemşireler hastalarının en savunmasız ve mahrem alanlarına ulaşabilmekte; onların acılarına, yalnızlıklarına, umutsuzluklarına tanık olabilmektedirler (Dinç, 2010).

6.3. Hemşirelerde Örgütsel sessizlik

Örgütsel sessizlik sağlık örgütlerinde oluştuğuunda hem sağlık örgütü için ve hem de hastalar için çok tehlikeli sonuçlara yol açabilir. Sağlık kurumlarındaki sessizlik, diğer örgütlerden daha ayrı, geri dönülemez, büyük ahlaki ve vicdani sorumluluklar açığa çıkaran olaylara sebebiyet verebilir (Yalçın ve Baykal, 2012). Sağlık örgütlerinde çalışanlar insan üzerinde ve insan hayatı ile çalışırlar. Örgütsel sessizlik hemşireler yönünden bakıldığında; sağlık örgütlerinde konuşmaktan çekinmeyen ve eleştirel davranan hemşirelere karşı yönetimlerin anlayışsız, hoşgörüsüz ve tepkili yaklaşabilmeleri sebebiyle hemşirelerin genel olarak seslerini çıkartmak istemedikleri ve bir araya gelmekten de korktukları yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Hemşirelerde örgütsel sessizlik kavramı, ülkemizde halen gereğince araştırılmamış bir kavram olmakla birlikte hem sağlık hizmetleri açısından ve hem de özellikle kendilerinin ve hastalarının haklarının savunan hemşireler bakımından da çok önemlidir (Yalçın ve Baykal, 2012).

Yapılan bu araştırmalar sonucunda hemşire, hekim, klinik bakım personeli ve yöneticiler arasında açık olmayan kurallar, yapılan yanışlar, çalışanlar arası destek eksikliği, bilgi yetersizliği, kötü takım çalışması, nezaketsizlik ve merkezi yönetim anlayışı gibi faktörleri, sağlık kurumlarındaki sessizlik sebepleri olarak gösterilmiştir. Sağlık örgütlerinde, gerek kamuda, gerekse özel sektörde olsun, artan rekabetçi ortam ve daha fazla para kazanılması gibi kaygılar nedeniyle, sağlık hizmeti sunumunun mümkün olduğu kadar az sayıda çalışan ile verilmeye çalışılması ve buna bağlı olarak artan iş yükü sonucunda hekim, hemşire, teknisyen, yardımcı sağlık personeli ve hastalar gibi birbirine bağlı bir çok kişi arasındaki etkileşim ve bunlara ek olarak tıbbi ekipmanlar gibi insan dışı unsurlar, birtakım hataların (yanlış veya eksik order verilmesi, yanlış veya eksik ilaç kullanımı, yanlış veya yetersiz cerrahi müdahaleler, yanlış hastaya yanlış işlemler yapılması ve farkında olmadan hastalara yüksek veya alçak dozda ilaç verilmesi gibi) meydana gelmesine sebep olabilir (Bayın, 2015).

Yurtdışında yapılan bazı araştırmalara göre, sağlık çalışanları arasında bazı çalışanların kurallara uyum sağlamadıklarını, yanlış uygulamalar yaptıklarını ve sorumluluğuunda olan işleri yapmada yetersiz olduklarını düşünenlerin küçük bir oranı (onda birinden azı), karşılaştıkları durumla alakalı konuşmaktadırlar (Maxfield, 2005).

Özellikle, hemşirelerin ve yardımcı sağlık çalışanlarının işyerinde fark ettikleri güvensiz şartlarla ilgili susma eğilimleri, bu hataların fazlaşmasına sebep olabilir veya yapılıyorsa, meydana gelen bu hataların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınmasını engelleyebilir. Bu nedenle hem hasta güvenliğini daha iyi bir duruma getirmek ve hem de koşulları geliştirmekle birlikte hemşirelerin sessiz kalmamaya, düşüncelerini beyan etmeye teşvik edilmeleri sağlık örgütleri için doğru bir strateji olarak belirtilmiştir (Tangirala ve Ramanujam, 2008).

Sağlık örgütlerinde yirmi dört saat hizmet sunan hemşirelik, birden fazla profesyonel disiplin ve profesyonel olmayan çalışanların işlerinin birlikte yürütülmesine yardım eden, koordinasyonu sağlayan bir meslektir. Yani sağlık örgütlerinde en üst düzeylerde eğitim almış çalışanlar, doktorlar, mühendisler gibi üniversite ve uzmanlık sahibi çalışanlar ile çok daha az eğitilmiş çalışanlar grubu, yardımcı sağlık personeli, hep beraber hareket etmek ve örgütün düzenli ve doğru çalışmasını sağlamak durumundadır. Sağlık örgütlerinin hemen her köşesinde çalışan hemşireler bu gruplar arasındaki iletişimde ve koordinasyonda kilit rol oynarlar. Hekimlerin çalışabilmesi ve üretebilmesi, hastalarına sağlık dağıtabilmesi için gereken ortamı sağlayanlar hemşirelerdir. Diğer sağlık personelinin yapması gereken işleri ayarlayan, koordine eden, kontrol eden ve sistemin çarklarının dönmesini sağlayan da hemşirelerdir. Tüm bunlara ek olarak, aynı zamanda da hasta yakınları ile en çok muhatap olan ve zaman geçiren çalışanlardır. Hastalar ve yakınları hastanelerdeki aksamaların herhangi birisinde ilk olarak servis hemşiresine başvurur ve yardım isterler. Hemşirelik hizmetleri ile ilgili olsun olmasın hemen her problemde (tedavileri ve hastalıklarının durumu ile ilgili veya temizlik, dağınlık, yemek, ısıtma soğutma sistemi gibi) ilk yardım istenilen hemşirelik hizmetleridir. Hemşireler, hastaneler ve sağlık örgütlerinin dışarıya bakan yüzleri gibidir. Hem sağlık kurumunun içinde olup sosyal destek ve iletişim, hastaya moral ve şefkat gibi sosyal olaylarda yani sağlık kurumuna dışardan gelen hastalar ve refakatıları gibi insanlar ile iletişimde en önde olup, hem de ilaç uygulanımı, enjeksiyonlar, pansumanlar, cerrahi girişimler gibi tıbbi olayların vazgeçilmezleri hemşirelerdir.

Hemşirelik, alışma ortamından kaynaklanan, hasta olan, sıkıntısı olan, aciliyeti olan, ağrısı ve acısı olan insanlara hizmet sunulan bir işkolunda çalışmak gibi birçok negatif durumun etkisiyle çok yoğun iş yüküne sahip ve çok stresli bir meslektir. Hemşirelerin aşırı iş yükü, acı, ağrı, sıkıntı çeken insan topluluğuyla bir arada bulunmasından dolayı yaşanan duygusal stresi, hatta bazen kurtulma, yaşayabilme ümidi olmayan, çaresiz ölümcül hastalarla ve yakınları ile aynı ortamda olmak ve hizmet vermek, hastalar ve yakınlarıyla yaşanabilen tartışmalar, uzun saatler boyunca olan çalışma şartları, çalışanları tükenmeye, farkındalığının azalmasına ve yaptığı işi bırakmaya götürmektedir. Hemşirelerin bu olumsuz şartlar altında çalışmaları da onları örgütsel sessizliğe itebilir ve düşük performans sergilemelerine neden olabilir (Tayfun, 2013).

Eriğü ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada hemşirelerin yöneticileriyle net bir şekilde konuşmayı tercih ettikleri durumların neler yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin en fazla konuşmadığı konuların ilkinde “Yöneticilerin düşük performans göstermesi” bulunmuştur. Sessiz kalınan durumlardan bir başkası ise yöneticilerin bilgi beceri ve yetenekleri açısından eksikliği olarak tespit edilmiştir. Bu durumda hemşirelerin yöneticilerinin farklı yetersizlikleri hususunda da bazen konuşmamayı istedikleri görülebilir. Hastaneler için önemli olan nokta, sessiz kalınan konulardan birisinin de meslektaşların bilgi beceri ve yetenekleri mevzusundaki örgütsel sessizliktir. Hemşireler yöneticilerinin olduğu gibi aynı düzeydeki çalışma arkadaşlarının yetersiz kalmaları durumunda da bazen sessiz kalmayı düşünmektedirler. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli bir biçimde sürdürülebilmesi açısından aksaklığa neden olabilecek yetersizliklerin, istenmeyen durumların daha net bir şekilde konuşulması gerek sağlık örgütleri gerekse insan sağlığı açısından önemlidir. Bir diğer taraftan hemşirelerin en az sessiz kalmayı tercih ettikleri durumların

ilkinde taciz olayları geldiği tespit edilmiştir. Farklı bir deyişle taciz olaylarında hemşireler sessiz kalmayıp, konuşmayı seçmektedirler. Aynı zamanda hemşirelerin sessiz kalmayıp konuşmayı seçtikleri bir diğer durumun ise kötü davranışlar (küfür, hakaret, suçlama, şiddet, aşırı iş yükleme, zarar verme gibi) olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin susmayı istemeleri incelendiğinde en büyük olan sebeplerin ilkinde “yöneticilerin “sözde” ilgileniyor görünmesi” ve daha sonra “yöneticilerin olumsuz geri dönüşlere tepki göstermesi” olduğu görülmüştür. Bu durumla birlikte, ilişkilerin yakın olmaması, yöneticilerin “en iyiyi ben bilirim” tutumu ve “açıkça konuşan bireylerin haksızlığa veya olumsuz davranışlarla karşı karşıya kalarak örnek olarak gösterilmeleri” nedenlerinin de hemşirelerin sessiz kalmayı tercih etmelerine etki ettiği görülmüştür. Hemşirelerin sessiz kalma sebeplerinden en düşük etkisi olanlarınsa “bilgisizliğin ve deneyimsizliğin fark edileceği kaygısı” ve “terfi edememe korkusu” olduğu görülmüştür. Yani bu çalışmanın sonucunda, hemşirelerin bireysel endişelerinden daha çok yöneticilerinin yönetsel yaklaşımlarından dolayı sessiz kalmaktadırlar sonucu çıkmıştır (Erigüç, 2014).

Yalçın ve Baykal (2012) ve Alioğulları (2012) da çalışmalarında yönetsel ve örgütsel nedenleri örgütsel sessizliğin birinci nedeni olarak sunmuşlardır. Bu sebeple “Yönetsel ve örgütsel nedenler” in, sağlık çalışanları için birinci sessiz kalma nedenine sebebiyet verdiği söylenebilir.

Bayın ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı bir çalışmada ise hemşirelerdeki örgütsel sessizliğin en önemli sebebi olarak “Yönetsel ve örgütsel nedenler” bulunmuştur. Bayın ve arkadaşlarının çalışma sonucuna göre yönetsel ve örgütsel nedenlerin en önemli bölümünü “Yönetici ile ilişkilerin mesafeli olması” oluşturmaktadır. Bunun devamında sırasıyla “açıkça konuşmanın fayda sağlamayacağı düşüncesi” ve “Açıkça konuşanların haksızlığa uğrayarak örnek teşkil etmesi” ifadeleri en büyük sessizlik sebepleri olarak gösterilmektedir.

Akbolat ve arkadaşları 2013 yılında yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin örgütte sessiz kalmalarının en önemli nedenlerinden bir tanesinin konuşmalarının faydasız olacağı düşüncesinin etkili olduğunu göstermişlerdir.

Alioğulları ve arkadaşları ise 2012 yılında yaptıkları çalışmalarında sağlık çalışanlarının susmalarının genellikle yöneticilerle ilgili olduğunu, bilhassa yöneticilerin en iyi ben bilirim tutumu sergilemeleri ve yöneticilerin sorunların dile getirilmesini istememelerinden dolayı olduğu belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda, bunlara ek olarak, çalışmaya katılan hemşireler iş yerinde huzursuzluk yaşamamak, meslektaşlarını zor duruma sokmamak hem yöneticileri hem de diğer meslektaşları ile ilişkilerine zarar vermemek için sessiz kalmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Bayın, 2015).

7. SONUÇ

Hemşireler, hasta ve hasta yakınları ile sürekli iletişim içinde olduklarından, diğer sektör çalışanlarına ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok tıbbi hata riski ile karşılaşabilirler. Bu nedenle örgüt içerisinde yapılabilecek tıbbi veya tıbbi olmayan bütün hataların en aza indirilmesi hususunda hemşireler önemli bir konuma sahiptir. Hasta bakımından hem sosyal alanda hem de tıbbi alanda birinci derecede sorumluluk sahibi hemşireler için örgütsel sessizlik davranışının sebepleri üzerinde durmak önemlidir.

Hemşirelerin sessizliğindeki temel nedenler yönetsel ve örgütseldir. Bunların içindeki en önemli bölüm ise yöneticiler ile ilişkilerin mesafeli olmasıdır. Bunun ardından, açıkça konuşmanın fayda sağlamayacağı düşüncesi ve açıkça konuşanların haksızlığa uğrayarak emsal teşkil etmesi gelmektedir. Bunlara ek olarak, ortamda huzursuzluk yaşamamak, meslektaşlarını zor duruma sokmamak, hem

yöneticileri hem de diğer meslektaşları ile ilişkilerine zarar vermemek için sessiz kaldıkları da bildirilmiştir.

Hemşirelerin en çok sessiz kaldıkları konular; yöneticilerin düşük performansı ve yöneticilerin bilgi beceri ve yetenekleri açısından yetersizliği olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin sessizliğindeki önemli noktalardan bir tanesi, sessiz kalınan konulardan birisinin meslektaşlarının ve iş arkadaşlarının mesleki bilgi beceri ve yetenekleri hususunda sessizlikleridir. Hemşireler diğer çalışma arkadaşlarının yetersizlikleri hususunda da bazen sessiz kalmaktadırlar. Hemşirelerin sessiz kalma sebepleri içerisinde en az etkili olanlarsa “Bilgisizliğin ve deneyimsizliğin görüleceği korkusu” ve “Terfi edememe endişesi” belirlenmiştir. Hemşirelerin, kendileri ile ilgili endişelerinden değil de yöneticilerinin baskıcı yaklaşımlarından dolayı sessiz kaldıkları ifade edilebilir.

Hemşirelerin en az sustukları durumların ilkinde ise taciz olaylarının geldiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin konuşmayı tercih ettikleri bir diğer konu ise kötü davranışlar yani küfür, hakaret, suçlama, şiddet, gibi durumlar olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli bir biçimde sürdürülebilmesinin önüne geçebilecek yetersizliklerin, olumsuzlukların net bir şekilde konuşulması gerek sağlık örgütleri gerekse insan sağlığı açısından önemli bir konudur ve bu noktada hemşirelerin sesliliği veya sessizliğinin önemi vurgulanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu oluşturan ve hasta açısından hem sosyal alanda hem de tıbbi alanda en başta sorumlu olan hemşireler için örgütsel sessizlik davranışının sebeplerini incelemek önemli olabilir.

KAYNAKÇA

- Acaray A, Çekmecelioğlu H G, Akturan A. Örgüt kültürü ile örgütsel sessizlik arasındaki ilişkinin incelenmesi The Journal of Academic Social Science Studies Winter III 2015; vol.3, no.32, s.139-15.
- Akbolat, M., Arslan S., Emiroğlu A. “Personel Güçlendirme ve Örgütsel Sessizlik: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”,7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Konya 2013; 534-546.
- Alioğulları, Z.D., (2012). “Örgütsel Sessizlik Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Uygulama”, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Alparslan Ali Murat, (2010). Örgütsel sessizlik iklimi ve işgören sessizlik davranışları arasındaki etkileşim: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi öğretim elemanları üzerinde bir araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Murat Kayalar).
- Bayın G, Yeşilaydın G, Esatoğlu A E. Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Nedenlerinin Belirlenmesi Journal of Business Research-Türk (2015); 7 (1): 248-266.
- Brinsfield, C. T. Employee Silence: Investigation of Dimensionality Development of Measures, and Examination of Related Factors. Dissertation, Ohio State University, USA. Journal of Organizational Behavior (2009); 34 (5): 671-697.
- Çakıcı A. Örgütlerde sessizlik: sessizliğin teorik temelleri ve dinamikleri Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 16 (1): 145-162.

- Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010; ;17 (2): 74-82.
- Dyne L. V., S. Ang ve C. B. Isabel, "Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs", Journal of Management Studies, 2003; 40 (6): 1360-1392 .
- Erenler, E. (2010). Çalışanlarda Sessizlik Davranışının Bazı Kişisel ve Örgütsel Özelliklerle İlişkisi: Turizm Sektöründe Bir Alan Araştırması (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erigüç, G., Özer, Ö., Songur, C. & Turaç, İ. S. Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Üzerine Bir Araştırma . Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2014; 4(2): 61-84.
- Eyüp Y. (2014). Sağlık meslek gruplarına göre örgütsel sessizlik çeşitlerinin sınıflandırılması ve özel bir hastanede uygulama Marmara Üniversitesi Lisans tezi, (Danışman Doç. Dr. Nilay Gemlik).
- Fettahlıoğlu Ö. O., Demir S. Konuşma hürriyetinin yanında sessiz kalma seçeneği: Üniversite akademik personelinin örgütsel sessizlik ve whistleblowing (ifşa etme) hakkındaki görüşleri. Akademik Bakış Dergisi, 2014; 45.
- Maxfield, D.,Grenny, J., McMillan, R., Patterson, K., Switzler, A. (2005). Silence Kills: The Seven Crucial Conversations in Healthcare, VitalSmarts, UT.
- Milliken, F. J., E. W.Morrison, "Shades of Silence: Emerging Themesand Future Directions for Research on Silence in Organizations" Journal of Management Studies, 2003; Cilt 40 (6): 1563-1568.
- Morrison E.W.,Milliken F.J. Organization silence: A barrier to change and development in a pluralistic World. The Academy of Management Review 2000; 25(4): 706-725.
- Noelle-Neumann, E. The spiral of silence. TheUniversity of Chicago Press, Second Edition, London, 1993.
- Ökdem Ş, Abbasaoğlu A, Doğan N. Hemşirelik tarihi eğitimi ve gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı 2000; 1 (1): 5-11.
- Özdemir L, Uğur S.L. "Çalışanların örgütsel ses ve sessizlik" algılamalarının demografik nitelikler açısından değerlendirilmesi: Kamu ve özel sektörde bir araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2013; 27(1): 257-281 noktalama işareti
- Perlow, L. A., N. P. Repenning, "The dynamics of silencing conflict", Research in Organizational Behavior, 2009; 29: 195-223.
- Perlow, L. A., S. Williams, "Is Silence Killing Your Company", Harvard Business Review, 003; 81(5), 52-58.
- Pinder C. C. ve Harlos K. P. Employee Silence: Quiescence and Acquiescence as Responseto Perceived Injustice. Research in Personneland Human Resources Management, 2001; 20: 331-369.
- Podsakoff P. M., S. B.Mackenzie, J. B. Paine ve D. G. Bacrach, "Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of the Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research", Journal of Management. 2000; 26 (3), 513-563.

- Tangiarala, S., Ramanujam R., “Employee Silence On Critical Work Issues: The Cross Level Effects Of Procedural Justice Climate”, *Personnel Psychology*, 2008; (April 1) 61: 37–68.
- Tayfun A., Çatır O., Örgütsel sessizlik ve çalışanların Performansları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2013; 5(3): 114-134.
- Üçok D., Torun A. Örgütsel sessizliğin nedenleri üzerine nitel bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*, April 2015; 2(1): 27-37.
- Vakola, M., Bouradas, D. (2005). Antecedents and Consequences of Organizational Silence: An Empirical Investigation. *Employee Relations*, 27 (5): 441-458.
- Yalçın, B., Baykal, Ü. (2012). “Özel Hastanelerde Görevli Hemşirelerin Sessiz Kaldığı Konular ve Sessiz Kalma Nedenleriyle İlişkili Faktörler”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (2): 42-50.



E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/tr/pub/sayod	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 26/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 28/03/2021

**SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN FİNANSAL OKURYAZARLIK
HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**



**AN INVESTIGATION OF HEALTHCARE MANAGERS' OPINIONS ON FINANCIAL
LITERACY: A QUALITATIVE STUDY**

Atıf/ to Cite (APA): Yılmaz, F.T. Erişen M.A. ve Aydamak, M.Y. (2021). Sağlık Yöneticilerinin Finansal Okuryazarlık Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma, Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 49-68.

**Fatma Özlem YILMAZ¹
M. Akif ERİŐEN²
Muhammed Yusuf
AYDAMAK³**

DOI: <https://doi.org/10.35375/sayod.904028>

ÖZ

Kıt ekonomik kaynakların varlığında kaynakların amaca yönelik olarak verimli ve etkili kullanılması oldukça önem arz etmektedir. Kaynakların verimli ve etkili kullanımı ise ancak bilgiye dayalı olarak gerçekleşmektedir. Bu durum ise finansal okuryazarlık kavramını ön plana çıkarmaktadır. Sağlık harcamalarının önemli bir paya sahip olduğu ülkemiz ekonomisinde finansal kaynakların etkili kullanılması ve sağlık hizmeti sunumunun sürekliliğinin sağlanması noktasında finansal okuryazarlık önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden içerik analizi metodu kullanılarak sağlık yöneticilerinin finansal okuryazarlık hakkındaki görüşleri analiz edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre sağlık yöneticileri finansal okuryazarlığı sekiz ana tema ve on dokuz alt temada değerlendirmektedir. Katılımcılar hem sağlık hizmeti sunucuları hem de sağlık hizmeti talep eden toplum arasında finansal okuryazarlığın henüz yeterince yer almadığını ifade etmektedir. Katılımcılar sağlık yöneticilerinin finansal bilgi eksikliğini belirterek finans eğitimi ve profesyonel yönetim vurgusu yapmaktadır. Ayrıca çalışmada katılımcıların sağlık sektöründe finansal okuryazarlığa yönelik önerilerine yer verilmektedir. Sonuç olarak bu araştırmada, sektörde rol alan sağlık yöneticilerinin finansal okuryazarlık anlamında geliştirilmeye ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Finansal Okuryazarlık, Sağlık Sektörü, Sağlık Yöneticileri, Nitel Araştırma

ABSTRACT

In the presence of scarce economic resources, it is very crucial to use of resources efficiently and effectively for the purpose. Efficient and effective use of resources is only based on information. This situation highlights the concept of financial literacy. Financial literacy plays an important role in the effective use of financial resources and ensuring the continuity of health service provision in the economy of our country, where health expenditures have a significant share. In this context, the views of health managers on financial literacy were analyzed by using content analysis method, one of the qualitative research methods.

According to the findings obtained, healthcare managers evaluate financial literacy in eight main themes and nineteen sub-themes. Participants state that financial literacy has not yet taken place adequately between both healthcare providers and the society demanding healthcare. Participants emphasize financial

¹ Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, f.ozlemyilmaz@yahoo.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0059-7949>

² Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
akiferisen@selcuk.edu.tr ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2490-391X>

³ Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
muhammedaydamak@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6971-6646>

education and professional management by stating the lack of financial information of healthcare managers. In addition, the study includes the suggestions of the participants for financial literacy in the health sector. As a result, it was determined in this study that healthcare managers, who play a role in the sector, need to be improved in terms of financial literacy.

Keywords: Financial Literacy, Health Sector, Health Managers, Qualitative Research

1. GİRİŞ

Günümüzde bireyler temel ihtiyaçlarını karşılamak, birikim-tasarruf yapmak veya borçlanmaya kadar birbirinden oldukça farklı geniş bir perspektifte çoğu faaliyetini finansal kaynaklar ile gerçekleştirmektedir. Kıt ekonomik kaynakların varlığı da göz önüne alındığında finansal kaynaklar ile yapılacak bu tür faaliyetlerin etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası [TCMB], 2017; Şimşek ve Çelik, 2014).

Bireysel düzeyde olduğu kadar modern işletmelerin her biri için de finansman kavramı önem arz etmektedir. İşletmelerin varlığını sürdürebilmeleri için gerekli olan kaynakların sağlanması finansman fonksiyonu sayesinde gerçekleşmektedir (Akca vd., 2014). Bu bağlamda, organizasyonlarda veya bireysel düzeyde yapılacak finansal faaliyetlerin sürdürülebilirliği ve verimliliği gibi faktörler finans bilgisine sahip olunması ile doğrudan bağlantılı olmaktadır (Bayram, 2014). Modern çağda ekonomik-siyasi krizler ya da teknolojik ilerlemeler gibi konular ile meydana gelen gelişmeler finansal bilgilerde büyük değişimlere yol açarak verilecek finansal kararlarda çeşitli zorluklara sebep olmaktadır. Bu ortamda doğru kararlar alabilmek için başta bilgi olmak üzere beceri ve yetkinlik gibi faktörlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu gelişmelerin sonucunda ise “finansal okuryazarlık” kavramı gelişerek ortaya çıkmaktadır (TCMB, 2017).

1.1. Finansal Okuryazarlık Kavramı

OECD INFE (2011) finansal okuryazarlığı “sağlıklı finansal kararlar ve nihayetinde bireysel finansal refaha ulaşmak için gerekli olan farkındalık, bilgi, beceri, tutum ve davranışın bir birleşimi” olarak tanımlamaktadır. Bir başka çalışmada, Hung vd. (2009) “temel ekonomik ve finansal kavramlar bilgisinin yanı sıra bilgiyi ve diğer finansal becerileri hayat boyu finansal refah için finansal kaynakları etkili yönetmede kullanabilme yeteneği” şeklinde bir finansal okuryazarlık tanımı yapmaktadır.

Bu bakımdan farklı tanımları yapılan finansal okuryazarlık kavramının ortak özellikleri “bilgi, beceri, davranış, özgüven, refah ve sürdürülebilirlik” olarak ön plana çıkmaktadır. Bu özellikler arasında en temel özellik yine “bilgi” olarak ifade edilmektedir (Hung vd., 2009; Remund, 2010). Finansal okuryazarlık hem kişisel hem de örgütsel finans açısından refah olarak ifade edilebilecek bir mali duruma ulaştırabilecek fırsatlardan yararlanabilme, risklerden korunabilme veya kısa ve uzun dönem planlar yapabilmek gibi başlıklarda fırsatların değerlendirilmesi ve etkin kararlar alınmasını sağlamaktadır (TCMB, 2017; Remund 2010).

Bu bağlamda finansal okuryazarlık hayat boyu devam edecek bir eğitim ve uygulama faaliyeti olmaktadır. Finansal okuryazarlık bu süreçte bilgi temelli hareket edebilme, kararlar alabilme ve finansal becerileri kullanabilme yeteneği olarak ifade edilmektedir (Bayram, 2014; Horvai ve Bokarev, 2018). Nitekim, yüksek finansal okuryazarlık düzeyine sahip bireyler daha etkili finansal kararlar alarak elde edebilecek oldukları faydaları olası risklere karşı koruyabilmektedirler (TCMB, 2015).

Dünya Bankası ve Sermaye Piyasası Kurulu'nun 2012'de yaptığı "Türkiye Finansal Yeterlilik Araştırması"nın ön sonuçlarına göre ülkemizde finansal okuryazarlık düşük düzeyde tespit edilmiştir (TCMB, 2014). Klapper vd. (2014) küresel nitelikli çalışmalarında yetişkinler arasındaki finansal okuryazarlık oranını %33 olarak ifade etmektedir ve Türkiye bu çalışmada %24 ortalama ile 143 ülke arasında 116. sırada yer almaktadır.

Finansal okuryazarlığın ön plana çıktığı bu noktalar açısından ülkemizde Finansal İstikrar Komitesi tarafından 2014'te ilan edilen "Finansal Erişim, Finansal Eğitim, Finansal Tüketicinin Korunması Stratejisi ve Eylem Planları" doğrultusunda Merkez Bankası "Herkes İçin Ekonomi" adı altında ülkemizde finansal eğitimi ve nihayetinde finansal okuryazarlık seviyesini arttıracak bir program başlatmıştır (TCMB, 2017).

1.2. Dijital Finansal Okuryazarlık Kavramı

Teknolojik gelişmelerin etkisiyle günümüzde finans alanındaki faaliyetler dijital ortama taşınmaktadır. İnternetin etkisiyle bankacılık, alışverişler ve yatırımlar gibi pek çok faaliyet dijital ortamlarda gerçekleştirilmektedir. Teknoloji ve finansın bir araya gelmesi ile oluşmaya başlayan bu yaklaşım "FinTech" olarak adlandırılmaktadır (Fettahoğlu ve Kıldize, 2019; Yavuz, 2019).

Blockchain, elektronik para, dijital bankacılık ve sanal asistanlar (Maxi, Ugi, Vibi vb.) gibi dijital FinTech uygulamalarının giderek yaygınlaşması finansal okuryazarlık üzerinde de etkili olmaktadır. Bu doğrultuda artık "dijital finansal okuryazarlık" kavramına doğru gidildiği ifade edilmektedir (Fettahoğlu ve Kıldize, 2019; Morgan vd., 2019). Dijital finansal okuryazarlık kavramı FinTech teknolojileri aracılığıyla finansal hizmetlere daha iyi erişim, etkin kullanım ve yetkisiz veri kullanımı gibi sorunları önlemek noktasında ön plana çıkmaktadır (Morgan vd., 2019; OECD, 2018). Dijital finansal okuryazarlığa yönelik olarak ülkemizde Türk Ekonomi Bankası, TEB Aile Akademisi programı çerçevesinde üniversite öğrencilerine yönelik eğitim çalışmaları yürütmektedir (TEB, t.y.). Bu yeni dijital finansal teknolojiler ekonomideki diğer sektörleri de etkilemektedir. Yavuz (2019) blockchain ve akıllı sözleşmeler teknolojisinin sağlık ve ilaç sektörünü genel sağlık verileri ve kişisel bilgilerin depolanması, sahte ürünlerin tespiti ve ürün tedarik sistemleri gibi alanlarda etkileyeceğini belirtmektedir.

1.3. Finansal Okuryazarlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri

Ekonomik koşullar ve sağlık hizmeti sunum modellerinde meydana gelen değişimler sonucu mali sorumlulukların önemi sağlık hizmetleri paydaşları için giderek daha önemli hale gelmektedir. Bu durum hem sağlık hizmeti talep edenleri (hastalar) hem de sağlık hizmeti sunucularını (sağlık profesyonelleri) önemli şekilde etkilemiştir. Giderek artan sigorta prim ödemeleri, yaşam sürelerinin uzaması ve tedavi maliyetlerinin artması gibi faktörler sağlık hizmetlerinde finansal kaynakların önemini arttıran sebeplerdendir.

Ayrıca, hastalardan artık sağlık kararlarında sadece maliyetlerini değerlendirme değil, bir sağlık sigortası edinme ve ödemelerinde sorumluluk alma, kanser veya bir kronik hastalık (diyabet) gibi maliyetli ve uzun süreli hastalıkların yönetimi ve tedavisi konusunda proaktif olarak daha fazla rol almaları istenmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri için de sağlık hizmetleri maliyetlerinde verimlilik ve etkinlik gibi kavramlar ile ilgili sorumluluklarının ve beklentilerin artması sonucu mali sorumluluklar sağlık hizmeti sunum sürecindeki bütün taraflar için önemli olmaktadır. Finansal okuryazarlık kavramının bu bağlamda sağlık hizmetlerinde verimliliği ve etkinliği sağlayabilecek kararlar alınmasında fayda sağlayacağı öngörülmektedir (James vd., 2012; Meyer, 2017).

2. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı ve önemine, modeli ve desenine, evreni ve örnekleme, araştırma verilerinin toplanması ve son olarak verilerin analizine ait bilgiler aşağıda ifade edilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Finansal okuryazarlık kişilerin aldığı finansal kararların niteliğini artırmaktadır. Finansal okuryazarlık belirsizlik veya risk içeren durumlarda bireyleri ve işletmeleri finansal açıdan korumada etkili olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının finansal açıdan belirsizlik içermesi sağlık sektöründe finansal kaynakların önemini arttırmaktadır. Finansal kaynakların etkin yönetiminin sağlanabilmesi için de finansal okuryazarlık kavramı ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda araştırmada Konya’da bulunan ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren bir sağlık kuruluşunda görevli sağlık yöneticilerinin sağlık sektörü özelinde olmak üzere finansal okuryazarlık kavramı hakkındaki görüşleri, finansal okuryazarlık kavramının karar alma süreçlerindeki etkileri hakkındaki düşünceleri ve bu konuya bakış açılarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışma sağlık yöneticilerine hem bireysel hem de kurumsal düzeyde finansal okuryazarlık kavramı hakkında görüşlerini sorarak finansal okuryazarlığın gerçekleştirilen finansal faaliyetler üzerinde etkiye sahip olup olmadığının ve sağlık sektörü özelinde finansal okuryazarlık kavramı hakkındaki görüşlerinin yönetici gözünden değerlendirilmesi noktasında önem arz etmektedir. Literatürde; bir sağlık kuruluşunda karar merciinde olan sağlık yöneticilerinin finansal okuryazarlık ile ilgili bilgi ve düşüncelerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamış olması da bu araştırmanın literatüre katkı anlamında ayrıca önemli olduğuna işaret etmektedir.

2.2. Araştırmanın Modeli ve Deseni

Araştırma nitel bir özellik taşımaktadır. Bu doğrultuda, araştırmada sağlık yöneticilerinin tecrübeleri ve değerlendirmeleri yoluyla, finansal okuryazarlık kavramının sağlık sektöründe nasıl değerlendirildiğine ve yorumlandığına ilişkin ayrıntılı bilgilere ulaşılması hedeflendiğinden nitel araştırma yöntemlerinden olgubilim deseni tercih edilmiştir.

Olgubilim farkında olunan kavramlar veya tecrübe edilen deneyimler gibi bilinen ancak tam olarak anlaşılamayan olguları incelemekte ve araştırma zeminini sağlamaktadır. Bu açıdan olgubilim araştırmalarında veri kaynakları araştırmanın amaçladığı olgu ile etkileşim içerisinde olan ve bu olguyu açığa çıkararak başkalarına aktarabilecek bireylerden oluşmaktadır. Olgubilim araştırmalarında elde edilen sonuçlar nitel araştırmanın özelliklerinden dolayı kesin ve genellenebilir sonuçlar elde edilmeyebilir. Buna rağmen değerlendirmek istenen olgunun daha anlaşılabilir ve değerlendirilebilir olmasına imkân sağlayacak çeşitli açıklamalar veya örnekler sağlamaktadır (Şimşek ve Yıldırım, 2018).

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni Konya’da bulunan ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren bir sağlık kuruluşunda görev yapan ve finansal anlamda hastanede sorumluluk sahibi olan; sekiz ana bilim dalı başkanı, bir müdür yardımcısı ve bir mali işler muhasebe birim sorumlusundan oluşmaktadır. Araştırmada örnekleme yapılmadan tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden altısı ana bilim dalı başkanı ve biri mali işler

muhasebe birim sorumlusu olmak üzere yedi kişi oluşturmaktadır. Ayrıca, anabilim dalı başkanları aynı zamanda ilgili anabilim dallarının klinik sorumluları olarak görev almaktadır.

2.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın etik izni Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 27.11.2019 tarihli ve 2019/14477 karar numarası ile alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak önceki çalışmalardan fikir yürüterek, finansal okuryazarlık ve nitel araştırma konusundaki uzman kişilerin görüş ve önerileri dikkate alınarak araştırmacılar tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılardan onay alınarak ses kaydı alınmıştır. Ayrıca yapılan görüşmelerde her bir soru için çeşitli alt sorular sorularak cevaplar detaylandırılmıştır. Araştırma verileri 8.1.2020 – 17.2.2020 tarihleri arasında görüşmeyi kabul eden altı ana bilim dalı başkanı ve bir mali işler muhasebe birim sorumlusunun ofislerinde yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Bu doğrultuda hazırlanmış olan görüşme formundaki sorular aşağıdaki gibidir:

1. Finansal okuryazarlık kavramı hakkında ne düşünöyorsunuz, sizin için ne anlam ifade etmektedir?
2. İş ve gündelik yaşantınızda finansal okuryazarlığın yeri nedir?
3. Sağlık sektörü ve sağlık çalışanları için finansal okuryazarlık kavramının önemi nedir ve ne ifade etmektedir?
4. Sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin finansal okuryazarlık seviyeleri hakkında neler söyleyebilirsiniz?
5. Sağlık hizmetleri sunumunda finansal okuryazarlık kavramının önemi hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
6. Ülkemiz genelinde finansal okuryazarlık kavramı ile ilgili yapılan çalışmalar hakkındaki değerlendirmeleriniz nedir?
7. Bir sağlık yöneticisi olarak ise sağlık sektöründe finansal okuryazarlık kavramının gelişmesi hakkında ne gibi çalışmalar yapılabilir?
8. Profesyonel finansal danışmanlık hizmetleri hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

2.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırma verilerinin analizi içerik analizi yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda katılımcılardan elde edilen veriler öncelikle yazılı hale getirilerek ilgili soru grupları altında toplanmıştır. Soru grupları altında toplanan veriler daha sonra okunarak kodlamaya tabi tutulmuştur. Yapılan kodlamaların kontrol edilmesi ve benzer kodların gruplandırılması ile ana tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Ayrıca bütün araştırma boyunca katılımcıların ve kurumun mahremiyetine dikkat edilerek katılımcıların isimleri gizli tutulmuş ve K.1, K.2, K.3 ... şeklinde katılımcıların kodlaması gerçekleştirilmiştir.

3. BULGULAR

Bu bölümde toplanan araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir. Araştırma bulguları ifade edilirken gereken durumlarda italik yazı biçiminde, doğrudan katılımcıların görüşlerine yer verilmektedir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Katılımcı	Lisans Eğitimi Alınan Üniversite	Sağlık Sektöründe Çalışma Yılı	Yöneticilik Yapma Yılı	Takip Edilen Finansal Kaynaklar	Finansal Okuryazarlık Eğitimi Alma Durumu
K.1.	Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	25	5	Gazeteler	Hayır
K.2.	Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	20	7	İnternet ve Gazeteler	Hayır
K.3.	Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	30	10	Hayır	Hayır
K.4.	Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	11	3	Hayır	Hayır
K.5.	Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	28	8	Hayır	Hayır
K.6.	Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim İktisat Fakültesi	17	3	Hayır	Hayır
K.7.	Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	40	30	Hayır	Hayır

Tablo 1.'deki verilerden görüldüğü üzere sağlık yöneticilerinin çoğunluğu finansla ilgili bir kaynak takip etmediğini ve hiçbir sağlık yöneticisi finansal okuryazarlık ile ilgili bir eğitim almadığını ifade etmektedir.

Araştırma verilerinin analizi sonucunda katılımcıların finansal okuryazarlığa ait görüşleri 8 ana tema ile birlikte 19 alt temada ele alınmaktadır. Bu ana ve alt temalar tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Finansal Okuryazarlık Kavramı Hakkındaki Görüşlerinin Ana ve Alt Temaları

Numara	Ana Tema	Alt Temalar
1	Finansal Okuryazarlık Kavramı	Finansal Bilgi Düzeyi
		Yatırım
		Dijitalleşme
2	İş ve Gündelik Hayatta Finansal Okuryazarlık	Malzeme Üretimi
		Satın Alma
3	Sağlık Sektörü ve Sağlık Çalışanları İçin Finansal Okuryazarlık	Koruyucu Sağlık Hizmetleri
		Kamu-Özel Ayrımı
4	Sağlık Çalışanları ve Yöneticilerinin Finansal Okuryazarlık Seviyesi	Bilgi Düzeyi
		Yönetim
5	Sağlık Hizmetleri Sunumunda Finansal Okuryazarlık	Sağlık Hizmeti Finansmanı
		Sağlık Hizmeti Sunumu
6	Ülkemizde Yapılan Finansal Okuryazarlık Çalışmaları	Pazarlama
		Eğitim
7	Ülkemiz Sağlık Sektöründe Finansal Okuryazarlığa İlişkin Öneriler	Eğitim
		Hekim Bilgilendirmesi
8	Profesyonel Finansal Danışmanlık Hizmetleri	Yönetim ve Organizasyon
		İhtiyaç
		Yönetici Öz Gelişimi
		Dijital İletişim Araçları

3.1. Finansal Okuryazarlık Kavramı Ana Teması

Katılımcılar finansal okuryazarlık kavramını finansal bilgi düzeyi, yatırım ve dijitalleşme alt temaları çerçevesinde, görüşlerini farklı boyutlara dayandırarak ifade etmektedir.

3.1.1. Finansal Bilgi Düzeyi Alt Teması

Finansal bilgi düzeyi alt teması “bilinçli seçim”, “aile”, “bilgiye erişim”, “zaman” ve “finansal yönetim” boyutları ile ifade edilmektedir.

“Zengin Baba Yoksul Baba” kitabı ile finansal okuryazarlık kavramıyla tanıştığını ifade eden K.5. bu kitaptan sonra finansal okuryazarlığın kendisi için önem arz ettiğini belirterek bundan önceki finansal kararlarında bilinçsizce davrandığını ifade etmektedir.

K.5.’in aksine K.3. ve K.4. finansal okuryazarlık kavramıyla ilk kez karşılaştıklarını belirtmektedir. Ayrıca her aile içinde finansla ilgilenen birilerinin olduğunu ifade ederek eşlerinin yönlendirmeleri ile hareket ettiklerini ifade etmektedirler. Aile boyutunun bu şekilde ön plana çıkmasında K.3. ayrıca “çocuklar için para kazanmalılar” görüşünü ifade etmektedir.

Ailede yapılan danışmaları ifade eden K.3. ve K.4.’e benzer şekilde, bilgiye erişim boyutunda K.2. ve K.1., çevre tavsiyesi ile internet ve basından faydalandıklarını ifade etmektedir. K.1. ayrıca finansal analizleri takip etmeye çalıştığını ancak bilgi eksikliği yaşayarak anlamakta zorlandığını da ifade etmektedir.

Katılımcılar finansal konularla ilgilenmelerinde zaman boyutunun önemli bir yer tuttuğunu ifade etmektedir. Katılımcılar finansal konularda bilgi edinmek ve takip edebilmek için yeterli düzeyde zaman ayıramadıklarını belirtmektedirler.

Katılımcılar finansal bilgi düzeyi alt temasını son olarak finansal yönetim boyutu ile ele almaktadır. Bu noktada K.5. finansal geleceğini planlarken zorluk çektiğini ifade etmektedir. K.2.’nin görüşü ise şu şekildedir:

“Finansal olarak gelirimizi ve giderimizi nasıl değerlendirebileceğimiz ve neler yapabileceğimiz konusundaki bilgiler bütünü olarak düşünüyorum. Bizim için anlamı, gelir gider dengemizi gözetebilecek miyiz, harcamalarımızı doğru yönlendirebiliyor muyuz, ayağını yorganına göre uzat derler ya, onu yapıp yapamadığımız anlamına geliyor” (K.2.).

3.1.2. Yatırım Alt Teması

Katılımcılar yatırım alt temasını “ölü yatırım” ve “yatırım miktarı” boyutlarında ele almaktadır. K.5. “ev satın almak gibi konulardan ziyade kiraya verip işletme düşüncesi daha önemli hale geldi” görüşünü belirterek ölü yatırımlar gerçekleştirdiğini ifade etmektedir.

K.1. ve K.3. büyük ölçekte yatırım imkânı olmadığını ifade ederek ufak boyutlarda yatırımlar yaptıklarını belirtmektedir. K.1. ayrıca bu konuda basından faydalandığını belirtmektedir. K.2. ise bireylerin finansal okuryazarlık kavramıyla, artan gelirleri olduğu zaman değer kaybını önlemek için yatırım veya tasarruf yapmaya karar verdiklerinde ilgilendiklerini ifade etmektedir. K.2.’ye göre bu ilgi yatırım miktarı ile doğru orantılı olarak değişmektedir. Buna göre düşük miktarlarda yapılacak yatırımlarda döviz veya altın dikkat çekerken yüksek düzeyde yapılan yatırımlarda ev, arsa veya daire gibi yatırım araçları bireylerin dikkatini çekmektedir. K.4.’ün görüşü ise şu şekilde olmaktadır:

“... herkes yatırım yapmaya çalışıyor, kazancının bir miktarını arttırarak, gelecekte hangisi daha iyi olacak, insanlar çeşitli girişimler yapıyor sonuçta, ne amacın parayı en iyi şekilde değerlendirebilmek, hangisinin daha iyi olacağını bilmen için de ekonomiyi bilmen gerekiyor” (K.4.).

3.1.3. Dijitalleşme Alt Teması

Katılımcılar dijitalleşme alt temasını “dijital harcama”, “internet bankacılığı”, “güvenlik” ve “memnuniyet” alt boyutlarında ele almaktadır. Bu doğrultuda dijital harcamaya ilişkin K.1. ve K.5. fiziki parayla yapılan alışverişlerin yavaş yavaş ortadan kalktığını ifade etmektedir. Ayrıca K.5. bu konuda tamamen dijitalleşmenin gerçekleşeceğini belirtmektedir. K.2.’de bu konuya değinerek hali hazırda bir zorunluluk olmadıkça internet bankacılığı gibi araçlarla dijital kanalların kullanıldığını ifade etmektedir.

Katılımcılar güvenlik boyutunda bitcoin ve sanal para gibi kavramlara da değinerek görüşlerini ifade etmektedir. K.1. bitcoin ve sanal para gibi kavramlar hakkında çok spekülative oldukları değerlendirmesini yaparak çekindiğini belirtmektedir. K.2.’de güvenilir olmadıklarını belirterek “balon gibi sahte geliyor bana gerçek değil yani” görüşünü ifade etmektedir. K.4. ise bu tür paraların değerli bir karşılıklarının olmadığını vurgulayarak geleceklerinin olmadığı görüşünü ifade etmektedir.

Sanal kart kullandığını ve fazla bir güvenlik endişesi duymadığını ifade eden K.5. memnuniyete dikkat çekerek “Her şeyin dijital ortamda otomatik olmasının iyi olduğu düşünmekteyim. Her şey tek bir sistem dahilinde” görüşünü ifade etmektedir.

3.2. İş ve Gündelik Hayatta Finansal Okuryazarlık Ana Teması

Katılımcılar iş ve gündelik hayatta finansal okuryazarlık hakkındaki görüşlerini malzeme üretimi ve satın alma alt temalarına dayandırarak ifade etmektedir.

3.2.1. Malzeme Üretimi Alt Teması

Bu doğrultuda katılımcılar malzeme üretimini, “standart”, “reklam”, “kalkınma” ve “devlet teşviki” boyutlarında ele almaktadır.

K.1. medikal malzeme üretiminde yerli üretimin mevcut olduğunu ancak ithal malzemelerin standardını yakalayamadığını belirtmektedir. K.4.’de yerli üretimin sürmesi gerektiğini ifade etmekle birlikte kaliteye vurgu yaparak yerli ürünün kaliteli olması durumunda tercih edileceği görüşünü belirtmektedir.

K.3. ise farklı bir yaklaşım göstererek reklam konusuna dikkat çekmektedir:

“Belki bizim yerli ürettiğimiz implant da çok iyi ama buna ... yayın yapacak, ... kaç tane hastada deneyecek, bunun reklamını yapıp bende iyiyim diyecek kadar belki para ödemedik.”

Katılımcılar yerli medikal malzeme üretiminin ülke kalkınmasına fayda sağlayacağını vurgulamaktadır. K.6. yerli ürünlerdeki devlet teşvikini vurgulayarak oluşan fiyat avantajı ve ülke kalkınması doğrultusunda yerli ürünün tercih edildiğini ifade etmektedir. K.6. ayrıca ithal medikal malzemenin ön planda olmasına rağmen yerli medikal malzemelerin beklentileri karşıladığını ifade etmektedir.

3.2.2. Satın Alma Alt Teması

Katılımcılar satın alma alt temasını “fiyat”, “kalite”, “performans”, “uygunluk”, “kullanım ömrü” ve “hasta tercihi” boyutlarında değerlendirmektedir. Bu doğrultuda katılımcıların görüşleri şu şekilde olmaktadır:

“Bizde kalite ve performans önemli. İlla ucuz mal olacak diye bir şey yok. Çünkü ucuz bir malzeme alıp sık sık değiştirmen gerektiğinde pahalıya mal oluyor. ... yerli-yabancılarından ziyade kalite-performans olanı değerlendirip o üründen ne kadar faydalanabiliriz diye onu değerlendiriyoruz” (K.2.).

“Fiyat her zaman öne geçiyor. ... Keşke daha çok paramız olsa, istediğimiz malzemeyi alabilsek. Çünkü ucuz olunca kalite düşer. Hasta sağlığı için düşünüldüğü zaman ben tedavinin kalitesinin düşeceğine inanıyorum. ... para kazanmak dahil olunca tedavinin kalitesi düşüyor. Çünkü bir hastaya düşen süre düşüyor. Çabuk olmak zorundasın, daha ucuz malzeme kullanmak durumundasın yani. ... Bir malzemenin parasını düşündüğün zaman, insan sağlığı ile ilgili olduğu için iş daha sıkıntılı oluyor. Ucuz bizde kalitesizdir, pahalı iyidir” (K.3.).

“Bence performansı önemli. Son yıllarda, ucuz olsun performansı zaten hemen hemen olur diye bir algı var. Ben öyle düşünmüyorum, bence ucuz aldığın zaman performansı genellikle düşük oluyor, tekrar alıyorsun. Ben özel hayatımda da böyle düşünüyorum. Ucuza bir tane ayakkabı alıyım, üç tane alıyım mantığındansa, kaliteli alıyım daha uzun süre giyeyim. ... şu felsefe ile düşünüyorum “ucuz mal alacak kadar zengin değilim”. ... Eğer param yetiyor ise kalitelisini almaya çalışırım” (K.4.).

“... benim için bir üründe genellikle fiyat-performans ikili değerlendirmeleri önemli olmakta” (K.5.).

K.6. doğrudan temin ve ihale usulünün varlığına da değinerek şunu ifade etmektedir:

“Önce internette fiyat araştırmaktayız. Daha sonra, piyasa şartlarını da göz önünde bulundurarak ihtiyaç olan malzemeyi en kısa sürede uygun fiyat ile alıp kliniklerin durmadan çalışmasını sağlıyoruz. ... Fiyatları satın alma biriminde, ürünün “kalitesine”, “ucuzluğuna” ve “uygunluğuna” göre değerlendirerek istenilen malzemeleri almaktayız. Kalite, ucuzluk ve uygunluk bir arada olmalı.”

K.7. yerli/yabancı denkliği durumunda önceliğin yerli ürün olduğunu belirterek “Yerli de yabancı da olsa önceliğimiz kalite. ... Spekülasyon yoksa fiyat yüksekliği kaliteyi göstermekte. ... Mümkün olduğunca fiyatı yüksek ve kaliteli olan tercih edilmeli diye düşünüyorum” görüşünü ifade etmektedir.

Hasta tercihleri boyutuna dikkat çeken K.1. şunu ifade etmektedir:

“Burada vatandaşın alım gücünde etkili, vatandaşa biz tercih sunuyoruz; şöyle yabancı malzemeler, markalar var, şunlarda yerli markalar diyerek. Hasta tercihi ile de olmak üzere yerli implantlar arttı. İmplantı devlet ödemiyor zaten, tamamını hasta karşılıyor. Buda hastanın ekonomik gücü ile alakalı. Gücü olan en pahalı markayı da tercih edebiliyor” (K.1.).

3.3. Sağlık Sektörü ve Sağlık Çalışanları İçin Finansal Okuryazarlık Ana Teması

Katılımcılar sağlık sektörü ve sağlık çalışanları için finansal okuryazarlığı koruyucu sağlık hizmetleri ve kamu-özel ayrımı etrafında değerlendirmektedir.

3.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Alt Teması

Katılımcılar koruyucu sağlık hizmetleri alt temasını “tıbbi eğitim” ve “toplum davranışı” boyutlarında açıklamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin katılımcıların görüşleri şu şekilde olmaktadır:

“Koruyucu hekimlik bizde çok zayıf. Biz hastalık olduktan sonra onu tedavi etmeye para harcıyoruz. Diş hekimliği eğitimi de mesela hep hastalık olduktan sonrasına yöneliktir, diş çürüdüktan sonra ne yapılacak, diş çekildikten sonra ne yapılacak, halbuki bu dişin çürümeye veya çekilmesine kadar giden bir süreç var ve bu konuya yönelik eğitimimiz çok zayıf bizim. ... Koruyucu hekimlik daha çok gündeme gelmeli ve geliyor yavaş yavaş... Bu çok önemli bence, bütün tıp branşlarında koruyucu hekimlik daha çok önemini arttıracak” (K.1.).

“Hastalar bazen duyarsız kalabilmekte, ben en iyi hizmeti alıyım cebimden para çıkmasın diye düşünebiliyor. ... Önce hastaların kontrole gelme davranışını oturtmamız lazım. Tedavi yapılıp, rutin kontroller tutulmalı. Sistem öyle çalışmalı. Altı ay sonra kontrole gelmedin mi, o diş çekildi mi, o hasta onun ücretini kendi ödemeli. Biz o sistemi daha oturtamadık. Bir ücreti var tedavisinin, ben ona bir başlangıç yapmışım altı ayda bir kontrole gelmemiş, gelmedi o diş çekildi, o onun sorumluluğunda olması lazım, buna da bakmak lazım” (K.3.).

“Sağlığın en büyük harcama kalemlerinden biri olduğunu biliyorum. Ben hep diş çürüğü diş fırçası örneğini vermekteyim. Sağlıkta finansal okuryazarlığın yer etmesiyle tasarruflar oluşabilir ve bu toplumsal olarak kalkınmada etkili olabilir” (K.5.).

3.3.2. Kamu-Özel Ayrımı Alt Teması

Kamu-özel ayrımı “klinik yönetimi”, “kâr odağı” ve “hekim hizmeti” boyutlarında değerlendirilmektedir. K.2. özel sektörde büyük ölçekli sağlık tesislerinde mali ve idari yönde klinik yönetimi için profesyonel personel istihdam edildiğini belirtmektedir.

K.2. ayrıca kamunun finansal okuryazarlık konusundaki seviyesini yeterli gördüğünü ifade ederek özel sektörün kar odağından dolayı finansal okuryazarlığa daha fazla önem verildiğini belirtmektedir:

“İlla o kadar çok kâr etmeye de gerek yok. Hizmetine dikkat etse oradaki hekim, aynı işten dört lira da kazanabilir beş lira da kazanabilir. Dört lira da kazansa kazanmış oluyor hizmet vermiş oluyor hastasına, beş lira kazandığı zaman hastadan biraz daha fazla para almış oluyor” (K.2.).

3.4. Sağlık Çalışanları ve Yöneticilerinin Finansal Okuryazarlık Seviyesi Ana Teması

Katılımcılar sağlık çalışanları ve yöneticilerinin finansal okuryazarlık seviyesine yönelik görüşlerini bilgi düzeyi ve yönetim alt temalarında ifade etmektedir.

3.4.1. Bilgi Düzeyi Alt Teması

Katılımcılar bilgi düzeyi alt temasını “finans/piyasa bilgisi”, “yönetim kademesi”, “vatandaşlık bilinci”, “finansal eğitim” ve “kamu/özel ayrımı” boyutlarında değerlendirmektedir.

Katılımcıların tamamı yöneticilerin seviyeleri için finans/piyasa bilgisinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu gereklilikte K.2. “döner sermaye”nin önemi vurgularken yöneticilerin finansal okuryazarlık seviyesini “ortanın biraz üstü” olarak ifade etmektedir.

K.4. ise bu konuda yönetim kademesine dikkat çekerek üst kademe yöneticilerin ve akademik personelin seviyelerini arttırmaya çalıştıklarını ancak alt seviyedeki yöneticilerin finansal okuryazarlık seviyesinin düşük olduğunu ifade etmektedir.

K.6. ise kamu kurumlarında yönetici kademelerindeki personeller için bilgi düzeyinin yeterli ölçüde dikkate alınmadığını ifade etmektedir.

K.2. yöneticilere benzer şekilde sağlık çalışanlarının finansal okuryazarlık konusunda farkında olduklarını belirterek verimli bir şekilde hizmet sunulduğunu ifade etmektedir.

K.2.'nin bu görüşünün aksine K.1., K.3., K.4., K.5. ve K.6. sağlık çalışanlarının farkındalıklarının az olduğunu belirterek tasarruflu malzeme kullanılmaya çalışıldığını ancak yeterli olmadığını ifade etmektedir.

Bu konuda ayrıca kamu/özel ayrımını vurgulayan katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“Kendisi almadığı zaman çok dikkat etmiyor. Ama yarın mezun olup da muayenehanesine gittiği zaman orada en ufak malzemenin bile hesabını yapıyorlar, gider kendi cebinden çıktığı için. Biz bunları hatırlatıyoruz kendilerine” (K.2.).

“Özelde bence daha çok maddi açıdan, daha farklı muamele edildiğini düşünüyorum. ... Her malzemeyi almıyorlar ama aldıkları malzemeleri nasıl kullanacaklarını biliyorlar, pek bir fark olmuyor arada” (K.3.).

“... aynı malzemeyi cebinden para çıkararak aldığı zaman, bunun 250 dolar olduğunu bildiği için buna gözü gibi bakıyor. ... Para gittiğinin farkına varmış oluyor” (K.4.).

“Haydan gelen huya gider anlayışı var. Devlet alıyorsa, yani kamu malı ise gerisi düşünülmemekte” (K.5.).

Bu doğrultuda K.1., K.3. ve K.5. vatandaşlık bilincinin gelişmesi gerektiğine dikkat çekerek bütün sağlık çalışanlarının sahiplenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Katılımcılar hem çalışanlara hem yöneticilere yönelik finansal okuryazarlığı arttıracak eğitim verilebileceğini ifade etmektedir ancak K.4. sağlık çalışanları için şu görüşünü vurgulamaktadır: *“yeterli olacağını tahmin etmiyorum. Para yönetmeden bir şekilde, haydan gelen huya gider diyebilirim.”*

3.4.2. Yönetim Alt Teması

Katılımcılar yönetim alt boyutunu “yönetici algıları” boyutunda ele almaktadır. Yönetici algılarını vurgulayan K.4. yönetimin yakın olduğu düşünceye diğer yöneticileri yönlendirebileceğini ifade etmektedir. K.4. burada yönetici algıları için kamu/özel ayrımına da değinmektedir.

K.4.'ün ifadesine göre kamu sektörü için devletin aktardığı finansal kaynak yetersiz ise yönetim kademesi finansal açıdan farkındalığa sahip olabilmesine rağmen finansal kaynak yetersizliğinden dolayı verimliliği düşük yetersiz kalitedeki ürünü tercih edebilmektedir. Özel sektör için ise K.4. şu görüşünü ifade etmektedir: *“Ucuza da yapılabilir, kaliteli ürün alıp da yapılabilir. Bu tamamen insanların ihtiyaçları doğrultusunda. Paraya çok ihtiyacı vardır, o şekilde değerlendirebilir. Hasta bana gelsin hastayı kaybetmeyim. Ucuz yaparsan malzemeyi kaliteli kullanabilir misin, kullanamazsın. Neden ona göre malzeme kullanacaksın, ki senin bir emeğin var, senin onu alman lazım, yani ben o bakış açısında değilim, öyle olmaması gerektiğini*

düşünüyorum. Kendim hasta olsam da onu bilmek isterim. Ha şunu yapmamak lazım hem ucuz mal kullanıp hem de pahalıya yapmamak lazım, karşı tarafı da düşünmek lazım.”

3.5. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Finansal Okuryazarlık Ana Teması

Sağlık hizmetleri sunumunda finansal okuryazarlık kavramı sağlık hizmeti finansmanı ve sağlık hizmeti sunumu alt temaları etrafında ifade edilmektedir.

3.5.1. Sağlık Hizmeti Finansmanı Alt Teması

Katılımcılar sağlık hizmeti finansmanını “hizmet ücretleri (SUT)”, “tekrarlayan harcama” ve “kamu/özel ayrımı” boyutlarında ele almaktadır.

K.3. SUT fiyatlarına vurgu yaparak sağlık hizmeti ücretleri konusunda kamu ve özel arasında denge sağlanması gerektiğini ifade etmektedir: *“Dışarıda bir muayenehanede aynı işlem beş katı ücret var ama biz burada belki daha pahalı bir malzeme kullanmamıza rağmen gelen para az.”*

K.3. ayrıca hizmet ücretlerinin artmasının getireceğini ifade ettiği olumlu yansımayı şu sözlerle ifade etmektedir: *“Yaptığım işte daha çok gelir olursa çalıştığın süre daha verimli olur. Yani bir iş gününde yirmi hastadan aldığın parayı on beş hastada alırsan, her hastaya daha uzun süre vakit ayırırsın, daha kaliteli hizmet vermiş olursun.”*

K.2. ve K.1.’de K.3.’ün bu görüşüne benzer şekilde yaklaşmaktadır. K.2. SUT fiyatlarının gerçekçi olmadığını belirterek bu durumun hem kurum hem sağlık çalışanları hem de sağlık sektörü için verimlilik ve kalite gibi faktörler açısından olumsuz yansımalarla bulunduğunu ifade etmektedir. Bu noktada SUT fiyatlarında artışın gerçekleşmesi bir gereklilik olarak bütün katılımcılar tarafından ifade edilmektedir.

K.2. sağlık hizmetlerinde finansal okuryazarlığın yer etmesi ile tekrarlayan harcamaların ortadan kalkacağını belirterek uzun vadede kârın artacağını ifade etmektedir. K.2. ayrıca, kamu/özel ayrımında özel sektörün kârı attırmayı ve kamu sektörünün de daha fazla hastaya hizmet vermeyi amaçladığından dolayı finansal okuryazarlığa önem verdiklerini belirterek bunun yerine sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasının daha öncelikli olması gerekliliği düşüncesi şu görüşüyle ifade etmektedir: *“Üniversiteler de genellikle öyle. Yani bir işi ne kadar ucuza mal edeceğinden veya masrafın ne kadar az olacağından ziyade bir işin kalitesini biz ne kadar arttırabiliriz, yani maliyet biraz daha fazla olsun daha az kazanalım ama yaptığımız iş daha kaliteli olsun. Öyle olması gerekiyor bence ama maalesef özelde özellikle öyle değil kaliteye biraz daha önem vermek lazım.”*

3.5.2. Sağlık Hizmeti Sunumu Alt Teması

Katılımcılar diğer alt tema olan sağlık hizmeti sunumunu “kalite standartları (SKS)” ve “hastanın tıbbi özeni” boyutlarında değerlendirmektedir. SKS boyutuna değinen K.1. sağlık hizmetlerinde standardizasyonun olması gerektiğine işaret etmekle birlikte maliyet artışına yol açtığı görüşünü şu şekilde ifade etmektedir: *“Yani orada bir el yıkama jeli var, biz önceden onu açtığımızda bitirene kadar kullanırdık, ama şimdi diyorlar ki açıldıktan sonra on beş gün içinde bitmezse bunu atacaksın çöpe. Bu olmasın diye demiyorum ama ipin ucunu kaçıırıyoruz, dengeyi sağlayamıyoruz.”*

K.5. ise hastanın tıbbi özeni boyutuna değinerek tedavi sonrası süreçte hastanın gerekli tıbbi özeni göstermediğini ifade etmektedir. Bu durum K.5.’in ifadesine göre sağlık hizmetlerinde kaynak israfına yol açmaktadır.

3.6. Ülkemizde Yapılan Finansal Okuryazarlık Çalışmaları Ana Teması

K.2. haricindeki diğerkatılımcılar ülkemizde yapılan finansal okuryazarlık çalışmaları hakkında bilgilerinin olmadıklarını ifade etmektedir. Ülkemizdeki finansal okuryazarlık çalışmaları hakkında K.2. ve K.5. görüş belirtmektedir. Bu katılımcıların görüşleri doğrultusunda pazarlama ve eğitim alt temaları etrafında ülkemizde yapılan finansal okuryazarlık çalışmaları açıklanmaktadır.

3.6.1. Pazarlama Alt Teması

Pazarlama alt teması “network marketing” ve “profesyonel tanıtım” boyutlarında ifade edilmektedir.

K.5. bu çalışmalar hakkında bilgisinin olmadığı belirtmekle birlikte “*Bu konuda network marketing çalışmalarını görmekteyim. Bu çalışmalarla da tanıtım ürünleri/tanıdık vasıtasıyla tanıştım.*” görüşünü ifade etmektedir. K.5. bu network marketing çalışmalarının profesyonel olmadığı değerlendirmesini yaparak profesyonel bir şekilde bu tür tanıtımların yapılabileceği öneri görüşünü ifade etmektedir.

3.6.2. Eğitim Alt Teması

Diğerkalt tema olan eğitim ise “erişilen hedef kitle büyüklüğü” boyutu ile değerlendirilmektedir. Ülkemizde yapılan finansal okuryazarlık çalışmalarının yetersiz olduğu görüşünü belirten K.2. yapılan çalışmaların ulaştığı kitle büyüklüğünün yetersiz olduğunu ifade etmektedir. Bu konuda eğitimlerin artmasını gerektiğini vurgulayarak, kamu spotlarında finansal okuryazarlıkla ilgili bilgilendirmelerin yer alabileceğini önermektedir.

3.7. Ülkemiz Sağlık Sektöründe Finansal Okuryazarlığa İlişkin Öneriler Ana Teması

Katılımcılar sağlık yöneticisi kimlikleriyle, ülkemiz sağlık sektöründe finansal okuryazarlık kavramının gelişmesi hakkındaki önerilerini eğitim ve hekim bilgilendirmesi alt temalarında ifade etmektedir.

3.7.1. Eğitim Alt Teması

Eğitim alt teması “lisans eğitimi” ve “yönetici eğitimi” boyutları çerçevesinde değerlendirilmektedir. K.1. diş hekimliği lisans eğitiminde verilen “ergonomi dersi müfredatı”na eklenebileceğini ifade etmektedir. K.5. de lisans eğitiminde müfredata eklenebileceğini belirterek “dental finansal okuryazarlık” ve “dental finansal yönetim” gibi başlıkları önermektedir.

K.4. yönetimde profesyonelliği sağlayacak bir yönetici eğitiminin gerekliliğini belirterek sağlık sektöründeki kurumlar/bölümler vb. arasındaki farklılıklara dikkat çekmektedir ve bu konuda belirli bir standardın sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır. K.5. ise bu tür bir eğitimin zorunlu temel bir eğitim olması gerektiğini ifade etmektedir.

3.7.2. Hekim Bilgilendirmesi Alt Teması

Katılımcılar son olarak hekim bilgilendirmesi önerisini “muayene süresi” ve “SUT paketleri” boyutlarında ifade etmektedir. Bu bağlamda katılımcılar hekimin hastayı, tedavi süreci ile beraber finansal konularda da bilgilendirebileceğini ifade etmektedir. Finansal konulardaki tavsiyenin, hastayı koruyucu tedavi anlayışına yönlendirmekle beraber sağlık hizmetinin ilerleyen aşamalarında olabilecek yüksek tedavi maliyetleri hakkında hem hastada farkındalık oluşturmak

hem de yüksek maliyetlerin önüne geçilmesi şeklinde olabileceği katılımcılar tarafından ifade edilmektedir.

Diğer katılımcılardan ayrı olarak K.2., halihazırda böyle bilgilendirmeler yaptıklarını ifade etmektedir. K.2. hastanın ilk müracaatından itibaren “*en değerli şey şu anda ağzınızdaki dişleriniz*” şeklinde bilgilendirmeler yaptıklarını ifade etmektedir. K.2. hekimler tarafından verilen bu tür önermelerin özel sektör ve üniversite hastanelerinde verilmesine karşın ikinci basamak kamu hastanelerinde muayene süresinin kısıtlı olmasından dolayı verilemediğini ifade etmektedir.

K.1.’de muayene süresine dikkat çekerek hekimlerin finansal tavsiyeler için yeterli zaman ayıramayacaklarını ifade etmektedir. K.1. ayrıca bu konuda hekime destek noktasında, finansal tavsiye verebilecek düzeyde profesyonel personelin olabileceğini belirtmektedir.

K.5. ise bu konuda SUT paketlerine dikkat çekerek finansal tavsiye konusunun tedavi paketlerine alınabileceğini belirtmektedir. K.5.’e göre böyle bir durumda arz-talep durumu meydana gelecek ve hekimin gelir elde edecek olmasından dolayı daha rahat bir şekilde tavsiye verebileceğini ve buna karşılık hastanın da talepkâr olacağını ifade etmektedir.

3.8. Profesyonel Finansal Danışmanlık Hizmetleri Ana Teması

Katılımcılar son olarak profesyonel finansal danışmanlık hizmetleri hakkında görüşlerini ifade etmektedir. Bu bağlamda katılımcılar profesyonel finansal danışmanlık hizmetlerini yönetim ve organizasyon, ihtiyaç, yönetici öz gelişimi ve dijital iletişim araçları alt temaları ile değerlendirmektedir.

3.8.1. Yönetim ve Organizasyonu Alt Teması

Katılımcılar profesyonel finansal danışmanlık hizmetlerine ilk olarak yönetim ve organizasyon çerçevesi içerisinde yaklaşarak danışmanlık hizmetlerini “yalın klinik yönetimi” ve “yönetim kademesi” şeklindeki boyutlar etrafında değerlendirmektedir.

Profesyonel finansal danışmanlık hizmetlerinin yalın klinik yönetimi olarak özel sektörde verildiğini ve yavaş yavaş yaygınlaştığını ifade eden K.2. danışmanlık hizmeti alan özel sektör kuruluşlarının memnun kaldıkları görüşünü de belirtmektedir. K.2. yalın klinik yönetimi kapsamında yatırım kararlarından tedavi fiyatlarına kadar geniş bir kapsamda özel sektöre danışmanlık hizmeti sunduklarını ifade etmektedir. K.3. ise profesyonel finansal danışmanlık hizmetlerinde yönetim kademesini vurgulayarak üst düzey yöneticilerin daha çok ihtiyaç hissedeceğini ifade etmektedir.

3.8.2. İhtiyaç Alt Teması

İhtiyaç alt temasında ise katılımcılar “kurumlar/birimler arası farklılık”, “sağlık sektörü bilgisi”, “teori ve uygulama arasındaki ayırım” ve “süreklilik” boyutlarında değerlendirmektedir.

K.3. planlama yapmada “*pratikte stabil bir ülke değiliz, önceliğimiz değişir bir şey olur*” ifadesiyle geleceği öngöremediğini ifade ederek danışmanlık hizmetleri için “teoride gerekebilir ama pratikte işe yaramayabilir” görüşünü vurgulamaktadır.

K.4. ise profesyonel finansal danışmanlık hizmetlerini sunan kurumların sağlık sektörünün özelliklerini dinamiklerini bilmesi gerektiğini ifade ederek “*Sağlıkta kullanılan malzemelere sadece ekonomik açıdan yaklaşamazsın*” görüşünü ifade etmektedir.

Ayrıca, K.3. ve K.4. bu konuda sağlık sektöründeki kurumlar ve hatta aynı kurum içerisindeki birimler arasında ihtiyaç farklılıkları olduğunu da vurgulamaktadır. Bu noktada K.3. danışmanlık hizmeti verecek profesyonel danışmanın kurumu ve sağlık sektörünü daha iyi tanıyabilmesi açısından kurum içerisinde istihdamın daha faydalı olacağını belirtmektedir. K.5. ve K.6.'da kurum içi istihdamın daha iyi olacağını belirtmektedir. K.5. kurumsal danışmanlığın yanı sıra bireysel emeklilik sistemi ve kişisel yatırımlar gibi bireysel konularda da yararlanılabileceğini ifade etmektedir.

3.8.3. Yönetici Öz Gelişimi Alt Teması

Danışmanlık hizmetlerinin süreklilik arz eden bir ihtiyaç olmadığını vurgulayan K.2. ihtiyaç duyulan durumlarda hizmetin alınabileceğini ifade belirterek bu durumdan dolayı kurum içerisinde istihdamın verimliliği olumsuz etkileyeceği görüşünü belirtmektedir. K.2. ayrıca yöneticinin finansal konularda öz gelişimlerini gerçekleştirmesinin daha etkili olacağını ifade etmektedir.

3.8.4. Dijital İletişim Araçları Alt Teması

Katılımcılar son olarak dijital teknolojilere dikkat çekerek danışmanlık hizmetinin dijital iletişim araçlarıyla zaman ve mekân sınırlaması olmadan daha hızlı ve verimli bir şekilde sunulabileceği görüşünü vurgulamaktadır.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada finansal okuryazarlık kavramı bağlamında olmak üzere, sağlık yöneticilerinin değerlendirmeleriyle ülkemiz sağlık sektöründe finansal okuryazarlık kavramının önemi, sağlık yöneticilerinin ve çalışanlarının seviyesi ile sağlık sektöründe finansal okuryazarlığın gelişmesi için ifade ettikleri öneriler nitel araştırma yöntemleri kullanılarak ortaya konulmuştur.

Katılımcı sağlık yöneticilerinin tamamının finansal okuryazarlık konusunda hiçbir eğitim almadıkları görülmekle birlikte K.5.'in, Zengin Baba Yoksul Baba kitabı ile tanıştığı finansal okuryazarlık hakkında farkındalığa sahip olduğu ve K.2.'nin ise doğrudan finansal okuryazarlık olarak olmasa da finansal konularda farkındalığa sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte katılımcıların internet ve gazete haricinde genel olarak finansla ilgili bir kaynak takip etmedikleri görülmektedir. Katılımcılar bu duruma finansal eğitim almamaları, finansal bilgi eksikliği ile ayırdıkları zamanın yetersiz olmasının yol açtığını ifade etmektedir. Akca ve diğerlerinin (2014) sağlık yöneticileri ve finansal departmanlarda görevli sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun finansal yönetim konusunda eğitim almadıkları ve katılımcıların %40'ının kendini finansal konularda yeterli gördüğü sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanları üzerine yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların tamamına yakınının finansal okuryazarlık eğitimi almadığı belirtilmektedir (Altan ve Biçer, 2017). Bu doğrultuda mevcut çalışma ile literatürdeki diğer çalışmalar benzerlik göstererek sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarının finansal eğitim ve finansal bilgi konusunda önemli eksiklikler yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin önemli gider kalemlerinden biri olduğu da göz önüne alındığında, sağlık yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına finansal okuryazarlıklarını sağlayacak finansal eğitimin verilmesi önem arz etmektedir. Nitekim bu durumun bizzat katılımcılar tarafından da ifade edilmesi bulgular bölümünde ortaya konulmuştur. Ayrıca, Kuyumcu (2018) tarafından yapılan çalışmada katılımcılar lise düzeyinde zorunlu temel finansal eğitim verilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu durum mevcut çalışmada dış hekimliği lisans müfredatına finansal içerikli derslerin eklenmesini öneren katılımcıların

görüşleriyle kısmen de olsa benzerlik göstermektedir. Nitekim K.5.'de temel bir eğitim olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda temel finansal eğitimlerin ders olarak verilmesinin hem daha geniş bir kitleye ulaşılması hem de dersi geçme noktasında bir zorunluluk oluşturacağından finansal okuryazarlığın gelişiminde olumlu katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir.

Katılımcılar finansal kararlarında aile ve çevre yönlendirmelerinden faydalandıklarını ifade etmektedir. Ceylan (2020) özel sektör sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada profesyonel olmayan kişilerden yardım aldığını ifade eden katılımcıların çoğunluğunun ailesinden yardım aldığını tespit etmiştir. Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir diğer çalışmada da katılımcıların çoğunluğu aile içerisinde finansal danışmaların yapıldığını ifade etmektedir (Alkaya ve Yağlı, 2015). Bu açıdan bireylerin finansal kararlarında aile ve çevre tavsiyesinin etkili olduğu görülmektedir.

Katılımcılar, sağlık yöneticileri ve çalışanlarının finansal okuryazarlık seviyesini genel olarak düşük ve orta düzey aralığında değerlendirdiği görülmektedir. K.2. diğer katılımcılardan farklı görüş belirterek finansal okuryazarlık seviyesini, ifade ettiği şekliyle ortanın biraz üstü olarak görmektedir. K.4. ise yönetim kademesine vurgu yapmaktadır. Katılımcılar SUT fiyatlarının da finansal okuryazarlığı büyük oranda etkilediği görüşünü ifade etmektedir. Ayrıca katılımcılar kamu-özel ayrımı bağlamında da değerlendirmeler yapmaktadır. Son olarak sağlık yöneticileri sağlık sektöründe finansal okuryazarlığı yönetimin profesyonelleşmesi bağlamında ele almaktadır. Bu bağlamda sağlık sektöründe finansal okuryazarlığın, hizmet ücretlerinden yönetim kademelerine kadar birçok faktörden etkilendiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu açıdan sağlık sektöründe yapılacak eğitim vb. gibi finansal okuryazarlık çalışmalarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olan bütün tarafların etkileme ve etkilenme potansiyeli olduğu göz önüne alınarak bu doğrultuda politikaların geliştirilmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Katılımcılar, K.2.'nin "*Biz sonuçta yönetici olmadan önce sadece hekimlik yapıyoruz burada bu konularda bilgi almıyoruz.*" olarak ifade ettiği şekliyle sağlık sektöründe yönetim kademelerindeki sağlık profesyonellerinin finansal ve idari konular açısından eğitim eksikliğine dikkat çekerek hem yöneticilerin kendini yetiştirmesini hem de yönetimin profesyonelleşmesi gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Bu durum katılımcıların profesyonel finansal danışmanlık hizmetleri hakkında vurgu yaptığı sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri birlikte değerlendirmektedir. Ayrıca özel sektör sağlık kuruluşlarının yalnız klinik yönetimi olarak profesyonel yönetim danışmanlığı hizmeti aldıklarına da dikkat çekmektedirler. Bu doğrultuda başhekim, dekan vb. yönetici pozisyonundaki sağlık profesyonelleri ile sağlık sektörünün kendine has özelliklerinin farkında olan ve profesyonel yöneticilik eğitimi alan sağlık yöneticilerinin ortak bir zeminde çalışmalarını sağlayacak yapısal düzenlemelerin sağlanması ile sağlık sektöründe finansal okuryazarlığın gelişmesine katkıda bulunulacağı önerisi yapılmaktadır.

Katılımcılar sağlık hizmetlerinde finansal okuryazarlık hakkındaki görüşlerinde koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk zincirine dikkat çekmektedir. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetleri anlayışının ülkemiz sağlık sektöründe hem sağlık hizmetleri arz eden sağlık profesyonelleri hem de sağlık hizmeti talep eden toplum ve hastalar açısından yeterince benimsenmediğini belirterek uygulama noktasında sorunların yaşandığı ifade edilmektedir. Benzer durum sevk zinciri için de geçerli olmaktadır. Bu açıdan katılımcılar sevk zinciri ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi durumunda sağlık sektöründe finansal açıdan rahatlamaların yaşanarak finansal okuryazarlığa katkıda bulunulacağını işaret etmektedir. Özer (2015) tarafından yapılan çalışmanın bir katılımcısı, K.3.'ün yukarıda ifade ettiği görüşle aynı doğrultuda, diş hekimliğinde

koruyucu sağlık hizmetlerinin gerekliliğini vurgulayarak koruyucu tedaviye uymayan hastalara kişisel yaptırım uygulanması görüşünü ifade etmektedir. Aynı çalışmada katılımcıların çoğunluğu, ölkemiz sağlık sektöründe finansal sürdürülebilirliğin sağlanması açısından koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması görüşünü ifade etmiş ve bir katılımcı ayrıca sevk zincirinin oluşturulması gerektiğine vurgu yapmıştır (Özer, 2015). Karacan ve Kılıçkan (2016) tarafından yapılan kanser taramaları ve tedavileri arasında maliyet karşılaştırması çalışmasının sonucunda ise, koruyucu sağlık hizmetleri olarak kanser tarama faaliyetlerinin tedaviye göre daha düşük maliyetli olduğuna ulaşılmıştır. Yine koruyucu sağlık hizmetlerini finansal açıdan değerlendirdiği makalesinde Hayran (2019), kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerine katılımını teşvik ederek sağlıklı yaşam sürmesinin ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine olan talebinin azaltılmasının sağlanabileceğini ifade etmiştir. Kişisel sağlıklarını koruyucu davranışlar sayesinde de harcamaların en az %20 azaltılabileceği ifade edilmiştir. Bu çalışmada Hayran'ın ifade ettiği bu önerinin de nispeten koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olduğu değerlendirmesi yapılmaktadır. Nitekim Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütölen finansal okuryazarlık eğitimlerinde kullanılmak üzere hazırlanan eğitim materyali içeriğinde kontrol randevuları ve sigara bırakma gibi davranışların önerilmesi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyet azaltıcı etkide bulunduğu değerlendirmesi yapılmaktadır (řarлак, 2012). Önceki çalışmaların sonucundan da hareketle bu çalışmada koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk zincirinin sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlayacağı değerlendirilmesi yapılarak bu doğrultuda çalışmaların yapılması önerilmektedir.

K.4. yönetim kademesinin finansal okuryazarlık seviyesini etkilediği görüşünü ifade etmektedir. K.4.'ün bu görüşüne benzer bir şekilde Karaca (2018)'nın finansal okuryazarlık ve finansal erişime yönelik çalışmasında ast sayısına göre gruplanan yöneticilerin finansal erişim seviyelerinde ast sayısı ile doğru orantılı olarak bir yükselme olduğunu tespit etmiştir. Bu bağlamda yönetici kademelerinin finansal okuryazarlıkla yakından ilişkili olduğu değerlendirmesi yapılabilmektedir. Ancak, bu farklılığı değerlendirecek daha fazla çalışmanın yapılması da gerekmektedir. Ayrıca, her zaman yükselme potansiyeli taşıyan ast durumundaki çalışanların finansal okuryazarlığını geliştirecek çalışmaların yapılması gerektiği önerisine de ulaşılmaktadır.

Bu çalışmada sonuç olarak finansal okuryazarlığın ölkemiz sağlık sektörü için oldukça önemli olduğu; katılımcıların görüşleri ve elde edilen diğer bulgular ışığında ise ölkemiz sağlık sektöründe finansal okuryazarlık seviyesinin henüz yeterli bir düzeyde olmadığı ve geliştirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Nitekim bir başka çalışmada sağlık çalışanlarının finansal okuryazarlık seviyesi orta düzey olarak ifade edilmektedir (Altan ve Biçer, 2017). Bu bağlamda hem ölkemiz genelinde hem de sağlık sektörü özelinde finansal okuryazarlığın gelişmesine yönelik yapılacak çalışmaların yaygınlaşması önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Akca, N., Işık, O., & Sönmez, S. (2014). Kırıkkale İlindeki Sağlık Kurumlarının Finans ve Maliyet Departmanlarında Çalışanların Finansal Bilgi Düzeyleri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, (8), 121–145. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/303495>
- Alkaya, A., & Yağlı, İ. (2015). Finansal Okuryazarlık -Finansal Bilgi, Davranış ve Tutum:

- Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi İİBF Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(40), 585–599. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.17719/jisr.20154013941>
- Altan, F., & Biçer, E. B. (2017). Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Finansal Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas İli Örneği. *Business & Management Studies: An International Journal*, 5(2), 481–499. Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v5i2.130>
- Bayram, S. S. (2014). Finansal Okuryazarlık ve Para Yönetimi Davranışları: Anadolu Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Uygulama. *Business & Management Studies: An International Journal*, 2(2), 105–135. Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v2i2.68>
- Ceylan, M. A. (2020). *Finansal Okuryazarlığa Etki Eden Faktörler: Türkiye’de Sağlık Sektöründe Ampirik Bir Çalışma (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Fettahoğlu, S., & Kıldize, D. (2019). Dijital Finansal Okuryazarlık ve Bireylerin Finansal Teknoloji Kullanma Konusundaki Tutumları. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 12(18. ÜİK Özel Sayısı), 867–889. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.26466/opus.584628>
- Hayran, O. (2019). Koruyucu Hizmetler Sağlık Harcamalarını Azaltabilir Mi? *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3(3), 170–175. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.34084/bshr.640902>
- Horvai, A., & Bokarev, A. A. (2018, 21 Haziran). *Financial Literacy – Helping Citizens Make Smart Financial Choices*. Retrieved February 21, 2020 from <https://www.worldbank.org/en/news/opinion/2018/06/21/financial-literacy-helping-citizens-make-smart-financial-choices>
- Hung, A. A., Parker, A. M., & Yoong, J. K. (2009). Defining and Measuring Financial Literacy. *RAND Working Papers WR-708*, September. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.2139/ssrn.1498674>
- James, B. D., Boyle, P. A., Bennett, J. S., & Bennett, D. A. (2012). The İmpact of Health and Financial Literacy on Decision Making in Community-Based Older Adults. *Gerontology*, 58(6), 531–539. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1159/000339094>
- Karaca, H. S. (2018). *Türkiye’de Finansal Okuryazarlık ve Erişim 2018*. Boğaziçi Üniversitesi Analitik ve İlgörü Araştırma Merkezi. Erişim Adresi: https://www.teb.com.tr/upload/PDF/TEB-FOE-Rapor-2018_website.pdf
- Karacan, R., & Kılıçkan, Z. (2016). Türkiye’de Kanser Hastalığının Bütçeye Getirdiği Yük Bakımından Tarama ve Tedavi Edici Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 53(613), 45–52. Erişim Adresi: https://www.ekonomikyorumlar.com.tr/files/articles/152820006142_4.pdf
- Klapper, L., Lusardi, A., & Oudheusden, P. van. (2014). *Financial Literacy Around the World: Insights from The Standard & Poor’s Ratings Services Global Financial Literacy Survey*. Erişim Adresi: https://gflec.org/wp-content/uploads/2015/11/Finlit_paper_16_F2_singles.pdf

- Kuyumcu, O. (2018). *Finansal Okuryazarlığın Makroekonomik Önemi ve Ülkemizde Finansal Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Bursa İli Uygulaması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Bursa Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Meyer, M. (2017). Is Financial Literacy a Determinant of Health? *Patient*, 10(4), 381–387. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0205-9>
- Morgan, P. J., Huang, B., & Trinh, L. Q. (2019). The Need to Promote Digital Financial Literacy for The Digital Age. Realizing Education for All In The Digital Age (ss. 40-46) içinde. Erişim Adresi: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/503706/adbi-realizing-education-all-digital-age.pdf#page=56><https://www.adb.org/sites/default/files/publication/503706/adbi-realizing-education-all-digital-age.pdf%23page=56>
- OECD. (2018). *G20/OECD INFE Policy Guidance on Digitalisation and Financial Literacy*. Erişim Adresi: <http://www.oecd.org/finance/G20-OECD-INFE-Policy-Guidance-Digitalisation-Financial-Literacy-2018.pdf>
- OECD INFE (2011). *Measuring Financial Literacy: Questionnaire and Guidance Notes for Conducting an Internationally Comparable Survey of Financial Literacy*. Paris: OECD. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/daf/fin/financial-education/49319977.pdf>
- Özer, Ö. (2015). *Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri (Yayımlanmamış Doktora Tezi)*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Remund, D. L. (2010), Financial Literacy Explicated: The Case for a Clearer Definition in An Increasingly Complex Economy, *The Journal of Consumer Affairs*, 44(2), 276-295. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.2010.01169.x>
- Şarlak, Z. (2019). *Finansal Okuryazarlık*. Ankara: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Erişim Adresi: http://aep.gov.tr/wp-content/uploads/2019/04/03_02_Finansal-Okuryazarl%C4%B1k-Kitab%C4%B1.pdf
- Şimşek, M. Ş. ve Çelik, A. (2014). *İşletme Bilimine Giriş*. Konya: Eğitim Yayınevi
- Şimşek, H. ve Yıldırım, A. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası. (2014). *Finansal Erişim, Finansal Eğitim, Finansal Tüketicinin Korunması Stratejisi ve Eylem Planları*. Haziran 2014, Ankara. Erişim Adresi: <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/94da4743-4055-46a6-a330-3fe35d2ba9b9/eylemplani.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-94da4743-4055-46a6-a330-3fe35d2ba9b9-m3fzkQA>
- Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası. (2015). Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Bülten, Mart(37). Erişim Adresi: https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d4c2f827-0004-4973-8dfd-68b2f787a1a3/TCMB_Bulten_37.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d4c2f827-0004-4973-8dfd-68b2f787a1a3-m3fB9EJ
- Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası. (2017). Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Bülten, Aralık(48). Erişim Adresi: <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/70fb4ac1-4be1->

4ce4-8276-
4b87c02962cf/Bulten_48.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-
70fb4ac1-4be1-4ce4-8276-4b87c02962cf-m8AjSgi

TEB. (t.y.). TEB Aile Akademisi - *Dijital Finansal Okuryazarlık*. Retrieved March 3, 2020, from
<https://www.teb.com.tr/dijital-finansal-okuryazarlik-egitimleri/>

Yavuz, M. S. (2019). Ekonomide Dijital Dönüşüm: Blockchain Teknolojisi ve Uygulama Alanları
Üzerine Bir İnceleme. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(1), 15–29. Erişim
Adresi: <https://doi.org/10.29106/fesa.498053>



E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/pub/sayod	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı: 1, Nisan 2021	Issue: 1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 30/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 03/04/2021

TÜRK TOPLUMUNDA KADININ STATÜSÜNE GENEL BİR BAKIŞ



AN OVERVIEW OF THE STATUS OF WOMEN IN TURKISH SOCIETY

Atıf/ to Cite (APA): Yavuz, K. ve Ertem, A.(2021). Türk Toplumunda Kadının Statüsüne Genel Bir Bakış, Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 69-82

Kübra YAVUZ¹
Aksa ERTEM²

DOI: <https://doi.org/10.35375/sayod.906552>

ÖZ

Toplumun sağlam temeller üzerinde inşa edilmesinde ve sağlıklı gelişim göstermesinde kadın önemli bir değere sahiptir. Bütün toplumların kendine özgü inançları, tarihleri, kültürel değerleri, sosyal ve siyasal hayatları bulunmakta olup bu toplumların cinsiyet ve kadın algısı da kendine özgü değerler içerisinde farklı şekillerde ortaya çıkmıştır. Tarihsel süreç içerisinde kadın toplumsal cinsiyet açısından değerlendirildiğinde dünya genelinde var olan toplumların hepsinde ayrımcılığa ve şiddetin her türlüüne maruz kalarak ikinci sınıf insan olarak nitelendirilmiştir. Dünyada son yıllarda meydana gelen siyasal, ekonomik, sosyal ve teknolojik ilerlemeler sayesinde kadının toplumdaki konumunun tartışılmaya başlanması ile birlikte bu konudaki olumsuzlukların giderilmesi için kadınlar hak mücadelesi vermeye başlamışlardır. Bu mücadeleler ile birlikte toplumlar içerisinde kadınların konumu ve bu toplumların kadınlara bakış açısında olumlu yönde değişimler görülmeye başlanmıştır.

Bu çalışmada kronolojik bir tarihsel süreç içerisinde geçmişten günümüze Türk toplumunda kadın algısı, kadının toplumsal hayattaki rolü ve konumu açıklanmaya çalışılacaktır. Çalışma bu konu ile ilgili, sosyoloji, tarih, hukuk ve uluslararası ilişkiler kapsamında yazılmış kaynakların incelenmesi sonucunda yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Türk Toplumunu, Kadın Hakları, Kadının Konumu.

ABSTRACT

It has an important value in building solid foundations and healthy development of the society. All societies have their own beliefs, dates, news reports, social and political lives, and the gender and women's perception of these societies have emerged in different ways. The historical solution was evaluated differently by female gender. In all societies around the world, they were exposed to discrimination and all kinds of violence and they were described as second class people. With the discussion of the position of the information included in the world's political, economic, social and technological advances in the world in the society where it is located, problems continue to eliminate the negativities in this issue. With these struggles, societies have begun to be seen from the point of view that is conveyed and the point of view of these societies towards women.

This study will try to explain the perception of women in Turkish society from a chronological history to the present, the role and sign of women in life. The study has been conducted inside the sources that have been examined on this topic, sociology, history, law and international relations.

Keywords: Turkish Society, Women's Rights, Women's Position.

¹ Öğr. Gör. Kilis 7 Aralık Üniversitesi, SHMYO, kubra_yvz_03@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-2345-6789>

² Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, SHMYO, aksaertem@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2070-6292>

1. GİRİŞ

Bireylerin biz özdeşimi ötekine karşı koruma geliştirmektedir. Tarihsel süreç içerisinde kadının rolü kültürden kültüre çeşitlilik göstermiş olsa da tarihte kadının erkeklerden daha güçlü olduğu toplum var olmamıştır. Erkek rollerine genellikle daha fazla önem yüklenmektedir ve erkeklerin rollerinin ödülleri daha büyüktür. Hemen hemen her kültürde ev işleri ve çocuk yetiştirme konularında öncelikli sorumluluk kadınlara aittir, geleneksel olarak erkekler ise ailenin refahını sağlamak ve eve ekmek getirmekle yükümlüdürler (Giddens, 2008: 514).

Kadın geçmişten günümüze hep tartışılan araştırılan konulardan biridir. Çünkü kadın gerek Türkiye’de gerekse dünyada tarih boyunca toplumsal ayrımcılığa, hor görülmeye ve şiddete maruz kalmıştır. Kadının toplumsal yaşamda varlığı ve hak elde etme mücadelesi 19. yüzyılın sonlarında elde edilen kazanımlar olarak ortaya çıkmış olsa da Türk toplumunda ve tarihinde kadının rolü ve önemi daima ön plandadır (Özel Özcan ve Erden Kaya, 2017: 178). Tarih boyunca Türklere bakıldığında sadece sosyal yaşamda değil siyasi yaşamda da kadın etkin rol oynamaktadır. Bu rolü kültüre, toplum yapıya, dine ve zamana göre değişiklikler göstermektedir (Acar, 2019: 396).

Günümüzdeki kadını; işlevlerini, toplumdaki yerini, kazandığı hakları anlamak için önce geçmişi, geçmişteki kadını bilmemiz gerekmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de Cumhuriyet döneminde kadını daha iyi anlayabilmek, geçirdiği değişikleri daha iyi görebilmek için kadının geçmişteki konumlarına bakmamız gerekir. Bunun içinde eski ve İslami dönemdeki Türklere bakmamız yararlı olacaktır. Bu çalışma da Türk kadınının eski Türklerden günümüze kadar değişen toplumsal konumu, hakları ele alınmaya çalışılmıştır.

2. ESKİ TÜRKLERDE KADIN

Mitolojik Çağda, Türk’ün “kadın anlayışı” pek zarif ve bugünün yaşayan birçok toplumdaki çok daha ileridedir (Göksel, 1993: 105). Türk toplumunun aile yapısı tarihsel düzlemde incelendiğinde karşımıza çıkan sonuç eski Türk toplumlarında kadının erkeğe karşı konumunun ve toplum içerisindeki statüsünün diğer toplumlara göre iyi bir yerde olduğudur (Aksoy, 2017: 8).

M.Ö. 4000 yıl öncesine kadar Türklere ait bilgilere ulaşılmıştır. Edinilen köklü bilgilerde ise kadının temel özelliklerinin “analık” ve “kahramanlık” olduğu bilinmektedir. Bunun yanında kadın ata binmekte, silah kullanmakta, savaşabilme yeteneğine sahip olarak değerlendirilmektedir (Savcı’dan akt. Sağ, 2001: 12). Ayrıca tarihi kaynaklarda Türklerin kutsal, çok kıymet taşıyan haklarına “Ana hakkı” dediklerini ve bu haklarını “Tanrı hakkı” ile eşit tuttukları ifade dilmektedir (Göksel, 1993: 107).

Oğuz Kaan Destanı kadına çok yer verir. Orhun Yazıtlarında ise Göktürklerin tekrardan “millet” teşekkül edişinde Bozkurt Asena’nın hizmeti hep anılıyor. Bilge Kaan’ın anası, devletin kuruluşuna etken olan insandır (Göksel, 1993: 105). Ziya Gökalp, eski Türkleri hem feminist hem de demokrat şeklinde tanımlar. Eski Türklerde tek eşliliğin yaygın olduğunu ve çekirdek ailenin özelliklerini gösterdiğini ileri sürmektedir (Günindi Ersöz, 2016: 62). Gökalp eski Türkleri feminist olarak tanımlamasını iki neden ile açıklar. Bu nedenlerden ilki o toplumlarda demokrasinin olması ikincisi ise Türklerde o dönemde var olan dini inancın Şamanizm olmasıdır. Çünkü Şamanizm kadında var olan kutsal güce dayanmaktadır (Kışlalı, 2010: 179).

Orhun Kitabelerinde Türk toplumunun başına hakanın karısının kocasıyla beraber indiği anlatılmaktadır. Ayrıca Türk hükümdarlar, yabancı elçileri kabul ettiğinde resmi olarak kabule eşler de katılmaktadır. Kadın aile içinde erkekle eşit haklara sahiptir (Konan, 2011: 161).

Türk toplumlarında devlet yönetimi “karı-koca” veya “hatun-hakan” ekiplerinin ortak sorumluluğunda yürütölmektedir. Hatta yasa görevindeki “emirname”ler her ikisi tarafından imzalanmaz ise yürürlüğe konulmamaktadır. Ayrıca tarih de “devlet başkanlığı ” yapan ilk kadınlar da Türklerde görölmektedir (Sağ, 2001: 13).

Eski Türk toplumlarında kadın evin sahibidir ve kadına saygı göstermek bir zorunluluktur. Çünkü kadın evin temeli olarak görölmektedir. Ayrıca kadının yalnız evde değil dışarda da eşinin yardımcısı olduğu ifade edilmektedir (Aksoy, 2017: 10). Ailede iş bölümü cinsiyet ve yaş temelli şekillenmektedir ve baba erkek çocuğunu, anne ise kız çocuğunu yetiştirme görevini üstlenmektedir (Can, 2013: 227-228). Bunun yanında aile de kadının görevleri ailenin mali işleriyle ilgilenilme, keçe çorap örme, çadırın kurulması, hayvanların bakımı süt sağma, peynir ve tereyağı yapma ve elbise dikme şeklinde ifade edilmektedir (Donuk, 1980-81: 166). Ayrıca Türk toplumlarında evlilik bağı anne-baba ile olan bağdan çok daha kuvvetlidir ve evlilik bireysel bir olay olarak görölmemekle birlikte aileler ve taraflar arasında sosyal bir hadise olarak görölmektedir. Bunun yanında Türkler de çok eşlilik yaygın olmamakla birlikte bilinmeyen bir şey değildir (Ögel 1988’den aktaran, Canatan, 2013: 101-103).

Eski Türklerde aile hayatına baktığımızda miras babadan oğula geçmekte fakat ailenin oğlan çocuğu olmadığında ise kız çocuğuna geçmektedir. Evliliklerde oğlan tarafı kız tarafına “kalın” adı verilen para ve mal verilmektedir. Evliliklerde boşanma söz konusu olduğunda erkek suçlu ise “kalın” kadında kalır, kadın suçlu olduğunda ise “kalın” erkeğe iade edilirdi (Kurnaz, 1991: XI-XII). Kızlar evlendiklerinde kendi ailesiyle bağlarını koparmakta, evlendiği eşinin ailesinin mensubu olmaktadır. Kızın mirası çeyizdir ve çeyiz kız ailesi için onur meselesidir (Ögel 1988’den aktaran, Canatan, 2013: 101-103).

Genel olarak eski Türklerle bakıldığında kadınların özel alanla sınırlandırılmadığı, toplumsal alanda da aktif rol oynadığı görölmektedir (Günindi Ersöz, 2016: 63).

3. İSLAMİYET SONRASI TÜRK KADINI

Türklerin İslamiyet’e girişleri Talas Savaşı’ndan sonra olmuştur. İslamiyet’in kabulünden sonra Türk kadınları siyasi ve sosyal faaliyetlere erkeklerle beraber katılmış, topraklar üzerinde hak sahibi olmuş ve malları üzerinde tasarruf etmişlerdir (Acar, 2019: 400).

Dede Korkut Hikâyeleri Türklerdeki kadın konusunda önemli bir eserdir. Dede Korkut Hikâyelerinde kadının hem aile içindeki yeri, güzelliği, namusu hem de kahramanlıkları gibi birçok konulara değinilmiştir (Arat, 1980, s. 51). Bu hikâyelerde genç kızların evlenecekleri erkek adaylarıyla güreş tutmaları, at binme ve ok atma yarışları yaptıkları, toplumda kadının etkinliklerini gösteren enteresan örnekler olarak karşımıza çıkmaktadır. Halk kahramanları, kadınlarıyla iletişime geçerken, aşk ve saygılarını dile getiren sözlerle hitap etmekte, birbirlerine sinirlendiklerinde ise acı ve sert sözlerle de iletişime geçmektedirler (Kurt, 2013: 339).

Türk toplumlarında İslamiyet’i ilk kabul edenler 926 yılında Karahanlılar ve Hakaniler olmuşlardır. Ardından Selçuklu Türkleri 990-1000 yılları arasında İslamiyet’i seçen Türk devletleri olarak ifade edilmektedir (Kışlalı, 2010: 181). Selçuklu Devletinde kadınlar, toplumsal hayatın eksiksiz olarak her alanında görölmekle, erkekler ile birlikte sefere çıkıp

mücadeleye katılanlarının olduğu bilinmektedir (Kurt, 2013: 340). Hem Harzemşahlar ve hem de Selçuklular Dönemi'nde terkenler yani hükümdar eşleri gerek siyasi gerek askeri faaliyetlerde etkili rol oynamaktaydılar (Peker, 2017:160).

Selçuklu Devleti'nde günümüzde kadın haklarında gerilemenin bir belirtisi olarak yorumlanan ve kökleri muhtemelen İslam öncesine uzanan “kalın” (Anadolu'da başlık) geleneği vardır. Evliliklerin gerçekleşmesi, erkek tarafından evlenecek kızın ailesine sıklıkla da babasına verilmesi gereken ve miktarı büyük meblağlara ulaşan “kalın” verilmesi şartlarına bağlıydı. Bu gelenek, günümüz Orta Asya Türkmenlerinde de hala canlı bir şekilde uygulanmaktadır (Kurt, 2013: 340).

Selçukluların Anadolu'ya 10. yüzyılda göç edişlerine kadar, bu sürede İslâmiyet yayılım göstermiş Türk kadını toplumsal hayatta aktifliğini korumuştur. “Harem” henüz ortaya çıkmamakta kadınlar eve kapatılmamakta ve günlük hayatta erkeklerle birlikte yaşamlarını sürdürmektedirler. 300 yıl kadar süren Selçuklu egemenliği boyunca kadının sosyal yaşamı değişikliğe uğramakta kadınlar adına medreseler, hastaneler ve vakıflar inşa edilmektedir (Aksoy, 2017: 16). 1206 yılında adına Kayseri'de kurulan Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Şifahanesi, 1271 yılında İran'ın Kirman şehrinde Kutlu Türkan Hastanesi, 15. yüzyıl da Divriğ'de Turan Melek Hatun Kütüphanesinin kurulması gibi...Bu dönemde Türk kadınlarında kaç-göç görülmemektedir, kadınlar erkek konuklarını kabul eder, ağırlar ve ikramda bulunurlardı. Erkekler Hristiyan kadınla evlenebilir, ancak İslam'ı kabul etmesi için kadın zorlanamaz. İnanç hürriyeti vardır. Arap seyyah ve yazarı İbni Batuta'nın ünlü seyahatnamesi de İslam Türk kadınının sosyal hayatına hayranlık ifadeleriyle doludur (Göksel, 1993: 128-129).

Osmanlı Devleti kuruluş aşamalarında Orta Asya toplumlarındaki kadın-erkek eşitliğine dayanan geleneklerini çoğunlukla korumaktaydılar. Harem kurulmamıştı ve kadınların yüzleri örtülü değildi (Kışlalı, 2010: 182). Orhan Gazi Kuruluş Dönemi padişahlarındandır ve eşi Orta Asya Hatunları gibi üstün bir konumdadır (Göksel, 1992, s.130). 18. Asırda Türkiye'ye gelen Lady E. Craven ve Lady M. W. Montagu, Avrupa'da yaşayan kadınlara göre Türk kadınlarının daha özgür bir ortamda yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ubcini de Batılı toplumların Türk kadınları hakkındaki ön yargılarına değinerek; “*Bu peşin hükümler Doğu üzerinde uydurulmuş masallar; yapılmış iftiralar arasında sayılmalı ve artık bu uydurmalara bir son verilmelidir.*” çağrısını yapmaktadır (Kurt, 2013: 341).

Kadınlarda örtünme ancak Fatih Sultan Mehmet döneminden sonra, özellikle Osmanlı Devleti'nin Bizans ile ilişki içine girmesinin etkisiyle başlamıştır. Birden fazla kadın ile nikâh kıymak, harem kültürünün oluşumu vb. uygulamalar daha çok saray ahalisi ve bu çevreye yakın kimseler tarafından başlatılmıştır (Kışlalı, 2010: 182). İslam ahlakının yanlış yorumlanmasıyla birlikte Türklerde iki gelenek toplumsal hayatta kadının erkeği geriden takip etmeye başlamasına neden olmuştur. Bu geleneklerden biri birden fazla kadınla evliliğin meşrutiyeti diğeri ise kadının evde inzivaya çekilmesidir. Hâlbuki Türklerin bu gelenekleri, İran ve Arap kültürlerinden etkilenmeleri neticesinde uygulamaya başladıkları ifade edilen bir durumdur (Bingöl, 2014: 111).

Osmanlı hanedan ailesi incelendiğinde; büyük ataerkil geniş aile şeklinde tanımlanmaktadır. Osmanlı ailesinde çok eşli evlilik toplumsal bir saygınlık ve zenginlik göstergesi olmuştur. Osmanlı toplumunu oluşturan ailelerin göze çarpan özelliklerinden birisi de kız çocuklarının

eğitimine verdikleri değerdir. İlerleyen zamanlarda Osmanlı'daki kadın öncüler de bu okumuş kesimden çıkmıştır (Ortaylı, 2001: 54-55).

Osmanlı Devleti'nin fetihler ile büyümesi ve farklı toplumlar ile etkileşime geçmesi sonucunda kadınlar toplumsal yaşantının dışına itilmiş ve hareme kapatılmıştır. Bu yaşanan toplumsal değişimin nedeninin özellikle İstanbul'un alınmasından sonra Bizans'ın köleci devlet yapısının etkilerinden kaynaklandığı düşünölmektedir (Çağlar: 1992, 49). Bu süreç ile birlikte Osmanlı Devleti'nde erkeğin ve kadının dünyaları farklılaşmıştır, kadınlar erkeklere göre daha özel, erkekler ise daha özgür olarak yaşamlarını sürdürmüştür. Bu ayrımların yaşanmasıyla birlikte kısıtlamalar artmış ve kadının sosyal hayatı, giyim tarzı, aile hayatı ve eğlenme şekilleri değişmiştir (Acar, 2019: 403).

Kadınlar zaman içerisinde bilim ve sanat alanındaki gelişmelerden ve yeniliklerden uzaklaştırılmış, kadınların sosyal yaşamdaki hakları sınırlandırılmıştır. Bu değişimler sonucunda da genellikle kadın evi ve tarlası arasında hayatını idame ettirmek zorunda kalmıştır. Var olan bu durum sosyolojik, tarihsel ve ekonomik sebepler ile açıklanabilmektedir. Dönemin şartları ve konjonktür göz önünde bulundurulduğunda kültür ve medeniyetin, devletlerin yükselme, gerileme ve çöküş devirlerinde aynı dinamizm ile devam etmediği göze çarpmaktadır (Aksoy, 2017: 16).

XVII. yüzyıldan itibaren Osmanlı imparatorluğunda eğitim anlayışı değişimler göstermiş, akli ve pozitif bilimlerin medreselerde öğretilmesi gittikçe azalmaya başlamış bu durum sosyal, siyasi ve dinî hayatı etkilemiştir. Böylece kadın haklarında gerilemeler başlamıştır. Kadınlar aile hayatlarında değerli olarak görölseler de sosyal hayatta ikinci plana atılmışlardır. Kadınların evlenirken eşini kendi seçme veya her hangi bir olumsuzlukta boşanma ile ilgili olan hakları o dönemlerde gerilemeye uğramıştır, aile reisliği kavramı artık ailede tek karar veren mercii olarak erkeklere verilmiştir. Kadınların hayatı bir nevi erkeğin izin verdiği sınırlar içinde hapsolmüştür. Ayrıca kız çocukları ve kadınlar mirastan daha az pay almaya başlamıştır (Erbay, 2019: 13).

İslam aile kurumunu toplumun temel taşı olarak kabul eder. İslam aile sistemine katılan Osmanlı ailesi, askeri zümre içinde büyük aileyken, geniş halk kesimlerinden meydana gelen reaya zümresinde genişletilmiş çekirdek aile olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle çocuk sayısı iki olduğu için aile kişi sayısı dört veya beş civarında görölmektedir. Bu aileye genellikle kimsesiz çocuklar, büyük anne ve babalar da eklenebilir (Tabakoğlu, 2017: 34).

Çok eşli evliliğin serbest olmasına karşın fiilen tek eşli evlilik yaygındır. Arşiv ve seyahatname kaynakları birden çok eşle yapılan evliliklerin çok yaygın olmadığı görölmektedir. Klasik dönem de özellikle "tereke defterleri" üzerinde yapılan araştırmalara göre birden fazla evlilik oranları % 5-12 arasındadır. Ayrıca çok eşle evlilik şehirlerde köylere oranla daha fazla görölmekteydi. Bunun haricinde tüm toplumlarda rastlanılan çok eşli evliliğin asıl sebebi çocuk, özellikle erkek çocuk sahibi olmak olduğu söylenebilir (Tabakoğlu, 2017: 34).

Tanzimat'a kadar kadınların kılık kıyafetleri ve sokağa çıkma günleri fermanlarla belirlenmektedir. Bunun yanı sıra Osmanlı Devleti'nde kadının aile çevresi dışında bir eğitim alamadığı gibi bir mesleğe sahip olmadığı bu tahsilin ancak dini konularda bilgi sahibi olmaktan başka bir anlam ifade etmediği bilinmektedir (Aksoy, 2017: 17).

Tanzimat Dönemi'nde Osmanlı kadınlarının hak arama mücadelesi başlamıştır (Günindi Ersöz, 2016: 63). Tanzimat'ın getirdiği yenilik zihniyeti sayesinde Tanzimat Fermanı'nda kadınlarla ilgili yeni düzenlemeler olmasa da bütün memleket işlerinde olduğu gibi kadınları ilgilendiren konularda da değişimler görülmeye başlanmıştır (Bingöl, 2014: 111). Bu noktada eğitimde ki ilerlemeler göze çarpmaktadır. 1858 yılında kızların ilk ve ortaokullara girmesine izin verilmiştir (Kıslalı, 2010: 182). Meslek okulu bağlamında 1842 yılına Askeri Tıbbiye'ye okuluna bağlı olarak ilk kez "Ebe Okulu" açılmıştır. 1869 yılında İnas Sanayi Mektebi (Kız Sanat Okulu) ve 1870 yılında Darümuallimat (Kız Öğretmen Okulu) açıldı. Böylelikle Türk kadınlarının ev dışında okullarda yetiştirildiği ilk meslekler Ebelik ve Öğretmenlik olmuştur (Sağ, 2001: 16). Kız çocukları için ilk rüştiyelerin açılması 1913 yılında gerçekleşmiştir ve 1914 yılında İnas Darülfünun kurulmuştur. 1919 yılında ise Halide Edip Adıvar ilk kadın öğretim üyesi olarak üniversiteye girmiştir (Yaraman, 2007: 60-64).

Osmanlı'nın siyasal yapısı II. Meşrutiyet Dönemi'nde özgürleşme, farklılaşma ve laikleşme sürecine girmiştir. Bu değişimle birlikte ev içindeki anne ve eş rollerini yerine getiren kadın artık değişmiş ve toplumsal hayatta daha çeşitli statüler elde etmek için taleplerde bulunmaya başlamıştır (Erbay, 2019: 14). II. Meşrutiyetin ilanından sonra, yeni açılmaya başlayan Avrupa tipi okullarda kız çocuklar için de ayrı ve karma eğitim başlamıştır. Birçok feminizm özellikleri taşıyan kadın dernekleri açılmaya başlamıştır. Ayrıca I. Dünya Savaşının yol açtığı kayıplar sebebiyle erkek nüfusunun azalması ile birlikte kadınların toplum ve çalışma hayatında daha fazla rol almalarının önü açılmıştır (Tabakoğlu, 2017: 34).

1868 yılında "Terakki" adıyla çıkan gazete ilk defa kadınların haklarından ve seçimlerden yazma cesaretini göstermiştir. Ayrıca "*Muhadderat, İslam Kadınları Gazetesi*" isimleri ile basılan kadın gazetesi çok eşliliğin zararlarına ve tek eşlilik konularına sıklıkla değinmiştir. 1895 yılında çalışma kadrosu sadece kadın olan "Kadınlara Mahsus Gazete"si yayın hayatına başlamıştır (Göksel, 1993: 135-136).

1891 yılında Türkçe, 1894 yılında Fransızca yayımlanan "Nisvan-ı İslam" Fatma Aliye'nin Avrupalı misafirlerine Türk kadını hakkındaki kanaatlerini değiştirmek için bilgilerden vermek amacıyla kaleme alınmıştır. Bu eser hak talebinden çok Avrupalılara karşı Türk kadını savunma niteliği taşımaktadır (Yaraman, 2007: 60-64).

1867 yılında "Cemiyet-i İmdadiye" ismiyle ilk kadın birliği (derneği) kurulmuştur. Bu derneğin amacı ise savaş yaralılarına yardım etmektir. Derneğin kurulmasında yazar Fatma Aliye, kuruculara liderlik yapmıştır (Göksel, 1993: 135-136). Sonrasında çeşitli dernekler kurulmuş ve kurulan bu derneklerin genel amaçları, kadınların eğitimini arttırarak kadınlara iş hayatında yer açmak ve sosyal hayata ise daha etkin bir şekilde katılmalarını sağlamaktır. Bu gayeyle kurulan dernekler, Kadınları Esirgeme Derneği, İttihat ve Terakki Kadınlar Şubesi, Teali-i Nisvan Cemiyeti, Osmanlı Kadınları Terakkiperver Derneği, Müdafai Hukuk-ı Nisvan Cemiyeti ve Osmanlı Cemiyet-i Nisaiyesi'dir (Özcan Demir, 1999, 110). Ayrıca bu devir de kadınları ilgilendiren ve gündemi meşgul eden konu ise evliliğidir. 1917 kararname, evliliği yasal bir zemine bağlamış, kadınlara ilk defa boşanma hakkı vermiş ve çok kadınlı evliliği kadının rızasına bağlayarak sınırlandırmıştır (Tekeli'den akt. Sağ, 2001: 17).

İtilaf Devletleri tarafından Osmanlı İmparatorluğu'nun I. Dünya Savaşı sonucunda imzalamış olduğu Mondros Mütarekesi anlaşması sonucunda Osmanlı toprakları işgal edilmeye başlamıştır (Aydın, 2015: 90). Yenilginin ardından başlayan Kurtuluş Savaşı, kadınların gerçek hayatta

hukuki alanlarda gerçekleşecek değişimlerin başlamasına yol açmıştır. Çoğu kadın hem cephede mücadele etmiş hem de erkeklerin yerine memur ve işçi olarak çalışmaya başlamışlardır. İlk kez işçi hakları ile yapılan düzenleme ise kadın işçiler ile ilgili olarak tanımlanmıştır (Sağ, 2001, 17). Kurtuluş Savaşı'nın, Türkiye'deki kadınların haklarını elde etme sürecinde önemli bir dönüm noktası olduğu ifade edilmektedir (Aydın, 2015: 91).

Kurtuluş Savaşı mücadelesinde Kuvay-ı Milliye'nin ortak gaye doğrultusunda yönlendirilebilmesi için bütün örgütlerin bir araya gelmesi hedefi ile "Milli Kongre"ye katılım sağlayan 51 örgütün 16'sının sahibi kadınlardı. İzmir'in İtilaf Devletleri tarafından işgal edilmesinden hemen sonra konuşmacılarının birçoğu kadın olan örgütler tarafından İstanbul'un birçok yerinde geniş kitlelere hitap eden protesto mitingleri gerçekleştirilmiştir (Yaraman, 2007: 60-64).

Milli Mücadeleye destek vermek amacıyla Anadolu'nun çeşitli yörelerinde kurulan kadın örgütlerine 1919 yılında Sivas merkezli "Anadolu Kadınları Müdafaa-i Vatan Cemiyeti" eklenmiştir. Milli Mücadele'de Halide Edip Adıvar'dan başka birçok kadında aktif rol almıştır (Yaraman, 2007: 60-64). Ayrıca Kurtuluş mücadelesine de Ankara ve Adana illerindeki "Kız Öğretmen Okulu" öğrencileri okul idaresine müracaat ederek, mücadelede cephede yaralanan askerlere hasta bakıcılık yapmak istemişler ve istekleri okul idaresi tarafından kabul edilmiştir. Gönüllü hasta bakıcılık yardımında birçok kadınlarında olduğu bilinmektedir (Kaymaz, 2010: 343).

4. TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NDE KADIN

Cumhuriyet'in ilan edilmesi ile birlikte Türkiye'de toplum yaşantısını ilgilendiren bütün alanlarda değişimler yaşanmıştır. Toplumsal alanda gerçekleşen değişimler sadece erkekleri kapsamamaktadır, yapılan tüm düzenlemelerde kadınların da sosyal yaşamları ile ilgili değişimler görülmekteydi (Acar, 2019: 405). Cumhuriyet'in ilanı ile birlikte siyasal yapıdaki değişimlerin etkisiyle toplum buna bağlı olarak kabuk değiştirmeye başlamıştır. Son 30 yıla kadar kırsalda demografik yapı tarıma dayalı iken yıllar içinde yerini sanayi ve bürokrasiye dayalı kentsel yapıya bırakmıştır. Bu değişimler ile birlikte toplumsal hayat içinde gündelik yaşamda giyim-kuşam, adab-ı muaşeret, konuşma ve cinsiyet rolleri gibi konularda değişimler gerçekleşmiştir (Kurt, 2013: 351).

Cumhuriyet'in kurulmasıyla birlikte siyasal alanda bazı teşebbüsler olmuştur, Bolu Mebusu Tunalı Hilmi Bey, meclise bir önerge vermiş ve öneride kadınlarında milletvekili sayısının belirlenmesinde sayılması gerektiğini savunmuştur (Kaymaz, 2010: 343). Nezihe Muhiddin başkanlığında 1923 yılında Kadınlar Halk Fırkası kurulmak istenmiş fakat kadınların oy hakkı olmadığı için 1909 tarihli Seçim Kanunu gereğince Valilik tarafından partinin kurulmasına izin verilmemiştir. "Türk Kadın Yolu" dergisi 1925 yılında yayımlanmaya başlamış dergi ilk sayısından itibaren siyasal haklar talep etmiştir. Ayrıca "Kadın Birliği" de 1926-1927 yılları arasında bu gaye doğrultusunda çeşitli kampanyalar yürütmüştür (Yaraman, 2007: 60-64).

Atatürk kadınlarla erkeklerin eşit statüye gelmesi gerektiğini ifade etmiş ve bu düşüncesini bir lütuf mantığıyla değil Türk kadınının bu eşitliği zaten hak etmiş olduğu mantığına dayandırıyordu. Yapılan yenilikler ve değişimler kadına verilecek olanlar, hak etmiş olduklarıydı (Kaymaz, 2010: 345). Bu noktada siyasal alanda bu talepler karşısında kadınlar 1930 tarihinde, 1933 yılında muhtarlık ve köy ihtiyar heyeti üyeliğine seçme ve seçilme hakkı, 1934 yılında ise milletvekili seçme ve seçilme hakkına sahip olmuştur. Kadınlar ilk olarak 1935

yılında yapılan genel seçimlerinde 18 kadın milletvekili TBMM'ye girmeyi başarmıştır. Başbakan İsmet İnönü 5 Aralık 1934 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kadınlara milletvekili seçme ve seçilme hakkının tanınması sebebiyle yaptığı konuşmada: “*Türk kadına bu hakkın bir lütf olarak verildiği kanaatinde değiliz. Kimse bu kanaatte olamaz...*” şeklinde yapılan siyasal değişimleri değerlendirmiştir (Kaymaz, 2010: 349).

Atatürk Türk toplumunda gerçekleştirdiği sosyal ve siyasi yeniliklerin yanında eğitiminde eşit şartlarda olabilmesi için büyük yenilikler yapmıştır. Kadının toplumda kalıcılığının daimi olabilmesi için eğitimin zorunlu olduğu düşüncesinden hareketle 1924 tarihinde “Tevhid-i Tedrisat Kanunu” ile eğitimde değişikliğe gidilmiştir (Acar,2019: 407). Tüm eğitim kurumları Milli Eğitim Bakanlığına bağlanmış ve okullarda kız ve erkek öğrenciler birlikte eğitim görecekları kararı verilmiştir. Ayrıca ilkokul da bütün herkes için zorunlu hale gelmiştir (Kaymaz, 2010, 346). Başta eğitim olmak üzere, hukuk, iş, siyasal katılım, toplumsal yaşam ve aile yaşamında aktif olan Türk kadınının, eşit haklara sahip olması ve bu hakları kullanması adına gerekli tüm hamleler gerçekleştirilmiştir (Sağ, 2001, 19).

Osmanlının son dönemlerinde aile hukukunu tedvin etmek amacıyla hazırlanan 1917 tarihli Hukuk-ı Aile Kararnamesi ile evlilik ve boşanma hayatıyla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Fakat kararnamede vesayet, mal rejimleri, nesep ve nafaka konularına ilişkin düzenlemeler yapılmamıştır. Cumhuriyet'in ilanından sonra 1925 yılında tüm eksikliklerin giderilerek yeni bir Türk Medeni Kanunu'nun hazırlanması için komisyon kurulmuştur (Aydın, 2015: 93). Komisyonun çalışmaları sonucunda İsviçre'den alınan Medeni Kanun 1926 yılında Türkiye hukukuna aktarılmıştır. Bu kanunla birlikte hem aile mallarının yönetiminden hem de ölümden sonra servetin bölüşümünde kadını da erkek ile eşit tutmuştur. Evlilik yasal olarak güvence altına alınırken çok eşli evlilik de yasaklanmıştır (Canatan, 2013: 114-115).

Türk toplumunda görülen geniş aile yapısı yerini çekirdek aileye bırakmıştır. Aile yapısındaki bu değişimde tarımda makineleşme, işsizlik, sanayileşme, iç ve dış göçler, nüfus yapısındaki değişimler, kentleşme, gelişen teknoloji ile birlikte ulaşım ve iletişim alanlarında yaşanan ilerlemeler ve eğitim imkânlarındaki artış rol oynamaktadır. Bu değişimler hem aile yapısını hem de evlilik kararını, eş seçimini, evlenme yaşını, akraba evliliğini, çok eşlilik ve nikâh gibi konularında değişmesini sağlamıştır (Canatan, 2013: 114-115). Medeni Kanun ile beraber yürürlüğe konan Borçlar Kanunu da kadına erkekler ile eşit olarak borç ve yükümlülük altına girebilme hakkı tanımıştır (Yaraman, 2007: 60-64).

1947 yılında Kadınlar Birliğinin yeniden açılması ve başyazarlığını İffet Halim Oruz'un yaptığı Kadın Gazetesi siyasal talepleri ile birlikte o yıllara aykırı düşmüştür. Batı'da 1960'ların ortasından itibaren yükselen kimlik hareketleri ile birlikte kadın hareketleri ikinci perdesine geçmiş Türkiye o yıllarda ise kadınlık kimliği bağlamında suskunlukları sürdürmüştür (Yarman, 2007: 60-64). 1950 yılından 1970'li yılların ortalarına değin açılan kadın birliklerinin birçoğu öncelikli olarak laik devlet düzeninin İslami bir düzene geri dönmesine karşı çıkararak kazanılmış haklarını savunmuşlardır (Demirdağ, 2017: 60).

1980 yılında gerçekleşen askerî darbe ile sol ideolojinin siyasal hegemonyası sarsılmış ve ortaya boş bir ideolojik alan çıkmıştır. Bu boş ideolojik alan Batı'da yükselen ikinci dalga feminizmin de etkisi ile kadın hareketinin güçlenmesiyle sonuçlanmıştır (Altınay ve Arat, 2007: 18). Feminist hareket, demokrat muhalefetin önderlerinden biri olarak ortaya çıkmıştır. 1982 yılında YAZKO (Yazarlar ve Çevirmenler Kooperatifi)'nun düzenlediği toplantıda feminizm kitleleş

bir tartışma olarak ilk kez gündeme gelmiş; 1983 yılında Somut dergisinde yayımlanan feminist sayfa; 1984 yılında İstanbul’da kurulan “Kadın Çevresi Kitap Kulübü” o dönemde gerçekleşen kadın hareketleridir (Yaraman, 2007: 60-64).

Kadın haklarını ve kadına karşı ayrımcılık yasağını özel ve detaylı olarak düzenleyen CEDAW Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1979 yılında kabul edilerek 1980 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme Türkiye’de 19 Ocak 1986 tarihinde hem uluslararası hukuk hem de iç hukuk bakımından yürürlüğe girerek uygulanmaya başlamıştır (Parlak Börü, 2017: 49-53). Bu yürürlüğe konması için dilekçe kampanyası başlatılmıştır. Bu sözleşme Uluslararası platformda kadınların; insan haklarının teşviki ve korunması, eşit bir şekilde kamusal hayata katılabilmeleri ve ekonomik ve toplumsal kalkınmanın yarattığı fırsatlara eşit bir şekilde erişebilmeleri için verilen evrensel mücadelede önemli bir misyon üstlenmiştir. Bu sözleşme, toplumsal olarak kadın-erkek eşitliğine dayanmayan bir “kadın hakları” düşüncesini reddetmekte, taraf devletlerin de kadın haklarını insan hakları gibi görmesi ve her zaman kadın-erkek eşitliği bazında gerçekleştirmelerini sağlamaktadır (Kaypak ve Kahraman, 2016: 305).

Bu gelişmelerin yanında 1989 yılında “Kadın Eserleri Kütüphanesi” kurulmuş; 1987 yılında boşanmak isteyen bir kadının gerekçe olarak dayaağı göstermesi ve hâkimin bunu gerekçe olarak görmemesi üzerine, dayaağın meşrulaştırıldığı üzerine protesto eylemleri başlamış ve bu protesto eylemlerinin bir sonucu olarak da 1990 yılında Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı kurulmuştur. 1990 yılında “Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü” önceleri Başbakanlığa bağlı olarak işlev görürken sonra Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına aktarılmıştır. 1996 yılında ilk olarak İstanbul Üniversitesi’nde olmak üzere Marmara ve diğer pek çok üniversitede kadın araştırmaları merkezi kurulmuştur. Bu kurulan kurumların yanında 1997 yılında da KA-DER kurulmuştur ve tüm bu yenilikler kadın hareketlerinin görünen örnekleri olarak kabul edilmektedir (Yaraman, 2007: 60-64).

Ülkemizdeki Kadın hakları mücadelesi genel bir değerlendirme ile bakıldığında 1900’lü yılların başlarına kadar inen bir perspektif göstermekle birlikte, genel kabul gören bir anlayışla 1980 sonrası ivme aldığı söylenebilir (Güzel, 1999: 12). Tansu Çiller 1993 yılında Türkiye’nin ilk kadın başbakanı seçilmiştir.

Medeni Kanun’da meslek seçiminde eşin rızasının alması hükmü Anayasa Mahkemesi tarafından 1990 yılında iptal edilmiştir (Erkan, 2018: 439). 1995 yılında 4. Dünya Kadın Konferansında Pekin Sonuç Bildirgesi çekincesiz olarak kabul edilmiştir. 1997 yılında temel eğitimde değişikliğe gidilmiş ve zorunlu eğitim beş yıldan sekiz yıla çıkarılmıştır. Bu eğitim değişikliği ile kız çocuklarının daha uzun bir şekilde okula devam etmeleri sağlanmıştır (Kaypak ve Kahraman, 2016: 307-308).

Medeni Kanun’da 1997 yılında değişikliğe gidilerek evliliklerde kadının kendi soyadını kocasının soyadı ile birlikte kullanabilmesi sağlanmıştır. Türk Ceza Kanunu’nda zinanın suç oluşturduğunu belirten 440 ve 441. Maddeleri kadın erkek eşitliğine aykırılığı gerekçesi ile yer alan hükümler Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. 1998 yılında Ailenin Korunmasına Dair 4320 sayılı Kanun yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun ile birlikte ev içinde şiddete maruz kalan kişilerin korunması, şiddeti uygulayan kişilerin evden uzaklaştırılması, uzaklaşma sürecinde de nafaka ödenmesine ilişkin kararlar oluşturulmuştur. 90’lı yıllarda son olarak da gelir vergisinde aile reisinin beyanname vermesi yürürlükten kaldırılmıştır (Kaypak ve Kahraman, 2016: 307-308).

2002 tarihinde yürürlüğe giren ve Anayasa değişikliklerini tamamlayıcı nitelikler taşıyan Yeni Medeni Kanun ile kadının var olan konumu hem aile içinde hem toplumsal hayatta güçlendirilmiştir. Eski Medeni Kanun da evlilik yaşı erkekler için 17 kadınlar için 15’iken, Yeni Medeni Kanun’a göre evliliğin hukuki olarak kurulması için öncelikle bireylerin ayırt etme yetilerinin bulunmasına ilaveten 17 yaşını doldurmuş olması gerekmektedir. Bu düzenleme ile olağan üstü haller durumunda Hâkim 16 yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilmektedir. Yapılan düzenleme ile 16 yaşını tamamlamamış bireylerin hiçbir şekilde evlenemeyecekleri de ifade edilmiştir (Şener ve Baydemir Kılıç, 2019: 166). Ayrıca bu Kanun ile birlikte 2003 yılında Aile Mahkemeleri kurulmaya başlanmıştır. Yine aynı yılda İş Kanunu’nda değişikliğe gidilmiş ve çalışanlara “eşit davranma ilkesi” kabul edilmiştir (Kaypak ve Kahraman, 2016: 308).

Yeni Ceza Kanunu’nun oluşturulmasında, hukuk eğitimi almış kadınların mücadeleleriyle başlayan ve bir kadın platformuna dönüşen grup 2005 yılında aktif bir misyon üstlenmiştir (Yaraman, 2007: 60-64). Yeni Ceza Kanunu’nda kadın erkek eşitliğini sarsacak ayrımcılık içeren maddeler kaldırılmıştır. Eski Ceza Kanunu’nda kadının cinselliğine yönelik işlenen suçlar, kadına yönelik cinsel şiddet “topluma karşı suçlar” bölümünde düzenlenmişken yeni Ceza Kanunu’nda bu suçlar “kişilere karşı suçlar” bölümünde düzenlenerek, bu tür suçlara cezai yaptırımlar öngörülmüştür (Kırbaş Canikoğlu, 2013: 62). Ceza Kanunu’nda ev birliği içerisinde tecavüz mağdurun şikâyeti üzerine suç sayılmakta, töre sebebiyle işlenen cinayetler kasten insan öldürme suçundan ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile yargılanmakta, çalışma ortamında cinsel taciz suçuna üç yıla kadar hapis cezası uygulanmaktadır. Ayrıca kadının tecavüze uğradığı kişiyle evlenmesiyle birlikte suçun erteleneceğine ilişkin maddeye de yer verilmemiştir. Bu yapılan değişikliklerle birlikte Türk Ceza Kanunu’nun felsefesinde ciddi dönüşümlerin olduğu ifade edilebilmektedir (Kaypak ve Kahraman, 2016: 308-309).

1980’li yılların hareketliliği 1990’lı yıllarda kendini kurumsallaşma sürecine bırakmış kadın dayanışma ve sığınma evlerinin açılmasıyla aile içi şiddetle mücadele başlamıştır. 1990’lı yılların sonunda ise kadına karşı şiddetle ilgili ilk kanun 1998 yılında 4320 sayılı “Ailenin Korunmasına Dair Kanun” adıyla yürürlüğe girmiştir (Öztürk, 2017: 3). Zamanla bu Kanun dönemin ihtiyaçlarına cevap vermemiş, eleştiriler doğrultusunda değişiklikler yapılsa da bu değişikliklerin günümüz ihtiyaçlarına cevap vermediği görülmüştür (Ercoskun Şenol, 2019: 426). 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun’un kaldırılmasının ardından 2012 yılında 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun Resmi Gazete de yayınlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun kadına yönelik şiddetin ve ev içi şiddetin önlenmesi için önemli değişiklikler ve yenilikler içermektedir (Kaya Kızıllırmak, 2020: 629).

2000’li yıllar sonrasında kadının var olan haklarındaki değişim sayesinde kamusal alanda istihdamının artması; çoğunlukla siyasi ve dini gayelerle sürekli kendilerine annelik ve kadınlık rolleri hatırlatılarak problemlere çözümler aranmaya başlanmıştır (Gökçe, 2013, 219). Kadının kendi hayatını idame ettirecek bir gelir karşılığında çalışması kadınların toplumda daha güçlü bir şekilde var olmalarının da yolunu açmıştır. Kadının ekonomik anlamda daha özgür olması, sosyal hayat içinde kendisine biçilen geleneksel rollerin dışına çıkmasını sağlamıştır (Geçer ve Çelik, 2017: 27). Kadının çalışma hayatına girmesi aile kurumu çeşitli işlevlerinde yetki devrinin olmasını sağlamıştır. Bu değişimler sonrasında kadının yegâne görevi olarak görülen birçok görev ve sorumluk için yeni bakış açıları geliştirilmiştir. Huzurevleri, kreşler, anaokulları

vb. gibi kurumlar, yaşanan gelişmelerle beraber oluşan hizmet sektörlerine örnekteşkil etmektedir (Şenol ve Erdem, 2017: 47).

SONUÇ

Türk toplumlarında kadının konumu ve statüsü incelendiğinde ilk Türk devletlerinden itibaren kadının sosyal hayattaki yeri ve konumunun hemen hemen erkeklerle aynı olduğu görölmektedir. Orta Asya Türk toplumlarında kadının sosyal hayattaki konumlarının yanında siyasi yaşamda da etkin rol oynadıkları, destanlarda ve Orhun Kitabelerinde açıkça ifade edilmiştir. İslamiyet'in kabulünden sonra Selçuklularda, Harzemşahlarda, Karahanlılar ve Hakanilerde de kadınlar erkeklerle birlikte sefere gitmişler ve toplumsal hayat içerisinde birlikte yaşamalarını sürdürmüşlerdir.

Osmanlı Devleti'nin kuruluş yıllarından sonra kadınların toplumsal hayatlarının değişmesi, İslam ahlakının yanlış yorumlanması, Arap ve İran kültüründen etkilenilmesi ile birlikte Bizans etkilerinin de oluşmasıyla kadın sosyal ve siyasi yaşamdaki etkinliğini yitirmiş olup ağırlıklı olarak ev hayatı içerisinde yaşamını sürdürmüştür. Tanzimat Fermanı sonrasında oluşan modernleşme çabaları Meşrutiyet dönemlerinde hız kazanmış, kadın sorunları ve kadın hakları dile getirilmeye başlanmıştır. Bu mücadele Birinci Dünya Savaşının yaşanmasıyla kesintiye uğramış olsa da Kurtuluş Savaşı mücadelesindeki katkılarında sonra kadınlar ile ilgili hakların gelişimi hız kazanmıştır.

Cumhuriyetin ilan edilmesiyle birlikte toplumsal yaşam yeniden inşa edilmiş, kadınlar sosyal ve siyasi yaşamda haklarını kazanmışlardır. Demokrasi ve cinsiyet eşitliğinin sağlanması için, ulu önder Atatürk tarafından birçok dünya devletinden önce Türk kadınına siyasal katılım hakkı tanınmıştır. Cumhuriyetin ilanı sonrasında siyasi yeniliklerin yanında toplumsal yeniliklerinde yapılması ile birlikte gerek Uluslararası Sözleşmelerle gerekse de yasal düzenlemelerle Türk toplumu içerisindeki kadının konumunda ve toplumun kadın algısında birçok gelişme yaşanmaya devam etmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, H. (2019). Türk Kültür ve Devlet Geleneğinde Kadın. *İnsan&İnsan Dergisi*, 21, 395-411.
- Aksoy, İ. (2017). Toplumsal ve Siyasal Süreçte Türk Kadını. *Yasama Dergisi*, 32, 7-20.
- Altınay, A. G. ve Arat, Y. (2007). *Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Ayata, G. (2015). Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Yasal Düzenlemeler. Ebru Hanbay Çakır vd. (ed.), *Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede El Kitabı* (9-40). ECORYS Danışmanlık ve Mühendislik Ltd. Şti.

- Aydın, H. (2015). Meşrutiyet'ten Cumhuriyet'e Türkiye'de Kadın. *Current Research in Social Sciences*, 1(3), 84-96.
- Bingöl, O. (2014). Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye'de Kadınlık. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (Özel Sayı I), 108-114.
- Can, İ. (2013). Tarih, Toplum ve Kültür Bağlamında Aile ve Kadın. Mustafa Aydın (ed.), *Aile Sosyolojisi* (215-243). Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.
- Canatan, K. (2013). *Aile Sosyolojisi*. İstanbul: Açılım Kitap Yayınevi.
- Çağlar, Ş. (1992). *Aile İçi Rol ve Statünün Paylaşılmasında Çalışan Kadının Yeri (Sivas İli Kamu Kesiminde Çalışan Kadınlar Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demirdağ, M. F. (2017). Küreselleşme ve Feminizm Üzerine Bir Araştırma. *Sosyolojik Düşün Dergisi*, 2(1), 55-63.
- Donuk, A. (1980-81). Çeşitli Topluluklarda ve Eski Türklerde Aile. *İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Tarih Dergisi*, 33, 147-168.
- Erbay, H. (2019). Tarihsel Süreçte Dünyada ve Türk Toplumunda Kadın Algısı ve Haklarının Gelişimi Üzerine Bir Değerlendirme. *Ege Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-25.
- Ercoşkun Şenol, H. K. (2019). Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun Üzerine Bir İnceleme. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, 13, 423-459.
- Erkan, V. U. (2018). Türk Medeni Kanunu'nda Evlilik Birliği İçerisinde Kadının Ekonomik ve Sosyal Hakları. *TBB Dergisi*, 20, 431-450.
- Geçer, H. ve Çelik C. (2017). Kadının Çalışma Hayatına Girmesiyle Oluşan Aile İçi Roller Sistemindeki Değişim ve Din İlişkisi (Niğde Örneği). *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 12(6), 1-30.
- Giddens, A. (2008). *Sosyoloji*, İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Gökçe, B. (2013). *Türkiye'nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar*, Ankara: Savaş Yayınevi.
- Göksel, B. (1993). *Çağlar Boyunca Türk Kadını ve Atatürk* (İkinci Basım). Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları.
- Günindi Ersöz, A. (2016). *Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisi* (Birinci Basım). Ankara: Anı Yayıncılık.

- Kaya Kızılırmak, C. (2020). İstanbul Sözleşmesi'nin Genel İlkeleri Işığında 6284 Sayılı Kanun'un 4. Maddesi Uyarınca Hakim Tarafından Verilebilecek Koruyucu Tedbirler. *Public and Private International Law Bulletin*, 40(2), 625–655.
- Kaymaz, İ. Ş. (2010). Çağdaş Uygarlığın Mihenk Taşı: Türkiye'de Kadının Toplumsal Konumu. *Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi*, 46, 333-366.
- Kaypak, Ş. ve Kahraman, M. (2016). Türkiye'de Kadının İnsan Hakları ve Anayasal Yansıması. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 33(13), 298-315.
- Kırbaş Canikoğlu, S. (2013). Feminist Bir Perspektifle Türk Ceza Kanunu'nda Cinsel Saldırı Suçu. *Fe Dergi*, 5, 61-73.
- Kışlalı, A. T. (2010). *Siyaset Bilimi* (14. Baskı). Ankara: İmge Kitapevi.
- Kurt, A. (2013). Dünden Bugüne Türk Ailesi. Mehmet Zencirkıran (ed.), *Dünden Bugüne Türkiye'nin Toplumsal Yapısı* (335-366). Bursa: Dora Yayın.
- Kurnaz, Ş. (1992). *Cumhuriyet Öncesinde Türk Kadını (1839-1923)*. Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Konan, B. (2011). Türk Kadınının Siyasi Hakları Kazanma Süreci. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 60(1), 157-174.
- Ortaylı, İ. (2000). *Osmanlı İmparatorluğu'nda İktisadi ve Sosyal Değişim*. Ankara: Turhan Kitapevi.
- Özcan Demir, N. (1999). II. Meşrutiyet Dönemi Osmanlı Feminizm, *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 14(2), 107-155.
- Özel Özcan, M. S. ve Erden Kaya, E. (2017). Türk Toplumsal Hayatında Kadının Varlığının Tarihsel Eksende Sorgulanması, *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Dergisi*, 12, 175-188.
- Öztürk, N. (2017). Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunun Getirdiği Bazı Yenilikler ve Öneriler. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 8(1), 1-32.
- Parlak Börü, Ş. (2017). Kadının Korunmasına İlişkin Uluslararası Sözleşmeler Ve Türkiye'nin Konumu. *TBB Dergisi*, Özel Sayı, 43-63.

- Peker, R. (2017). Türk Devlet Geleneğinde Kadının Konumu, *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(2), 157-164.
- Sağ, V. (2001). Tarihsel Süreç İçerisinde Türk Kadını ve Atatürk. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 9-23.
- Şener, M. T. ve Baydemir Kılıç, B. (2019). Medeni Kanun Kapsamında Erken Evlilik Yapan Olguların Sosyodemografik Özellikleri: Tek Merkez Çalışması. *Adli Tıp Bülteni Dergisi*, 24(3), 165-170.
- Şenol, D. ve Erdem, S. (2017). Yaşlılık ve Yaşlı Kadınlarda Huzurevi Algısı: Nitel Bir Çalışma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 1-20.
- Tabakoğlu, A. (2017). Osmanlı İctimai Yapısının Ana Hatları. Mehmet Zencirkıran (ed.), *Dünden Bugüne Türkiye'nin Toplumsal Yapısı (19-41)*, Bursa: Dora Yayın.
- Yaraman, A. (2007). Türkiye'de Kadınlık Durumu ve Toplumsal Değişme. *M.Ü. Kadın İşgücü ve İstihdamı Araştırma ve Uygulama Merkezi 15. Kuruluş Yıldönümünü Kutlarken...*, Özel Grafik Matbaacılık, 60-64.



E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/tr/pub/sayod	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 30/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 12/04/2021

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE
EGZERSİZ YARAR/ENGEL ALGILARININ İNCELENMESİ¹



INVESTIGATION OF PHYSICAL ACTIVITY LEVEL AND PERCEIVED EXERCISE
BENEFITS/BARRIERS IN UNIVERSITY STUDENTS

Atıf/ to Cite (APA): Kasırğa, Z., Odabaşıoğlu, M.E. ve Dedeoğlu, T. (2021). Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Egzersiz Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi , Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 83-95.

Zeynettin Kasırğa²
M.Ercan Odabařıođlu³
Tahir Dedeođlu⁴

DOI: <https://doi.org/10.35375/sayod.906551>

ÖZ

Fiziksel inaktivite birçok sağlık probleminin gelişiminde rol alan önemli bir risk faktörüdür. Araştırmada üniversite öğrencilerinin mevcut fiziksel aktivite düzeyleri ile algılanan egzersiz yararları ve engellerinin bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlandı. Araştırmaya 814 kişi katılmıştır ancak araştırma formlarının tamamını eksiksiz olarak dolduran 481 katılımcı ile tamamlanmıştır. Tanımlayıcı tipte olan araştırmadaki veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “IPAQ kısa formu” ve “Egzersiz yarar/engel ölçeği” aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcıların %66,9’u kadın, %33,1’i erkektir. Bu çalışmadaki bireylerin %75,7’sinin yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olmadığı saptandı. Kadınların erkeklere oranla fiziksel aktivite açısından daha fazla inaktif oldukları tespit edildi ($p<0,01$). Egzersiz yararı toplam puanı $85,8\pm13,0$, egzersiz engelleri toplam puanı $32,3\pm5,6$ olarak saptandı. Öğrencilerde algılanan egzersiz yarar ortalama değeri $2,96\pm0,45$, algılanan egzersiz engel ortalama değeri $2,31\pm0,40$, yarar/engel oranı ise 1,28 olarak tespit edildi. Egzersiz yararlarındaki fiziksel performans alt ölçeği ($3,12\pm0,52$), egzersiz engellerindeki ise fiziksel çaba alt ölçeği ($2,56\pm0,58$) en yüksek bulundu. Öğrencilerin egzersiz yarar ve engel algılarının onların fiziksel aktiviteye ve sportif faaliyetlere katılımı üzerinde etkili olduğu görölmektedir. Öğrencilerin egzersize yönelik engel algılarındaki öne çıkan durumların çevresel yetersizlikler ve problemler ile egzersize yönelik bireysel motivasyondaki bariyerlerin olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel Aktivite, Egzersiz, Yararlar, Engeller, Üniversite Öğrencisi, Motivasyon, Spor.

ABSTRACT

Physical inactivity is an important risk factor involved in the development of many health problems. In the study, it was aimed to investigate the relationship between current physical activity levels and perceived exercise benefits and barriers among university students with some socio-demographic characteristics of them. 814 people participated in the study, but it was completed with 481 participants who filled all the research forms completely. The data in the descriptive study were collected through the "Personal Information Form", "IPAQ short form" and "Exercise Benefits / Barriers Scale". 66.9% of the participants are women and 33.1% are men. It was found that 75.7% of the individuals in this study were not sufficiently physically active. It was found that women were more inactive in terms of physical activity than men ($p<0.01$). The total score for exercise benefit was 85.8 ± 13.0 , and the total score for exercise barriers was 32.3 ± 5.6 . The perceived exercise benefit mean value was 2.96 ± 0.45 , the perceived exercise barriers mean value was 2.31 ± 0.40 , and the benefit / barrier ratio was 1.28. The

¹ Bu çalışmanın özeti, 29 Haziran – 1 Temmuz 2017 tarihleri arasında düzenlenen “1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi” sözel bildiri olarak sunulmuştur.

² Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, SHMYO, kasirga.z@kilis.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3954-2301>

³ Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, SHMYO, mercanodabasioglu@kilis.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3236-1567>

⁴ Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, SHMYO, tahirdedeoglu@kilis.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2063-2262>

physical performance subscale (3.12 ± 0.52) in exercise benefits and the physical effort subscale (2.56 ± 0.58) in exercise barriers were found to be the highest. It is observed that students' exercise benefit/barrier perceptions are effective on their participation in physical activity and sporting activities. It is concluded that the students' perceptions of the barriers towards exercise are environmental obstacles barriers and problems and barriers to individual motivation for exercise.

Keywords: Physical Activity, Exercise, Benefits, Barriers, University Students, Motivation, Sports.

1. GİRİŞ

Günlük yaşamda, kasların çalışması ile yapılan ve enerji harcamasını gerektiren hareketler fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır. Birçok kas hareketini içeren fiziksel aktivite, günlük yaşam aktiviteleri (bahçe işleri, yük taşıma gibi) ile birçok sportif faaliyetleri de kapsayan geniş bir alana sahiptir. Fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşamın en önemli parametrelerinden birini oluşturduğu ve kronik hastalıklarla ilgili birçok araştırmada fiziksel aktiviteye katılımın genel sağlık düzeyi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir. Düzenli yapılan fiziksel aktivite; hastalıkların azalmasına, bireyin iş verimliliğinin artmasına, bilişsel fonksiyonların düzenlenmesine ve devamlılığına, psikolojik sağlığın iyi olmasına katkı sağlamaktadır (WHO, 2018). Teknolojinin günlük yaşantımızda daha fazla yer alması, ulaşımında motorlu taşıt kullanımı, televizyon, bilgisayar kullanımının yaygınlaşması gibi durumlar fiziksel aktiviteyi azaltarak insanları daha çok sedanter yaşama yöneltmektedir (Bulut, 2013). Uzun vadede vücuttaki yağ artışını hızlandıran sedanter yaşam, bireyin yaşantısında birçok hastalığın oluşmasına, özellikle hipertansiyon, obezite, osteoporoz, diyabet, kas zayıflığı, kardiyovasküler ve kardiyopulmoner hastalıklar ile psikolojik sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır (WHO, 2018). Yapılan çalışmalar bireylerin sağlıklı yaşam için gerekli egzersize, yeterli düzeyde ilgi göstermediğini bildirmiştir (Kitiş ve Gümüş, 2015; Demirtürk vd.,2017; Ölçücü vd., 2015). Dünyada 4 yetişkinden 1'i yeteri kadar aktif değilken ergen nüfusunun %80'inden fazlası fiziksel aktivite açısından yetersiz olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2018). Üniversite öğrencileri için spor ve sosyal etkinliklere katılımın bireylerin sağlığını yükseltme açısından oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Bu dönemde yeterince sosyal ve sportif etkinliklere katılımın olmadığını ancak bilgilendirme yapılarak katılımın artırılması gerektiği bildirilmektedir (Korkmaz, 2010).

Bireylerin bir davranışla ilgili yarar ve engel algıları o davranışa yönelmelerini olumlu veya olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Bireyin bir davranışla ilgili yarar algısının engel algısına göre fazla olması o davranışın meydana gelmesinde pozitif yönde etkili olmaktadır. Duyarlı bireyler kendilerine zarar verecek bir sağlık sorunundan korunmak için eyleme geçerler. Eğer birey eyleme geçmez ise engel algısı oluşturan faktörlerin daha kötü sonuçlara neden olabileceğine veya bu faktörlerin eylemi yapmasına müsaade etmediğine inanmaktadır (Champion ve Skinner, 2008). Birçok kişide egzersiz için algılanan yararların düşük olması ve algılanan engellerin fazla olması nedeniyle yeterli fiziksel aktivite yapmadıkları bilinmektedir (Lovell vd., 2010). Egzersizin yararlarını ve engellerini belirlemek, uygun fiziksel aktivite düzeylerini korumada önemli bir rol oynamaktadır (Ortabag vd., 2010). Bireylerin egzersiz yararları hakkında bilgi sahibi olmaları ve egzersiz yapabilme yeteneklerine olan güvenleri, egzersiz uygulamasını desteklemek için önemli bir faktördür (Darawad vd., 2016). Üniversite ortamı, öğrencileri daha fazla fiziksel aktiviteye teşvik etmek için önemli bir fırsat sunmaktadır. Ancak üniversite öğrencilerinin egzersiz yapma alışkanlığı ya da yapmaya ilişkin algıları ve tutumları hakkında yeterli verinin sınırlılığı fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik tasarımların

planlanmasını kısıtlamaktadır (Dalibalta ve Davison, 2016). Üniversiteler sağlığı geliştirici davranışların artmasında ciddi bir öneme sahiptir. Üniversitede yer alan öğrencilerin eğitim fırsatları sunularak öğrenciler üzerinde olumlu değişiklikler sağlanabilir. Öğrencilerde oluşturulan olumlu değişiklikler daha sonraki yaşantılarında alışkanlık haline getirilebilir. Böylece bireylerin genel sağlığına uzun vadeli katkı sağlayabilmektedir (Wallace vd., 2000).

Üniversite öğrencilerinin egzersiz yarar/engel algılarının tespit edilmesiyle egzersize engel olabilecek algıların ortadan kaldırılmasına ve öğrencileri fiziksel aktivite ve spor yapmaya teşvik etmek için gerekli müdahalelerin tasarlanmasına destek olacağı düşünülmektedir. Araştırmada üniversitemizin sağlık bölümlerinde okuyan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek, ayrıca fiziksel aktivite düzeyini etkileyebilecek egzersizin yararlarını ve engellerini tespit etmek ve bazı sosyo-demografik özellikler ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planladığımız çalışmamız 20.04.2017-09.06.2017 tarihlerinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık bölümlerinde eğitime devam eden fizyoterapi, ilk ve acil yardım, yaşlı bakımı, tıbbi dökümantasyon ve sekreterlik, optisyenlik ve çocuk gelişimi programları ile Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümlerinde okuyan 814 katılımcı oluşturdu. Araştırmaya gönüllü ve yazılı onam veren öğrenciler dahil edildi. Veri toplama formu her bölümde öğrencilere ders bitiminde toplu olarak verilip doldurmaları istendi. Öğrenciler formu doldurduktan hemen sonra araştırmacılar tarafından teslim alındı. Anket formunu hatalı ya da eksik şekilde dolduran katılımcılar çalışmaya alınmadı. Araştırma toplam 481 öğrenci ile tamamlandı.

2.1. Veri Toplama Araçları

Çalışmada “Kişisel Bilgi Formu”, katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini tespit etmek için “Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) kısa formu” ve bireylerin egzersiz algılarını değerlendirmek için “Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği (Exercise Benefits/Barriers Scale)” kullanıldı.

2.2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacıların tasarladığı bu formda araştırmaya katılımcıların cinsiyet, yaş gibi demografik bilgiler ile sportif faaliyetlere katılım durumunu sorgulayan sorular yer almaktadır.

2.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ)

İki farklı şekilde uzun ve kısa form olarak tasarlanmıştır. Kısa form 1996 yılında Dr. Michael Booth yetişkin bireylerinin sağlık ve fiziksel aktivite düzeyleri, ilişkilerini belirlemek amacıyla geliştirdi. Sağlam vd.(2010) tarafından bu anketin türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Kısa form yedi maddeden meydana gelmektedir. Bu maddeler bireyin yürüme, orta-şiddetli ve şiddetli aktivitelerde tüketilen zaman ilgili verileri vermektedir. Formda son bir haftada kaç gün ve her bir gün için ne kadar süre ağır fiziksel aktivite, orta yoğunlukta fiziksel aktivite ve yürüme yapıldığı sorulmaktadır. Ayrıca hareketsiz durum (otururken, yatarken vs.) tüketilen süre tespit edilmektedir. Fiziksel aktivite seviyesini MET-dakika skoru ile belirlenmektedir. 1 MET 3,5 ml/kg/dk olarak kabul edilmektedir. Bu da istirahat halinde bir bireyin dakikada kilogram başına 3,5 ml oksijen tükettiği anlamını taşımaktadır. IPAQ'ta aktiviteler için

oluşturulan standart MET değerleri; ağır aktiviteler için 8.0 MET, orta yoğunlukta aktiviteler için 4.0 MET ve yürüyüş için 3.3 MET tüketildiği bildirilmiştir. Bireyin son 1 haftalık ne kadar gün ve süre fiziksel aktiviteden tüketilen toplam MET tespit edilmektedir (Sağlam vd. 2010)

Fiziksel Aktivite seviyesi üç alt sınıfa ayrılmaktadır.

- A. İnaktif bireyler: <600 MET-dk/hafta
B. Düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler: 600 - 3000 MET-dk/hafta
C. Yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olan bireyler: >3000 MET-dk/hafta

2.4. Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği

Sechrist vd. (1987) tarafından kişilerin egzersizin yarar ve engel algılarını tespit etmek için tasarlanmıştır. Ölçekteki Egzersiz Yarar/Engel ölçeği toplam puanı ne kadar fazla olursa egzersizin yararını o kadar idrak etmiş demektir. Ölçekle ilgili Türkiye’de geçerliliği ve güvenirliliği Ortabağ vd. yapmış ayrıca Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir. Ölçek likert formatında (1:kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum, 3:katılıyorum, 4:kesinlikle katılıyorum) olup toplam 43 sorudan oluşmaktadır. Ölçek Egzersiz Yarar Ölçeği ve Egzersiz Engel Ölçeği şeklinde iki bileşenden oluşmaktadır. Her bir alt boyut birbirinden bağımsız olarak değerlendirilebilmektedir. Egzersiz Yarar Ölçeği; hayatı geliştirme(8 madde), fiziksel performans(8 madde), psikolojik görüş(6 madde), sosyal etkileşim(4 madde) ve koruyucu sağlık (3 madde) olmak üzere 5 farklı alt boyuttan oluşmaktadır. Egzersiz Engel Ölçeği; egzersiz çevresi (6 madde), zaman harcama (3 madde), fiziksel çaba(3 madde) ve aile engeli (2 madde) olmak üzere 4 farklı alt boyuttan oluşmaktadır (Tablo 1).

Yarar ölçeği toplam puanı 29-116 iken engel ölçeği toplam puanı ise 14-56 arasındadır. Egzersiz Yarar Ölçeği toplam değerinin yüksek olması kişinin egzersiz yarar algısının iyi düzeyde olduğunu gösterir. Egzersiz Engel ölçeğinin toplam değeri ne kadar yüksekse de bireyin egzersiz engel algısının o kadar yüksek olduğunu göstermektedir (Ortabağ vd., 2010).

Tablo 1. Egzersiz Yararlar/Engeller Ölçeğinin Alt Ölçekleri

Egzersiz Yarar Ölçeği Alt Boyutları (Toplam 29 madde)	
Hayat geliştirme	(25, 26, 29, 32, 34, 35, 36, 41)
Fiziksel performans	(7, 15, 17, 18, 22, 23, 31, 43)
Psikolojik görüş	(1, 2, 3, 8, 10, 20)
Sosyal etkileşim	(11, 30, 38, 39)
Koruyucu sağlık	(5, 13, 27)
Egzersiz Engel Ölçeği Alt Boyutları (Toplam 14 madde)	
Egzersiz çevresi	(9, 12, 14, 16, 28, 42)
Zaman harcama	(4, 24, 37)
Fiziksel çaba	(6, 19, 40)
Aile engeli	(21, 33)

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 23.0 istatistik paket programına kullanılarak frekans ve yüzde dağılımları incelenmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma verilerek ileri analizler için ki-kare, Mann White-U ve Kurakal Wallis testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya alınacak katılımcılara çalışma içeriği hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğu ve bireylerin bilgilerinin gizli tutulacağı bildirildi. Araştırma için Kilis 7 Aralık Üniversitesi Rektörlüğü'nden gerekli izinler yazılı olarak alınmış olup ankete katılan bireylerden yazılı ve sözel onay alındı. Helsinki Bildirgesi'nde yer alan hususlara dikkat edilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 2'de çalışmaya toplamda 481 öğrenci dahil edilmiştir. Katılımcıların %66,9'u kadın, %33,1'i erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin ortalama yaşı $20,52\pm 2,22$ olarak bulunmuştur. Spor faaliyetlere katılım sorusuna verdikleri cevaba göre öğrencilerin %41 spor faaliyetlere katılmakta %59 ise herhangi bir sportif faaliyete katılım göstermemektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin Cinsiyet, VKİ ve Spor Yapma Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	159	33,1
	Kadın	322	66,9
Sportif faaliyetler	Katılan	197	41,0
	Katılmayan	284	59,0
Toplam		481	100

Tablo 3'te ise fiziksel aktivite açısından öğrencilerin %24,3'ünün (erkekler % 37,1, kadınlar % 18,0) yeterli düzeyde fiziksel aktivite düzeyine, %49,3'ü ise düşük fiziksel aktivite düzeyine sahiptir. Öğrencilerin %26,6'sı ise inaktif bireylerden oluşmaktadır.

Fiziksel aktivite düzeyleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Fiziksel olarak aktif olmayan öğrencilerin %30,1'ini kadınlar oluştururken %19,5'ini erkekler oluşturmaktadır. Buna göre kadın öğrencilerin erkeklere göre fiziksel olarak daha inaktif oldukları tespit edildi.

Fiziksel aktivite düzeyleri ile sportif faaliyetlere katılım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Sportif faaliyetlere katılan öğrencilerin %37,6'sı yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahipken sportif faaliyetlere katılmayanlarda bu oran %15,1'dir.

Tablo 3. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Cinsiyet ve Sportif Faaliyetlere Katılımın Karşılaştırılması

Değişkenler		n	%	FA%	FB%	FC%	p*
Cinsiyet	Kadın	322	66,9	30,1	51,9	18,0	p<0,01
	Erkek	159	33,1	19,5	43,4	37,1	
	Toplam	481	100	26,6	49,3	24,3	
Sportif Faaliyetler	Katılan	197	41,0	13,2	49,2	37,6	p<0,01
	Katılmayan	284	59,0	35,9	48,9	15,1	

*Ki kare testi, **FA:** Fiziksel olarak aktif olmayan bireyler, **FB:** Düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler, **FC:** Yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olan bireyler

Tablo 4'te ise öğrencilerin egzersiz yarar ölçeği toplam ortalama puanı 85,8±13,0, egzersiz engel ölçeği toplam ortalama puanı ise 32,3±5,6 olarak saptandı. Katılımcıların algılanan egzersiz yararları ortalama skoru 2,96±0,45, algılanan egzersiz engelleri skor ortalaması 2,31±0,40, yarar/engel skor ortalamalarının oranı ise 1,28 olarak tespit edildi.

Tablo 4. Öğrencilerin Engel ve Yarar Algılarında Aldıkları Toplam Puanlar ve Ortalama Skorları

	Toplam X±SS	Skor(1-4) X±SS
Egzersiz Yarar Algısı Toplam Değer(29-116)	85,8±13,03	2,96±0,45
Egzersiz Engel Algısı Toplam Değer(14-56)	32,3±5,48	2,31±0,40

X:Ortalama, **SS:** Standart Sapma

Tablo 5'te ise öğrencilerin egzersiz yarar ölçeği sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; "Egzersiz kas gücümü artırır", "Egzersiz yapmak kalp-damar sistemimin işlevliliğini artırır", "Egzersiz yapmak fiziki zindeliğimi artırır", "Egzersiz vücut görünümümü geliştirme yoludur", "Egzersiz stres ve gerilim duygularımı azaltır" anket sorularının sırasıyla daha yüksek ortalama skorlarına sahip olduğu tespit edildi.

Algılanan egzersiz yarar alt ölçeklerinde en yüksek skordan en düşüğe doğru sırasıyla fiziksel performans(3,12±0,52) psikolojik görüş(3,05±0,55), koruyucu sağlık(2,97±0,53), hayat geliştirme(2,85±0,51) ve sosyal etkileşim(2,72±0,54) olduğu tespit edildi. Öğrencilerin egzersiz yarar ölçeği sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde en yüksek beş skorun dördünün (7, 15, 18, 43) fiziksel performans alt ölçeğine ait olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Egzersiz Yarar Alt Ölçeklerinin Skor Ortalamaları

EGZERSİZ YARAR ÖLÇEĞİ		X±SS
Hayat Geliştirme Alt Ölçeği		
25	Egzersiz mizacımı geliştirir	2,60±0,83
26	Egzersiz yapmam geceleri daha iyi uyumama yardımcı olur	2,98±0,76
29	Egzersiz yorgunluğumu alır	2,55±0,83
32	Egzersiz yapma benlik kavramını geliştirir	2,89±0,77
34	Egzersiz yapma zihinsel uyanıklığımı artırır	2,99±0,72
35	Egzersiz normal aktivitelerimi yorulmadan sürdürmemi sağlar	2,90±0,75
36	Egzersiz çalışmamın kalitesini artırır	2,99±0,72
41	Egzersiz tüm vücut fonksiyonlarımı düzeltir	2,94±0,74
Hayat Geliştirme Ortalama Skor		2,85±0,51
Fiziksel Performans Alt Ölçeği		
7	Egzersiz kas gücümü artırır	3,24±0,68
15	Egzersiz yapmak fiziki zindeliğimi artırır	3,17±0,73
17	Egzersiz kas kitlemi artırır	3,04±0,72
18	Egzersiz yapmak kalp- damar sistemimin işlerliğini artırır	3,19±0,66
22	Egzersiz dayanıklılığımı artırır	3,12±0,66
23	Egzersiz esnekliğimi artırır	3,10±0,71
31	Fiziksel dayanıklılığım egzersiz yapmayla arttı	2,90±0,76
43	Egzersiz vücut görünümümü geliştirme yoludur	3,16±0,77
Fiziksel Performans Ortalama Skor		3,12±0,52
Psikolojik Görüş Alt Ölçeği		
1	Egzersizden hoşlanırım	3,08±0,75
2	Egzersiz stres ve gerilim duygularımı azaltır	3,13±0,75
3	Egzersiz akıl sağlığımın gelişmesini sağlıyor	3,04±0,76
8	Egzersiz bana kişisel başarı hissi verir	3,11±0,73
10	Egzersiz bana gevşediğimi hissettirir	2,94±0,74
20	Egzersiz yapmak bana keyif verir	2,98±0,73
Psikolojik Görünüm Ortalama Skor		3,05±0,55
Sosyal Etkileşim Alt Ölçeği		
11	Egzersiz yaparken arkadaşlarım ve sevdiğilerimle birlikte olabilirim	2,90±0,75
30	Egzersiz yapma yeni insanlarla tanışmam için iyi bir yoldur	2,74±0,79
38	Egzersiz benim için bir eğlencedir	2,88±0,78
39	Egzersiz başkaları tarafından kabul edilmemi sağlar	2,35±0,81
Sosyal Etkileşim Ortalama Skor		2,72±0,54
Koruyucu Sağlık Alt Ölçeği		
5	Egzersiz yaparak kalp krizlerini önleyebilirim	3,10±0,67
13	Egzersiz yapma beni yüksek tansiyondan korur	2,95±0,71
27	Egzersiz yaparsam daha uzun yaşarım	2,87±0,81
Koruyucu Sağlık Ortalama Skor		2,97±0,53
Yarar Ölçeğinin Skor Ortalaması		2,96±0,45

Tablo 6’da ise öğrencilerin egzersiz engel ölçeği sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; “Egzersiz yapabilmem için çok az yer var”, “Egzersizden yorulurum” “Egzersiz beni yoruyor”, “Egzersiz yerleri çok fazla uzak”, “Egzersiz yapılan tesislerin programı bana uygun değil” anket sorularının sırasıyla daha yüksek ortalama skorlarına sahip olduğu tespit edildi.

Algılanan egzersiz engel alt ölçeklerinde en yüksek skordan en düşüğe doğru sırasıyla fiziksel çaba(2,56±0,58), aile engeli(2,28±0,71), egzersiz çevresi(2,27±0,47) ve zaman harcama(2,15±0,67) seçeneklerinin yer aldığı tespit edildi. Öğrencilerin egzersiz engel ölçeği sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde en yüksek beş skordan üçünün (9, 16, 42) egzersiz çevre alt ölçeğine ile ilişkili olduğu geriye kalan ikisinin (6, 19) fiziksel çaba alt ölçeği ile ilişkili olduğu saptandı.

Tablo 6. Egzersizin Engel Alt Ölçeklerinin Skor Ortalamaları

EGZERSİZİN ENGELLERİ ÖLÇEĞİ		X±SS
Egzersiz Çevre Alt Ölçeği		
9	Egzersiz yerleri çok fazla uzak	2,50±0,83
12	Egzersiz benim için çok sıkıcı	2,01±0,84
14	Egzersiz çok fazla paraya mal olur	2,10±0,80
16	Egzersiz yapılan tesislerin programı bana uygun değil	2,45±0,81
28	Egzersiz kıyafetleri içindeki insanların komik göründüğünü düşünürüm	1,91±0,81
42	Egzersiz yapabilmem için çok az yer var	2,66±0,85
Egzersiz Çevre Ortalama Skor		2,27±0,47
Zaman Harcama Alt Ölçeği		
4	Egzersiz çok fazla zamanımı alır	2,31±1,56
24	Egzersize ailemden daha çok zaman ayırıyorum	1,96±0,80
37	Egzersiz aile sorumluluklarımdan daha fazla zaman alır	2,20±0,81
Zaman Harcama Ortalama Skor		2,15±0,67
Fiziksel Çaba Alt Ölçeği		
6	Egzersiz beni yoruyor	2,65±0,78
19	Egzersizden yorulurum	2,65±0,76
40	Egzersiz zor iştir	2,37±0,83
Fiziksel Çaba Ortalama Skor		2,56±0,58
Aile Engeli Alt Ölçeği		
21	Eşim (ya da önemli başka biri) egzersiz yapmayı teşvik etmez	2,22±0,86
33	Aile üyelerim egzersiz yapmak için beni teşvik etmez	2,35±0,88
Aile Engeli Ortalama Skor		2,28±0,71
Engeller Ölçeğinin Skor Ortalaması		2,31±0,40

Tablo 7’de ise öğrencilerden sportif faaliyetlere katılan grubun egzersiz yarar ölçeği skor ortalaması sportif faaliyetlere katılmayan gruba göre daha yüksek olduğu tespit edildi(p<0,01)

Öğrencilerden sportif faaliyetlere katılan grubun egzersiz engel ölçeği skor ortalaması sportif faaliyetlere katılmayan gruba göre daha düşük olduğu tespit edildi(p<0,01)

Öğrencilerden yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olanların egzersiz yarar ölçeği skor ortalaması diğer gruplara göre yüksek olduğu bulundu. Gruplar arasında egzersiz yarar ölçeği skor ortalaması karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olanlar ile inaktif olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı($p<0,01$)

Öğrencilerden yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olanların egzersiz engel ölçeği skor ortalaması diğer gruplara göre en düşük olarak bulundu. Gruplar arasında egzersiz engel ölçeği skor ortalaması karşılaştırıldığında yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olanlar ile diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı($p<0,01$).

Tablo 7. Öğrencilerin Egzersiz Engelleri/Yararları Skor Ortalaması ile Spor Yapma Durumu ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması

		n	Yarar	p	Engel	p
Sportif Faaliyetlere Katılım	Katılmayan	284	2,89±0,40	p<0,01	2,36±0,37	p<0,01
	Katılan	197	3,06±0,50		2,24±0,45	
IPAQ	FA	128	2,88±0,43	p<0,01	2,38±0,37	p<0,01
	FB	236	2,98±0,39		2,33±0,40	
	FC	117	3,01±0,56		2,19±0,42	

IPAQ: Uluslararası fiziksel aktivite anketi, FA: Fiziksel olarak aktif olmayan bireyler, FB: Düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler , FC: Yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olan bireyler

4. TARTIŞMA

Yeterli düzeyde fiziksel aktivite refah ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir role sahiptir. Artan inaktivite birçok sağlık problemlerinin temelini oluşturmaktadır. Global olarak fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (WHO, 2018). Çalışmamızdaki katılımcıların üniversite öğrencileri olması ve yaş ortalaması düşük olmasına rağmen fiziksel aktiviteye katılımın düşük olduğu görülmektedir. Özellikle kadın öğrencilerde bu oran erkeklere göre daha fazladır. Diğer taraftan üniversite öğrencilerinde egzersiz yarar algısı yüksek olanların fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek ve sportif faaliyetlere katılımı daha fazladır. Egzersiz engel algısı yüksek olanların ise fiziksel aktivite düzeyi daha düşük ve sportif faaliyetlere katılım oranı daha azdır. Öğrencilerin yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye katılmama sebepleri kişisel, kişilerarası, çevresel ve davranış tarzları gibi çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Bireylerin genel sağlığının ve yaşam kalitesinin daha iyi bir düzeye gelmesi açısından bu faktörlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak araştırmalar, fiziksel aktiviteye teşvik müdahalelerinin geliştirilmesi ve tasarlanması için güçlü bir potansiyele sahip olduğu söylenebilir.

Ölçücü vd. (2015) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin yaklaşık olarak yarısından çoğunun, kız öğrencilerinde ise her dört öğrenciden üçünün aktif olmadığını bildirmişlerdir. Demirtürk vd. (2017) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada yaklaşık olarak her beş öğrenciden yalnız birinin sağlık açısından yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da yaklaşık olarak her dört öğrenciden üçünün istenilen düzeyde fiziksel olarak aktif bireyler olmadığı görülmektedir. Genel olarak üniversite öğrencilerinin çoğu yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmamaktadır. Çalışmamızda yer alan engeller algılarında en çok etkilenen parametreler dikkate alınıp bireylerin egzersize yönlendirilmesini sağlanarak fiziksel aktivite düzeyleri geliştirebileceği söylenebilir.

Demirtürk vd. (2017) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada erkek katılımcıların fiziksel aktivite düzeyinin kadın katılımcılardan daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Lapa ve Korkmaz (2017) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin fiziksel aktivite düzeyinin kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ölçücü vd. (2015) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin fiziksel aktivite düzeyinin kızlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda da kadın öğrencilerin erkeklere göre fiziksel olarak daha inaktif oldukları tespit edildi. Bunun sebebinin ise kültürel, psikolojik, çevresel, dini inançlar ve hayat şartları gibi etmenleri içine alan multifaktöriyel bir durumla ilişkili olduğunu söyleyebiliriz.

Işık vd. (2015) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada spor yapan katılımcıların spor yapmayan katılımcılara göre fiziksel aktivite düzeyini anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yaran vd. (2017) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada spor yapan öğrencilerin fiziksel aktivite değerlerinin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda da sportif faaliyetlere katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri sportif faaliyetlere katılmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Sonuç olarak sportif faaliyetler katılımın fiziksel aktiviteye katılımı teşvik edici önemli bir role sahip olduğu söylenebilir.

Lovell vd. (2010) egzersiz yapmayan kadın üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada egzersiz yarar ortalama değerini $2,96\pm 0,44$, egzersiz engel ortalama değerini $2,22\pm 0,46$ ve yarar/engel oranını ise 1,33 olarak bildirmişlerdir. Dalibalta ve Davison (2016) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada algılanan egzersiz yarar ortalama değerini $3,09\pm 0,3$ algılanan egzersiz engel ortalama değerini $2,16\pm 0,38$ ve yarar/engel oranını ise 1,43 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda da öğrencilerin algılanan egzersiz yarar ortalama değeri $2,96\pm 0,45$, algılanan egzersiz engel ortalama değeri $2,31\pm 0,40$, yarar/engel ortalamalarının oranı ise 1,28 olarak tespit edildi. Çalışmamızın sonuçları diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında algılanan egzersiz yarar ortalama değeri literatür verileriyle uyumlu olduğu fakat algılanan egzersiz engel ortalama değerinin ise diğer çalışma verilerinden yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum algılanan yarar/engel oranının düşük olmasına sebep olmuştur. Algılanan yarar/engel oranının 1,28 olması, öğrencileri fiziksel olarak aktif olmaya motive etmek için yeterli olmayabilir. Çalışmadaki öğrencilerin diğer çalışmalardaki popülasyonlara göre coğrafi konuma dayalı sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel farklılıklarının bu duruma sebep olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda egzersiz yarar ölçeğinde “Egzersiz kas gücümü artırır”, “Egzersiz yapmak kalp-damar sistemimin işlerliğini artırır”, “Egzersiz yapmak fiziki zindeliğimi artırır”, “Egzersiz vücut görünümümü geliştirme yoludur”, “Egzersiz stres ve gerilim duygularımı azaltır” ifadeleri sırasıyla en yüksek ortalama değerlere sahiptir. Buna göre öğrencilerin egzersizin fiziksel performans açısından yarar algılarının egzersiz yarar ölçeğinde yer alan diğer alt ölçeklere göre daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca egzersiz yarar ölçeğinde en yüksek ortalama değer fiziksel performans alt ölçeğine ait olduğu ve en düşük değer ise sosyal etkileşim alt ölçeğine ait olduğu görülmektedir. Lovell vd. (2010) yaptıkları çalışmada egzersiz yarar ölçeğinde en yüksek ortalama değer fiziksel performans alt ölçeğine, en düşük değer ise sosyal etkileşim alt ölçeğine ait olduğunu bildirmişlerdir. Dalibalta ve Davison (2016) da yaptıkları çalışmada en yüksek ve en düşük değerlerin yine aynı alt ölçeklere ait olduğunu bildirmişlerdir. Bu durumda bireyin fiziksel performans yararını gözeterek egzersize katılım sağladığını söyleyebiliriz.

Lovell vd. (2010) engel ölçeğinde en yüksek skorun fiziksel çaba alt ölçeğine ait olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda ise egzersiz engel ölçeğinde en yüksek 5 değerin 3'ü (9, 16, 42) egzersiz çevre alt ölçeğine ait iken geriye kalan 2'sinin (6, 19) fiziksel çaba alt ölçeğine ait olduğu görülmektedir. Egzersiz engel ölçeğinde "Egzersiz yapabilmem için çok az yer var", "Egzersizden yorulurum" "Egzersiz beni yoruyor", "Egzersiz yerleri çok fazla uzak", "Egzersiz yapılan tesislerin programı bana uygun değil" ifadeleri sırasıyla en yüksek ortalama değerlere sahiptir. Buna göre öğrencilerin yaşadıkları çevrede egzersiz yapabilecekleri yerlerin olmaması, egzersiz yerlerine ulaşımının zor olması ya da egzersiz yapılan yerlerin programının onların programına uygun olmamasının öğrencilerin engel algılarının artmasına sebep teşkil ettiği görülmektedir. Bunun yanında öğrencilerin egzersizin yorucu bir aktivite olduğunu düşünmeleri engel algılarının artmasındaki önemli bir faktör olduğu görüldü. Egzersiz yapmaya engel olabilecek çevre şartları problemlerine yönelik yapılacak çözümler ile özellikle fiziksel çaba engeline yönelik gerekli motivasyon sağlanarak bireylerin egzersize katılımı artırılabilir.

Ayaz ve Doğan (2015) yaptıkları çalışmada düzenli egzersiz yapan hemşirelerin egzersiz yarar algıları daha yüksek bulunurken egzersiz yapmayan bireylerin ise egzersiz engel algıları daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Esposito ve Fitzpatrick (2011) ise algılanan egzersiz yarar algısı ile egzersiz yapma durumu pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Grubbs ve Carter (2002) yaptığı çalışmada egzersiz yapanların ortalama yarar algısı değerinin egzersiz yapmayanların yarar algısı değerine göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda da yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olan öğrencilerin algılanan egzersiz yararları fiziksel olarak aktif olmayanlara göre yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca öğrencilerden sportif faaliyetlere katılan grubun yarar ölçeği ortalama değerinin sportif faaliyetlere katılmayan gruba göre daha yüksek, engel ölçeği ortalama değerinin ise daha düşük olduğu tespit edildi. Bu sonuca göre aktif olan öğrencilerin inaktif olanlara göre yararlar algısının daha yüksek engeller algısının daha düşük olduğu görüldü. Dolayısıyla öğrencilerin egzersize yönelik algılarının davranışlarını da bu yönde etkilediği görülmektedir. Bireylerin egzersiz yarar algısı artırılarak ve engel algısı azaltılarak yapılacak müdahaleler fiziksel aktivite ve spora katılımı artırılabilir.

Lee vd. (2015) yaptıkları çalışmada egzersiz yapmaya engel olan yetersiz motivasyon, zaman eksikliği, fiziksel aktiviteden hoşnutsuzluk, aile veya arkadaşların yetersiz desteği ve olumsuz çevre koşulları gibi bazı faktörlerin olduğunu bildirmiştir. Kitiş ve Gümüş (2015) kadınların fiziksel aktivite düzeyi üzerinde yaptığı çalışmada egzersizin yararlarıyla ilgili inançları olumlu olmasına rağmen, kayda değer bir bölümünün düzenli fiziksel aktivite yapmamasını engel algılarının fazla olmasıyla ilişkilendirmektedir. Lovell vd. (2010) bireylerin egzersiz için düşük algılanan yararlar ve yüksek algılanan engeller nedeniyle yeterli fiziksel aktivite yapmama eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda ise öğrencilerin engel algılarında primer olarak öne çıkan faktörlerin çevresel yetersizlikler ve egzersizi yorucu bir faaliyet olarak düşünmelerinin olduğu görüldü. Fakat çalışmamızdaki öğrencilerin aynı fiziksel çevrede yaşadıkları göz önüne alındığında yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye ve sportif faaliyetlere katılan öğrencilerin de olduğunu görmekteyiz. Buradan yola çıkarak her ne kadar çevrede egzersiz yapılabilecek yerlerin olması, egzersiz yerlerine ulaşımın rahat olması ve bu yerlerin öğrencilerin programına uygun olması egzersiz yapmayı kolaylaştırıcı faktörler olsa da egzersiz yapmak için esas itici gücün kişinin egzersiz yapmaya yönelik motivasyonu ve egzersizi bir yaşam tarzı olarak görmesi olduğunu söyleyebiliriz.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma kadın öğrencilerin erkeklere göre fiziksel olarak daha inaktif olduğu ve genel olarak ise öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin egzersiz yarar ve engel algılarının onların fiziksel aktiviteye ve sportif faaliyetlere katılımı üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Öğrencilerin egzersize yönelik engel algılarında öne çıkan durumların çevresel yetersizlikler ve problemler ile egzersize yönelik bireysel motivasyonlardaki bariyerlerin olduğu sonucuna varıldı. Öğrencilerin engel algılarının azaltılması adına egzersizi kolaylaştırıcı faktörlerle (egzersiz yapılabilecek alanların artırılması, ulaşımın kolay olması, programlarının öğrencilere uygun olması gibi) ilgili müdahaleler yapılabilir. Ancak öğrencilerin egzersize yönelik olumsuz bakış açılarını gidermeleri ve egzersizi bir hayat tarzı olarak benimsemeleri için eğitimin ilk basamaklarından itibaren hayat boyu sürecek bireyde egzersiz yapmaya yönelik motivasyonu arttıran, özendirici ve eğlenceli egzersiz programlarının oluşturulması engel algısının azaltılması konusunda daha etkili bir müdahale olacağını öngörmekte ve bu müdahalelerin öğrencilerin fiziksel aktivite ve egzersize katılımlarını arttıracakını düşünmekteyiz.

Bu konuyla ilgili farklı sosyo-demografik özelliklere sahip popülasyonlarda fiziksel aktiviteyi ve bireyin genel sağlık durumunu etkileyebilecek egzersizin yarar/engel algılarını incelemeyi amaçlayan ileri araştırmalar yapılabilir

6. KAYNAKLAR

- Arslan, S. A., Daşkapan, A., & Çakır, B. (2016). Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 171-180.
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Turkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*, 70(4).
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Darawad, M. W., Khalil, A. A., Hamdan-Mansour, A. M., & Nofal, B. M. (2016). Perceived Exercise Self-Efficacy, Benefits and Barriers, and Commitment to a Plan for Exercise among Jordanians with Chronic Illnesses. *Rehabilitation Nursing*, 41(6), 342-351.
- Dalibaltaa, S., & Davison, G. (2016). Perceived exercise benefits and barriers of a mixed student population in the United Arab Emirates. *International Journal of Scientific Research and Innovative Technology*, 3, 115-139.
- Demirtürk, F., Günal, A., & Alparslan, Ö. (2017). Sağlık bilimleri öğrencilerinin fiziksel Aktivite Düzeyinin Tanımlanması. *Ergoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(3), 169-178.
- Sultan, A. Y. A. Z., & Doğan, R. (2015). Hemşirelerin Egzersiz Davranışları, Öz Yeterlilik Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 287-295.
- Esposito, E. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise. *International journal of nursing practice*, 17(4), 351-356.
- Grubbs, L., & Carter, J. (2002). The relationship of perceived benefits and barriers to reported exercise behaviors in college undergraduates. *Family & Community Health*, 25(2), 76-84.

- Kitiş, Y., & Gümüş, Y. (2015). 20 Yaş Ve Üzeri Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeyleri, Fiziksel Aktiviteye İlişkin İnançları Ve Davranış Aşamalarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 399-411.
- Korkmaz, N. H. (2010). Uludağ Üniversitesi öğrencilerinin spor yapma ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 399-413.
- Lapa, T. Y., & Korkmaz, N. H. (2017). Effect of physical activity levels on negative and positive affect comparison to the gender: Sample of Akdeniz and Uludağ Universities Fiziksel aktivite düzeyinin pozitif ve negatif duymu durumuna etkisinin cinsiyete göre karşılaştırılması: Akdeniz ve Uludağ Üniversiteleri örneği. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3177-3187.
- Lee, H., Wilbur, J., Chae, D., Lee, K., & Lee, M. (2015). Barriers to Performing Stretching Exercises Among Korean-Chinese Female Migrant Workers in Korea. *Public Health Nursing*, 32(2), 112-121.
- Sağlam, M., Arikan, H., Savci, S., Inal-Ince, D., Bosnak-Guclu, M., Karabulut, E., & Tokgozoglu, L. (2010). International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Perceptual and motor skills*, 111(1), 278-284.
- Lovell, G. P., El Ansari, W., & Parker, J. K. (2010). Perceived exercise benefits and barriers of non-exercising female university students in the United Kingdom. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), 784-798.
- Ortabag, T., Ceylan, S., Akyuz, A., & Bebis, H. (2010). The validity and reliability of the exercise benefits/barriers scale for Turkish Military nursing students. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 32(2), 55-70.
- Ölçücü, B., Vatansever, ř., Özcan, G., Çelik, A., & Paktaş, Y. (2015). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2015(4), 294-303.
- Özkan, I. ř. I. K., Özarılan, A., & Bekler, F. (2015). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite uyku kalitesi ve depresyon ilişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9(9), 65-73.
- Sechrist, K. R., Walker, S. N., & Pender, N. J. (1987). Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale. *Research in nursing & health*, 10(6), 357-365.
- Wallace, L. S., Buckworth, J., Kirby, T. E., & Sherman, W. M. (2000). Characteristics of exercise behavior among college students: application of social cognitive theory to predicting stage of change. *Preventive medicine*, 31(5), 494-505.
- World Health Organization. (2018). URL: https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1, 26.09.2020
- Yaran, M., Ağaoğlu, S. A., & Tural, E. (2017). Spor Alışkanlığı Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinde Uyku ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(2), 73-78.