



Cilt/Volume :7 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2021 (NİSAN) ISSN-2149-6161

# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

## İÇİNDEKİLER

### İNDEKSLER VE NİSAN SAYISI HAKEM LİSTESİ

SAĞLIK KURUMLARINDA FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ A1 DAL HASTANESİ ÖRNEĞİ (Dr.Öğr.Ü. Gülay EKİNCİ, Prof.Dr. İhsan BAKIR) (Araştırma makalesi 1-18)

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN TÜRKİYE'DEKİ MEVCUT DURUMU VE ÖNEMİ (Öğr.Gör. Mümtaz KORKUTAN, Dr.Öğr.Ü. Mehmet Emin KURT) (Derleme makale 19-31)

YÜKSEKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK ALGI VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR DEVLET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ (Öğr.Gör. Hamdi ÖZTÜRK, Dr.Öğr.Ü. Füsün ACAR) (Araştırma makalesi 32-46)

SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ HARCAMALARI İLİŞKİSİ: TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİ AÇISINDAN BİR KARŞILAŞTIRMA (Dr.Öğr.Ü. Nermin BÖLÜKBAŞI, Doç.Dr. Hayriye İŞİK, Öğr.Gör. Sait SÖYLER) (Araştırma makalesi 47-56)

SAĞLIKLI YAŞAM ÜZERİNE KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE (Öğr.Gör. Rukiye YORULMAZ, Prof.Dr. Ramazan ERDEM) (Derleme makale 57-74)

SAĞLIK HİZMETLERİ VE RUHSAL HASTALIKLARDA HİZMET MODELLERİ: BİR UYGULAMA (Dr. Elçin GÜVEN) (Araştırma makalesi 75-90)

HASTANEDE YATAN HASTALARIN ALGILADIĞI HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON İLİ ÖRNEĞİ (Arş.Gör. Ahmet Y. YEŞİL-DAĞ, Prof.Dr. Hatice ULUSOY) (Araştırma makalesi 91-106)

ACİL SERVİSTEN MEMNUNİYET: YOZGAT İLİNDE BİR ARAŞTIRMA (Doç.Dr. Fatih ŞANTAŞ, Dr. Öğr.Ü. Gülcan ŞANTAŞ, Fatih ÇİÇEK) (Araştırma makalesi 107-116)

ETİK LİDERLİK DAVRANIŞLARININ DİLE GETİRME DAVRANIŞI ARACILIĞIYLA ÖRGÜTSEL ADALET ALGISINA ETKİSİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA (Berat ÜNÜVAR, Doç.Dr. Özgür DEMİRTAŞ) (Araştırma makalesi 117-129)

EDUCATIONAL PROFILE OF SCHOOL OF HEALTH AND FACULTY OF HEALTH SCIENCES ADMINISTRATORS IN TURKEY (Assit.Prof.Dr. Nihal ALOĞLU) (Araştırma makalesi 130-141)

ENDÜSTRİ 4.0 UYGULAMALARININ SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (MSc Derya ŞAHİN, Dr. Süreyya YILMAZ) (Derleme makale 142-155)

ÇALIŞMA SERMAYESİ VE KARLILIK İLİŞKİSİ: KAMU HASTANE İŞLETMELERİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA (Arş.Gör. Semih ISLICIK, Prof.Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT) (Araştırma makalesi 156-166)

HASTANE KURULUŞ YERİ SEÇİMİ KONUSUNDA ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME TEKNİKLERİ KULLANILARAK YAPILAN ULUSAL ÇALIŞMALARIN İÇERİK ANALİZİ İLE İNCELENMESİ (Öğr.Gör.Dr. Haydar HOŞGÖR) (Araştırma makalesi 167-180)

SAĞLIK PROGRAMLARINDA ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN COVID-19'A DAİR BİLGİ, ÖNLEMLERE UYUM VE RİSK ALGISI DÜZEYLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN İNCELENMESİ (Öğr.Gör.Dr. Haydar HOŞGÖR, Öğr.Gör. Zeynep AKÖZLÜ) (Araştırma makalesi 181-192)

MARKA YÖNETİMİ İLE İLGİLİ YAZILAN ULUSAL LİSANSÜSTÜ TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ (Prof.Dr. Mehmet BAŞ, Dr. Güliz AKSOY) (Araştırma makalesi 193-207)

WOMEN'S HEALTH ON THE ASPECT OF GENDER INEQUALITY IN TURKEY (Aşkın KARADUMAN) (Derleme makale 208-219)

A RESEARCH ON DETERMINATION OF MID-LEVEL HOSPITAL MANAGERS' COMPETENCE TYPES BY AHP METHOD (Doç.Dr. Vahit YİĞİT, Arş.Gör.Dr. Seyhan ÖZDEMİR) (Araştırma makalesi 220-234)

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN ÖRGÜTSEL SESSİZLİK DÜZEYLERİ: KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ (Dr.Öğr.Ü. Şirin ÖZKAN, Dr.Öğr.Ü. Ramazan Özgür ÇATAR, Uzm.Dr. Hayrettin GÖÇMEN, Prof.Dr. Nilay GEMLİK) (Araştırma makalesi 235-244)

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ (Öğr.Gör.Dr. Abdullah Alper ERTEM, Doç.Dr. Alper GÜZEL) (Araştırma makalesi 245-260)

## İNDEKSLER



## HAKEMLER

Prof. Dr. Belgin AYDINTAN  
Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT  
Doç. Dr. Gülçin SAĞDIÇOĞLU CELEP  
Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK  
Doç. Dr. Aykut EKİYOR  
Dr. Öğr. Ü. Dilek USLU  
Prof. Dr. Ali CEYLAN  
Prof. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL  
Prof. Dr. Haydar SUR  
Prof. Dr. Alptekin SÖKMEN  
Prof. Dr. Atıla YOLDAŞ  
Prof. Dr. Habip AKDOĞAN  
Prof. Dr. Abdulkadir IŞIK  
Doç. Dr. Cemalettin AKTEPE  
Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI  
Doç. Dr. Mustafa Agah TEKİNDAL  
Doç. Dr. Bengü HIRLAK  
Doç. Dr. Hava ÖZKAN  
Doç. Dr. Ayten TURAN KURTARAN  
Doç. Dr. Selma SÖYÜK  
Dr. Bülent ÇİZMECİ  
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Halil KAYRAL  
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR  
Dr. Öğr. Üyesi Bünyamin DEMİRGİL  
Dr. Öğr. Üyesi Ali BAYRAM  
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk DERİNDAG  
Dr. Öğr. Üyesi Tuncay PALTEKİ  
Dr. Oğuzhan YÜKSEL  
Dr. Öğr. Üyesi Tuba Derya BAŞKAN  
Dr. Öğr. Üyesi İrfan AKYÜZ  
Dr. Öğr. Üyesi Şerafettin ERTEN  
Arş. Gör. Dr. Ramazan KIRAÇ  
Dr. Öğr. Üyesi Nadire ESER  
Dr. Öğr. Üyesi. Aynur TORAMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİLYURT  
Dr. Öğr. Üyesi Rukiye ÇELİK  
Dr. Öğr. Üyesi Aysu ZEKİOĞLU

Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.  
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.  
Gazi Üniversitesi  
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.  
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.  
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.  
Dicle Üniversitesi  
Fırat Üniversitesi  
Üsküdar Üniversitesi  
Kastamonu Üniversitesi  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.  
Hitit Üniversitesi  
Trakya Üniversitesi  
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.  
Yozgat Bozok Üniversitesi  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi  
Kilis 7 Aralık Üniversitesi  
Atatürk Üniversitesi  
Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İstanbul Üniversitesi  
Abdullah Gül Üniversitesi  
İzmir Bakırçay Üniversitesi  
Kırıkkale Üniversitesi  
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi  
Samsun Üniversitesi  
İnönü Üniversitesi  
Biruni Üniversitesi  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
Kırıkkale Üniversitesi  
İstanbul Üniversitesi  
Uşak Üniversitesi  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
Muş Alparslan Üniversitesi  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
Tekirdağ Üniversitesi



## SAĞLIK KURUMLARINDA FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ A1 DAL HASTANESİ ÖRNEĞİ

### FINANCIAL PERFORMANCE ANALYSIS IN HEALTH INSTITUTION BRANCH OF A1 HOSPITAL

**Dr. Öğr. Üyesi Gülay EKİNCİ**

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, ekincigulay@gmail.com, orcid.org/0000-0003-4773-4821

**Prof. Dr. İhsan BAKIR**

İstanbul Üniversitesi, ihsanbak@yahoo.com, orcid.org/0000-0003-1203-6900

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (02.07.2020-09.11.2020)

#### Özet

**Amaç:** Bu çalışma ile kamu sektöründe faaliyetine yeni başlayan bir özel dal hastanesi'nin kuruluş dönemine ait finansal tablolarının analizinin yapılarak mevcut durumunu ortaya koymak ve gelecek dönem finansal planlarının hazırlanmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya konu hastanenin kuruluş dönemine ait finansal tablolarının geriye dönük olarak analizini yapmayı amaçlayan tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Analizler, hastanenin ilk beş faaliyet yılına ait bilanço ve gelir tabloları üzerinden birincil veriler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Finansal analiz yöntemi olarak oran analizi (rasyo analizleri) kullanılmıştır. **Bulgular:** Elde edilen bulguların likidite oranları, faaliyet oranları, mali yapı oranları, karlılık oranları olarak dört kategoride değerlendirmeleri yapılmıştır. **Sonuç:** Çalışma kapsamında ele alınan hastanenin finansal performansında etkinliği sağlamak için likiditesini koruması, maliyetlerini kontrol altında tutması, alacak ve borç yönetiminde etkinliğini artırması ve profesyonel anlamda finansal göstergelerini düzenli olarak takip etmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane, Finansal Analiz, Oran Analizi, Likidite

#### Abstract

**Aim:** This study was aimed to analyze the current status and financial performance of the first five-year period when an Educational-Training Branch Hospital (A1 Branch) started its activities and to contribute the future finance plans. **Method:** It is a descriptive study that aims to retrospectively analyze the financial statements of the 5-year period when Private Dal Hospital started its first activities. In the analysis, the primary data were carried out on the balance sheet and income tables of the hospital's five operating years. Ratio analysis (ratio analysis) was used as financial analysis method. **Findings:** The findings were handled in four categories as liquidity ratios, activity ratios, financial structure ratios, profitability ratios. **Results:** In order to ensure the effectiveness of the hospital's financial performance, it is recommended to maintain its liquidity, keep its costs under control, increase its effectiveness in receivable-debt management and regularly monitor its financial indicators professionally.

**Keywords:** Hospital, Financial Analysis, Ratio Analysis, Liquidity



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

### GİRİŞ

Sağlık hizmetleri birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik faaliyetleri içermektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara eşit, hakkaniyetli ve kaliteli bir şekilde sunulması esastır. Ülkeler üzerinde kendini iyiden iyiye hissettiren küreselleşmenin etkisiyle Dünya’da sağlık sistemlerinde serbest piyasa ekonomisi hakim olmaya başlamıştır. Bu bağlamda ülkelerin sağlık düzeylerini koruyup geliştirmeye, artan sağlık harcamalarına bir çözüm bulabilmeye, hizmet maliyetlerini düşürmeye ve sağlık sektöründe kaynakların daha etkin kullanılabilmesi için sistemler üzerinde arayışlara girildiği görülmüş; kişi odaklı, hakkaniyetli, maliyet etkin, kanıta dayalı, hasta güvenliği ve kalite ile sürdürülebilirlik gibi kavramlarda ortak payda ile değişim zorunluluğu gündeme gelmiştir (Özsarı, 2011).

Sağlık hizmetlerinde değişimler, reformlar çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu alanda yapılan reformlar, sağlık hizmetinin sunumu, örgütlenmesine yönelik yöntemleri, maliyet etkin biçimde sunumu ve finansmanı ile ilgili konular üzerine odaklanmıştır (Saltman ve Figueras 1997). Bu durum sağlık hizmetlerinde işletme yönetimi kavramının ön plana çıkmasına neden olmuştur. İşletmelerin yönetiminde etkinlik ise performanslarının ölçümüne bağlıdır.

Performans yönetimi, bir örgütsel faaliyetin örgütün istenilen amaçları doğrultusunda gerçekleşip gerçekleşmediğini ölçmeye yarayan döngüsel bir süreçtir.

Performans “örgütün maddi ve manevi unsurlarından en üst düzeyde yararlanma derecesi iken (Çakmak ve Ocaklı, 2006, s.212); performans değerlendirmesi, örgütün misyonuna, stratejik amaç ve hedeflerine erişebilmesi için, gerekli performans göstergelerinden yararlanarak, örgütün maddi ve manevi bütün bileşenleri hakkında veri toplanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi sürecidir (Çakmak, 2006, s. 70)

Performans yönetiminde ölçme ve değerlendirme ile işletmelerin geçmişe yönelik faaliyetlerinin etkinlik/verimlilik değerlendirmesi yapılır.

Performans değerlendirme; teknik performans ölçümü ve finansal performans ölçümü olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Teknik performans ölçümünde personel ve verimlilik kavramları gibi finansal olmayan veriler üzerine yoğunlaşılırken; finansal performans ölçümünde mali tablolar ve finansal verilerin analizleri ön plana çıkmaktadır.

Hastanelerin finansal performans değerlendirmesi; hastanenin varlıklarını ve kaynaklarını etkin kullanıp kullanmadığına, mevcut finansal durumu, yatırım kararları ve risk analizlerinin değerlendirmesine yönelik süreçleri içerir. Geçmiş ve mevcut durumun bir arada ele alınması ile hastanelerin gelecek faaliyetlerin planlanmasında ve yatırım kararlarına yol gösteren veriler değerlendirilmiş olur. Hastanelerde finansal performans ölçümü hastanelerdeki mali performansın değerlendirilmesi sürecinin en önemli unsurudur. Finansal performans ölçümünde; sayısal değerlerden oluşan finansal ölçütler kullanılmaktadır.

Hastanelerin finansal performansların ölçümünde genellikle; veri zarflama analizi başta olmak üzere ekonomik katma değer yöntemi ve oran analizleri kullanılmaktadır.

Hastanelerin mülkiyetine göre sınıflandırmasında kamu sağlık kurumlarında etkililik, verimlilik çerçevesinde karlılık ele alınırken; özel sağlık kurumlarında karlılık ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle kamu sağlık sektöründe finansal performansın ölçümünde özsermaye karlılık oranları; özel sağlık kurumlarında ise net karlılık kavramları önem kazanmaktadır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Finansal analizler finansal tablolarda yer alan veriler üzerinden yapılan ve en yaygın kullanım alanı bulan analiz türüdür. Finansal tabloların analizinde dört yöntem kullanılmaktadır.

- 1.Karşılaştırmalı tablolar analizi
- 2.Yüzde yöntemi ile analiz
- 3.Eğilim yüzdeleri yöntemi ile analiz
- 4.Oran yöntemi ile analizi

Karşılaştırmalı tablolar analizinde; sağlık kurumunun birden fazla faaliyet dönemlerine ait finansal tablolarının, birbirini takip eden dönemlerinin karşılaştırmalı şekilde ve birbirine ardışık olarak düzenlenmesi şeklinde ele alınır. Bu tablolarda yer alan finansal verilerin zaman içinde göstermiş olduğu değişiklikler incelenerek değerlendirilmeler yapılır.

Yüzde yöntemi ile analizinde, finansal tabloda yer alan tutarlardan biri 100 kabul edilir ve diğer tutarların bütün içindeki paylarının hesaplanması şeklinde olur. Örneğin bilanço üzerinden yapılacak analizde aktiflerin ve pasiflerin toplamı 100 diğer kalemlerin 100 içindeki payları bulunur.

Eğilim yöntemi analizinde; finansal tabloda yer alan bir yıl; referans/baz yıl olarak ele alınır, referans/baz yıla ait tutarlar 100 kabul edilerek; izleyen dönemlere ait değerlerin bu seçilen yıla göre yüzde olarak değişimi hesaplanır. Bu yöntem sağlık kurumunun uzun/kısa vadede mali yapı ve faaliyet sonuçları hususunda değişimlerini en iyi şekilde ortaya koyan dinamik analiz yöntemidir.

Oran analizinde finansal tabloda yer alan kalemler arasındaki ilişki, /tutarlara ait rakamların birbirleriyle oranlanması sonucu hesaplanmaktadır. Literatürde “Rasyo Analizi” olarak adlandırılan bu yöntem, finansal tablolarda yer alan hesap ya da hesap grupları arasında matematiksel ilişkiler kurarak sağlık kurumunun varlıklarını ve kaynaklarını etkin kullanıp kullanmadığı hakkında bilgiler verir.

Oran analizinde finansal tablolar üzerinden çok sayıda rasyolar hesaplanabilmesine rağmen; kurumların finansal performansın değerlendirilmesi açısından bazı oranlar anlamlı olabilmektedir. Rasyo analizinde çok sayıda oranın hesaplanmasından ziyade; analizin amacına uygun az sayıda oranın kullanılarak analizlerin yapılması ve mevcut verilerle birlikte yorumlanması ile çalışmanın başarısının artacağı beklenmektedir (Ceylan ve Korkmaz, 2008). Literatürde işletmenin finansal yapı durumunu gösteren dört temel göstergeler vardır. Bu göstergeler:

- Likidite durumuna ilişkin oranlar
- Kârlılık durumuna ilişkin oranlar
- Faaliyet (çalışma) durumuna ilişkin oranlar
- Mali yapı (finansal) durumuna ilişkin oranlar

Bir analiz aracı olarak mali oranların değerlendirmesi ilk olarak ekonomide serbest piyasa yapısına sahip Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) kullanılmıştır. Ancak genel olarak hastanelerin finansal performans değerlendirilmesi 1970’lerin sonunu bulmuştur (Watkins 2000). 1985 yılında Cleverley ve Rohleder, 1978-1980 dönemine ait Health-Care Financial Management Association tarafından toplanan verilere dayalı 29 oranın mali yönlerini incelemiştir. Bu oranlar, hem kısa vade hem de uzun vade ile ilgili on finansal performans boyutuna ulaşmıştır (Curtis ve Roapas, 2009: 204). Counte ve ark. (1988), hastanelerin homojen bir grup verilerine faktör analizi uygulanmış ve finansal sağlığın beş (5) boyutunu gösteren 25 oranı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu boyutlar

3

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(EKİNCİ, G. / BAKIR, İ.)



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

aktiflerin ve varlıkların kullanımını gösteren likidite, borç yapısı, karlılık, nakit akış yönetimine aittir.

Oran analizinde; işletme içi mali oranlar ya da sektörün standart mali oranları, işletmenin hesapladığı oranlar ile karşılaştırılarak işletmenin finansal performansı ölçülmektedir. Oran analizinden beklenen başarı, hesaplanan oranların doğru yorumlanmasına bağlı olmaktadır. Oranın değerlendirmesini yaparken işletmenin geçmiş dönemleriyle (trendi) ve aynı sektör/ endüstrideki diğer işletmelerle veya sektör/endüstri ortalamasıyla karşılaştırmak gerekmektedir.

### Literatür İncelemesi

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri 2013’de Kamu Hastaneleri Birliğine bağlanmış ve kamu hastanelerinin toplumsal sosyal fayda sağlamanın yanında kâr elde etme misyonu yüklenmiştir. Kamu hastaneleri kâr amacı gütmese bile, kâr amacı güden bir işletme gibi finansal sorunlar yaşamaktadır. Bunun için kamu hastaneleri de satışlarını arttırmak ve maliyetlerini azaltmak için etkin finansal yöntemler kullanmalıdırlar (Gapenski, 2007).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun yayınladığı verilere göre, Türkiye’de 2015 yılında toplam hastane sayısı 1.514’tür. Bu hastanelerin % 63’ü (954 adet) Sağlık Bakanlığına bağlı olarak; %37’si (562 adet) özel hastane statüsünde faaliyet göstermektedir. Türkiye’de hastanelerin %37’si özel, %63’ü kamu hastanesi statüsündedir. Genel olarak statüsüne bakılmaksızın hastanelerin, öncelikli amacı kâr elde etmek olmayan kamu hastaneleri dahil; finansal açıdan etkin bir yönetim yapısını oluşturmak zorunda bırakılmaktadır.

Nitekim kamu hastane birliklerine bağlı 829 hastanenin finansal performans değerlendirmesinin yapıldığı bir çalışmada; hastanelerde likidite oranlarının yıllar itibariyle düştüğü; yabancı kaynaklarda görülen artışla birlikte borçlarının arttığı, toplam yabancı kaynakların öz kaynaklara oranında öz kaynakların negatif değerlere düşmesi ile (-3,5) özkaynaklarla finansman konusundan oldukça uzaklaştığı, net işletme sermayesinin negatif değer aldığı tespit edilmiştir (Songur ve ark. (2016). Kamu hastane birlikleri uygulamasının finansal faaliyetlerin devir hızları üzerinde iyileşmeler yarattığını ancak mali tutarlar üzerinde etkin yönetimin sağlanamadığı bir uygulama olarak yorumlanabilir .

Çil ve Kocakoç (2019) çalışmalarında araştırma kapsamındaki kamu hastanelerinde likidite oranlarının olması gerekenden düşük olduğu, yıllar itibariyle likidite oranlarında düşüşler gözlemlendiği, bu düşüşlerin genel sekreterlik döneminde giderek arttığı, yabancı kaynakların ve özellikle kısa vadeli yabancı kaynakların arttığı, özkaynakların önemli ölçüde azaldığı ve bu seyrin özellikle genel sekreterlik döneminde daha da hızlandığı, finansal yapı oranları açısından risk seviyesinin yükseldiği, maddi duran varlıkların ve duran varlıkların kapasitelerinin üzerinde kullanıldığı, karlılık açısından beklenen başarının yakalanamadığı görülmüştür.

Özgülbaş ve Koyuncugil (2007) çalışmasında, araştırma kapsamındaki kamu hastanelerinin % 90,85’inin finansal performansının kötü olduğunun belirlenmiştir.

Erdoğan ve Yıldız (2015) çalışmalarında ele aldıkları devlet hastanelerinin sadece %36’sının tam etkin olarak çalıştığı; AII grubu Devlet hastaneleri ile analiz edilen özel hastanelerin %50’sinin, B grubu ile analizlerinde ise sadece %25’inin tam etkin olarak çalıştığı tespit edilmiştir.

Yapılan bir çalışmada; çalışma kapsamında incelenen hastanelerde toplam 13,43% oranında atıl harcama yapıldığı tespit edilmiş ayrıca hastanelerin kârlılık/zararlılık değerlerine bakıldığında

4

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(EKİNCİ, G. / BAKIR, İ.)



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

gelir-gider dengesinde başabaş noktasına ulaşmak için 10,43% oranında giderlerini azaltmaları gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır (Ayanoglu ve ark., 2010).

Akca, Somunoğlu, (2014) çalışmasında sağlık işletmesinin likidite durumunu genel kabul gören likidite değerinden ve işletmenin önceki yıllara ait değerlerinden yüksek olduğu tespit etmiş, işletmenin alacaklarını zamanında tahsil edemediği ve alacak tahsilât süresinin uzadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, sağlık işletmesinin finansal tablolarında bazı oranlarda yıldan yıla olumlu yönde artışın yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yücel ve Önal (2015) çalışmalarında özel hastanelerin uzun süreli borç finansmanını öncelikli olarak kullandığını, finansal sıkıntıya yol açabilecek en önemli faktörü, firmanın alacaklarının zamanında tahsil edilememesi olduğu saptanmıştır.

Karadeniz (2016) Türkiye hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmasında; sektörün varlık yapısının sabit varlık ağırlıklı olduğu, likidite durumunun zayıf olduğu; finansal yapısının ağırlıklı olarak yabancı kaynaklardan meydana geldiği, özsermayesinin zayıf ve finansal riskinin yüksek olduğu, sektördeki işletmelerin stoklarını etkin kullanmadığı ve karlılık performansının zayıf olduğu saptanmıştır.

Bıçakçı ve ark. (2018), Türkiye genelindeki özel hastanelerin kârlılık durumlarının düşük olduğu, Ankara ve İstanbul'daki özel hastanelerin finansal yapısının daha iyi olduğu; özel hastanelerin finansman faaliyetlerinde sırasıyla öz kaynak, kısa vadeli yabancı kaynak ve uzun vadeli yabancı kaynaklardan yararlandıkları ve finansman kaynakları arasında genel kabul görmüş oranlara yakın bir dağılım olduğu görülmüştür.

Aydemir (2018) Türkiye hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmasında sektörün varlık yapısının duran varlık ağırlıklı olduğu ve uzun vadeli borçlanmayla finansman yönteminin benimsendiği saptanmış, likidite oranları açısından sektörün cari oran dışında likidite durumunun orta düzeyde olduğu, finansal yapısının borçlanma ağırlıklı, öz-sermayesinin zayıf olduğu; stoklarını etkin kullanmadığı alacaklarının tahsilinde gecikmelerin olduğu, karlılık performansının zayıf, satış maliyetlerinin ise yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde hastanelerin finansal performansını değerlendiren çalışmalarda hastanelerin hizmet sunum fonksiyonlarına göre değerlendirilmediği, hastanelerin daha genel ele alındığı anlaşılmakta olup; literatürde özel bir dal hastanesi/eğitim araştırma fonksiyonu olan hastane/bir hastanenin kuruluş dönemi gibi özelliklere göre finansal göstergelerin değerlendirildiği çalışma sayısı sınırlı kalmıştır.

### Amaç

Bu çalışma, bir özel dal hastanesinin<sup>1</sup> kuruluşunun ilk beş yılına ait finansal tablolarının geriye dönük analizini yaparak mevcut finansal durumunu ortaya koymak ve gelecekteki durumunu değerlendirmeye yönelik eylem planlarının hazırlanmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılmıştır. Aynı zamanda bir özel dal hastanesinin kuruluşuna yönelik elde edilecek finansal göstergelerin, özellikle sağlık alanında son dönemde yatırımların (sağlık turizmi, şehir hastaneleri vb.) artıyor

<sup>1</sup> Özel Dal Hastaneleri: Belirli hastalıkların tanı-tedavi süreçlerinde uzmanlaşmış sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarıdır. Örnek; kalp ve damar hastalıkları hastanesi, böbrek hastalıkları hastanesi, onkoloji hastaneleri vb.

olması nedeniyle bu alanda yapılması planlanan yatırımlarda yol gösterici olacağı da düşünülmektedir.

## Gereç ve Yöntem

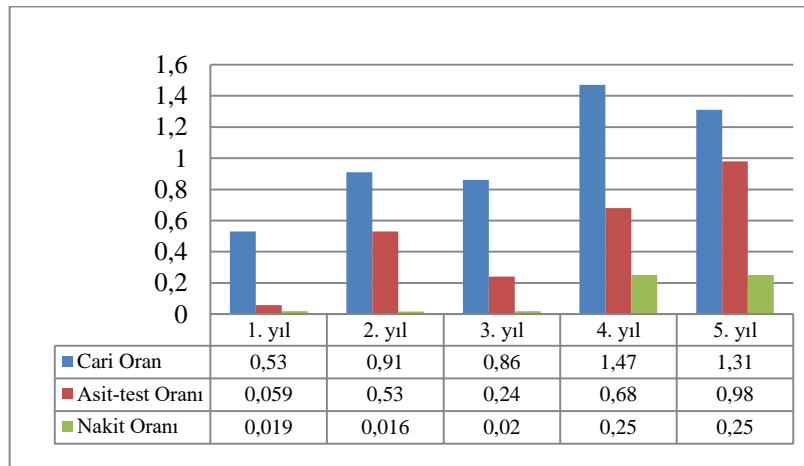
Bu çalışma, bir özel dal hastanesinin kuruluşunun ilk beş yılına ait finansal tablolarının retrospektif olarak analizini yapmayı amaçlayan tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Çalışmada finansal analiz yöntemi olarak oran analizi kullanılmıştır. Analiz; hastanenin ilk kuruluş yılından itibaren 5 yıllık faaliyet süresine ait bilanço ve gelir tabloları üzerinden yapılmıştır. Analizlerde kurumun likidite; kârlılık; faaliyet (çalışma) ve mali yapı (finansal) durumuna ilişkin oranlar hesaplanmıştır.

## Bulgular

Çalışma kapsamında yapılan analizler ve elde edilen sonuçlar likidite; kârlılık; faaliyet (çalışma) ve mali yapı (finansal) durumuna ilişkin oranlar başlığında dört kategoride incelenmiştir.

### 1.Likidite Oranları

Likidite oranları, kurumun likidite durumu; vadesi gelen borçlarını ödeme gücünü, beklenmedik piyasa şartlarında faaliyetlerini sürdürebilme yetisini gösteren oranlardır. Kurumun aynı zamanda borç ödeme gücünü gösterir. Kurumun likidite oranları kapsamında hesaplanan Cari Oran, Asit-Test Oranı, Nakit Oranı Grafik 1’de verilmiştir.



**Grafik 1: Yıllara Göre Likidite Oranları**

Kurumun cari oranı faaliyetine başladığı birinci yıl 0,53 ile genel kabul görmüş oranın (2) oldukça altında iken; sonraki yıllarda artma eğilimine girmiş; beşinci faaliyet yılında cari oran 1,31 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç diğer bir deyişle kurumun her 1 liralık kısa vadeli borcuna karşılık; 1,31 lirasının olduğunu göstermektedir.



**Tablo 1: Sağlık Kurumunun Net İşletme Sermayesi, Yıllara Göre**

1. yıl	2. yıl	3. yıl	4. yıl	5. yıl
-6.110.286,69	-1.362.417,76	-2.236.677,02	3.496.273,21	3.383.217,95

Cari Oranı, kurumun Net İşletme Sermayesi ile birlikte değerlendirdiğimizde; 3. faaliyet yılı hariç Cari Oranın Net İşletme Sermayesi ile artıyor olması ve Kısa Vadeli Borçların cari oranla birlikte dengeli seyir izlemesi sonucunda, hastanenin borç ödeme kapasitesini artırdığını, ancak 3. ve 5. faaliyet yılında Net İşletme Sermayesi ile Cari Oranda öncesinde yer alan yıllara göre tespit edilen azalmanın, kurumun ticari borçların yönetiminde (ticari borç devir hızının ile ticari borçları ödeme gün süresinin yıllar itibariyle dengesiz artış-azalış) seyir izlemesi bkz. Grafik:5) sıkıntı yaşandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Kurumun Asit Test Oranı, en düşük 3. faaliyet yılında hesaplanmıştır. Bunun nedeni kurumun yeni faaliyete geçmiş olması ve stok yönetimine ait göstergelerle birlikte değerlendirildiğinde (Grafik: 3); kurumda atıl kapasitenin oluştuğu (stok devir hızının azalması, stokların ortalama tüketilme hızının artması) tespit edilmiştir. Bu durumun izleyen yıllarda etkin bir tedarik zinciri yönetimi ile (satılma-stok döngüsü) ile çözüldüğü tespit edilmiş, kurumun asit test oranı 5. faaliyet yılında genel kabul gören 1 seviyesine oldukça yaklaştığı tespit edilmiştir (0,98).

Kurumun 1. faaliyet yılında Nakit Oranın düşük olması, kurumun faaliyetlerine yeni başlaması ve o dönemde enflasyonun yüksek seyretmesinin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir. İzleyen yıllarda ise (4. ve 5. faaliyet yılı) kurumun Nakit Oranı 0,25 hesaplanmıştır (Diğer bir deyişle kurumun her 1 liralık kısa vadeli borcuna karşılık nakit olarak kasasında borçlarını ödeyebileceği 0,25 lirası vardır. Kurum açısından olumlu değerlendirilen bu durum; kurumun en likit varlıkları ile kısa vadeli borçlarını ilk etapta yüksek oranda (1/4) ödeyebileceğini gösterir.

**Tablo 2: Sağlık Kurumunun Nakit Ödeme Gücü/gün, Yıllara Göre**

1. yıl	2. yıl	3. yıl	4. yıl	5. yıl
6,62	23,12	17,22	24,20	46,29

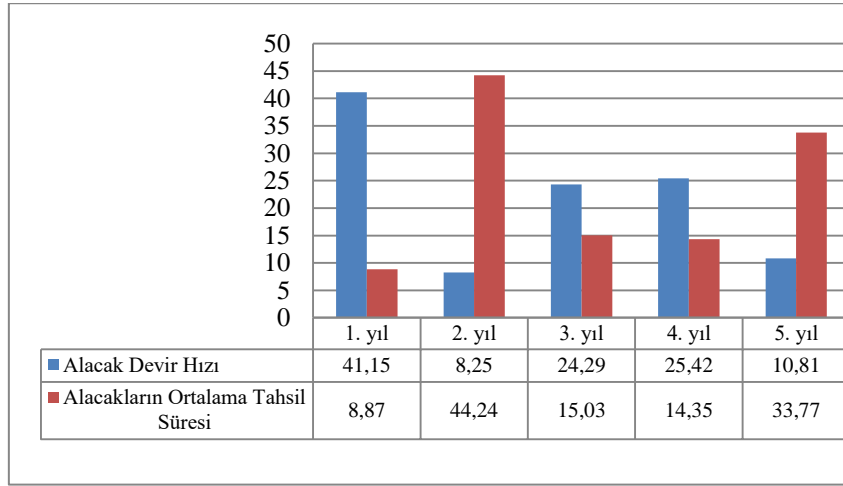
Nakit Oranını kurumun Nakit Ödeme Gücü<sup>2</sup> ile değerlendirdiğimizde; kurum sadece kasasını ve diğer likit varlıklarını kullanarak ödemelerini 1. faaliyet yılında ancak 6,62 gün finanse edebilmektedir. İzleyen yıllarda bu durum artış göstermesine rağmen, serbest piyasa koşullarında çalışan bir sağlık kurumu olsaydı yaşanabilecek bir finansal krizde zorluk yaşayabileceği söylenebilir. Yani en yüksek ödeme gücüne sahip olduğu 5. faaliyet yılında kurumun kendisini 1,5 ay idare edebilecek likiditeye sahip olduğu (46,29/gün), bir finansal bir kriz varlığında faaliyetlerini kısa vadede ya yüksek kredi faizi kullanarak ya da işçilik giderlerini azaltarak ya da işçilik ödemelerini aksatarak idame ettirmeye çalışması her ne kadar uygun yol olarak görülse de; uzun

<sup>2</sup> Nakit Ödeme Gücü = [(Kasa+hazır değer+Ticari Alacakların toplamı) + (Satışların Maliyeti + Faaliyet giderleri)] / 365 gün

vadede faaliyetlerinin sürdürülebilirliğinde finansal açıdan zorluk yaşayabileceği şeklinde yorumlanabilir.

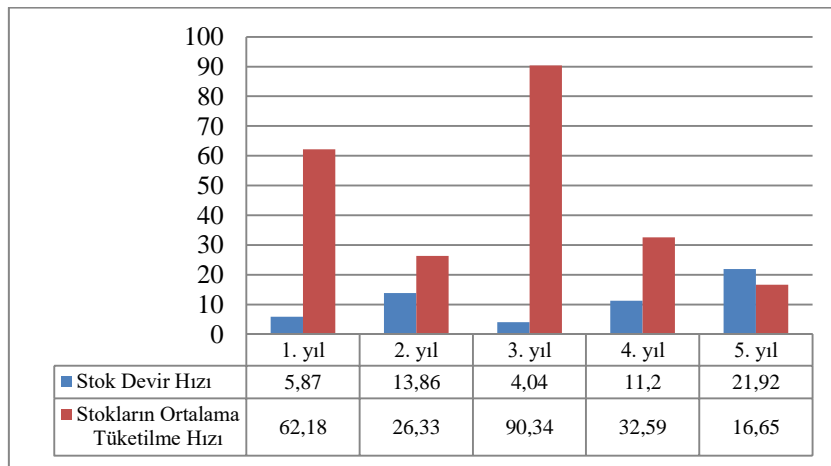
## 2. Faaliyet Oranları

Faaliyet oranları işletmelerin varlıklarını kullanmadaki etkinliklerini gösterir. Diğer bir deyişle belirli bir dönemde kurumun varlıklarını kaç kez dönüştürdüğünü, her 1 liralık aktif karşılığında ne kadarlık satış yapıldığını gösteren oranlardır.



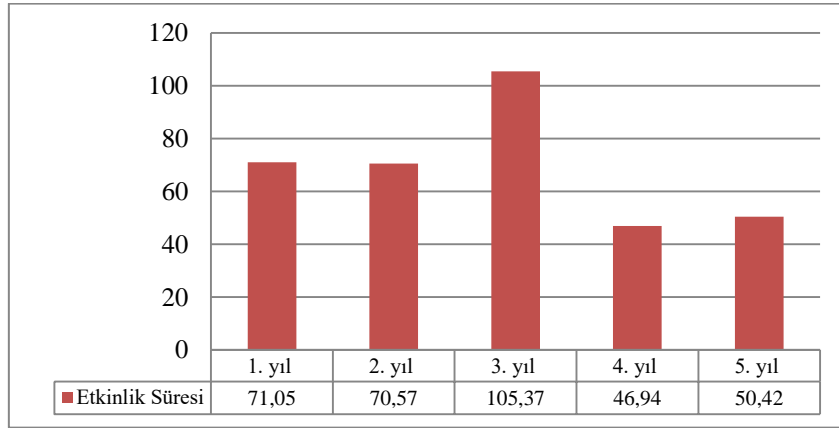
**Grafik 2 : Alacak Yönetimi Göstergeleri**

Alacak devir hızı, alacakların tahsil yeteneğini gösteren orandır (Ağırbaş, 2014). Kurumun alacaklarının 1. faaliyet yılında alacak devir hızı yüksek, tahsil süresinin düşük olduğu; izleyen yıllarda alacak devir hızının düşüp tahsil süresinin artmış olduğu dolayısıyla kurumun alacaklarını tahsil etmede sıkıntılar yaşadığını gösterir.



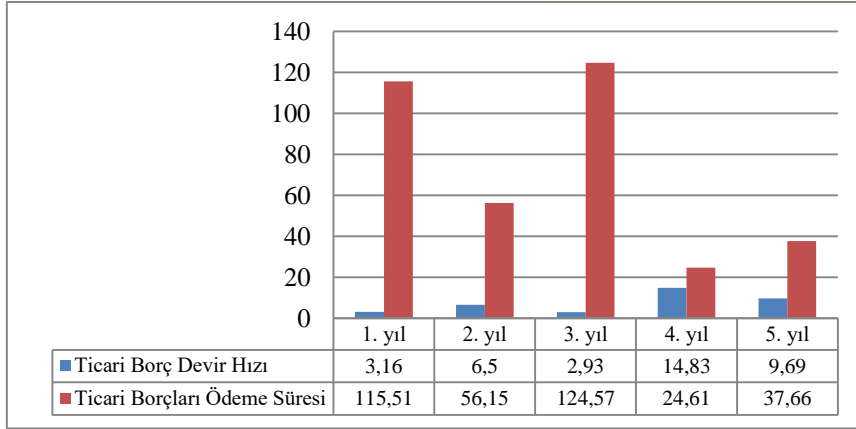
**Grafik 3: Stok Yönetimi Göstergeleri**

Stok Devir Hızı, bir yılda stokların kaç kez üretime dönüştüğünü gösteren orandır. Kurumda stok devir hızının yüksek olması verimliliğin de bir işareti olarak kabul edilir. Kurumun 1. faaliyet yılında stok devir hızı düşük, stokların ortalama tüketilme hızı yüksek hesaplanmıştır ancak 2. ve 3. faaliyet yıllarında stok devir hızı yükselmiş; stokların ortalama tüketilme hızı artmıştır. Bu durumun kurumun 3. faaliyet yılındaki satışları ile birlikte değerlendirdiğimizde; bu yıldaki satışlarının 1. faaliyet yılına göre 2 kat arttığı; Satışların Maliyetinin ise her iki yılda birbirine yakın bir seyir izlediği ve faaliyet giderlerinin 1. faaliyet yılına göre arttığı tespit edilmiştir. Bu durum 2.-3. faaliyet yıllarında kurumda stok yönetiminde ciddi sıkıntılar yaşandığını göstermektedir. Sağlık kurumlarında stoklar ilaç ve tıbbi malzemelerden oluşmaktadır ve optimum miktarda stokla çalışılması maliyetlerin kontrolü açısından önemlidir. Ayrıca stokların finansman maliyetine sahip olması nedeniyle, kurumda dönem sonunda oluşacak fazla stok için ek sermayenin stoklara bağlanması, kurumun likidite yapısını olumsuz etkileyecektir.



**Grafik 4: Faaliyetlerin Etkinlik Süresi**

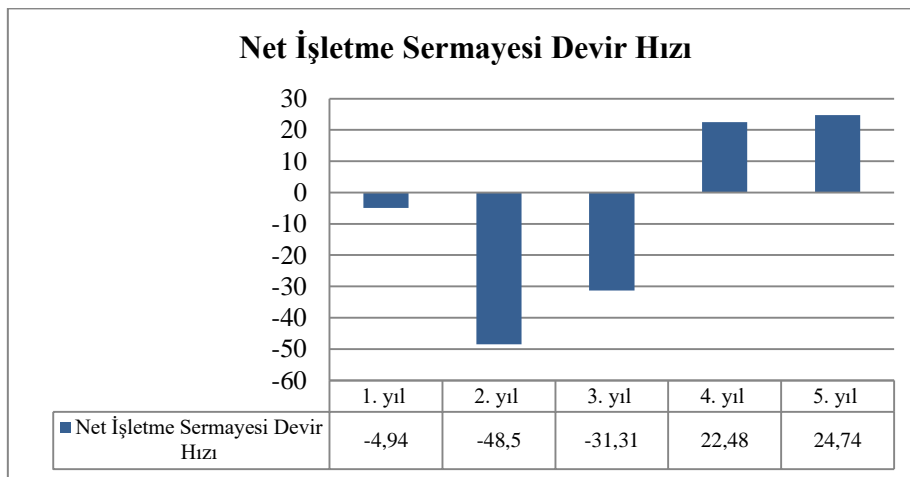
Faaliyetlerin Etkinlik Süresi ile kurumun kasasından çıkan nakdin ne kadar sürede geri döndüğü hesaplanmaktadır. Kurumun etkinlik süresinin ilk yıllarda yüksek olduğu; bu dönemden 3. faaliyet dönemine kadar Faaliyet Etkinlik Süresinin arttığı tespit edilmiştir. Bu dönemlerde kurumun hizmet üretimi, satış, tahsilat mekanizmasında sıkıntı yaşadığını şeklinde yorumlanmıştır. Ancak izleyen 4.-5. faaliyet yıllarında Faaliyet Etkinlik Süresinin azalmaya başladığı tespit edilmiştir. Bu dönemde ayrıca stok devir hızının arttığı ve stokların ortalama tüketilme hızının azaldığı tespit edilmişti (Grafik:3). Elde edilen bu bulguları kurumun iç dinamikleri ile birlikte değerlendirdiğimizde; ameliyathane, anjio gibi tıbbi hizmet sunan birimler ile stok ve satın alma süreçlerinin eşgüdümlü yürütülmeye çalışıldığı anlaşılmıştır. Çalışmanın bu sonucu aynı zamanda sağlık kurumlarında idari ve tıbbi süreçlerin uyum içinde yürütülmesi gerekliliğini gösteren önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.



**Grafik 5: Ticari Borçların Yönetimi Göstergeleri**

Kurumun Ticari Borç Ödeme hızının 3. faaliyet yılı hariç arttığı; Ticari Borçlarını Ödeme Süresinin ise azalma eğilimine girdiği hesaplanmıştır. Kurum ticari borçlarını 5. faaliyet yılında 9 kez yani 38 günde bir ödemiştir. Ticari borç devir hızının zamanla artıyor olması ve kurumun faaliyet hacmindeki artış (yeni kliniklerin faaliyete girmesi vb.) bir arada değerlendirildiğinde, kurumun faaliyetlerini yürütürken gelecekte daha az işletme sermayesine ihtiyaç duyacağını gösterir.

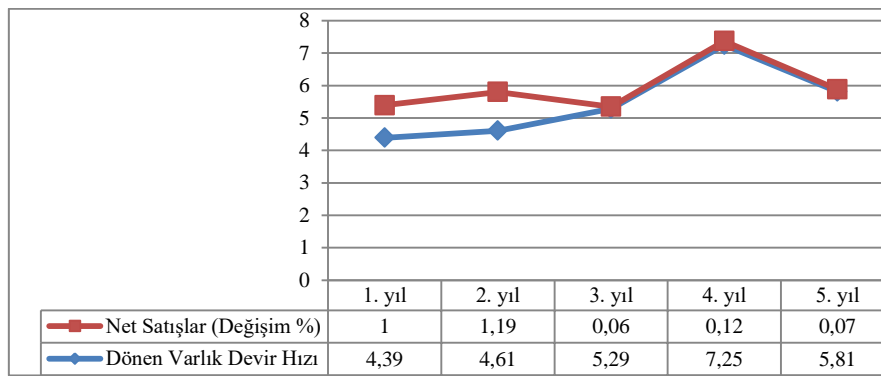
Ticari borçları ödeme süresinin uzun olması işletmeler açısından olumlu bir durum sayılabilir. Ancak kurum bir özel dal sağlık kurumudur ve özellikle malzemeler konusunda (kalp stentleri, ICD cihazları vb.) dışa bağımlı olunması nedeniyle; bu sürenin kısa tutulmasının tedarikçilerle fiyat konusundaki pazarlıkta, kurumun malzemelerini daha az maliyetle tedarik etmesini ve döviz kurundaki dalgalanmalardan daha az etkilenilmesini sağlayarak; karlılığını artıran bir unsur olarak değerlendirilmelidir. Yine 3. ve 4. faaliyet yıllarında kurumun aktif karlılığını artırdığını; bu durum kurumun iç yapısı açısından değerlendirildiğinde kaynakların tedariki konusunda, kurumda maliyet etkin bir yol izlediğini gösterir (etkin bir satın alma yönetimi ile yüksek maliyetli malzemelerin alım fiyatlarındaki düşüş gibi).



**Grafik 6: Net İşletme Sermayesi Devir Hızı**

Kurumda 1. ve 2. faaliyet yıllarında İşletme Sermayesinin negatif değer alması, Cari Oranın düşüklüğü, Alacak Devir Hızının yüksek olması ve karlılık durumunun negatif olması, kurumun yetersiz çalışma sermayesine sahip olduğunu gösterir. Bu dönemde kurumun yeni faaliyete başlaması, büyüme hedefli yeni kliniklerini hizmete açması, 7/24 saat hizmet vermeye yönelik kaynakların (özellikle sağlık insangücü) temin edilmesi ile geçici atıl kapasite oluşmuştur. Ayrıca 2. faaliyet döneminde Satışların Maliyetinin önceki yıla göre artarken karlılığının azalmış olması da kurumda bu dönemde etkin bir tedarik zinciri yönetimi uygulanamadığını göstermektedir.

3. faaliyet yılından 4. faaliyet yılına geçişte Net İşletme Sermayesi Devir Hızında 53,79'luk artış tespit edilmiştir. Bu artış; kurumun satınalma, stok, nakit vb. konularda etkin olarak yönetilmeye başladığını göstermektedir.



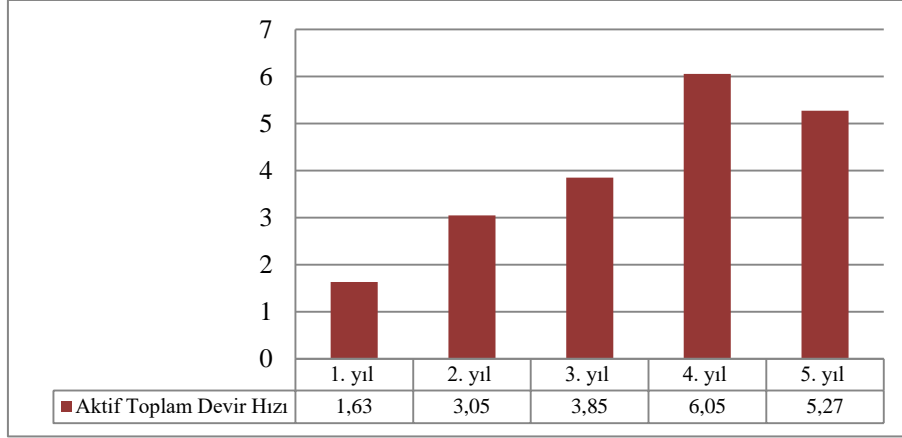
**Grafik 7: Dönen Varlıklar (Brüt İşletme Sermayesi) Devir Hızı**

Dönen varlık devir hızı; net satışların dönen varlıklara bölünmesi ile hesaplanır. Dönen varlıklar devir hızının likidite oranları ve net satışlar ile ilişkilendirdiğimizde<sup>3</sup> kurumun 4. faaliyet yılına kadar satış hacminin artırmasıyla başarılı bir rota izlediğini söyleyebiliriz. 5. faaliyet yılında satışlar 4. faaliyet yılına göre %7 artarken; dönen varlıkların artış oranı %33'e yükselmiş olmuştur; dönen varlıklardaki bu hızlı artış kurumun ek finansman ihtiyacına neden olmuştur. Her ne kadar stok devir hızındaki artışa ve stokların tüketilme gün sayısındaki azalmaya ve satışların bir önceki yıla göre artmasına rağmen, kurumun alacakları tahsil etme konusunda zorluklar yaşamaması<sup>4</sup> (bknz. Grafik 2) nedeniyle kurumun kar marjını olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca kurumun 5. faaliyet yılında karlılık oranında önceki 2 yıla göre azalma<sup>5</sup> gerçekleşmiş olup; bu durumu kurumun iç dinamikleri açısından değerlendirdiğimizde; kurumun 5. faaliyet yılının son dört ayında MR merkezinin faaliyetine geçici olarak ara verdiği ve kurumun faaliyetlerinde meydana gelen bu aksamanın da kurum karlılığını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.

<sup>3</sup> Net satışların bir önceki yıla göre değişimi [(ilgili yıl verisi-önceki yıl verisi)/önceki yıl verisi] formülü ile hesaplanmıştır.

<sup>4</sup> Kamu sağlık kurumlarında geri ödemede belirleyici en önemli unsur Sosyal Güvenlik Kurumuna ait düzenlemelerdir

<sup>5</sup> 5. Faaliyet yılı ilk 9 ayındaki Net karlılığı 0,154 iken; 12 aylık Net karlılığı 0,0095 hesaplanmıştır (Bknz. Grafik 9).

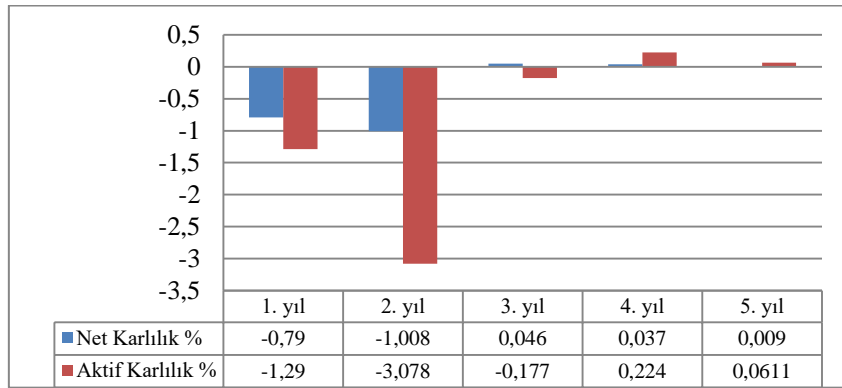


**Grafik 8: Aktif Devir Hızı (eski 9)**

Aktif Devir Hızı oranı, kurumların aktif toplamının bir yıl içinde kaç kez dönüştüğünü gösteren, varlıkların etkin kullanma derecesini ölçen orandır. Sağlık kurumları teknoloji yoğun işletmeler olduğu için aktif devir hızının düşük olması normal kabul edilir. Aynı zamanda sabit yatırımı yüksek olan özel dal hastanesi olması sebebiyle de gelecekteki kar durumu; kuruma başvuracak hasta sayısına bağlıdır. Çalışmada karlılık oranları ve likidite oranlarında hesaplanan artma eğilimi; kurumun finansal durumunda düzelmeye işaret etmektedir.

### 3.Karlılık Oranları

Karlılık oranları kurumun tüm faaliyetlerinde karlı çalışıp çalışmadığının ölçülüp yorumlanmasında kullanılan oranlardır. Kurumların geçmiş karlılık oranları çerçevesince gelecekteki durumunu öngörerek yatırım kararları alınmasında en önemli göstergelerdir.



**Grafik 9: Yıllara Göre Karlılık Oranları (eski 12)**

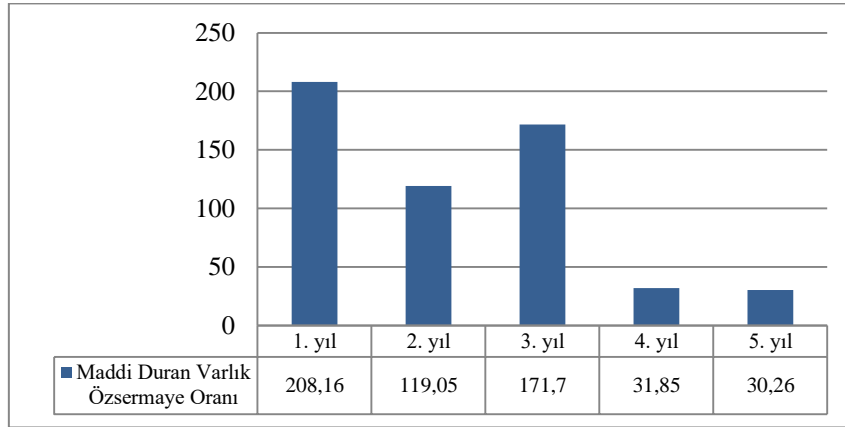
*Net karlılık*, vergi sonrası net karın, net satışlara bölünmesiyle hesaplanır. Kurumun satışlarından elde ettiği karı gösterir. Kurumun net karlılığı 1. faaliyet yılında % 79 ile zararda iken; bu değer 2. faaliyet yılında %100'lerin üzerinde gerçekleşmiştir. Yani kurumun net karlılığı 1. ve 2. faaliyet döneminde negatif değerler almıştır. Bu durumun nedeni; kurumun yeni faaliyete başlaması, direkt işçilik giderleri, ilk madde-malzeme giderinden kaynaklı oluşan atıl kapasitenin varlığı olarak

değerlendirilmiştir. İzleyen yıllarda karlılığın pozitif değer aldığı hesaplanmıştır ancak 3. faaliyet yılında gerçekleşen karlılıktaki artış; 4.-5. faaliyet yıllarında sürdürülememiştir.

*Aktif Karlılık*, varlıkların etkin kullanma derecesini ölçen önemli bir orandır. Vergi sonrası net karın, toplam aktife bölünmesiyle hesaplanır. Kurumun ilk yıllarda negatif aktif karlılık sergilemesi yeni faaliyete başlaması ile ilişkilendirilirken; kurumun 3. faaliyet yılında kar etmeye başladığı, ancak sonraki yılda yaşanan düşüşün karlılık açısından etkinliğin sağlanamadığını göstermektedir. Diğer bir deyişle bu sonuç kurumun satışlarının karlılık anlamında başarısının henüz düşük olduğu şeklinde yorumlanabilir.

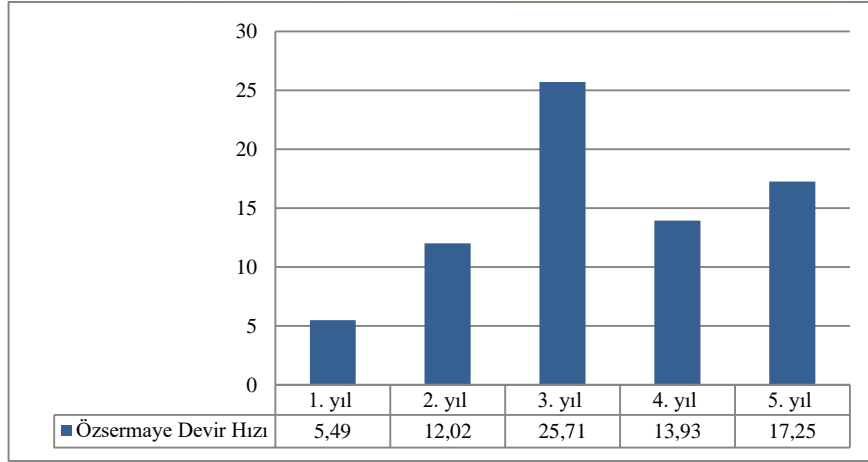
#### 4. Mali Yapı Oranları

Mali Yapı Oranları işletmelerin kaynak yapısının ve uzun vadeli borç ödeme gücünün ölçülmesinde kullanılan göstergelerdir. İşletmenin yarattığı kaynakların borç özsermaye dağılımı, aktiflerin fonlamasında ne şekilde kullanıldığı; firmaların finansal yapılarının sağlamlığı, kaynak kullanımının optimallliği ve katma değer yaratmaktaki başarıları bu oranlar ile ölçülmektedir.



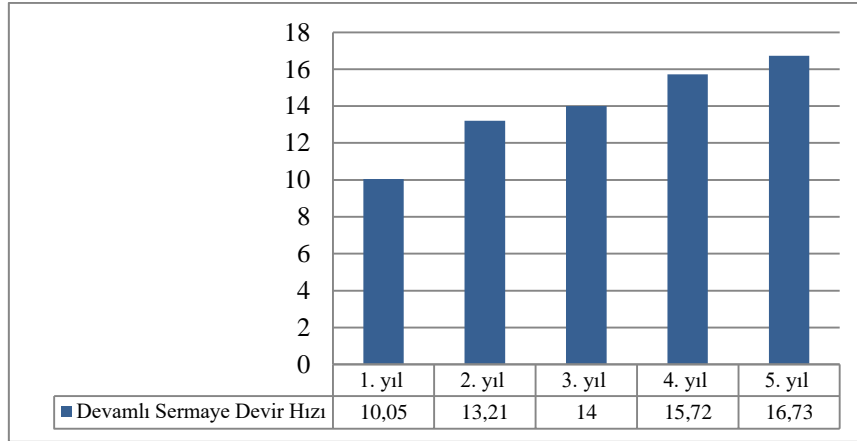
**Grafik 10: Maddi Duran Varlık-Özsermaye Oranı**

Maddi Duran Varlık-Özsermaye Oranı; kurumun faaliyetine başladığı yıl %100'den büyüktür. 1. ve 2. faaliyet döneminde bu oranın yüksekliği kurumun, maddi duran varlıklarının finansmanında yabancı kaynak kullandığını, sermayesinin yetersiz olduğunu ve ek sermaye gereksinimi olduğunu göstermektedir. Maddi Duran Varlık-Özsermaye Oranında 3. faaliyet yılında başlayan azalma hastanenin faaliyetlerinin aktifleşmesiyle ve maddi yatırımlarının büyük kısmını kendi öz sermayesi ile finanse etmeye başladığını göstermektedir.



**Grafik 11: Öz Sermaye Devir Hızı - Devamlı Sermaye Devir Hızı**

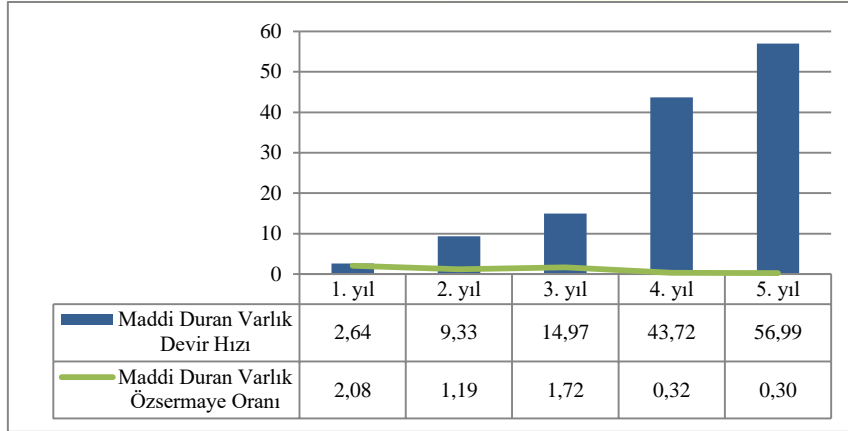
Öz sermaye devir hızı, net satışların özsermayeye bölünmesiyle hesaplanan, özsermayenin verimli kullanılıp kullanılmadığını ölçen göstergedir. Kurumun 5 yıllık faaliyet döneminde özsermaye devir hızı dalgalı bir seyir izlemiştir. Bu bulgu, sağlık kurumunda özkaynakların yönetiminde problem yaşandığını gösterir. Ayrıca faaliyetlerine yeni başlayan bir sağlık kurumunun büyüme yönlü politika izliyor olmasını likidite oranlarıyla birlikte değerlendirdiğimizde; kurumun likidite artırıcı politika izlediği söylenebilir. Ayrıca kliniklerdeki çeşitlenme ve büyüme gibi ek yatırımların yapılması, kurumda yetersiz sermayeden kaynaklı yaşanabilecek sorunların azaltılmasını sağlayabilir (evde bakım hizmetleri, nükleer tıp merkezi kurulumu vb).



**Grafik 12: Devamlı Sermaye Devir Hızı**

Devamlı sermaye devir hızı, net satışların ortalama devamlı sermayeye (uzun vadeli yabancı kaynak + özsermaye) bölünmesiyle hesaplanan değerdir. Hastanenin devamlı sermaye devir hızının yükselme eğiliminde olması, hastanenin uzun vadeli yabancı kaynak kullanımında etkin davranmadığını, bu nedenle likidite oranını yüksek tutacak politikalar izlemesi önerilir.





**Grafik 13: Maddi Duran Varlık Devir Hızı - Maddi Duran Varlık Özsermaye Oranı**

Maddi duran varlık devir hızı yıllar itibariyle artarken; maddi duran varlıklar-özsermaye oranı düşme eğilimindedir. Sağlık kurumları yüksek tıbbi teknolojiye yatırım yapan kurumlardır ve ilgili grafikten maddi duran varlıklarının finansmanında yabancı kaynak kullandığını anlaşılmaktadır. Çalışmada ele alınan sağlık kurumu kamu sektöründe faaliyet gösterdiği için finansmanı aynı zamanda genel bütçe ödeneği ile desteklenmektedir. 4. ve 5. faaliyet yılında maddi duran varlıklar-özsermaye oranında görülen azalma ise; hastanenin finansmanında kendi kaynağını yaratmaya başladığını ve maddi duran varlık finansmanını kendi bütçesinden karşılamaya başladığı şeklinde yorumlanmıştır.

### Tartışma ve Sonuç

Dünya'nın gayrisafi milli hasılası 2018 yılında 81 trilyon dolar civarındadır. Dünya sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı % 9,8'dir. Ülkelerin sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasılaya oranında en yüksek pay %17 ile ABD'de, OECD ülkelerinde %12,55 civarı; Türkiye'de ise bu oran % 4,2'dir.

Dünya sağlık örgütünün 2010 yılı Finansal Raporunda 5,3 trilyon dolar hesapladığı sağlık harcamalarının en iyi tahmine göre %20-40 arası israf edildiğini belirtmiştir. Raporla sağlık hizmetleri finansmanı; kaynakların kullanılabilirliği, sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda insanların direkt ödemelere karşı bağımlılığı, kaynakların verimsiz ve adaletsiz kullanımı çerçevesince 3 temel başlıkta ele alınmıştır (WHO Financial Report, 2010). Rapor sağlık hizmetlerinde israfın azaltılmasının büyük ölçüde sağlık sistemlerinin yeteneğini artıracak ve geliştirecek kaliteli sağlık hizmeti sunulması ile olacağını önermektedir. Bu bağlamda önerilerini sağlık hizmetlerinde yeterli fon ile finans hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, doğrudan ödemelere bağımlılığın azaltılması, verimliliğin ve eşitliğin artırılması şeklinde tanımlamıştır.

Tıp alanındaki gelişmeler ve yeniliklerle ilişkili olarak bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik talepleri niteliksel ve niceliksel olarak yükselmekte, diğer taraftan sağlık hizmetlerinin maliyetleri ise artmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişebilirliğin kolaylaşması, yaşlanan nüfus ile birlikte kronik ve dejeneratif hastalıkların sağlık sistemi içindeki yükünün artışı, yaşam biçimi ve çevresel faktörlerin oluşturduğu tehditler, hizmet arzına yönelik beklentiler gibi unsurlar; sağlık harcamalarını artırırken ülkelerin sağlık sistemlerinde "sürdürülebilir" yeni arayışları zorlamaktadır (Özsarı, 2011).

Kaynaklarını istenen seviyede finanse edebilen, borç ve öz sermaye yönetiminde dengeli fon sağlama yeteneğine sahip kurumlar finansal açıdan başarılı olarak kabul edilir. Hastaneler; ileri eğitim almış personeller ile yüksek tıbbi teknolojilerin kullanılarak hizmet sunulduğu kurumlardır ve toplam sağlık harcamalarının 2/3'ünü, en iyi değerlendirme ile yarısını kullanan sağlık hizmeti sunulan kurumlardır (WHO, 2010). Hastanelerin, genel sağlık sisteminin en önemli kaynak tüketicisi olduğundan mevcut kaynakların verimli ve etkili kullanılması için finansal yönetiminin sağlanması gerekir.

Hastanelerinin finansal performansına etki eden en önemli dış faktörün geri ödeme ve fiyatlandırma sistemi, en önemli iç faktörün ise personel, malzeme ve tıbbi teknolojinin verimsiz kullanılması olduğu (Yiğit ve Yiğit, 2016), Türkiye'de sosyal güvenlik teşkilatının denetim yapılanması ve sisteminin yetersizliği hususundaki tespitler SGK'nın sağlık denetimlerini etkin şekilde gerçekleştirmesine olanak sağlayamamaktadır (Mil ve ark. 2016).

Çalışmada incelen literatür Türkiye'de sağlık kurumlarında finansal performansın genel olarak zayıf olduğunu (...), bu kapsamda sağlık kurumlarının finansal açıdan etkin yönetimlerinin sağlanması; atıl kapasite/israf vb. konularda (Ayanoglu ve ark., 2010; WHO Financial Report, 2010) tespit edici-önleyici-denetleyici mekanizmaların etkinleştirilmesinin önemini göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ilgili hastanede;

- Yıllar itibarıyla dönen varlıkların artması, kısa vadeli yabancı kaynakların azalması ile likidite oranında artış yaşandığı,
- Hastanenin likidite sıkıntısı yaşamadığı ve kısa vadeli borçlarını ödeme gücüne sahip olduğu,
- Hastanenin faaliyet oranlarını iyileştirmeye başladığı,
- Varlıklarını etkin ve verimli kullanmaya başladığı,
- İlk kuruluş yıllarında Satışların Maliyeti artarken karlılığının azalmış olması etkin bir tedarik zinciri yönetimi uygulanmadığını ancak izleyen yıllarda daha düşük maliyetle girdilerin temin edilmeye başladığını (satışların maliyetinde tespit edilen düşüklük) ve tedarik yönetimi açısından sorunun çözülmeye başladığı,
- Faaliyet ve genel yönetim giderlerindeki artışın, kârlılık oranlarında negatif etkili olduğu,
- Hastanenin alacaklarını tahsil etmede dönemsel olarak sıkıntılar yaşadığı,
- Belli yıllarda geçici atıl kapasite oluştuğu (2. faaliyet yılı),
- Hastanenin karlılık durumunun finansal açıdan başarısızlık yaratacak düzeyde olmasa da iyi olmadığı tespit edilmiştir.
- Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu 3. faaliyet yılından 4. faaliyet yılına geçişte Net İşletme Sermayesi Devir Hızında tespit edilen 53,79'luk artışın, kurumun iç yapısı ile değerlendirildiğinde kurumun satınalma, stok, nakit vb. konularda daha profesyonel ekibe görev verdiği ve ilgili idari faaliyet alanlarının etkin olarak yönetilmeye başlanmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

### Öneriler

Genel olarak hastanelerin finansal performansın artırılmasında;

- Etkin bir tedarik zincir yönetim sistemi kurulması ve bu birimlerde finans-satınalma açısından deneyimli elemanlarla çalışılması,
- Hastane genelinde gelir-gider alanında sorumlu tüm personellerin finansal yönetim açısından hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi,
- Satınalma ve stok gibi birimlerin kliniklerle eşgüdümlü olarak çalışmasının sağlanması,

- Faaliyet giderlerinin düşürülmesi için düzenlemeler yapılması,
- Mevcut likiditesini öncelikle koruması ve likiditeyi artıracak faaliyetleri planlanması,
- Maliyetlerin kontrol altında tutulması,
- Alacak yönetiminde etkinliğin artırılması,
- Değişken giderler altında yapılacak tasarruf tedbirlerinde (döner sermaye ödemeleri vb.) personelin verimliliğinin ve memnuniyetinin ön planda tutulması
- Hastanenin tam kapasite ile çalışmasının sağlanması,
- Varlıkların etkin verimli kullanılması (ameliyatlarını branş, gün ve sayı olarak çeşitlendirmesi vb.)
- Finansal yönetim/satınalma/maliyet analizi tekniklerine hakim profesyonel yöneticilerin istihdam edilmesi ile sağlık kurumlarının finansal yapısında iyileşmeler sağlanabileceği öngörülmektedir.

### Kaynakça

- Ayanoğlu Y., Atan M., Beylik U. (2010). Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü Ve Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2(2),40-62.
- Aydemir İ.(2018). Hastanelerde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Uygulama. USAYSAD Derg, 4(2 ): 133-149
- Bıçakçı, Ağırbaş, Bülüş ve Turgut (2018). Özel Hastanelerde Finansal Analiz,, II. Uluslararası Al- Farabi Sosyal Bilimler Kongresi, <https://www.researchgate.net/publication/330873370>. E.T: May 26 2020.
- Curtis P., Roapas TA. (2009), Health Care Finance, the Performance of Public Hospitals and Financial Statement Analysis, European Research Studies, Volume XII, Issue (4), 199-212.
- Çakmak N. (2006). Kütüphane yönetiminde performans değerlendirmesi. E. Kaya ve E. Yılmaz (Yay. Haz), 42. Kütüphane Haftası Bildirileri 27 Mart-2 Nisan 2006 içinde (ss. 67-86). Ankara: Türk Kütüphaneciler Derneği
- Çakmak N. ve Ocaklı E. (2006). Performans Değerlendirmesi Gerekli Midir? Neden?, Yayıncı: Üniversite ve Araştırma Kütüphanecileri Derneği
- Çil Koçyiğit S.ve Kocakoç N. (2019). Ankara İli Kamu Hastanelerinin 2008-2017 Dönemi Finansal Performans Analizi, İşletme Araştırmaları Dergisi,11 (2), 1280-1293., <https://doi.org/10.20491/isarder.2019.671>
- Erdoğan, M., Yıldız, B. (2015). Sağlık İşletmelerinde Finansal Oranlar Aracılığıyla Performans Ölçümü: Hastanelerde Bir Uygulama. KAÜ İİBF Dergisi, 6(9), 129-148.
- Karadeniz E., (2016). Hastane Hizmetleri Alt Sektörünün Finansal Performansının İncelenmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Sektör Bilançolarında Bir Uygulama Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(2):101-114.
- Mil H. İ., Güvercin A., Tarım B., (2016). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Yaptığı Sağlık Harcamalarının Denetimi, Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi, 2016, 51, (1) : 28-43
- Özgülbaş N. ve Koyuncuğil A.S., (2007). Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Ölçümü: Kamu Hastanelerinin Veri Madenciliği ile Sınıflandırılması, İktisat İşletme ve Finans, Bilgesel Yayıncılık, Sayı 22(253), s.18-30.
- Özsarı, S. H., (2011), Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları. Çerçeve Dergisi, 55.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Saltman R.B., Figueras J.,(1998). Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Aralık.
- Songur C., Kar A., Top M., Gazi A., Babacan A., (2016). Türkiye Kamu Hastane Birlikleri Hastanelerinin Finansal Performanslarının Değerlendirilmesi: Finansal Tablo Analizleri, Sayıştay Dergisi, Sayı 100, syf.1-26
- Yiğit V., Yiğit A.,(2016). Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt. 8, Sayı.16, s.253-273.
- Yücel E., Önal Y.B., (2015). Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntı ve Yeniden Yapılandırma:Adana İlinde Bir Uygulama, Sosyal Güvenlik Dergisi
- WHO, Financial Health Report 2010.



Usaysad Derg, 2021; 7(1):19 -31 (Derleme makale)

## HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN TÜRKİYE'DEKİ MEVCUT DURUMU VE ÖNEMİ

### CURRENT SITUATION AND THE IMPORTANCE OF PATIENT SAFETY CULTURE IN TURKEY

**Öğr. Gör. Mümtaz KORKUTAN**

Bitlis Eren Üniversitesi, mkorkutan@beu.edu.tr, orcid.org/0000-0001-7588-6836

**Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin KURT**

Dicle Üniversitesi, mekurt1@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-7181-8681

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (08.08.2020-07.01.2021)

#### Özet

Çalışmanın amacı, hasta güvenliği kavramının önemini vurgulamak olup bu kapsamda, Ülkemizde ve Dünyada sağlık hizmetleri sunumunda hasta güvenliği uygulamaları ile kalite geliştirme stratejileri detaylı olarak irdelenerek, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için hasta güvenliğinin önemi vurgulanmaya çalışılacaktır.

Günümüz sağlık hizmetlerindeki hasta güvenliği kavramı sektör bünyesinde ki pek çok konudan daha öncelikli hale gelmiştir. 1951 yılında ortaya çıkan hasta güvenliği kavramı ancak 1960 yılından sonra sağlık sistemlerinin içinde yer edinebilmiştir. Kalite ve akreditasyon ile ilgili uluslararası alanda çalışan kurumların sağlık hizmetleri için geliştirdikleri uygulamalara binaen ülkemizde de hasta güvenliği kavramına ilişkin uygulamalar başlanmıştır. Türkiye'de hasta güvenliği kavramı son yıllarda kalite programlarının üzerinde titizlikle durduğu bir konu olup sağlık hizmetlerindeki risk faktörlerinin yüksek olmasına bağlı olarak tıbbi hataların artış göstermesi hasta güvenliği çalışmalarına hız kazandırmıştır. Risklerden kaynaklı hataların öngörülmesi ve buna bağlı olarak hataların önceden önlenmesi ve hizmetlerin daha kaliteli ve güvenli şekillerde sunulabilmesi için sağlık yöneticilerine ve çalışanlarına büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Güvenlik, Kalite, Hasta Güvenliği, Sağlık, Sağlık Hizmetleri



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

## Abstract

The aim of the study is to emphasize the importance of the concept of patient safety, and in this context, patient safety practices and quality improvement strategies in the provision of health services in our country and in the world will be examined in detail. In addition, the importance of patient safety will be emphasized in order to provide quality health services.

In today's healthcare services, the concept of patient safety has become more priority than many issues in the sector. The concept of patient safety, which emerged in 1951, could only take place in health systems after 1960. Thanks to the practices developed for health services by institutions working in the international field related to quality and accreditation, applications regarding the concept of patient safety have also started in our country. The concept of patient safety in Turkey is an important part of quality programs in recent years. In addition, the increase in medical errors due to the high risk factors in health services has accelerated the patient safety studies. Health managers and employees have great duties and responsibilities in order to predict errors caused by risks and to prevent errors in advance and to provide services in better quality and safer ways.

**Keywords:** Safety, Quality, Patient Safety, Health, Health Services

## GİRİŞ

Sağlık kavramı tanımlanması güç kavramlardan biridir. Sağlığın kavram olarak tanımlanması, kişilerin tartışmakta olduğu tarihsel döneme ve tanımlamakta olduğu kültüre göre değişiklik göstermektedir (Somunoğlu 1999). Dünya genelinde kabul görmüş en genel tanımlama Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanımlamadır. Tanıma göre sağlık; *“sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”*. DSÖ'nün bu tanımlamasında temel hedefin, sağlığın fiziksel boyutuna olduğu kadar sosyal ve psikolojik boyutlarına da dikkat çekilmesi yatmaktadır (Robinson, Elkan 1996). Kişinin sağlıklı bir bedene ve hizmetin sunulduğu ortama sahip olabilmesi için hizmetlerin sunulduğu kurumlarda, başta personeller olmak üzere hasta ve hasta yakınlarına *“hasta güvenliği”* tedbirlerinin alınmasından geçmektedir. Sağlık kurumları, sağlık hizmeti sunarken kaliteli bir hizmet sunulmasına önem verirken, mevcut sunulan hizmet kalitesinin en önemli göstergelerinden bir tanesi de hasta güvenliği konusudur. Bu anlamda hasta güvenliği kavramını; *“hastalara olan zararın önlenmesi”* olarak tanımlayan Amerikan Tıp Enstitüsü'ne karşın ABD'deki Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) ise, hasta güvenliğini; *“sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması”* olarak tanımlamıştır. (Aspden vd., 2004; NPSF 2011). Her iki tanım da görüldüğü gibi hasta güvenliğinde ki temel amaç hizmet alan kişi veya kişilerin zarar görmemesi ve sağlıklı bir sağlık hizmeti almasını kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki güvenlik ve kalitenin iyileştirilmesine yönelik yükselen talep, hem sağlık personeline verilen eğitim müfredatının geliştirilmesi hem de klinik uygulamaların iyileştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulması ihtiyacını beraberinde getirmektedir (Sherwood, 2011). Sağlık alanında hizmet veren örgütler performans, kalite (Elsheikh vd., 2017) ve hasta güvenliği alanlarında temel (yapısal, kökten) dönüşüm yollarına yönelmektedir. Sağlık alanında son dönemlerde yapılan araştırmalar gösteriyor ki kalite, performans ve beraberinde amaçlanan hasta güvenliği konularında ilerleme katledilebilmesi için, yapısal/temel farklılıklarla değil de *“kültürel dönüşüm”* ün ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

İnsan hayatının ve sağlığının söz konusu olduğu sağlık kurumları karmaşık hizmet sunma çeşitliliklerine sahip bir yapı olması ve yüksek riskli kurumlar kategorisinde olmalarına rağmen son yıllara kadar da hasta güvenliği konusu, alanın uzmanlarınca üzerinde durulmadığı hatta tartışma konularına bile girmediğini görmekteyiz (Çiçek 2012). Özellikle teknolojinin ilerlemesi ve modern tıbbın geliştiği son yıllarda, yeni tedavi yöntemlerin geliştiğini ve bu gelişimlerin tıbbi olarak hastalara birçok faydalar sağladığını görmekteyiz. Bu gelişmelerin yanında sağlık kurumlarında teknolojinin faydaları kadar potansiyel zararlarının da olduğu uzmanlarca bilinmesine rağmen sağlıkta güvenlik, hasta güvenliği gibi konularda toplumsal bir farkındalık oluşmamıştır. Son zamanlarda hasta güvenliği ile ilgili yapılan araştırmalar konu için temel oluşturmuş olup sağlık yöneticileri başta olmak üzere; sağlık çalışanları, politika yapımcıları, akademisyenlerin ve toplumun hasta güvenliği konusuna karşı hassas olmalarını sağlamıştır. (Kohn vd., 2000; Aspden vd., 2004; Hoff vd., 2004; Thomas & Houston 2005).

Görüldüğü gibi hasta güvenliği terimi; hastaya odaklanmakta iken hasta bakımı gerektiren durumlarda hastaya zarar veren dış etkenleri de unutmama gereği üzerinde durmaktadır. Yapılan hatalardan öncelikle hastalar zarar görmekte, dolaylı olarak da aileleri ve çevreleri de etkilenebilmektedir. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarına zarar veren sağlık personeli de, şiddet, meslekten nem gibi olumsuzluklar yaşayabilmekte ya da kendi içlerinde duygusal bir çöküntü yaşamaktadırlar (Warburton, 2009: 224). Bu ve buna benzer olaylar benzer kurumlarda yaşandığı sürece, hizmeti alanlar ile sunanların fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıkları olumsuz etkilenmektedir.

Bir kurumda hasta güvenliğini oluşturmadaki temel amaç; sağlık hizmeti alan kişilere ve çevrelerine hizmet sunumu sırasında zarar görmelerini önlemek ya da en aza indirecek bir kurum olmak, bu amaca yönelik olarak da personellerinin bilgi ve becerilerini maksimum seviyeye getirip güvenliği oluşturmaktır (Güven, 2007: 411). Kurumlarda bu güvenliği yakalayabilmek için, tüm taraflarca “hasta güvenliği” konusuna gereken önem verilmeli, geliştirilmeli ve ilerletilmesi için gerekli önlemler sağlanmalıdır. Bu faaliyetler hem kamu hem de özel sağlık hizmeti sunan taraflarca yerine getirilmelidir. Sektör içinde hasta güvenliği ile ilgili bir tartışma ortamı oluşturulup, bu sayede hizmet sunucular, hastalar ve hasta yakınlarının bilinçlendirme faaliyetleri artırılmalıdır (Birgili, 2010: 59).

Ayrıca yaptığımız literatür taramalarında hasta güvenliği boyutunun detaylı ve etraflıca incelenebilmesi için sağlık çalışanları (yardımcı sağlık personelleri, hemşireler, doktorlar ve klinik araştırmacılar) üzerinde yapılan çalışma sonuçlarının (Stievano, 2009: 392) kavram için kayda değer mesafelerin alındığını göstermektedir. Bununla beraber hasta güvenliğinin oluşturulma standartlarının detayı, tarihsel kronolojisi ve bu alanda alınabilecek olası önlemler ele alınacaktır.

### DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE HASTA GÜVENLİĞİNİN TARİHÇESİ

Hasta güvenliği ile ilgili araştırma ve çalışmalara baktığımızda ilk olarak temelini ABD’de atıldığını görmekteyiz. Amerika Birleşik Devletlerin de hasta güvenliği ile ilgili birçok araştırma, analiz ve raporların olduğunu görmekteyiz. Hatta alanla ilgili ilk çalışma ise 1955 senesinde ABD’li hekim Ernest Cedman’ın hasta çıktıları üzerine olan çalışmaları olmuştur. Daha sonra Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı 1984 senesinde ABD’nin New York eyaletinde “Harvard Tıp Uygulama” çalışmasının kurulması olmuştur. Ve devamında;

- 1992 yılında Colorado ve Utah’ta “Tıbbi Uygulama Çalışması” yapıldı.

- 1995 yılında 1. Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı düzenlendi.
- 1996 yılında hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar hız kazanmış ve politikacılar konu ile ilgili düzenlemelerin içinde yer almaya başlamışlardır.
- 1997-1998 yılları arasında hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara dair konu ile ilgili yapılan araştırma sonuçları ile hazırlanan raporlar yön vermiş ve bu raporlar kamuoyu ile paylaşılmıştır.
- 2000 yılında Hasta hizmet bakım kalitesini arttırmak için kalite ve hasta güvenliği ile ilgili standartlar oluşturulmaya başlamıştır.
- 2001 yılında Ulusal Hasta Güvenliği Görev Gücü (FDA, AHRQ, CDC, CMS) kurulması.
- 2002 yılında Sağlık sigorta şirketleri de hasta güvenliği konusuna dâhil olduklarını gösteren çalışmalar yapmışlardır.
- 2003 yılında “Uluslararası Birleşik Komisyon” tarafından yeni araştırma sürecinde “Halkın Sağlığını Arttırma Stratejileri Vizyonu”nun duyurulması, Uluslararası Güç Örgütü (IOM) tarafından Ulusal Eylem için Öncelikli alanlar raporunun yayınlanması, FDA’nın ilaç kodlamanın kriterlerini belirlemesi ve sağlık geliştirme enstitüsünce interaktif kalite kaynaklarının geliştirilmesi olmuştur (Korkmaz, 2018).

Kaliteli ve güvenli bir sağlık sistemini oluşturmak amacıyla 1951 yılında kurulan Sağlık Bakım Organizasyonların Akreditasyonu Birleşik Komisyonu’na rağmen hasta güvenliği ile ilgili süreçler tam oturamamış ve uygulanamamış. Ancak 10 yıl sonrasında hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar sağlık sistemi içerisinde tam anlamıyla yerini bulmuştur (Çakmakçı, 2005). Hasta güvenliğinin bilimsel olarak başlangıç çalışmaları ise 1984 yılında New York hastanelerinde tedavi gören hastaların tıbbi kayıtları üzerinde yapılan iki çalışma olarak kabul edilmektedir (İlan, 2005). 2000’li yıllarda Uluslararası Göç Örgütü’nün (IOM) yayınladığı “To Err is Human” adlı raporda Amerika Birleşik Devlet’lerinde tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı yıllık 98 bin olduğu bundan ötürü hasta güvenliği konusu tekrar gündeme geldiği ve öncelikli konular arasında girdiğini görmekteyiz (Kohn vd., 2000).

Dünya sağlık sisteminde hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar, uğraşlar 1950 yıllarında başlamasına karşın ülkemizde sağlık kurumlarındaki kalite-akreditasyon uygulamalarının ancak kanunlarla desteklendiği 2000’li yıllardan sonra desteklenmeye, konuşulmaya ve tartışılmaya başlanmıştır. Ülkemizde hasta güvenliği için temel olan tıbbi hatalar ile ilgili yeterli ve güvenilir verilere maalesef birçok nedenden ötürü henüz ulaşılamamaktadır. Bundan ötürü sağlık sistemlerindeki bu konunun önem derecesini anlamak ve anlatabilmek için gelişmiş ülkelerdeki hasta güvenliği uygulamaları örnek alınmalıdır.

Türkiye’de hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili oturmuş ve belli bir sistem içinde yürütülen çalışma yoktur. Bu tür bir sistemin olabilmesi için akreditasyon çalışmaları önem arz etmektedir. Akreditasyon uygulamaları özellikle hasta ve çalışanların güvenliği ile ilgili kayıtların izlenmesi, rapor edilmesi, analiz edilmesi ve kayıt altına alınarak iyileştirmeler yapılmasını kapsamaktadır. Ancak bu özelliklerin bildiri her kurumda farklılık göstermektedir. Her kurum kendi geliştirdiği yöntemlerle uygulamaya koyduğu bir sistem vardır. Sağlıklı bir sistemin oturtulabilmesi için tüm kurumların ortak bir paydada birleşip ona göre davranmaları gerekmektedir. Kalite standartlarını kurum kültüründe yerleştirebilmek ve geliştirebilmek maksadıyla son yıllarda ülkemizde bazı dernekler kurulmuş olup temel hedefleri ise hasta güvenliği kültürünü tüm kurumlarda ortak bir paydada birleştirmektir. Türkiye’de 2003 yılından sonra Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bazı uluslararası anlaşmalara göre hastanelerde hasta güvenliği ile ilgili olması gereken standartlara yönelik çalışmalar yapılmakta olup bu çalışmaların başlangıcı



olarak ise bazı pilot hastaneler seçilmiş ve anlaşılan kalite standartlarına yönelik eğitimler düzenlenmiştir. Uluslararası Birleşik Komisyonu ve DSÖ'nün hasta güvenliği ile ilgili hedefleri doğrultusunda Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yürürlüğe giren Hizmet Kalite Standartları Rehberine göre hasta ve çalışan güvenliğinin eksiksiz bir şekilde yerine getirilmesi için bazı yaptırımlar başlatılmıştır (Çiçek, 2012).

## HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Temel olarak sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklı olabilecek hataların önceden tedbir alınarak önlenmesi veya gerçekleşen hatalardan dersler alınıp meydana gelen ölüm ve yaralanmaların bir daha yaşanmaması için uygulanan çalışmaların tamamı hasta güvenliği kapsamı içerisindedir (Akalm, 2010). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı kavramı “hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, tekrarlanan risklerin düşürülmesi maksadıyla raporlanması ve analizi, geliştirilen çözümlerin uygulanmasından sonra hastaya daha güvenli hizmet verme süreci” olarak tanımlamıştır (Gözlü ve Kaya 2012).

Kavramı genel bir tanımlamayla; “hastalara yardım ederken onlara zarar vermekten kaçınma, zarar vermeme” olarak ele alınabilir ki bu tanıma paralel bir şekilde tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat'ın meşhur “primum non nocere” yani “önce, zarar verme!” anlayışının insanlık tıp tarihi ile yaşıt olarak ele alındığını da ayrıca ifade edebiliriz.

Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk aşamasını hasta güvenliği kültürü oluşturmaktadır. Hasta güvenliği kültürü; “hata bildirimlerinde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlüktür.” Aynı zamanda içinde bilgi ve iletişim teknolojilerinin olduğu çok kapsamlı bir yapıdır. Hasta güvenliğiyle alakalı davranış biçimlerini kapsayan değerlerin, inançların, kuralların tamamı da hasta güvenliği kültürünü oluşturmaktadır (Çakır, 2015).

Bir kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için bazı ilkelerin uygulanabilir olması gerekmektedir. Olması gereken ilkelerin planlanması şu başlıklarda toplanabilmektedir.

- Şeffaf ve yapılan hatalardan ders alınabilen bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması.
- Kurum yöneticilerinin takım çalışmasına öncelik vermesi.
- Klinik uygulamalar, işlemler, süreçler ve çalışma şartlarının devamlı değerlendirilmesinin yanında oluşan risklerin yönetimi de kriz yönetimi anlayışı ile ele alınmalı.
- Hasta güvenliği ile ilgili gelişmelerin ve raporların sürekli duyurulması, yapılan duyurularla güvenliği yükseltme mekanizmalarının artırılması, geliştirilmesi ve teşvik edilmesi gerekmektedir.
- Kişilere temel olarak kendi güvenliklerini koruma ve geri bildirim hususunda özendirici eğitimler verilmelidir.
- Ortaya çıkan negatif sonuçlar sistematik olarak değerlendirilmeli, sürekli öğrenme ve sistemlerin geliştirilmesi hususunda rehberler oluşturulmalıdır.
- Alınacak önlemlerin hatırlamaya dayalı ve cezalandırıcı olmaması konusuna da ayrıca dikkat edilmelidir (Altındış, 2014).

## Hasta Güvenliği Standartları veya Uygulamaları

Sağlık hizmetleri ikamesi olmayan hizmetler kategorisine girmektedir. Sağlık kurumları insanlara direk hizmet veren kurumlar olması nedeni ile hizmetler sunulurken oluşması muhtemel hata veya yanlışlar hastaların sakatlanmalarına veya ölümlerine sebep olacak kadar ciddi sonuçlara yol açabilir. Bundan dolayıdır ki hastaları olabilecek tüm risklerden korumak ve yüksek düzeyde sağlık



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

güvenliklerini yakalayabilmek için sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşmasına gerek duyulmaktadır. Kurumların bu kültürü yakalayabilmeleri için öncelikle iyi bir yönetim şekli ve liderlik başta olmak üzere kişilerarası iletişim, ekip çalışması, öğrenme isteği ve hastayı merkezde tutma ilkelerinin eksiksiz bir şekilde yerine getirmeleri gerekmektedir.

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar hasta güvenliğine duyulan ihtiyacın gerekliliğini ve önemini vurgulayacak güvenlik standartlarını belirlemelidirler. Bünyelerine alacakları personelleri ilk günden itibaren eğitime tabi tutarak bahse konu olan kültürün tüm çalışanlarda oluşması, farkındalıklarının artırılıp geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bu durumda da hiç şüphesiz kurum yöneticilerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Yöneticilerin güvenlik kültürüne gerekli hassasiyeti göstermesi ve personelleri doğru bir şekilde yönlendirmesi gerekmektedir. Personellerin yapacağı iş ve işlerin yöneticiler tarafından kontrol edilmesi, uyarılması, takdir edilmesi gibi davranışlar kurum için pozitif sonuçlar doğuracaktır. Bu sayede oluşacak ve oluşturulacak hasta güvenliği kültürü kurumlara maddi kazançlardan çok, hataların olumsuz sonuçlar doğurmasını, hastalara sağlıklı ve uzun bir gelecek sunmasını ve insan kayıplarının azaltılmasını sağlayacaktır (Tütüncü ve ark., 2007, Altındış ve Kurt 2010).

Sağlık kurumlarındaki hasta güvenliği standartları ve uygulamalarına bakıldığında, genel olarak literatür taramalarında belirlenen ana standartlar 10 başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklarla ilgili detaylı bilgi; "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ'de" şöyle geçmektedir; Hasta güvenliğinde genel standartlar veya uygulamalar;

1. Hastaların kimliklerinin doğrulanması
2. Etkin bir iletişimin sağlanması
3. İlaç güvenliğinin çalışanlar açısından sağlanması
4. Transfüzyon güvenliği
5. Düşmelerin önlenmesi
6. Radyasyon güvenliği
7. Sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonları azaltma
8. Cerrahi işlemlerde hatalı tarafı, hastayı ve uygulamaları önlemek
9. Güvenlik raporlama sistemleri
10. Ulusal renkli kodlar (acil durum yönetimi)

*Hastaların kimlik doğrulanması;* hastane tarafından verilen kimlik belirteçleri ile yapılır ve bu bilgiler her hastanın kol bandında yer almaktadır. Kol bandında yer alan bilgiler; hasta adı ve soyadı, hastane tarafından her hastaya verilen protokol numarası, hastanın TC kimlik numarası, hastanın doğum tarihi, kol bantları genel itibarıyla kızlar için kırmızı, erkekler için beyaz renkte olmaktadır.

*Etkin bir iletişimin sağlanması;* sağlık kurumları karmaşık işletmeler olduğu için personelin dikkat etmesi gereken en önemli durumlardan bir tanesi de hastalarla olan iletişim kanallarıdır. Hasta ve hasta yakınları genel olarak terminolojik kavramlardan bihaber olduklarından personel hasta/hasta yakınına bilgi verirken onların anlayabileceği bir dilde aktarması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının iletişiminde sıklıkla karşılaşılan hatalar; sözel olarak bir şeylerin talep edilmesi, kısaltma-sembollerin kullanımı, bazı test sonuçlarının iletilmesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

*İlaç güvenliğinin sağlanması;* kliniğe yatan hastanın kullandığı ilaçlar kayıt altına alındıktan sonra ilgili hekime bildirilir, hekim hastanın kullanacağı ilacın; dozunu, zamanını ve uygulama şeklini okunaklı bir şekilde hasta tabelasına yazar. Hastanın kullanması için evden getirdiği ilaçlar, periyodik olarak sorumlu hekim ve eczacı tarafından değerlendirilir. Hastaların kullandığı tüm ilaçlar düzenli olarak hemşireler tarafından düzenlenir. Hastanın hastaneden ayrılma durumunda tüm bilgilendirmeler hasta ve yakınlarına yapılır. Kurum eczanesinde, isim benzerliği olan ilaçlar, dozu farklı olan ilaçlar vb. şekillerde ilaçların birbirinden ayır edilmesi ve personelce rahat ulaşılması amacıyla üzerlerine etiketler yapıştırılarak farklı raflarda muhafaza edilir.

*Transfüzyon güvenliğinin sağlanması için;* ilk etapta hastanın kimliği doğrulanmalıdır. Kan transfüzyonu uygulanacak kişi veya kişilerin bilgileri; kendilerinden, dosyalarından ve kol bantlarına bakılarak teyit edilir ve daha sonra alınan numunenin üzerine etiketle yapıştırılır. Kan bankasından gelen numuneler iki sağlık personeline teyit edildikten sonra onam formu hastaya veya yakınına imzalatılır. HIV ve Hepatit testlerinin pozitif olduğu vakalara barkod verilmemesi yönünde bir otomasyon sisteminin geliştirilmesi gerekir. Bu tür dosyalardan uyarı alındığında ilgili personel tarafından yapılması gereken iş ve işlemlere ilişkin prosedür tanımlanır.

*Enfeksiyon risklerinin azaltılması işleminde;* bir ekibin özel olarak bu iş ve işlemlerde görevlendirilmesi hususunda kanun şöyle geçmektedir. “ 11.08.2005 tarihinde çıkan 25903 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Yataklı Tedavi kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğine” göre, sağlık kuruluşlarında bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturulup, bu standartlara göre uygulama yapılır.

*Hasta düşmelerin engellenebilmesi için yapılacak işlemler;* kişiler sağlık hizmeti almak üzere herhangi bir sağlık kurumunda başvurduğunda, ilgili personel tarafından bilgileri alınmak üzere doldurulan “Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formu” ile düşme riski olanlar belirlenir. Hastane içinde kişilere yönelik riskli olabilecek yerler tespit edilip gerekli önlemler alınır. Risk altında olan hastalar genellikle personelin bulunduğu bankolara yakın yerlerde gözetim altında tutulurlar. Hastane içinde düşme riskinin olduğu yerlerde (kaygan zemin vs) uyarıcı levhalar bırakılarak o bölgeden geçen kişilerin daha dikkatli olmaları sağlanır. Hastaların yanında ayrıca ilgili personellerin bu konuyla alakalı gerekli eğitimler almaları hususunda olanaklar sağlanır. Riskli kişiler görevli personel tarafından düzenli aralıklarla kontrol edilir.

*Cerrahi işlemlerin güvenli bir şekilde uygulanabilmesi;* için alınması gereken tedbirler aşağıdaki şekilde olmalıdır.

1. Ameliyathanedeki tüm malzemelerin bakımı düzenli bir şekilde teknik personel tarafından yapılmalıdır. Ameliyatlardan önce tüm cihazların kontrolü sağlanmalıdır.
2. Ameliyata başlamadan önce tüm ameliyat ekibi tarafından standart kontroller yapılmalıdır. Bu kontrollerin gözden kaçmaması için personelce bir iş-işlemler listesi hazırlanmalı ve süreç bu listeleri kontrol etmekle devam etmelidir. Cerrahi işlem doğrulama formu herkesin duyacağı şekilde sesli okunarak ekip tarafından doldurulur.
3. Cerrahi işlem öncesi hekim tüm kontrolleri yaptıktan sonra, hemşire hastanın kimlik doğrulama işlemini yapıp bir görevli personelle birlikte hastayı ameliyathaneye götürür. Hastanın ameliyathaneye kabulü, bir hemşire ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapıldıktan sonra teslim alınır.

4. Hastanın ameliyat edilecek bölgesi cerrahi taraf işaretleme kalemı kullanılarak işaretlenir. Taraf işaretleme işlemi hastanın bilinci açık iken yapılmalıdır ki herhangi bir eksiklik veya hataya mahal vermemek lazım.
5. Elektrikli cihaz veya lazer cihazlarının gerektiği işlemlerde hastada yanık oluşmaması adına cihazların kullanılması büyük bir titizlikle olmalıdır. Burada dikkat edilecek durumlar; cihazın kalibrasyon periyodu teknisyen tarafından belirlenir ve mümkün oldukça sadece kalibrasyonlu cihaz kullanılır. Cihazların bakımı firmaların belirttiği süreler göz önünde tutularak periyodik bir şekilde yapılmalıdır.

Hastanelerde beklemekten kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi için; öncelikle hastanelere başvuran hastaların risk durumlarına göre değerlendirilmesi gerekir. Kronik rahatsızlığı olan, engelli, hamile, 65 yaş üstü ve yüksek riski olan tüm hastalara öncelik tanınır. Yüksek riskli hastaların sağlık hizmetlerine erişim noktasında problem yaşamamaları için ilgili düzenlemeler yapılır. Sağlık kurumlarının yoğunluk durumlarına göre hastalara bekleme nedenleri ve bekleme süreleri hakkında bilgi verilmeli ve hastalar istediği durumlarda başka sağlık kurumlarına yönlendirilmeleri yapılır.

Sağlık kurumlarında çalışan personellerin karşılaşabileceği risk ve tehlikeler derecesine göre gruplandırılır. Bu gruplandırmaların değerlendirmeleri için bir “Çalışan Güvenliği” programı oluşturulur ve yetkililer tarafından bu programın eksiksiz bir şekilde kontrol edilir. Hastanelerin riskli birimlerinde (Nükleer Tıp, Radyoloji, Kemoterapi, Radyoterapi vs) çalışan personellerin sağlık taramaları periyodik bir şekilde yapılır. Hastanelerde en sık karşılaşılan kazalar iğne ucu kazalarıdır. Buna göre önlemlerin önceden alınması ve kazalara karşı tedbirlerin alınması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit eden birimlerin durumlarına göre; eldiven, maske, gözlük gibi koruyucu malzemelerin temin edilip kullanılması hususunda ilgili yöneticilerle denetiminin sağlanması gerekmektedir. Bulaşıcı hastalığı olan hastalar veya nadir hastalıkların tedavi ve bakım sürecinde hem hastaları hem de sağlık çalışanlarını koruma sorumluluğunu sağlık kurumlarının alması gerekmektedir. Bulaş tehlikesi olan hastalıklara karşı sağlık çalışanlarına Enfeksiyon kontrol komitesi tarafından periyodik bir aşı listesi hazırlanmalı ve personellerin aşı olmaları sağlanır. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından Haziran 2020 de yayımlanan “Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama rehberi” hem hastane çalışanları hem hastalar ve ziyarete gelenler için kazaları önleyici yaklaşımları uygulama ve güvenlik kültürü oluşması bakımından önemli bir rehberdir.

Sağlık kurumlarında mavi kod uygulama sürecinin güvence altına alınabilmesi için temel olarak bir ekip sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Oluşturulan ekip içinde; hekim, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik personelleri olmalıdır. Temel yaşam desteği risk durumunda olan ve temel yaşam desteği durmuş olan hastalara gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir. Mavi kod ekibinin içinde yer alan hekimlerin; anestezi, kardiyoloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları ve genel cerrah uzmanlıklarından en az birer tanesi olması gerekmektedir. Ekip içinde yer alan tüm personellerin önceden CPR (Kardiyo Pulmoner Resüstasyon) eğitimi alınması sağlanır.

Hastaneler bebek veya çocukların güvenliğini sağlamak için Pembe kod uygulaması sürecini sağlıklı bir şekilde yürütmelidirler. Sağlık kurumlarında Pembe Kodun verildiği durumlar; bebek veya çocuk kaçırma, kaybolma durumlarıdır. Bu uygulamanın gerçekleştirilmesi için oluşturulacak ekibin içinde bulunması gereken personeller; başhemşire, kat hemşiresi, güvenlik ve teknik



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

elamanlardan oluşturulur. Ekibin görev dağılımı hastane yöneticisi tarafından yapılır ve önceden mevcut personellere tatbikat eğitimleri verilir.

Mavi kod ve pembe kod uygulamalarından sonra sağlık kurumlarındaki bir diğer uygulama ise beyaz kod uygulamasıdır. Bu uygulamada temel olarak hastaların ve çalışanların güvenliği esastır. Sağlık kurumlarındaki saldırılara (fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddet olayları gibi) karşı alınması gereken bazı önlem ve tedbirler olmalıdır. Bu tür saldırılara karşı hastanelerde kesintisiz çalışacak bir müdahale ekibine ihtiyaç vardır. Ve bu ekipler vardiya usulü çalışmalıdır. Olabilecek olağandışı olay ve durumlara karşı sağlık kurumlarının tedbir alması gerekmektedir. Deprem, yangın, sel gibi doğal afetlerin vuku edeceği olaylara karşı kurumlar hazırlıklı olmalı ve kurum önceden bir afet planı oluşturmalıdır. Bu tür olayların tatbikatları ara ara ilgili personellere yapılmalıdır. Olayların durumuna göre olası tahliyelere karşı tedbirlerin alınması hastane yönetiminin sorumluluğundadır.

### Türkiye’deki Hasta Güvenliğinin Yasal Altyapısı

Türkiye’de Hasta Güvenliği ile ilgili uygulamalar bakanlık tarafından yayınlanan “Hizmet Kalite Standartları” çerçevesinde ele alınmıştır. Sağlık Bakanlığının yayınladığı hizmet kalite standartları içinde yer alan “Hasta ve Çalışan Güvenliği” başlığı altında toplam 34 tane alt başlık veya standart mevcuttur. Standartların hemen hemen hepsi hasta güvenliği ile alakalıdır. Türkiye’de bir diğer yasal altyapı ise 29 Nisan 2009 tarih ve 27214 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esasla Hakkında Tebliğ’dir”(R.G. 27214 Sayı). Bu tebliğ Türkiye’de hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. Bu Tebliğ’de özellikle hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulması hususunda gönüllülük ve farkındalığı sağlama amacına dikkat çekilmiş olup, bu konularla ilgili uygulama yöntemlerini sunan bir tebliğdir. Sağlık Bakanlığınca hasta ve çalışanların güvenliğini sağlama noktasında ilgili standartları geliştirmek ve uygulamak amacıyla 2009 yılında yürürlüğe giren Tebliği 6 Nisan 2011 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına” yönelik Yönetmelik haline getirilmiştir. Resmi Gazete yayımlanan bu yönetmeliğin temel amacı; “Tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğini oluşturmak için başta güvenli bir ortam ve hizmet sunumunun sağlanması, kaliteli uygulamaların artırılması, sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlar için olabilecek risklerin tespit edilmesi, risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve oryantasyon eğitimleri ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğini sağlamasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.” (R.G: 27897 Sayı). Temelde sağlık kurumlarında hasta ve çalışanların güvenliğinde yaşanan aksaklıklara değinilmiş, bu konunun kurumlar için temel bir sorumluluk olduğunu ve tüm kurum yetkililerin hasta güvenliği konusunu bir bütün olarak ele alınmasının öneminden bahsedilmiştir.

### Türkiye’de Hasta Güvenliğinin Gelişimi

Günümüzde her gün binlerce insan riskli bir mekân olarak bilinen sağlık kuruluşlarından hizmet almakta ve hayatlarını sağlık personeline emanet etmektedirler. Sağlık kuruluşlarında yaşanan tıbbi hataların nedenleri ise; kişi kaynaklı, kurum kaynaklı ve teknik faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Temelde hasta güvenliğinin amacı ise bu sebepleri ortaya çıkarmak, raporlamak ve analiz ederek bir daha tekrarlanmamasını sağlamaktır. Türkiye’de yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi olmadığı için bu tıbbi hatalar maalesef gün geçtikçe artmaktadır. Ülkemizde 2006 yılında kurulan Hasta Güvenliği Derneği hasta-çalışan güvenliği konusundaki noksanlıklara dikkat çekmek için yaptığı bazı çalışmalar bu alana öncülük etmiştir. Bu derneğin öncülüğünde ulusal ve



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

uluslararası yapılan kongreler hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürünün yayılması ve gelişmesini bir nebze de olsa artırmıştır. Son dönemlerde birçok akademisyen de hasta güvenliği ile ilgili dikkat çekecek bazı proje ve çalışmalara imza atmıştır (Uluslararası Katılımlı Kalite-Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, 2010). Bu çalışmaların tamamlayıcı olarak Sağlık Bakanlığı'nca yürürlüğe giren Hizmet Kalite Standartları kabul edilebilir. Bu standartların temel altyapısı JCI (Joint Commission International) akreditasyon standartları ve DSÖ'nün hasta güvenliği ile ilgili standartlarından alınmış olup, bu hedeflere ulaşmak için amaç edinilmiştir. Türkiye'deki Gelişmelerin Kronolojisi;

1. 29 Nisan 2009'da, 27214 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"dir. Sağlık Bakanlığı hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla Tebliğ'i 6 Nisan 2011'de "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik" haline getirmiştir.
2. 2007 yılının Mayıs ayında, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığına bağlı kurulan Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Başkanlığı, bu başkanlık 6-7 ay sonra Müstakil Daire Başkanlığı olarak devam etti.
3. 2009 yılında çalışmalar Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında yürütülmeye devam etti.
4. Son olarak 19 Mart 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" çatısı altında hizmetler yürütüldü ve halen aynı başkanlığın sorumluluğundadır.

Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri şunlardır; sağlık kurumları hastanın kimliğini doğru tanımlama noktasında bir yaklaşım geliştirmelidir. Hizmet alan ve veren arasında etkili ve güçlü bir iletişimin sağlanması hususunda bir yaklaşım geliştirmelidir. İlaç güvenliği ve yüksek riskli ilaçların kullanımı-yönetimi için sistemli bir süreç geliştirilmelidir. Cerrahi işlemlerin doğru ve eksiksiz bir şekilde tamamlanması için personelden-ameliyat teknik malzemesine kadar sürdürülebilir bir yaklaşım geliştirilmelidir. Sağlık kurumlarındaki Enfeksiyon riskinin azaltılması noktasında gelişim gösterilmeli. Sağlık kurumları, kurumdan kaynaklı hasta düşmelerini engellemek için bina iç yapısı konusunda çalışmalar yapılmalı ve olabilecek risklerden hasta ve çalışanların en az zarar görmeleri için bir yaklaşım geliştirmelidirler (store.jointcommissioninternational.org E.T: 31.08.2020);

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanelerde hizmet sunumu esnasında gerçekleşen tıbbi hataların belirlenebilmesi, önlenmesi ve kişilerin güvenli bir sağlık hizmetinden faydalanabilmesi amacıyla kurumlar ve kurum çalışanları tarafından önceden alınan tedbirlerin tamamı hasta güvenliği kapsamına girmektedir. Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürüne olan inanç ve mücadeleleri; alanla ilgili girişimlerin oluşmasına, belirlenmesine, planlamasına, sürekliliğine ve etkililiğine yansımaktadır.

Hasta güvenliği kültürünün sağlıklı biçimde yürütülebilmesi için şu ilkelerin benimsenmesi oldukça önemlidir:

- a) Hastane yönetimi uygulayacağı personel politikaları ve sürekli eğitimlerle bu düşünceleri pekiştirecek uygulamaları sürdürmelidir.
- b) Çalışanların hasta güvenliği uygulamaları içerisindeki rol ve görevlerini benimsemeleri için en kolay yol eğitim çalışmaları olup hastanede göreve yeni başlayacak olan çalışanlara uyum eğitimi içeriğinde hastanenin hasta güvenliği hedefleri ve uygulamaları yer almalıdır.
- c) Ayrıca sağlık çalışanlarının eğitim gördükleri okullarda hasta güvenliği ile ilgili konular eğitim sistemine dâhil edilerek, ayrı bir ders olarak verilmelidir.
- d) Çalışanlara “Türkiye Hasta Güvenliği Derneği” hakkında bilgi verilmeli, alanla ilgili eğitim verilmeli, çalışanların bilimsel çalışmalara (sempozyum, kongre, sertifikasyon programları gibi) katılımları konusunda teşvik edilmelidir. Personellerin bu tür çalışmalara katılımları için gerekli kaynaklar temin edilmelidir.
- e) Hasta güvenliği konusunda eğitimler sadece çalışanlara değil hasta ve hasta yakınlarına da verilmeli, iş birliği sağlanmalıdır. Sağlık kurumlarındaki güvenlik kültürünün geliştirilmesinde hasta ve hasta yakınlarıyla yapılan işbirliğinin önem arz ettiği bilinmektedir.

Ana hatları ile maddelendirmeye çalıştığımız hasta güvenliği ile ilgili yaptığımız araştırma sonucunda bazı önerileri ise şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Hasta yöneticilerinin riskli durumları ve hata yapılabilecek durumları önceden tespit etmeli,
2. Tıbbi hataların tespiti ve sistematik bir kayıt sistemi için bir kültür (ortam yaratma) oluşturulmalıdır.
3. Sağlık hizmetlerinin etkililiği ve verimliliğine önem verilmelidir.
4. Sağlık hizmetlerinin geciktirilmekten zamanında verilmesi sağlanmalıdır.
5. Sağlık çalışanlarının teknolojiyi kullanmaları ve hastane otomasyon sistemine adapte olmaları hususunda çalışmalar yapılmalıdır,
6. Hekimler, takibindeki hastalar ile ilgili bilgilere hızlı ve kolay bir şekilde ulaşabilmelidir.
7. Hastalara uygulanan tedaviler bilgisayar ortamına aktarılmalı ve dolayısıyla hastanelerin elektronik arşiv sistemine geçerek, hasta dosyalarının ulaşımı konusunda kolaylık sağlanmalıdır. Ayrıca hastaneler barkod sistemini kullanmalıdırlar.
8. Yüksek riskli ilaçların hastaya uygulanma durumunda, ilacın hazırlanması eczane ortamında olmalıdır.
9. Hastane işlemleri belli bir sisteme oturtulmalı ve devam etmelidir. Hastane eczanesi kesintisiz hizmet vermeli ve personeli işten soğutacak davranışlardan uzak durulmalıdır.
10. Kriz durumlarında soğukkanlı olunmalı ve tüm çalışanlar ile ortak çözüm bulma hususunda çaba gösterilmelidir. Hastanedeki tüm işlemlerin ekip ruhuyla yapılmasında fayda vardır.
11. Hasta ve hasta yakınlarına tedavilerin riskleri konusunda gerekli bilgilerin verilmesi hususunda hekimlerin bir eğitim sürecinden geçmeleri gerekmektedir. Eksik, yanlış, kulaktan dolma bilgilere karşı hastalar bilgilendirilip, tedavinin kabulü karşısında aydınlatılmış onam evrakının muhakkak imzalanması gerekmektedir.
12. Sağlık alanındaki sorunları tespit edip, sorunları ilgili yerlere iletme konusunda çaba gösterilmeli ve kamuoyu oluşturulmalıdır,
13. Ulusal ve uluslararası platformlarda hasta güvenliği ile ilgili seminerler, kongreler ve sempozyumlar yapılmalı, sağlık eğitim programlarının gelişimine destek verilmeli,
14. Sağlıkçılar başta olmak üzere tüm personellere işe başlamadan önce hizmet içi eğitimlerin verilmesi, eğitimlerin içeriğinin muhakkak verimli konularla doldurulmalı,
15. Hekimlere yönelik sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltecek programlar yapmak,

16. Bilgi ve becerisi yetersiz olan tüm personellere yönelik uygun eğitim politikalarının geliştirilmesi hususunda uygun bir ekip kurulmalı,
17. Önceden kestirilemeyen tıbbi hataların sonucu hakkında olabildiğince hasta ve yakınlarını gerekirse genel uygulamalar hakkında kamuoyu da bilgilendirilmeli,
18. Tıbbi hatalara karşı insanların mağdur edilmemesi için hükümetlerin konuyla ilgili yasal altyapıyı güçlendirmesi ve yasal olarak herhangi bir engelle karşılaşılması sağlanmalıdır.
19. Tıbbi hataların kesinleştiği durumlarda, kişilere gerekli tazminatların ödenebilmesi için zararların yöntemleri ve hangi zarar türüne ne kadar tazminat verileceği yasalarda açık bir şekilde ifade edilmelidir.

Kısacası; genel anlamda hasta güvenliğinin oluşabilmesi için öncelikle hasta güvenliği kültürünün oturması veya yerleşmesi gerekmektedir. Kurum yöneticileri hasta güvenliği kültürünü artırmak için çalışanları desteklemelidirler. Hasta güvenliği ile ilgili iletişim, çalışan gelişimi, iş birliği ve ödül motivasyon sistemini kurmalıdırlar. Ayrıca yöneticiler çalışanların psikolojilerini üst seviyelere çıkarmaya çalışmalıdırlar. Aksi halde çalışanlarda sinizm gibi negatif duygulanımlar oluşabilir. Bu durumun da çalışanların davranışlarına yansıyor hasta güvenliği kültürüne bir tehdit unsuru oluşturup zarar verebilmektedir. Yetkililer hasta güvenliği için hastanelerde gerekli önlem ve tedbirleri almalıdırlar.

#### KAYNAKÇA

- Akalın H. E. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü. Sağlıkta Nabız, 7(25), 10-13
- Altındış M. (2014). Hasta Güvenliği ve Komplasyonlar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 32, 68-73.
- Altındış S., Kurt M. (2010). Bilgi yönetim uygulamalarının hasta güvenliğine etkisine ilişkin bir araştırma: Afyonkarahisar ilinde bir uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24, 45-61.
- Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson SM. (2004). Patient Safety: Achieving A New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press, 2004: 29-40.
- Birgili F., vd, (2010). Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1, Ankara 2010, s.57-72.
- Çakır A.D. (2015). Hasta Güvenliği Kültürü, 23.10.2015, <http://www.ndthd.org.tr/images/hasta-guvenligi-kulturu.pdf> , Erişim Tarihi: 28.08.2020
- Çakmakçı M. (2005). Hasta hakları, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği kavramı. <http://www.suvak.org/pdf/kongreV2%20Metin%20Cakmakci.pdf>. Erişim Tarihi: 30.08.2020
- Çiçek A. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,
- Elsheikh A. M., Al Shareef M. A., Saleh B. S., & El-Tawansi M. Y. (2017). Assessment Of Patient Safety Culture: A Comparative Case Study Between Physicians And Nurses. Business Process Management Journal, 23(4), 792-810. doi:10.1108/BPMJ-02-2017-0029.
- Gözlü, K. & Kaya, S. (2012). Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. 6. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Isparta, ss.175-182.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Güven R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, s.411–422.

Hoff T, Jameson L, Hannan F, Flink E. A Review of The Literature Examining Link ages Between Organizational Factors, Medical Errors and Patient Safety. Med Care Res Rev, 2004,61;3

Kohn L.T., Corigan J.M., Donaldson M.S. (2000). To Err Is Human: Building A Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.210

Korkmaz A.Ç., (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, ISSN: 2147-7892, Cilt 6 Sayı 1(2018)10-19

Joint Commission International Accreditation Standarts For Hospital (2008). Joint Commission Resource, Inc. One Renaissance Boulevard Oakbrook Terrace, Illinois, U.S.A <https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition/?ref=PATHWAY> Erişim Tarihi: 31.08.2020

Joint Commission International Accreditation Standarts For Hospital. (2010). Joint Commission Resource, Updated International Patient Safety Goals Text Now On JCI Web Site, <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/> Erişim Tarihi: 31.08.2020

Resmi Gazete, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik, 6 Nisan 2011-Sayı:27897

Robinson J. And Elkan R. (1996) Health Needs Assessment. Pearson Professional Limited. New York.

Ilan R., Robert F. (2005), “Brief History of Patient Safety Culture and Science”, Journal Of Critical Care, 20, s.2

Sherwood G. (2011), Integrating Quality And Safety Science In Nursing Education And Practice. Journal Of Research İn Nursing 16 (3), 226–240.

Somunoğlu S. (1999), “Kavramsal Açıdan Sağlık”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1 (Sonbahar 1999), Sayfa 52-53

Stevano A. et all, A New Information Exchange System for Nursing Professionals to Enhance Patient Safety Across Europea, Journal of Nursing Scholarship, 2009, pp. 391–398.

Tütüncü Ö., Küçükusta D., Yağcı K. (2007). Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9 (1), 519-533.

Thomas MB, Houston S. The rical Approach for Investigating Patient Safety, Clinical Nurse Specialist, 2005, 19(3);129-34

Warburton, N.,Rebecca, Improving Patient Safety: An Economic Perspective on the Role of Nurses, Journal of Nursing Management, 2009, pp. 223–229.



**YÜKSEKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA  
YÖNELİK ALGI VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR DEVLET  
ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ**

**EVALUATION OF THE PERCEPTIONS AND ATTITUDES OF HIGHER  
EDUCATION STUDENTS TO RATIONAL MEDICINE USE: A STATE  
UNIVERSITY EXAMPLE**

**Öğr. Gör. Hamdi ÖZTÜRK**

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. hamdiozturk@ksu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-9879-1909

**Dr. Öğr. Üyesi Füsün ACAR**

Kayseri Üniversitesi, acarf@kayseri.edu.tr, orcid.org/0000-0002-4841-8581

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (09.10.2020-12.01.2021)

**Özet**

İlaç gerek koruyucu sağlık hizmetleri gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerinde bireylerin hastalıklarının ilerlemesinin durdurulması ya da önlenmesi bakımından vazgeçilmez bir unsurdur. Ancak ilaçların fayda gösterebilmesi için gerekli düzeyde ve hekim kontrolünde tüketiminin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hekim kontrolünde alınmayan ilaçlar insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olacaktır. Bu çalışmada bir devlet üniversitesi öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili algı tutum ve davranışları incelenmiştir. 561 öğrenci (156 erkek, 405 kadın) anket çalışmasına katılmış olup elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada bazı demografik özellikler ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki anlamlı farklılıklar ve ilişkiler değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların büyük çoğunluğunun akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup; kronik hastalığı bulunan öğrenciler ile akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür. Ayrıca katılımcıların yaş aralıkları ile bazı akılcı ilaç kullanımı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** İlaç, akılcı ilaç kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımı

**Abstract**

It's an indispensable element in terms of preventing or preventing the progression of individuals' diseases both in preventive health services and therapeutic health services. This study, the perception attitudes and behaviors of a public university student about rational drug use were examined. 561 students participated in the survey study and the data obtained were analyzed using the SPSS package program. In the study,

significant differences and relationships between some demographic features and rational drug use were evaluated. According to the results of the analysis, it was determined that the majority of the participants had knowledge about rational drug use. It has been determined that the knowledge level of rational drug use is higher than female students. A positive relationship was found between students with chronic disease and rational drug use. In addition, statistically significant differences were observed between the age ranges of the participants and some rational drug use variables.

**Key Words:** Medication, rational drug use, irrational drug use

## GİRİŞ

Akılcı ilaç kullanımı, küresel anlamda önem taşıyan bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü reçete edilen tüm ilaçların yarısından fazlasının uygun şekilde reçete edildiğini, dağıtıldığını veya satıldığını ve sağlık hizmeti alan hastaların yarısının reçete edilen ilaçları doğru bir şekilde kullanmadığını tahmin etmektedir (DSÖ, 2012). Etkin ilaç kullanımının amacı 5R'ye (Right patient, Right drug, Right dose, Right time, and Right route) ulaşmaktadır; doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol ve doğru zaman (Chen ve diğ., 2019). Ayrıca ilaçların aşırı kullanılması, az kullanılması ya da yanlış kullanılması kıt kaynakların israfına ve yaygın sağlık sorunlarına neden olacaktır (DSÖ, 2012).

Akılcı ilaç kullanımı konusundaki çalışmalar yaklaşık 30 yıldır devam etmektedir. Ülkeler Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri doğrultusunda ilaçları daha etkili ve verimli kullanmak amacıyla birimler kurmuştur aynı zamanda akılcı ilaç kullanımı programları oluşturmuştur (Aksoy ve diğ., 2015). Akılcı ilaç kullanımı hekimin hasta olan bireye tanı koyması, tedavi sonrası hastaya reçete yazılması, hastanın ilacı alması, ilacın kullanılması ve tedavinin izlenmesi sürecini oluşturan kapsamlı bir süreçtir. Bu sürecin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için devletin, ilaç sanayisinin, hekimlerin, eczacıların, yardımcı sağlık personelinin ve toplumun akılcı ilaç kullanımını benimsemesi ile mümkündür (Mollahaliloğlu, 2011).

Akılcı ilaç kullanımı konusunda halkın bilinçlendirilmesi, hekime başvurmaksızın ilaç tüketiminin önüne geçilmesi, doktorlar üzerindeki ilaç yazma baskısının azaltılması ve tanı koyan hekime doğru bilginin aktarılması tedavinin başarısını önemli derecede artırmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı konusunda reformlar yapılmadan önce halkın bilinç düzeyi ve tutumunun ölçülmesi gerekmektedir (Mollahaliloğlu, 2011).

Hastalara kendilerine uygulanacak tedaviler hakkında bilgi verilmesi ve hastalara aldıkları tedavinin bir katılımcısı olmasını sağlamak akılcı ilaç kullanımının ilkeleri arasındadır. Bu durum hastaların tedavi süreçlerine olan yaklaşımlarının belirlenmesini sağlayarak akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Akılcı ilaç kullanımının gerektirdiği davranışların uygulanmaması akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak ifade edilebilir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı; maliyeti yüksek ilaçların kullanılması, gereğinden fazla sayıda ilacın kullanılması, uygun olmayan dozlarda ve yüksek endüksiyonlarda kullanılması, gereksiz antibiyotik kullanılması, farmasötik olarak uygun olmayan yöntemlerin kullanılması, hastaya tedavi ya da ilaçların etkisi hakkında anlaşılır ve açık bir şekilde bilgi verilmemesi ve tedavi sürecinde hastayla yeterince iletişim halinde olunmaması gibi durumlar akılcı olmayan ilaç kullanımını ortaya çıkarmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Akılcı ilaç kullanımı davranışı değerlendirildiğinde, üniversite öğrencileri üzerinde ilaç kullanımı hakkında az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ise öğrencilerin reçetesiz ilaç kullanımına ilişkin görüşleri, reçetesiz ilaç kullanım durumları, kendi kendine ilaç uygulama



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

durumları ve bazı risk grubunda olan öğrencilerin düşüncelerine yer verilmiştir (Açıksöz ve diğ., 2020; Williams ve Crawford, 2016).

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

İlaç, normal koşullarda hastalıkların tedavisinde doktorun düzenlediği reçete ile kullanılan özel nitelikli endüstriyel bir üründür. Doktor reçetesi ile satılma ve eczacı tarafından sunulma özelliği bulunmaktadır. İlaçlar mevcut sağlık durumunun korunması ve sağlıklı olma halinin sürdürülmesinde önemli bir faktördür. Bitkisel ürün ile ilaç kavramı zaman zaman aynı anlama gelecek şekilde kullanılmaktadır. Bitkisel ürünler bitkilerin yaprak, kök ve gövdesinden elde edilmektedir. Bitkisel ürünlerin tıbbi iddiası pek çok konuda ilaçların gerisindedir. Bu nedenle ilaca göre tıbbi bakımdan kabul edilebilirliği oldukça zordur. Tedavi bakımından etkisini yüksek derecede gösteren bitkisel ürünlerin de ilaç olma durumu her zaman bulunmaktadır ve günümüzde örnekleri mevcuttur (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013).

DSÖ (1985) akılcı ilaç kullanımını hastaların klinik gereksinimlerine uygun, kendi bireysel gereksinimlerini karşılayacak dozda, en düşük maliyetle ilaç kullanımı şeklinde tanımlamıştır. Başka bir ifadeyle akılcı ilaç kullanımı, tedavi süresince doğru ilacı yeterli dozda reçete etmek ve hastanın klinik ihtiyaçlarına en düşük maliyetle karşılık vermektir. Milattan önce 300 yılında İskenderiye hekimi Herophilus akılcı ilaç kullanımının önemini “İlaçlar kendi başlarına hiçbir şey değildir ancak akıl ve ihtiyatla kullanıldığı zaman tanrının elidir.” şeklinde ifade etmiştir (Ambwani ve Mathur, 2006).

Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında sorumlu olan taraflar; hastaya tanı koyan hekim, ilacı tedarik eden ve danışmanlığını yapan eczacı, ilacın uygulanmasını sağlayan hemşire, diğer sağlık personeli, hasta/hasta yakını, ilaç endüstrisi, düzenleyici otorite, meslek örgütleri (Sivil Toplum Kuruluşları), akademi ve medya şeklinde sıralanabilir. Eczacılar hastalara ilaçlar ve kullanımları hakkında bilgi veren ve danışman rolünde olan en önemli faktörlerden biridir (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2020).

Doktorlar açısından akılcı ilaç kullanımı değerlendirildiğinde; hastaya en uygun tanı ve tedavi yönteminin belirlenmesi, ilaçların yarar ve zarar dengesinin hesaplanması, ilaçlar arası etkileşim ve yan etkilerin değerlendirilmesi, hastaya en uygun ilacın tespit edilmesi, hastaya verilen ilacın hekim kontrolünde düzenli bir şekilde alınması (tedavi sürecine hasta katılımı), hastanın maddi durumunun değerlendirilmesi, ilacın erişilebilir ve uygulanabilir olması, tedavi sürecinde tekrar muayene yapmadan aynı ilacın yazılmaması ve tedavinin etkinliği bakımından hastanın tedavi sonrası izlenmesi çok önemlidir (Özçelikay, 2001).

Bireylerin sağlık kurumlarını kısmen az kullandığı ve eczaneleri amacına uygun kullanmadığı düşünüldüğünde özellikle ağrı kesici ilaçların tüketiminin fazla olduğu söylenebilir. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımı konusunda eczacılara çok önemli bir rol düşmektedir (Türk Eczacılar Birliği, 1999). Eczacılar, toplumun bilinçli ilaç kullanımını sağlamak için ilaçlarla, kullanım talimatlarıyla ve yan etkileri ile ilgili bilgiler sunmaktadır (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2020):

İlaçlarla ilgili; ilaç neden gereklidir, ilacın etkisi ne zaman başlar, ilacın alınmaması ya da düzensiz alınması durumunda ne olur?

Kullanım talimatları ile ilgili; ilacın nasıl ve ne zaman alınması gerektiği, tedaviye ne kadar devam edileceği, ilacın nasıl saklanması gerektiği, kalan ilaçların ne yapılması gerektiği.

Yan etkiler ile ilgili; ne gibi yan etkiler oluşabileceği, hastaların yan etkileri nasıl fark edeceği, yan etkilerin etkisini gösterme süresi, yan etki görülmesi halinde yapılması gerekenler.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Hemşirelerin doktorun yazdığı reçeteyi doğru yorumlamak, önerilen ilacı kaydetmek ve sağlık hizmeti verilen hastanın tedaviye verdiği tepkiyi yakından izlemek gibi sorumlulukları vardır. Akılcı ilaç kullanımı konusu klinik olarak hemşireler açısından değerlendirildiğinde; tedavi sürecinde hastaya ilacın yazılma sebebi, ne gibi etkileri olduğu, ne miktarda verileceği, uygulamada dikkat edilmesi gerek hususlar, ilaç ve tüketilen besin ile aynı anda kullanılan birden çok ilacın etkileşimleri hakkında bilgilere sahip olması gerekmektedir (Erdil, 2009).

Sağlık hizmeti arzında yer alan sağlık profesyonellerinin yanında bireylerin de aldıkları sağlık hizmetlerini planlama ve yürütme sürecine dahil olma hakları bulunmaktadır. Bu haklar bireylere görev ve sorumluluklar yüklemektedir. Kişiye düşen sorumluluk ilacı akılcı kullanmasıdır. Bu nedenle hekimin vermiş olduğu ilacın kullanım talimatlarına uygun olarak tüketilmesi gerekmektedir. Hekime danışmadan ilaç kullanılması, tavsiye üzerine ilaç kullanılması veya başkalarına tavsiye edilmesi, daha önceki rahatsızlıkları göz önünde bulundurarak önceki verilen ilaçlardan kullanılması, yeterli doz ile ve uygun zamanda kullanılmaması ilaç kullanımında bireysel olarak en sık görülen sorunlar arasında yer almaktadır (Bağrıyanık, 2019:27). Öğrencilerin kendi kendine teşhis koyarak ilaç tedavisi uygulaması ilaç reaksiyonlarına ve tehlikeli ilaç etkileşimlerine sebebiyet vermektedir (Williams ve Crawford, 2016). Iptes ve Khorshid (2004), Yükseköğretim kurumlarında eğitim gören öğrencilerin reçetesiz ilaç kullanım oranının yüksek olduğunu ve reçeteye bağlı ilaç kullanımı hakkında eğitilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Tüketiciler tarafından akılcı ilaç kullanımı gerçekleştirilmediğinde ilaç israfı, çevre kirliliği, artan mortalite ve morbidite, artan olumsuz ilaç reaksiyonları, hastaneye yatırma, ekonomik kaynak israfı gibi durumlar ortaya çıkacaktır (Çelik ve diğ., 2013). Ambwani ve Mathur (2006), akılcı olmayan ilaç kullanımının sebeplerini bilginin eksikliği, hatalı ve yetersiz eğitim ve öğretim, sağlık profesyonelleri ve hasta arasında zayıf iletişim, tanı koymada yetersizlik, hastaların beklentisi, düzgün çalışmayan ilaç tedarik sistemi ve etkisiz ilaç düzenlemesi ve ilaç endüstrilerinin tanıtım faaliyetleri olmak üzere yedi başlık altında incelemiştir. Ayrıca hasta başına çok fazla ilaç kullanımı, antimikrobiyallerin uygunsuz kullanımı, klinik yönergelere uygun olarak reçete yazılmaması, reçeteli ilaçların uygunsuz olarak bireysel tedavide kullanılması akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın türleri arasındadır (DSÖ, 2002, s.1).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı güvensiz ve etkili olmayan bir tedavi, hastalığın süresinin uzaması, hastaya stres ve zarar verme ve tedavinin maliyetinin artması gibi birçok olumsuz duruma sebep olmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olan unsurlar (Ambwani ve Mathur, 2006);

*Hekimlerdeki eğitim ve bilgi yetersizliği;* hekimlerin eğitim döneminde reçete yazma konusunda uygun klinik eğitim almaması ve klinik tanıdan ziyade tanı yardımına bağımlılığın her geçen gün artması söz konusudur.

*Sağlık profesyonelleri ve hasta arasında zayıf iletişim;* hastalara bilgi vermek için yeterli zaman ayrılmaması ve ilaç kullanımı hakkında bilgi verilmemesi akılcı ilaç kullanımını olumsuz etkilemektedir.

*Teşhis eksikliği/belirsizliği;* doğru tanı akılcı ilaç kullanımı ve sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla faydalanma konusunda en önemli faktörlerden biridir.

*Hastadan gelen ilaç talebi;* hasta beklentilerini ve hastanın hızlı rahatlama talebini karşılamak için klinisyenlerin her şikâyet için ilaç reçete etmesi durumdur. Hatalar arasında her hastalığın bir ilacı olduğu inancı ilaç kullanım eğilimini artırmaktadır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

*Düzenli çalışmayan ilaç tedarik sistemi;* iyi organize edilmiş ilaç düzenleme otoritesinin bulunmaması ve çok sayıda ilacın piyasada bulunması akılcı ilaç kullanımını olumsuz etkilemektedir.

*İlaç endüstrisinin tanıtım faaliyetleri;* çeşitli ilaç endüstrilerinin kazançlı tanıtım programları ilaç reçetelemesini etkilemektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı bireylerin tedavi süreçleri üzerinde olumsuz sonuçlar yaratmaktadır. Hastanın tedaviye olan uyumunun azalması, yan etki görülme sıklığında artış (ilaçların içindeki bileşenlerin tümüyle faydalı etkiler göstermemesi), antimikrobiyal direnç (vücudun ilaçlara karşı zamanla direnç kazanması ve kullanılan ilaçların tesirinin azalması), antibiyotik direnci (sürekli antibiyotik kullanımı nedeniyle vücudun antibiyotiklere karşı direnç kazanması) ve sağlık harcamalarında artış (gereksiz ilaç kullanımının yüksek ilaç harcamalarına sebep olması) söz konusu olumsuz etkiler arasında yer almaktadır (Bağrıyanık 2019).. Yükseköğretim kurumlarında eğitim gören öğrenciler, özellikle stres ve psikolojik sorunlardan kaynaklı bilinçsizce ve yanlış ilaç tüketiminde bulunmaktadır (İptes ve Khorshid, 2004). Ayrıca ergenlerin ve genç yetişkin öğrencilerin ilaçlar ve kullanımları hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmeleri akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olmakla ve hekime gidip tedavi görme durumunu ortadan kaldırmaktadır (Dönmez ve diğ., 2018). Kendi kendine teşhis koyarak ilaç tedavisinde bulunan öğrencilerin çoğunun hemşirelik öğrencisi olduğu sonucuna varılmıştır. Gelecek nesilleri bilinçlendirmek amacıyla farkındalık programları ve önleyici tedbir programlarının oluşturulması öğrencilerin bilgi düzeylerinin artırılmasını sağlayacaktır (Dönmez ve diğ., 2018).

DSÖ akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek amacıyla 12 temel müdahaleyi savunmaktadır:

1. İlaç kullanımı ile ilgili politikaları kontrol etmek için çok disiplinli bir ulusal organ oluşturulması.
2. Klinik rehberlerin kullanımı.
3. Ulusal temel ilaç listesinin geliştirilmesi ve kullanılması.
4. Lisans müfredatına probleme dayalı farmakoterapi eğitiminin dahil edilmesi.
5. Lisans gereksinimi olarak hizmet içi tıp eğitimine devam edilmesi.
6. Danışma, denetim ve geri bildirim.
7. İlaçlar hakkında bağımsız bilgilerin kullanımı.
8. İlaçlar hakkında halk eğitimi.
9. Fayda sağlamayan finansal teşviklerden kaçınma.
10. Özel ve zorunlu düzenlemelerin kullanımı.
11. İlaç ve personelin mevcudiyetini sağlamak için yeterli devlet harcamaları.
12. Bölgeelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi bilimi komitelerinin kurulması (DSÖ, 2012).

### GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada toplumda sürekli olarak görülen, bireylere fiziksel, ruhsal ve ekonomik olarak zarar veren, bireysel davranışlar ile ortaya çıkabileceği gibi dış çevre koşullarının da sebep olabileceği akılcı ilaç kullanımı konusunda yükseköğretim öğrencilerinin görüşlerini değerlendiren tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Yükseköğretim öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki görüşlerinin çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak araştırmanın bir diğer amacıdır. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık alanında eğitim alıyor olması, toplumun önemli bir kesimini oluşturuyor olması ve belli bir eğitim seviyesinde bulunmaları sebebi ile yükseköğretim kurumunda eğitim gören öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Akılcı ilaç kullanımı konusu küresel anlamda üzerinde özenle durulan konulardan biridir. Akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının kazandırılması için çeşitli düzenlemeler yapılmakta ve standartlar oluşturulmaktadır. Bu çalışma bir kamu üniversitesinde öğrenim görmekte olan sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma; akılcı ilaç kullanımı konusunda, bir devlet üniversitesine bağlı sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda eğitim görmekte olan öğrencilerin görüşlerini değerlendiren tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu çalışmanın amacı, öğrenci görüşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği belirlemektir. Bu bağlamda oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir;

**Hipotez 1.** Öğrencilerin demografik özellikleri ile akılcı ilaç kullanımı davranışı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**Hipotez 2.** Öğrencilerin cinsiyeti ile akılcı ilaç kullanımı davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

**Hipotez 3.** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş grupları ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

**Hipotez 4.** Araştırmaya katılan öğrencilerin kronik hastalığı bulunması ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Bu araştırma bir devlet üniversitesine bağlı 5 bölümü ve 12 programa sahip sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim görmekte olan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Doğrudan sağlık hizmetleri ile ilgili eğitim görmeleri sebebi ile sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda yer alan bazı bölümler seçilmiştir. Araştırmaya Covid-19 salgını nedeniyle sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda yer alan programların tamamı dahil edilememiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin; veri toplama aracı olarak kullanılan anketlere verdikleri yanıtların gerçek durumu yansıttığı, önermelerin yöneltildiği öğrencilerin makul düzeyde geçerli yanıtlar verebilecek bilgi ve deneyime sahip olduğu varsayılmıştır.

Söz konusu okulun 3 programı aktif olarak eğitim vermemektedir. Çalışmaya katılacak olan sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri örnek hacmi, kitle büyüklüğüne duyarlı olarak basit rastgele örnekleme formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda eğitim görmekte olan 2700 öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrencilerin 561'i araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve ankette bulunan önermeleri yanıtlamıştır.

Araştırma Şubat – Mayıs 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Demirtaş ve diğ., (2018) tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği anketi kullanılmıştır. Söz konusu anket 28 önermeden oluşmakta olup anket çalışması uygulanmadan önce çalışmanın amacı ve anket hakkında gerekli bilgi verilmiştir. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 7 tanımlayıcı önerme yer alırken, ikinci bölümde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili 21 önerme yer almaktadır. Cevapların değerlendirilmesinde 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha değeri  $\alpha=0,772$  olarak bulunmuştur. Veri toplama ölçeği olarak kullanılan anketlerin analizlerinin tamamında anlamlılık  $p<0,05$  olarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile incelenmiştir. Yapılan analizler neticesinde araştırmanın verilerinin normal bir dağılım göstermediği ( $p=0,00$ ) tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Normal dağılım göstermeyen değişkenlerden iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda farklılık kaynağının belirlenmesi için Bonferroni düzeltmesi ve Dunn-Sidak testi kullanılmıştır. İstatistik

parametreleri Kategorik değişkenlerde istatistik parametreleri frekans (n) ve oran (%) ile ifade edilmiştir.

## BULGULAR

Bu Bölümde bulgular; araştırmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı bulguları ve sosyo-demografik özelliklerin değişkenlere göre gösterdiği farklılıklar/ilişkiler (hipotezlere ilişkin bulgular) olmak üzere iki başlık altında değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet, yaş aralığı ve mezun oldukları okullar ile ilgili tanımlayıcı veriler Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	156	27,8
	Kadın	405	72,2
Yaş Aralığı	18-20	168	29,9
	20-22	295	52,6
	22 ve üzeri	98	17,5
Gelir Düzeyi	İyi	54	9,6
	Orta	454	80,9
	Kötü	53	9,4
Mezun Olunan Okul	Anadolu Lisesi (Düz Lise)	216	38,5
	Sağlık Meslek Lisesi	178	31,7
	Meslek Lisesi	67	11,9
	İmam Hatip Lisesi	64	11,4
	Temel Lise	13	2,3
	Endüstri Meslek Lisesi	7	1,2
	Diğer	16	2,9

Çalışma kapsamında araştırmaya katılan öğrencilerin %72,2’sinin (405 kişi) kadın olduğu, %52,6’sının (295 kişi) 20-22 yaş aralığında olduğu ve %38,5’inin (216 kişi) Anadolu Lisesi mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 1.)

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Öğrenim Görülen Program	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	194	34,6
	Yaşlı Bakımı	174	31,0
	İlk ve Acil Yardım	80	14,3
	Fizyoterapi	73	13,0
	Çocuk Gelişimi	40	7,1
Düzenli İlaç Kullanımı Durumu	Düzenli Olarak İlaç Kullanıyorum	69	12,3
	Düzenli Olarak İlaç Kullanmıyorum	492	87,7
Ailede Sağlık Personeli Olma Durumu	Var	124	22,1
	Yok	437	77,9
Sağlık Kuruluşuna Uzaklık	1 Km’den Fazla	334	59,5
	1’Km’den Az	227	40,5
Kronik Hastalık	Var	43	7,7
	Yok	518	92,3

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 34,6’sının (194 kişi) Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı öğrencileri olduğu, %87,7’sinin (492 kişi) düzenli olarak ilaç kullanmadığı, %77,9’unun



(437 kişi) ailesinde sağlık personeli olmadığı, %59,5'inin (334 kişi) 1 km'den fazla olduğu ve %92,3'ünün (518 kişi) herhangi bir kronik hastalığı olmadığı görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 3.** Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Frekans Tablosu

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1.Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	31	5,5	33	5,9	11	2,0	160	28,5	326	58,1
2.Benzer şikayetleri olan bir yakınımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	342	61,0	143	25,5	42	7,5	22	3,9	12	2,1
3.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	24	4,3	19	3,4	7	1,2	150	26,7	361	64,3
4.İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	35	6,2	16	2,9	9	1,6	172	30,7	329	58,6
5.Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	360	64,2	150	26,7	28	5,0	12	2,1	11	2,0
6.İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	375	66,8	112	20,0	28	5,0	23	4,1	23	4,1
7.İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.	55	9,8	71	12,7	85	15,2	156	27,8	194	34,6
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	65	11,6	38	6,8	28	5,0	166	29,6	264	47,1
9.Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	111	19,8	109	19,4	18	3,0	122	21,7	34	6,1
10.Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	263	46,9	160	28,5	78	13,9	44	7,8	16	2,9
11.İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız	29	5,2	18	3,2	10	1,8	88	15,7	416	74,2
12.Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	35	6,2	14	2,5	14	2,5	78	13,9	420	74,9
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	227	40,5	172	30,7	88	15,7	50	8,9	24	4,3
14.İlaçlarımızı evde nerede saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	38	6,8	44	7,8	4	0,7	205	36,5	231	41,2
15.Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	376	67,0	140	25,0	26	4,6	10	1,8	9	1,6
16.Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	239	42,6	177	31,6	11	2,0	21	3,7	7	1,2
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	424	75,6	108	19,3	9	1,6	10	1,8	10	1,8
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	40	7,1	21	3,7	33	5,9	102	18,2	365	65,1

Tablo 3'te araştırmaya katılan öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı önermelerine verdikleri yanıtların frekans analizi verilmiştir. Verilen yanıtların sayı ve yüzdeleri gösterilmektedir. Tabloda 1 "Kesinlikle Katılmıyorum", 5 ise "Kesinlikle Katılıyorum" ifadelerini temsil etmektedir.

Ekenler ve Koçoğlu'nun çalışmasında (2016) araştırmaya katılan bireylerin %77,3'ü ilaçlarını doktorun önerdiği süreden önce bıraktığı tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılımcıların %38,3'ü alternatif tıp tedavilerini kullandığını ve %66,0'sı ise tavsiye üzerine ilaç kullandığını belirtmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %13,2'sinin kendini iyi hissettiğinde ilaç tedavisini bıraktığını, 27,8'inin ilaç tedavisi yerine bitkisel ürünlerin kullanılabileceğini ve %6'sı benzer şikayeti olan bireylere ilaç önerisinde bulunduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.** Demografik Özellikler ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Mean	SD	1	2	3	4	5	6
1. Cinsiyet	1,72	0,44	-					
2. Öğrenim Gördüğü Program	2,91	1,70	,103**	-				
3. Mezun Olunan Okul	2,51	1,63	,107**	,084*	-			
4. Gelir Düzeyi	2,00	0,43	,148**	-,037	-,041	-		
5. Kronik Hastalık Durumu	1,92	0,26	-,014	-,092	,001	,047	-	
6. Düzenli İlaç Kullanma Durumu	1,87	0,32	-,087*	-,037	-,087*	,039	,525**	-
7. Akılcı İlaç Kullanım Davranışı.	2,58	0,40	,010	-,077*	,050	,086*	,017	,020

\*p< 0,05

\*\*p< 0,01

Demografik değişkenler ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı davranışları ile mezun olduğu okul ve kronik hastalığı bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05). Düzenli ilaç kullanma durumu ile cinsiyet ve mezun olunan okul arasında negatif yönlü bir ilişki varken (p<0,05); kronik hastalık ile arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır (p<0,01).

**Tablo 5.** Öğrencilerin Cinsiyetine Göre Akılcı İlaç Kullanımı Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet				Mann-whitney U	P
	Kadın		Erkek			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	4,39	0,96	3,97	1,40	27968,500	,017*
2.Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	1,55	0,90	1,75	1,01	27760,500	,010*
3.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	4,53	0,84	4,16	1,27	27970,500	,013*
4.İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	4,07	1,26	3,58	1,50	25878,000	,000*
5.İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız	4,60	0,90	4,25	1,32	28239,500	,011*
6.Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	4,59	0,93	4,19	1,39	27896,500	,005*
7.Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	2,00	1,14	2,19	1,13	28056,500	,030*
8. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	4,41	1,07	4,01	1,41	27557,000	,000*
9. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	1,43	0,86	1,64	1,05	28094,000	,012*

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyeti ile akılcı ilaç kullanımı davranışları değerlendirilmiştir. Elde Edilen bulgulara göre cinsiyet ile sadece hekimlerin ilaç önerisinde bulunabileceği, benzer şikâyeti olan kimselere ilaç tavsiyesinde bulunmanın sakıncalı olup olmaması, ilaç tedavisine doktorun karar vermesi, tedavi süresi boyunca ilacın kullanılması, tedavi sürecinde istenmeyen bir etki görüldüğünde hekime danışılması, tedavi süreci başlamadan halen kullanılmakta olan ilaçların hekime bildirilmesi ve çok sayıda ilaç yerine yeterli sayıda ilaç kullanmanın iyileşmeyi sağlayacağı önermesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (Tablo 5).

Kız öğrencilerin; çok sayıda değil yeterli sayıda ilaç kullanılması, ilaç tedavisini doktorun belirlemesi ve benzer şikayetleri olan kişilere ilaç önerisinde bulunulmaması gibi konularda daha dikkatli olduğu ortalamalarda görülmektedir. Cinsiyete göre akılcı ilaç kullanımı değerlendirildiğinde kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

**Tablo 6.** Katılımcıların Yaşları ile Akılcı İlaç Kullanımı Davranışının Değerlendirilmesi

	Yaş						P
	18-20		20-22		22 ve üzeri		
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
1.Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	4,36	1,00	4,29	1,11	4,09	1,30	,633
2.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	4,55	0,87	4,43	0,97	4,23	1,19	,085
3.Bitkisel Ürünler İlaçların Yerine Kullanılabilir.	2,69	1,13	2,84	1,18	2,55	1,21	,067
4.Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	4,45	1,08	4,31	1,18	4,00	1,30	,002*
5.Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	4,58	1,01	4,50	1,06	4,26	1,27	,035*
6.İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	3,91	1,43	3,95	1,33	3,90	1,27	,801
7. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	4,62	0,92	4,51	1,01	4,27	1,28	,023*

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş aralıkları ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanma, hekim tedaviyi düzenlerken halen kullanılmakta olan ilaçların bildirilmesi ve ilaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki görüldüğünde hekime danışma durumu ile katılımcıların yaş aralıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Ancak sadece hekimin ilaç önerisinde bulunabileceği, bitkisel ürünlerin ilaçların yerine kullanılabileceği ve ilaç tedavisine ihtiyaç olup olmadığını doktorun belirlemesi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 6).

**Tablo 7.** Kronik Hastalık ile Akılcı İlaç Kullanımı Davranışının Değerlendirilmesi

	Kronik Hastalık				Mann- whitney U	P
	Var		Yok			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	4,41	1,11	4,26	1,12	9845,000	,152
2.Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	1,46	0,85	1,61	0,94	10047,000	,220
3.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	4,41	1,13	4,43	0,98	10667,500	,587
4.İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	3,65	1,63	3,96	1,32	10287,500	,372
5.İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız	4,46	1,20	4,50	1,04	10908,000	,770
6.Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir	1,81	1,11	1,46	0,90	9053,000	,012*



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Araştırmaya katılan öğrencilerin kronik hastalık durumları ile akılcı ilaç kullanımı davranışları değerlendirilmiştir. Sadece daha pahalı olan ilaçların daha etkili olması ile kronik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Bu farklılık kronik hastalığı olan bireylerin, daha pahalı ilaçların daha etkili olacağı düşüncesinden kaynaklanmaktadır (Tablo 7).

### TARTIŞMA

Bu çalışmada yükseköğretim öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki görüşlerinin çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır. Elde edilen verilere göre akılcı ilaç kullanımı davranışları demografik özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Akılcı ilaç kullanımını içeren eğitimlerin yükseköğretimin başlamasıyla verilmesi ve iş hayatında da devam etmesi akılcı ilaç kullanımı davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir rol oynayacaktır (Yılmaz ve diğ., 2018). Üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada; öğrencilere, hastalığı ve kullanabileceği ilaçla ilgili bilgiyi kimden alacağına yönelik bir önerme bulunmaktadır. Katılımcıların yaklaşık 41,6'sı doktor ve eczacıdan bilgi alacağını, 16,6'sı prospektüsten, 16,6'sı internetten ve yine 16,6'sı sağlık mesleği mensuplarından bilgi alacağını bildirmiştir (Soykut Gündoğar ve Kartal, 2017).

Özatic ve diğerlerinin (2018) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı akılcı ilaç kullanımı çalışmasında katılımcıların %88,7'sinin hekim tavsiyesi ile ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Bu oran Karakurt ve diğerleri (2010) çalışmasında %80'dir. Yapıcı ve diğerleri (2011) yaptıkları çalışmada, katılımcıların %17'sinin çevresindeki kişilerin tavsiyesine dayanarak ilaç kullandığı ve %25,3'ünün ise kendilerinde fayda sağlayan ilacı önerdiği bulunmuştur. Bu çalışmada ise katılımcıların %86,5'i benzer şikayetleri olan kişilere ilaç tavsiyesinde bulunmanın doğru olmadığı görüşündedir.

Soykut Gündoğar ve Kartal'ın (2017) akılcı ilaç kullanımı çalışmasında katılımcıların geneli ilaçları hekimlerinin önerdiği şekilde kullandığını ancak iyileşme durumunda ilaç kullanımını sonlandırdıklarını ifade etmiştir. Kaya ve diğerleri (2015) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin %62,2'si hastalık belirtilerinin azalması ile ilaç kullanımını bıraktıklarını ifade etmiştir. Bu çalışmada ise araştırmaya katılan öğrencilerin %71,2'si tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanımına son verilmesinin doğru olmadığı görüşündedir. Bu durum akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin tam olarak bilinmediği, hastalığın önemsenmediği ve reçeteyi oluşturan hekim ile yeterli iletişimde bulunmadığı konusunu ön plana çıkarmaktadır.

Soykut Gündoğar ve Kartal'ın (2017) çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin %50'si ilaç tedavisinde hekimin önerilerine tamamen uyulması gerektiğini belirtmiştir. Mete ve diğerleri (2017) çalışmasında katılımcıların %50'si hekimin önerdiği süre boyunca ilacın kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmada ise katılımcıların %76,7'si ilacın doktorun belirlediği süre boyunca kullanılması gerektiğini düşünmektedir.

Sucaklı ve diğerleri (2014) çalışmasında, araştırmaya katılan öğrencilerin %29,3'ünün cilt sorunları, %58,4'ünün soğuk algınlığı nedeniyle bitkisel ürün kullandığı tespit edilmiştir. Karataş ve diğerleri (2012) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %55'i soğuk algınlığı ve grip gibi hastalık durumlarda bitkisel tedavi uyguladıkları belirlenmiştir. Bu araştırmada katılımcıların %39,2'si bitkisel ürünlerin ilaçların yerine kullanılmayacağını ifade etmiştir.

## SONUÇ

İlaç kullanımı davranışı gerek birey ve gerekse toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bilinçsiz olarak tüketilen ilaçlar hem birey hem de toplum sağlığı açısından zararlıdır. Bu nedenle ilaç kullanımı konusunda en önemli paydaşlardan biri olan hastalara düşen bazı sorumluluklar vardır. Söz konusu sorumlulukların yerine getirilmesi akılcı ilaç kullanımı davranışlarını oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunun akılcı ilaç kullanımı hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalığı bulunan öğrenciler ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kronik hastalığı olan öğrencilerin sürekli olarak ilaç kullanması, ilaçlar hakkında daha bilgili olmasını ve akılcı ilaç kullanımı davranışı sergilemesini desteklemektedir.

Cinsiyete göre akılcı ilaç kullanımı değerlendirildiğinde, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca mezun olunan okul ile akılcı ilaç kullanımı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yükseköğretim kurumlarının mevcut müfredatında akılcı ilaç kullanımı dersleri yer almaktadır. Bu sayede öğrenciler; ilaçları kimin tavsiyesiyle, hangi koşullarda, nasıl, ne kadar süre kullanacağı, nasıl muhafaza edeceği, ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgiyi hangi kanallardan alacağı konusunda bilgi sahibi olmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı davranışının kazandırılması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla gerek ulusal gerekse uluslararası projelerle toplumsal farkındalığın artırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine eğitici programlar entegre edilerek bireylerin bu konudaki bilgi düzeylerinin artırılması faydalı olacaktır.

## KAYNAKÇA

Açıksöz, S., Kurt, G., ve Seyfi, M. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Reçetesiz İlaç Kullanma Durumları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 17(1):17-23.

Aksoy, M., Alkan, A., ve İşli, F. (2015). Sağlık Bakanlığı'nın Akılcı İlaç Kullanımını Yaygınlaştırma Faaliyetleri. *Journal of Pharmacol-Special Topics*. 3(1):19-26.

Ambwani, S. ve Mathur, A.K. (2006). Rational Drug Use. *Health Administrator*. 1:5-7. Erişim Adresi:

[[https://www.researchgate.net/publication/317491410\\_Ambwani\\_S\\_Mathur\\_A\\_Rational\\_drug\\_use](https://www.researchgate.net/publication/317491410_Ambwani_S_Mathur_A_Rational_drug_use)]. Erişim Tarihi: 17.02.2020.

Bağrıyanık, S. (2019). Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Tekirdağ Süleymanpaşa İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları Örneği. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ.

Chen, J., Guo, C., Sun, L., ve Lu, M. (2019). Mining Typical Treatment Duration Patterns for Rational Durg Use from Electronic Medical Records. *Journal of Systems Science and Systems Engineering*. 28(5):602-620.

Çelik, E., Şencan, M.N., ve Clark, M.P. (2013). Factors Affecting Rational Drug Use (RDU), Compliance and Wastage. *Turkish Journal Of Pharmaceutical Sciences*. 10(1):151-170.

Dönmez, S., Güngör, K., ve Göv, P. (2018). Knowledge, Attitude and Practice of Self Medcatşon with Antibiotics Among Nursing Students. *International Journal of Pharmacology*. 14(1):136-143.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Dünya Sağlık Örgütü (1985). Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. Erişim Adresi:[[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62311/WHO\\_CONRAD\\_WP\\_RI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62311/WHO_CONRAD_WP_RI.pdf?sequence=1&isAllowed=y)]. Erişim Tarihi: 03.03.2020.

Dünya Sağlık Örgütü (2002). Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. Erişim Adresi:[<https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>]. Erişim Tarihi: 17.02.2020.

Dünya Sağlık Örgütü (2012). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Erişim Adresi: [[https://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/)]. Erişim Tarihi: 15.02.2020.

Ekenler, Ş., ve Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla ilgili Bilgi ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 3(3):44-55.

Erdil, F. (2001). Yaşlıların İlaç Kullanımında Eczacı-Hemşire İşbirliğinin Önemi. Erişim Adresi: [[http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri\\_2009/17.pdf](http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/17.pdf)]. Erişim Tarihi: 13.05.2020.

Iptes, S., ve Khorshid, L. (2004). Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanım Durumlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 20(1):97-106.

Karakurt, P., Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Sağlam, S. (2010). Medication Use among University Students. *Journal of TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9:505-512.

Karataş, Y., Dinler, B., Erdoğan, T., Ertuğ, P., ve Seydaoğlu, G. (2012). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 37(1):1-8.

Kaya, H., Turan, N., Keskin, Ö., Tencere, Z., Uzun, E., Demir, G. ve Yılmaz, T. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (1), 35-42.

Mete, S., ve Ünal, Z. (2017). Kapadokya Bölgesi İl Merkezlerinde Yaşayanların İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 6:661-680.

Mollahaliloğlu, S. (2011). Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. Sağlık Bakanlığı Yayını No:856. Ankara.

Özatic, F.Y., Babaloğlu, Ü.T., Şen, M., Yurter, K., Akcan, Ç., Çevik, B., Öztürk, İ.C., ve Altıntaş, G. (2018). Effect Of Peer Group Training On Popularizing of Rational Drug Use Among University Students. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 25(3):256-264.

Özçelikay, G. (2001). Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*. 30(2):9-18.

Sağlık Bakanlığı (2011). Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. Sağlık Bakanlığı Yayını No:856. Ankara.

Sosyal Güvenlik Kurumu (2013). Topluma Yönelik İlaç Kullanımı. Sosyal Güvenlik Kurumu Yayını. No:3. Ankara.

Soykut Gündoğar, H., ve Kartal S.E. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkındaki Görüşleri. *Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi*. 1(1):25-34.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sucaklı, M.H., Ölmez, S., Keten H.S., Yenicesu, C., Sarı, N., ve Çelik, M. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Bitkisel Ürünleri Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Medicine Science*. 3(13):52-60.

Türk Eczacılar Birliği (2001). Türkiye’de Ağrı. Erişim Adresi: [[http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/agri\\_analj/14.pdf](http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/agri_analj/14.pdf)]. Erişim Tarihi: 03.05.2020

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2020). Akılcı İlaç Kullanımı. Erişim Adresi: [[http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=599](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599)]. Erişim Tarihi:02.02.2020.

Williams, A., ve Crawford, K. (2016). Self-Medication Practices Among Undergraduate Nursing and Midwifery Students in Australia: A Cross Sectional Study. *Journal of Contemporary Nurse*. pp.1-24.

Yapıcı, G., Balıkcı S, ve Uğur Ö. (2011). Attitudes And Behavior of Drug Usage in Applicants to Primary Health Care Center. *Dicle Medical Journal*. 38:458-465.

Yılmaz, M., Yılmaz, A., Özyörük, M., Turunç, F., Gürleyik Erkman, N., Kınalıkaya, A., ve Aslan, E. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı Düzce’de Aile Hekimlerinin Bilgi ve Davranışları. *Türkiye Aile Hekimleri Dergisi*. 22(1):20-27.





*Usaysad Derg, 2021; 7(1): 47-56 (Araştırma makalesi)*

## SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ HARCAMALARI İLİŞKİSİ: TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİ AÇISINDAN BİR KARŞILAŞTIRMA

### THE RELATIONSHIPS BETWEEN PHARMACEUTICAL EXPENDITURES AND HEALTH SPENDING: A COMPARISON OF OECD COUNTRIES AND TURKEY

**Dr. Öğr. Üyesi, Nermin BÖLÜKBAŞI**

Okan Üniversitesi, nermin.bolukbasi@okan.edu.tr, 0000-0002-7354-4100

**Doç. Dr. Hayriye IŞIK**

Namık Kemal Üniversitesi, hisik@nku.edu.tr, 0000-0003-3648-3107

**Öğr. Gör. Sait SÖYLER**

Tarsus Üniversitesi, saitsoyler@tarsus.edu.tr, 0000-0002-7915-0073

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (07.11.2020-02.02.2021)

#### Özet

Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarına ayrılan pay göz ardı edilemeyecek seviyede gerçekleşmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamaları sağlık harcamaları içerisinde yüksek bir orana sahiptir. Bu bağlamda bu çalışmada OECD ülkeleri açısından kişi başına düşen GSYH, GSYH içerisinde sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve Türkiye ve OECD ülkelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Güncel verilerine ulaşılabilen 33 ülke araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada ikincil veriler kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ile hipotez testlerine tabi tutularak değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında Türkiye'nin her üç değişken açısından da OECD ortalamasının gerisinde kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlığa ayrılan pay ile sağlık harcamaları içerisinde ilaçların oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlık harcamaları içerisinde ilaçların oranındaki değişimin %53'ü kişi başına GSYH ve GSYH içerisinde sağlık harcamaları ile açıklanmaktadır. Sağlık harcamaları içerisinde ilaçların oranı varyansının ise %50'sinin kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlık harcamaları ile açıklandığı tespit edilmiştir. Sağlık politikaları ve sağlık ekonomisi ile ilgili kararlar alınırken bu ilişkilerin göz önünde bulundurulması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** sağlık, ilaç, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, gayrisafı yurtiçi hasıla



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

### Abstract

The share allocated to pharmaceuticals in health expenditures is at a level that cannot be ignored. Pharmaceuticals have a high proportion of health spending, especially in developing countries. Therefore, it is aimed to examine the relationships among pharmaceutical spending, per capita GDP and health expenditures in GDP and to compare Turkey with OECD countries. 33 countries were included in the study. Secondary data were used. The data were evaluated by conducting hypothesis tests and descriptive statistics. It was determined that Turkey lags behind the OECD average in all three variables. Statistically significant relationship was found between per capita GDP, the share allocated to health in GDP and the rate of pharmaceuticals in health expenditures. 53% of the change in the rate of pharmaceuticals in health expenditures is explained by GDP per capita and health expenditures in GDP. It is determined that 50% of the variance of pharmaceuticals in health expenditures is explained by per capita GDP and health expenditures in GDP. It is recommended that these relationships should be considered when making decisions regarding health policies and health economics.

**Key Words:** health, pharmaceuticals, health expenditures, pharmaceutical expenditures, gross domestic product

### GİRİŞ

Ülkeler çeşitli alanlardaki performanslarını bir takım göstergeler üzerinden ölçmektedirler. Aynı şekilde bu göstergeler aracılığı ile herhangi bir alanda gerçekleştirdikleri faaliyetlerin daha önce ortaya konmuş planlarda yer alan amaç ve hedefler ile örtüşüp örtüşmediğini de inceleyebilmekte, böylece planlanan ile elde edilen sonuçlar üzerinden bir takım çıkarımlarda bulunabilmektedirler. Bu göstergeler aracılığı ile ülkeler arası karşılaştırmaların yapılması da mümkün olmaktadır. Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH), bir ülke ekonomisi açısından en çok dikkat çeken ve kullanılan göstergelerden bir tanesidir. Kavram olarak belirli bir dönemde bir ülke sınırları içerisinde üretilen tüm mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeri olarak ifade edilmektedir (Baumol ve Blinder, 2009). Burada yurt içi kavramı ülke sınırlarını ifade etmekte, vatandaşlık kavramı önem arz etmemektedir. Yani ülke vatandaşlarının yurt dışında gerçekleştirdikleri ekonomik etkinlikler bu hesaplamanın dışındadır. Ülkelerin kalkınma ve refah ile ilgili göstergelerinin en sık kullanılanlarından olan GSYH, kişi başı GSYH gibi göstergeler farklı alanda birçok araştırmaya konu olabilmektedir. Bu göstergeler ülkelerin ekonomik durumu ile ilgili genel bir çerçeve çizmektedir. Bununla beraber GSYH genel bir çerçeve çizerken buradan çeşitli sektörler ayrılabilir, gelir dağılımı adaleti ve diğer ekonomik göstergeler daha detaylı bir analiz için önem taşımaktadır. GSYH'dan sağlık alanına ayrılan pay sıklıkla başvurulan göstergelerin başında gelmektedir. Hem yıllara göre sağlık alanına ayrılan payın incelenmesi hem de ülkeler arasında karşılaştırma yapılmasını mümkün kılmaktadır (Akman, 2014; Tekingündüz vd., 2016).

İlaç; sağlık hizmetlerinden ayrı olarak düşünülmemeyen, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde kullanılan bir tıbbi üründür. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (KAHY) 'te ilaç veya beşeri tıbbi ürün: "Hastalığı önlemek, teşhis etmek veya tedavi etmek, fizyolojik bir fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla insana uygulanan doğal, sentetik veya biyoteknoloji kaynaklı etkin madde veya maddeler kombinasyonu" olarak tanımlanmaktadır (KAHY, m4-p). İlaçlar, hangi formatta olurlarsa olsunlar, tıbbi hizmetlerde yoğun olarak kullanılmaktadırlar. Bu nedenle sağlık ile ilgili harcamaların içerisinde önemli bir pay da ilaç harcamalarına ayrılmaktadır. 2012 yılı verilerine göre her ne kadar önceki dönemlere göre oransal olarak düşüş gösterse de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı %19 seviyesine yakındır (Yardan vd., 2016). Aynı dönemde Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin ilaç harcamaları 800 trilyon doları aşmış durumdadır. Bu da aynı dönemde AB ülkelerinde toplam

48

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(BÖLÜKBAŞI, N / İŞİK, H / SÖYLER, S)



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının payının bir hayli yüksek olduğunu göstermektedir (OECD, 2015).

Görüldüğü gibi GSYH genel ekonomik durum hakkında fikir verirken, buradan sağlığa ayrılan pay ise en sık kullanılan sağlık göstergelerinden biridir. İlaç harcamaları ise sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer işgal etmesi açısından önem arz eden diğer bir göstergedir. Bu kapsamda bu araştırmanın amacı OECD ülkeleri açısından kişi başına düşen GSYH, GSYH içerisinde sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve Türkiye ve OECD ülkelerinin karşılaştırılmasıdır.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kesitsel ve nicel bir araştırmadır. Araştırmada kullanılan veriler OECD veri tabanından (OECD, 2020) elde edilmiştir ve ikincil veri olma özelliği taşımaktadır. OECD ülkelerinden araştırma amacı kapsamında yer alan ve OECD veri tabanında ilgili verilerine erişilebilen ülkeler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan verilerin OECD ülkelerinin çoğu için ulaşılabildiği en yakın tarih 2017 yılıdır. Bu nedenle ülkelerin 2017 yılına ait verileri kullanılmıştır. Burada Japonya ve Kore'nin 2016 yılına ilişkin verilerine ulaşılabildiği için bu ülkelerin 2016 yılı verileri göz önünde bulundurulmuştur. Türkiye'nin kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlığa ayrılan pay verileri OECD veri tabanından elde edilebilmiştir. Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarına ayrılan pay ise Türk Eczacılar Birliği (TEB) tarafından açıklanan 2017 yılı toplam ilaç harcamasının (TEB, 2017), TÜİK tarafından açıklanan 2017 yılı toplam sağlık harcamasına (TÜİK, 2019) oranlanması ile hesaplanmıştır.

Araştırmanın ana çalışma sorusu; "Kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlığa ayrılan pay ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasında bir ilişki var mı?" sorusudur. Bu kapsamda araştırmanın hipotezi aşağıdaki gibidir;

H0: Kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlığa ayrılan pay ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma verileri öncelikle excel programında düzenlenmiştir. Ardından veriler SPSS 20.0 programına aktararak analiz edilmiştir. Verilere ilişkin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplandıktan sonra verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı incelenmiş, değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın verileri ikincil veri olduğundan ve herkesin ulaşabileceği yayın ve veri tabanlarında da yer aldığından dolayı ve araştırmada insan katılımcıların yer almamasından dolayı etik kurul onayına gereksinim duyulmamıştır.

## BULGULAR

Araştırma amacı doğrultusunda ilgili veri tabanlarından erişilen ve ikincil veri olma özelliği gösteren veriler Tablo 1’de özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Araştırma Kapsamında Kullanılan Veriler

ÜLKELER	Kişi Başına GSYH (Dolar)	GSYH İçinde Sağlık Harcamaları (%)	Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamaları (%)
Avustralya	51 297	9,2	14,73
Avusturya	54 652	10,4	12,3
Belçika	50 725	10,3	14,3
Kanada	48 633	10,7	16,7
Çekya	38 507	7,2	17
Danimarka	55 045	10,1	6,3
Estonya	33 866	6,4	18,2
Finlandiya	47 481	9,2	12,3
Fransa	44 693	11,3	13,2
Almanya	53 011	11,2	14,1
Yunanistan	29 088	8	27,3
Macaristan	29 529	6,9	27,9
İzlanda	55 562	8,3	11
İrlanda	78 211	7,2	12,9
İtalya	41 784	8,8	17,5
Japonya	40 884	10,9	18,5
Kore	41 001	7,6	20,9
Letonya	28 504	6	27,4
Litvanya	33 821	6,5	25,8
Lüksemburg	112 701	5,5	11,3
Meksika	20 022	5,5	22,7
Hollanda	55 348	10,1	7,6
Norveç	62 94	10,4	7,5
Polonya	29 801	6,5	20,4
Portekiz	33 086	9	14,6
Slovakya	30 912	6,7	26,4
Slovenya	36 660	8,2	18,4
İspanya	39 626	8,9	18,6
İsveç	52 739	11	9,8
İsviçre	67 139	12,3	13,5
Birleşik Krallık	45 988	9,6	11,9
ABD	59 984	17,1	12
Türkiye	28 209	4,2	16

Kaynak: TEB, 2017; TÜİK, 2019; OECD, 2020

Araştırmada kullanılan veriler tabloda gösterilmiş, ardından verilere ilişkin minimum, maksimum değerler, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplanarak Tablo 2’de özetlenmiştir.

**Tablo 2.** Verilere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Min	Max	Ort	SS
GSYH İçinde Sağlık Harcamaları (%)	4,20	17,10	8,82	2,50
Kişi Başına GSYH (Dolar)	20.022	112.701	46.407,55	17.643,93
Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamaları (%)	6,30	27,90	16,33	5,94

Araştırmada kullanılan verilerin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde GSYH içerisinde sağlık alanına ayrılan payın en düşük olduğu ülke %4,2 ile Türkiye'dir. Sağlık alanına en yüksek oranda pay ayıran ülke ise %17,1 ile ABD olarak öne çıkmaktadır. Araştırmaya dahil edilen OECD üyesi 33 ülkenin 2017 yılında sağlık alanına ayırdıkları pay ortalaması ise %8,8±2,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu bağlamda Türkiye'nin GSYH içerisinde sağlık alanına en düşük oranda pay ayıran ülke olduğu görülmektedir. Aynı zamanda Türkiye bu alanda 33 OECD ülkesi ortalamasının da altında kalmaktadır.

Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı değişkeni incelendiğinde en düşük oranın %6,3 ile Danimarka'ya ait olduğu, sağlık harcamaları içerisinde ilaca en yüksek oranı ise %27,4 ile Letonya'nın ayırdığı görülmektedir. 2017 yılında sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamaları oranı 33 OECD ülkesi için ortalama %16,3±5,9 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'nin 2017 yılında sağlık harcamaları içerisinde ilaca %16 oranında bir pay ayırdığı görülmektedir ve bu oran OECD ülkeleri ortalamasına yakındır.

Kişi başına düşen GSYH (Dolar) değişkeni incelendiğinde, 2017 yılında en düşük kişi başına GSYH'ya sahip olan ülkenin 20 bin 22 dolar ile Meksika olduğu görülmektedir. En yüksek kişi başına GSYH ise 112 bin 701 dolar ile Lüksemburg'a aittir. 33 OECD ülkesi ortalaması 46 bin 407±17 bin 643 dolardır. Türkiye kişi başı 28 bin 209 dolar ile OECD ülkeleri ortalamasının gerisinde kalmıştır.

Verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerin ardından araştırma hipotezinin test edilmesi aşamasına geçilmiştir. Öncelikle verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile belirlenmiştir. Test sonucuna göre verilerin normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Bu bağlamda değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	M	SS	GSYH İçinde Sağlık Harcamaları (%)	Kişi Başına GSYH (Dolar)	Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamaları (%)
GSYH İçinde Sağlık Harcamaları (%)	8,82	2,50	-	-	-
Kişi Başına GSYH (Dolar)	46.407	17.643	,296	-	-
Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamaları (%)	16,33	5,94	-,510*	-,653*	-

\*p<0,01

Gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda araştırmanın temel hipotezi olan “H0: Kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlığa ayrılan pay ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.” Hipotezi reddedilmiş, H1 hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlığa ayrılan pay ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01). Analiz sonuçları incelendiğinde GSYH içinde sağlık harcamalarının oranı ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01, r=-,510). Benzer şekilde kişi başına GSYH ile sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının oranı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01, r=-,653). Verilerin normal dağılıma uygun olması ve bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin tespit edilmesi neticesinde regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 4’te gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi

Değişkenler	B	S.H.	β	t	p
Kişi başına GSYH	-,186	0,044	-,550	-4,231	0,00
GSYH İçinde Sağlık Harcamaları	-,825	,309	-,347	-2,669	0,00
Sabit	32,221	2,970		10,850	0,00
TOPLAM			R <sup>2</sup> =0,537, ΔR <sup>2</sup> =0,506, F=17,377, p<0,01		

Bağımlı değişken: Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı

Gerçekleştirilen regresyon analizi sonucunda modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). R2 değeri 0,537 olarak tespit edilmiştir. Bu durumda sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranındaki değişimin %53’ü kişi başına GSYH ve GSYH içerisinde sağlık harcamaları ile açıklanmaktadır. Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı varyansının ise %50’sinin kişi başına GSYH ve GSYH içinde sağlık harcamaları ile açıklandığı tespit edilmiştir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Türkiye ve diğer OECD ülkelerinde kişi başına düşen GSYH ve GSYH içerisinde sağlığa ayrılan pay ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Gerçekleştirilen analizler neticesinde hem GSYH içerisinde sağlığa ayrılan pay hem de kişi başına düşen GSYH ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette ve negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

olup, her iki değişkenin sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranındaki değişimi %53 ve varyansını %50 açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı büyük oranda kişi başına GSYH ve GSYH'dan sağlığa ayrılan paydan etkilenmektedir. Kişi başına GSYH ve GSYH içerisinde sağlığa ayrılan payın artmasının sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranını azaltmakta olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizin gelişmişlik düzeyi açısından takip ettiği ve ülkeler arasındaki karşılaştırmalarda sıklıkla göz önünde bulundurulmuş Avrupa Birliği ve OECD ülkelerinin de bütçelerinin önemli bir kısmını sağlık hizmetlerine ve ilaç harcamalarına ayırdıkları bilinmektedir. İlaç harcamaları ülkemiz açısından sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. 2012 yılında Türkiye sağlık harcamalarının %19'unu ilaca ayırırken OECD ortalaması %15 civarındadır (Çetin, 2017). Bu oran ise yatan hasta ile ayaktan tedavi harcamalarının ardından en yüksek üçüncü orandır (OECD, 2013). Bu çalışmada 2017 yılı verilerine göre Türkiye'nin sağlık harcamalarından ilaca ayırdığı oranın araştırmaya dahil edilen OECD ülkeleri seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Ancak GSYH içerisinde sağlığa ayrılan pay (%4,2) ile kişi başına düşen GSYH (28 bin Dolar) OECD ülkelerinin ortalamasının bir hayli altındadır. Bu durum da genel ekonomik göstergeler ve en temel sağlık göstergelerinden biri olan GSYH içerisinde sağlık alanına ayrılan pay açısından Türkiye'nin OECD ortalamasının altında kaldığını ifade etmektedir.

İlaçlar bir sağlık sisteminin olmazsa olmaz unsurlarındandır. Her ne kadar bir ülkenin sağlık sistemi iyi kurgulanmış, sağlık hizmetlerinde görev alacak insan gücü iyi eğitilmiş, sağlık teknolojileri gelişmiş olursa olsun sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi açısından ilaç harcamaları kaçınılmazdır. Yaşlanan nüfus nedeniyle hastalık tiplerinin değişmesi ve kronik hastalıklarda yaşanan artış, üretilen yeni teknoloji ve ilaçlar ile beraber yaşam süresinin uzaması gibi nedenlerle ülkelerin sağlık harcamaları artmaktadır. Artan sağlık harcamaları içerisinde her ülke açısından ilaç harcamalarının önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Bu pay, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere kıyasla daha düşüktür. Gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %20 ile %40'ı arasındayken, gelişmiş ülkelerde %20 civarında gerçekleşmektedir (Top ve Tarcan, 2004). Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde dahi ilaç harcamaları sağlık harcamaları içerisinde yüksek bir orana sahiptir. Bunun başlıca sebebi ise gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin merkeze alınmasıdır (Soyalın vd., 2014).

İlaç harcamaları konusu literatürde kendisine sıklıkla yer bulan konulardan bir tanesidir. Özellikle sağlık ekonomisi ile ilgili çalışmalar yapan araştırmacıların bu konuya da özel bir ilgi gösterdikleri görülmektedir. İlaç harcamalarının ulusal gelir ile ilişkisi de birçok çalışmaya konu olmuştur. Örneğin Top ve Tarcan (2004)'e göre ülkelerin gayri safi milli hasıla düzeyleri ile ilaç harcamaları ve sağlık harcamaları arasında sıkı bir ilişki vardır (Top ve Tarcan, 2004). Benzer şekilde Perez vd. (2018) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada GSYH ve sağlık harcamaları arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Perez vd. 2018). Erdil Şahin (2018) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ilaç harcamalarındaki %1'lik artışın GSYH'yı %0,58 artırdığı ve ilaç harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu çalışmada Kişi başına düşen GSYH ile sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiş olup ilaç harcama miktarı artsa da oransal olarak sağlık harcamaları içerisindeki payının azaldığı ifade edilebilir. Diğer taraftan gerçekleştirilen farklı çalışmalarda sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyle ilişkisi oraya konmuştur (Kurt, 2015; Cebeci ve Ay, 2016; Kamacı ve Yazıcı, 2017; Boz ve Aslan, 2018). Golestani vd. (2012) çalışmalarında kişi başı GSYH, toplam sağlık harcaması ve kişi başına düşen ilaç harcaması ile toplam ilaç harcaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Bu yönüyle Golestani vd. (2012)'nin

53



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

çalışmasının bu araştırma ile örtüşmekte olduğu ifade edilebilir. Aynı şekilde bir başka çalışmada da GSYH ile ilaç harcamaları arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Shaikh ve Gandjour, 2019).

Unutulmaması gereken diğer bir unsur ise ilaç harcamalarının sadece ülkenin sağlığa ayırdığı kaynaklar veya GSYH gibi ekonomik göstergelere bağlı olmamasıdır. İlaç harcamaları açısından dikkat edilmesi gereken diğer bir husus ülkenin ilaç üretimidir. Şayet ülke çoğunlukla dışa bağımlı ve ithalatçı bir yapıda ise bu durumda ilaç harcamalarının yüksek olabileceği ifade edilebilir. Benzer şekilde

Sağlık düzeyi ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir ilişki olduğu bilinmektedir. İnsan gücüne yapılan bir yatırım olarak görülen sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve hizmet kapasitesine yönelik sağlık harcamalarının artış gösterdiği ifade edilmektedir. Artan sağlık harcamaları ekonomik büyümede önemli bir rol oynayan insan gücünü korumakta, aynı zamanda gelecekte ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesiyle sağlık maliyetlerinin azaltılmasını olanaklı kılmaktadır. Böylece sağlık stokunun artırılması beşeri sermayeyi de artırarak ülkelerin kalkınmasında büyük bir önem arz etmektedir. Dolayısıyla sağlık harcamaları ekonomik gelişmişliği desteklerken ekonomik gelişme de sağlık alanına aktarılabilir kaynakları ve sağlık bilincini artırmaktadır (Mazgit, 2002; Erdil Şahin, 2018). Buradan da anlaşılabilir üzere sağlık harcamaları ile ekonomik durum arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Ülkelerin ekonomik düzeyi yükseldikçe sağlığa ayrılan kaynakları artmakta, sağlığa ayrılan kaynakların artması da iş gücünü destekleyerek ekonomik durumda gelişme yaratabilmektedir. Burada sağlık sektörüyle beraber eğitim sektörünün de öncelikli olarak ele alınması ve bu sektörlere yapılacak harcamaların yatırım harcamaları olarak görülmesi gerektiği ifade edilmektedir (Aydemir ve Baylan, 2015).

Bu araştırma güncel verilerine erişim sağlanabilen 33 OECD üyesi ülke ve bu ülkelerin kişi başına düşen GSYH, GSYH içerisinde sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı verileriyle sınırlıdır. Araştırma kapsamında literatür Türkçe ve İngilizce dillerinde taranabilmiştir. Araştırmada Japonya ve Kore'nin 2016, diğer ülkelerin 2017 yılı verileri kullanılmıştır.

Gelecek araştırmalarda, bu araştırmada incelenen değişkenlerin daha geniş bir zaman dilimindeki değişimleri ve aralarındaki ilişkilerin incelenmesi önerilmektedir. Bununla beraber bu çalışmanın sadece güncel verilerine ulaşılabilen OECD ülkelerini kapsadığı göz önüne alındığında, geniş bir zaman dilimi ve farklı ülke örnekleri ile beraber yapılacak bir başka çalışmanın daha kapsamlı sonuçlar verebileceği ifade edilebilir.

### KAYNAKÇA

Akman, M., (2014). Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18 (2), 70-78.

Aydemir, C., ve Baylan, S. (2015). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7 (13), 417-435.

Baumol, W., & Blinder, A. (2009). Economics: Principles and Policy, Ohio: South-Western Cengage Learning.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Boz, C., ve Aslan, Ö. (2018). Türkiye’de 1980-2014 Yılları Arasında Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları İle Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Güvence, 14, 1-27.

Cebeci, E., ve Ay, A. (2016). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: BRICS Ülkeleri ve Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 91-102.

Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlıkın Ekonomi Politikası, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19 (1), 274-293.

Erdil Şahin, B. (2018). Kamu Harcamaları İçinde İlaç Harcamalarının Yeri ve Ekonomik Büyüme Etkisi (1990-2016), chapter in Institutions, Development & Economic Growth, (eds) İ. Şiriner and Z. Yardım Kılıçkan, London: IJOPEC Publication.

Golestani, M., Rasekh, H. R., & Imani, A. (2012). The Relationship Between Pharmaceutical Expenditures, Health Care Expenditures and Gross Domestic Product in Iran: 1999-2008, Pharmaceutical Sciences, 18(1), 9-17.

Kamacı, A., ve Yazıcı, H. U. (2017). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi, Sakarya İktisat Dergisi, 6(2), 52-69.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (KAHY). 28617 Sayılı Resmi Gazete

Kurt, S. (2015). Government Health Expenditures and Economic Growth: A Feder–Ram Approach for the Case of Turkey, International Journal of Economics and Financial Issues, 5(2), 441-447.

Mazgirt, İ. (2002). Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi, I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, (Hereke-Kocaeli), 405-415.

OECD. (2013). Pharmaceutical expenditure, chapter in Health at a Glance 2013: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing.

OECD, (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

OECD, (2020). OECD database, accessed at: <https://data.oecd.org/>

Pérez, C., Fernández, C., Méndez, V., Méndez, P., & Fernández, A. (2018). Evolution of GDP and Its Impact on the Pharmaceutical Sector of Ecuador (2007-2016), Journal of International Studies, 11(1), 288-296.

Shaikh, M., & Gandjour, A. (2019). Pharmaceutical Expenditure and Gross Domestic Product: Evidence of Simultaneous Effects Using a Two-step Instrumental Variables Strategy, Health economics, 28(1), 101-122.

Soyalan, M., Toklu, H.Z., Saygı, Ş., & Demirdamar, R. (2014). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nin 2007-2012 Yılları Arasındaki İlaç Kullanım Profili ve İlaç Harcaması, 1.Baskı, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Yayını.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

TEB (2017). <https://www.teb.org.tr/news/7481/BASIN-A%C3%87IKLAMASI-2016%EF%BF%BD%EF%BF%BDDA-SA%C4%9ELIK-%C4%B0LA%C3%87-VE-ECZACILIK-ALANINDA-NELER-OLDU>

Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., ve Işık Erer, T. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik Ve Etik. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8 (4), 32-43.

Top, M., ve Tarcan, M. (2004). Türkiye İlaç Ekonomisi Ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi, Liberal Düşünce, 35, 177-200.

TUİK (2019). [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

Yardan, E. D., Demirkıran, M., ve Yabana Kiremit, B. (2016). Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(1): 157-175.



## SAĞLIKLI YAŞAM ÜZERİNE KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE<sup>1</sup> A CONCEPTUAL FRAMEWORK ON HEALTHY LIFE

**Öğr. Gör. Rukiye YORULMAZ**

Yozgat Bozok Üniversitesi, rukiye.yorulmaz@yobu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0088-710X

**Prof. Dr. Ramazan ERDEM**

Süleyman Demirel Üniversitesi, ramazanerdem@sdu.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6951-3814

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (17.01.2021-13.03.2021)

### Özet

Toplumda meydana gelen değişimler bazı kavramların ele alınış şekilleri üzerinde değişimi beraberinde getirmektedir. Sağlık ve hastalık kavramları da bu değişimden etkilenen alanlardan biridir. Sağlık kavramı bireyin kendisini fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden iyi hissetmesi iken; hastalık kavramı bu iyilik halinden bir sapma olarak ifade edilmektedir. Bu noktada sağlık anlayışındaki bir değişim hastalık anlayışındaki değişimi de beraberinde getirmektedir. Günümüzdeki değişimlere bakıldığında ise geçmişten çok farklı bir sağlık ve hastalık algısının olduğu görülmektedir. Bu noktada şu an ki sağlık ve hastalık anlayışını anlamak için öncelikle geçmişte meydana gelen değişimleri bilmek önem arz etmektedir. Bu çalışmada da geçmişten günümüze sağlık ve hastalık kavramında meydana gelen değişimler üzerinden hareket ederek değişimler sonucunda bireyler için bir hayat tarzına dönüşen sağlıklı yaşam ile ilgili bir kavramsal bir çerçeve çizilmesi amaçlanmaktadır. Buna göre tarihsel süreç içinde sağlık ve hastalık ile ilgili değişim kaçınılmaz olmuştur. Bu değişim sadece bireylerin sağlık ve hastalık anlayışında değil, sağlık ve hastalığın boyutundaki değişimde de kendini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Hastalık, Sağlıklı Yaşam, Sağlıklı Yaşam Yaklaşımları

### Abstract

The changes in society bring along the change on the way some concepts are addressed. The concepts of health and disease are also among the areas affected by this change. While the concept of health refers to an individual's physical, social and mental well-being, the concept of illness is expressed as a deviation from this well-being. At this point, a change in the understanding of health also brings along a change in the

<sup>1</sup> Bu çalışma Rukiye Yorulmaz'ın "Sağlıklı Yaşama Problemine Dair Eleştirel Bir Değerlendirme" isimli doktora tezinden üretilmiştir.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

understanding of disease. Considering the changes at the present time, it is observed that there is a perception of health and disease that is very different from the past. Here, it is important to know the changes that took place in the past in order to find out the current understandings of health and disease. In this study, it was aimed to draw a conceptual framework about healthy life that has transformed into a lifestyle for individuals as a result of the changes based on the changes in the concept of health and disease from past to present. Accordingly, the changes in health and disease have been inevitable in the historical process. This change stands out not only in individuals' understanding of health and disease, but also in the change in the extent of health and disease.

**Key Words:** Health, Disease, Healthy Life, Healthy Life Approaches

### GİRİŞ

Sağlık ve hastalık kavramları geçmişten günümüze gelinceye kadar pek çok değişimden geçmiştir. Bu değişimin nedenleri arasında bireylerin sağlık ve hastalığa bakış açısındaki değişimler, tıbbi paradigmalarda meydana gelen değişimler, sağlık ve hastalık kavramlarının genişlemesi gösterilebilir. Sağlık kavramı ile ilgili tanımlara bakıldığında bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden iyilik halinde olmasının yanında çevrede meydana gelen değişimlere uyum sağlayabilme olarak da ele alındığı görülmektedir. Hastalık kavramında ise; normal sağlıklı olma durumunda bir sapma meydana gelmektedir.

Toplumlara bakıldığında sağlık ve hastalık anlayışlarının farklılaştığı göze çarpmaktadır. Bir hastalık bir toplumda çok önemli bir hastalık olarak görülürken; başka bir toplumda hastalık olarak nitelendirilmemektedir ya da çok önemsenmemektedir. Bir diğer durum ise bazı inanışlarda hastalığın nedenleri de farklılık göstermektedir. Eski dönemlerde hastalığın bireye tanrı tarafından verilen bir ceza, kötü ruhlar tarafından geldiği üzerinde farklı görüşlerin olduğu da görülmektedir. Bir diğer değişim ise önceden hastalık olarak adlandırılmayan durumların hastalık olarak bilinmesidir. Bu durumda sağlık ve hastalığın değişen bir diğer tarafıdır. Ayrıca önceden önemsenmeyen pek çok durumda önemsenmeye başlamıştır. Şu an günümüze bakıldığında sağlıklı yaşam kavramının bireylerin üzerinde durduğu önemli alanlardan biri olduğu söylenilebilir.

Sağlıklı yaşam günümüzde popüler konulardan biri haline gelmiştir. Bu durumda nedeni olarak ise postmodern döneme gelindiğinde sağlık alanında değişim göstermesidir. Artık hastalık kavramından daha çok sağlık, sağlıklı olmak, zinde olmak kavramlarının daha çok konuşulan konulardan biri olduğu görülmektedir. Bireyler artık sosyal çevre içinde yer bulabilmek için de sağlıklı yaşam konusu ile ilgilenmelidir. Bu noktada sağlıklı yaşam ile ilgili pek çok yaklaşımın da olduğu görülmektedir. Bu çalışmada da sağlık, hastalık kavramları üzerinden hareket ederek sağlıklı yaşam ile ilgili bir kavramsal çerçeve çizilmesi amaçlanmaktadır.

### Sağlık ve Hastalık Kavramı

Sağlık kavramı, 1950'lerden 1960'lardan ve 1970'lerden beri önemini git gide arttıran bir kavram olup geçmişte çok eskilere dayanmaktadır (SRI, 2010: 3). Türkçede sağlık kavramının kökü "sağ olmak, hayatta olmak" tır. İngiliz dilinde ise "health" sağlık, "wholeness" bütünlük ve sağlamlık köküne dayalıdır (Adak, 2015: 7; Baltaş, 2008: 34; Fişek, 1983: 1). Sağlık, dünyanın her yerinde en çok önemsenen kavramlardan biridir ve tek bir tanımı yoktur (Met, 2012: 65). Tarihsel sürece baktığımızda 1990'lı yılların başından itibaren pek çok bilim dalı ve sağlık ile ilgilenen kişilerin çeşitli ölçütleri dikkate alarak sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlama yoluna gittikleri

58

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(YORULMAZ, R/ ERDEM, R)



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

görülmektedir (Adak, 2015: 7; Baltaş, 2008: 34; Fişek, 1983: 1). Ayrıca farklı insanlar için sağlığın bir varlık veya bir şeyi yapma yeteneği olarak görülmesi sağlığın tanımını yapmayı zorlaştırmaktadır (Will and Jackson, 2014: 5).

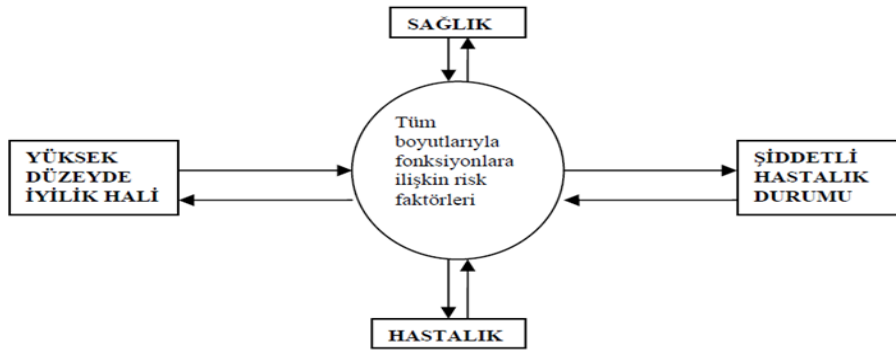
Sağlık, genel olarak işlevsel, pozitif ve negatif olarak üç ana yoldan incelenerek tanımlanmaktadır. Pozitif tanıma göre sağlık, sağlıklı ve iyi olma durumunu, negatif sağlık, bireyde herhangi bir hastalığın olmayışını ve işlevsel sağlık, bireyin günlük aktivitelerinin üstesinden gelebilme durumunu ifade etmektedir (Will and Jackson, 2014: 5; Cirhinlioğlu, 2017: 22). Ayrıca literatürde sağlık ve hastalığı açıklamada pek çok model de sunulmuştur. Bu modeller, tıbbi (medikal) model, DSÖ Modeli, İyilik Hali Modeli ve Çevresel Uyumlama Modelidir. Tıbbi model, bireyin sağlığının bozulmasına iç dış etkenlerin sebep olacağını ifade ederek sağlığı, hastalık ve sakatlığın olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. DSÖ modeli, DSÖ'nün sağlık tanımından hareket etmekte ve burada bahsedilen iyilik halinden kastedilen, kişinin özel algılamasına da yer veren «rahatsızlığın olmayışı»dır. İyilik hali modeline göre ise sağlık, DSÖ modelinden farklı olarak zihinsel bedensel olarak hastalıklarla baş etme kapasitesidir. Çevresel uyumlanma modelinde ise sağlık, fiziksel ve sosyal çevreye uyumlanma kapasitesine bağlıdır (Larson, 1999: 124-125).

Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında sağlık, “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlık hali değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde ifade edilmektedir (Fişek, 1983: 1). Türk Dil Kurumu'nda ise sağlık, “bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr>). DSÖ ve TDK'nın sağlık tanımlarından yola çıkarak bir bireyin sağlıklı olması için sadece fiziksel değil, sosyal ve ruhsal olarak da iyi olması gerektiği söylenilebilir.

DSÖ ve TDK dışında da pek çok sağlık tanımının yapıldığı görülmektedir. Bu yapılan tanımlarda sağlık farklı açılardan ele alınmıştır. Sağlık kavramını Illich, bireylerin kendi iç durumları ve çevresel koşullarıyla savaşıma durumlarının şiddetini anlatan gündelik bir sözcük olarak ele almaktadır (Illich, 2017: 15). Illich sağlığı, çevrede meydana gelen değişimlere uyum sağlayabilme, büyüebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme sürecini tamamlama olarak ifade etmektedir (Illich, 2017: 198). Illich'in sağlığı ele alış şekline bakıldığında bireyin yaşam ile ölüm arasındaki geçen süreyi bütün süreçleriyle yaşaması olarak gördüğü söylenilebilir.

Knight sağlığı, zıtlıklar arasında kurulan uyum olduğunu açıklamış ve sağlığın sıcak-soğuk, kuruluk ve ıslaklık gibi zıt durumlar arasında doğru bir dengeye bağlı olduğunu ifade etmiştir (Knight, 1985: 671). Parsons ise sağlığı, işlevsel model çerçevesinde incelemiş ve sağlığın, bireylerin işlevsel olma yeteneklerine bağlı olduğunu belirtmiştir (Parsons, 1951: 289). Adak ise, toplumsal yaşam içinde bireyin belirli rol ve sorumlulukları olduğunu ifade ederek; bireyin bu rol ve sorumlulukları yerine getirebildiği ölçüde sağlıklı olduğu üzerinde durmuştur (Adak, 2015: 9). Sağlık başka bir tanımda daha bütüncül olarak ele alınmış ve yalnızca belirli bir toplumdaki bireylerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlıklarının olmayışı değil, aynı zamanda, o toplumdaki bireylerin akıl, ruh, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, harmoni, denge, uyum ve iyilik içinde bulunma durumu olarak ifade edilmiştir (Kızılcılık, 1995: 64). Hettler tarafından ise sağlık, aynı zamanda, bireyin farkına vardığı ve daha başarılı bir varoluş için seçimler yaptığı aktif bir süreç olarak ifade edilmiştir (Hettler, 1980: 77). Bu tanımlardan yola çıkarak sağlık, bireyin hem zıt durumlar ile karşılaştığında bu zıt durumlar içinde bir denge kurabilmesini hem de toplumsal rol ve sorumlulukları yerine getirebilmedeki yeterliliğini ve yaşam içinde varlığını sürdürürken uyum içinde olmasını kapsamaktadır.

Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak ele alınmadığı için hastalığın tanımlanması sağlık kavramının da daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (Kızılcılık, 1995: 64). Bu noktada hastalığın hekimce tanımı, “*hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir.*” şeklindedir (Fişek, 1983: 1; Bodur, 1991: 838). Başka bir tanımda hastalık, organizmada meydana gelen birtakım değişikliklerin çıkması sonucu sağlığın olumlu halinden olumsuz bir duruma dönüşmesi, esenliğinin bozulması olarak ifade edilmektedir (<https://sozluk.gov.tr>). Marinker’e göre ise hastalık, biyolojik bir normdan bir miktar sapma olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre hastalık, çoğunlukla boğaz enfeksiyonu ya da bronş kanseri gibi fiziksel, kimi zaman da şizofreni gibi kaynağı bulunamamış patolojik bir süreçtir (Marinker, 1975: 82). Toplumsal açıdan bakıldığında hastalık, normallik ve sağlığı tanımlayan standartlardan sapmak olarak adlandırılmaktadır. Ortaya çıkan hastalık, fiziksel ve psikolojik işleyişi düzenleyen kuralları çiğnemenin ötesinde rutinleri ve beklentileri bozmaktadır (Aho ve Aho, 2008: 55). Kısaca hastalık tanımlarında sağlıklı olma durumundan bir sapma meydana gelmektedir. Bu ortaya çıkan sapma davranışı ise Şekil 1’de gösterilen “Sağlık ve Hastalık Süreci Modelinde daha iyi bir şekilde ifade edilmiştir.

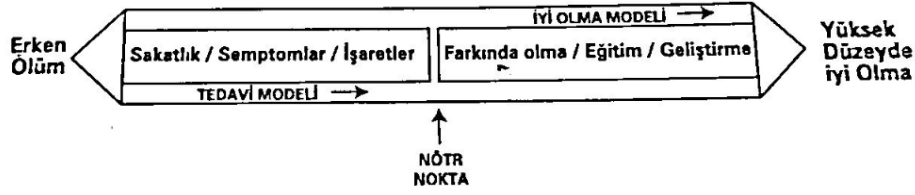


Şekil 1: Sağlık ve Hastalık Süreci Modeli

**Kaynak:** (Potter ve Anne, 1993: 39).

Şekil 1’de yer alan Sağlık ve Hastalık Süreci Modeli, sağlık ve hastalık durumunu bir tarafta yüksek düzeyde iyilik hali olan diğer tarafta ise şiddetli hastalıkların yer aldığı bir skala üzerinden bir derecelendirme yapmaktadır. Bu modele göre sağlık; fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal, gelişimsel ve ruhsal iyilik halini devam ettirmek için, bireyin iç ve dış çevresindeki değişikliklere uyumu ve sürekli olarak değişen dinamik bir olgu olarak ele alınmaktadır. Hastalık ise, kişinin fonksiyonlarında önceki durumuyla karşılaştırıldığında bir ya da daha fazla boyuta bakıldığında azalma ya da bu boyutlarda meydana gelen olumsuz durumların varlığı şeklinde ifade edilmektedir. Bireyin sağlık düzeyinin tanımlanmasında önem taşıyan yaş, yaşam tarzı, çevre gibi değişkenleri içeren risk faktörleri ise modelin ortasında yer almaktadır (Potter ve Anne, 1993: 39). Bu risk faktörleri bireyin sağlıklı ya da hasta olması üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir.

Sağlık ve hastalık kavramlarındaki değişimi anlatan bir diğer model ise Hastalık ve Sağlık Devamlılık Modelidir. (Ryan ve Travis, 1981; Aktaran: Baltaş, 2008: 35). Bu modelde de sağlık ve hastalığın değişimi çizilmeye çalışılmıştır. Model Şekil 2’de gösterilmektedir.



Şekil 2: Hastalık ve Sağlık Devamlılık Modeli

**Kaynak:** (Ryan ve Travis, 1981; Aktaran: Baltaş, 2008: 35).

Hastalık ve sağlık devamlılık modelinde kötü olma ve iyi olma döngüsünün değişimi gösterilmektedir. Nötr noktadan sola doğru gelindiği zaman sağlığın kötüleştiği ve sonunda ölüm ile sonuçlandığı görülürken; nötr noktadan sağa doğru gidildiğinde sağlığın iyiye gittiğini ve en sonda yüksek düzeyde bir sağlığa ulaşıldığı modelde gösterilmiştir.

Çoğu zaman, hastalık kavramı özelinde herkesin aynı durumu anladığı düşünülmektedir. Ancak, hastalık tanımı toplumdan topluma, çağdan çağa değişiklik göstermektedir. Yani bireyin kendisini ne zaman ve hangi koşullarda hasta olarak algılayacağı ya da bir bireye ne zaman hasta denileceği net değildir (Cırhınlioğlu, 2017: 21). Bu hastalık algısındaki değişimde toplumların yaşayış şekillerinin, inanışlarının doğrudan etkili olduğu söylenilebilir. Örneğin, Afrika kabilelerinde yapılan incelemelerde sıtma ve verem gibi hastalıklara yakalananların hasta sayılmadıkları görülmüştür (Fişek, 1983: 2). Ayrıca dünyada meydana gelen pek çok gelişmeyle hastalık ve sağlık anlayışlarında, hastalıkların önem sıralamalarında farklılıklar görülürken; önceden hastalık olarak değerlendirilmeyen pek çok durumun hastalık olarak değerlendirildiği de görülmektedir. Turner'in ifade ettiği gibi, 19. yüzyılda ABD'de bulunan hekimler akut, hayatı tehdit eden ve çoğu kez bulaşıcı çeşitli hastalıklar ve rahatsızlıklar ile karşılaşmaktayken; 1900'lü yıllarda ölüm nedenlerine bakıldığında grip, zatürre, verem ve mide-bağırsak iltihabı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ölüm nedenleri 1980'lere gelindiğinde kalp hastalıkları, kötü huylu tümörler, merkezi sinir sisteminde damar hasarları ve kazalar şeklindedir. 20. yüzyıla gelindiğinde ise şeker hastalığı temel ölüm nedenleri arasında yer alması da zenginleşen ve yaşlı nüfusa sahip toplumlarda giderek önem kazanmaktadır (Turner, 2011: 17). Bu örnekler bakıldığında toplumda meydana gelen pek çok gelişmenin hastalık sınıflandırmasında ya da hastalığın öneminde değişim meydana getirdiği görülmektedir. Yani artık eski dönemde meydana gelen hastalıklar yerini daha farklı hastalık gruplarına bırakmıştır. Bu noktada günümüz insanlarına baktığımızda daha çok sağlıklı yaşam üzerine odaklanıldığı gözlemlenmektedir.

### Hastalık Kavramından Sağlıklı Yaşama Geçiş

Toplumlar, süreç içerisinde birçok değişimden geçmiş ve geçmeye devam etmektedir. Bu değişimde, tüm toplumlar için geçerli olmamakla birlikte, toplumların genel olarak ilkel, tarımsal, endüstriyel ve bilgi toplumu aşamalarından geçtiği görülmektedir. Her sosyal değişimin etkisi sağlık ve hastalık olgusunda, sağlığa yönelik davranışlarda, sağlık ve hastalığa verilen anlamlarda, hasta ile hekimin pozisyonunda, hasta ile hekim arasındaki ilişki ve iletişimde değişiklikler yaratmıştır (Günler, 2015: 33). Bu değişimler bireylerin sağlık ve hastalık kavramlarındaki dönüşümü de zorunlu kılmış ve hastalık kavramından daha çok sağlıklı yaşam kavramının önemsendiği bir döneme doğru bir geçiş kaçınılmaz olmuştur.

Modern tıbbın etkisine baktığımızda gündelik yaşamın önemli bir kısmını ilgi alanına çektiği ve bu şekilde sağlık ve hastalık kavramlarını insan varlığının en önemli parçaları gibi



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

göstererek iktidarını güçlendirdiği görülmektedir (Zola, 1994: 43). Ayrıca modern döneme gelindiğinde hastalığın olmaması hali sağlıklı olmak olarak kavramsallaştırılmıştır. DSÖ'nün sağlığı bütün olarak ele alması, DSÖ modelinin oluşmasını ve biyokültürel ve işlevsel-sosyal modellerin temellerini atmıştır. İlerleyen süreçte ise postmodernizmin kendini hissettirmesi ve tüketimin toplumun her hücresine ulaşması, tüm alanlarda yeniden tanımlamalar yapılmasına yol açmıştır (Öngören, 2015: 26). Şu an düne kadar dikkate alınmadan geçirilen hastalıklar, doktorlar tarafından tedavi edilmeye başlanmıştır. Şöyle ki insanlar, en basit hastalıkların bile üstesinden tek başlarına gelemeye hale gelmişlerdir (Illich, 1994: 24). Bu durum ise insanların sağlık ve hastalığa bakış açılarındaki büyük değişimi gözler önüne sermektedir.

Sağlık ve hastalığın algılanmasında, her toplum kültürünün içerisinde kendine bir yer bulmuştur. Her toplum tarihsel deneyimleri, kendi kültürel değer ve normları çerçevesinde sağlık ve hastalık ile ilgili çeşitli tanımlar yapmıştır. Ancak toplumlararası kültürel farklılıklar ve toplumda meydana gelen değişimler sağlık ve hastalık kavramlarına yüklenen anlamların üzerinde değişikliğe neden olmaktadır (Adak, 2020: 6). 17. ve 18. yüzyıllarda hastalık gitgide hastanın subjektif deneyimlerinin dışına çıkarak objektif bir tıp sistemine ve ölçümlere bağlı olarak değerlendirilmiştir (Çabuklu, 2004: 105). Hastalık kavramında nelerin hastalık olarak nitelendirildiği ve tedavi edileceği yolundaki görüşlerde de değişiklik meydana gelmiştir (Illich, 2017: 41). Hastalığın doğası ve kültürel karşılaştırmalar ile başlayan süreç günümüze gelindiğinde sağlık kavramı merkezinde ilerlerken, yeni kavram ve yaklaşımlarla yoluna devam etmektedir (Kaplan, 2016: 16). Günümüzde sağlıklı olmak hastalıktan daha fazla zihnimizi meşgul etmektedir. 18. yüzyılın sloganı mutluluk iken, 19. yüzyılın özgürlük, 20. yüzyılın sloganı ise sağlık olmuştur (Moulin, 2013: 17).

Günümüzde artık hastalıkları tedavi etmekten çok sağlığı korumaya ve geliştirmeye daha fazla önem verilmektedir (Adak, 2016: 9). 1990'lı yıllardan sonra, modern dönemin etkilerinin zayıfladığından ya da amacına erişemediğinden yeni bir dönem olan postmodern döneme girilmiştir. Bu dönem ekonomi, siyaset, toplumsal ve kültürel alanlar üzerinde pek çok değişikliğe sebep olmuştur. Sağlık alanı da postmodern dönemde değişim yaşayan alanlardan biridir. Bu dönemde eskiye göre sağlık ile ilgili uygulamaların ve algıların kökten değiştiği ifade edilmektedir (Cirhinlioğlu ve Mutlu, 2002: 350). Artık sağlık, toplumsal yaşantıyı etkileyen ve kendisi de toplumsal ve ekonomik olaylardan etkilenen bir toplumsal olgu haline gelmiştir (Belek, 1998: 67). Şu an içinde bulunduğumuz zaman dilimi hastalık değil sağlık çağıdır. Sağlık ve hastalığı belirleyecek olan yaşam tipini seçmek ise kişinin tercihidir. Bireyin tercihleri ise beraberinde sorumlulukları ve görevleri getirecektir (Elbek, 2019).

Son yirmi yıldır dünyada yeni bir sağlık anlayışı ortaya çıkmıştır. Bu anlayışta hastalıkla mücadele etmek yerine hastalığı önleme düşüncesi ön plana çıkmakta ve hastalığa neden olacak riskler, yaşam tarzları ve tüketim davranışları bulunmaktadır (Kaya, 2011: 120). Bireylerden istenilen şey basittir; yaşamın merkezine sağlıklı yaşamı almak ve yaşam tarzına olan bağlılık ile buna ulaşmak için aktif bir tüketici olmaktan hiç vazgeçmemektir (Nazlı, 2013: 201-202). Bu yeni anlayış tartışılmış ve sağlıklı yaşam çerçevesinde sağlığın teşviki politik bir strateji olarak değerlendirilerek vücuda yönelik belirli bir davranışın gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu noktada öz düzenleme ritüelleri ile ortaya çıkan ve yaşam tarzını değiştiren "sağlıklı vatandaş", sağlığı bir yaşam tarzı olarak deneyimlemekte ve hastalık geldiğinde sağlığa odaklanmayı tercih etmektedir. (Kaya, 2011: 120).

Sağlığın yeni modeline baktığımızda eskiye göre beden üzerinde büyük bir değişim göze çarpmaktadır. Beden bir iş, görev, bir proje ve bir nesne konusunda teşvik edilmektedir. Formda kalma ve sağlıklı bir beden için özel diyetler yapma, ne yediğine dikkat etme çabaları, bedenin işlevlerini takıntı boyutlarında denetleme gibi pratikler, yeni sağlık anlayışının bedeni nesneye





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

dönüştürmeyi içerdiğini gözler önüne sermektedir (Kaya, 2011: 124). Bundan yirmi yıl önce sağlık ve hastalık denildiği zaman akla ilk olarak hastaneler, doktorlar, hemşireler, ilaçlar ve ilk yardım çantaları gelirken; şu an akla sağlıklı yiyecekler, vitamin hapları, alternatif tıp, sağlık kulüpleri, aerobik, yürüyüş için ayakkabılar, terapi, sağlık kontrolleri gibi geniş bir alan gelmektedir. Bu nedenle, sağlığın yaşam kültürünün bir parçası haline geldiği yönündeki iddialar artmıştır (Elmacı, 2013: 17; Nettleton, 1995:1; Aktaran: Kasapoğlu, 1999: 4). Bu noktada beden büyük bir dikkat ve çabayı hak eden biricik bir nesneye dönüşürken, öznenin sorgulama ve eleştirme potansiyeli de yok edilmiş olmaktadır (Kaya, 2011: 124). Yani artık sağlık, yaşanan kültürün gittikçe büyüyen bir parçası haline dönüşmüş durumdadır (Elmacı, 2013: 17).

Sağlık tanımının boyutunun da sürekli bir değişim içinde olduğu görülmektedir (Nazlı, 2007: 157-158; Öngören, 2015: 27). Şu an toplumların birçoğunun sağlık ve hastalık kavramını tanımlayış ve algılayış yönünden bir dönüşüm yaşadığı ve bunun sonucu olarak yeni bir sağlık anlayışının oluşmaktadır (Sezgin, 2011: 33; Can, 2019: 7). Sağlık tanımı içerisine stres, alkol sigara gibi çeşitli olumsuz alışkanlıklar, beslenme, diyet, egzersiz, giyim-kuşam, spor, kozmetik ürünleri, estetik, beden imgesi gibi günlük yaşama dair farklı konuların yerleştiği göze çarpmaktadır (Nazlı, 2007: 157-158; Öngören, 2015: 27). Değişen hastalık anlayışında birey ve bireyin bedeni, hastalık adına göz ardı edilemeyecek şekilde ele alınmaya başlanmıştır. Beden, organik işlev bozukluğunun ve bunun fiziksel ve biyolojik sonuçlarının ötesinde kendi deneyimlerini ve gündelik yaşamını dikkate alan kavramsallaştırmalarla önemini gitgide arttırmıştır. “Disease” yerine “illness” kavramsallaştırması da bu sürece işaret ederek bireyin öznel değerlendirmelerinin önemine işaret etmektedir. Önceleri hastalık ve hekim öncelikli bir anlayış var iken şimdi hasta birey öncelikli bir süreç olarak görülmektedir. Diğer yandan modernizmin kendini toplumsal yapıda hissettirmesi tıbbi bakışa da yansımıştır. Tıp, toplum ve kültürün bir ürünü olarak değerlendirilmeye başlamıştır (Öngören, 2015: 26-27).

Son yirmi beş seneye bakıldığında tıp, insanlar için sağlıklı yaşamının hakkını ele geçirmiş, böylece yaşamımızın her sürecinde önemli olan konulardan biri halini almıştır. Sağlık uzmanları ise, toplum için hangi tıbbi tedbirlerin alınmasının gerekli olduğunu belirleme hakkını kaybetmiştir. Artık karşımızda hastasını tedavi etmek için yapılması gerekenleri tavsiye eden bir pratisyen hekim değil; karşımızda toplumun tamamına ihtiyaçlarının ne olduğunu dikte eden, potansiyel hastaları belirlemek amacıyla bireylerin tamamını ele geçirme hakkını kendinde gören bir holdingin temsilcisi durmaktadır (Illich vd., 1994: 19). Modern dünyadaki her şey gibi şu an vücudumuz özel mülkiyetini ilan etmiş durumdadır. Özel mülkiyeti ile birlikte sahibinin görev ve sorumlulukları da beraberinde verilmiş durumdadır. Bu görev sorumluluklar kapsamında en başta sağlığa özen göstermek ve sağlığı önemsemek yer almaktadır (Bauman, 1998: 223). Sağlıklı olma hali kendisine yüklenen yeni değerler ile birlikte bedenin görünümü önemli bir hale dönüşmüştür. Şu an birey yaşlanmayan, canlı, hareketli, formda ve zayıf olabilmek için zorlanmaktadır (Öngören, 2015: 28). Ayrıca hastalık oluşmadan müdahaleyi öngören koruyucu, sağlıklı olmayı hasta duvarlarının ötesine taşıdığı göze çarpmaktadır. Bu dönemde bireyin sağlık ve hastalık konusunda da aktif bir katılımı vardır. Sağlık ile ilgili yeni kavramlar ortaya çıkmış ve tüketim kültürünün içinde de yerini aldığı görülmektedir. Süreci büyük oranda sağlıklı yaşam söylemi şekillendirmektedir (Caner, 2013: 78).

## SAĞLIKLI YAŞAM KAVRAMI

Sağlıklı yaşam kavramının kökeni, binlerce yıl öncesinde, özellikle de Antik Çin, Hindistan, Roma ve Yunan uygarlıklarında uygulanan tedavi yöntemlerine dayanmaktadır. Sağlıklı yaşam kavramının özellikleri 19. yüzyıl Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'daki çeşitli entelektüel, dini ve tıbbi hareketlere sıkı sıkıya bağlıdır. Sağlıklı yaşam ilkeleri ise Yunanistan, Roma ve Asya'nın eski uygarlıklarına kadar uzanmaktadır. Sağlıklı yaşam kavramının modern anlamda kullanımı 1950'lerdir. Halbert L. Dunn 1961 yılında Yüksek Düzeyde Sağlıklı Yaşam (High Level Wellness) adlı çalışmasında sağlık kavramından bahsetmiştir. Halbert L. Dunn'un çalışmaları o dönemde çok az ilgi görmesine rağmen 1970'lerde aralarında Dr. John W. Ravis, Don Ardell, Dr. Bill Hettler gibi isimlerin de olduğu bir grup tarafından benimsenmiş ve genişletilmiştir. Bu isimler sağlıklı yaşam hareketinin öncüleri olarak kabul edilmektedir. Travis, Ardell ve Hettler ve onların ortakları dünyanın ilk sağlıklı yaşam merkezini, Amerika'da Ulusal Sağlık Enstitüsü'nü kurmuşlar ve Ulusal Sağlık Konferansı'nı başlatmışlardır (SRI, 2010: 3).

Sağlık ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında sağlıklı yaşam yerine sağlığı geliştirme kavramının kullanıldığı göze çarpmaktadır (Bozkurt, 2014: 7). Sağlıklı yaşam, ciddi hastalıklar ve erken ölüm ile ilgili risk faktörlerinin azalmasını sağlayan bir yaşam tarzı olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam tarzı sadece hastalıkların önlenmesini değil, aynı zamanda fiziksel ve sosyal iyilik hali ile mutluluğu da içine almaktadır (WHO, 1999: 2). Global Wellness Economy Monitor'ü sağlıklı yaşamı, bütüncül bir sağlık durumuna yol açan faaliyetlerin, seçimlerin ve yaşam tarzlarının aktif arayışı olarak tanımlamaktadır (Global Wellness Economy Monitor, 2017: III). Sağlıklı yaşam kavramı pek çok kişi tarafından tanımlanmıştır. Bu tanımlarda kullanılan bazı unsurlar pek çok tanımda ortak özellikler olarak karşımıza çıkmaktadır.

### Sağlıklı Yaşam Kavramının Temel Özellikleri

Sağlıklı yaşam kavramının tanımında farklılıklar görülse de bu tanımlarda bazı ortak unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlar şu şekilde sıralanmaktadır (SRI, 2010: 7);

- **Sağlıklı yaşam çok boyutludur:** Sağlıklı yaşamın önde gelen tanımlarının çoğu fiziksel, zihinsel, manevi ve sosyal boyutları ve daha fazla boyutu bir arada sunan bir model içermektedir.
- **Sağlık bütünseldir:** Sağlıklı yaşam fiziksel sağlıktan daha geniş bir kavram olup insanın refahına odaklanmaktadır. Bu sadece fiziksel hastalığın olmaması değil, insan bedenini, aklı ve ruhunu tüm yönleriyle ele alan bir yaklaşımdır.
- **Sağlıklı yaşam durumu değişkendir:** Sağlıklı yaşam son bir noktayı ifade etmemektedir. Bireyin yaşamı boyunca ve sağlık seviyelerini en üst noktaya taşıma sürekliliğini ifade etmektedir.
- **Sağlık bireyseldir ancak çevreden de etkilenir:** Sağlıklı yaşam kişinin iyi olma durumunu güçlendirerek sağlıklı yaşam davranış ve uygulamalarına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca kişisel sağlık, içinde yaşadığı ortamdan da etkilenmektedir.
- **Sağlık bir öz sorumluluktur:** Hasta insanlar eski sağlıklarına dönmek için uygulanan tedavide tıp doktorlarına güvenmekle birlikte sağlık felsefesinin birer savunucusu, hastalıkları önlemek ve daha iyi bir sağlık durumuna kavuşmak için gerekenleri yapmak noktasında kişinin sorumluluğunun olduğunu vurgulamaktadır.

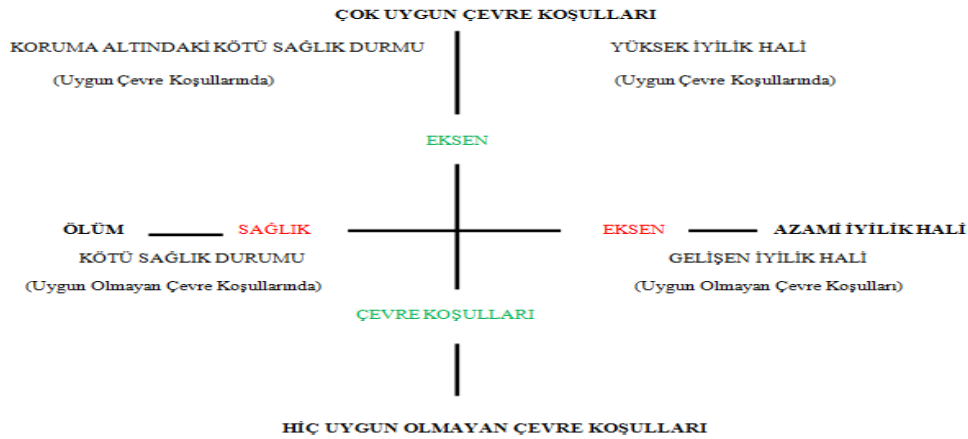
Görüldüğü gibi sağlıklı yaşam ile ilgili çok fazla tanım yapılırsa da yapılan tanımların içeriğine bakıldığında bazı noktaların özellikle vurgulandığı görülmektedir. Bu noktada literatürde yer alan sağlıklı yaşama dair bazı önemli yaklaşımlar da yer almaktadır. Bu yaklaşımlarda sağlıklı yaşamın bazı önemli noktalarına dikkat çekilmekte ve bireylerin sağlıklı olma durumundan hasta olma durumuna doğru değişimin genel hatları çizilmeye çalışılmıştır.

### Sağlıklı Yaşam İle İlgili Yaklaşımlar

Sağlık literatüründe, bireysel varoluşu önemli ölçüde etkilediğine inanılan çeşitli boyutları sunan çok sayıda model önerilmiştir (Oliver, 2018: 42). Sağlıklı yaşamla ilgili oluşturulan modellerin kökenine bakıldığında fiziksel sağlık ve tıp bilimine dayandıkları görülmektedir. Bu modellerden bazıları Halbert Dunn Yaklaşımı, John W. Travis Yaklaşımı, Don Ardel Yaklaşımı, Hettler'in Sağlıklı Yaşam Modeli, Sağlıklı Yaşam Çemberi'dir (Bozkurt, 2014: 12; Oliver, 2018: 42).

#### Halbert Dunn Yaklaşımı

Sağlıklı yaşam hareketinin kurucusu olan Halbert Dunn, bu hareketi “bireyin yaşadığı çevre içindeki potansiyelini maksimize etmeye yönelik entegre bir yaklaşım” olarak ifade etmiştir. Bu tanımdaki maksimize ifadesi Dünya Sağlık Örgütü'nün “fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik hali” şeklinde ifade ettiği sağlık tanımındaki tam terimi ile benzer bir anlama sahiptir. Halbert Dunn'un sağlıklı yaşam hareketini ifade ederken kullandığı entegre ifadesi ise; sağlıklı yaşamın birçok bileşenden oluştuğunu ve etkilendiğini, bu bileşenlerin de birbirleriyle ilişkili parametrelere bakılarak değerlendirilmesi gerektiği üzerinde durmaktadır (Dunn, 1961: 5). Halbert Dunn, sağlık ve hastalık sürecini ise oluşturduğu sağlık haritasında açıklamıştır.



Şekil 3: Sağlık Haritası, Eksenler ve Bölmeler (Dunn, 1959: 788).

**Kaynak:** (Dunn, H.L., 1959: 788)

Şekil 3'de Dunn tarafından oluşturulan sağlık haritasında sağlıklı yaşam durumunun hem kişinin kendi sağlığı hem de çevre ile ilişkili olduğu üzerinde durulmuştur. Bu haritada, sağlık eksenini ile çevre eksenini yer almakta ve dört farklı sağlıklı yaşam bölgesi bulunmaktadır. 1. olumsuz bir çevrede zayıf sağlık durumu, 2. olumlu bir çevrede zayıf sağlık durumu, 3. olumsuz bir çevrede yüksek sağlıklı yaşam, 4. olumlu bir çevrede yüksek sağlıklı yaşam. Çevre eksenini fiziksel ve biyolojik unsurların yanında bireyin sağlığı üzerinde etkili olan sosyo-ekonomik bileşenleri de içermektedir. Sağlık eksenininin bir ucunda ölüm diğer ucunda yüksek sağlıklı yaşam durumu yer almaktadır. Kişinin yaşına ve koşullarına göre en uygun sağlık durumuna ulaşması için, kişisel sağlık ve çevresel koşullarla ilgili net hedefler belirlenmesi önemlidir (Dunn, 1959: 787).

Görüldüğü gibi Halbert Dunn oluşturduğu sağlık haritasında bir bireyin, uygun çevre koşulları oluşturulduğu zaman sağlıklı bir yaşama geçebileceğini ve sağlığının iyiye gideceğini, uygun çevre koşulları oluşturulmadığı zaman iyi olan sağlık halinden kötü sağlık durumuna geçeceğini belirtmiştir. Yani oluşturulan sağlık haritasına göre birey sağlıklı yaşam için uygun

çevre koşullarını sağlayarak sağlık seviyesini yüksek seviyeye çıkartmalıdır. Halbert Dunn'ın dışında bir başka sağlıklı yaşam ile ilgili yaklaşım ise John W. Travis'in Yaklaşımıdır.

### John W. Travis Yaklaşımı

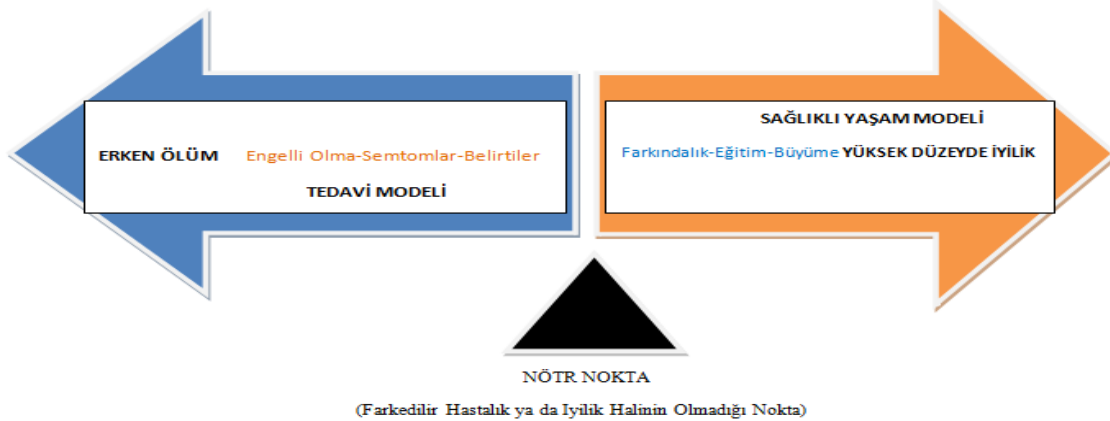
John W. Travis, kendi sağlık tanımını ve sağlıklı yaşam modelini oluşturmak için Dunn'un sağlık tanımı ve modelinden yararlanmıştır. Sağlık ile ilgili pek çok tanım yapmıştır. Travis'in sağlık tanımları Tablo 3'de gösterilmiştir (SRI, 2010: 75).

**Tablo 3:** Jonh W. Trawis Sağlık Tanımları

Sağlık, optimal sağlığa doğru ilerlemek için verdiğiniz bir karardır.
Sağlık, esenlik için en yüksek potansiyelinize ulaşmak için tasarladığınız bir yaşam tarzıdır.
Sağlık, son nokta olmadığı, ancak sağlık ve mutluluğun her an, burada ve şimdi mümkün olduğuna dair farkındalığı geliştiren bir süreçtir.
Sağlık, çevreden alınan, içinizde dönüştürülen ve bulduğunuz dünyayı etkilemek için geri dönen dengeli bir enerji kanalıdır.
Sağlık, beden, zihin ve ruhun bütünleşmesidir, yaptığımız, düşündüğünüz, hissettiğiniz ve inandığımız her şeyin sağlık durumunuz ve dünyanın sağlığı üzerinde bir etkisi olduğunu kabul etmektir.
Sağlık, kendinizi sevgiyle kabul etmektir.

**Kaynak:** (SRI, 2010: 75).

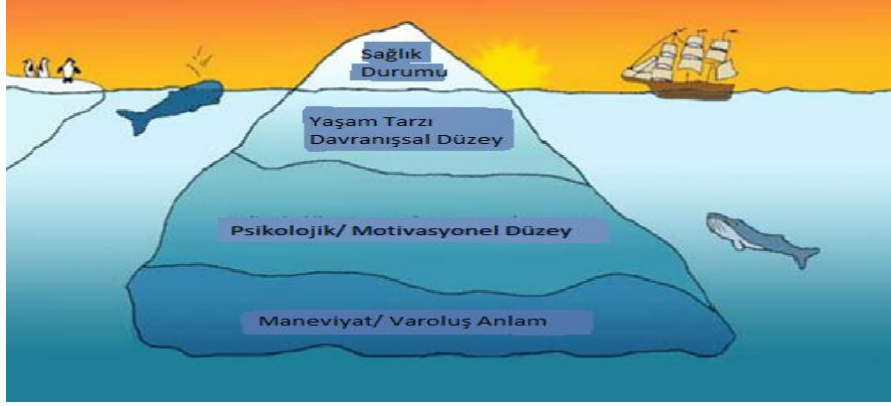
Travis ayrıca sağlık tanımlarının yanında Dunn'un sağlık haritasını değiştirmiş ve modeline iki boyutlu bir sağlıklı yaşam sürekliliğine dönüştürmüştür (SRI, 2010: 75). Şekil 4'de yer alan modele göre; merkezin solu yani nötr nokta giderek artan bir şekilde kötüleşen bir sağlık durumudur ve erken ölümle sonuçlanmaktadır. Merkezin sağı sağlık ve refah seviyesini artırır. "Tedavi Paradigması" (Örneğin, ilaçlar, cerrahi, psikoterapi vb.) kişiyi yalnızca bir nötr noktaya getirir (hastaliksız), "iyilik paradigması" nötrün ötesinde bir sağlık düzeyine geçmeye yardımcı olmaktadır (SRI, 2010: 75).



**Şekil 4:** Hastalık Sağlık Boylamı

**Kaynak:** Travis ve Ryan, 2013: 84; Aktaran: Bozkurt, 2014: 14; SRI, 2010: 75; Jobson, 2003: 21).

Travis ayrıca sağlık ve hastalıkla ilgili Şekil 5'te yer alan Buzdağı Modeli'ni geliştirmiştir. Bu modelde hastalık ve sağlık durumunun buzdağının ucu olduğu ve nedenlerini anlamak için buzdağının altında yer alan yaşam tarzı ve davranışlara, psikolojik ve motivasyonla ilgili faktörlere ve beraberinde manevi faktörlere bakılması gerektiğini savunmuştur (Jobson, 2003: 21).



Şekil 5: Sağlıklı Yaşam Buzdağı Modeli

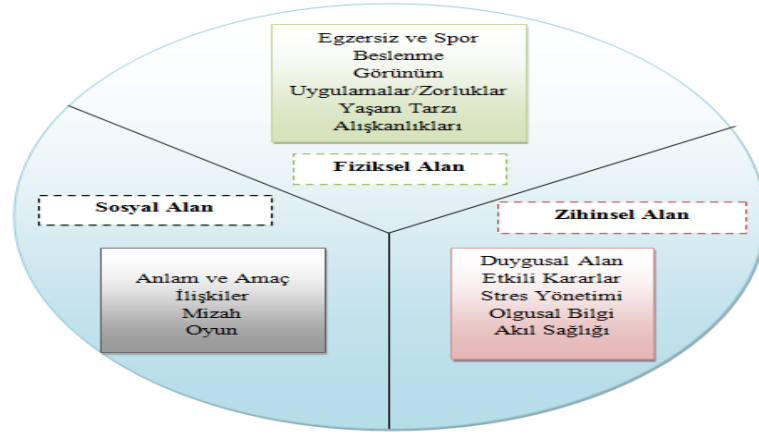
**Kaynak:** (Jobson, 2003: 21; Travis ve Ryan, 2004: 85; Aktaran: Bozkurt, 2014: 15).

Travis'in oluşturduğu modele göre birey nötr noktada sağlığında herhangi bir değişim yoktur. Ancak birey sağlığı ile ilgili bir farkındalığı olup bu farkındalığını iyi yönde geliştirirse yüksek düzeyde bir iyilik haline kavuşacaktır. Ancak birey nötr noktadan sağlığını üst düzeye çıkartmayıp sağlık durumu kötüleşirse en sonunda ölüm ile sonuçlanacaktır. Bu nedenle okun sağı birey için hedeflenmelidir. Buz dağı modelinde ise bireyin sağlık durumunun altında pek çok faktörün etkili olduğu üzerinde durulmaktadır. Yani bir bireyin sağlığı ile ilgili değerlendirilme yapılacağı zaman kişinin yaşam tarzı, psikolojik durumu ve maneviyat gibi unsurların göz önünde bulundurulması önemlidir. Sağlıklı Yaşam Yaklaşımları içinde ele alınacak bir model ise Don Ardell tarafından oluşturulan Döngüsel Sağlık Modeli'dir.

#### Don Ardell Yaklaşımı

Don Ardell, Dunn'un çalışmalarından etkilenmiştir. 1977 yılında Dunn'un başlığını ve geliştirdiği kavramları kullanarak "Yüksek Düzeyde Sağlıklı Yaşam: Doktorlara, İlaçlara ve Hastalıklara Alternatif (High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs and Disease) isimli kitabını yayınlamıştır. Sağlıklı yaşam üzerine 12 kitap yazmış ve 30 yıl boyunca sağlıklı yaşam hareketinde öne çıkan isimlerden biri olmuştur. (Ardell 2002: Aktaran: Bozkurt, 2014: 15-16). Ardell'e göre sağlık, her şeyden önce yaşam kalitesini yükseltmek için bir seçimdir. Ardell'e göre sağlık, fiziksel, zihinsel ve duygusal bileşenleri olan bir var olma durumudur. Sağlıklı bir yaşam tarzı şekillendirmek için bilinçli bir karar gerekmektedir (SRI, 2010: 76).

Ardell'in döngüsel sağlık modeli, ilk kez 1977'de piyasaya sürüldüğünden bu yana birkaç kez gelişmiştir. Modelin şu anki sürümü, üç alan ve sağlıklı yaşamın 14 boyutunu göstermektedir (SRI, 2010: 76). Diğer bazı baskın modellerden farklı olarak Ardell, sağlık için manevi bir boyut içermez ve zihinsel, fiziksel ve sosyal yönleri odaklanmaktadır. Ardell ayrıca sağlıklı yaşamın yaşam kalitesi ve yaşam tarzı ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Kişinin kendisini iyi hissetmesi ve yaşamından tatmin olması için bazı temel ilkeleri benimsemesi ve böylece kendi sağlığı için gerekli olan sorumluluğu alması gerektiğini ifade etmiştir. (Ardell 2002: Aktaran: Bozkurt, 2014: 15-16).



Şekil 6: Donn Ardell Döngüsel Sağlık Modeli

**Kaynak:** (SRI, 2010: 76).

Don Ardell tarafından ortaya konulan Döngüsel Sağlık Modelinde fiziksel, sosyal ve zihinsel alanlara odaklanarak bireyin bu alanlarda yer alan bazı temel başlıkları hayatına geçirerek yüksek bir sağlığa ulaşabileceğini ifade etmiştir. Bir diğer yaklaşım ise Hettler'in ortaya koyduğu sağlıklı yaşam modelidir.

#### Hettler'in Sağlıklı Yaşam Modeli

Amerika'da Ulusal Sağlıklı Yaşam Enstitüsü'nün kurucusu olan Dr. Bill Hettler, sağlıklı yaşamı, insanların daha başarılı bir farkındalık kazanacakları ve hedeflerine ulaşmak için çaba gösterecekleri dinamik bir süreç olarak ifade etmiştir (National Wellness Institute, [http://www.Nationalwellness.org/?page=Six\\_Dimensions](http://www.Nationalwellness.org/?page=Six_Dimensions); Aktaran: Bozkurt, 2014: 16; <https://www.nationalwellness.org>).

Şekil 7'de yer verilen Hettler'in oluşturduğu model, kabul gören ve kullanılan sağlıklı yaşam modelidir. Modelde yer alan boyutlar, fiziksel, manevi, entelektüel, sosyal, duygusal ve mesleki sağlıktır (Hettler, 1980: 78; Hettler, 1976: 1). Modelde yer alan boyutların içeriğine ise aşağıda yer verilmiştir. Her bir boyut kişinin sağlığının daha iyiye gitmesi içinde önemli olan unsurları içine almaktadır.



Şekil 7: Hettler'in Sağlıklı Yaşam Modeli

**Kaynak:** (Hettler, 1980: 78).



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

**Duygusal Sağlık:** Duygusal sağlık boyutu, kişinin duygularının farkında olması üzerinde odaklanmaktadır (Hettler, 1976: 2). Duygusal sağlık, psikolojik boyuta atıfta bulunup, günlük olaylarımızda ve etkileşimlerimizde duyguları ele alış biçimimizi ve kişinin duygularının ne derece farkında ve kabul ettiğini ifade etmektedir (Hettler, 1980: 78). Duygusal sağlık boyutu kişinin kendisi ve yaşam hakkında ne derece olumlu ve hevesli olduğu ile ilgilenmektedir. Kişinin sınırlamalarının gerçekçi değerlendirmesi dahil olmak üzere kişinin duygularını ve ilgili davranışlarını uygun şekilde kontrol etme kapasitesini ölçmektedir (Hettler, 1976: 2; Hettler, 1980: 78).

**Mesleki Sağlık:** Mesleki sağlık boyutu, iş-yaşam dengesi ve her türlü çalışma ortamını ele almaktadır. İş yaşamında çok fazla zaman geçirildiğinden yola çıkarak iş sağlığı ile iş ve yaşam arasındaki uyum bulunmaya çalışılmaktadır. Bu boyut ile düzenlenmiş bir bireyin olumlu bir iş kültürüne sahip olacağı ve iş yerinde kendisini daha iyi hissedeceği düşünülmektedir (<https://mypositiveparenting.org>).

Mesleki sağlık boyutu, iş yoluyla kişinin yaşamındaki kişisel tatmini ve zenginleşmeyi ifade etmektedir. Mesleki iyilik halinin merkezinde, mesleki gelişimin kişinin işi hakkındaki tutumu yer almaktadır. Mesleki zindeliğimize giden yolda ilerlerken, hem kişisel olarak anlamlı hem de ödüllendirici olan çalışmalarınıza benzersiz hediyeler, beceriler ve yetenekler ile katkıda bulunulmak önemlidir (Hettler, 1976: 1).

**Fiziksel Sağlık:** Fiziksel sağlık boyutu, düzenli fiziksel aktivite ihtiyacı üzerinde odaklanmaktadır. Fiziksel gelişim, tütün, uyuşturucu ve aşırı alkol tüketimini caydırırken, diyet ve beslenme hakkında bilgi edinme üzerinde durmaktadır (Hettler, 1976:1). Fiziksel sağlık boyutunda kişinin kaydiyovasküler esnekliği ve gücü ne kadar koruduğu önemlidir (Hettler, 1980: 78). Optimum sağlık, iyi egzersiz ve yeme alışkanlıklarının birleşimiyle sağlanmaktadır. Ayrıca sağlıklı yaşamın fiziksel boyutu, kişisel sorumluluk ve küçük hastalıklar için bakım ve ayrıca ne zaman profesyonel tıbbi yardıma ihtiyaç duyulduğunu bilmeyi gerektirmektedir (Hettler, 1976: 1)

**Sosyal Sağlık:** Sosyal sağlık boyutu, içinde yaşadığımız insanlarla ve toplumla uyumlu bir ilişki içinde olmayı ve kendi toplumunun ortak refahına ne derece katkıda bulunduğunu ifade etmektedir (Hettler, 1980:78; Hettler, 1976: 1). Hayallerimizi, hedeflerimizi ve vizyonumuzu ne kadar çok yaşadığımız toplum ile eşleştirecek o kadar büyük bir resim, elverişli bir ortam ve sosyal çevre sağlanmaktadır. Toplumsal boyutu güçlendirerek, doğayı korumak, topluluğumuzla uyumlu bir şekilde yaşamak, komşularla iyi ilişkiler kurmak ve mutluluk, huzur ve memnuniyet sağlayan bir sosyal ortam oluşturulmak hedeflenmektedir (Hettler, 1976: 1).

**Entelektüel Sağlık:** Entelektüel sağlık boyutu, zihinsel sağlık boyutu olarak da adlandırılmaktadır. Değişen hayatı yakalamak, değişiklikleri kabul etmek ve kişisel toplum kazancıyla ilgili değişiklikleri değerlendirmek için zihinsel olarak donanımlı olmayı ifade etmektedir. Entelektüel boyut, yaratıcılığı, yaratıcı problem çözmeyi ve yenilikçi fikirleri desteklemektedir (Hettler, 1976: 1). Ayrıca entelektüel açıdan iyi bir kişi, mevcut kaynakları, başkalarıyla paylaşma potansiyelini genişletmenin yanı sıra, gelişmiş beceriler için bilgilerini genişletmek için kullanmaktadır (Hettler, 1970: 78; Hettler, 1976: 1).

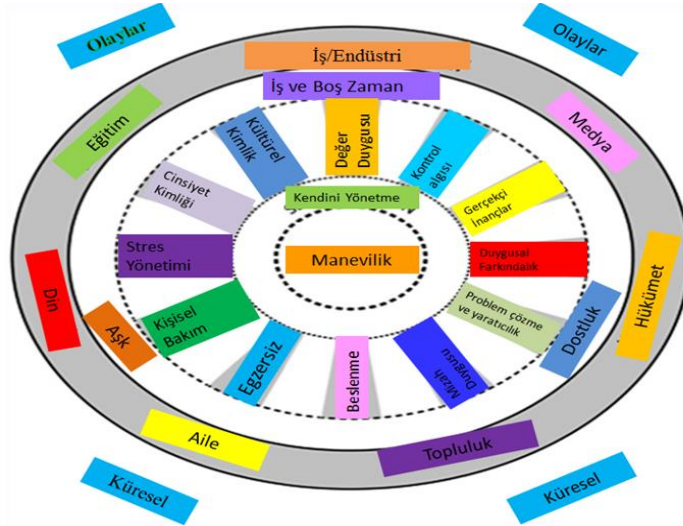
**Manevi Sağlık:** Manevi sağlık boyutu, refah boyu olarak da adlandırılmaktadır. Bu boyut, amaçlarımız, hayallerimiz, inançlarımız ve değerlerimiz doğrultusunda yaşamın ve hayatın amacının yüksek anlamı üzerine odaklanmaktadır. İki perspektife dayanmaktadır. Bunlar özel refah ve psikolojik refah. Öznel refah temel olarak mutluluk ve olumlu etki arayışına odaklanırken psikolojik refah, insanlığın bir bütün olarak kendini geliştirmesine ve ilerlemesine katkıda bulunan potansiyelinin tam olarak hayata geçirilmesi ve gerçekleştirilmesini ifade etmektedir. Her iki

bileşeni de aynı hizaya getirmek hem kişisel ihtiyacı karşılayan hem de daha büyük resimdeki rolümüzü yerine getiren daha iyi bir refah modeli oluşturacaktır (<https://mypositiveparenting.org>).

### Sağlıklı Yaşam Çemberi

Myers ve arkadaşları sağlıklı yaşamı, beden, zihin ve ruhun kişinin toplumsal ve doğal çevre içinde uyumlu bir şekilde yaşaması için bireyle bütünleştiği optimal sağlık ve iyiliğe yönelik bir yaşam tarzı olarak tanımlamaktadırlar (Myers vd., 2000: 252). Myers ve arkadaşları sağlıklı ve yüksek yaşam kalitesine sahip bireylerin belirli karakter özelliklerini içeren çok disiplinli bir yaklaşıma dayalı bir model ortaya koymuştur (Oliver, 2018: 42). Modelde maneviyat, çarkın merkezi ve esenliğin en önemli özelliği olarak tasvir edilmiştir. Maneviyatın bileşenleri, dini veya manevi inanç ve uygulamalara ek olarak yaşamda bir anlam duygusuna sahip olmayı içermektedir (Myers ve Sweeney, 2008: 483). Sağlıklı yaşam çemberi ya da sağlık çarkı, bireylerin daha fazla sağlık elde etmelerine yardımcı olmak için kişisel sağlık planlarının geliştirilmesini temel almaktadır (Myers vd., 2000: 251). Sağlıklı yaşam çemberinin tüm bileşenleri birbirleriyle etkileşim halindedir ve bir alandaki değişimin modelin diğer alanlarında da değişikliklere neden olmakta ve katkı yapmaktadır (Myers ve Sweeney, 2008: 483).

Yazarlar oluşturdukları sağlıklı yaşam çemberinde, beslenme, egzersiz, kendine bakma, stres yönetimi, cinsel kimlik, kültürel kimlik, değer duygusu, kontrol duygusu, gerçekçi inançlar, duygusal farkındalık ve kontrol, problem çözme ve yaratıcılık, mizah duygusu gibi 17 boyuta yer vermiştir. Ayrıca çemberde kişinin yaşamı içindeki üstlenmesi gereken görevleri maneviyat, iş, eğlence, arkadaşlık, sevgi ve kendini yönetme olarak beş başlık altında toplamıştır (Myers vd., 2000: 252). Oluşturulan sağlıklı yaşam modeli zihin, beden ve ruhun doğa ve çevre ile işbirliğine odaklanmaktadır (Oliver, 2018: 42).



Şekil 8: Sağlıklı Yaşam Çemberi

Kaynak: (Myers, Sweeney and Witmer; 2004: 2)

Görüldüğü gibi sağlıklı yaşam ile ilgili pek çok yaklaşım ileri sürülmüştür. Bu yaklaşımlarda temel nokta bireyin sağlığını üst seviyeye çıkartmaktadır. Başka bir ifadeyle bireyin sağlığını maksimize etmektedir. Bunu için ise temel bazı başlıklar belirlenmiştir. Bireyden beklenen ise bu başlıklara uygun bir yaşam biçimi benimsemesidir.





## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık ve hastalık kavramının geçmişi çok eskiye dayanmaktadır. Ayrıca toplumda meydana gelen değişimler ile birlikte sağlık ve hastalık tanımlarında da dönüşüm yaşanmış ve kavramın ele alınışında, algılanışında farklılıklar olmuştur. Bu noktada sağlık, bireyin yaşamını sürdürürken kendini iyi hissetme hali olarak ifade edilirken; hastalık, bireyin vücudunda meydana gelen olumsuz durumlar sonucunda iyilik halinden uzaklaşma durumudur.

Sağlık ve hastalık algısındaki değişimin en dikkat çeken hastalığın kötü ruhlar aracılığıyla değil bireyin iç işleyişiyle ilgili olduğunun anlaşılmasıdır. Bu süreçten sonra sağlık ve hastalığa daha bilimsel bir açıdan bakılmış ve tedavi süreçleri de ona göre bir dönüşüm yaşamıştır. Bir diğer değişim ise hastalığın bireylerin deneyimlerinden yararlanarak değil; hastalığa daha bilimsel bir açıdan bakılması olmuştur. Şu an ki meydana gelen bir dönüşüm olarak ise hastalıkların tedavisinden ziyade sağlığın daha da iyileştirilmesi için yapılan çalışmaların etkinliği olarak görülmektedir. Yani artık hastalıktan ziyade sağlıklı yaşam ve bu sağlıklı yaşamın daha üst düzeye nasıl çıkartılacağı sorusunun cevabına göre bireyin yaşamını sürdürmesidir.

Sağlık ve hastalıktaki değişim sadece bireylerin sağlık ve hastalık anlayışında değil, sağlık ve hastalığın boyutundaki değişimi de içine almaktadır. İnsanın doğal yaşam süreci olan doğma, büyüme ve yaşlanma süreçleri de bu süreçte farklı ele alınmaktadır. Yaşlılık önceki dönemlerde normal bir süreç iken şu an hastalık olarak nitelendirilmekte ve yaşlılık süreci olabildiğince geciktirilmeye çalışılmaktadır. Artık bireyler sağlıklı yaşam üzerinde daha çok durmaktadır.

Sağlıklı yaşam, bireyin yaşamı son bulana kadar geçen süreçte ciddi hastalıklara yakalanmama ve bir yaşam tarzı olarak ele alınmaktadır. Bireyin sağlıklı yaşamı bir süreliğine değil bir yaşam tarzına dönüştürmesi temel noktadır. Bu noktada sağlıklı yaşam ile ilgili ele alınan yaklaşımlarda da sağlıklı yaşam üzerinde hangi değişkenlerin etken rol oynadığı üzerinde durularak bireye bir yol haritası çizilmeye çalışılmıştır. Bu yol haritalarını izleyen birey ise sonunda sağlıklı yaşama ulaşacaktır.

Sağlıklı yaşam ile ilgili yaklaşımlara baktığımızda her bir yaklaşım bireyin sağlığını daha iyiye götürmek için etkili olan faktörleri ortaya koymaya çalışmışlardır. Bu yaklaşımlar, Halbert Dunn Yaklaşımı, John W. Travis Yaklaşımı, Don Ardel Yaklaşımı, Hettler'in Sağlıklı Yaşam Modeli, Sağlıklı Yaşam Çemberi'dir. Sağlıklı yaşam ile ilgili ortaya konulan yaklaşımlarından yola çıkarak sağlıklı yaşam üzerinde etkili olan faktörler şu şekildedir. Sağlıklı yaşam üzerinde çevre unsurunun önemi büyüktür. Birey kendi yaşamında uygun çevre koşulları sağladığı takdirde sağlığını üst düzeye taşıyacaktır. Yaklaşımlarda bireyin farkındalığı ne kadar yüksek olursa yüksek düzeyde iyilik haline ulaşacağı görülmektedir. Bireyin sağlığı üzerinde etkili olan noktalardan biri de bireyin yaşam tarzı, psikolojik durumu ve yaşama dair bakış açısıdır. Bu unsurlar noktasında da birey pozitif yönde bir gelişme gösterir ise sağlığı da o yönde iyiye gidecektir. Bireyin yapmış olduğu fiziksel aktivitelerin yanında iş- yaşam dengesinin iyi olması da bireyin sağlığı üzerinde etkili olan unsurlardandır.

## KAYNAKÇA

Adak, N.Ö. (2015). Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme. 1. Basım, Antalya: Siyasal Kitabevi.

Adak, N. (2016). Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları. M. Özben, (Ed.) Sağlık Sosyolojisi, Erzurum Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Erzurum.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Adak, N. (2020). Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları. İ. Öz ve M. Özben (Ed.) Sağlık Sosyolojisi, (ss. 4-25), Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Aho, J. and Aho, K. (2008). Body Matters A Phenomenology of Sickness, Disease, and Illness. Lanham, MD: Lexington Books.
- Baltaş, Z. (2008). Sağlık Psikolojisi. 4. Basım, Ankara: Remzi Kitabevi.
- Bauman, Z. (1998). Postmodern Adventures of Life and Death, Modernity. P. Higgs, and G. Scambler (Ed.) Medicine and Health : Medical Sociology Towards 2000, Routledge.
- Belek, İ. (1998). Sınıf Sağlık Eşitsizlik, İstanbul: Sorun Yayınları.
- Bodur, S. (1991). Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Türk Aile Ansiklopedisi. T.C. Başb. Aile Araş. Kur, cilt: 3, ss:838-843.
- Bozkurt, F. (2014). "Sağlıklı Yaşam (Wellness) Pazarlamasında, Kişisel Değerleme Sağlığın Tanımının Sağlıklı Yaşam Tarzı Üzerindeki Etkisi ve Bir Araştırma"
- Can, İ. (2019). Sağlık Olsun: Sağlığın Toplumsal Görünümleri. 1. Basım, İstanbul: Cizgi Kitabevi.
- Caner, M. (2013). *Sosyal Kontrol Kavramı Açısından Tıp Sosyolojisinin İmkanları*, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Bursa.
- Cirhinlioğlu, Z. ve Mutlu, S. (2002). Postmodern Söylemlerde Sağlık. Toplum ve Hekim, Eylül-Ekim, 17(5): 350-357.
- Cirhinlioğlu, Z. (2017). Sağlık Sosyolojisi. 7. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çabuklu, Y. (2004). Toplumsalın Sınırında Beden. 1. Baskı, İstanbul: Kanat Kitap.
- Dunn, H.L. (1959). High Level Wellness for Man and Society. American Journal of Public Health and the Nations Health, 49(6): 788.
- Dunn, H.L. (1961). High-Level Wellness, A Collection of Twenty-Nine Short Talks on Different Aspects of the Theme "High-Level Wellness for Man and Society" R.W. Beatty, Ltd., Virginia.
- Elbek, O. (2019). "Her Yaştan Yaşlanma", Birikim Dergisi, 02.07.2020 tarihinde <https://books.google.com.tr/books?id=r3LgDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false> adresinden alınmıştır.
- Elmacı, N. (2013). Sağlık Antropolojisi: Diyarbakır Örnekleri. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Fişek, N. (1983). Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın No: 2, Ankara.
- Global Wellness Institute. (2017). Global Economy Monitor, Miami: Global Wellness Institute. 01.07.2020 tarihinde [https://globalwellnessinstitute.org/wp-content/uploads/2018/06/GWI\\_WellnessEconomyMonitor2017\\_FINALweb.pdf](https://globalwellnessinstitute.org/wp-content/uploads/2018/06/GWI_WellnessEconomyMonitor2017_FINALweb.pdf) adresinden alınmıştır.
- Günler, O.E. (2015). Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerine Etkileri. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 17(19): 33-40.
- Hettler, B. (1976). The Six Dimensions of Wellness Model, National Wellness Institute, 21.02.2021 tarihinde [file:///C:/Users/User/Downloads/The\\_Six\\_Dimensions\\_of\\_Wellness\\_The\\_Six\\_D.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/The_Six_Dimensions_of_Wellness_The_Six_D.pdf) adresinden alınmıştır..
- Hettler, B. (1980). Wellness Promotion on a University Campus. Family & Community Health, 3(1): 77-95.
- Illich, I. (1994). Körelten Meslekler. Illich, I., Mcknight, J., Caplan, J., Shaiken, H., (Ed), Profesyoneller İktidarı, (Çev. C. Cerit), 1. Basım, İstanbul: Pınar Yayınları.
- Illich, I. (2017). Sağlığın Gaspı. 4. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Jobson, R. (2003). Wellness in South Africa. South African Family Practice, 45(3): 20-23.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Kaplan, M. (2016). Kültürel Bir İnşa Süreci Olarak Sağlık: Kavramsal ve Tarihsel Bir Bakış. *Dört Öge Dergisi*, 5(10): 11-18.

Kasapoğlu, A. (1999). Sağlık Sosyolojisi Türkiye’den Araştırmalar. Birinci Baskı, Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.

Kaya, Ş.Ş. (2011). Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(2): 118-150.

Kızılçelik, S. (1995). “Kırsal ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açıdan Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Knight, C., (1985), “Menstruation as Medicine”, *Social Science and Medicine*, 21(6): 671.

Larson, S. (1999). The Conceptualisation of Health. *Medical Care Research Rev.*, Vol.56:123-136.

Marinker, M., (1975), “Why Make People Patients?” *Journal of Medical Ethics*, 1, 81–4.

Mete, S., (2012), Hemşireliğin Temel Kavramları, İçinde *Hemşirelik Esasları*, T.A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), (ss. 58-78), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Myers, J.E. and Sweeney, T.J. (2008). “Wellness Counseling: The Evidence Base for Practice”, *Journal of Counseling & Development*, 86: 482-493.

Myers, J., Sweeney, T.J. ve Witmer, M. (2000). “The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: A Holistic Model for Treatment Planning”, *Journal of Counseling and Development*, 78: 251-266.

Moulin, A.M. (2013). “Tıbbın Karşısında Beden”, İçinde A. Corbin, J.J. Courtine ve G. Vigarello (Ed.), *Bedenin Tarihi 3 Bakıştaki Değişim: 20. Yüzyıl*, (Çev. S. Özen), (ss. 15-57), 1. Baskı, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Nazlı, A. (2007). Hastalığın Sosyal İnşası ve Hastalık Anlatıları: Meme Kanseri Örneği. *Sosyoloji Dergisi*, 18: 149-224.

Nazlı, A. (2013). “Bedenin Ölümü ve Tıp”, İçinde O. Elbek (Ed.), *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır*, (ss.193-203), 1. Baskı, İstanbul: Hayy Kitap.

Oliver, M.D. (2018). “Health to Wellness: A Review of Wellness Models and Transitioning Back to Health”, *The International Journal of Health, Wellness and Society*, 9(1): 41-57.

Öngören, B. (2015). Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 34: 25-45.

Parsons, T. (1951). *The Social System*. Routledge and Kegan Paul, London.

Potter, P. ve Anne, P. (1993). *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*. Third Edition, Mosby Year Book.

Sezgin, D. (2011). *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*. 1. Basım, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

SRI. (2010). *Spas and the Global Wellness Market: SYnerges and Opportunities*, Prepared by SRI International.

Turner, B.S. (2011). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*. (Çev. Ü. Tatlıcan), 1. Basım, Bursa: Sentez Yayıncılık.

Zola, I. K. (1994). *Sağlık ve Köreltici Tıp*. Illich, I., Mcknight, J., Caplan, J., Shaiken, H., (Ed), *Profesyoneller İktidarı*, (Çev. C. Cerit), 1. Basım, İstanbul: Pınar Yayınları.

Wills J. and Jackson, L., (2014), *Health and Health Promotion*. J. Wills (Ed.), İçinde *The Fundamentals of Health Promotion for Nurses*, Oxford: John Wiley & sons Ltd.

World Health Organization (1999), *What is a Healthy Lifestyle?* 01.07.2020. tarihinde [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108180/1/EUR\\_ICP\\_LVNG\\_01\\_07\\_02.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108180/1/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf). adresinden alınmıştır.

<https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 05.12.2019.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

<https://mypositiveparenting.org/wp-content/uploads/2016/06/dimension-of-wellness.png>  
Erişim Tarihi: 12.12.2019.



**SAĞLIK HİZMETLERİ VE RUHSAL HASTALIKLARDA HİZMET  
MODELLERİ: BİR UYGULAMA**  
**SERVICE MODELS IN MENTAL DISORDERS AND HEALTH CARE  
SERVICES: AN APPLICATION**

**Dr. Elçin GÜVEN**

E.A. Mali Müşavirlik A.Ş., elcinguven@windowslive.com, orcid.org/0000 0003 09200861

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (20.02.2021-10.04.2021)

**Özet**

Sağlık sektörü, günümüzde, dünya ekonomisinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Toplumsal ve ekonomik gelişmenin temel unsurlarından biri sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin en önemli alanlarından birisi de Ruh sağlığı hizmetleridir. Ruh sağlığı hizmetlerinde amaç, herkes için fiziksel ve ruhsal sağlık bakımının sağlanmasıdır. Bu çalışmada, sağlık hizmetleri, ruhsal hastalıklar ve hizmet modelleri, ruh sağlığının tarihi ve önemi ele alınmıştır. Analiz kısmında, jamovi uygulaması yapılmıştır. Bağımlı değişken ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları, bağımsız değişkenler ise; ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranları incelenmiştir. Uygulama sonucunda, bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkeni %78,9 etkilediği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Ruh Sağlığı Hizmetleri, Ruhsal Hastalıklar, Hizmet Modelleri

**Abstract**

Health sector has become an important segment of the world economy nowadays. One of the main factors of social and economic development is health care services. One of the most significant fields of health care services is considered to be mental health services. The purpose of the mental health services is to provide everybody with both physical and mental health care services properly. Health care services, mental disorders and service models, historical background and importance of mental health care services have all been discussed within the content of this research study. The application of jamovi method has been performed in the analysis phase of this study. Various independent and dependent variables have been dealt with such as the rates of beds in psychiatric hospitals as dependent variables and in ambulatory medical centres as

independent variables, daily health care opportunities, numbers of psychiatry beds in general hospitals, accommodation centres, rates of beds in accommodation centres and also the rates of psychiatric hospitals have all been examined. As a result of this application, it has been observed that those independent variables affect the dependent variables at the rate of 78.9 %.

**Key Words:** Health Care Services, Mental Health Services, Mental Health Disorders, Service Models

## GİRİŞ

Türkiye’de ve birçok ülkede yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların olumsuzdan olumluya doğru değişmekte olduğu bilinmektedir. Fakat bu değişim istenen düzeyde değildir. 1940’tan sonra, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplumsal tutumlar, birçok araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmalar sonucunda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı toplumun hem olumlu, hem de olumsuz bir tutuma sahip olduğu şeklinde çelişkili görüşleri olduğu ortaya çıkmıştır (Yüksel vd., 2015:27). Dünya genelinde, ruhsal bozukluklar, hastalık yükü oranlarında artış gösteren gruptadır. Toplumlar da yıkıcı etkisi bulunan ruhsal hastalıklara, her iki kişiden birinin yaşamları süresince yakalandığı bilinmektedir (Taipale, 2001:531-532). Gelişmemiş ülkelerde sağlık hizmetleri bedellerinin, devlet desteği olmadan, hastaların kendi bütçeleri çerçevesinden karşıladıkları görülmektedir. (Dixon vd, 2006:171). Ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmemesinin nedenlerinden bazıları; maddi olarak yeterli desteğin yapılmaması, uzman hekimlerin, hemşirelerin ve sağlık personelinin yetersizliği olarak gösterilmektedir (Çakmak ve Konca, 2019:54). Toplumsal açıdan ruh sağlığı ile ilgili problemlerin çok sık görülmesi, ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca fiziksel sağlık somut nedenlerden dolayı sürekli geliştirilen bir konu iken ruhsal hastalıklara gereken önem verilmemiştir. Bu duruma toplumun tutum ve davranışları da dahil olunca, problemler gizlenmiş, hastaların durumları gün geçtikçe kötüye gitmiştir (Ocaktan vd, 2004:63-64). Bu çalışmada; sağlık hizmetleri, ruhsal hastalıklar ve hizmet modelleri, psikiyatri ve ruh ve sinir hastalıkları hastane oranları ele alınacaktır. Çalışmada jamovi uygulaması yapılacaktır. Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları bağımlı değişken olarak ele alınacaktır. Bağımsız değişkenler; ruh sağlığı poliklinik olanakları, ruhsal hastalıklarda günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama olanakları ve konaklama için ayrılan yer ve yatak oranlarıdır.

## Sağlık Hizmetleri, Ruhsal Sağlığı Alanında Hizmet Modelleri

Sağlık hizmetlerinin ana konusu insan sağlığıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sunumu ve devamlılığı büyük önem taşımaktadır (Taş, 2012:79). Sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar (Altay, 2007:34) ;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerine göre öncelikli ve önemlidir. Çünkü tedavi etmekten, korumak daha az maliyetlidir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak tüm sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği de artmaktadır (Altay, 2007:34).



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri; tüm tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Aile hekimleri, birinci basamağın yetersiz olduğu durumlarda, tedavi edici sağlık hizmetlerine sevk eder. Üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri, özel hastaneler, evde bakım hizmetleri, özel muayenehaneleri kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamağa ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde; tedavinin ayakta veya evde yapıldığı, iyileştirici sağlık hizmetleridir. Öncelikle hastalar, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurur. Hekimin kararıyla, bir üst basamağa gönderilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri; hastaların sağlık kuruluşlarına yatışının yapılarak tedavi edildiği hizmetlerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; dal hastaneleri, üniversiteler, tıp fakülteleri gibi en iyi tıbbi teknolojilerin uygulandığı sağlık hizmetleridir (Başol, 2015:130). Toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak yalnızca hastalıkların tedavisinden oluşmaz. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden sonra hastalarda bazı fiziksel engeller meydana gelmektedir. Yaşanan fiziksel engellerden dolayı, ruhsal veya bedensel yardıma ihtiyacı olan hastaların hayatlarını devam ettirmeleri için verilen hizmete rehabilitasyon hizmeti denir.

Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır. Bunlar;

- Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri
- Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Sosyal Rehabilitasyon hizmetleri; engelli kişilerin hayatlarını devam ettirebilmeleri için iş edinme ve topluma uyum sağlamaları için sosyal ve ekonomik yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri; yaşanan hastalık veya kaza sonucunda, kişilere fizik tedavi yapılması ya da protez takılması ile kişilerin iyileşmeleri için yapılan çalışmalardır (Atlı ve Yücel, 2018:52-53). Ruhsal hastalıkları tedavi eden hastanelerin amacı; ruh hastalıkları ile ilgili teşhis, tedavi ve araştırma yapmaktır. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, vakıf hastaneleri, özel hastaneler, devlet hastaneleri çoğunlukla kamu sektörü tarafından ruhsal hastalıklar için sağlık hizmet sunumları yapılmaktadır (Var ve Ceyhan, 2016:1062). Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda madde bağımlılığı, demans, şizofreni ve depresyon vb. hastalıklarla mücadele eden kişilerin büyük çoğunluğu bu hastalıklarla kendileri baş etmeye çalışmaktadırlar. Milyonlarca kişiyi etkileyen ruhsal hastalıkların, giderek büyüyen hastalık yükü ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. Ruhsal hastalıklar yeni sağlık programlarında diğer hastalıklar ölçüsünde kapsamamaktadır. Bu yüzden hem hastalar hem aileleri için ekonomik kayba neden olmaktadır (Erginöz, 2008:32-33). Ruh sağlığı hizmetlerinde üç amaç vardır. Bunlar(Samele vd, 2013:21);

- Sağlık sistemleri herkes için fiziksel ve ruhsal sağlık bakımı sağlar
- Ruh sağlığı hizmetleri diğer sektörlerle iyi koordine edilmiş ortaklıklarda çalışır
- Ruh sağlığı yönetimi ve iyi sunulan hizmet, bilgi birikimi yüksek sağlık personeli ile yürütülür.

Ruh hastaları, ilk çağlar'da, bedeni şeytan tarafından ele geçirilmiş kişi olarak görülmekteydi. Orta Çağ'da, ruh hastaları aileleri tarafından dışlanmış ve çeşitli işkenceler uygulandığı bilinmektedir. Londra'daki Hospital of St. Mary of Bethlehem ilk akıl hastanesidir. St. Mary of Bethlehem Hastanesi, akıl hastaları için sığınak olarak düşünülmüş fakat genellikle hücrelere kapatılarak tedavi olabileceklerine inanılmaktaydı. Philippe Pinel ile Fransa'da ve William Tuke ile İngiltere'de modern psikiyatrik tedavi hizmetleri başladı. Moral tedavi yaklaşımını, P. Pinel, 1793'te, hastalara uygulamaya başladı. William Tuke, York Retreat Hastanesini kurmuştur ve hastaların tedavisinde pozitif yaklaşımı savundu. Amerika'da genel hastanelerin tümüne, Benjamin Franklin, sayesinde ruh hastaları tedavi edilmeye başlandı. Philadelphia'da bulunan, Pennsylvania

Hospital, 1751’de, ruh hastalarını tedavi eden ilk genel hastanedir (Özbaş ve Buzlu, 2011:188). İnsan sağlığını, ‘Dünya Sağlık Örgütü’ fiziksel ve ruhsal açıdan iyilik halinin sürekliliği olarak tanımlamaktadır. Dünyada yaklaşık 500 milyon kişinin ruhsal hastalıklarla mücadele ettiğini her dört kişiden birinin ruhsal hastalığı olduğunu Dünya Sağlık Örgütü açıklamıştır. Fiziksel hastalığı olan kişilerle ruhsal hastalığa sahip kişiler karşılaştırıldığında, ruhsal hastalığa sahip kişiler yaşamlarında iki kat daha fazla zorlanmaktadır. Ruhsal hastalığı olan kişiler hem hastalığın semptomları hem ruhsal hastalıklar hakkındaki önyargılarla mücadele etmek zorundadırlar. Bu yüzden ruhsal hastalığı olan kişiler, kaliteli yaşam standartları ve iletişim kurmada zorluklar yaşamaktadırlar (Malas, 2019:1172).

Amerika ve Avrupa başta olmak üzere dünyada, yirminci yüzyılın ortalarında, ruhsal hastalıkların tedavilerinin toplum içinde yapılması için gerekli olan politikalar geliştirilmeye başlandı. Geliştirilen bu politikalar ile ailesiyle yaşamak zorunda olan hastalar için destekleyici hizmetler, uzun yıllar klinikte tedavi gören kimsesiz-bakıma muhtaç hastalar için devlet tarafından evler açıldı. Yatılı bakım hizmetlerinin verilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması amaçlandı. Yapılan düzenlemeler sayesinde 2000’li yılların sonlarına doğru, özel yatılı bakım merkezleri sayıları artırıldı. (Kılıç ve Yılmaz, 2018:2).

**Tablo 1: Birinci Basamakta En Sık Raslanılan Psikiyatrik Hastalıkların Dağılımı**

Ülkeler	Depresyon	Anksiyete	Alkol Bağımlılığı	Bütün Mental Hastalıklar
Ankara-Türkiye	11.6	0.9	1.0	16.4
Atina-Yunanistan	6.4	14.9	1.0	19.2
Bangalore, Hindistan	9.1	8.5	1.4	22.4
Berlin, Almanya	6.1	9.0	5.3	18.3
Groningen, Hollanda	15.9	6.4	3.4	23.9
Ibadan, Nijerya	4.2	2.9	0.4	9.5
Mainz, Almanya	11.2	7.9	7.2	23.6
Manchester, Birleşik Krallık	16.9	7.1	2.2	24.8
Nagasaki, Japonya	2.6	5.0	3.7	9.4
Paris, Fransa	13.7	11.9	4.3	26.3
Rio de Janeiro, Brezilya	15.8	22.6	4.1	35.5
Santiago, Şili	29.5	18.7	2.5	52.5
Seattle, ABD	6.3	2.1	1.5	11.9
Shanghai, Çin	4.0	1.9	1.1	7.3
Verona, İtalya	4.7	3.7	0.5	9.8
Toplam	10.4	7.9	2.7	24.0

Kaynakça: (Erginöz, 2008:33)

Ruhsal bozukluklar, dünya çapında en yaygın sağlık sorunları arasındadır ve bu nedenle, en önemli küresel sağlık önceliği olarak kabul edilmelidir. Her yıl toplam AB nüfusunun üçte birinden fazlası, bu dünya bölgelerindeki morbidite yüküne en büyük katkı sağlayan ruhsal bozukluklardan muzdariptir (Colosial vd, 2019:210-211).





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Antik çağlarda eski Yunan ve Romalı hekim ve filozofları tanımladığı depresyon, en eski hastalıklardan birisidir. Depresyon melankoli içinde ele alınmıştır. 19.yüzyılın sonuna kadar modern düşüncelerin çoğu Fransız ve Alman okullarının çalışmaları ile gelişmiştir. Zamanla, depresyon ile ilgili araştırmalar doğaüstü açıklamalardan naturalistik açıklamalara kaymıştır. Yirminci yüzyılda teknolojik gelişmeler ile depresyonun çağdaş modelleri oluşmuştur (Yetkin ve Özgen, 2007:1-2).

Depresyon oranları incelendiğinde, 29.5 ile Şili ilk sırada, ikinci sırada Birleşik Krallık, üçüncü sırada Hollanda, dördüncü sırada Brezilya vardır.

Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtileridir (Türkçapar, 2004:13). Anksiyete oranlarında ilk sırayı Brezilya, ikinci sırayı Şili, üçüncü sırayı Yunanistan, dördüncü sırada da Fransa bulunmaktadır.

Alkol bağımlılığı, kronik bir hastalıktır. Bağımlılık; kişinin kendisine zarar verdiğini bildiği halde madde kullanmaya devam etmesi, kullandığı madde dozunu giderek arttırması ile fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle seyreden bir hastalıktır (Dişsiz, 2015:91). Alkol bağımlılığında, ilk sırada Almanya, ikinci Fransa, üçüncü Brezilyadır. Bütün mental hastalık oranlarında 52.5 ile Şili birincidir ve sıralamayı 26.3-Fransa, 24.8-Birleşik Krallık, 23.9-Hollanda izlemektedir.

Tüm Dünya’da ruh sağlığı alanında üç hizmet modeli bulunmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2011:21) ;

- Hastane Temelli Model
- Toplum Temelli Model,
- Toplum- Hastane Denge Modeli

Hastane Temelli Model; Dünya’da kullanılan en eski modeldir. 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar bu model kullanılmıştır. Bu dönemde ortalama 2000 yatak kapasiteli ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur. İngiltere’de bu dönemde 120.000 yataklı hastaneler kurulmuştur. Model, 1960’lardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Başlıca sebepleri; hasta haklarının ihlali, tedavi kurumlarının kalabalık olması vb’dir. Türkiye’de bu model, atak esnasında hastaneye kaldırılma, poliklinik hizmetleri, kimsesiz hastaların çok uzun sürelerle hastanede bakımlarının devam ettirilmesi olarak özetlenmektedir. Sunulan hizmetler hastalıkların atak dönemine odaklanmaktadır. Hastalığın temelini oluşturan etkenlere çözüm sunmamakta, hastanın yaşamına katkıda bulunmamaktadır. Hastaların kontrole gelmeleri ve ilaç kullanımına devam etmeleri çoğunlukla kendi sorumluluklarında veya bilinçlendirme yapılmamış ailelerinin denetimindedir (Sağlık Bakanlığı, 2011:21).

Philip Pinel ve William Tuke tarafından savunulan, moral tedavi yaklaşımında, hastalığın temel sebebinin çevresel faktörler olduğunu ve hastalığın tedavisinin hastaların buldukları çevreden uzaklaşmaları ile gerçekleşeceğini savunmuşlardır. Amerika’da ruhsal hastalıklarla ilgili hastanelerin yaygınlaşmasını sağlayan Dix, ruhsal hastaların tedavilerinin psikososyal tedavi yöntemleriyle kontrollü ortamlarda olacağını savunmuştur (Ritter ve Lampkin, 2012:9).

Toplum Temelli Model; 20. yüzyılın ortalarında Batı Avrupa’daki ülkeler akıl sağlığı hizmetlerini akıl hastanelerinden toplum temelli ortamlara kaydırmaya başladı. Ruh sağlığı hizmetlerini

79

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(GÜVEN, E)



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

kurumsallaştırmaya yönelik bu hareket, ruh sağlığı hastalarının karşılaştığı kötü koşullar ve insan hakları ihlallerine karşı artan kamuoyu bilinci ve rahatsızlığı, akıl hastanelerinin artan maliyeti ve etkili psikotropik ilaç tedavisinin başlatılması gibi çeşitli faktörlerden kaynaklandı (Salisbury vd, 2016:2) .

Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği bu model, İtalya'da 1960'larda uygulanmaya başlanmıştır. Aynı zamanda İngiltere, Almanya, Fransa'da da uygulanmaya başlanmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı sisteminde üç unsur bulunmaktadır: Coğrafi temelli hizmet, ruh sağlığı ekibi ile verilen hizmet, tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı kapalı psikiyatri servisi (Karataş ve Çalışkan, 2020:36-37). Her hasta için yapılacaklar planlıdır. Amaç ruhsal rahatsızlığı olan hastaların tedavilerinin yapılmasıdır (Yanık, 2007:16-17).

Toplum-Hastane Denge Modeli; tüm ruh ve sinir hastalıkları hastanelerini tamamen kapatıp, ruh sağlığı hizmetlerini ülkeye yaymayı amaçlamaktadır. Fakat bu modelin maliyeti yüksektir. Bu modelde amaç; toplum psikiyatrisi modelinin kurularak ağır hastaların tedavilerinin toplum içinde sağlandığı, diğer hastaların tedavilerinin aile hekimlerine entegre edildiği özgün sistem, ülkemiz için en uygun toplum-hastane denge modelidir. Ağır ruh hastalarının tedavisi ve bakımı ile ilgili hastane temelli model veya toplum temelli model yeterli değildir. Bu sebeple, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda bu iki modelin faydalı yönleri ele alınarak karma bir modelin oluşturulmalıdır. Oluşturulacak modelde, önemli olan noktalar, hastane yatış sürelerinin azaltılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçenin hastanelere değil, toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır. Ruh sağlığı hastalarına, toplum temelli hizmet modeli kapsamında, tedavi ve bakım sağlanması, akıl hastanelerinin kapatılması ve hastaların hastaneye yatırılmadan tedavi edilmesi yönünde dünya çapında bir istek vardır. Fakat, ağır ruh hastalıklarının bazı durumlarda hastaneye yatırılması gereklidir. Hastaya bakım verecek kimsesinin olmaması, hastanın kendisi ve toplum için tehlike oluşturması, hastanın toplumdan ve kendisinden korunmasının gerekmesi, hastanın tedavide iş birliği yapmaması, hastaya uygun tanı konulması, yüksek riskli ilaçların kullanılması gibi durumlarda kişinin hastaneye yatışı gereklidir (Songur vd, 2017:279).

Ruh sağlığı hizmetlerinde beş müdahale modeli bulunmaktadır. Bunlar (Akarçay, 2013:31-32-33) ;

- İlaç ve Tedavi Temelli Yaklaşımlar
- Beceri Temelli Yaklaşımlar
- İhtiyaç Temelli Yaklaşımlar
- Sosyal Yeti Yitimi ve Erişim Modeli Yaklaşımı
- Afetlerde Ruh Sağlığı ve Travmaya Sosyal Yaklaşımlar

İlaç ve tedavi temelli yaklaşımlar hastalıkların tanı-tedavisini amaçlamaktadır. Tıp fakültelerindeki eğitimin temelini ilaç ve tedavi temelli yaklaşımlar oluşturmaktadır. Fakat bu yaklaşım, kronik hastalıklarda çözüm yetersiz kalmaktadır.

Beceri temelli yaklaşımlar; kişilere sağlıkta uygulanan çeşitli becerilerin öğretilmesi ile ilgilidir. Fakat bu yaklaşımın gerçek hayata geçirilmesi ile ilgili sorunlar vardır.

İhtiyaç temelli yaklaşımlar; sağlık ve tedavi hizmetleri sunulduktan sonra topluma uyumları için hizmetlerin aynı anda yapıldığı yaklaşımdır. Bu yaklaşımdaki sorun; belirli sağlık standartlarının sağlanamamasıdır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sosyal yeti yitimi ve erişim modeli yaklaşımı; ruhsal hastalıkları olan hastaların yaşadığı zihinsel ve davranışsal problemlerin çözülmesi amacıyla yapılacak tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

Afetlerde ruh sağlığı ve travmaya sosyal yaklaşımlar; engellilik, yaşanan kazalar veya afet gibi durumlar sonucunda meydana gelen travmalara yönelik stratejilerin uygulanmasıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinde, ruhsal hastalıkları önleme aşamasında üç düzey vardır. Bunlar; birincil, ikincil ve üçüncül düzeydir. Birincil önleme; işsizlik, kayıp, travma gibi sebeplere bağlı olarak ruhsal hastalık oluşma riski olan kişilere yönelik hizmetlerdir. İkincil düzeyde; hastalığın erken tanı ve tedavisinin yapıldığı ve hastalığın tekrarlanmasının azaltıldığı hizmetlerdir. Üçüncül düzeyde; kronikleşmiş hastalıklarla ilgili hizmetlerdir. Türkiye’de, Ruh Sağlığı Politikası Raporu’nda, ruh sağlığı hizmetlerinde, hizmet alanların memnuniyeti, koordinasyon, tedavinin devamlılığı, ulaşılabilirlik önemli ölçütlerdir (Akarçay, 2013:31-32-33).

Son yıllarda mental hastalıklarla ilgili farkındalıklar devletlerin uyguladıkları sağlık politikaları ve sağlık harcamaları ile önem kazanmıştır. Her yıl mental hastalıkların sebep olduğu durumlar nedeniyle çalışan üretkenliğinde 16.8 milyar dolar kaybedilmektedir (Greenwood, Bapat, Maughan, 2021).

Literatür taramasında, sağlık hizmetleri ve ruhsal hastalıklar ile ilgili olarak yapılan önemli çalışmalar ise şöyle sıralanabilir;

2004 yılında yapılan birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri

2007 yılında yapılan ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi,

2018 yılında yapılan Türkiye’de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kurum bakım hizmetleri ve bu hizmetlerde sosyal hizmet uygulamaları

2018 yılında yapılan psikiyatrik sosyal hizmet- koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü

2019 yılında yapılan Seçilmiş OECD Ülkelerinin Ruh Sağlığı Hizmetleri Performansının Değerlendirilmesidir.

**Tablo 2: Psikiyatr ve Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastane Oranları**

Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Psikiyatrlar (100.000 kişiye düşen oran)			Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri (100.000 kişiye düşen oran)		
Brezilya	2016	3.16	Brezilya	2016	0.069
Bulgaristan	2016	7.2	Bulgaristan	2016	0.167
Mısır	2016	1.6	Kanada	2017	0.057
Hindistan	2016	0.29	Çin	2015	0.068
İsrail	2016	9.87	Almanya	2015	0.335
Japonya	2016	11.87	Yunanistan	2016	0.027
Meksika	2016	0.21	İsrail	2016	0.161
Yeni Zelandada	2016	28.54	Japonya	2016	8.314
Norveç	2016	48.04	Meksika	2016	0.079
Polonya	2016	24.18	Norveç	2016	0.577
Romanya	2016	5.66	Rusya	2015	0.136
Arabistan	2016	1.32	Singapur	2016	0.018
Singapur	2016	4.19	İspanya	2015	0.183
İsveç	2016	20.86	Türkiye	2016	0.011
Türkiye	2016	1.64	Arabistan	2016	0.011
Amerika	2016	10.54	Amerika	2016	0.189

Kaynak: ([www.who.int](http://www.who.int), Erişim Tarihi: 05.11.2020)

Tablo 2’de, 2016 yılında 100.000 kişiye düşen psikiyatr oranları incelendiğinde en yüksek oranlar, 48.04 ile Norveç, 28.54 ile Yeni Zelandada, 24.18 ile Polonya ve 20.86 ile İsveç’te bulunmaktadır. Ruh ve sinir hastalıkları hastane oranları 100.000 kişiye düşen en yüksek oranlar, 8.314 ile Japonya, 0.577 ile Norveç’tir. En düşük oranlar, 0.011 ile Türkiye ve Arabistan’dır.

**Tablo 3: Ruhsal Hastalıklara Yapılan Harcamalar (2015)**

Ülkeler	Million EUR	% of GDP
EU28	607.074	4.10
Avusturya	14.930	4.33
Belçika	20.740	5.05
Bulgaristan	1.067	2.36
Hırvatistan	1.785	4.01
Kıbrıs	596	3.21
Çek Cumhuriyeti	4.132	2.45
Danimarka	14.627	5.38
Estonya	572	2.81
Finlandiya	11.140	5.32
Fransa	81.345	3.71
Almanya	146.536	4.81
Yunanistan	5.311	3.01
Macaristan	3.454	3.12
İrlanda	8.299	3.17
İtalya	54.487	3.30
Letonya	789	3.24
Litvanya	990	2.64
Lüksemburg	1.634	3.14
Malta	314	3.29
Hollanda	34.969	5.12
Polonya	12.952	3.01
Portekiz	6.580	3.66
Romanya	3.400	2.12
Slovak Cumhuriyeti	2.061	2.61
Slovenya	1.602	4.13
İspanya	45.058	4.17
İsveç	21.677	4.83
İngiltere	106.024	4.07
İzlanda	753	4.93
Norveç	17.299	4.97
İsviçre	21.679	3.54

Kaynak: (WHO, Mental Health Atlas 2011)

Tablo 3'te, ruhsal hastalıklara yapılan gayri safi yurt içi hasıla içindeki oranlarında en fazla harcamayı 5.38'lik oranla Danimarka, 5.32'lik oranla Finlandiya, 5.05'lik oranla Belçika ve 4.97'lik oranla Norveç yapmıştır. En düşük harcama, 2.12'lik oranla Romanya'da bulunmaktadır.

**Tablo 4: 2019 Yılında Açılan Psikiyatri Merkezleri**

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi-2019	Ayakta Arındırma Merkezi	Yataklı Arındırma Merkezleri
Adana Seyhan Devlet Hastanesi	Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi	Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (KADIN AMATEM)
İstanbul Kâğıthane Devlet Hastanesi	Hakkari Devlet Hastanesi	Cizre Devlet Hastanesi (AMATEM)
İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi	Çankırı Devlet Hastanesi	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (ÇEMATEM)
İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi	Siirt Devlet Hastanesi	Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
	Ordu Devlet Hastanesi	
	Bayburt Devlet Hastanesi	
	Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi	
	Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi	
	Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi	

Kaynak:(Sağlık Bakanlığı, 2019:114)

Tablo 4'te, toplum ruh sağlığı merkezi-2019, ayakta arındırma merkezi, yataklı arındırma merkezlerinin bulunduğu iller ve hastaneler yer almaktadır. Türkiye'de, şehir hastaneleri kapsamında ilk kez, yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastaneleri açıldı. Hastanelerimiz; Adana, Kayseri, Elazığ ve Eskişehir illerinde hizmet vermektedir.

Mental ve nörolojik bozukluklar, küresel hastalık yükünün %10'unu ve ölümcül olmayan hastalık yükünün %30'unu oluşturmaktadır. Ayrıca mental bozukluklar, Uluslararası Hastalık Kodları-10'da (ICD) 12.9 gün ile hastanede en fazla yatış süresine sahiptir (Boz vd., 246:2020).

### **Araştırmanın Amacı ve Kısıtları**

Sağlık hizmetleri, ruhsal sağlığı alanında hizmet modelleri literatür kısmında ele alınmıştır. Uygulama kısmında ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları değişkeni bağımlı değişkendir. Bağımsız değişkenler ise; ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranları karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Amaç, dünya genelinde Dünya Sağlık Örgütünde bulunan en güncel verilerle, ruh ve sinir hastalıkları için yapılan sağlık hizmetlerini değerlendirmektir. Veriler, Dünya Sağlık Örgütü'nde bulunan mental hastalıklar atlası 2011 yılına aittir.

### **Yöntem**

Çoklu regresyon analizi için geliştirilen modeller, daha fazla terim içermeleri dışında basit lineer regresyon modellerine benzemektedirler ve düz bir doğrudan daha karmaşık ilişkileri incelemek için kullanılabilirler. Örneğin, veri işleme (data-processing) işini yerine getirmek için ihtiyaç

duyulan ortalama zaman  $E(y)$ ' nin bilgisayar kullanımı arttıkça arttığını ve ilişkinin eğri-doğrusal olduğunu düşündüğümüzü varsayalım. Deterministik unsuru modellemek için, düz-doğru modeli  $E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1$  kullanma yerine aşağıdaki quadratik modeli kullanılabilir (Jamovi Project, 2020).

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_1^2$$

Burada  $X_1$  bilgisayar kullanımını ölçen bir değişkendir. Sıkça ikinci sıradan model olarak atfedilen quadratik model parabol olarak grafik verir ve düz-doğru veya birinci sıradan\_modelin aksine, ilişkideki eğriliğe izin vermektedir.

Buna ilaveten, eğer işi yerine getirmek için ihtiyaç duyulan zamanın işin büyüklüğü  $X_2$  ile de ilişkili olduğunu düşünürsek, modele  $X_2$ , yi dahil ederiz.  $X_1$  ve  $X_2$ , nin bir fonksiyonu olarak  $E(y)$ ' nin grafiği  $(x_1, x_2)$  düzlemi üzerinde bir yüzeyi (cevap yüzeyi olarak adlandırılır) andırır (Jamovi Project, 2020).

Örneğin, birinci-dereceden model

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$$

$(x_1, x_2)$ -düzlemi üzerinde düz bir yüzeyi andırmaktadır. Örneğimiz için (ve birçok gerçek yaşam uygulamaları için), cevap yüzeyinde eğim olmasını beklenir ve ilişkinin modelini oluşturmak için ikinci-sıradan bir model kullanılır.

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_1 X_2 + \beta_4 X_1^2 + \beta_5 X_2^2$$

Şimdiye kadar yazılan bütün modeller genel lineer modeller olarak isimlendirilmektedir, çünkü  $E(y)$  bilinmeyen parametrelerin  $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots$  lineer bir fonksiyonudur. Aşağıdaki model lineer değildir.

$$E(y) = \beta_0 e^{-\beta_1 x}$$

Çünkü  $E(y)$ , bilinmeyen model parametreleri  $\beta_0$  ve  $\beta_1$ 'in lineer bir fonksiyonu değildir.

Bilgisayar kullanımı ( $X_1$ ) ve işin büyüklüğünü ( $X_2$ ) ölçen bağımsız değişkenlerin her ikisi de kantitatif değişkenlerdir. Yani, ölçümlerin miktar veya niceliğini ölçerler. Örneğin, bir işin yapılması için ihtiyaç duyulan ortalama zaman uzunluğunun işin yapıldığı haftanın günü ile ilişkili olduğunu varsayıldığında, kalitatif bağımsız değişken, haftanın günü, yapay (veya index) değişkenler kullanılarak modele dahil edilebilir. Modeldeki diğer terimleri (kantitatif bağımsız değişkenlere karşılık gelenleri) ihmal ederek, aşağıdaki modeli yazılmaktadır (Jamovi Project, 2020).

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6$$

### Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kullanılan veriler Dünya Sağlık Örgütü' nden alınmıştır. Jamovi programı kullanarak değerlendirilmiştir. Jamovi, R istatistik dilinin üzerine yapılandırılmış, açık kaynak kodlu istatistik yazılımıdır. Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları değişkeni bağımlı değişkendir. Bağımsız değişkenler ise; ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranları değerlendirilmiştir.

## Bulgular

Çalışmada ilk olarak Jamovi yöntemi ile ülkelerin 6 farklı mental sağlık oranları ele alınmıştır. Afganistan, Arnavutluk, Almanya, Amerika, Arabistan, Avustralya, Azerbaycan, Bangladeş, Belçika, Bosna Hersek, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Çin, Etiyopya, Finlandiya, Fransa, İzlanda, İngiltere, Irak, İran, İrlanda, İspanya, İsrail, İtalya, Japonya, Katar, Kırgızistan, Kore, Kosta Rika, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Özbekistan, Polonya, Portekiz, Rusya, Singapur, Slovenya, Şili, Türkiye, Yemen, Yunanistan'ı içeren 42 devletin oranları değerlendirilmiştir.

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	1593.101	4291.323	0.371	0.713
Ruh Sağlığı Ayakta Tedavi Tesisi	-1.451	1.046	-1.387	0.174
Günlük Tedavi Olanakları	18.551	9.326	1.989	0.055
Genel Hastanelerdeki Psikiyatri Yatakları	1.970	0.409	4.813	<.001
Konaklama Tesisleri	-2.189	0.818	-2.677	0.011
Konaklama Tesislerinde Yatak Oranları	-0.762	0.367	-2.076	0.045
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri	53.557	20.009	2.677	0.011

**R<sup>2</sup>=0,789**

$$Y = - 1593.101 - 1,451X_1 + 18.551X_2 + 1.970X_3 - 2.189 X_4 - 0.762X_5 + 53.557X_6$$

Y= Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerindeki Yatak Oranları

X<sub>1</sub>=Ruh Sağlığı Ayakta Tedavi Tesisi

X<sub>2</sub>=Günlük Tedavi Olanakları

X<sub>3</sub>= Genel Hastanelerdeki Psikiyatri Yatakları

X<sub>4</sub>=Konaklama Tesisleri

X<sub>5</sub>=Konaklama Tesislerinde Yatak Oranları

X<sub>6</sub>=Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri

Bağımlı değişken olan ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranlarını, ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi -1.451, günlük tedavi olanakları +18.551, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları + 1.970, konaklama tesisleri -2.189, konaklama tesislerinde yatak oranları -0.762, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri +53.557 oranlarında etkilediği görülmektedir.

Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin Ruh Sağlığı Ayakta Tedavi Tesisi, Günlük Tedavi Olanakları, Genel Hastanelerdeki Psikiyatri Yatakları, Konaklama Tesisleri, Konaklama Tesislerinde Yatak, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, bağımlı değişkeni (Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerindeki Yatak Oranları) açıklama oranı %78,9'dur. Ülke ayrımı olmadan denklem belirlenmiştir.





## SONUÇ

Tarihsel süreçte, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiştir. Sağlık hizmetleri içinde, ruhsal hastalık hizmetleri önemli paya sahiptir. Tüm dünyada, ruhsal hastalıklar artmaktadır. Böylelikle, ruhsal hastalık hizmetlerine ihtiyaç çoğalmıştır. Sağlık hizmetlerine ayrılan pay, ruhsal hastalıklardaki hizmetin kalitesine de doğrudan etkilemektedir. Ruhsal hastalıklarda hizmet modelleri üçe ayrılmaktadır. Hastane temelli modelde, tüm harcamalar, devlet tarafından finans edilirken, toplum temelli modelde, harcamalar, sosyal hizmetler ve yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır. Uzun yıllar, birçok ülkede ve Türkiye’de, hastane temelli model uygulanmıştır. Günümüzde bu model kullanılmamaktadır. Hastane temelli model, yerine, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli kullanılmaktadır (Karataş ve Çalışkan, 2020:40). Toplum-Hastane Denge Modeli; tüm ruh ve sinir hastalıkları hastanelerini tamamen kapatıp, ruh sağlığı hizmetlerini ülkeye yaymayı amaçlamaktadır. Fakat bu modelin maliyeti yüksektir. Bu modelde amaç; toplum psikiyatrisi modelinin kurularak ağır hastaların tedavilerinin toplum içinde sağlandığı, diğer hastaların tedavilerinin aile hekimlerine entegre edildiği sistemdir (Songur vd., 2017:279). Ruhsal hastalıklara yapılan harcamalarla ilgili tabloda, en çok harcama 146.536 milyon Euro ile Almanya tarafından yapılmaktadır. İngiltere 106.024 milyon Euro ikinci, Fransa 81.345 milyon Euro ile üçüncü, İtalya 54.487 milyon Euro ile dördüncü, İspanya 45.058 milyon Euro ile beşinci sıradadır. 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı alanında çalışan psikiyatr oranlarında Norveç 48.04 ile ilk sırada, Yeni Zellanda 28.54 ile ikinci ve Polonya 24.18 ile üçüncü sıradadır. 100.000 kişiye düşen ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranlarında, Japonya 8.314 ile ilk sıradadır. Norveç 0.577 ile ikinci sıradadır. Bu verilere göre, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ruhsal hastalıklara yapılan harcamalar doğru orantılı olduğu görülmektedir. Analiz ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranlarının, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları değişkenleri içinde hangilerinden etkilendiği üzerine gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde; bağımlı değişken olan ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranlarının, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinden pozitif etkilendiği, ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranlarından negatif etkiye sahip olduğu görülmektedir. Analizdeki değişkenler içinde, en etkili değişken ruh ve sinir hastalıkları hastanelerine ait oranlardır.

Mental hastalıklar, kişilerin yaşadıkları çevre tarafından şekillendirilmektedir. Bu sebeple, ülkelerin sağlık sistemlerinde, sağlık göstergeleri ile ilgili kendi modellerini geliştirip bunun yanısıra diğer ülkelerin deneyimlerinden-bilgilerinden de faydalanmaları, kişilere eğitim verilmesi önemli yer tutmaktadır (Boz vd., 254:2020).

Ruhsal hastalıkların ekonomik ve sosyal yükünü azaltmak isteyen toplumlar ve ülkeler ruh sağlığı ile ilgili politikaları oluştururken, ruhsal hastalıklarla ilgili çeşitli analizler yapılmalı ve sağlık hizmetleri için daha fazla pay ayırmalıdır (Gültekin, 586:2010).



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

### KAYNAKÇA

Akarçay D. (2013). Türkiye’de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Altay A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, 33-58. 05.11.2020 tarihinde sayistay.gov.tr adresinden alınmıştır.

Atlı Y., Yücel N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü, Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(2), 45-64. 05.11.2020 tarihinde iib.firat.edu.tr adresinden alınmıştır.

Başol E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri, BJSS Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4(8). 07.11.2020 tarihinde nku.edu.tr adresinden alınmıştır.

Boz C., Özdemir M., Çalgı B. (2020). Mental Hastalıkların Prevalansına Göre OECD Ülkelerinin Çok Boyutlu Analizi ve Moora Yöntemi ile Sıralanması. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 11(Ek), 245-256

Çakmak C., Konca M. (2019). Seçilmiş OECD Ülkelerinin Ruh Sağlığı Hizmetleri Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(2), 53–58. 02.11.2020 tarihinde <http://dergipark.org.tr/tr/pub/anemon> adresinden alınmıştır.

Dixon A. Mcdaid D., Knapp M., Curran C. (2006). Financing Mental Health Services in Low- and Middle-Income Countries, Health Policy Plan, 21(3), 171-82 24.12.2020 tarihinde nih.gov adresinden alınmıştır.

Dişsiz M. (2015). Alkol Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi, G.O.P. Taksim E.A.H., JAREN, 1(2), 91-95. 11.11.2020 tarihinde journalagent.com adresinden alınmıştır.

Greenwood K., Bapat V., Maughan M. (2021). Çalışanlar İşverenlerinin Mental Sağlık Hakkında Konuşmasını İstiyor, Erişim Tarihi: 25.03.2021hbrturkiye.com, dan alınmıştır.

Gutiérrez-Colosía M., Salvador-Carulla L., Salinas-Pérez J.A., García-Alonso J. R., Cid J., Salazzari D., et al. (2019). Standard Comparison of Local Mental Health Care Systems in Eight European Countries, Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28, 210–223. 28.10.2020 tarihinde PubMed nih.gov adresinden alınmıştır.

Gültekin B.K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(4):583594

Erginöz E. (2008). Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 31-40. 09.12.2020 tarihinde ctf.edu.tr adresinden alınmıştır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Erkoç Y., Çom S., Torunoğlu M., Alataş G., Kahiloğulları A. (2011). Sağlık Bakanlığı, Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). 13.12.2020 tarihinde Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (saglik.gov.tr) adresinden alınmıştır

Karataş S., Çalışkan B. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye’deki Mevcut Durum, Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi, 5(1), 34-41. 09.10.2020 tarihinde turkiyeklinikleri.com adresinden alınmıştır.

Kılıç A., Yılmaz S. (2018). Türkiye’de Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Kurum Bakım Hizmetleri ve Bu Hizmetlerde Sosyal Hizmet Uygulamaları, Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies, 5(1), 1-14. 12.11.2020 tarihinde www.dergipark.org.tr adresinden alınmıştır.

Malas E. (2019). Ruhsal Bozukluklara Karşı Stigma-Derleme, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(1), 1170-1188. 09.11.2020 tarihinde journals.manas.edu.kg adresinden alınmıştır.

Özbaş D., Buzlu S. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği, İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 19(3), 187-193. 03.11.2020 tarihinde http://atif.sobiad.com adresinden alınmıştır.

Ocaktan E., Özdemir O., Akdur R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri, Kriz Dergisi 12(2), 63-73. 01.11.2020 tarihinde ankara.edu.tr adresinden alınmıştır.

Ritter La, Lampkin M. (2012). Community Mental Health. 1st ed. usa: Jones & Bartlett Learning.

Songur C., Saylavcı E., Kıran Ş. (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Social Sciences Studies Journal, 3(7), 276-289. 04.12.2020 tarihinde sssjournal.com adresinden alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2019). Sağlık Bakanlığı, Ankara. 19.12.2020 tarihinde saglik.gov.tr adresinden alınmıştır.

Samele C., Frew S., Urquía N. (2013). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health, Funded by the Health Programme of the European Union

Salisbury T, Killaspy H., King M. (2016). An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit), Taylor Salisbury et al. BMC Psychiatry, 16:54. 29.10.2020 tarihinde biomedcentral.com adresinden alınmıştır.

Taş D. (2012). Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 4(2),79-102. 10.10.2020 tarihinde saglik.gov.tr adresinden alınmıştır.

Taipale, V. (2001). Mental Health and Quality of Mental Health Care, Medicine & Law 20(4), 531–542. 09.10.2020 tarihinde heinonline.org adresinden alınmıştır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

The jamovi project (2020). *jamovi* (Version 1.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

Türkçapar H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri, *Klinik Psikiyatri*, Ek 4, 12-16. 10.09.2020 tarihinde [www.klinikpsikiyatridergisi.org.tr](http://www.klinikpsikiyatridergisi.org.tr) adresinden alınmıştır.

WHO, Mental Health Atlas (2011). Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 15.11.2020 tarihinde <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHFAC?lang=en> adresinden alınmıştır.

Var E., Ceyhan E. (2016). Ruh Sağlığı Alanında Kanıta Dayalı Sosyal Hizmet Uygulamaları, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(42), 1062-1069. 10.11.2020 tarihinde [sosyalarastirmalar.com](http://sosyalarastirmalar.com) adresinden alınmıştır.

Yanık M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, (Ekim Özel Sayı), 1-80. 08.12.2020 tarihinde [rhpjournal.com](http://rhpjournal.com) adresinden alınmıştır.

Yetkin S., Özgen F. (2007). Tarihsel Bakış İçinde Depresyon, *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(47), 1-5. 14.10.2020 tarihinde [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com) adresinden alınmıştır.

Yüksel N., Yılmaz M., Örekici Temel G. (2015). Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):26-32.



## HASTANEDE YATAN HASTALARIN ALGILADIĞI HİZMET KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON İLİ ÖRNEĞİ <sup>1</sup>

### THE EVALUATION OF SERVICE QUALITY PERCEIVED BY HOSPITALIZED PATIENTS: THE CASE OF TRABZON PROVINCE

**Arş. Gör. Ahmet Y. YEŞİLDAĞ**

Karadeniz Teknik Üniversitesi, ayesildag@ktu.edu.tr, 0000-0003-3116-4051

**Prof. Dr. Hatice ULUSOY**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, hulusoy@cumhuriyet.edu.tr, 0000-0002-8911-5490

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (14.01.2021-10.03.2021)

#### Özet

Sağlık profesyonellerinin temel sorumluluklarından bir tanesi, sağlık hizmeti kullanıcılarının hizmet beklentilerini anlamak ve bu beklentileri olabildiğince karşılamaya çalışmaktır. Bu çalışma, hastanede yatarak tedavi gören hastaların algıladığı hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın verileri 15.12.2019 15.02.2020 tarihleri arasında kişisel bilgi formu ve SERVPERF Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Trabzon'da bulunan bir üniversite hastanesi ve bir özel hastanede yatan toplam 407 hastanın katıldığı araştırmada, algılanan sağlık hizmeti kalitesinin,  $\bar{x}=4,35$  düzeyinde olduğu, ölçek boyutları itibarıyla en düşük ortalamaya sahip olan alt boyutun fiziksel unsurlar ( $\bar{x}=3,95$ ) en yüksek ortalamaya sahip boyutun ise nezaket ( $\bar{x}=4,59$ ) olduğu bulunmuştur. Üniversite hastanesi ile karşılaştırıldığında; özel hastanede algılanan hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışmada 18-37 yaş grubundakilerin, eğitim düzeyi yüksek olanların, şu anda bir işte çalışmakta olanların, ailesinde sağlık personeli olanların, kronik rahatsızlığı olmayanların ve hizmet aldığı hastaneyi tavsiye etmeyen hastaların algıladığı kalite düzeyinin diğer gruplara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sonuç olarak; Trabzon ilinde hastanede yatan hastaların, hizmet kalitesi algılarının yüksek olduğu, algılanan hizmet kalitesinin bazı sosyo demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Algılanan kalite düzeyinin memnuniyet ve tekrar tercih etme niyeti üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Bu etki doğrultusunda kurumlarda sürekli kalite iyileştirmeleri yapılmasının olumlu geri dönüşle sonuçlanacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** algılanan hizmet kalitesi, SERVPERF Ölçeği, yatan hasta, hastane

#### Abstract

One of the responsibilities of healthcare professionals is to understand the service expectations of healthcare users and try to meet these expectations as much as possible. This study was conducted to evaluate the perceived quality of service by inpatients. Data were collected using a personal information form and SERVPERF Scale with a sample of 407, in between 15.12.2019 15.02.2020. The perceived health service

<sup>1</sup> Bu çalışma makalenin birinci yazarının yüksek lisans tezinin bir bölümünden üretilmiştir.

quality was found to be at the level of  $\bar{x} = 4.35$ . In the study, it was found that the dimension with the lowest average was physical elements, ( $\bar{x}=3,95$ ), and the dimension with the highest average was courtesy ( $\bar{x}=4,59$ ). The perceived service quality in the private hospital was higher than the university hospital ( $p < 0.05$ ). It has been determined that the quality level perceived by the patients who are at 18-37 age group, those who had higher education, those who are employed, those who had a health care professional in the family, those without chronic disease and those who do not recommend the hospital were lower than the other groups ( $p < 0.05$ ). It was also found that perceived service quality has significant and positive effects on preferring the institution and patient satisfaction. As a result; It was determined that the perceptions of service quality of the hospitalized patients in Trabzon province were above average. It has been determined that the perceived quality level has a positive effect on satisfaction and the intention to prefer again. In line with this effect, it is thought that continuous quality improvements in institutions will result in positive feedback.

**Key Words:** perceived service quality, SERVPERF Scale, patient, hospital

## GİRİŞ

Kalitenin kullanıma uygunluk, tüketicinin ihtiyacını karşılayan ve tatmin eden ürün (Juran ve Godfrey, 1999) en yüksek standartlara ulaşmak (Reeves ve Bednar, 1994), ilk seferde doğru yapabilme, sıfır hata ve gereksinimlere uygunluk (Crosby, 1992) gibi tanımları yapılmıştır. Hizmet kalitesi ise ürünlerden farklı olarak; teknik ve fonksiyonel (algılanan) kaliteyi bir arada ele alan (Grönroos, 1984), çıktı ve süreci birlikte yorumlarken bireyin tecrübeleri ve algılarından etkilenen bir değerlendirmedir (Parasuraman ve diğ., 1985). Kalite kavramı ele alınırken dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan birisi, kalitenin tüketici beklenti ve isteklerine dayanan soyut, karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olduğudur (Brook ve Kosecoff, 1988; Campbell ve diğ., 2000; Lai ve Cheng, 2005).

Sağlık hizmetleri; “hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunun yanında hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili hizmetler” olarak tanımlanmaktadır (Ateş, 2016:2). Sağlık hizmetlerinde kalite; bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin istenen sonuçların alınma olasılığını artırma ve mevcut mesleki bilgi ile tutarlılık derecesidir (IOM, 1992). Başka bir tanımda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2008) kaliteli sağlık hizmetini; “üst düzey koşulları karşılayarak, kaynakları sağlık hizmetlerine ve korunmaya en çok ihtiyaç duyanların gereksinimlerine yanıt verebilecek şekilde en etkili ve güvenli yolla aktaran ve bunu yaparken israftan kaçınan sağlık hizmetidir.” şeklinde tanımlamıştır.

Ürün ve hizmette kalite arttıkça, maliyetler düşmekte verimlilik ve tüketicilerin memnuniyet düzeyi artmaktadır. Bu durum örgütün ve personelin performansını da doğrudan etkilemektedir (Mosadeghrad, 2013). Kaliteli hizmet sunumunu başaran kurumlar pazar paylarını büyütür, maliyetlerini kontrol altında tutar, tüketici sadakatini sağlayıp ağızdan ağıza pazarlama yoluyla verimlilik ve kazanç elde eder (Kayral ve diğ., 2018). İyi bir kalite politikası, kalite iyileştirmelerinin önündeki engelleri kaldırıp, sağlık sektörü paydaşlarını bu iyileştirmeler için harekete geçirebilecektir (DSÖ, 2008). Ancak kalite, tesadüfen elde edilmiş bir sonuç değil, planlama süreç, kontrol ve denetime tabi şeffaf bir çıktıdır ve üzerinde emek harcanılması gereken, katılım ve bilinç gerektiren, insanı merkeze alan, hatalardan öğrenen bir yönetim sürecidir (WHO, 2018). Bunun sağlanması için öncelikle mevcut durumun tespit edilmesi ve iyileştirme yapılacak alanların saptanması için sağlık kurumlarında kalitenin ölçülmesi gerekmektedir.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

### Literatür

Sağlık hizmetlerinde kalitenin iki bileşeni vardır. Pratikte; teknik standartlara uygunluk diğeri ise algıda kalite; tüketici beklentilerine uygunluktur (Campbell ve diğ., 2000). Sağlık hizmetlerinde teknik kalite ölçümleri çeşitli kriterlerle, oranlarla veya standartlarla yapılmaktadır. Bunlara örnek olarak; ortalama kalış süresi, enfeksiyon oranları, geri yatış oranları, sonuç önlemleri, düşme oranları, yan etkiler, bakım sırasında yaralanmalar, DALY, QALY, HRQL katsayıları gibi ölçütler gösterilebilir (Anderson, 1995; Cleary ve Edgman-Levitan, 1997; SKS, 2016). Ancak bununla birlikte teknik kalite değerlendirmelerinin bazı kısıtlılıkları olduğu bilinmelidir. Örneğin bazı çıktıların kalitesini - kanser tedavisi veya psikoterapiler gibi - değerlendirebilmek için uzunca bir süreye ihtiyaç vardır. Bu süre 5 yıla kadar çıkabilmektedir. Böylesi bir kalite değerlendirmesi yapıp, iyileştirmeler yapabilmek için verileri bilgiye dönüştürmek her zaman mümkün olmayabilir (Porter, 2010).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite çok önemli olmakla birlikte, hizmet kalitesi genellikle tüketicilerin algıları ile birlikte ele alınmış ve tanımlanmıştır (Anderson, 1995). Bu duruma sağlık sektörüne has olan asimetrik bilgi barındırma hususu da eklenmektedir. Dolayısıyla hasta veya yakınları örneğin bir cerrahın becerileri, pratisyen hekimin teşhis yetenekleri gibi birtakım teknik ve bilimsel geçerlilikleri doğru bir biçimde ölçme yeteneğine sahip değildir (Bakar ve diğ., 2008). Hasta veya yakınları, teknik değerlendirmeler yerine hizmet sunumuna ilişkin tedavi planı, gecikmeler, taahhütlere uyma durumu, modern ekipmanlar, fiziki unsurlar, personel hasta ilişkileri, tesise ulaşım, ses, temizlik, faturalandırma, mahremiyet, bilgilendirme gibi faktörler aracılığıyla fonksiyonel değerlendirmeler yapmaktadırlar (Grönroos, 1984; Parasuraman ve diğ., 1985; Anderson, 1995; Cleary ve Edgman-Levitan, 1997).

Kaliteli hizmet sunumunun talep üzerinde pozitif etkisi olduğundan sağlık kurumları, hizmet kalitesi ve tüketici memnuniyetine özen göstermelidir (Yaprak ve Ecevit, 2019). Serbest piyasa savunucularına göre, tüketicilerin kalite bilinci ve kalite kültürünün artması rekabeti etkileyecektir ve rekabetin artması da dolaylı yoldan sağlık hizmetlerinde kalite genel düzeyinin artmasını olumlu yönde etkileyecektir (Chassin ve Galvin, 1998). Bu doğrultuda literatür taraması yapıldığında, aynı konunun çoğunlukla tek veya iki tür hastane üzerinde çalışıldığı görülmüş (Arab ve diğ., 2012; Mensah ve diğ., 2014; Zarei ve diğ., 2015; Akdere ve diğ., 2018; Pathak, 2018) üç hastane türünü SERVPERF algılanan kalite ölçeği ile karşılaştıran iki çalışmaya rastlanmıştır (Kayral, 2012; Arslan Kurtulmuş, 2019). Yağcı ve Duman (2006), Özpolat (2019) ve Saltık (2019) SERVQUAL Ölçeği ile üç hastane türünü karşılaştırmıştır. Arab ve diğ. (2012) tarafından İran'da 8 özel hastanede 943 hasta ile 5'li likert tipinde SERVPERF Ölçeği'ni kullanılarak yapılan çalışmada algılanan hizmet kalitesi ortalamasının 3,99 olduğu saptanmıştır. Ayrıca algılanan kalite ile sadakat ve tavsiye etme gibi unsurlar arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Mensah ve diğ. (2014) tarafından Gana'nın Accra Bölgesi'nde kamu, yarı kamu ve özel hastaneden hizmet alan 400 hasta ile 7'li likert tipinde SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; genel algılanan kalite skoru 5,22 olarak saptanmıştır. Bu oran karşılaştırma yapmak adına 5'li Likert'e oranlandığında 3,72 skoru elde edilmektedir. Çalışmada bununla birlikte en düşük ortalamaların güven, güvence ve sorumluluk boyutlarında olduğu saptanmıştır. Zarei ve diğ. (2015) tarafından İran'da 8 özel hastanede hizmet alan 969 hasta ile 5'li likert tipinde SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; algılanan hizmet kalitesi skoru 4,01 olarak ölçülmüştür. Çalışmada bununla birlikte güvenin yaklaşık %38'inin algılanan hizmet kalitesi ile açıklandığı raporlanmıştır.

Akdere ve diğ. (2018) tarafından Türkiye'de bir kamu hastanesinde yatan 972 hastayla 5'li likert tipinde SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; tüm boyutların, genel kalite algısıyla yüksek oranda ilişkili olduğu saptanmış bununla birlikte genel algılanan kalite puanının 3,76

olduğu saptanmıştır. Pathak (2018) tarafından Nepal'de 10 özel hastanede poliklinik hizmeti alan 200 hasta ile 5'li likert tipinde SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada algılanan kalite skorunun 3,75 olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte yapılan regresyon analizi sonucunda, memnuniyeti en çok etkileyen boyutun empati en az etkileyen boyutun ise fiziksel unsurlar olduğu bulgusu rapor edilmiştir.

Kayral (2012) tarafından Ankara İli'nde çeşitli hastanelerde (devlet, eğitim araştırma, fakülte ve özel) yatan 2287 hasta ile 5'li likert tipinde SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada algılanan hizmet kalitesi skorunun 4,26 olduğu saptanmıştır. Kurumlar arasında algılanan kalite düzeyinin en yüksek olduğu hastane, genel devlet hastanesi ve özel hastane olarak belirlenirken (4,40) en düşük kalite algısına ise fakülte hastanesinin (4,04) sahip olduğu saptanmıştır. Genel olarak en düşük kalite algısına sahip olan boyutun fiziksel özellikler boyutu olduğu saptanmıştır. Le PT ve Fitzgerald (2015) tarafından Vietnam'da bir genel hastanede yatmakta olan 1000 hasta ile 5'li likert tipinde SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; genel algılanan kalite skoru 4,13 olarak saptanmıştır. Geliştirmeye en çok ihtiyaç duyulan boyutun 2,69 ortalama ile sorumluluk boyutu olduğu saptanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde artan talep, yükselen maliyetler, daralan kaynaklar ve klinik uygulamalardaki yenilikler dünyanın pek çok ülkesinde sağlık hizmet kalitesini ölçmeye ve geliştirmeye olan ilgiyi artırmıştır (Campbell vd., 2000). Bu çalışma Campbell'ın ifade ettiği ilginin Trabzon ilindeki yansımaları olarak özel ve üniversite hastanesindeki hizmet kalitesinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada, sağlık hizmeti sektöründe daha güçlü ölçüm yaptığı gerekçesiyle (Shafei ve diğ., 2019) SERVPERF Ölçeği tercih edilmiştir.

## YÖNTEM

Hastanede yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesini saptamak amacıyla yapılan çalışmada şu hipotezler geliştirilmiştir;

H1: Hastane türüne göre algılanan kalite düzeyleri arasında bir farklılık yoktur.

H2: Hastaların; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, hane aylık gelir, hastaneye yatış türü, çalışma durumu, yaşadığı yer, ameliyat olma durumu, ailesinde sağlık çalışanı olma durumu, kronik rahatsızlığı bulunma durumu, sosyal güvence bulunma durumu, hastaneyi tavsiye etme durumu ve yönünden algılanan kalite düzeyleri arasında bir farklılık yoktur.

H3: Algılanan hizmet kalitesi ölçeği alt boyutları ve genel algılanan kalite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H4: Hastaların algıladıkları kalite düzeyi ile hastaneyi bir daha tercih etme ve genel memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Ortalamalar arasındaki farkların karşılaştırılması, etkileşimsel ve ilişki analizlerinin tasarlanmasında tartışma kısmında yer alan çalışmalardan esinlenilmiştir.

## Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Trabzon ilindeki hastanelerde yatarak tedavi gören 14330 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın verileri 15.12.2019 - 15.02.2020 tarihleri arasında bir özel ve bir üniversite hastanesinde hizmet alan 18 yaşından büyük, okuma yazması olan veri toplama formlarını doldurmak için ağrı, anksiyete, duyu kaybı gibi bir kısıtlılığı olmayan, soru formlarını eksiksiz dolduran 407 hastadan kolayda örnekleme yöntemi ile toplanmıştır.





### Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak; Carman (1990) tarafından geliştirilip Cronin ve Taylor (1994) tarafından 12 ifade eklenen ve Kara ve diğ. (2003) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 34 ifadeli SERVPERF Ölçeği ile araştırmacılar tarafından geliştirilen ve 17 ifadeden oluşan kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

### Verilerin Analizi

Araştırmada ölçekten elde edilen veriler SPSS 23.0 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda basıklık çarpıklık değerlerinin bazı yazarlara göre -2 +2 değerleri arasında bulunması (George ve Mallery, 2010) normal dağılım varsayımı için yeterli görüldüğünden hipotezler parametrik testler aracılığıyla test edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen alt boyutlar için; Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Çalışmada ayrıca, boyutlar arası ilişkiyi saptamak için korelasyon analizi yapılmıştır. Algılanan kalite düzeyinin, kurumu tekrar tercih etme niyeti ve genel memnuniyet üzerindeki etkisini saptamak için memnuniyet düzeyi ve tercih niyetinin bağımlı değişken, algılanan kalitenin bağımsız değişken olduğu doğrusal regresyon modeli tasarlanarak analiz gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada verilerin toplanabilmesi için önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi (SCÜ) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.09.2019 tarih, 2019-09/04 sayılı onayı alınmıştır. Etik Kurul onayını takiben verilerin toplanacağı devlet hastanesi, özel hastane ve üniversite hastanesinin başhekimliklerinden yazılı izin alınmıştır. Ancak veri toplama süreci başladıktan sonra Devlet Hastanesi çalışma için verdiği onayı iptal etmiştir. Bu nedenle çalışmanın verileri Devlet hastanesi haricindeki diğer iki hastaneden elde edilmiştir. Çalışmanın verilerinin toplandığı 15.12.2019 - 15.02.2020 tarihleri arasında, yukarıda açıklanan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar farklı gün ve saatlerde çalışmanın birinci yazarı tarafından kliniklerde ziyaret edilmiş ve kendilerine çalışma hakkında bilgi verilerek soruları cevaplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar SCÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından oluşturulan "Gönüllü Onam Formu"nu okuyarak imzalamıştır. Çalışmada kullanılan SERVPERF Ölçeğinin yayınlanmış olması (Kara ve diğ., 2003) ve ölçeğe ait bilgilerin detaylı olarak verilmesi, örneğin nasıl değerlendirileceğinin makalede açıklanmış olması ve yine makalede ölçeğin farklı çalışmalarda kullanılabilmesinin belirtilmiş olması ve SCÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun Araştırma Başvuru formunda bir ölçek yayınlandıysa yazarlarından izin alınmasının gerekmeyeceği yönündeki açıklaması nedenleriyle Kara ve diğ. (2003)'den SERVPERF Ölçeği'nin çalışmamızda kullanımı konusunda yazılı izin alınmamıştır.

### BULGULAR

Bu bölümde, 15.12.2019 ve 15.02.2020 tarihleri arasında Trabzon'da bir özel hastane ve bir üniversite hastanesinin farklı birimlerinde yatmakta olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 407 hastadan elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuştur. Bulgularda öncelikle hastalara ait tanımlayıcı bilgilere yer verilmiş daha sonra hastaların tanımlayıcı özellikleri ile SERVPERF Ölçeğinden elde edilen bulgular karşılaştırılmıştır. Son olarak, genel kalite düzeyinin ölçek boyutları arasındaki ilişkiyi açıklayan korelasyon analizi ve memnuniyet ile tekrar tercih etme niyeti üzerindeki etkisini açıklayan regresyon analizi bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 1: Hastaların Yattıkları Hastaneye Göre Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları**

Değişkenler		Üniversite (n:270)		Özel (n:137)		Genel (n:407)	
		n	%	N	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	129	47,8	97	70,8	226	55,5
	Erkek	141	52,2	40	29,2	181	44,5
<b>Yaş</b>	18-37	65	24,1	35	25,5	100	24,6
	38-57	82	30,4	34	24,8	116	28,5
	58 ve üzeri	123	45,6	68	49,7	191	46,9
<b>Medeni Durum</b>	Evli	218	81	125	91,2	343	84,5
	Bekar	51	19	12	8,8	63	15,5
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	149	55,3	84	61,3	233	57,3
	Ortaöğretim	69	25,7	23	16,8	92	22,7
	Yükseköğretim	51	19	30	21,9	81	20
<b>Hane Aylık Gelir (₺)</b>	2000 ve altı	29	11	5	3,7	34	8,6
	2000-5000	204	78	104	77	308	77,5
	5001 ve üzeri	29	11	26	19,3	55	13,9
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	57	21,3	33	24,1	90	22,3
	Çalışmıyor	125	46,6	59	43,1	184	45,4
	Emekli	86	32,1	45	32,8	131	32,3
<b>Yaşadığı Yer</b>	İl Merkezi	103	38,7	81	59,5	184	45,7
	İlçe	107	40,2	36	26,5	143	35,6
	Köy	56	21,1	19	14	75	18,7
<b>Yatış Türü</b>	Acil	58	21,5	43	31,4	101	24,8
	Sevk	61	22,6	2	1,5	63	15,5
	Muayene	151	55,9	92	67,2	243	59,7
<b>Ameliyat Olma Durumu</b>	Evet	137	50,9	61	44,5	198	48,8
	Hayır	132	49,1	76	55,5	208	51,2
<b>Daha Önce Kurumda Yatma</b>	Evet	155	57,6	59	43,1	214	52,7
	Hayır	114	42,4	78	56,9	192	47,3
<b>Ailede Sağlık Personeli Bulunma Durumu</b>	Var	90	34	56	40,9	146	36,3
	Yok	175	66	81	59,1	256	63,7
Değişkenler		Üniversite (n:270)		Özel (n:137)		Genel (n:407)	
		n	%	n	%	n	%
<b>Sosyal Güvence Bulunma Durumu</b>	SGK	250	92,6	130	94,9	380	93,4
	Özel Sigorta	10	3,70	3	2,2	13	3,2
	Yok	10	3,70	4	2,9	14	3,4
<b>Kronik Rahatsızlık</b>	Var	123	45,6	63	46	186	45,7
	Yok	147	54,4	74	54	221	54,3
<b>Hastaneyi Tavsiye Etme</b>	Evet	214	79,3	126	92	340	83,5
	Hayır	56	20,7	11	8	67	16,5

Çalışmaya katılan 407 hastanın %66,3'ü üniversite %36,7'si özel hastaneden hizmet almıştır. Hastaların %55,5'i kadın, %84,5'i evli, %46,9'u 58 yaş üzerindedir. Hastaların %57,3'ü ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır, %77,5' i 2001-5000 ₺ arası hane aylık gelirine sahiptir, %59,7'si poliklinik muayenesi sonrası hastaneye yatmıştır, %45,4'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır, %45,8'i il merkezinde yaşamaktadır, %51,2'si bu yatışında ameliyat olmuştur, %52,7'si daha önce aynı kurumda yatarak tedavi görmüştür. Hastaların %63,7'sinin ailesinde sağlık personeli bulunmamaktadır, %93,4'ü Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) güvencesine sahiptir, %54,3'ünün herhangi bir kronik rahatsızlığı yoktur, %83,5'i hizmet aldığı kurumu tavsiye etmektedir (Tablo 1).

Üniversite hastanesi ve özel hastanede yatan hastaların ölçek toplam puan ortalaması sırasıyla 4,26 ve 4,54'tür. Ölçekten alınan ortalamalar incelendiğinde fiziksel unsurlar alt boyutunun en düşük ( $\bar{x}=3,95$ ), nezaket boyutunun en yüksek ( $\bar{x}=4,59$ ) ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmada SERVPERF Ölçeğinin Cronbach Alpha ( $\alpha$ ) genel ölçek güvenilirlik katsayısı **0,934** olarak hesaplanmıştır. Genel algılanan kalite düzeyi ortalamasının 4,35 olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2: Kurum Türüne Göre SERVPERF Ölçeği Alt Boyutları ve Ölçek Genel Puan Ortalamalarının Dağılımı**

SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları	Tüm Hastaneler (Genel)		Kurum Türü				T Testi Anlamlılık Düzeyleri (p)
			Üniversite Hastanesi		Özel Hastane		
	Ort. ( $\bar{x}$ )	Std. S (s)	Ort. ( $\bar{x}$ )	Std. S (s)	Ort. ( $\bar{x}$ )	Std. S (s)	
Fiziksel Unsurlar	3,95	0,67	3,77	0,68	4,3	0,50	<b>0,001</b>
Güvenilirlik	4,49	0,58	4,42	0,60	4,64	0,50	<b>0,001</b>
Sorumluluk	4,36	0,57	4,26	0,58	4,56	0,50	<b>0,001</b>
Güvence	4,34	0,62	4,29	0,68	4,44	0,60	<b>0,008*</b>
Nezaket	4,59	0,65	4,51	0,68	4,76	0,56	<b>0,001*</b>
Empati	4,38	0,78	4,30	0,82	4,55	0,67	<b>0,001</b>
<b>Tüm Boyutlar (Toplam puan)</b>	<b>4,35</b>	<b>0,52</b>	<b>4,26</b>	<b>0,53</b>	<b>4,54</b>	<b>0,44</b>	<b>0,001</b>

\* Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Kurum türüne göre algılanan hizmet kalitesi ölçümlerine ilişkin istatistiksel sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir. Kurumlar arasında algılanan kalite düzeyi T testi ile analiz edildiğinde, özel hastanede yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesi ortalamasının ( $\bar{x}=4,54$ ), üniversite hastanesinde yatan hastaların ortalamasından ( $\bar{x}=4,26$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan analizler sonucunda ölçeğin tüm alt boyutlarında da özel hastanede yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesi ortalamalarının, üniversite hastanesinde yatan hastaların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla H1 hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 3: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre SERVPERF Ölçeği Alt Boyutlarının Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Değişkenler	N	Fiziksel Unsurlar $\bar{x}\pm s$	Güvenilirlik $\bar{x}\pm s$	Sorumluluk $\bar{x}\pm s$	Güvence $\bar{x}\pm s$	Nezaket $\bar{x}\pm s$	Empati $\bar{x}\pm s$	Tüm Boyutlar $\bar{x}\pm s$
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	226	3,96±0,6	4,49±0,58	4,37±0,62	4,34±0,6	4,61±0,63	4,35±0,80	4,36±0,55
Erkek	181	3,95±0,6	4,51±0,59	4,37±0,52	4,34±0,5	4,57±0,58	4,35±0,8	4,36±0,49
T Testi (p)		0,944	0,792	0,979	0,423*	0,231*	0,37	0,899
<b>Yaş</b>								
18-37	100	3,84±0,6	4,33±0,61	4,20±0,60	4,17±0,6	4,48±0,73	4,23±0,77	4,21±0,54
38-57	116	3,92±0,70	4,41±0,64	4,31±0,60	4,55±0,6	4,55±0,69	4,34±0,81	4,31±0,54
58 ve üzeri	191	4,03±0,6	4,59±0,51	4,47±0,53	4,63±0,6	4,63±0,63	4,46±0,77	4,43±0,50

		9			3			
ANOVA Testi (p)		0,56	0,004	0,001	0,138*	0,437*	0,126	0,016
Post Hoc			(1-3) (2-3)	(1-3) (2-3)				(1-3)
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	343	3,96±0,6 9	4,50±0,58	4,37±0,58	4,35±0,6 1	4,62±0,65	4,40±0,78	4,37±0,52
Bekar	63	3,93±0,6 1	4,47±0,60	4,35±0,56	4,32±0,7 0	4,48±0,66	4,32±0,83	4,31±0,51
T Testi (p)		0,709	0,673	0,765	0,969*	<b>0,028*</b>	0,446	0,419
<b>Eğitim Düzeyi</b>								
İlköğretim		4,07±0,6			4,41±0,6			
(1)	233	7	4,57±0,54	4,45±0,56	2	4,64±0,62	4,46±0,77	4,43±0,50
Ortaöğretim		3,79±0,7			4,27±0,6			
(2)	92	2	4,36±0,67	4,24±0,63	4	4,52±0,75	4,26±0,82	4,24±0,58
Yükseköğre		3,81±0,5			4,23±0,6			
tim(3)	81	5	4,44±0,56	4,25±0,52	0	4,55±0,61	4,32±0,75	4,27±0,43
ANOVA Testi (p)		<b>0</b>	<b>0,011</b>	<b>0,003</b>	<b>0,008*</b>	0,152*	0,093	<b>0,003</b>
Post Hoc		(1-2) (1-3)	(1-2)	(1-2) (1-3)	(1-3)**LSD			(1-2)(1-3)
<b>Hane Aylık Gelir</b>								
2000₺ ve		3,93±0,5			4,32±0,4			
altı	34	6	4,64±0,48	4,44±0,46	5	4,65±0,59	4,61±0,49	4,43±0,33
2001₺ -		3,96±0,7			4,34±0,6			
5000₺	308	0	4,47±0,60	4,35±0,60	5	4,58±0,67	4,36±0,81	4,34±0,55
5001₺ ve		3,94±0,6			4,31±0,5			
üzeri	55	8	4,45±0,55	4,31±0,47	3	4,59±0,65	4,37±0,67	4,31±0,43
ANOVA Testi (p)		0,526	0,267	0,599	0,482*	0,721*	0,207	0,567
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor(1)	90	3,89±0,6 8	4,41±0,62	4,23±0,61	4,25±0,6 2	4,50±0,73	4,36±0,80	4,27±0,52
Çalışmıyor		3,93±0,7			4,35±0,6			
(2)	184	2	3,93±0,72	4,37±0,60	5	4,60±0,68	4,34±0,55	4,34±0,55
Emekli(3)		4,04±0,6			4,41±0,6			
	131	0	4,04±0,60	4,45±0,50	0	4,67±0,55	4,45±0,47	4,45±0,47
ANOVA Testi (p)		0,199	<b>0,033</b>	<b>0,015</b>	0,093*	0,090*	0,135	<b>0,038</b>
Post Hoc			(1-3)	(1-3)				(1-3)
<b>Yaşadığı Yer</b>								
İl Merkezi	184	3,90±0,6 5	4,45±0,57	4,35±0,58	4,29±0,6 8	4,60±0,62	4,35±0,76	4,32±0,50
İlçe		3,98±0,6			4,39±0,4			
	143	6	4,52±0,56	4,33±0,58	9	4,64±0,64	4,40±0,79	4,38±0,48
Köy		4,00±0,7			4,36±0,6			
	75	5	4,50±0,64	4,43±0,55	9	4,49±0,74	4,42±0,84	4,36±0,61
ANOVA Testi (p)		0,395	0,553	0,492	0,608*	0,423*	0,795	0,612
<b>Yatış Türü</b>								
Acil	101	3,92±0,7 6	4,52±0,54	4,34±0,57	4,30±0,6 6	4,54±0,68	4,34±0,74	4,33±0,53
Sevk		3,88±0,5			4,31±0,6			
	63	7	4,48±0,63	4,27±0,60	0	4,55±0,67	4,25±0,97	4,29±0,53
Muayene		3,99±0,6			4,38±0,6			
	243	6	4,49±0,59	4,40±0,58	2	4,63±0,64	4,44±0,75	4,39±0,51
ANOVA Testi (p)		0,442	0,935	0,237	0,369*	0,268*	0,18	0,329

Değişkenler	N	Fiziksel Unsurlar $\bar{x}\pm s$	Güvenilirlik $\bar{x}\pm s$	Sorumluluk $\bar{x}\pm s$	Güvence $\bar{x}\pm s$	Nezaket $\bar{x}\pm s$	Empati $\bar{x}\pm s$	Tüm Boyutlar $\bar{x}\pm s$
<b>Bu Yatışında Ameliyat Olma</b>								
Evet	198	3,94±0,67	4,44±0,62	4,30±0,61	4,33±0,6 5	4,60±0,70	4,34±0,84	4,33±0,53
Hayır	208	3,97±0,69	4,55±0,54	4,43±0,55	4,36±0,6 1	4,60±0,61	4,42±0,73	4,39±0,51
T Testi (p)		0,712	0,075	<b>0,032</b>	0,962*	0,304*	0,316	0,246
<b>Daha Önce Bu Kurumda Yatma</b>								
Evet	214	3,92±0,71	4,45±0,60	4,35±0,60	4,30±0,6 8	4,55±0,68	4,33±0,79	4,32±0,54
Hayır	192	4,01±0,62	4,56±0,53	4,38±0,56	4,40±0,5 6	4,66±0,62	4,46±0,76	4,41±0,48
T Testi (p)		0,156	0,064	0,591	0,368*	<b>0,044*</b>	0,092	0,068
<b>Ailede Sağlık Personeli Bulunma</b>								
Var	146	3,81±0,71	4,44±0,63	4,30±0,59	4,27±0,6 5	4,50±0,74	4,29±0,82	4,27±0,57
Yok	256	4,05±0,64	4,54±0,54	4,41±0,56	4,40±0,6 1	4,66±0,59	4,45±0,75	4,42±0,47
T Testi (p)		<b>0,001</b>	0,117	0,076	0,055*	<b>0,030*</b>	<b>0,048</b>	<b>0,01</b>
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>								
SGK	380	3,94±0,68	4,50±0,58	4,36±0,59	4,34±0,6 3	4,59±0,65	4,37±0,80	4,35±0,52
Özel					4,37±0,5 9			
Sigorta	13	4,30±0,64	4,36±0,67	4,36±0,42	4,61±0,4 3	4,65±0,86	4,62±0,62	4,44±0,48
Yok	14	4,16±0,55	4,63±0,54	4,60±0,51	4,61±0,4 3	4,73±0,57	4,50±0,55	4,54±0,42
ANOVA Testi (p)		0,0083	0,486	0,309	0,264*	0,296	0,479	0,342
<b>Kronik Rahatsızlığı Bulunma Durumu</b>								
Var	186	4,07±0,68	4,55±0,56	4,46±0,49	4,41±0,5 5	4,41±0,55	4,51±0,73	4,44±0,48
Yok	221	3,86±0,66	4,45±0,60	4,29±0,63	4,29±0,6 8	4,29±0,68	4,29±0,82	4,29±0,54
T Testi (p)		<b>0,002</b>	0,081	<b>0,004</b>	0,118*	<b>0,031*</b>	<b>0,005</b>	<b>0,002</b>
<b>Tavsiye Etme</b>								
Ederim	340	4,08±0,61	4,56±0,54	4,45±0,50	4,45±0,5 2	4,69±0,56	4,50±0,68	4,45±0,44
Etmem	67	3,33±0,64	4,17±0,70	3,82±0,84	3,82±0,8 4	4,13±0,89	3,83±1,04	3,87±0,60
T Testi (p)		<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001*</b>	<b>0,001*</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>

\*Normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için 2 grup karşılaştırılırken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup karşılaştırılırken Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. \*\* Tamhane's Testi ile sonuç alınmamış ve LSD Testi yapılmıştır.

Tablo 3'de katılımcıların demografik özelliklerine göre SERVPERF Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre hastaların algıladığı kalite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ( $p>0,05$ ). Alt boyutlar itibarıyla farklılık testi yapıldığında anlamlı tek farkın nezaket boyutunda olduğu, evli hastaların nezaket boyutundaki kalite algılarının bekar hastalardan daha yüksek olduğu Mann Whitney U Testi ile saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Yaş değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi değerlendirildiğinde, algılanan hizmet kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplardan

kaynaklandığı belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda 1. ( $\bar{x}=4,21$ ) ile 3. ( $\bar{x}=4,43$ ) grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyutları itibariyle güvenilirlik ve sorumluluk alt boyutunda hastaların yaşına göre anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların eğitim düzeyine göre, algılanan kalite düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği ANOVA testi ile saptanmıştır ( $p=0,007$ ). Bu farklılığın 1. ( $\bar{x}=4,43$ ) ile 2. ( $\bar{x}=4,24$ ) grup ve 2. ( $\bar{x}=4,24$ ) ile 3. ( $\bar{x}=4,27$ ) grup arasındaki farktan kaynaklandığı Tukey testi ile bulunmuştur. Buna göre ilköğretim düzeyinde eğitim alanların ölçek toplam puan ortalaması diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yapılan Tukey ve LSD testleri sonucunda Ölçeğin alt boyutlarından olan fiziksel unsurlar, güvenilirlik, sorumluluk ve güvence boyutlarında da eğitim düzeyi düşük olan bireylerin puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu, başka bir deyişle hizmetleri daha kaliteli algıladığı saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumuna göre algılanan kalite düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan analizler sonucunda emekli olanların algıladığı kalite puanı ortalamasının ( $\bar{x}=4,45$ ) çalışan hastalardan ( $\bar{x}=4,27$ ) daha yüksek olduğu, Ölçeğin güvenilirlik ve sorumluluk boyutlarında da anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların, hane aylık gelir değişkenine, yaşadığı yere, hastaneye yatış türüne göre algıladıkları hizmet kalite düzeyi ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaneye bu yatışında ameliyat olan hastaların hizmetleri “sorumluluk” alt boyutunda daha düşük kalitede algıladığı, daha önce aynı kurumda yatan hastaların ise “nezaket” alt boyutundaki puan ortalamalarının ( $\bar{x}=4,55$ ) kurumda ilk defa yatan hastalardan ( $\bar{x}=4,66$ ) daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların ailesinde sağlık personeli bulunma durumuna göre algılanan hizmet kalitesi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre ailesinde sağlık personeli bulunanların ölçek toplam puan ortalaması ( $\bar{x}=4,27$ ), ailesinde sağlık personeli olmayanların ortalamasından daha düşüktür. Ölçeğin fiziksel unsurlar, nezaket ve empati alt boyutlarında da anlamlı farklılıklar olduğu, ailesinde sağlık personeli bulunanların bu boyutlarda hizmetleri daha düşük kalitede algıladığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlardaki puan ortalamalarının, kronik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu başka bir ifade ile kronik rahatsızlığı bulunan hastaların algıladığı kalite düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu değişkende ölçeğin fiziksel unsurlar, sorumluluk, nezaket ve empati alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların kurumu tavsiye etme durumuna göre algıladığı kalite düzeyinde genel, kurumlar arası ve tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kurumu tavsiye edenlerin algıladığı hizmet kalitesi ortalamasının ( $\bar{x}=4,45$ ) tavsiye etmeyenlerin ortalamasından ( $\bar{x}=3,87$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3’ de yer alan bilgiler doğrultusunda H2 hipotezi cinsiyet, medeni durum, hane aylık gelir, hastaneye yatış türü, yaşadığı yer, ameliyat olma durumu, sosyal güvence bulunma durumu değişkenleri açısından kabul edilmiştir. Ancak yaş ( $p=0,004$ ), eğitim düzeyi ( $p=0,013$ ), çalışma durumu ( $p=0,038$ ), ailesinde sağlık çalışanı olma durumu ( $p=0,010$ ), kronik rahatsızlığı bulunma durumu ( $p=0,002$ ), tavsiye etme durumu ( $p=0,001$ ) değişkenleri açısından H2 hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 4: SERVPERF Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar**

	Korelasyon	Fiziksel Unsurlar	Güvenilirlik	Sorumluluk	Güvence	Nezaket	Empati	Genel
Fiziksel Unsurlar	Pearson	1						
Güvenilirlik	Pearson	,526**	1					
Sorumluluk	Pearson	,539**	,614**	1				
Güvence*	Spearman	,521**	,555**	,729**				
Nezaket*	Spearman	,446**	,492**	,553**	567**			
Empati	Pearson	,484**	,538**	,582**	592**	635**	1	
Tüm Boyutlar	Pearson	<b>,747**</b>	<b>,779**</b>	<b>,822**</b>	<b>,828**</b>	<b>,790**</b>	<b>0,819**</b>	1
	N	407	407	407	407	407	407	407

\*: Normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Spearman's korelasyonu yapılmıştır. \*\*: Korelasyonlar %99 güven düzeyinde çift yönlü olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4’de verilen ölçek boyutları ve genel algılanan kalite düzeyi arasında, yapılan korelasyon testi sonucuna göre  $p=0,001$  anlamlılık düzeyinde yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla H3 hipotezi reddedilmiştir. Buna göre genel kalite algısıyla pozitif yönde anlamlı ilişki içerisinde olan boyutlar sırasıyla; güvence ( $r=0,828$ ), sorumluluk ( $r=0,822$ ), empati ( $r=0,819$ ), nezaket ( $r=0,790$ ), güvenilirlik ( $r=0,779$ ) ve fiziksel unsurlardır ( $r=0,747$ ). Birbiriyle pozitif yönlü, anlamlı ve en yüksek düzeyde ilişkiye sahip olan boyutların sorumluluk ve güvence ( $r=0,729$ ) olduğu saptanmıştır.

**Tablo 5: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyinin Daha Sonra Tercih ve Memnuniyete Etkisi**

	Algılanan Kalite	Daha Sonra Tercih	Metot	R	R Kare	Sx	ANOVA		Katsayı		VIF	
							F	p	$\beta$	t		P
Genel	4,35	4,24	Enter	,637 <sup>a</sup>	<b>0,406</b>	0,83	276,302	<b>,000<sup>a</sup></b>	<b>1,328</b>	16,222	<b>0</b>	1
Üniversite	4,26	4,09	Enter	,600 <sup>a</sup>	<b>0,36</b>	0,92	150,952	<b>,000<sup>a</sup></b>	<b>1,313</b>	12,286	<b>0</b>	1
Özel	4,54	4,55	Enter	,680 <sup>a</sup>	<b>0,462</b>	0,61	116,153	<b>,000<sup>a</sup></b>	<b>1,286</b>	10,777	<b>0</b>	1
Memnuniyet												
Genel	4,35	4,14	Enter	,688 <sup>a</sup>	<b>0,473</b>	0,64	364,111	<b>,000<sup>a</sup></b>	<b>1,169</b>	19,082	<b>0</b>	1
Üniversite	4,26	4,01	Enter	,665 <sup>a</sup>	<b>0,442</b>	0,68	212,374	<b>,000<sup>a</sup></b>	<b>1,146</b>	14,573	<b>0</b>	1
Özel	4,54	4,39	Enter	,692 <sup>a</sup>	<b>0,479</b>	0,55	124,292	<b>,000<sup>a</sup></b>	<b>1,191</b>	11,149	<b>0</b>	1

Hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin ihtiyaç duyulduğunda bu kurumu bir daha tercih etme niyeti üzerine etkisini gösteren regresyon analizi test sonuçları Tablo 5’de verilmiştir. Doğrusal regresyon modelinde yer alan bağımlı ve bağımsız değişkenlere ait basıklık çarpıklık değerleri +2 -2 değerleri arasında yer aldığından normal dağılım varsayımları sağlanmaktadır (George ve Mallery, 2010). Buna göre; algılanan hizmet kalitesinin kurumu bir daha tercih etmeye etkisi üzerine kurulan modelde;  $p=0,000$  anlamlılık düzeyinde  $R^2=0,406$  olarak bulunmuştur. Bu oran kurumu tekrar tercih etme niyetinin %40’ının algıladığı kaliteyle açıklandığını göstermektedir. Dolayısıyla H4 hipotezi reddedilmiştir. Üniversite hastanesinde algılanan kalitenin daha sonra tercih etme niyetini açıklama oranının ( $R^2=0,360$ ) özel hastaneden ( $R^2=0,462$ ) daha düşük olduğu saptanmıştır.  $\beta$  katsayısının 1,328 olduğu saptanmıştır. Buna göre genel olarak algılanan kalite düzeyindeki 1 birimlik bir artış, tekrar tercih etme düşüncesi üzerinde 1,32 birimlik artışa etki etmektedir. Üniversite hastanesinde  $\beta$  katsayısının 1,313 özel hastanede ise 1,286 olduğu saptanmıştır. Bu oranlar iki kurumda da algılanan kalite düzeyindeki artışlarının tekrar tercih etme düşüncesine anlamlı ve pozitif yönde etki ettiğini göstermektedir.

Hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin memnuniyet üzerindeki etkisini gösteren regresyon analizi test sonuçları Tablo 5’de verilmiştir. Buna göre; algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi üzerine kurulan modelde;  $p=0,000$  anlamlılık düzeyinde  $R^2=0,473$  olarak bulunmuştur. Bu oran, hasta memnuniyetin %47’sinin algıladığı hizmet kalite düzeyiyle açıklandığını göstermektedir.  $\beta$  katsayısının ise 1,169 olduğu saptanmıştır. Bu oran algılanan kalite düzeyindeki 1 birimlik artışın genel memnuniyet üzerinde 1,16 birimlik bir artışa neden olabileceğini göstermektedir. Üniversite hastanesinde algılanan kalitenin genel memnuniyeti açıklama oranının  $R^2=0,442$  olduğu saptanmıştır. Bu oran memnuniyetin %44’ünün algılanan kalite sayesinde olduğunu göstermektedir. Özel hastanede ise bu oranın,  $R^2=0,479$  düzeyinde olduğu saptanmıştır. Üniversite ve özel hastanede  $\beta$  katsayılarının 1,14 ve 1,19 olması algılanan kalite düzeyinde ki bir birimlik artışın genel memnuniyet üzerinde 1 birimden daha fazla bir etkiye neden olacağını göstermektedir.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda üniversite hastanesi ve özel hastanede yatan hastaların SERVPERF Ölçeği toplam puan ortalaması oldukça yüksek ( $\bar{x}=4,35$ ) saptanırken, Ölçeğin fiziksel unsurlar alt boyutunun en düşük ( $\bar{x}=3,95$ ); nezaket boyutunun en yüksek ( $\bar{x}=4,59$ ) ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bu bulgu Trabzon’da çalışmanın yapıldığı bu iki hastanede yatan hastaların hizmet kalitesi algılarının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde SERVPERF Ölçeği kullanılarak yapılan algılanan hizmet kalitesi çalışmalarında, Türkiye’de algılanan kalite düzeyi en yüksek olan hastane, Samsun’da bir özel hastaneyken ( $\bar{x}=4,87$ ) (Özpolat, 2019), algılanan kalite düzeyinin en düşük olduğu hastanenin ise, Muğla’da bir üniversite hastanesi olduğu ( $\bar{x}=3,35$ ) (Yağcı ve Duman, 2006) bulgusuna ulaşılmıştır. Uluslararası literatür incelendiğinde ise en düşük algılanan kalite düzeyinin tespit edildiği çalışmanın Kannan ve Saravanan’ın (Kannan ve Saravanan, 2016) Hindistan’ın kırsal bölgesindeki bir hastanede yaptığı çalışma ( $\bar{x}=3,00$ ), en yüksek algılanan kalite düzeyinin saptandığı çalışmanın ise Martins ve diğ. (2015) tarafından yapılan çalışma olduğu söylenebilir ( $\bar{x}=4,22$ ).

Çalışmamızda özel hastanede yatan hastaların algıladığı kalite düzeyinin üniversite hastanesinde yatan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 2). Özel ve üniversite hastanesinin karşılaştırılmasındaki bu durum, ilgili literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Kayral, 2012; Arslan Kurtulmuş, 2019; Özpolat, 2019; Saltık, 2019). Kar amacı güden ve varlığını devam ettirebilmek için tüketici memnuniyetini gözetmek zorunda olan özel hastanelerin yüksek kalitede hizmet sunması beklendik bir bulgu olarak düşünülebilir. Üniversite hastanesinde yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesi özel hastaneye göre düşük olmakla beraber genel olarak değerlendirildiğinde, fiziksel unsurlar boyutu hariç bu hastanede de algılanan hizmet kalitesinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan 18-37 yaş grubundaki genç hastaların algıladıkları kalite düzeyi ileri yaş gruplarına göre daha düşüktür ( $p<0,05$ ) (Tablo 3). Memiş (2019) yaptığı çalışmada bu bulguya ters olarak yaşlıların algıladığı hizmet kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamızın önemli bir bulgusu bireylerin eğitim düzeyi arttıkça algıladığı kalite düzeyinin azalmasıdır ( $p<0,05$ ). Yapılan çalışmaların bir kısmı çalışmamızın bu bulgusunu desteklerken (Memiş, 2019; Martins ve diğ., 2015; Le ve Fitzgerald, 2014) çalışmamızın aksine Er’in (2019) çalışmasında düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin hizmet kalite algısının daha düşük olduğunu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise, eğitim düzeyinin algılanan kalite üzerinde herhangi bir farklılığa neden olmadığı belirtilmektedir (Özpolat, 2019; Saltık, 2019; Altınsoy, 2019). Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça algıladığı kalite düzeyinin azalması beklendik bir bulgu olarak düşünülebilir.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Çünkü eğitimin beklentileri artırdığını, kıyaslama, değerlendirebilme ve eleştirebilme yetisini geliştirdiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda ailesinde sağlık personeli bulunan hastaların algıladığı hizmet kalite düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunda aile içi sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğunu, sağlık hizmetlerine daha fazla aşına olmanın etkisi olduğunu veya hasta yakınlarının hastanın kalite algısına etki ettiğini söyleyebiliriz. Bununla birlikte; hizmet aldığı kurumu tavsiye eden hastaların algıladığı kalite düzeyinin yüksek olması beklendik bir bulgu olarak değerlendirilirken, kalitenin ağızdan ağıza pazarlamanın önemli bir unsuru olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda algılanan kalite düzeyinin kurumu bir daha tercih etme niyeti ve genel memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisini görmek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda algılanan kalitenin; kurumu bir daha tercih etme niyeti ve genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve olumlu etkisi olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 5). Çalışmanın algılanan kalite düzeyinin, memnuniyet ve tekrar tercihi olumlu yönde etkileyen bu beklendik bulgusu ilgili literatürdeki diğer çalışmalarla da desteklenmektedir (Kayral, 2012; Arslan Kurtulmuş, 2019; Tosun, 2019). Bu durum hastaların algıladığı kalite düzeyinin, bireylerin tutum, davranış ve algıları üzerinde önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir.

Özel hastaneden hizmet alan bireylerin tekrar tercih etme niyeti  $R^2=0,462$  iken üniversite hastanesinde bu oran daha düşüktür ( $R^2=0,360$ ). Üniversite hastanesinden hizmet alan bireylerin tekrar tercih etme niyetinde kalitenin daha az rolü olmasıyla yorumlanan bu durum; teorik arka planı güçlü olmasa da; hizmetlere erişim (finansal ve fiziksel) veya yüksek nitelikli sağlık hizmeti ve uzman insan gücüne bağlılığın bir sonucu olarak açıklanabilir.

Çalışma bulguları, SERVPERF Ölçeği alt boyutlarının genel kalite algısına etki oranı yönüyle [güvence > empati > fiziksel unsurlar > güvenilirlik > nezaket > sorumluluk] Pathak'ın (2017) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Çalışma bulguları SERVPERF Ölçeği alt boyutlarının kendi arasındaki ilişki yönüyle, Akdere ve diğ. (2018) ve Altınsoy'un (2019) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (Tablo 4).

Çalışmamız, alt boyutlar itibarıyla en düşük algılanan kalite düzeyine sahip boyutun fiziksel unsurlar olması yönüyle literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.2). Ancak, yapılan analizler sonucunda alt boyutlar bağımsız değişken, algılanan kalite bağımlı değişken olduğu modelde; bağımsız değişkendeki 1 birimlik artışın genel kalite algısındaki değişim üzerindeki etkisi incelendiğinde sırasıyla; güvence, empati, fiziksel unsurlar, güvenilirlik, nezaket ve sorumluluk etki etmektedir. Pathak (2017) ile Mensah ve diğerlerinin (2014) çalışmasıyla paralellik gösteren bu durum, hastaların fiziksel unsurlar boyutunda algıladığı düşük kaliteye rağmen, fiziksel somut unsurlarda mı yoksa soyut unsurlarda mı iyileştirmelerin yapılmasının kurum kalitesine daha fazla etkisi olacağını düşündürülebilir.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Trabzon ilinde hastanede yatan hastaların, hizmet kalitesi algılarının, ortalamanın üzerinde olduğu, hastaların özel hastanenin hizmet kalitesini daha yüksek buldukları, algılanan hizmet kalitesinin bazı sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Algılanan kalite düzeyinin memnuniyet ve tekrar tercih etme niyeti üzerindeki olumlu etkisi olduğu bilindiğinden, kurumlarda sürekli kalite iyileştirmeleri yapılmasının olumlu geri dönüşle sonuçlanacağı düşünülmektedir.

SERVPERF Ölçeği alt boyutları ve bazı ifadelerine yönelik ortalama puanlar ışığında özellikle üniversite hastanesinin bina, tesis, cihaz ve ekipman, otopark, yemek, temizlik gibi bazı fiziksel unsurlarında iyileştirmeler yapılması önerilmiştir. Ek olarak üniversite hastanesinde güvenilirlik, sorumluluk, güvence, empati boyutlarında ve gürültü ile kayıt ve taburcu işlemlerinde

103

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(YEŞİLDAĞ, A. Y. / ULUSOY, H. )



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

iyileştirmeler yapılması önerilmiştir. İleride yapılacak çalışmalarda sağlık hizmetlerinde teknik ve algılanan kaliteyi sentezleyip aynı anda değerlendirebilen ölçümlerin yapılması; sağlık hizmetlerinde kaliteye bütüncül ve farklı bir bakış açısı kazandırabileceği düşünülmektedir. Üniversite hastanesinde hangi fiziksel unsurların (tesis, cihaz ve ekipman, otopark, yemek, temizlik hizmeti vb) algılanan kaliteyi olumsuz etkilediği başka çalışmalarda detaylarıyla araştırılabilir.

### KAYNAKÇA

Akdere, M., Top, M., Tekingündüz, S. (2018). Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management & Business Excellence*, 31 (3-4), 342-352.

Altınsoy, B.D. (2019). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Hastalar Üzerinde İncelenmesi: Bir Kamu ve Bir Özel Hastane Örneğinin Karşılaştırması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anderson, E. A. (1995). Measuring Service Quality At A University Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (2), 32-37.

Arab, M., Tabatabaei, S. G., Rashidian, A., Forushani, A. R., Zarei, E. (2012). The effect of service quality on patient loyalty: a study of private hospitals in Tehran, Iran. *Iranian journal of public health*, 41(9), 71.

Arslan Kurtulmuş, S. (2019). Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ateş, M. (2016). Sağlık Sistemleri (Vol. 3). İstanbul: Beta.

Bakar, C., Seval Akgün, H., Al Assaf, A. (2008). The role of expectations in patient assessments of hospital care: an example from a university hospital network, Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (4), 343-355.

Brook, R. H., & Kosecoff, J. B. (1988). Competition and quality. *Health Affairs*, 7 (3), 150-161.

Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, 51 (11), 1611-1625.

Carman, M.J. (1990) .Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of The SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*. 66. Spring, 33-55.

Chassin, M. R., Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *Jama*, 280 (11), 1000-1005.

Cleary, P. D., & Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives. *Jama*, 278 (19), 1608-1612.

Cronin Jr.,J., & Taylor, S.A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of marketing*, 58(1), 125-131.

Crosby, P. B. (1992). Completeness. *Quality for the 21st Century*, Dutton, USA

DSÖ (2008). Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu. Çeviri: TC Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı), Ankara.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Er, M. (2019). Kişilik Özelliklerinin Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- George, D., Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. European Journal of Marketing, 18 (4). 36-44
- IOM (1992). Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. M.J. Field & K.N. Lohr (Ed). National Academy Press: Washington
- Juran, J., Godfrey, A. B. (1999). Quality Handbook. Republished McGraw-Hill.
- Kannan, P., & Saravanan, R. (2016). Patients perception towards quality of health care & hospitals in rural India. Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities, 6 (7), 41-52.
- Kara, A., Tarim, M., Zaim, S. (2003). A low performance-low quality trap in the non-profit healthcare sector in Turkey and a solution. Total Quality Management & Business Excellence, 14 (10), 1131-1141.
- Kayral, İ. H. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kayral, İ. H., Gökmen Kavak, D., Cengiz, C. (2018). Sağlık Politikalarında Kalite ve Akreditasyonun Yeri. İçinde, Tengilimoğlu (Ed.), Sağlık Politikası. Ankara: Nobel.
- Lai, K. H., & Cheng, T. E. (2005). Effects of quality management and marketing on organizational performance. Journal of Business research, 58 (4), 446-456.
- Le, P., & FitzGerald, G. (2014). Applying the SERVPERF scale to evaluate quality of care in two public hospitals at Khanh Hoa Province, Vietnam. Asia Pacific Journal of Health Management, 9 (2),
- Martins, A. L., de Carvalho, J. C., Ramos, T., Fael, J. (2015). Assessing obstetrics perceived service quality at a public hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 181, 414-422.
- Memiş, K. (2019). Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Hizmet Kalitesi Bağlamında Ölçülmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Anket Araştırması.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Mensah, P., Yamoah, E. E., Adom, K. (2014). Empirical investigation of service quality in Ghanaian Hospitals. Eur J Bus Manag, 18, 157-178.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare Service Quality: Towards A Broad Definition. International Journal of Health Care Quality Assurance, 26 (3), 203-219
- Özpolat, H.(2019).Samsundaki Hastanelerin Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of marketing, 49 (4), 41-50.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Pathak, P. (2017). An Analysis of Outpatients' Perceived Service Quality and Satisfaction in Selected Private Hospitals of Kathmandu. *Journal of Business and Social Sciences Research*, 2(1-2), 69-84.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value In Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363 (26), 2477-2481
- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *Academy of management Review*, 19 (3), 419-445
- Saltık, S. (2019). Yatarak ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Kalite Algılarının Hastane Türleri Üzerine Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Shafei, I., Walburg, J., Taher, A. (2019). Verifying Alternative Measures of Healthcare Service Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 32 (2), 516-533. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2016-0069>.
- SKS (2016). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Rehberi. (Vol. 2). Ankara: Pozitif.
- Tosun, N. (2019). Kuruma Güven ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Davranışsal Niyete Etkilerinin Ölçülmesinde Şikayet Yönetiminin Aracılık Rolü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- WHO (2018). Delivering Quality Health Services: A Global Imperative For Universal Health Coverage. World Health Organization:Switzerland
- Yağcı, M. İ., Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 6 (1) 218-238
- Yaprak, Z. Ö., Ecevit, E. (2019). Sağlık Hizmetleri Talebi ve Fayda Maksimizasyonu Modeli. *Cukurova Medical Journal*, 44 (4), 1-1.
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Khabiri, R., Arab, M. (2015). The effect of hospital service quality on patients trust. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1).



## ACİL SERVİSTEN MEMNUNİYET: YOZGAT İLİNDE BİR ARAŞTIRMA SATISFACTION WITH THE EMERGENCY SERVICE: A RESEARCH IN YOZGAT

**Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ**

Yozgat Bozok Üniversitesi, fatih.santas@bozok.edu.tr, 0000-0002-0595-4183

**Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞANTAŞ**

Yozgat Bozok Üniversitesi, gulcan.santas@bozok.edu.tr, 0000-0002-0488-9375

**Fatih ÇİÇEK**

Yozgat Bozok Üniversitesi, fatihcicek6666@gmail.com, 0000-0002-5988-749X

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (12.03.2021-10.04.2021)

### Özet

Bu araştırmanın amacı, Yozgat şehir hastanesi acil servisinden hizmet alan bireylerin acil servisten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir. Araştırmanın evrenini, Yozgat şehir hastanesinden araştırmanın gerçekleştirildiği dönem itibarıyla son bir ay içinde hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Araştırma zamanı itibarıyla Yozgat ili merkez nüfusu 100.000 civarında olup, araştırmanın örneklem büyüklüğü 383 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada belirlenen örneklem sayısına ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Hasta Deneyimi Anketi-Acil Servis” anket formu kullanılmıştır. Araştırmada yapılan analizler sonucunda en fazla memnun olunan ve ortalaması en yüksek olan ifadenin “muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.” iken en az memnun olunan ve ortalaması en düşük olan ifadenin ise “doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi” olduğu belirlenmiştir. Tüm ifadelerin ortalaması 3,50’nin üzerinde olup, bu durum acil servisten memnuniyetin iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Boyut ortalamalarına bakıldığında en fazla memnuniyetin 3,86 ile hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım, en az memnuniyetin ise 3,73 ile bekleme süresi boyutundan olduğu görülmektedir. Çalışmada acil servisten memnuniyet boyutlarının katılımcıların çeşitli kişisel ve demografik özelliklerine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Katılımcıların acil servise yönelik görüşleri olumlu olmakla birlikte bu acil servise ilişkin öneriler bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Servis, Memnuniyet, Yozgat Şehir Hastanesi



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

## Abstract

The aim of this study is to determine the level of satisfaction of individuals who receive service from the Yozgat city hospital emergency service. The universe of the research consists of individuals who have received service from the Yozgat city hospital within the last month as of the period of the study. At the time of the study, the central population of Yozgat is around 100,000, and the sample size of the study was calculated as 383. The sample size determined in this study was reached. "Patient Experience Questionnaire-Emergency Service" questionnaire form was used as data collection tool in the study. As a result of the analyzes made in the research, the statement that was the most satisfied and with the highest average "was paid attention to my personal privacy during examinations and examinations." It was determined that the expression that was the least satisfied and the lowest average was "the time that my doctor spared for me". The average of all statements is above 3.50, and this situation can be interpreted as good satisfaction with the emergency service. Considering the average size, it is seen that the highest satisfaction is from the transportation to the hospital and service units with 3.86, and the least satisfaction is from the waiting time dimension with 3.73. In the study, it was determined that the dimensions of satisfaction with the emergency service differ according to various personal and demographic characteristics of the participants. Although the opinions of the participants about the emergency service are positive, there are suggestions regarding this emergency service.

**Key Words:** Emergency Service, Satisfaction, Yozgat City Hospital

## GİRİŞ

Türkiye sağlık sistemi, özellikle 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sisteminin tüm alanlarında (finansman ve geri ödeme, örgütlenme, insan kaynakları, tıbbi cihaz ve ilaç sektörü gibi) değişim ve dönüşüm yaşamaktadır. Gerçekleştirilen dönüşüm ile sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergelerinde iyileşmeler olduğu bilinmektedir. Tüm bu iyileşmeler ile birlikte sağlık hizmetlerinden memnuniyet, 2003 yılında %39,5 iken 2018 yılında %70,4'e çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Memnuniyet, farklı şekillerde tanımlanan bir kavram olup, TDK tarafından memnun olma, sevinç duyma, sevinme şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2020). Hasta memnuniyeti ise verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılamaıdır. Hasta memnuniyeti, hasta ve hasta yakınının kişisel görüşünü yansıtmakla birlikte sağlık hizmeti kalitesi ve hizmet sunumundaki eksik yönlerin belirlenmesinde yararlanan önemli göstergeler arasındadır. Hasta memnuniyeti; yönlendirme, bilgilendirme, psikososyal destek, hizmetin zamanlılığı ve bakım verenlerin mesleki yetkinliği gibi unsurları içeren çok boyutlu bir kavramdır (Özhanlı ve Akyolcu, 2020: 50). Hasta memnuniyeti ile ilgili dikkat edilecek husus, aynı kişilerce dahi farklı zamanlarda farklı görüşün bildirilebilmesidir (Gültekin Akkaya, vd., 2012: 63).

Hasta memnuniyetini etkileyen çeşitli faktörler olabilmekle birlikte öne çıkan faktörler; kurumsal özellikler, hizmet sunan kişiler ve hastaların özellikleri şeklinde sıralanabilmektedir. Kurumsal özellikler ve hizmet sunan kişiler; hasta memnuniyeti üzerinde tıbbi başarı, teknik ve fiziki donanımla etki etmektedir. Hasta açısından memnuniyette etkili olan faktörler hizmetten beklenti ve elde edilen sonuç arasındaki fark ve sunulan hizmetin sosyo-kültürel değerlere uygunluğudur (Akpınar Oruç & Üzel Taş, 2014: 131-132). Bir başka sınıflama ise hastanın karar verme sürecine katılımı, hastanın sağlık durumu ve tedavi süreci ile ilgili bilgilendirilmeleri, aile fertlerinin desteği, hızlı tedavi, doğru iletişim, yeterli tavsiye şeklinde sıralanmaktadır (Özcan vd., 2015: 150).

Acil sözcüğü, kişinin sağlığının bozulduğu ve bu nedenle kişiye en kısa zamanda sağlık hizmeti verilmesi gereken durumu ifade etmektedir (Öksüzkaya, 2019: 1). Acil sağlık hizmeti sunan acil servisler, hastanenin 24 saat hizmet veren birimleridir. Acil servisler; hastanenin hareketli, yoğun, stresli ve karmaşık birimleri arasındadır (Özhanlı ve Akyolcu, 2020: 50). Acil servisler, birbirinden farklı şikâyetlerle başvuran hastalara kesintisiz hizmet sunan birimlerdir (Akdemir, 2017: 1). Ayrıca gündüz poliklinik hizmeti almayan/alamayan hastalar da acil servislerden hizmet

alabilmektedir. Bu nedenle hastanın acil servisten memnun şekilde ayrılması ihtiyaç duyduğunda tekrar hastaneyi tercih etmesini sağlayabilecektir (Akpınar Oruç & Üzel Taş, 2014: 132). Tüm bu hususlardan dolayı hastaların acil servisten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ile daha nitelikli hizmet sunumu mümkün olabilecektir (Özcan vd., 2015: 150). Bu amaçla bu çalışmada Yozgat şehir hastanesi acil servisten hizmet alan kişilerin acil servisle ilgili memnuniyet durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Yozgat şehir hastanesi acil servisinden hizmet alan bireylerin acil servisten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir. Çalışma ile çeşitli boyutlarda hastane acil servisinden hizmet almış bireylerin görüşleri ortaya konularak alanyazın ve uygulamaya yönelik önerilerde bulunulması hedeflenmektedir.

### 2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Yozgat şehir hastanesinden araştırmanın gerçekleştirildiği dönem itibarıyla son bir ay içinde hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Son bir aylık zaman diliminin seçilmesinin nedeni bireylerin aldıkları hizmete ilişkin detayları unutmalarının önlenmeye çalışılmasıdır. Araştırma zamanı itibarıyla Yozgat ili merkez nüfusu 100.000 civarında olup, araştırmanın örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyi ve %5 hata ile 383 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada belirlenen örneklem sayısına ulaşılmıştır. Veri toplama aracı, 01-15 Kasım 2020 tarihleri arasında bireylerle yüz yüze görüşülerek doldurtulmuştur.

### 3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Anket Uygulama Rehberi içerisinde yer alan “*Hasta Deneyimi Anketi-Acil Servis*” anket formu kullanılmıştır. Anket formu kişisel ve demografik sorular dışında toplam 19 ifadeden oluşmaktadır. Anket, Likert tipi olup, 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum seçeneklerini ifade etmektedir.

Araştırma ölçeğinin geçerliğinin ve 19 maddenin hangi faktör ya da faktörler altında gruplandırıldığının belirlenmesi için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Tablo 1 incelendiğinde KMO ve Bartlett küresellik test sonuçları, araştırma ölçeğinin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 1. KMO ve Bartlett Testi**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,944
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	5125,350
	df	171
	Sig.	,000

Tablo 2’de ölçek maddelerine ilişkin döndürülmüş faktör yükleri ve özdeğerleri verilmektedir. Araştırmada kullanılan anket formu, 5 boyut altında toplanmış ve açıklanan varyans %74,5’tir. Faktör analizi sonucunda belirlenen boyutlar sırasıyla çalışanlar, hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım, bekleme süresi, temizlik ve fiziki şartlar ve genel memnuniyet ve tavsiye şeklinde isimlendirilmiştir.

**Tablo 2. Döndürülmüş Faktör Yükleri ve Özdeğerler**

DEĞİŞKEN	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi.	0,763				
Muayene sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.	0,792				
Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.	0,736				
İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.	0,705				
Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.	0,710				
Acil servis personeli nezaket kurallarına uygun davrandı.	0,779				
Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.	0,772				
Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım.		0,738			
Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi.		0,705			
Acil servis içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim.		0,886			
Kayıt işlemleri için çok beklemedim.			0,703		
Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu.			0,794		
Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu.			0,716		
Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım.			0,712		
Bekleme alanının fiziki koşulları yeterliydi.				0,714	
Muayene olduğum alanın fiziki koşulları yeterliydi.				0,803	
Acil servis genel olarak temizdi.				0,751	
Acil servisin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı.					0,785
Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.					0,880
<b>Özdeğerler</b>	<b>4,463</b>	<b>3,034</b>	<b>2,833</b>	<b>2,223</b>	<b>1,604</b>
<b>%</b>	<b>23,490</b>	<b>15,967</b>	<b>14,912</b>	<b>11,700</b>	<b>8,442</b>
<b>Birikimli %</b>	<b>23,490</b>	<b>39,457</b>	<b>54,369</b>	<b>66,068</b>	<b>74,510</b>

Tablo 3'te güvenilirlik analizi sonuçları verilmektedir. Ölçeğin tamamı için alfa katsayısı 0,950 olup, boyutlar için hesaplanan değerler 0,750'nin üzerindedir. Faktör analizi ve cronbach alpha değerleri araştırma ölçeğinin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3. Araştırma Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları**

Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Katsayısı
Çalışanlar	7	0,902
Hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım	3	0,832
Bekleme süresi	4	0,799
Temizlik ve fiziki şartlar	3	0,793
Genel memnuniyet ve tavsiye	2	0,852
<b>Ölçeğin tamamı</b>	<b>19</b>	<b>0,950</b>

#### 4. Verilerin Analizi

Araştırmada ölçeğinin geçerliliğinin belirlenmesi için açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiş ve güvenilirlik için cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır. Acil servisten memnuniyetin kişisel özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığının belirlenmesinde iki ortalama arasındaki farkın



anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Varyans analizinde farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Tukey testi kullanılmıştır. Analizler, SPSS paket programında gerçekleştirilmiştir.

## 5. Etik Kurul Onayı

Bu araştırma için Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 21.10.2020 tarih ve 14/21 Karar No'lu ve E.27676 sayılı Etik Kurul Onayı alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan anket için Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden 11.08.2020 tarih ve 26325996-771-E.274 sayılı izin alınmıştır.

## BULGULAR

Tablo 4'te araştırmanın katılımcılarına ilişkin demografik ve kişisel özelliklerin dağılımı verilmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası 36 yaş ve üzerinde, %61,1'i erkek, %37,3'ü ön lisans üzerinde eğitim düzeyinde ve %88,3'ünün sağlık sigortası bulunmaktadır. Ayrıca örneklemden geçen kişilerin %71,8'inin çalıştığı, %31,6'sının aylık 4000 TL ve üzerinde geliri olduğu ve %72,3'ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4. Katılımcılara İlişkin Özellikler**

DEĞİŞKENLER	Frekans	%
<b>Yaş (yıl)</b>		
≤35	191	49,9
≥36	192	50,1
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	149	38,9
Erkek	234	61,1
<b>Eğitim</b>		
İlkokul ve Altı	66	17,2
Ortaokul	31	8,1
Lise	143	37,3
Ön Lisans ve Üzeri	143	37,3
<b>Sağlık Sigortası</b>		
Var	338	88,3
Yok	45	11,7
<b>İş Durumu</b>		
Çalışıyor	275	71,8
İşsiz/Ev Hanımı	108	28,2
<b>Aylık Gelir</b>		
Asgari Ücretten Az	84	21,9
Asgari Ücret	71	18,5
2500-4000 TL	107	27,9
4000 TL ve Daha Fazla	121	31,6
<b>Kronik Hastalık</b>		
Var	106	27,7
Yok	277	72,3
<b>Toplam</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

Tablo 5'te acil servisten memnuniyet ölçeğine verilerin cevaplarına ilişkin istatistikler verilmektedir. En fazla memnun olunan ve ortalaması en yüksek olan ifade "muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi." iken en az memnun olunan ve ortalaması en düşük olan ifade ise "doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi." şeklinde olmuştur. Tüm ifadelerin ortalaması 3,50'nin üzerinde olup, bu durum acil servisten memnuniyetin iyi düzeyde olduğu şeklinde yorumlanabilir.

**Tablo 5. Acil Servisten Memnuniyete İlişkin İfadeler**

Faktörler	n	Min.	Max.	Ort.	St. Sapma
Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım.	383	1,00	5,00	3,79	1,25
Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi.	383	1,00	5,00	3,87	1,07
Acil servis içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim.	383	1,00	5,00	3,90	1,03
Kayıt işlemleri için çok beklemedim.	383	1,00	5,00	3,76	1,12
Bekleme alanının fiziki koşulları yeterliydi.	383	1,00	5,00	3,86	1,11
Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu.	383	1,00	5,00	3,71	1,14
Muayene olduğum alanın fiziki koşulları yeterliydi.	383	1,00	5,00	3,85	1,08
Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi.	383	1,00	5,00	3,63	1,20
Muayene sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.	383	1,00	5,00	3,91	1,09
Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu.	383	1,00	5,00	3,67	1,17
Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım.	383	1,00	5,00	3,78	1,11
Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.	383	1,00	5,00	3,64	1,22
İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.	383	1,00	5,00	3,64	1,19
Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi.	383	1,00	5,00	3,98	1,07
Acil servis personeli nezaket kurallarına uygun davrandı.	383	1,00	5,00	3,82	1,10
Acil servis genel olarak temizdi.	383	1,00	5,00	3,89	1,12
Acil servisin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı.	383	1,00	5,00	3,74	1,13
Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı.	383	1,00	5,00	3,72	1,17
Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.	383	1,00	5,00	3,80	1,15

Tablo 6'da 19 ifadenin boyutlara göre hesaplanan istatistikleri verilmektedir. Boyut ortalamalarına bakıldığında en fazla memnuniyetin 3,86 ile hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım; en az memnuniyetin ise 3,73 ile bekleme süresi boyutundan olduğu görülmektedir.

**Tablo 6. Boyutlara İlişkin Puan Dağılımı**

Boyutlar	n	Min.	Max.	Ort.	St. Sapma
Çalışanlar	383	1,00	5,00	3,76	0,91
Hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım	383	1,00	5,00	3,86	0,97
Bekleme süresi	383	1,00	5,00	3,73	0,89
Temizlik ve fiziki şartlar	383	1,00	5,00	3,85	0,93
Genel memnuniyet ve tavsiye etme	383	1,00	5,00	3,77	1,07

Tablo 7'de acil servisten memnuniyetin kişisel ve demografik özelliklere göre farklılaşarak farklılaşmadığının belirlenmesi için gerçekleştirilen analiz sonuçları verilmektedir. Yapılan analizler sonucunda çalışanlar boyutunda yaş, cinsiyet, iş durumu, aylık gelir ve kronik hastalık değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre yaşı 36 ve üzerinde olanlar yaşı 35 ve altında olanlara göre, kadınlar erkeklere göre, işsiz/ev hanımı olanlar çalışanlara göre, aylık geliri asgari ücretten daha az olanlar aylık geliri 4000 TL ve daha fazla olanlara göre ve kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre çalışanlardan daha fazla memnundurlar. Hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım boyutu için kronik hastalık değişkeni anlamlı bulunmuştur ve kronik hastalığı olanların ortalaması daha yüksektir. Bekleme süresi boyutu için gerçekleştirilen analiz sonuçlarına bakıldığında bekleme süresinden yaşı 36 ve üzerinde olanlar, sağlık sigortası olmayanlar ve kronik hastalığı olanlar daha fazla memnundur. Temizlik ve fiziki şartlar boyutu için eğitim düzeyi değişkeni anlamlı çıkmıştır. Ön lisans ve üzerinde eğitim düzeyinde olanlar ilkökul ve altı düzeyde eğitimi olanlara göre temizlik ve fiziki şartlardan daha memnundurlar. Genel memnuniyet ve

tavsiye etme boyutu için kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 7. Araştırma Katılımcılarının Çeşitli Değişkenlere Göre Analiz Sonuçları**

Değişkenler	Çalışanlar		Hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım		Bekleme süresi		Temizlik ve fiziki şartlar		Genel memnuniyet ve tavsiye etme	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	Ort.	S.S.	S.S.	Ort.	S.S.
<b>Yaş (yıl)</b>										
≤35	3,74	0,92	3,87	0,98	3,71	0,92	3,87	0,96	3,77	1,08
≥36	3,99	0,90	3,84	0,96	3,95	0,87	3,86	0,90	3,77	1,05
	t=-2,506; <b>p=0,013</b>		t=0,359; p=0,720		t=-3,384; <b>p=0,021</b>		t=0,175; p=0,861		t=0,061; p=0,952	
<b>Cinsiyet</b>										
Kadın	3,93	0,90	3,91	0,94	3,73	0,91	3,86	0,94	3,76	1,09
Erkek	3,42	0,92	3,82	0,99	3,73	0,89	3,87	0,92	3,77	1,05
	t=3,172; <b>p=0,032</b>		t=0,926; p=0,355		t=-0,037; p=0,970		t=-0,099; p=0,921		t=-0,132; p=0,895	
<b>Eğitim</b>										
İlkokul ve Altı (1)	3,88	0,90	3,85	0,98	3,69	0,97	3,59	1,02	3,82	1,10
Ortaokul (2)	3,72	1,06	3,89	1,27	3,79	1,05	3,89	0,99	3,83	1,25
Lise (3)	3,74	0,94	3,79	0,92	3,68	0,87	3,78	0,94	3,75	1,04
Ön Lisans ve Üzeri (4)	3,74	0,86	3,92	0,95	3,78	0,85	3,98	0,85	3,75	1,04
	F=0,458; p=0,712		F=0,468; p=0,705		F=401; p=0,753		F=3,359; <b>p=0,028</b> 1-4: p=0,030		F=0,119; p=0,949	
<b>Sağlık Sigortası</b>										
Var	3,74	0,91	3,86	0,98	3,51	0,90	3,85	0,93	3,73	1,07
Yok	3,93	0,95	3,85	0,87	3,91	0,83	4,00	0,89	4,05	0,97
	t=-1,270; p=0,205		t=0,071; p=0,943		t=-3,412; <b>p=0,015</b>		t=-1,000; p=0,318		t=-1,883; p=0,060	
<b>İş Durumu</b>										
Çalışıyor	3,70	0,94	3,84	1,00	3,73	0,88	3,85	0,94	3,74	1,06
İşsiz/Ev Hanımı	3,92	0,81	3,89	0,89	3,74	0,94	3,91	0,90	3,84	1,07
	t=-2,114; <b>p=0,035</b>		t=-0,459; p=0,647		t=-0,128; p=0,898		t=-0,580; p=0,562		t=-0,837; p=0,403	
<b>Aylık Gelir</b>										
Asgari Ücretten Az (1)	3,97	0,87	3,84	0,92	3,70	0,92	3,89	0,95	3,82	1,09
Asgari Ücret (2)	3,76	0,90	3,80	0,99	3,71	0,85	3,81	0,90	3,85	1,05
2500-4000 TL (3)	3,83	0,86	3,84	0,92	3,79	0,90	3,87	0,83	3,80	1,04
4000 TL ve Daha Fazla (4)	3,43	0,98783	3,9229	1,04	3,71	0,90	3,88	1,01	3,66	1,09
	F=3,463; <b>p=0,024</b> 1-4: p=0,025		F=0,254; p=0,858		F=0,209; p=0,890		F=0,117; p=0,950		F=0,632; p=0,595	
<b>Kronik Hastalık</b>										
Var	4,02	0,73	4,05	0,83	3,99	0,76	4,00	0,78	4,08	0,94
Yok	3,66	0,96	3,78	1,01	3,63	0,92	3,81	0,98	3,65	1,09
	t=3,423; <b>p=0,001</b>		t=2,476; <b>p=0,014</b>		t=3,513; <b>p=0,000</b>		t=1,741; p=0,082		t=3,568; <b>p=0,000</b>	

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, Yozgat şehir hastanesi acil servisinden hizmet alan sağlık hizmeti kullanıcılarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı doğrultusunda araştırmanın gerçekleştirildiği zaman itibariyle son bir ay içerisinde Yozgat şehir hastanesi acil servisinden hizmet almış bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuş ve 383 kişiye anket uygulanarak araştırmanın verileri elde edilmiştir.

Araştırmada, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Anket Uygulama Rehberi içerisinde yer alan “Hasta Deneyimi Anketi-Acil Servis” anket formu kullanılmıştır. Anketin geçerliğinin test edilmesi ve maddelerin hangi boyutlar altında toplandığının belirlenmesi için araştırma ölçeğine açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda açıklanan varyansın %74,5 olduğu ve ölçeğin maddelerinin 5 boyut altında toplandığı belirlenmiştir. Faktör analizi sonucunda belirlenen boyutlar sırasıyla çalışanlar, hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım, bekleme süresi, temizlik ve fiziki şartlar ve genel memnuniyet ve tavsiye şeklinde isimlendirilmiştir.

Çalışmada gerçekleştirilen analizlere göre acil servisten en çok memnun olunan konular; muayene sırasında mahremiyete özen gösterme, acil servis içinde ulaşılması gereken birimlere kolaylıkla ulaşabilme ve acil servisin genel olarak temizliğidir. Bu konular hastanenin üstün yönleri olarak ele alınabilir. Personel kaynaklı mahremiyete özen gösterme, yönlendirme ve temizlik uygulamalarının yeterliliği katılımcılar tarafından öne çıkarılmıştır. Bu nedenle bu faktörlerdeki iyi durum korunmalıdır.

Boyut açısından bakıldığında hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşım ilk sırada, bekleme süresi son sırada yer almıştır. Yapılan analizler sonucunda hastaneye ulaşımın kolay olması ve hastane içi yeterli yönlendirme sayesinde bu unsurlar katılımcılar tarafından beğenilirken, acil serviste en önemli hususlar arasında yer alan bekleme süresi olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle hastane yönetimi tarafından bekleme süresinin uzunluğunun nedeni araştırılmalı ve bu süreyi kısaltıcı önlemler alınmalıdır.

Çalışmada memnuniyet boyutlarının katılımcıların temel özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesi için gerçekleştirilen fark analizlerine göre çalışanlardan yaşı 36 ve üzerinde olanlar, kadınlar, işsiz/ev hanımı olanlar, aylık geliri asgari ücretten az olanlar ve kronik hastalığı olanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla memnun oldukları belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ilkököl ve altı eğitim düzeyinde olanların ve sağlık sigortası olmayanların çalışanlardan daha fazla memnun oldukları saptanmıştır. Akpınar Oruç ve Üzel Taş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada acil servise başvuran kişilerin %88,3’ü doktorların tutumlarının iyi ve çok iyi olduğunu ve %82,2’si ise hemşirelerin tutumlarının iyi ve çok iyi olduğunu ifade etmiştir. Çalışmada ayrıca katılımcıların %92,8’i hemşire ve sağlık personeline kolay şekilde ulaştığını söylemiştir. Gerçekleştirilen bir başka çalışmada acil serviste hemşirelik bakımından erkekler, ilkököl ve altı eğitim düzeyindekilerin daha fazla memnun oldukları bulunmuştur (Özhanlı ve Akyolcu, 2020). Dölek, vd., (2005) tarafından yapılan çalışmada okur-yazar ve ilkököl mezunlarının çalışanlardan daha fazla memnun oldukları belirlenmiştir. Çalışmada, yaşı 36’nın üzerinde olanların çalışanlardan daha fazla memnun olması SDP öncesi döneme göre daha fazla denetlenmeleri nedeniyle daha duyarlı olmaları, işsiz/ev hanımı olanlar ve aylık geliri asgari ücretten az olanların daha fazla memnun olmaları ise beklentilerinin düşüklüğü ile açıklanabilir. Kronik hastalığı olanların daha memnun olmaları ise sağlık sistemini ve acil servisi daha fazla kullanabilmeleri nedeniyle çalışanların davranışlarına alışmaları ve bu nedenle çalışanlara karşı daha olumlu yaklaşımları ile ifade edilebilir.

Hastaneye ve hizmet birimlerine ulaşımından kronik hastalığı olanlar, kronik hastalığı olmayanlara göre daha memnundurlar. Bu durum yine kronik hastalığı olanların acil servisi daha fazla



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

kullanabilmeleri nedeniyle hastaneye ulaşım ve hasta birimlerinin yerlerini daha iyi bilmeleri ile açıklanabilir.

Çalışmada yapılan analizler sonucunda bekleme süresinden yaşı 36 ve üzerinde olanlar, sağlık sigortası olmayanlar ve kronik hastalığı olanlar daha memnundurlar. Akpınar Oruç ve Üzel Taş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, acil servise başvuran hastaların kayıt, kayıt sonrası muayene ve kayıt sonrası müdahale için bekleme süresinden memnun oldukları belirlenmiştir. Acil servis için en önemli hususların başında hastalara tam zamanında hizmet vermek gelmektedir. Bu nedenle bekleme süresinden kişisel farklılık çıkmasının nedenleri araştırılmalı ve mümkün mertebe en hızlı ve doğru tedavi verilmeye çalışılmalıdır.

Temizlik ve fiziki şartlardan, ön lisans ve üzerinde eğitimi olanlar daha yüksek düzeyde memnundurlar. Akpınar Oruç ve Üzel Taş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, acil servisin genel temizlik değerlendirmesi iyi ve çok iyi olarak değerlendirilmiştir. Acil servis ve genel olarak hastaneler için önem verilmesi gereken konular arasında temizlik ve fiziki şartlar gelmektedir. Hastaneler, şifahaneler olmalarının yanında gerekli önlemler alınmaz ise hastane enfeksiyonları nedeniyle aynı zamanda yeni hastalıkların kaynağı olabilirler. Bu nedenle temizlik şartlarına çok dikkat edilmelidir.

Genel memnuniyet ve tavsiye etme boyutundan kronik hastalığı olan katılımcılar daha memnundurlar. Akpınar Oruç ve Üzel Taş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hastaların %84,4'ü acil servisi tavsiye edeceklerini ifade etmiştir. Özcan vd., (2015) tarafından yapılan çalışmada acil servisi başkalarına tavsiye etmenin eğitim düzeyi ile ilişkisine ilişkin yapılan analiz sonuçlarına göre lise düzeyinde eğitimi olanların acil servisi daha fazla tavsiye edecekleri, en az tavsiye etme oranının okur yazar olmayan katılımcılarda olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşı 15-30 arasında olanların anlamlı şekilde acil servisi daha fazla tavsiye ettikleri belirlenmiştir. Her ne kadar çalışmanın gerçekleştirildiği sağlık kurumu, kamu sağlık kurumu olmakla birlikte sağlık sektöründe gittikçe artan rekabet nedeniyle tavsiye edilebilme durumuna dikkat etmelidir.

Bu çalışma sonucunda Yozgat şehir hastanesinin olumlu ve olumsuz olarak öne çıkan yanları katılımcıların gözünden öne çıkarılmıştır. Yapılan analizler sonucunda acil servisle ilgili tüm ifadelerin ortalamasının 3,50'nin üzerinde bulunması, acil servis açısından olumlu olmakla birlikte günümüzde tüm kurumlar için motto haline gelen sürekli kalite gelişimi ve mükemmeli hedefleme ilkeleri doğrultusunda bu acil servise ilişkin öneriler söz konusudur. Acil servisle ilgili en düşük ortalama olan ifadeler bakıldığında bekleme süresi, doktorun yeterli süre ayırmaması ve sağlık personeline ulaşım öne çıkmaktadır. Bu hususlara öneri olarak bekleme süresinin uzamasına neden olan faktörler belirlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Bu sürenin azaltılmasında personel sayısının artırılması ve azaltılmıyorsa hasta ve yakınlarına süresinin uzamasının nedenlerinin açıklanması etkili olabilir. Bekleme süresinde olduğu gibi problem alanı olarak görülen doktorun yeterli süre ayırmamasının nedenleri araştırılmalı ve gerçekten doktor yeterli süreyi ayırmıyor ise ilave doktor çalıştırılması, doktorların zamanlarını etkili ve verimli kullanmalarının teşvik edilerek hastalara daha fazla zaman ayırmaları önerilebilir. Bir diğer problem alanı ise ihtiyaç duyulduğunda sağlık personeline ulaşımında yaşanan sıkıntıdır. Bu sorunun giderilmesine yönelik daha fazla personel görevlendirilmesi, personelin çalışma zamanını etkin kullanımı ve personele özellikle acil servisin farklılıklarının anlatılarak hasta ve yakınlarına daha fazla yardımcı olmaları önerilebilir.

### KAYNAKÇA

Akpınar Oruç, O. ve Üzel Taş, H. (2014). Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri, Kocatepe Tıp Dergisi, 15(2), 131-136.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Dölek, M., Turaba, F., Akbınar, C., Sezgin, B., Aksu, H, Solak, İ. (2005). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Biriminde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi, 5(3): 122-127.
- Duran, A., Ocak, T., Yorgun, S., Okumuş, M., Kaya, H. ve Çıkrıklar, H.İ. (2013). Düzce Tıp Dergisi, 15(1), 37-40.
- Gültekin Akkaya, E., Bulut, M. ve Akkaya, C. (2012). Türkiye Acil Tıp Dergisi, 12(2), 62-68.
- Öksüzkaya, A. (2019). Kayseri’de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Vatandaşların Memnuniyet Düzeyi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri.
- Özcan, H., Özdemir, O., İnci, E. ve Sözkese, N. (2015). Acil Servise Başvuru Yapan Hastaların Memnuniyeti. HSP, 2(2):149-155.
- Özhanlı, Y. ve Akyolcu, N. (2020). Acil Birimlerde Hastaların Triyaj ve Hemşirelik Uygulamalarından Memnun Olma Durumları. Florence Nightingale Journal of Nursing, 28(1), 49-60.
- Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlıkta Kalite Standartları Anket Uygulama Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/30308/0/anket-uygulama-rehberi-son-basim-11042019pdf.pdf>, Erişim: 08.08.2020.
- Türk Dil Kurumu (TDK), (2020). Güncel Türkçe Sözlük, <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 30.12.2020.

**ETİK LİDERLİK DAVRANIŞLARININ DİLE GETİRME DAVRANIŞI  
ARACILIĞIYLA ÖRGÜTSEL ADALET ALGISINA ETKİSİ: SAĞLIK  
ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**THE EFFECT OF ETHICAL LEADERSHIP BEHAVIOR ON  
ORGANIZATIONAL JUSTICE VIA THE MEDIATING ROLE OF VOICE  
BEHAVIOR: A STUDY FOR HEALTHCARE EMPLOYEES**

<sup>1</sup> Berat ÜNÜVAR

Kayseri Üniversitesi, beratunuvar@hotmail.com, 0000-0003-2908-0254

<sup>2</sup> Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

Kayseri Üniversitesi, demirtasozgur@yahoo.com, 0000-0002-2495-2124

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (05.03.2021-10.04.2021)

## Özet

Örgütsel adalet kavramı, çalışanların örgütteki dağıtım, işlemsel ve etkileşim kararlarına yönelik algılarını ifade etmektedir. Örgütsel adalet algısı, lider davranışlarından ve çalışanların karar süreçlerine katılımından anlamlı düzeyde etkilenmektedir. Bu kapsamda, çalışmanın amacı etik liderlik davranışlarının dile getirme davranışı aracılığıyla örgütsel adalet algısı üzerindeki etkisini belirlemektir. Çalışma kapsamında örneklem olarak Karaman İlinde faaliyet gösteren sağlık işletmelerinde çalışan 391 katılımcı yer almaktadır. Çalışma bulgularında; etik liderlik davranışlarının, dile getirme davranışları ve örgütsel adalet üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Etik liderlik davranışlarının, örgütsel adaletin alt boyutları olan; etkileşim adaleti, işlemsel adalet ve dağıtım adaleti boyutları üzerindeki etkisinin de pozitif yönde ve anlamlı olduğu görülmüştür. İlave olarak da etik liderlik davranışı ile örgütsel adalet arasındaki ilişkide, dile getirme davranışının kısmi aracılık rolüne sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın bulguları, sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları üzerine sunduğu teorik altyapı ile alan yazınına ve yöneticilerin bu alandaki pratik uygulamalarına katkılar sunmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** etik liderlik, dile getirme davranışları, ses, örgütsel adalet.

## Abstract

Organizational justice refers to employee's perceptions of procedures, distributive and interactional decisions in their organizations. Leadership and involving of employees in decision making significantly affects the perception of organizational justice. In this respect, the study aims to investigate the effect of ethical leadership behaviors on organizational justice and mediating role of voice behavior in the process. The data were collected from 391 healthcare employees from the city of Karaman. It has been found that ethical leadership significantly and positively affects the perception of organizational justice. It has been also determined that the effect of ethical leadership on the three forms of organizational justice which are distributive, procedural and interactional are positive and significant. It has also been found that voice



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

behavior has a partial mediating role in the relationship between ethical leadership and organizational justice. The study contributes to literature on the understanding of organizational justice in healthcare and practical implications which can be conducted by managers.

**Key words:** ethical leadership, voice behavior, voice, organizational justice.

### GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerden farkı ikamesi olmaması ve hata götürmemesidir. Günümüzün karmaşık ve hızla değişen iş ortamı ile toplu iş yaşam alanlarının artmasıyla sağlık örgütlerinde liderlerin etik liderlik uygulamaları, çalışanların dile getirme davranışları ve örgütsel adaleti daha önemli hale getirmektedir.

Bu çalışma sağlık sektöründe etik liderlik davranışının dile getirme davranışı aracılığıyla örgütsel adalet üzerindeki etkisini belirlemeye yöneliktir. Çalışma kapsamında örneklem olarak Karaman İli'nde faaliyet gösteren sağlık işletmelerinde çalışan 391 katılımcı yer almaktadır.

### Kuramsal Çerçeve

Kurumsal sosyal sorumluluk taşıyan organizasyonlarda etiğe daha fazla önem verir hale gelmiştir. Etik lider, personelin ihtiyaçlarını ve beklentilerini değerlendirir ve personeline ve kuruluşuna en iyi şekilde hizmet eder aynı zamanda etik davranışları hem özel yaşamında hem de iş hayatında uygular ve bu davranışlar altındaki çalışanlara ilham verir (Mendonca, 2001:266-216). Etik liderlik, “kişisel eylemlerde ve kişilerarası ilişkilerde uygun davranışların gösterilmesi ve bu tür davranışların iki yönlü iletişimle takipçilerin teşvik edilmesi” olarak tanımlanır (Brown vd., 2005:117-134). Etik liderlik davranışı, çalışanlarla doğru eylemin ne olduğunu tartışmak, çalışanların çıkarları göz önünde bulundurularak sevgi dolu davranış olarak nitelendirilebilecek davranışlarla hareket etmek şeklinde kavramsallaştırılmıştır (Brown vd., 2005:117-134; Peterson ve Seligman, 2004).

Çalışanları dinlemek, adil kararlar vermek ve etik standartları ihlal etmemek, disiplinli olarak adil davranmak gibi erdemli davranışlar etik liderlik davranışlarıdır (Peterson ve Seligman, 2004). Etik liderlik özellikleri; önemsemek, güvenilirlik, dürüstlük ve adalettir. Yani, ahlaki davranışı, adil ve ilkeli kararları açıkça gösteren, böylelikle etiğin önemini takipçilere ileten, olumlu etik davranışlarını ödüllendiren ve etik olmayan davranış sergileyenleri disipline eden davranışlar etik liderlik davranışlarıdır (Jordan vd., 2013:660–682). Etik liderlik, liderlerin yüksek düzeyde dürüstlüğe sahip olmasını, etik standartları belirlemesini, etik kararlar almasını, çalışanları önemsemesini, onların ihtiyaçlarını düşünmesini ve etik davranış sergilemesini gerektirdiği belirtilmiştir (Brown vd., 2005:117-134; Tu ve Lu, 2013:441–455). Etik liderler, astlarına etik standartları ileterek bir model oluşturup, astların davranışlarını dönüştürmeye çalışırlar (Brown ve Trevino, 2006:595–616). Etik liderlik aynı zamanda lidere duyulan güvenle olumlu ve kötü niyetli denetim ile olumsuz ilişkilidir (Brown vd., 2005:117-134). Ekip üyeleri liderlerine yeterince güvendiklerinde, etik prosedürleri izlemeye daha istekli olurlar (Hoyt vd., 2013:712–723). Diğer yandan, eğer takipçiler liderlerini etik dışı buluyorsa, işyerinde kaygı, baskı ve depresyon yaşamaları ve problemleri çözememe, görevi sırasında hile gibi üretken olmayan davranışlar sergilemeleri daha olasıdır, bunun sonucunda iş verimi düşer (Ariely, 2013; Detert ve Treviño, 2010:249–270).

Günümüzün karmaşık ve hızla değişen iş ortamında, liderlerin etik tutum ve davranışlarda bulunması kadar çalışanların organizasyon hakkında fikirlerine ve düşüncelerine de ihtiyaç duyarlar. Dile getirme davranışları, çalışanların organizasyonlardaki değişim hakkında yapıcı fikirleri, bilgileri ve görüşleri ifade etmeleri olarak tanımlanmaktadır (Van Dyne vd., 2003:1359-1392). Dile getirme davranışları önemlidir; çünkü iyileştirme fikirleri sadece günümüzün dinamik





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

ve rekabetçi iş ortamında üst yönetimden gelemeyen (Detert ve Burris, 2007:869–884). Dile getirme davranışlarının organizasyonun tabanında da var olması beklenir. Dile getirme davranışları, çalışanlar belirli eylemlerin uygunsuz veya etik dışı olduğunu algıladığında muhalefetin yanı sıra, sorunlar ortaya çıkmaya bile yapıcı fikirler paylaşmayı içerir (Van Dyne vd., 1995:217-284; LePine ve Van Dyne, 2001:326-336; Van Dyne ve LePine, 1998:108–119). Dile getirme davranışlarını memnuniyetsizliğe bir yanıt olarak tanımlamıştır (Hirschman, 1970). Anlaşmazlıkları veya şikâyetleri ifade etmek için tasarlanan, sözcük ve davranışları içermesi bakımından, muhalefetlik yapma ile birbirine benzemektedir (Kassing, 1997:311-332). Muhalefet olmaktan korkan çalışanlar dile getirme davranışları sergilemeyi, imajları, ilişkileri açısından tehdit olarak görebilmektedir. Statükoyu sorgulamak ve zorlayıcı otorite veya kazanılmış çıkarlar için rahatsızlık hissi yaratabilir (Liu vd., 2010:189–202). Bu tür davranışlar çalışanın imajına ve sosyal ilişkilerine zarar verebilir, kariyeri açısından risk doğurabilir (Liu vd., 2010:189–202; Klaas ve DeNisi, 1989:705-718). Bu durumda çalışanlar genellikle örgütsel sorunlar hakkında sessiz kalmayı tercih ederler ve genellikle düşüncelerini kuruluşlarındaki diğer personellere ve amirlerine karşı dillendirmezler (LePine ve Van Dyne, 2001:326-336).

Örgütsel adalet; örgütte terfilerin, ücretlerin, cezaların, ödüllerin nasıl yapıldığı ve bu kararların örgüt çalışanları tarafından nasıl algılandığını ifade etmektedir (İçerli, 2010:69). Dinç örgütsel adaleti personellerin işe karşı olan tutumlarını, aldıkları ücreti ve çalışma koşullarını belirleyen bir yapı olarak tanımlarken (Dinç: 2008, 13-29), Doğan örgütsel adaleti ahlakın en yüksek derecesi ve bir erdem olarak tanımlanmaktadır (Doğan: 2009, 71-78). Örgütsel adalet, personelin kendine yönelik örgütte var olan adil davranılması algısı ve bu algı sonucunda örgütün nasıl etkilendiğini belirleyen bir kavramdır (Günaydın: 2001, 25). Adil ve ahlaki işlem ve uygulamaların örgütte hakim olmasını ve desteklenmesini içerir (İşcan, 2005:155). Örgütsel adalet; çalışanlara yetki ve görev verilmesi, mesaiye riayet etme, ücretlendirme, terfi, ödüllendirme ve cezalandırma gibi yönetsel karar sürecinin çalışarlarda oluşturduğu algı ile ilgili bir kavram olarak tanımlanabilir. (İnce ve Gül, 2005). Adalet veya adalet konuları, neredeyse tüm bireyler için kilit bir endişedir. İş ortamlarında, çalışanlar genellikle aldıkları ödüllerin kuruluşa yaptıkları katkılarla veya meslektaşları tarafından alınan ödüllerle eşleşip eşleşmediğini ölçer (Adams, 1965:267-299). Çalışanlar ayrıca, adaleti değerlendirirken prosedürlerin tutarlı, tarafsız, doğru, düzeltilebilir olması ve endişelerini giderici olması ve görüşlerini temsil edip etmediğini görmek isterler (Greenberg, 1986:340-342). Çalışanlar açısından başka önemli bir husus ise, kendilerine yönelik prosedürlerin amirler tarafından uygulanış biçiminde, kişilerarası muamelede fark olup olmadığıdır (Bies ve Moag, 1986:43– 55). Bireyler kural ihlallerine maruz kaldıklarında eşitlik ihtiyacının daha belirgin hale geldiğini düşünmektedir (Bierhoff vd., 1986). Adams'ın 1965'te adalet sağlamak için eşitlik teorisini yayınlamıştır. Eşitsiz dağılımların, haksızlık algısı uyandırdığı ve olumsuz duygular ürettiği düşünülmektedir (Adams, 1965:267-299). Çoğu yönetici kendilerini açık görüşlü olarak görmektedir. Bu yöneticiler çeşitli fikir ve fikirleri kabul etmeye istekli görünseler de, çalışanların çoğunluğu liderlerinin iletişimi veya bilgi paylaşımını teşvik etmediklerini düşünmektedir (Beer ve Noria, 2000:133–141). Adalet algısı memnuniyet, bağlılık, vatandaşlık ve geri çekilme gibi çeşitli sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Colquitt vd., 2001:425– 445). Tepper ise örgütsel adaleti dağıtım, prosedürel ve etkileşim adaleti olarak üçe ayırıldığını belirtmiş (Tepper, 2000:176–190), Bierhoff ise geleneksel olarak örgütsel adaletin dağıtım adaleti üzerine kurulu olduğunu belirtmiştir (Bierhoff vd., 1986).

Araştırmacılar etik liderliği iş görenlerin dile getirme davranışlarıyla ilişkilendirmiştir (Brown ve Trevino, 2006:595-616; Mayer vd., 2009:1-13). Bowen ve Blackmon insanların ön belleğinde liderleri ile ilgili bir algı varsa dile getirme davranışlarını etkileyecektir. Bu liderlik algısının despot, anlayışlı veya etik lider olması dile getirme davranışları da etkileyecektir. Astların etik liderlik algıları, liderden duyduğu memnuniyeti, algılanan liderin etkililiğini, iş için fazladan çaba

gösterme isteğini ve sorunları yönetime bildirme istekliliğini artırır (Brown ve Trevino, 2006:595–616). Cheng ve arkadaşları etik liderlik davranışını çalışan performansı, liderlere duyulan güveni, iş tatminini ve organizasyona olan bağlılığını olumlu etkilediğini belirtmiştir. Etik liderler çalışanlara verdiği güvenle, onların sadece etik konular hakkında değil, işle ilgili diğer süreçler ve çalışma bağlamı hakkında da seslerini ve önerilerini aktarmaya teşvik ederler. Bu bağlantıyı desteklemek için Brown ve ark. etik liderliğin, üyelerin sorunları yönetime bildirme istekliliği ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur. Etik liderler, uygunsuz örgütsel eylemlere ve davranışlara karşı açıkça konuşur ve doğru olanı yapmayı vurgular. Etik liderlik teorisinin temel öngörülerinden birisi ise etik liderlerin takipçilerinin dile getirme davranışlarına müsaade etmesidir (Brown vd., 2005:117-134). Çalışanın dile getirme davranışı ise yalnızca eleştirmek değil aynı zamanda geliştirmeye yönelik ve teşvik edici davranış olarak tanımlanmaktadır (Van Dyne ve LePine, 1998:108–119). Yapıcı dile getirme davranışları da liderler tarafından değerlendirilmelidir; bu tür davranışlar problemlere ve sorunlara çözüm getirebildiği gibi, çalışma biriminin işleyişine yardımcı olabilecek fikirleri de işaret edebilir (Van Dyne ve LePine, 1998:108–119). Yapılan bir çok çalışmada çalışanların etik liderlik algıları ile çalışanların dile getirme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Chen ve Hou, 2015:1-10; Walumbwa ve Schaubroeck, 2009:1275–1286; Zhu vd., 2015:702-718). Bu çerçevede araştırmanın birinci hipotezi aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

Hipotez (H1): Etik liderlik ile dile getirme davranışı arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

Etik liderlik uygulamaları bir örgütte örgütsel adaletin yaşatılması için önemli bir husustur. Çalışanların liderlerine olan güvenleri, liderlerin etikliği ile alakalıdır. Liderler hem kendi yaşantısında hem de örgütte uygulamalarında etik ilkeleri uygulamaları, örgütsel adalet anlayışının yerleşmesinde önemli bir yer teşkil etmektedir. Etik liderler dürüst, ilgili ve ilkeli olarak adil ve dengeli kararlar veren bireylerdir. Etik liderler takipçileriyle sıklıkla etik konusunda iletişim kurar, açık etik standartlar belirler ve bu standartların takip edildiğini görmek için ödüller ve cezalar kullanırlar (Brown ve Trevino, 2006:595–616). Etik liderlik uygulamaları ile beraber ekip üyelerinin etkileşimleri güven, adalet ve bunları güçlendirici davranışlar üzerine kurulur (Den Hartog ve De Hoogh, 2009:199–230). Demirtaş, Etik liderlik, örgütsel adalet algısı ile pozitif ilişkili olduğunu belirtmiş (Demirtaş, 2013a:273-284), Xu ve arkadaşları ise etik liderlik ile işlemsel adaletin pozitif ilişkili olduğunu belirtmiştir (Xu vd., 2016:493-504). Songur ve arkadaşları etik liderlik ile örgütsel adaletin bütün alt boyutlarının pozitif ilişkisi olduğunu belirtmiştir (Songur vd., 2017:445-456). Sağlık çalışanları üzerine yapılan çalışmada sağlık çalışanlarında liderlerin etik liderlik davranışlarının örgütsel adaletin alt boyutlarını etkilediği belirtilmiştir (Çıraklı vd., 2014:53-69). Bu çerçevede araştırmanın üç hipotezi aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

Hipotez (H2a): Etik liderlik ile örgütsel adaletin alt boyutu olan etkileşim adaleti arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

Hipotez (H2b): Etik liderlik ile örgütsel adaletin alt boyutu olan işlemsel adalet ile arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

Hipotez (H2c): Etik liderlik ile örgütsel adaletin alt boyutu olan dağıtım adaleti ile arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

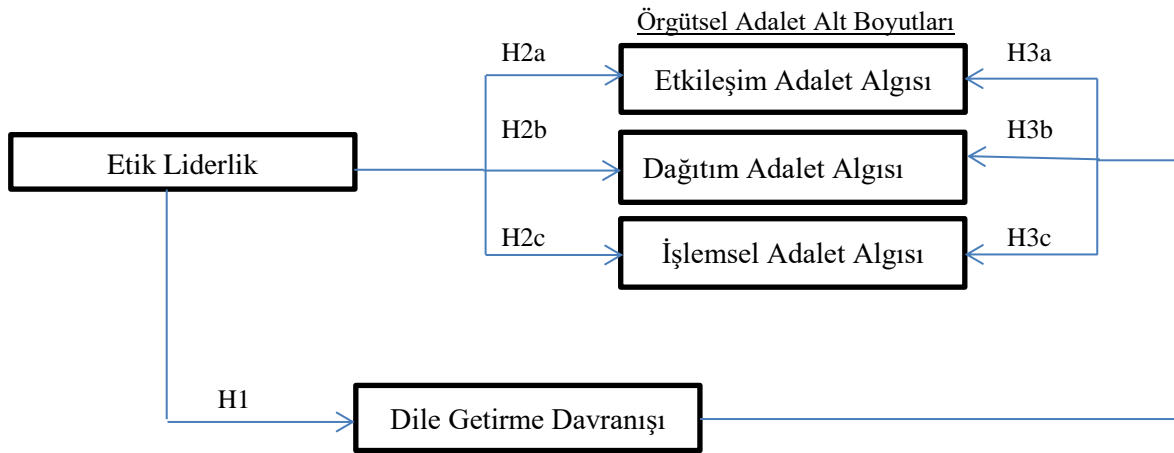
Çalışanlar dile getirme davranışları ile örgüt içerisinde sorunların çözümüne yardımcı olmakta ve diğer arkadaşlarını motive etmektedir. (Westerman, 2008:79-82). Özçınar ve arkadaşları ise dile getirme davranışları ile örgütsel adaletin alt boyutlarının pozitif ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ergin çalışmasında korumacı seslilik düzeyi ile genel adaletin pozitif yönde etkisinin olduğunu belirtmiştir (Ünlü vd., 2015:140-157). Dile getirme davranışları yöneticinin yetkisini hakkaniyetli adil ve eşit kullanmasına yardım edecektir. Bu şekilde kurulan doğru köprü ile de iş verimi artmış olacaktır (Takeuchi vd., 2012:283–323). Dile getirme davranışıyla kişiler arası adalet algısının

pozitif yönlü ilişkili olduğunu belirtmiştir (Ergin, 2019:102). Türkiye’de korumacı ve savunmacı dile getirme davranışları ile genel adalet arasında pozitif ilişkili olduğunu belirtmiştir (Ünlü vd., 2015:140-157). Bu çerçevede araştırmanın diğer üç hipotezi aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

Hipotez (H3a): Dile getirme davranışı etik liderlik davranışları ile etkileşim adaleti arasındaki ilişkide aracı role sahiptir.

Hipotez (H3b): Dile getirme davranışı etik liderlik davranışları ile dağıtım adaleti arasındaki ilişkide aracı role sahiptir.

Hipotez (H3c): Dile getirme davranışı etik liderlik davranışları ile işlemsel adalet arasındaki ilişkide aracı role sahiptir.



Şekil 1: Çalışmanın Modeli

## YÖNTEM

### Araştırmanın Yöntemi

Nicel bir araştırma tekniği ve alan araştırması yöntemiyle gerçekleştirilmiş olan çalışmada anket tekniğiyle veri toplanmış ve etik kurul izinleri alınmıştır. Anket formu iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda, bireylerin demografik özellikleri, ikinci kısımda sağlık çalışanlarının etik liderlik algıları için 10 ifade, dile getirme davranışları için 6 ifade, örgütsel adalet için 20 ifade kullanılmıştır. 5’li Likert ölçeği (1 kesinlikle katılmıyorum, 5 kesinlikle katılıyorum) kullanılarak önem sıralarını belirtmeleri istenmiştir.

Etik liderlik için Brown ve arkadaşları tarafından 2005’te geliştirilen “Etik Liderlik Ölçeği” (ELQ), Demirtaş’ın 2013’de çevirisini yaptığı şekliyle kullanılmıştır (Demirtaş, 2013b: 265-267). Ölçeğin güvenilirlik testinde Cronbach’s Alfa kabul edilebilir bir değer olan 0.95 olarak bulunmuştur.

Van Dyne ve Le Pine 1998’de geliştirdiği altı maddelik Dile Getirme Davranışları Ölçeği Arslan ve Yener’in 2016’da Türkçe’ye uyarladığı biçimiyle kullanılmıştır (Arslan ve Yener, 2016:173-188). Dile Getirme Davranışları Ölçeğin güvenilirliği testinde Cronbach’s Alfa 0.91 bulunmuştur.

Colquitt’in 2001’de geliştirdiği Örgütsel Adalet Ölçeği Özmen ve arkadaşlarının 2007’de Türkçe’ye uyarladığı biçimiyle kullanılmıştır (Özmen vd., 2007:17-33). Ölçekte, işlemsel adalet algısını ölçmeye yönelik 7, dağıtım adaleti algısını ölçmeye yönelik 4, etkileşim adalet algısını ölçmeye yönelik 9 ifade bulunmaktadır. Örgütsel adalet ölçeğin güvenilirliği testinde Cronbach’s Alfa 0.96 bulunmuştur. Analizler SPSS 20.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

## Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Evreni Karaman İlindeki bütün sağlık personeli (doktor, diş hekimi, hemşire, ebe, diyetisyen, eczacı, psikolog, sosyal çalışmacı, sağlık memuru, sağlık teknikerleri ve teknisyenleri, att ve paramedik vb.) olan çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın verileri 01/03/2020 ile 01/05/2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Covid-19 Dünya Sağlık Örgütü tarafından Pandemi ilan edilmesi ve salgının ülkemizde de görülmesi ve salgına karşı önlemler sebebiyle dağıtılan anketlerden 407 adet dönüş yapılmış, bunlardan 16 tanesi eksik ya da hatalı doldurulmuş olup çalışmadan çıkarılmış ve 391 geçerli ölçek verisi ile çalışma sonuçlandırılmıştır. Özdemir 2016'nın aktardığı, Barlet ve arkadaşlarına göre evren büyüklüğü 1.000.000 için %5 hata payına göre 384 kişi ( $\alpha=0,05$ ,  $Z_{\alpha/2}=1,96$ ) yeterli görülmektedir (Özdemir, 2016). Bu çalışmada ise 391 geçerli anket verisi ile kabul edilebilir hata payı içerisinde kalmıştır.

## BULGULAR

Çalışmanın demografik değişkenlerine ait bilgiler aşağıda sunulmuştur.

**Tablo1:** Demografik Değişkenler Frekans ve Yüzde Tablosu

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet Dağılımı	Kadın	257	65.7
	Erkek	134	34.3
Yaş Durumu Dağılımı	18-25 Yaş Aralığı	39	10
	26-35 Yaş Aralığı	194	49.6
	36-45 Yaş Aralığı	128	32.7
	46-55 Yaş Aralığı	30	7.7
Medeni Durum Dağılımı	Evli	293	74.9
	Bekar	86	22
	Boşanmış veya Dul	12	3.1
Mesleki Durum Dağılımı	Doktor ve Diş Hekimi	58	14.8
	Eczacı	11	2.8
	Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru, VHKİ	219	56
	Sağlık Lisansiyerleri (Diyetisyen, Psikolog vb.)	32	8.2
	Sağlık Teknisyenleri ve Teknikerleri	42	10.7
	Att ve Paramedik	29	7.4
İş Yeri Dağılımı	Devlet Hastanesi	241	61.6
	Diş Hastanesi	12	3.1
	Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Kuruluşları (TSM, SHM, Aile Hekimlikleri vb.)	106	27.1
	Özel Sağlık Sektörü	32	8.2
Öğrenim Durumu Dağılımı	Lise	26	6.6
	Ön Lisans	74	18.9
	Lisans	216	55.2
	Yüksek Lisans	58	14.8
	Doktora	17	4.3
Çalışma Yaşamında Geçen Süre	1 ile 5 Yıl Arası	87	22,3
	6 ile 10 Yıl Arası	110	28,1
	11 ila 15 Yıl Arası	79	20,2
	16 ila 20 Yıl Arası	63	16,1
	21 Yıl ve 21 den Yıldan Fazla	52	13,3
Şuan ki İşyerinde Geçen Süre	1 ile 5 Yıl Arası	217	55,5
	6 ile 10 Yıl Arası	113	28,9
	11 ila 15 Yıl Arası	48	12,3

16 ila 20 Yıl Arası	0	0
21 Yıl ve 21 den Yıldan Fazla	13	3,3

Tablo1'e göre katılımcıların %65,7 sinin kadın, erkek %34,3 erkektir. Katılımcılardan 18-25 yaş aralığında bulunanlar %10, 26-35 yaş aralığında bulunanlar %49,6, 36-45 yaş aralığında bulunanlar %32,7, 46-55 yaş aralığında bulunan bireyler 7,7'dir. Katılımcılardan evli olanlar %74,9 iken bekarların oranı %22, boşanmış veya dul olanlar %3,1'dir. Katılımcıların mesleki durumların dağılımı hekimlerin %14,8, eczacıların %2,8, hemşire, ebe, sağlık memuru veya vkhki yüzdesi %56, sağlık lisansiyerleri (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, biyolog, sosyal çalışmacı vb.) %8,2, sağlık teknisyeni ve teknikerleri %10,7 iken att ve paramediklerin yüzdesi ise %7,4'dür. Katılımcıların %61,6'sı devlet hastanesinde, %3,1' diğ hastanesinde, %27,1'i sağlık müdürlüğü ve bağlı kuruluşlarında iken, %8,2'si özel sektör çalışandır. Öğrenim durumlarına bakıldığında lise mezunlarının yüzdesi %6,6, ön lisans mezunları %18,9, lisans mezunları %55,2, yüksek lisans mezunu %14,8 iken doktora mezunlarının yüzdesi %4,3'dür. İş tecrübesi yani çalışma yaşamında geçen süre 1 ile 5 yıl arası olanların yüzdesi %22,9, 6 ile 10 yıl arası olanlar %28,1, 11 ila 15 yıl arası olanlar %20,2, 16 ila 20 yıl arası olanlar %16,1 iken, 21 Yıl ve 21 den yıldan fazla olanların yüzdesi %13,3'dür. Şuan ki işyerinde geçen süre yüzdeleri ise 1 ile 5 yıl arası olanların yüzdesi %55,5, 6 ile 10 yıl arası olanlar %28,9, 11 ila 15 yıl arası olanlar %12,3, 21 Yıl ve 21 den yıldan fazla olanların yüzdesi %3,3'dür.

Aşağıdaki tablo ile araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon değerleri sunulmuştur.

**Tablo 2:** Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi

Ölçek	Alt Boyutlar	1.	2.	3.a.	3.b.	3.c.
<b>1. Etik Liderlik</b>		<b>1</b>				
<b>2. Dile Getirme Davranışı</b>		<b>,689**</b>	<b>1</b>			
	3.a. Etkileşim Adalet Algısı	<b>,799**</b>	<b>,785**</b>	<b>1</b>		
<b>3. Örgütsel Adalet Algısı</b>	3.b. İşlemsel Adalet Algısı	<b>,649**</b>	<b>,587**</b>	<b>,690**</b>	<b>1</b>	
	3.c. Dağıtım Adalet Algısı	<b>,511**</b>	<b>,504**</b>	<b>,514**</b>	<b>,764**</b>	<b>1</b>

\*\*p<.001

Tablo 2'ye göre etik liderlik ile dile getirme davranışı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon vardır ( $r=.689$ ,  $p<.01$ ). Etik liderlik davranışları ile örgütsel adalet algısı alt boyutlarından etkileşim adalet algısı arasında pozitif yönde yüksek korelasyon bulunmuştur ( $r=.799$ ,  $p<.01$ ). Etik liderlik davranışları ile örgütsel adalet algısı alt boyutlarından işlemsel adalet algısı arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmuştur ( $r=.649$ ,  $p<.01$ ). Etik liderlik davranışları ile örgütsel adalet algısı alt boyutlarından dağıtım adalet algısı arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmuştur ( $r=.511$ ,  $p<.01$ ). Dile getirme davranışı ile örgütsel adalet algısı alt boyutlarından etkileşim adalet algısı arasında pozitif yönlü yüksek korelasyon bulunmuştur ( $r=.785$ ,  $p<.01$ ). Dile getirme davranışı ile örgütsel adalet algısı alt boyutlarından

işlemsel adalet algısı arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmuştur ( $r=.587$ ,  $p<.01$ ). Dile getirme davranışı ile örgütsel adalet algısı alt boyutlarından dağıtım adalet algısı arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmuştur ( $r=.504$ ,  $p<.01$ ).

Etik liderlik ile Örgütsel adaletin alt boyutları arasındaki ilişkide dile getirme davranışlarının aracı rol oynayıp oynamadığının tespiti için regresyon analizleri yapılarak aşağıdaki Tablo 3 sonuçları elde edilmiştir.

**Tablo 3:** Araştırma Değişkenleri Arasındaki Regresyon Analizi

Yordayıcı Değişken	Bağımlı Değişken	B	Std. Hata	$\beta$	t
a. Etik Liderlik Davranışları	Etkileşim Adaleti	,784	,030	,798	26,084**
b. Etik Liderlik Davranışları	İşlemsel Adalet	,695	,041	,652	16,964**
c. Etik Liderlik Davranışları	Dağıtım Adaleti	,591	,052	,502	11,447**
d. Dile Getirme Davranışları	Etkileşim Adaleti	,815	,033	,786	25,053**
e. Dile Getirme Davranışları	İşlemsel Adalet	,659	,046	,586	14,264**
f. Dile Getirme Davranışları	Dağıtım Adaleti	,626	,054	,503	11,491**
g. Etik Liderlik Davranışları	Dile Getirme Davranışları	,647	,035	,683	18,485**

( $a$   $R = .798$ ,  $R^2 = .639$ ,  $F_{[1-389]} = 680,372$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $b$   $R = .652$ ,  $R^2 = .425$ ,  $F_{[1-389]} = 287,783$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $c$   $R = .502$ ,  $R^2 = .252$ ,  $F_{[1-389]} = 131,037$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $d$   $R = .786$ ,  $R^2 = .617$ ,  $F_{[1-389]} = 627,632$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $e$   $R = .586$ ,  $R^2 = .343$ ,  $F_{[1-389]} = 203,448$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $f$   $R = .503$ ,  $R^2 = .253$ ,  $F_{[1-389]} = 132,040$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $g$   $R = .683$ ,  $R^2 = .466$ ,  $F_{[1-389]} = 339,867$ ,  $**p < 0.01$ ).

Tablo-3 sonuçlarına göre Etik liderliğin işlemsel, dağıtım ve etkileşimsel adaletleri üzerinde anlamlı ve pozitif yönde etkileri olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlar (H1), (H2a), (H2b), (H2c) hipotezleri desteklemektedir.

İkinci aşamada ise etik liderlik davranışları ve dile getirme davranışları ile örgütsel adaletin alt boyutları arasında çoklu regresyon analizine bakılmıştır.

**Tablo 4.** Aracı Değişken Analizi

Yordayıcı Değişken	Bağımlı Değişken	B	Std. Hata	$\beta$	t
a. Etik Liderlik Davranışı	Etkileşim Adaleti	,481	,034	.489	13.944**
a. Dile Getirme Davranışı		,468	,036	.452	12.873**
b. Etik Liderlik Davranışı	İşlemsel Adalet	,503	,054	.472	9,264**
b. Dile Getirme Davranışı		,297	,057	.264	5,174**
c. Etik Liderlik Davranışı	Dağıtım Adaleti	,349	,068	.296	5.100**
c. Dile Getirme Davranışı		,374	,072	.301	5.178**

( $a$   $R = .863$ ,  $R^2 = .745$ ,  $F_{[2-388]} = 567,097$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $b$   $R = .680$ ,  $R^2 = .462$ ,  $F_{[2-388]} = 166,813$ ,  $**p < 0.01$ ),

( $c$   $R = .548$ ,  $R^2 = .300$ ,  $F_{[2-388]} = 83,270$ ,  $**p < 0.01$ ).

Tablo-4 sonuçları, dile getirme davranışının, etik liderlik davranışları ile etkileşim, dağıtım ve işlemsel adalet alt boyutları arasındaki ilişkide kısmi aracı role sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlara göre (H3a), (H3b), (H3c) hipotezlerinin desteklendiğini ifade etmek mümkündür.

## TARTIŞMA

Çalışma sonuçları etik liderlik davranışlarının dile getirme davranışları ve örgütsel adalet alt boyutlarını pozitif olarak etkilediğini ortaya koymuştur. İlave olarak yapılan aracı analizlerde de dile getirme davranışlarının etik liderlik ve örgütsel adalet alt boyutları ilişkisinde kısmi aracı role sahip olduğu tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında aşağıdaki çalışmalara çalışmanın hipotezlerini desteklemektedir. Palalar Alkan ve Çankır 2016'daki çalışmasında dile getirme davranışı ile dağıtım adaleti pozitif yönlü etkiye sahip olduğunu bildirmiştir. Geceoğlu 2018'deki çalışmasında dile getirme davranışı, örgütsel adaletin alt boyutları ile pozitif yönlü ilişkisinin olduğunu belirtmiştir. Demir Güvenli 2014'deki çalışmasında dile getirme davranışı, dağıtımsal adalet ile pozitif yönlü ilişkisi olduğunu belirtmiştir. İnsanların liderleri gözlemler ve davranışlarını referans alırlar. Liderlerin tutumları insanların davranışlarını etkiler (Stouten vd., 2013:680–695). Liderlerin, takipçilerin ilgi alanlarını ve fikirlerini ifade etmenin yanı sıra, onların konuşmalarını engelleyen engelleri ortadan kaldırmada merkezi bir rolü vardır (Walumbwa ve Schaubroeck, 2009:1275–1286). Etik liderlikle ilgili, çalışmalara göre çalışanların dile getirme davranışlarını olumlu etkilediği belirtilmiştir (Cheng vd., 2014:817-831), (Avey vd., 2012:21–34), (Walumbwa vd., 2012:953–964), (Savaşnak, 2017:1101-1117). Etik liderliğin oluşturduğu güven ortamı dile getirme davranışlarını desteklemektedir (Walumbwa ve Schaubroeck, 2009:1275–1286). Dile getirme davranışı bilindiği üzere bazı riskleri içerir. Dürüst ve adil davranan, çalışanlarını dinleyen ve onlarla ilgilenen liderler bir güven ortamı yaratabilir ve personel açısından riskleri azaltır. Bu iklimde ise çalışanlar dile getirme davranışlarını rahatça sergileyebilir (Detert ve Burris, 2007:869–884). Yani bu tip liderler etik liderlik sınıfında yer almakta ve dolayısı ile dile getirme davranışını pozitif yönde etkilemektedir.

Dile getirme davranışı ile prosedürel adalet arasında ilişki yoktur (Avery ve Quinones, 2002:81–86). Dağıtımsal adalet ile dile getirme davranışı ile negatif yönlü ilişkili olduğunu belirtmiştir (Aküzüm, 2014:96-107). Bu çalışmalar, çalışmanın hipotezlerini desteklememektedir.

Liderlik etmek, kaynak tahsis etme, çalışanları izleme ve yönetme ve kuruluşun amaçlarını yerine getirmek gibi rutin faaliyetler olarak düşünülebilir. Sağlık sektörünün karmaşık yapı sarmalı içinde bulunması sebebiyle farklı şekillerde ve kademelerde liderlik hiyerarşisi mevcuttur. Ayrıca sağlık sektöründe, branş sayısı oldukça fazladır. Aynı branştaki personeller, hizmet kolunun çok farklı bir kanadında çalıştıkları gözlemlenebilmektedir. Bu çok dallı sarmal yapı çalışanların örgütsel adalet beklentisini öne çıkarmaktadır. Sektör olarak olası bir hatanın insanın yaşamına veya sağlığına zarar verebilme riski yüksek olduğu için personelin işine motive olması istenir. İyi bir motivasyon için ise etik liderlik davranışları, dile getirme davranışı ve örgütsel adaletin olması oldukça önemlidir.

Etik liderlik davranışının dile getirme davranışı aracılığıyla örgütsel adalet üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik Türkçe literatürde yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olan bu çalışmanın bulguları, sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları üzerine sunduğu teorik altyapı ile alan yazınına ve yöneticilerin bu alandaki pratik uygulamalarına katkılar sunmaktadır. Çalışmanın bazı kısıtları bulunmaktadır; Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık personelinin iş yükünün artması sebebiyle veri toplanması büyük zorluk çekilmiştir. Gelecek araştırmalarda daha yüksek katılımcı sayısına ulaşmak için; pandeminin sona ermesi beklenerek çalışmanın tekrarlanması önerilir. Ayrıca mevcut çalışma modelinde yeni aracı değişkenler kullanmak suretiyle etik liderlik ve örgütsel adalet arasındaki ilişkilerin test edilmesinin anlamlı sonuçlar sağlayacağı değerlendirilmektedir.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

### KAYNAKLAR

- Adams, T.S. (1965). Inequity in Social Exchange. *In L. Berkowitz, Advances in Experimental Social Psychology*. New York, Academic Press, 2, 267-299.
- Aküzüm, C. (2014). The Effect of Perceived Organizational Justice on Teachers' Silence: a Practice in Primary Education Institutions. *International Journal of Social Science, Education*, 5(1), 96-107.
- Ariely, D. 2013. The (honest) Truth About Dishonesty: How We Lie to Everyone Especially Ourselves. *New York Times Best Seller*.
- Arslan, A. ve Yener, S. 2016. İş Gören Sessizliği Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması Çalışması. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(1), 173-188.
- Avey, J.B., Wernsing, T.S., & Palanski, M.E. (2012). Exploring The Process of Ethical Leadership: The Mediating Role of Employee Voice and Psychological Ownership. *Journal of Business Ethics*, 107(1), 21-34.
- Avery, D.R. & Quinones M.A. (2002). Disentangling the Effects of Voice: The Incremental Roles of opportunity, Behavior, and Instrumentality in Predicting Procedural Fairness. *Journal of Applied Psychology*, 87(1), 81-86.
- Beer, M. & Noria, N. (2000). Cracking The Code of Change. *Harvard Business Review*, 78(3), 133-141.
- Bierhoff, H.W., Cohen, R.L., & Greenberg, J. (1986). Justice in Social Relations. *New York, Plenum*.
- Bies, R.J. & Moag, J.F. (1986). Interactional Justice: Communication Criteria of Fairness. *Research on Negotiations in Organizations*, 1, 43- 55.
- Brown, M.E. & Trevino, L.K. (2006). Ethical Leadership: A Review and Future Directions. *The Leadership Quarterly*, 17(6), 595-616.
- Brown, M.E., Trevino, L.K., & Harrison D.A. (2005). Ethical Leadership: a Social Learning Perspective for Construct Development and Testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97(2), 117-134.
- Bowen, F. & Blackmon, K. (2003). Spirals of Silence: The Dynamic Effects of Diversity on Organizational Voice. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1393-1417.
- Chen, A.S. & Hou, Y. (2015). The Effects of Ethical Leadership, Voice Behavior and Climates for Innovation on Creativity: A Moderated Mediation Examination. *The Leadership Quarterly*, 27(1), 1-10.
- Cheng, J.W., Chang, S.C., Kuo, J.H., & Cheung, Y.H. (2014). Ethical Leadership, Work Engagement, and Voice Behavior. *Industrial Management and Data Systems*, 114(5), 817-831.
- Colquitt, J.A., Conlon, D.E., Wesson, M.J., Porter, C.O., & Ng, K.Y. (2001). Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 425- 445.
- Çıraklı, Ü., Uğurluoğlu, Ö., Şantaş, F., & Çelik, Y. (2014). Etik Liderlik Davranışlarının Örgütsel Adalet Üzerindeki Etkisi: Hastanede Bir Uygulama. *İşletme Bilimi Dergisi*, 2(2), 53-69.
- Detert, J.R. & Burris, E.R. (2007). Leadership Behavior and Employee Voice: Is The Door Really Open? *Academy of Management Journal*, 50(4), 869-884.
- Detert, J. & Treviño, L. (2010). Speaking up to Higher-Ups: How Supervisors and Skip-Level Leaders Influence Employee Voice. *Organization Science*, 21(1), 249-270.
- Den Hartog, D.N. & De Hoogh, A.H.B. (2009). Empowerment and Leader Fairness and Integrity: Studying Ethical Leader Behavior. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 18(2), 199-230.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Demir Güvenli, R. (2014). Örgütsel Adalet Algısı ve Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisi Emniyet Mensupları Üzerinde Bir Araştırma. *Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı*, 60.
- Demirtaş, Ö. (2013a). Ethical Leadership Influence at Organizations: Evidence from the Field. *Journal of Business Ethics*, 126(2), 273-284.
- Demirtaş, Ö. (2013b). Etik Liderlik Davranışlarının Algılanan Etik İklim Üzerindeki Etkisi: Örgütsel: Politik Algılamaların Aracı Rolü, *Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Doktora Tezi*, 265-267.
- Dinç, A. ve Ceylan, A. (2008). Kaçak Elektrik Kullanımıyla ilgili idare Çalışanı Tutumunun Örgütsel Adalet ve İş Memnuniyeti ile İlişkisi, Çalışma Gruplarına Göre Farklılıklar. *Cumhuriyet Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(2), 13-29.
- Doğan, H. (2009), İşgörenlerin Adalet Algılamalarında Örgüt içi iletişim ve Prosedürel Bilgilendirmenin Rolü. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 2(2), 71-78.
- Ergin, Z. (2019). Örgütsel Adalet ile Ses Davranışı Arasındaki İlişki: Kültürler Arası Bir Araştırma. *Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim Organizasyon ve Örgütsel Davranış Bilim Dalı*, 102.
- Geceoğlu, T. (2018). İşletmelerde Örgütsel Adalet Algısı ve Örgütsel Sessizlik İlişkisi: Bir Alan Araştırması. *Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı*, 75-85.
- Greenberg, J. (1986). Determinants of Perceived Fairness of Performance Evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 71(2), 340-342.
- Günaydın, S. (2001). İşletmelerde Örgütsel Adalet ve Örgütsel Güven Değişkenlerinin Politik Davranış Algısı ve İşbirliği Yapma Eğilimine Etkisini İnceleyen Bir Çalışma, *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE, İstanbul*, 22-55.
- Hirschman, A.O. (1970). Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States., *Harvard University Press*.
- Hoyt, C.L., Price, T.L., & Poatsy, L. (2013). The Social Role Theory of Unethical Leadership. *The Leadership Quarterly*, 24(5), 712-723.
- İçerli, L. (2010). Örgütsel adalet: kuramsal bir yaklaşım. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1), 67-92.
- İnce, M. ve Gül, H. (2005). Yönetimde Yeni Bir Paradigma: *Örgütsel Bağlılık, Çizgi Kitabevi, Konya*.
- İşcan, Ö.M. (2005). Siyasal Arena Melaforu Olarak Örgütler ve Örgütsel Siyasetin Örgütsel Adalet Algısına Etkisi. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 60(1), 149-171.
- Jordan, J., Brown, M.E., Treviño, L.K., & Finkelstein, S. (2013). Someone to look up to: Executive-follower ethical reasoning and perceptions of ethical leadership. *Journal of Management*, 39(3), 660-682.
- Kassing, J.W. (1997). Articulating, antagonizing, and displacing: A model of employee dissent. *Communication Studies*, 48(4), 311-332.
- Klaas, B.S. & DeNisi, A.S. (1989). Managerial reactions to employee dissent: The impact of grievance activity on performance ratings. *Academy of Management Journal*, 32(4), 705-718.
- LePine, J.A. & Van Dyne, L. (2001). Voice and Cooperative Behavior as Contrasting Forms of Contextual Performance: Evidence of Differential Relationships With Big Five Personality Characteristics and Cognitive Ability. *Journal of Applied Psychology*, 86(2), 326-336.
- Liu, W., Zhu, R., & Yang, Y. (2010). Voice Behavior, Employee Identification, and Transformational Leadership. *Leadership Quarterly*, 21(1), 189-202.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Mayer, D.M., Kuenzi, M., Greenbaum, R., Bardes, M., & Salvador, R. (2009). How low does ethical leadership flow? Test of a trickle-down model. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108(1),1-13.
- Mendonca, M. (2001). Preparing for Ethical Leadership in Organizations. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 18(4), 266-216.
- Özdemir, A. (2016). (aktaran) Kesikli ve Sürekli Verilerde Anakitle Sayısına Göre Örneklem Büyüklükleri. *Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamalar*. İstanbul, Beta Yayıncılık, 4. Baskı.
- Özmen, Ö., Arbak, Y., & Sürel Özer, P. (2007). Adalete Verilen Değerin Adalet Algıları Üzerindeki Etkisinin Sorgulamasına İlişkin bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 7(1), 19-35.
- Palalar Alkan, D. ve Çankır, B. (2016). Lider Üye Etkileşiminin Pozitif Ses Çıkartma Davranışı Üzerindeki Etkisinde Dağıtım Adaletinin Aracılık Etkisi. *Turan-Sam Uluslararası Bilimsel Hakemli Dergisi*, 8(32), 474-481.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification. *Oxford University Press*.
- Sağnak, M. (2017). Ethical Leadership and Teachers' Voice Behavior: The Mediating Roles of Ethical Culture and Psychological Safety. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 17(4), 1101-1117.
- Songur, C., Özer, Ö., & Say Şahin, D. (2017). Etik Liderliğin Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(4), 445-456.
- Stouten, J., Van Dijke, M., Mayer, D.M., De Cremer, D., & Euwema, M.C. (2013). Can a Leader Be Seen As Too Ethical? The Curvilinear Effects Of Ethical Leadership. *The Leadership Quarterly*, 24(5), 680–695.
- Takeuchi, R., Chen, Z., & Cheung, S.Y. (2012). Applying Uncertainty Management Theory to Employee Voice Behavior: an integrative Investigation. *Personnel Psychology*, 65(2), 283–323.
- Tepper, B.J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal*, 43(1), 176–190.
- Tu, Y. & Lu, X. (2013). How Ethical Leadership Influence Employees İnnovative Work Behavior: A Perspective of İntrinsic Motivation. *Journal of Business Ethics*, 116(2), 441–455.
- Ünlü, Y., Hamedoğlu, M.A., & Yaman, E. (2015). Öğretmenlerin Örgütsel Adalet Algıları ve Örgütsel Sessizlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Sakarya University Journal of Education*, 5(2), 140-157.
- Van Dyne, L., Ang, S., & Botero, I.C. (2003). Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1359-1392.
- Van Dyne, L., Cummings, L.L., & McLean Parks, J. (1995). Extra-Role Behaviors: In Pursuit of Construct and Definitional Clarity. In L. L. Cummings, and B.M. Staw (Eds.), *Research in Organizational Behavior*. Greenwich, JAI Press, 17(1), 217-284.
- Van Dyne, L. & LePine, J.A. (1998). Helping and Voice Extra-Role Behavior: Evidence of Construct and Predictive Validity. *Academy of Management Journal*, 41(1),108–119.
- Walumbwa, F.O., Morrison, E.W., & Christensen, A.L. (2012). Ethical Leadership and Group in-Role Performance: The Mediating Roles of Group Conscientiousness and Group Voice. *The Leadership Quarterly*, 23(5), 953–964.
- Walumbwa, F.O. & Schaubroeck, J. (2009). Leader Personality Traits and Employee Voice Behavior: Mediating Roles of Ethical Leadership and Work Group Psychological Safety. *American Psychological Association*, 94(5), 1275–1286.
- Westerman, Y.K. (2008). Silence or Voice? Using Facework and Communication Apprehension to Explain Employee Responses to Autonomy and Competence Face Threats Posed by Negative Feedback. *Doktora Tezi. Michigan State University, Department of Communication*, 79-82.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Xu, A.J., Loi, R., & Ngo, H. (2016). Ethical Leadership Behavior and Employee Justice Perceptions: The Mediating Role of Trust in Organization. *Journal of Business Ethics*, 134(1), 493-504.
- Zhu, W., He, H., Treviño, L.K., Chao, M.M., & Wang, W. (2015). Ethical Leadership and Follower Voice and Performance: The Role of Follower Identifications and Entity Morality Beliefs. *The Leadership Quarterly*, 26(5), 702-718.



## EDUCATIONAL PROFILE OF SCHOOL OF HEALTH AND FACULTY OF HEALTH SCIENCES ADMINISTRATORS IN TURKEY

**Assit. Prof. Dr. Nihal ALOĞLU**

Kahramanmaraş Sütçü İmam University, nihalless@hotmail.com, orcid.org/0000 0003 4162 2845

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (04.02.2021-05.03.2021)

### **Abstract**

The purpose of this research is to explore educational background profile of School of Health and Faculty of Health Sciences administrators in Turkey. This research was conducted as descriptive and cross-sectional studies with administrators from School of Health and Faculty of Health Sciences in Turkey providing university level education. Total 130 schools, 85 School of Health and 45 and Faculty of Health Sciences, and 334 departments, were reached in the spring semester at 2014-2015 academic year. According to the study results, the director and dean of School of Health and FHS are 35 (29.7 %) undergraduate level, 44 (40.7 %) master's degree level and 47 (42.3%) doctorate (Ph.D.) level. The number of associate/vice administrators for nursing is 95 (59.4 %) undergraduate level, 89 (58.9 %) master's degree level and 83 (57.1%) doctorate (Ph.D.) level. The study found that It has observed that the administrators consist of the academicians of which only 32.1% license degree and 36% doctorate degree in the field. The supporting of these schools in terms of quantity and quality, and the selection of administrators among their own faculty staffs is valuable terms of their institutionalization-

**Key words:** Educational, profile, administrator, school, health.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

### INTRODUCTION

There is great interest in school administrators in the early part of the twenty-first century. This is because of the widespread belief that the quality of administrators makes a significant difference to school and student outcomes. There is growing recognition that the quality of administrators is critical if schools are to produce the best possible outcomes for their learners, and their stakeholders. Several studies demonstrate the important effects of director and dean, vice director and associate dean and chief/head of department as an administrator on the professional work of teachers and the success of students (Short, 1997; White, 1998; Scoble and Russell, 2003; Kleinman, 2003; Heller, et al., 2004; Huston, 2008; Suber, 2012).

Why are school administrators so important? School administrators guide both the direction of the schools and the training of professionals. Managers are therefore in a key position. It has a wide sphere of influence in the profession. Because today's students are colleagues of the future. They are in an active position in their organizations as they directly affect students while performing the managerial functions of their roles and using various power bases (IOM, 2011; Leithwood, 2016; Roussel et al., 2016). They also have an impact beyond their organization through their research, publications and numerous professional activities. Especially the administrators of health schools should have good professional knowledge and equipment. The school administrator has become a priority in education agendas as well as health education (Smith, 2006; Shaffer et al., 2014; Turale, 2015).

School administrators have many responsibilities to fulfill. These may include; Shaping a vision of academic achievement for all students based on high standards of study, as well as creating a welcoming climate for education so that security, a collaborative spirit and other foundations of efficient interaction prevail. Teachers and other school staff need to be good role models to give students a vision. Educators should have a leadership vision, manage all processes in the school well and facilitate learning by creating a collaborative school climate. Because individuals imitate what they see, not what they read (Wallace Foundation, 2012)

In addition to the mentioned above school administrators, Health school administrator should have some unique core competencies due to the special condition of schools. These competencies include; communication and relationship management, knowledge of the health care environment, business skill and principles, professionalism and leadership. Nurse Executive Competencies (NEC) are designed by the American Organization of Nurse Executives (AONE). These competencies emphasize that on the future of masters and doctoral education was highlighted and innovative teaching strategies outlined (Herrin et al., 2006). They are used across the United States at the master's and doctoral levels in a number of programs that prepare nurse leaders. Some examples of programs that have been based on the AONE-NEC include the University of Memphis, University of Iowa, University of Hawaii at Manoa and many more (Waxman et al., 2017).

It is clear that health school administrators can play a central role in defining and sustaining collegial sub-cultures, by ensuring departments operate as socially cohesive communities where all members work collaboratively with a high degree of commitment. Within this management role, more than any other, is the real potential of organizational change and improvement (Stefl, 2008; Pillay, 2010; Paterson, et al., 2010; Wepner et al., 2011).

Regardless of the they administrator positions in school such as dean, director, vice dean, vice director, chairman of department as an administrator, School administrator is like the engines of a

131

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ALOĞLU, N. )



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

train in that they are primary factors for school success (Leithwood and Seashore, 2012). With another word, administrator has the potential to unleash latent capacities in schools. Achieving school goals and optimum learning by students is all about school effectiveness. It plays a key role in improving school outcomes by influencing the motivations and capacities of teachers, as well as the school climate and environment (Wallace Foundation, 2012).

A profile of dean, director, vice dean, vice director and chairman of department could provide important knowledge for the administrators at present and future administrators of health schools. The purpose of this study is to explore educational background profile of School of Health (SH) and Faculty of Health Sciences (FHS) administrators in Turkey.

### METHOD

#### Purpose and Research Design

The purpose of this research is to explore educational background profile (undergraduate, master's degree and doctorate levels) of SH and FHS administrators (director and dean, vice director and associate dean and chief/head of department) in Turkey.

#### Sample

In order to determine the schools to which the actively educating schools and departments are affiliated, The Student Selection and Placement Center OSYM programs and quotas (OSYM, 2014) were used. The populations of this work constitute the public and private nursing/health sciences/health schools in Turkey providing university level education. Due to not forming confusion, Nursing schools with different names with the same status are included in the number of SH, likewise health sciences, and nursing faculties are included in the number of FHS. In addition, 5 schools that have not yet received students have been included in the survey since managerial appointments were made. Schools without quota student are not included in the study. Finally, in total 130 schools, 85 SH and 45 FHS, and 334 departments were reached in the spring semester at 2014-2015 academic years.

#### Research Questions

The specific aim of this study was to investigate educational background of SH and FHS administrators. The research questions for this study were:

1. What are the educational profile of administrator? (undergraduate, master degree and doctorate level).
2. What are the are departmental profile of administrator? (nursing, midwife, social service, medicine, veterinary medicine, chemistry and etc.

No study has examined educational profile of SH and FHS administrators in Turkey. Therefore, this study was conducted.



### Instruments

This study used both descriptive and cross-sectional studies. In this study, six traits, namely name of school, name of department, number of staff, gender, educational levels and administration positions are used to define the educational profile of health school administrators.

Educational background profile of administrators is divided into three categories namely (a) undergraduate, (b) master's degree and (c) doctorate degree levels.

Positions of administrators at these schools are divided into three categories namely (a) director and dean (b) vice director and associate dean (c) head/chief departments.

At the same time, departments of schools are divided into two general categories; (a) graduated departments and (b) graduated-non-field departments. If the department is in health school, it is called the main graduated department such as nursing, midwife, nutrition and dietetic (ND), physiotherapy and rehabilitation (RR), and social service and etc. otherwise department is called graduated-non-field department such as medicine, veterinary medicine, chemistry and etc.

### Data collection process

The web pages of all schools in this study were examined by the researcher and the existing SH and FHS were taken into consideration. A standardized data form was created for each school. Research data is accessed through the school's websites. 11 SH and FHS, which are not available on the internet or lack sufficient information, have been reached by telephone and incomplete information has been completed. Relevant data were collected and made table by using Microsoft Excel.

### Limitations of The Study

This study has several limitations. This research was conducted at only SH and FHS administrators in Turkey who may not represent the entire population of health school administrators such as medicine and veterinary medicine in the Turkey or around the world. It is suggested that studies that are similar to the present study be conducted at different health schools both nationally and internationally. In addition, data on educational level may or may not be accurate at any point in time. We assumed that data were valid at the time of analysis in 2014-2015 academic years.

**Ethical aspect of the study:** It is a running website scan. Direct human or does not contain any effects on animals. Therefore, there is no need for an ethics committee approval decision.

### FINDINGS/RESULTS

Main features of SH and FHS are given in Table 1. These features are divided to three categories; school type, number of personal (academic staff) and number of department. There are total 130 schools. By school type, the majority (65.4%) were SH. However, about one-third (34,6%) FHS. There are total 1904 person. In terms of the number of personnel in these schools, the majority (71%) were academic staff with master's degree and doctorate (asst. Prof, assoc. Prof. and Prof) and only one-third (29%) were teaching staff (instructor/lecturer). There are total 334 department and 16 different department types in this study. By department type, 115(35%) nursing, 43(13%), nutrition-dietetics (ND), 36(11.7%) midwiferies, 35(11%) physiotherapy and rehabilitation, 33(10%) health care management, 20(10%) child development, 20(6.0%) social service, 10(6.0%) audiometry and 22(7%) other departments (Table 1).

**Table 1:** Some Descriptive Features of SH and FHS in Turkey

<b>Descriptive characteristics</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
School of Health (SH)	85	65.4
Faculty of Health Sciences (FHS),	45	34.6
<b>Personel (n=1904)</b>		
Academic Staff (Asst. Prof. Assoc. Prof and Prof with master's degree and doctorate degree)	1357	71.3
Teaching staff (Instructor/Lecturer)	547	28.7
<b>Departments(n=334)</b>		
Nursing	115	34.4
Nutrition and Dietetics (ND)	43	12.9
Midwifery	36	10.7
Physiotherapy and Rehabilitation (PR)	35	10.5
Health management	33	9.9
Child Development	20	6.0
Social Service	20	6.0
Audiometry	10	3.0
Other (Worker's Health and Job Safety, Emergency and Disaster Management, Mouth and Dental Health, Occupational Therapy, Gerontology, Orthosis Prosthesis, Perfusion)	22	6.6

Table 2 shows that educational profile of SH and FHS director and dean at undergraduate level in Turkey. The total number of administrators included in the analyses is 130, of which 42 (32%) graduated departments of administrators and 88 (68%) graduated non-field departments of administrators. The number of administrators per graduated departments is 33 (25.3 %) nursing, 3 (2.3 %) PR and 6 (4.5 %) other departments. On the other hands, the number of administrators per graduated from non-field departments is 35 (26.9%) medical school, 9 (6.9%) veterinary medicine, 9(6,9%) biology and 10 (7.6%) other departments.

Table 2 shows that educational profile of SH and FHS director and dean at master's degree in Turkey. The total number of administrators included in the analyses is 109, of which 40 (37%) graduated departments of administrators and 69 (63%) graduated non-field departments of administrators. The number of administrators per graduated departments is 32 (29.6 %) nursing, 3 (2.8%) ND. and 4 (2.7%) other departments. On the other hands, the number of administrators per graduated from non-field departments is 44 (40.7%) medical school, 8 (7.4%) veterinary medicine and 15 (16.3%) other departments.

Table 2 shows that educational profile of SH and FHS director and dean at doctorate degree in Turkey. The total number of administrators included in the analyses is 111, of which 40 (36%) graduated departments of administrators and 71 (64%) graduated non-field departments of administrators. The number of administrators per graduated departments is 33 (29.7 %) nursing, 2 (1.8%) PR and 5 (4.5%) other departments. On the other hands, the number of administrators per graduated from non-field departments is 47 (42.3%) medical school, 6 (5.5%) veterinary medicine and 18 (17.4%) other departments.



In regard to departments characteristics, SH and FHS director and dean almost half graduated from medical school (26%) and nursing (22.3%) at undergraduate, master's degree and doctorate degree. According to number in table 2 the number of SH and FHS director and dean are 35 (29.7 %) undergraduate level, 44 (40.7 %) master's degree level and 47 (42.3%) doctorate degree respectively. On the other hands, the number of administrators for nursing is 33 (25.3%) undergraduate level, 33 (29.6%) master's degree level and 33 (29.7%) doctorate degree respectively.

**Table 2:** Educational Profile of SH and FHS Director and Dean

	Undergraduate		Master's degree		Doctorate degree	
	n	%	n	%	n	%
<b>Graduated Departments</b>						
Nursing	33	25.3	33	29.6	33	29.7
Physiotherapy and Rehabilitation (PR)	3	2.3	2	1.9	2	1.8
Nutrition and Dietetics (ND)	3	2.3	3	2.8	3	2.7
Social Service	2	1.5	1	0.9	1	0.9
Management of Health Institutions (MHI)	1	0.7	1	0.9	1	0.9
<b>Graduated non-field Departments</b>						
Medicine	35	26.9	44	40.7	47	42.3
Veterinary Medicine	9	6.9	8	7.4	6	5.5
Chemistry	3	2.3	4	3.7	5	4.5
Engineering	3	2.3	3	2.8	2	1.8
Biology	9	6.9	3	2.8	2	1.8
Business	4	3.0	4	3.7	4	3.6
Other (Sociology, pharmacy, educational science, foreign languages, seafood / fisheries, child development, psychology, theology, agriculture, physics)	25	19.2		2.8	5	4.5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>	<b>109*</b>	<b>100.0</b>	<b>111*</b>	<b>100.0</b>

\* There are managers who have not completed their master's or doctorate degrees.

**Note:** Percentages are based on the total values under the column. 130 in undergraduate, 109 in master's degree, 111 in doctorate.

Considering the undergraduate education of SH and SBD deputy directors and vice deans, it is seen that the total number of managers is 158 (Table 3). The number of managers per department was 95 (59.4%) nursing, 11 (7.1%) ND, 8 (5.2%) PR, and 11 (7.1%) in their departments. In addition, the number of managers graduated from off-site departments is 33 (21.2%).

When the distribution of SH and FSH vice director and vice dean by graduate education level is examined, 151 out of 158 licensed administrators have a master's degree. Of these, 110 (72.6%) graduated from their own field, 30 (27.4%) were outside of their field. The number of managers per graduated department is 89 (58.5%) nursing, 9 (6.0%) ND, 7 (4.8%) PR and 4 (2.8%) other departments. In addition, the number of managers graduated from non-field departments is 16

135

(10.7%) medical faculties, 5 (3.4%) veterinary medicine and 20 (13.3%) other departments (Table 3).

When educational background distribution of vice director and associate dean of SH and FHS is investigated at doctorate degree, it is seen that total number of administrators is 144, of which 105 (73%) graduated departments of administrators and 39 (27 %) graduated non-field departments of administrators. The number of administrators per graduated departments is 81 (57.1 %) nursing, 10 (7.0%) ND, 8(4.8%) PR and 5(3.3%) other departments respectively. Moreover, the number of administrators per graduated from non-field departments is 13(9.2%) medical school and 6 (2.8%) biology and chemistry and 20 (14.3%) other departments.

With regard to departments characteristics, SH and FHS vice director and associate dean more than half graduated from nursing (59%) at undergraduate, master's degree and doctorate degree. Accordingly, it can be said that more than half associate/vice administrators graduated from nursing department at various level of education. According to number in table 3 the number of associate/vice administrators for nursing is 95 (59.4 %) undergraduate level, 89 (58.9 %) master's degree level and 83 (57.1%) doctorate degree respectively (Table 3).

**Table 3:** Educational Profile of SH and FHS Vice Director and Associate Dean

	Undergraduate		Master's degree		Doctorate degree	
	n	%	n	%	n	%
<b>Graduated Departments</b>						
Nursing	95	59.4	89	58.5	83	57.1
Nutrition and Dietetics (ND)	11	7.1	9	6.0	10	7.0
Physiotherapy and Rehabilitation (PR)	8	5.2	7	4.8	8	5.6
Midwifery	6	3.9	2	1.3	1	0.7
Social Service	4	2.6	2	1.3	2	1.4
Management of Health Institutions (MHI)	1	0.6	1	0.7	1	0.7
<b>Graduated non-field Departments</b>						
Medicine	4	2.6	16	10.7	13	9.2
Veterinary Medicine	4	2.6	2	1.3	2	1.4
Chemistry	3	1.9	5	3.4	3	2.1
Engineering	3	1.9	2	1.3	1	0.7
Biology	5	3.2	3	2.0	3	2.1
Business	4	2.6	3	2.0	3	2.1
Other (Sociology, pharmacy, educational science, foreign languages, seafood / fisheries, child development, psychology, theology, agriculture, physics)	10	6.4	10	6.7	14	9.9
<b>Total*</b>	158	100.0	151	100.0	144	100.0

\*The information of more than one assistant manager has also been added.

**Note:** Percentages are based on the total values under the column. It is 158 in undergraduate, 151 in master's degree and 144 in doctorate.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Table 4 shows that educational profile educational levels of chief /head departments of SH and FHS at undergraduate level, it is seen that total number of administrators is 344, of which 241 (70%) graduated departments of administrators and 102 (30 %) graduated non-field departments of administrators (table 4). The number of administrators per graduated departments is 134 (38.9.4 %) nursing, 35 (10.2.1%) PR, 29 (8.4%) and 44 (11%) other departments respectively.

Table 4 shows that educational profile educational levels of chief /head departments of SH and FHS is inspected at master's degree, it is seen that total number of administrators is 343, of which 231(67%) graduated departments of administrators and 112 (33 %) graduated non-field departments of administrators. The number of administrators per graduated departments is 131 (38.2 %) nursing, 29 (8.4%) PR, 27(4.8%) ND and 44(10%) other departments respectively (table 4).

Table 4 shows that educational profile educational levels of chief /head departments of SH and FHS is investigated at doctorate degree, it is seen that total number of administrators is 338, of which 226 (67%) graduated departments of administrators and 112 (33%) graduated non-field departments of administrators. The number of administrators per graduated departments is 128 (37.9 %) nursing, 30 (8.9%) ND, 30(8.9%) PR and 38(10%) other departments respectively.

**Table 4:** Educational Profile of SH and FHS Head/Chief of Departments

Graduated Departments	Undergraduate		Master's degree		Doctorate degree	
	n	%	n	%	n	%
Nursing	134	38.9	131	38.2	128	37.9
Midwifery	6	1.7	4	1.2	2	0.6
Physiotherapy and Rehabilitation (PR)	35	10.2	29	8.4	30	8.9
Nutrition and Dietetics (ND)	29	8.4	27	7.9	30	8.9
Social service	11	3.2	9	2.6	9	2.7
Management of Health Institutions (MHI)	9	2.6	13	3.8	11	3.3
Child Development	13	3.8	11	3.2	10	2.9
Audiometry	4	1.2	6	1.7	5	1.5
Work Health	1	0.3	1	0.3	1	0.3
<b>Graduated non-field Departments</b>						
Medicine	26	7.6	58	16.9	62	18.3
Veterinary Medicine	19	5.5	14	4.0	12	3.5
Biology	16	4.6	5	1.5	5	1.5
Business	12	3.4	11	3.2	12	3.5
Educational Science	8	2.3	3	0.9	2	0.6
Engineering	4	1.2	2	0.6	1	0.3
Sociology	2	0.6	5	1.5	7	2.1
Other (journalism, pharmacy, educational science, foreign languages, political science, history seafood / fisheries, child development, psychology, theology, agriculture, physics)	15	4.3	14	4.1	11	3.2
<b>Total*</b>	<b>344</b>	<b>100.0</b>	<b>343</b>	<b>100.0</b>	<b>338</b>	<b>100.0</b>

\* The information of inactive sections has also been added.

**Note:** Percentages are based on the total values under the column. 344 in Undergraduate, 343 in Y Undergraduate, 338 in Ph.D.

## DISCUSSION

Despite the importance of school administration, administrators of health school are often less well prepared to administrator position for various reasons including; not giving the necessary importance and attention to school administration, lack of knowledge, skill and experience of management and lack of motivation, some of them

The profile of the deans or directors reflects an administrator who has made use of many routes to prepare for the role. Two studies are these subjects in health schools are noteworthy.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Firstly, Bright and Richards (2001), presented view of the conduit to deanship. They suggest three patterns: The faculty citizen dean, the corporate dean and the accidental tourist dean. The faculty deans see themselves as “doing the right thing” and have usually travelled the scholar route in the same institution. The corporate dean is one whose emphasis is on academic work, focusing on policies and resources, and usually comes from another smaller institution. They concluded that the accidental tourist dean is the most common pattern in schools. Ülker at al., (2001) reached similar results. Of the 72 directors of HS, only 22 staff members are in their school or unit, while the others are in other schools or other units such as history or chemistry departments. Administrators from other schools or other units (69%) are fulfill the directorship of HS as a second task. This situation suggests directorship of HS is not considered enough at health schools. When two studies were considered together, the accidental tourist director is the most common pattern in health schools in Turkey.

Secondly, Wilkes et all (2015) founded that there are four distinctive pathways to becoming a nursing dean: same university pathway, different university pathway, different country pathway and health pathway. They also highlight the often-unplanned nature of the journey to deanship. They suggested that a need for formal education, and to identify prospective candidates as early as possible in their academic careers, so as to provide opportunities in administration and for formal leadership education.

Kleinman (2003), pointed out that although they are responsible for the achievement and operation of health school, administrators of health school are often less well prepared to manage the business activities than the clinical activities. She also emphasized that roles of administrators have evolved significantly in response to changes in the last two decades increasingly and characteristics for success in the health schools are based on competencies that require sophisticated business knowledge and skills. Another researcher achieves similar results. Powers (2014), pointed that the academic administrator, especially at the dean or department chair level, is not well prepared for this role; his appointment is more likely to be based on scholarly achievement than on management experience or skill. Administrators in the 21st Century at a country and organizational level are equipped with the knowledge, strategies and strength to lead and manage in health schools and through change and into a healthier future for all populations.

### CONCLUSIONS

The study is to investigate the educational profiles of the Faculty of Health Sciences School of Health and managers in Turkey. Based on these findings, some advice for motivating administrators may be offered to administrators of health schools.

Health school curriculum should base on competences that are developed by AONE 2016 and World Health Organization (WHO). They are provided an excellent template for educating and socializing executive nursing practice and for future administrator. Health schools in Turkey should have embedded the competencies into their education curriculum for both undergraduate, master’s and doctoral programs.

Administrators of health school should have a master's degree or doctorate degree as essential for manager performance. Administrators with graduate degrees will be able to advance health science and contribute to the knowledge base on how nurses can provide up-to-date, safe patient care; participate in health care decisions; and provide the leadership needed to establish nurses as full partners in health school redesign efforts.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Not all health workers at hospital or school begin their career with thoughts of becoming an administrator. Yet strong administrator will be required to transform the health schools. Not born as an administrator but can be an administrator. Administrator skills must be learned and mastered over time. The appropriate preparation of health school administrator is critical to the development of knowledge, skills and attitudes.

Administrators of health school are often less well prepared to administrator position for several reasons. Therefore, they must adopt a framework of continuous, lifelong learning and develop manager business knowledge that includes graduate degree programs, online programs, certificate programs, continuing education, in service education offerings, seminars, and mentoring activities.

Administrators of health school should have share experience, knowledge and skill with health school administrators of other countries on conferences, symposiums and other activities. This will bring mutual influence for effective health school manager.

Finally, the challenge for the health school administrator in the twenty-first century is to refine, adapt and promulgate a mission that fulfills the needs of the students, the professors and the society at large. The lessons of the past are a powerful force in crafting that vision, one that takes into account the dynamic forces of society, economics, technology and intellectualism in Turkey and other countries around the world. In these schools, the fact that the administrators are from the field is important in creating the professional vision. However, in cases where the directors cannot be from within the field, it is recommended that the dean or assistant directors should be than field.

### REFERENCES

- American Organization of Nurse Executives. AONE Nurse Executive Competencies. 2005  
[http://www.nurseleader.com/article/S1541-4612\(05\)00007-8/abstract](http://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(05)00007-8/abstract). Accessed October 13, 2016.
- Bright, D.F., Richards, M.P., (2001). The Academic Deanship: Individual Careers and Institutional Roles. The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series. ERIC.
- Heller, B.R., Drenkard, K., Esposito-Herr, M.B., Romano, C., Tom, S., Valentia, N., (2004). Educating nurses for leadership roles. *Journal of Continuing Education in Nursing* 35(5), pp. 203–210.
- Herrin, D., Jones, K., Krepper, R., Sherman, R., & Reineck, C. (2006). Future nursing administration graduate curricula, part 2: Foundation and strategies. *Journal of Nursing Administration*, 36 (11), pp. 498-505, DOI: 10.1097/00005110-200611000-00002.
- Huston, C., (2008). Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management* 16(8), pp. 905–911.
- IOM, Institute of Medicine (2011) *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*, The National Academies Press, Washington, DC.
- Kleinman, C.S., (2003). Leadership Roles, Competencies, and Education: How Prepared Are Our Nurse Managers. *Journal of Nursing Administration* 33(9), pp. 451-455.
- Leithwood, K., (2016). Department-Head Leadership for School Improvement. *Leadership and Policy in Schools* 15(2), pp. 117-140, DOI: 10.1080/15700763.2015.1044538.
- Leithwood, K., Seashore L., K. (2012). *Linking leadership to student learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- OSYM, (2014). *OSYM Higher Education Programs and Quotas Guide*. Student Selection and Placement Center. OSYM press, Ankara (in Turkish)



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Paterson, K., Henderson, A., Trivella, A., (2010). Educating for leadership: a programme designed to build a responsive healthcare culture. *Journal of Nursing Management* 18(1), pp.78–83.

Pillay, R., (2010). Towards a competency-based framework for nursing management education *International Journal of Nursing Practice* 16(6), pp. 545–554.

Powers, M.J., (2014). A Management Information System for Academic Administrators. *Journal of Research on Technology in Education* 11(4) pp.97-106. <http://dx.doi.org/10.1080/00011037.1978.11008230>

Roussel, L., Thomas, P., Harris, J., (2016). *Management and Leadership for Nurse Administrators*, 7th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Scoble, K.B., Russell, G., (2003). Vision 2020, part one: profile of the future nurse leader. *Journal of Nursing Administration* 33(6), pp.324–330.

Shaffer, F.A., Davis, C.R., Dutka, J., Richardson, D.R., (2014). The future of Nursing: domestic agenda, global implications. *Journal of Transcultural Nursing*, 4, pp. 388–94. doi: 10.1177/1043659614523474

Short, J.D., (1997). Profile of Administrators Part I: Resources for of Schools of Nursing, Goal Achievement. *Journal of Professional Nursing* 13(1) pp. 7-12.

Smith, J.P., (2006). Higher education and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 3(3), pp. 219-220.

Stefl, M. E., (2008). Common competencies for all healthcare managers: The Healthcare Leadership Alliance model. *Journal of Healthcare Management* 53(6), pp. 360-373.

Suber, C., (2012). Characteristics of effective principals in high poverty South Carolina elementary schools. *International Journal of Educational Leadership Preparation* 7(1), pp. 1-15.

Turale, S., (2015). Preparing future nurses for global health. *International Nursing Review*, 62(2), pp. 143.

Ülker, S., Buldukoglu, K., Aksayan, S., Atalay, M., Kocaman, G., Oktay, S., Pektekin, C., (2001). Türkiye’de Hemşirelik: Temel Mesleki Eğitim ile İnsangücü’ne İlişkin Sorunlar ve Çözüm önerileri. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı. 24 Mayıs 2001, Ankara, Retrieved June, 30, 2001 from [www.yok.gov.tr/egitim/raporlar/hemşirelik/hemsire.pdf](http://www.yok.gov.tr/egitim/raporlar/hemşirelik/hemsire.pdf),

Wallace Foundation. (2012, January). The school principal as leader: Guiding schools to better teaching and learning. New York: Author. Available at [www.wallacefoundation.org/knowledge-center/school-leadership/effective-principal-leadership/Pages/Te-School-Principal-asLeader-Guiding-Schools-to-Better-Teaching-and-Learning.aspx](http://www.wallacefoundation.org/knowledge-center/school-leadership/effective-principal-leadership/Pages/Te-School-Principal-asLeader-Guiding-Schools-to-Better-Teaching-and-Learning.aspx).

Waxman, K.T., Roussel, L., Herrin-Griffith, Donna., D’Alfonso, Jim., (2017). The AONE Nurse Executive Competencies: 12 Years Later. *Nurse Leader* 15(2) 2, pp. 120-126.

Wepner, S. B., D’Onofrio, A., Willis, B., & Wilhite, S., (2011). The Leadership Dimensions of Education Deans. *Journal of Teacher Education* 59(2) pp. 153-169 DOI: 10.1177/0022487107313745

White, J. E., (1998). The perceived role of mentoring in the career development and success of academic nurse administrators. *Journal of Professional Nursing* 4, pp. 178-185.

Wilkes, L., Daly, J., Cross, W., Jackson, D., (2015). The Rise of the Nursing Academic Leader: Pathways to Deanship. *Nursing and Health* 3(2), pp. 31-38, DOI: 10.13189/nh.2015.030201



*Usaysad Derg,2021; 7(1):142-155 (Derleme makale)*

## ENDÜSTRİ 4.0 UYGULAMALARININ SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## EVALUATION OF THE EFFECTS OF INDUSTRY 4.0 APPLICATIONS ON HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

**MSc Derya ŞAHİN**

Üsküdar Üniversitesi, Doktora Öğrencisi, derya.sahin1@st.uskudar.edu.tr, orcid.org/ 0000-0002-6668-5888

**Dr. Öğr. Üyesi Süreyya YILMAZ**

Üsküdar Üniversitesi, sureyya.yilmaz@uskudar.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6024-4344

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (01.02.2021-10.04.2021)

### Özet

Endüstri 4.0 teknolojisinin getirdiği ve tüm yaşam alanlarını etkisi altına alan uygulamaların, sağlık sistemlerindeki insan kaynakları yönetimini nasıl etkilediği değerlendirilmektedir. Endüstri 4.0 sanayi devrimiyle gelişen teknolojik olanaklar, faydalarının yanı sıra zorlukları da beraberinde getirmektedir. Yüksek teknolojiyle donatılan sağlık kurumlarında, insan gücünde de önemli değişimler meydana gelmiştir. Teknolojinin üretime sağladığı olanaklar, üretimde insan gücüne duyulan ihtiyacın giderek azalmasına neden olmaktadır. İhtiyaç duyulan insan gücünün ise yeni teknolojilerle uyumlu olması gerekmektedir. Endüstri 4.0' ın getirdiği teknolojik olanaklar, sağlık sistemlerinde de devrim niteliğinde yenilikleri ortaya çıkarmıştır. Yeniliklerle gelen olanaklar, insan gücüne olan ihtiyacı azalttığından, işsizlik sorununu gündeme getirmektedir. Alım gücünün zayıfladığı ortamda; seri, hızlı ve hatasız olarak sunulan hizmetlerin alıcısının kim olacağı sorunu ortaya çıkarmaktadır. Endüstri 4.0 uygulamalarının sağladığı olanaklardan optimum düzeyde faydalanabilmek amacıyla; yaşanması muhtemel sorunların ve olası çözüm seçeneklerinin, uzmanlarca multidisipliner bir yaklaşımla ulusal düzeyde belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Önlemler, uluslararası platformlarda da paylaşılarak, küresel stratejilerin oluşturulması hedeflenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Endüstri 4.0, insan kaynakları yönetimi, sağlık kurumları, sağlık insangücü.





# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

## Abstract

It is evaluated how the applications brought by Industry 4.0 technology and affecting all living spaces affect the human resources management in health systems. The technological possibilities that have developed with the Industry 4.0 industrial revolution bring challenges as well as benefits. In health institutions equipped with high technology, important changes have also occurred in human resources. The possibilities provided by technology to production cause the need for human resources in production to gradually decrease. The human resources needed must be compatible with new technologies. The technological opportunities brought by Industry 4.0 have revealed revolutionary innovations in health systems. As the opportunities that come with innovations reduce the need for human resources, it brings up the problem of unemployment. In an environment where purchasing power is weakened; It raises the problem who will be the recipient of the services provided quickly and without error. In order to benefit from the opportunities provided by Industry 4.0 applications at the optimum level; Possible problems and possible solution options should be determined by experts at national level with a multidisciplinary approach and necessary precautions should be taken. The measures should be shared on international platforms, aiming to create global strategies.

**Keywords:** Industry 4.0, human resource management, health care organizations, health human resources.

## GİRİŞ

Çalışmada, endüstri 4.0 bağlamında gelişen teknolojik olanaklar doğrultusunda, yaşamdaki tüm alanların küresel çapta etkileneceği görüşünden yola çıkılarak ; günlük yaşam şartlarının, iş yapış şekli ve süreçlerinin, işgücüne olan etkilerinin ürün ve hizmet üreten organizasyonları nasıl etkilediği genel olarak değerlendirilmiştir.

Endüstri 4.0 sürecinde yaşanan küresel değişimin sağlık kurumlarını nasıl etkilediğini araştırmaya yönelik yapılan çalışma, özellikle sağlık kurumlarındaki insan kaynakları yönetiminde meydana gelen ve gelecek olan değişimleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada ; değerlendirmenin rasyonel ve kapsayıcı olabilmesi için, değişimin sağlayacağı faydaların ve karşılıklı muhtemel zorlukların, İKY uygulamalarına olan etkilerinin değerlendirilmesi sunulmaktadır.

## Genel Bilgiler

Günümüzde içinde bulunulan yoğun rekabet ortamında ; kurumların, iç ve dış çevreyi takip ederek, bilgiyi hızlı bir şekilde toplamak, süreçlerine entegre ederek kullanmak ve piyasa değişikliklerine cevap verecek şekilde faaliyetlerini yönlendirmeleri bir zorunluluk haline almıştır. Kurumların rekabet üstünlüğü elde etmek ve bunun sürekliliğini sağlamaları da benzer şekilde kaçınılmazdır. Bu süreçte kurumların sahip oldukları en değerli kaynaklardan biri de hiç şüphesiz ki insan kaynaklarıdır. İnsan kaynaklarını, hedefleri doğrultusunda diğer kaynakları ile uyumlu, etkin ve verimli yönetebilen kurumlar alanlarında önemli bir rakabet üstünlüğü elde edeceklerdir.

Teknolojinin, akıllı evler, ileri endüstriyel yapılar, akıllı ofis araçları ve akıllı ürünler gibi günlük yaşamımızın her alanında kullanıldığı çağımızda, işletmelerde bu teknolojik gelişmelerden yoğun bir şekilde faydalanmaktadırlar. Hatta endüstri 4.0 olarak adlandırılan insan gücüne duyulan ihtiyacı giderek azalttığı ileri sürülen bu yoğun teknoloji kullanımı, işletmelerde ki insan kaynaklarını tehdit eder duruma geldiği de öne çıkan görüşlerdendir (Stachová el al., 2019 s. 12). Endüstri 4.0' ın, sağlık kurumları da dahil olmak üzere tüm organizasyonların rekabet gücünün geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde büyük bir fırsat olmasına rağmen ; ülkeye, sektöre, şirkete ve



hatta bireysel hazırlıklara göre başarısı değişecek olan uygulamalar dizisi olduğu da belirtilmektedir (Ślusarczyk, 2018, s.1).

Teknolojinin günlük yaşantımızdan, tüm sektörler kadar uzanan bu geniş etki alanı, sağlık hizmetlerinde de önemli değişimlere yol açmıştır. Sağlık kurumlarındaki yoğun teknoloji kullanımının, sektördeki insan kaynakları yönetimine etkileri çalışmada başlıklar halinde değerlendirilmektedir.

### İnsan Kaynakları Yönetimi

Çağdaş iş yaşamındaki değişim ve dinamizm kaynakları, dış tehditlere ve fırsatlara sürekli uyum sağlama çabasını gerekli kılmaktadır. Hızlı ve yıkıcı teknolojik değişim, hem üretimin hem de tüketimin küreselleşmesi "yoğun rekabete" yol açmıştır. Rekabet avantajının geçici olduğu iş yaşamında ortaya çıkan zorluklar ve küresel pandemiler, örgütsel hayatta kalma ve başarı için yeni ve ayırt edici stratejilerin sürekli yenilenmesini gerektirmektedir (Ahammad et al., 2020, s. 1). Kurumların hedeflerine ulaşmada belirleyecekleri stratejilerde kullandıkları en temel kaynaklardan biri insan kaynaklarıdır. Etkili istihdam ve kalkınmaya yönelik nitelikli işgücü şirketlerin kritik stratejik hedeflerindedir (Hecklau et al., 2016, s. 2). Örgüt bünyesinde bulunan en üst yöneticiden en alt düzeydeki işgörelere kadar tüm çalışanları kapsayan insan kaynakları, örgüt dışında bulunan ve potansiyel olarak yararlanılabilecek işgücünü de ifade etmektedir (Demirkol ve Tis, 2018, s. 3).

İnsan kaynakları uygulamaları; çalışanların seçim ve kurum içinde doğru konumlandırılmasından başlayarak, beceri ve yeteneklerini geliştirmeyi ve bunların kurum hedeflerinin gerçekleştirilmesi yönünde yüksek performansla kullanılmasını da amaçlayan faaliyetlerin bütünüdür. İK uygulamaları kurumlara, bilgiye dayalı bir ekonomide; eğitim, inovasyon, performans değerlendirme, yetenek geliştirme, yenilikçiliğe ve öğrenmeye teşvik etme yaklaşımlarıyla fark yaratan rekabet avantajı da sağlamaktadır (Shamim et al., 2016, s. 5).

Rekabet avantajı arayışında olan kurumların, İKY' nin iş stratejisini desteklemedeki rolünü keşfetme ve insan kaynakları yönetiminin, insan sermayesini geliştirme ve kuruma özgü yeteneklere vurgu yaparak, başarı için çabalarını ortak hedefe yönlendirme yöntemi ise stratejik İKY olarak ifade edilmektedir (Amberg JJ ve McGaugheyb, 2019, s. 3-6). Stratejik İKY faaliyetleri, organizasyon içi bağları güçlendirip çalışanların sahip olduğu dağınık bilgileri koordine ederek, elverişli biçimde kullanmaları ile kurumun rekabet avantajı elde etmesine katkı sağlar (Amberg JJ ve McGaugheyb, 2019, s. 7). Kurumlara rekabet avantajı sağlayan ve en kritik üretim unsurlarından biri olan insan kaynakları aynı zamanda kurumların en önemli maliyet unsurunu da oluşturmaktadır. Bu nedenle insan kaynaklarının, bilimsel metodlarla ve rasyonel yönetilmesi, kurumların stratejik başarılar elde etmesinde önemli bir etkiye sahiptir.

### Endüstri 4.0

Rekabetçi ve dinamik ekonomik ortamda, kuruluşlarda üretilen tüm ürün ve hizmetlerin kalitesinin artması ve aynı zamanda maliyetlerin azalması hedefiyle ortaya çıkan gelişmeler sonucunda, günümüzde endüstri 4.0 olarak adlandırılan dördüncü sanayi devrimi yaşanmaktadır. Ancak bu sürece gelme aşamasında tüm dünyayı etkisi altına alan üç önemli sanayi devrimi daha yaşanmıştır. Buharla çalışan makinelerden, elektrikle çalışan ve dijital otomatik üretime geçilerek, üretim sürecinin kalıcı ve sürdürülebilir bir şekilde verimliliğini sağlayan bu devrimler; 18. yüzyılın sonlarında, küçük atölyelerde çalışan zanaatkarların; daha hızlı, verimli ve büyük ölçekli üretim yapan endüstriyel atölyelere dönüştürülme çabalarının sonucudur. Makinelerin keşfine imkân veren



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

teknolojik gelişim ve değişim süreçleri, birbirini takip eden sanayi devrimlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Vaidya et al., 2018, s.2; Kılıç ve Alkan, 2018, s. 3). Endüstri alanında yaşanan ve günlük yaşantının tamamını etkisi altına alan gelişmelerin ilki, 1750' li yıllarda başlayıp 1830' lara kadar süren ve günümüzde sanayi 1.0 olarak adlandırılan, birinci sanayi devrimidir. Bu süreç; üretimin, beden gücünden buhar sistemleriyle çalışan makine gücüne doğru evrildiği süreçtir. İkinci sanayi devrimi ise; 1840' lı yıllarda başlayan, elektrik teknolojisinin gelişip üretimde kullanıldığı ve 1913 yılında Henry Ford' un üretim bandını hayata geçirmesiyle üretim miktarını arttırıp, birim maliyetleri düşürdüğü ve bu teknolojinin diğer sektörlerde de yansıdığı, üretimde verimlilik artışının yaşandığı süreçtir (Bulut ve Akçacı, 2017, s. 3). Üçüncü sanayi devrimi süreci ise 20. yüzyılın son çeyreğinde ABD ve Doğu Asya' nın önderliğinde bilgi, iletişim teknolojileri ve biyoteknoloji, nanoteknoloji, yarı iletken, alanlarındaki gelişmelerle ortaya çıkmıştır (Akben ve Avşar, 2018). İkinci dünya savaşının bittiği ve dijital teknolojinin gelişmeye başladığı 1950'li yıllarda, özellikle mekanik elektrikle çalışan hesap makinesinin üretilmesi ve bilgisayara kadar uzanan dijital gelişmeler, üretim süreçlerinde etkili olmaya başlamıştır. Bu süreçte, bilgisayarla birlikte iletişim teknolojileri de gelişmiştir.

Devrim, doğası gereği tüm toplumu etkisi altına alan bir olgudur. Bu nedenle üretim süreçlerinde yaşanan teknolojik devrim, çok daha küçük ve pratik ürünlerin de hayatımıza girmeye başlamasıyla günlük yaşantılarımızı da etkilemektedir. Yaşanan teknolojik değişimler, insan gücüne duyulan ihtiyacın gündelik yaşamda da azalmaya başlamasına neden olmaktadır. Makineler kendilerini ve üretim süreçlerini yönetmeye başladığından, üretim sektöründe insan gücüne ihtiyaç giderek azalmaya başlamıştır. Nesnelerin interneti (Internet of Things – IoT) olarak da isimlendirilen endüstri 4.0; makine gücünün insan gücünün yerini alarak üretim süreçlerini kendiliğinden yönetebilir hale getirmekte ve insanlar arasındaki bilgi alışverişini ticarileştirmektedir (Ślusarczyk, 2018, s. 5).

Endüstri 4.0' la dijital yaşam, fiziksel yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Bu sürece uyum noktasında en önemli hususun eğitim olduğu görülmektedir. Okullarda kodlama üzerine derslerin küçük yaştan itibaren verilmesi, robotik kulüplerin kurulması vb. projelerle öğrencilerin, yenilikçi düşünce yapısına sahip olmaları ve bu yeni dünya düzeniyle erken yaşlarda tanışmalarının gerekliliğini ortaya çıkaran önemli uygulamalardır. Diğer yandan bireylerin iş hayatına dahil olmadan önce üniversite dönemlerinde de endüstri 4.0' a uyumlu bir eğitim sistemi içerisinde sadece teorik değil pratik deneyimlerde elde edebilecekleri, planlı bir eğitim ile yetişmeleri önem taşımaktadır (Demirkol ve Tis, 2018, s. 10).

Endüstri 4.0 kapsamında farklı alanlarda uygulanmaya başlanan birçok yeni teknolojik sistemler bulunmaktadır. Bunlardan biri de siber-fiziksel sistemlerdir. Bu sayede sensörler, akıllı robotlar, dronelar, 3D yazıcılar gibi cihazlar yardımıyla, fiziksel kontrol ve izleme kabiliyeti geliştirilmiştir. Fiziksel bileşenler; veri analitiği ve sensör teknolojisi gibi dijital yazılım bileşenleri, dijital ve fiziksel ortamlar arasındaki geçişi desteklemektedir. Bu uygulamalar, fiziksel bir bileşeni tarayarak dijital ortama aktarabilir yada dijital bir gösterimi 3D yazıcılarla fiziksel ortama aktarabilirler (Kusmin, 2018, s.3). Endüstri 4.0' la hayatımıza giren diğer önemli kavramlar ise; büyük veri ve bulut bilişimdir. Bu uygulamalarda benzer şekilde; ağlar üzerinden alınan bilgilerin işlenerek, ürün ve üretim süreçlerini modellemek, sanallaştırmak ve simüle etmek için kullanılmaktadırlar (Kusmin, 2018, s. 4).



## Endüstri 4.0' ın İnsan Kaynakları Yönetimine Etkileri

Günümüzü etkileyen ve geleceğe yön veren birçok teknolojik – dijital uygulamaları kapsayan endüstri 4.0 devriminin yarattığı teknolojik büyüme; günlük yaşantıdan, iş hayatına, ülke ekonomisinden, küresel sisteme kadar tüm yaşam alanlarını etkisi altına almıştır. Çalışma kapsamında değerlendirilen insan kaynakları yönetimi de bu değişimden önemli ölçüde etkilenen alanlar arasındadır. Endüstri 4.0 konusu önceki çalışmalarda ağırlıklı olarak teknolojik yönü ile ele alınmaktaydı. 2014 yılından itibaren ise çalışmalar çoğunlukla insan kaynakları yönetimi ve endüstri 4.0 konusunu üzerine odaklanmaya başlamıştır (Filizöz ve Orhan, 2018, s. 6).

Endüstri 4.0, insan kaynakları yönüyle değerlendirildiğinde; teknolojik gelişmelerin emeği, üretim hattında arka plana atması dolayısıyla, teknolojiye karşı olan korkuyu her geçen gün daha da fazla artırmaktadır. (Gürün, 2019, s. 19). Mevcut yapıda endüstri 4.0 uygulamaları ile uyumlu çalışacak uzmanlığa sahip insan gücü eksikliği de öne çıkan sorunlar arasındadır (Alloghani et al., 2018, s. 7). İnsan gücünün uyum süreci, değişim ve dönüşüm yönünün enformasyona doğru evrilmesini gerekli kılmaktadır (Türkel ve Bozağaç, 2018, s. 17). İş tanımlarının yeniden değerlendirilmesi, teknolojiyi uyum sağlayan ve hatta yön verebilen işgücünün bulundurulması ve çalışanların bu konularla ilgili eğitimleri de önem verilmesi gereken faaliyetler arasındadır (Demiral, 2019, s. 3-4).

Yaşanan teknolojik değişimlerden dolayı mekandan bağımsız çalışma imkanlarının artması, fiziksel gücün yerini cihazlara devretmesi, zihinsel gücün öneminin artması işgücünün de nitelik olarak değişmesi gerektiğini göstermektedir. Tekrarlanan faaliyetler için robotik sistemlerin kullanılmasının mavi yaka işgücü istihdamını azaltacağı beklenmektedir. Bunun yanı sıra yapay zekanın kullanılmaya başlamasıyla birlikte, beyaz yaka olarak da ifade edebileceğimiz yüksek nitelikli işgücü de bu değişimlerden etkilenenlerdir. Kalıpları eşleştirmede ve süreçleri otomatikleştirmekte başarılı olan yapay zekanın, kurumsal denetimlerin %30' unu gerçekleştirebileceğini öngören uzmanlar, 2026 yılında bir şirket yönetim kurulunda ilk yapay zekâ makinenin üye olarak yer alacağını tahmin etmektedirler (Soylu, 2018, s.11). Bu durumda makinelerle etkileşim halinde bulunması zorunlu bir işgücüne de ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanı sıra yapay zekanın da işin içine girmesiyle insan gibi düşünüp hareket edebilen cihazlar, robotlar ve sensörlerle donatılmış bir çevrede sorunsuz çalışabilen birçok cihaz, yenilenebilir enerji kaynakları, siber güvenlik ve simülasyon uygulamaları da endüstri 4.0 kapsamında gelişen diğer uygulamalardır.

Akıllı makinelerin kullanımıyla iş yapma mantığının işgücü üzerinde yapacağı değişikliklere uyum sağlayacak stratejilerle, insan kaynakları planlaması ve bunları kapsayan kurumsal kültürün oluşturulması da endüstri 4.0' ın önemli gerekliliklerindedir. Geçmiş endüstriyel devrimlere bakıldığında her bir dönemden diğerine geçişte mevcut mesleklerin bazılarında yok olma veya azalma, bir takım yeni mesleklerin de doğuşu meynada gelmiştir. Bu geçiş süreçlerinde işsizlik olgusuyla da hep karşılaşmıştır. Teknolojinin işçinin yerini alması ilk defa karşılaşılan bir durum değildir. Diğer endüstriyel süreçlerde olduğu gibi Endüstri 4.0 ile birlikte de bu geçiş sürecinde yeni duruma adapte oluncaya kadar işsizliğin yaşanacağı beklenen bir durumdur. Bu nedenle bazı alanlarda iş görenler yerini robotlara devredeceği için yeni şartlara uygun insan kaynakları politikası geliştirilmesi gerekecektir. Bu kapsamda insan kaynakları yönetiminin yeni bir form kazanıp, daha hızlı, esnek, sisteme entegre bir yapı alması gerekmektedir. Endüstri 4.0; değişimin gerekliliklerini yerine getiren yenilikçi işletmeler için fırsat, ancak değişime tepki vermeyen işletmeler içinse ciddi sorunlar oluşturacaktır (Demiral, 2019, s. 5; Stachová et al., 2019 s. 1,13).

Yeni sistemde bazı emek yoğun faaliyetlerin yerini sermaye almaktadır. Ancak yok olan meslekler yerine teknolojinin de gereksinim duyduğu bazı yeni meslek grupları ortaya çıkmaktadır. Bunlar



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

arasında; sosyal medya danışmanlığı, giyilebilir teknoloji tasarımcısı, artırılmış gerçeklik geliştiricisi, mobil uygulama geliştiriciliği, IoT çözüm mimarlığı, 3D yazıcı mühendisliği, network geliştirme mühendisliği, bulut hesaplama uzmanı ve yapay zeka programcılığı belirtilebilir.

Endüstri 4.0'dan etkileneneği öngörülen diğer bir insan kaynakları fonksiyonu ise ücret yönetimidir. İnsan kaynakları uygulayıcıları, mavi yakalı çalışana ihtiyacın, beyaz yakalı ihtiyacına doğru evrileceğini böylece beyaz yakalı sayısının da azınlıkta olması sebebiyle ücret yönetiminin olumlu seyredeceğini iddia etmektedirler. Dahası ücret yönetiminin kişinin performansına göre olacağı, böylelikle ödemelerin rahat yapılacağı savunulmaktadır (Taşköprü, 2019, s. 126).

Endüstri 4.0' in değişikliklere yol açtığı insan kaynakları yönetiminde ki en önemli kriterlerden biri de genç nüfusun istihdamıdır. Endüstri 4.0' ın kurumsal sosyal sorumluluğu olarak Dünya Ekonomik Forumu 2019' da gündeme getirilen; dünya genç nüfusunun ihtiyaçlarının karşılanması gerekliliği konusunda eğitim, deneyim ve iş fırsatları uluslararası düzeyde tartışılmıştır. Genç nüfus merkezli, sürdürülebilir bir insan kaynakları yönetimine odaklanan formda; genç nesil için eğitim programlarını teşvik etmede ve genç neslin iş içindeki varlığını geliştirmede kurumların rolü değerlendirilmiştir. Bu kavramlar çerçevesinde, kamu ve özel sektöre yönelik sosyal sorumluluk çalışmaları kapsamında, iş piyasasında gençlerin geleceği için bütünsel bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ulusların geleceği için genç nüfusun daha istikrarlı yollar izlenmesi amacıyla, eğitimi ve sosyalliği zorlayan, teknoloji uyumlu, ulusal programlar oluşturulması gerekliliği de belirtilmiştir (Scavarda et al., 2019, s. 16; Buchelt et al., 2020, s. 12).

Endüstri 4.0' dan yani dördüncü sanayi devriminden en yoğun olarak etkilenecek olan insan kaynakları yönetimi özetle; iş yapış şeklini ve süreçlerini etkileyen tüm faaliyetleri gözden geçirip sorgulayarak, kendini yeni sisteme adapte etmelidir. Üreten ya da tüketen farketmeksizin, tarafların birinde insan var olduğu sürece, kendini yenileyen ve değişimlere adapte eden insan kaynakları da var olmaya devam edecektir (Demirkol ve Tis, 2018, s. 11)

### **Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi**

Sağlık hizmetleri; önemsiz görünen hataların dahi kimi zaman büyük kayıplarla sonuçlanabileceği, multidisipliner, karmaşık yapıda ve artık günümüzde üzerinde ciddi bir maliyet baskısı da taşıyan bir alandır. Böyle hassas ve dinamik bir yapı ancak alanlarında uzman kişilerden oluşan ekiplerle, bilimsel metodlar ve kantitatif yöntemlerin ağırlıklı kullanıldığı stratejilerle rasyonel yönetilebilir.

Günümüzde insan kaynakları, tüketim toplumunun ortaya çıkardığı kurumsal aidiyet duygusunun eksik olduğu bir yapının da etkisindedir (Muslu, 2017, s. 4). Sağlık kurumları insangücü açısından değerlendirildiğinde; yoğun çalışma, bedensel ve zihinsel olarak yorucu olan ve tam bir dikkat gerektiren, emek yoğun bir yapıdadır. Ancak bu özelliklere sahip sağlık insan gücü de artık yoğun dijitalleşme sürecine girmiş ve bu süreç teknolojinin temeli olan "hız" la öngörülemez bir şekilde ilerlemektedir.

İnsangücü; yorulan, hata yapabilen, hastalanan, iş dışında farklı sorumlulukları ve kaygıları olan, dinlenemeye gereksinim duyan, değişken psikoloji ve dolayısıyla sabit tutulamayan bir konsantrasyona sahip yapıdadır. İş yaşamı için olumsuz olarak kabul edilebilecek daha birçok özelliklere de sahip bu insangücünden; sağlık hizmetlerinde, telafi edilemeyecek durumların varlığından dolayı hata yapmamaları beklenmektedir. Belirtilen bu unsurlara ek olarak; sağlık hizmetleri maliyetlerinin önemli bir oranını bu özelliklere sahip işgücü maliyetleri oluşturmaktadır. İşgücünün; ücretleri, primleri, izin hakları, yeme-içme giderleri, motivasyon artırıcı faaliyet giderleri gibi bir çok gider unsuru bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

dijitalleşmeye başlaması da tam bu aşamada ortaya çıkmaktadır. Hata yapmaması istenen ve hata yapmaması için çok ciddi maliyet gerektiren faaliyetlerle desteklenen insangücü yerine, makinelerin, robotların, yapay zekanın ve dijitalleşmenin hakim olduğu bir sistem var olmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetleri, farklı disiplinlerde uzmanlıklara sahip nitelikli iş gücünün yanı sıra cerrahlardan temizlik personellerine kadar geniş bir alana yayılan farklı eğitim seviyelerindeki karmaşık yapıda bir insangücünü barındırdıklarından, yönetimleri de uzmanlık ve stratejik planlar gerektiren kritik uygulamaları zorunlu kılmaktadır. Statejilerin doğru olarak belirlenebilmesi de ancak değişen şartların iyi analiz edilmesi ve bu şartlara hızlı adaptasyonla mümkündür.

### Endüstri 4.0' ın Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimine Etkileri

Sağlık sektöründe endüstri 4.0 ile yüksek öngörülü hızlı teşhis, tedavi ve müdahale yeteneğinin gelişeceği sistemler kullanılmaya başlanmıştır. Yapay zekâ ve makinelere yüklenen algoritmalar sayesinde sağlık personeli yönlendirilip, yanlış teşhis ve tedavilerin önüne geçilecek uygulamalarla, tanı, teşhis ve tedavi süreçlerindeki hataların minimize edilmesi hedeflenmektedir (Sayar ve Yüksek, 2018, s. 11).

Endüstri 4.0' la güdeme gelen dijital hastaneler, tüm işlemlerin tam otomasyon sistemi ile yapıldığı ve yönetildiği hastane yapısını ifade etmektedir. Teknolojinin ileri seviyede kullanıldığı bu yapılar; görüntü arşivleme ve iletişim sistemleri (PACS), radyoloji bilgi sistemleri (RIS), sağlık bilgi sistemleri (HIS), klinik bilgi sistemleri (CIS), coğrafi bilgi sistemleri (GIS-Geographic Information Systems) gibi uygulamalarla, verimliliğin artması ve maliyetlerin azalması hedeflenmektedir. (Kumari et al., 2018, s.13).

Sağlanan bu teknolojik gelişmeler ve kullanılan otomasyon sistemleri ile acil durumlarda dahil olmak üzere, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin doğru ve hızlı kararlar almaları desteklenmekte ve insan kaynaklı hataların azalması da öngörülmektedir (Aslan ve Güzel, 2019, s. 4).

Endüstri 4.0 la birlikte kullanılmaya başlanan önemli bir uygulama da simülasyon tekniğidir. Sağlık alanında da yoğun bir şekilde uygulanmaya başlanan simülasyon; gerçek sistemin yapısı ve davranışını anlayabilmek için mantıksal ve matematiksel ilişkilerle, gerçek sistemin dışında deney yapma olanağı sağlayan bir yöntemdir (Soylu, 2018, s. 6). Sanal uygulamaların dışında, insan bedenine müdahale gerektirecek operasyonlar için de ileri teknoloji imkanlarıyla donatılmış hibrit ameliyathaneler kullanılmaktadır. Yüksek teknoloji donanımlı hibrit ameliyathaneler sağlık insan gücüne hibrit hemşire ve hibrit hekim kavramlarını da getirmiştir (Buchelt et al., 2020, s. 13). Da Vinci robotu olarak bilinen ve son derece karmaşık bir robotik teknolojinin ürünü olan robotic cerrahi, cerrahi müdahalelerin birçoğunda kullanılabilir durumdadır. Ancak operasyonlarda ciddi başarılar sağlayan bu yöntemin, cerrah ve hasta ilişkisinde önemli bir ontolojik kopuşa neden olduğunu da belirtilen görüşler arasındadır. Bu yaklaşıma göre; teknoloji ile çeşitli şekillerde yeniden tanımlanan tıp pratiğinde, “hasta bedeninin bir çeşit data haline gelmesinin yanı sıra, hekimin bedeni de, bir yaşanmışlıklar toplamı olmaktan çıkmakta, mükemmel makinenin iyi kullanıcısı” haline dönüşmektedir. Diğer bir deyişle beceri, artık ‘cerrahi’ bir el becerisi değil; makineyi maharetle kullanabilmenin teknisyen kıvraklığı olduğu belirtilmektedir (Ergur ve Çobanoğlu, 2020, s. 6). Günümüzde ağırlıklı olarak; üroloji, jinekoloji, pediatri ve kardiyovasküler cerrahi alanlarında kullanılan robotik cerrahi işlemleriyle, 10-12 kişilik ameliyat ekiplerinin, dört kişiye kadar düşmesi de teknolojinin insan gücüne duyulan ihtiyacı ne denli azalttığını gösteren önemli bir ölçüt olarak belirtilebilir. Ancak, robotik kollara bağlı cerrahi aletlerin kullanıldığı

148



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

mikro robotlarla insan elinin ulaşamadığı noktalara kadar ulaşılabilirdiği ve insan elindeki doğal titreminin robotik cerrahi aletlere hiç yansımadağından hata payının minimize edildiği, hassas ve kritik operasyonlarında daha başarılı sonuçlandığı yadsınamaz bir gerçekliktir (Aslan ve Güzel, 2019, s. 6).

Endüstri 4.0' la kullanılmaya başlanan 3D yazıcılar ve beraberinde getirdiği teknolojik imkanlarla, insan sağlığı açısından çığır açacak nitelikte, devrimsel bir gelişme sağlanmaktadır. 3D yazıcıların sadece fiziksel nesnelere değil; biyobaskı tekniği ile organ üretimi yapabilmesi mümkün olacağı ifade edilmektedir. Farklı bileşimler kullanılarak organların katmanlı bir şekilde basılmasının öngörüldüğü sistemde, kemik yapmak için titanyum tozunun kullanılması gibi gelişmelerin kaydedildiği de belirtilmektedir. Çalışmada, kişiselleştirilmiş tıp uygulamalarının yaygınlaşacağı ve bu alanda hizmet sunan sektörlerin de gelişeceğine dikkat çekilmektedir (Soylu, 2018, s. 12). Gelişen sektörler, endüstri 4.0 teknolojileri ile iş sağlığı ve iş güvenliği yönetimi konusunda da gelişmeler kaydederek, daha güvenli çalışma ortamları ve uygulamaları da beraberinde getirmektedir (Silveira et al., 2019, s.5)

Günlük hayata aktif olarak giren, giyilebilen teknoloji; kalp ritmini ve harcanan kaloriyi ölçebilen saatler, avuç içi okuma sistemleri, mobil sağlık hizmetleri, online hekim görüşmeleri, dijital sağlık evrakları, dijital hastaneler ve dijital sağlık hızla daha da geniş bir alana yayılmaya devam etmektedir. Bu yönde yapılan çalışmalar da aralıksız devam etmektedir. Bu çalışmaların öncü kuruluşlarından biri DARPA' dır. Farklı alanlarda teknolojiler üretmekten sorumlu ve ABD Savunma Bakanlığı' na bağlı bir kurum olan DARPA (Savunma İleri Araştırma Projeleri Ajansı – Defence Advanced Research Projects Agency) 1958 yılında kurulmuştur. DARPA, yalnızca hassas silahlar ve gizli teknoloji gibi askeri değil; aynı zamanda Küresel Konumlandırma Sistemi alıcıları olan internet, otomatikleştirilmiş ses tanıma, dil çevirisi gibi modern sivil toplum simgelerini de kapsar. Biyolojik Teknolojiler Ofisi periferik sinir arayüzü oluşturma çalışmalarına da önemli yatırım yapmıştır (<https://www.darpa.mil> Erişim Tarihi: 19.12.2020). Bu yatırım projeleri arasında en dikkat çekenlerden biri de duyuşal kodlayıcılarla geliştirilmiş "LUKE" adlı protez koldur. Zihnin gücüyle kontrol edilen robotik protez kol, artık hisleri de sinyallerle beyne iletebiliyor. Robotik kollar; karmaşık hareketlerin zihnin gücüyle yapılmasını sağlarken, kaydedilen son gelişmelerle, koldan alınan baskı, sıcaklık gibi fiziksel duyuları, torksensörleri yardımıyla elektrik sinyallerine çevirmekte ve koldan beyne kablolar aracılığıyla gönderilen sinyaller vasıtasıyla sahibine dokunma hissini iletmektedir (Naufel et al., 2020, s. 2; Aslan ve Güzel, 2019, s. 7).

Endüstri 4.0 esaslı kurulan sağlık sistemleri otonom karar almaya destek yapılarla donatılmıştır (Monteria, 2018 s.5). Hastaların mümkün olan her yerde tedavi görmelerini sağlayan ve terapötik teşhis olarak bilinen sistem, tedaviyi en üst düzeye çıkarmak için teşhis, kontrol, rahatlama ve iyileştirmenin birleştii tedavilerin hastanelerin dışında da sürdürülmesine imkan tanıyan uygulamaları kapsamaktadır. Hastane içi ve dışında uygulanan tedavilerde en önemli unsurlardan biri hiç şüphesiz ki bilgi güvenliğidir. Oluşması muhtemel güvenlik çatlakları kişisel veri kaybına, veri kaybı ise uygulanabilecek yanlış tedavi sonucu can kaybına dahi neden olabilir. Başarılı ve güvenilir mIoT (Medical Internet of Things – Tıbbi Nesnelere İnterneti) uygulamaları hastalıkların yönetimi ve sağlık eğitiminde esastır. Giyilebilir cihazlar veya akıllı telefonlar gibi mIoT sistemiyle hastaların dinamik çevresel veya davranışsal koşulları anlık olarak sağlık kuruluşları tarafından izlenerek; risk seviyeleri yükselmeden erken müdahalelerde bulunulabilecektir. İlaç kullanım şekli ve miktarı da yapılan değerlendirmelerle, hastaların bireysel özelliklerine göre optimum şekilde düzenlenecektir. Böylelikle yanlış ve aşırı doz ilaç kullanımı önlenecek ayrıca ilaç israfının önüne geçilecektir. Bu sayede bireylerin yaşam süreleri ve yaşam kaliteleri artarken devlet harcamaları da azalacaktır. (Monteria, 2018 s.7-9; Sayar ve Yüksek, 2018, s. 11; Ślusarczyk, 2018, s. 2).



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sağlık kurumlarının hızla dijitalleşmesi aynı zamanda kontrol edilebilirliğini de zorunlu kılmaktadır. Sağlık kurumlarının dijitalleşme seviyelerinin oluşturulan standart kapsamında kontrol edildiği ve uluslararası düzeyde akredite edildiği HIMMS (Healthcare Information and Management Systems Society) aynı zamanda Türkiye’ de ki hastanelerin de değerlendirilmesi amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı’ nın protokol imzaladığı bir kurumdur.

### **HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) Analitik ve EMRAM (Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme Modeli)**

HIMMS, 1961 yılında Georgia Teknoloji Enstitüsü’ nde kurulmuştur. Bünyesinde yer alan 600 şirket ve 450 dernek ile birlikte dünya çapında sağlık alanında 70.000’ den fazla kişiyi kapsamaktadır. Amerika, Avrupa ve Asya’ da yapılanması bulunan HIMSS’ in kuruluş amacı; bilgi teknolojilerinin, sağlık hizmetleri sunumunda ve geliştirilmesinde en uygun düzeyde kullanımını sağlamaktır. HIMSS Avrupa, dünya üzerindeki hastanelerde süreçleri iyileştirmek ve hastaların daha iyi hizmet almasını sağlamak için geliştirdiği yöntemi “HIMSS Analitik” olarak uluslararası bir standardizasyon mekanizması haline getirmiştir. “Daha iyi sağlık” sunumuna odaklanan HIMSS, bilgi ve teknoloji kullanılarak, nedene dayalı sağlık hizmetlerinin sonuçlarını performansı artırmak üzerine optimize etmektedir.

EMRAM modeli ise; yataklı hizmet veren sağlık kuruluşlarında kullanılmaktadır. HIMSS Avrupa, EMRAM modeli ile hastanelerin dijital süreçlerini değerlendirmek ve tespit etmek için uluslararası düzeyde kabul gören bir derecelendirme yapmaktadır. 6. ve 7. seviyeye gelmiş olan hastaneleri uluslararası platformda ilan ederek, akredite etmektedir. HIMSS’ de bu modellere ek olarak; Bakımın Sürekliliğini Benimseme Modeli, Ayaktan Tedavi Hizmeti Sunan Kuruluşlar için Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme Modeli, Analitik Olgunluk Benimseme Modeli, Dijital Görüntüleme Adaptasyon Modeli, Teknolojik Altyapı Benimseme Modeli, Klinik Entegrasyon Sağlama ve Sonuçları Edinme Modeli de bulunmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı ile HIMSS Avrupa arasında imzalanan protokol ile kamu hastaneleri de değerlendirme kapsamındadır (<https://himsseurasia.com> Erişim Tarihi: 19.12.2020).

### **YÖNTEM**

Çalışmada, endüstri 4.0 uygulamalarının sağlık kurumlarındaki insan kaynakları yönetimine olan etkileri literatür taraması yoluyla değerlendirilmektedir. Dördüncü sanayi devrimi olarak da adlandırılan endüstri 4.0’ a ilişkin yeniliklerin ve faaliyetlerin sağlık kurumlarındaki uygulamalarının özellikle insan kaynakları açısından değerlendirilebilmesi amacıyla çalışmada ilgili temel kavramlar sırayla değerlendirilmiştir. Değerlendirme; insan kaynakları yönetimi, endüstri 4.0, endüstri 4.0’ ın insan kaynakları yönetimine etkileri, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi ve endüstri 4.0’ ın sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimine ilişkin bilgileri kapsamaktadır.

### **YORUM**

Endüstri 4.0 devrimiyle gelişen teknolojik olanaklar, sadece ürün ve hizmet üreten firmaları değil ; tüm yaşam alanlarını etkilemiştir. Birbirleriyle iç içe olan iş yaşamı, teknoloji, hızlı ve seri üretim, işgücü ve ekonomi ; günlük ve sosyal yaşam şartlarını, eğitimi, kültürel yapıyı, yasal – hukuksal düzeni ve toplum sağlığını da etkileyen bir döngüdür. Bu döngüyü oluşturan unsurlardan birinde meydana gelen değişim diğerlerini de değişen faktörün gücü oranında etkilemektedir. Meydana gelen bu etki, globalleşen dünya düzeninde, küresel bir değişim meydana getirmektedir.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Organizasyonlar ve günlük yaşam için birçok fırsatı açığa çıkaran endüstri 4.0, aynı zamanda yeni zorlukları da beraberinde getirmektedir. Gerçekleşen değişimler göstermektedir ki teknolojik gelişmeler; insanlar, nesnelere ve sistemlerin birbirleri ile bağlantılı olmasını sağlayacak ve ekonomik büyüme, istihdam, yatırımlar, iş dünyası, hatta akademik çalışmaları bile yeni fırsatlar ve sorumluluklarla karşı karşıya bırakacaktır (Özsoylu, 2017, s. 21).

Kendi kendini kontrol eden üretim sistemleri, akıllı evler, sürücüsüz otomobiller, akıllı nesnelere, yapay zeka ile donatılmış çevre ve yüksek teknoloji ile sunulan sağlık hizmetleri; kaynak tasarrufu sağlayarak, çevre dostu olma özellikleriyle sürdürülebilirlik ve yüksek verimlilik sağlayacaktır. Ancak ileri teknolojilerle donatılmış sistemlere geçmek, devam eden süreçlerde etkinlik ve verimlilik sağlayacak olsa da; başlangıç aşamasında güçlü finans kaynaklarını gerekli kılmaktadır. Aynı zamanda yeni hizmet ve iş modellerinin geliştirilmesi; zaman tasarrufu, ürün-hizmetlerin kişiye özgü düzenlenmesi, artan üretim hızı, daha yüksek ürün kalitesi, daha az hata oranı, üretimde esnekliğin artırılmasına ve maliyetin azaltılmasına katkıda bulunacaktır. Ancak ortaya çıkan aşırı yatırım ihtiyacı, yatırımlarla ilgili vergi ve ar-ge faaliyetlerine teşviklerdeki yetersizlik, yetkin çalışan yetersizliği, yasal düzenleme ve sertifikasyon eksikleri, verilerin kullanımına ilişkin kanuni düzenlemelerin yetersizliği, gizlilik ve güvenliğin korunması, fikri mülkiyet, değişimi kabul etme ve değişime katkıda bulunma isteksizliği endüstri 4.0 kapsamında zorlukların yaşanacağı muhtemel alanlar olarak ortaya çıkmaktadır (Kusmin, 2018, s.8-10). Kullanılmaya başlanan bu sistemlerde büyük miktarda verinin harici sunucularda depolanması siber güvenlik sorunlarını da ortaya çıkaracaktır. Akıllı nesnelere etkileşimleri mahremiyetin korunmasında ki önemli kaygılardan biridir. Bu kaygılarda, beceri ve yeteneklerin geliştirilmesini sağlayarak, gelişmelere katkı sunacak şekilde değerlendirilmelidir. Belirtilen zorluklarla baş etmek durumunda olan şirketler rekabet edebilmek için artık stratejik ittifaklar kurmak ve yeni değer zinciri korelasyonu geliştirmek zorunda kalacakları, daha karmaşık bir sistem içerisinde faaliyet göstereceklerdir (Hecklau et al., 2016, s. 3).

Etkinlik ve üretkenlikte daha yüksek bir performans elde etmeyi hedefleyen endüstri 4.0' da dijitalleşme, optimizasyon, üretimin kişiselleştirilmesi, insan-makine etkileşimi ve makinelerin birbirleriyle entegrasyonu kavramları ön plana çıkarken, teknolojik gelişmelerin ortaya çıkardığı ve tüm yaşam alanlarını etkileyecek olan en önemli sorunlardan biri de işsizliktir. Üretimde insan gücüne ihtiyacın giderek azalmasıyla gündeme gelen işsizlik sorunu, aynı zamanda teknolojinin üretime sağladığı olanaklar dolayısıyla daha az genç insanın, emekli olanların yerine işgücü piyasasına girmesine neden olacaktır. Sanal çalışma ve esnek çalışma alanlarının artması, insan kaynaklarında yaşam boyu öğrenme biçimlerini de zorunlu hale getirecektir. Daha yüksek niteliklere sahip işlerde artış ve daha düşük nitelikler gerektiren işlerde ise kayıplar olmaya başlayacaktır.

Endüstri 4.0' ın tüm yaşam alanlarına ve insan kaynaklarına olan etkileri, sağlık sisteminde de ortaya çıkmaktadır. Bireylerin sağlık veri tabanları ve sisteme gömülü algoritmalar sayesinde çeşitli hastalıklara yakalanma risk durumları da önceden tahmin edilerek; hastalığa yakalanmadan ilgili tedbirlerin alınmasını sağlanacaktır (Sayar ve Yüksel, 2018, s.11). Endüstri 4.0' ın sadece teknolojik bir konu olmadığı; akademi ve üretim sektöründe insanı göz ardı ederek geliştirilmesinde önemli sorunları ortaya çıkartacağı öngörülmektedir. Endüstri 4.0 çalışmalarının ancak insanın merkeze alındığı, mühendislik teknolojilerinin kontrol işlevinin ötesinde kullanıldığı ve bütüncül bir insan kaynakları yönetimi anlayışı ile harmanlandığı sistemlerin uzun vadeli olacağı belirtilebilir (Filizöz ve Orhan, 2018, s.6).



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sağlık sistemlerinde yoğun olarak kullanılan sayısız teknolojik uygulama, bu alandaki insan kaynakları yönetiminin de değişimini zorunlu hale getirmektedir. Sağlık alanında kullanılan; simülasyon ve 3D yazıcı teknikleri, giyilebilir teknolojilerle sürekli izlenebilen sağlık verileri, dijital hastaneler, hibrit ameliyathaneler, robotik cerrahi sağlık insan gücünü etkileyen kritik gelişmelerdir. Emek yoğun sağlık sistemlerinde kullanılan teknoloji ve dijitalleşme insan gücüne duyulan ihtiyacı da azaltmaktadır. İhtiyaç duyulan sağlık insan gücü ise artık gelişen bu teknolojik yapıyla uyumlu çalışabilecek yetkinliklere sahip olmalıdır. Alt ve ara kademe çalışanlar tarafından yapılan işlerin neredeyse tamamının makineler tarafından yapıldığı bu sistemde personel güçlendirme temel uygulamalardan biri olacaktır. Sağlık alanında ortaya çıkan yeni yetkinliklere sahip bu insan gücünün yönetimi ise farklılaşmak ve kendini bu değişime adapte etmek zorundadır. Yeni insan kaynakları yönetiminde de dijitalleşme gündeme gelecek ve algoritmalarla donatılmış yapay zeka ürünü olan robotlar, yönetimde ki yerini alacaktır.

Modern ekonominin yeni gerçeği olan ileri teknoloji ve veri odaklı karar verme yöntemleriyle tüm yaşam alanlarında yerini alan endüstri 4.0, sağlık kurumları da dahil olmak üzere tüm organizasyonların rekabet gücünün geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde büyük bir fırsat olmasına rağmen; ülkeye, sektöre, şirkete ve hatta bireysel hazırlıklara göre başarısı değişecek olan uygulamalar dizisidir (Ślusarczyk, 2018, s.1).

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlığı geliştirmek sadece sağlık hizmetlerinin güvenilir ve kaliteli sunulmasıyla sınırlandırılmayacak kadar geniş bir alandır. Sağlığı sadece sağlıkla ilgili göstergelerden yola çıkarak anlamaya ve stratejiler geliştirmeye çalışmak yetersiz ve etkisiz uygulamalara neden olacaktır. Bu nedenle çalışmada; endüstri 4.0 kapsamında, sağlık kurumlarındaki insan kaynakları yönetimi; kritik öneme sahip sosyal determinatlarıyla birlikte sunulmaktadır.

Dünya nüfusunun 2019 dünya bankası verilerine göre; 7 milyar 674 milyon olduğu (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> Erişim tarihi : 07.12.20) bir dönemde, endüstri 4.0' la; yüksek teknoloji, bilişim ve dijitalleşmeyle, ulaşılmaya çalışılan mükümmele yakın, hatasız sağlık hizmetlerinin alıcısı kim olacak? Teknolojinin – dijitalleşmenin ürün ve hizmet sunan tüm sektörlerde yoğun düzeyde kullanılmasının neden olacağı işsizlik; alım gücünü zayıflatarak, seri, hızlı ve hatasız olarak üretilen/sunulan ürünlerin/hizmetlerin alıcısının kim olacağı sorununu ortaya çıkarmaktadır. Birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de meydana gelen hızlı ve yoğun dijitalleşme sürecinin, sağlık insan gücü yetiştiren eğitim kurumlarının uyumu da hassas dengeler arasındadır. Eğitim niteliği ve kalitesine ilişkin yapılan olumsuz eleştiriler özellikle insan sağlığına önemli etkisi bulunan, sağlık insan gücüne olan güven açısından şüphelere neden olmaktadır. Gelişen teknolojik olanaklar sağlık insan gücüne bağımlılığı azaltarak, hata oranlarını düşürecek mi? sorusunu gündeme getirmektedir. Aynı zamanda eğitimlerin içerik ve kapsamının değişen teknoloji kullanımlarına yeterli düzeyde uyumlu hale getirilmesi de akademik alandaki önemli çalışmalar arasında yer almaktadır.

Ekonomik olarak gelişmekte olan ülkeler seviyesinde yer alan Türkiye' de TÜİK Ağustos 2020 verilerine göre istihdam oranı % 43,9 olarak verilmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Agustos-2020> Erişim tarihi: 24.12.2020). İstihdam oranının düşük, işsizliğin yüksek olduğu Türkiye' nin, Endüstri 4.0 uygulamalarına hazır olup olmadığı üzerinde kapsamlı olarak düşünülmesi ve analiz edilmesi gerekmektedir. Ülke şartları dikkate alınmadan hayatın her alanında uygulanmaya başlanan bu sistemin toplum dinamizmini ne yönde etkileyeceği uzmanlar tarafından multidisipliner bir



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

yaklaşım ile değerlendirilmelidir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda ihtiyaç duyulan tedbirlerin alınması gerekmektedir. Çalışmada ayrıntılarına yer verilen; akıllı nesnelere, giyilebilen teknolojiler, robotik cerrahi, zihin gücüyle yönetilebilen ve duyuları beyne iletebilen protezler, titanyumdan kemik üretimi, organ tasarımı-basımı, hibrit ameliyathaneler, yapay zeka ürünü olan yönetim kurulu üyesi makineler ve dahası bilim kurgu filminin sahnelerinden aktarılan bölümler değil; endüstri 4.0 sanayi devriminin getirdiği yeniliklerdendir.

Endüstri 4.0 uygulamalarıyla kullanılmaya başlanan yeniliklerin, insanlar üzerinde oluşturacağı, ekonomik ve psikolojik etkiler; kültürü, insanlar arası ilişkileri, toplumsal değer yargılarının da değişimine yol açacaktır. Bu değişim esnasında yaşanması muhtemel sorunların ve olası çözüm seçeneklerinin ulusal düzeyde belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Artan nüfus, artan teknolojik olanaklar, artan işsizlik ve azalan doğal kaynaklar küresel önlemleri zorunlu kılmaktadır.

### KAYNAKÇA

Ahammad MF, Glaister KW, Gomes E. Strategic Agility and Human Resource Management. Human Resource Management Review, 30; 2020.

Akben İ, Avşar İ. Endüstri 4.0 ve Karanlık Üretim: Genel Bir Bakış. Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. Cilt: 3 Sayı:1; 2018.

Alloghani M, Al-Jumeily D, Hussain A, Aljaaf AJ, Mustafina J, Petrov E. Healthcare Services Innovations based on the state of the art Technology Trend Industry 4.0. 11th International Conference on Developments in eSystems Engineering. 2018.

Amberg JJ, McGaugheyb SL. Strategic Human Resource Management and Inertia In The Corporate Entrepreneurship of A Multinational Enterprise. International Journal of Human Resource Management. 2019.

Aslan Ş, Güzel Ş. Endüstri 4.0 Gelişim Süreci ve Sağlıkta Dijital Dönüşüm. 2 nd International Congress On New Horizons In Education and Social Sciences (ICES - 2019) Proceeding. 2019.

Buchelt B, Wronka AF, Dobrowolska M. The Organizational Aspect of Human Resource Management as a Determinant of the Potential of Polish Hospitals to Manage Medical Professionals in Healthcare 4.0. Sustainability. 12; 5118; 2020.

Bulut E, Akçacı T. Endüstri 4.0 ve İnovasyon Göstergeleri Kapsamında Türkiye Analizi. ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi (ASSAM - UHAD). Sayı: 7; 2017.

Defense Advanced Research Projects Agency – DARPA. <https://www.darpa.mil> Erişim Tarihi: 19.12.2020.

Demiral G. Endüstri 4.0'in İnsan Kaynaklarına Yönelik Etkileri: Teknolojik Değişim Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma. EKEV Akademi Dergisi. 2:80; 2019.

Demirkol N, Tis G. Endüstri 4.0'ın İnsan Kaynakları ve İnsan Kaynakları Yönetimine Etkisi. IV. International Caucasus-Central Asia Foreign Trade and Logistics Congress. 2018.

Ergur A, Çobanoğlu C. Sihirli Dokunuştan Temassız Sağaltıma Hasta-Hekim İlişkisinin Dönüşümü: Robotik Cerrahinin İnsani Sonuçları. İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi. 40(1): 467-497; 2020.

Filizöz B, Orhan U. İnsan Kaynakları Yönetimi Bağlamında Endüstri 4.0: Bir Yazın Çalışması. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. Cilt 19, Sayı 2; 2018.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Gürün F. Endüstri 4.0 ve Beşeri Sermayenin Geleceği. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi. 76:67-88; 2019.

Hecklaua F, Galeitzkea M, Flachsa S, Kohl H. Holistic approach for human resource management in Industry 4.0. 2016. Elsevier Published. 1 – 6; 2016.

HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) Euroasia. <https://himsseurasia.com>  
Erişim tarihi: 19 Aralık 2020.

Kılıç S, Alkan RM. Dördüncü Sanayi Devrimi Endüstri 4.0: Dünya ve Türkiye Değerlendirmeleri. Girişimcilik İnovasyon ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi. 2(3):29-49; 2018.

Kumari A, Tanwar S, Tyagi S, Kumar N. Fog computing for Healthcare 4.0 environment: Opportunities and Challenges. Elsevier, Computers and Electrical Engineering. 72:1-13; 2018.

Kusmin KL. Industry 4.0. Information Society Approaches and ICT Processes. 2018.

Monteiro ACB, França RP, Estrela VV, Iano Y, Khelassi A, Razmjoooy N. Health 4.0: Applications, Management, Technologies and Review. Medical Technologies Journal. 2:4; 262-276; 2018.

Muslu A. Dördüncü Sanayi Devriminde İnsan Kaynakları Yönetiminin Artan Rolü ve Önemi. III. Uluslararası Girişimcilik, İstihdam ve Kariyer Kongresi. 2017.

Naufela S, Knaackb GL, Mirandac R, Bestd TK, Fitzpatrick K, Emondif A, Giesonf EV, Begley TM. DARPA Investment in Peripheral Nerve Interfaces for Prosthetics, Prescriptions and Plasticity. Elsevier, Journal of Neuroscience Methods. 2019.

Özsoylu AF. Endüstri 4.0. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi. Cilt: 21, sayı:1, s.41-64; 2017.

Sayar M, Yüksel H. Endüstri 4.0 ve Türkiye Kamu Sektöründe Endüstri 4.0 Dönüşümü. Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi. Cilt 10, Sayı 2; 2018.

Scavarda A, Daú G, Scavarda LF, Caiado RGG. An Analysis of the Corporate Social Responsibility and the Industry 4.0 with Focus on the Youth Generation: A Sustainable Human Resource Management Framework. Sustainability 11; 2019.

Shamim S, Cang S, Yu H, Li Y. Management Approaches for Industry 4.0 A Human Resource Management Perspective. Congress on Evolutionary Computation. 2016.

Silveira F, Neto IR, Machado FM, Silva MP, Amara FG. Analysis of Industry 4.0 Technologies Applied to the Health Sector: Systematic Literature Review. Occupational and Environmental Safety and Health. 2019.

Ślusarczyk B. Industry 4.0 – Are We Ready. Polish Journal of Management Studies. 17:1; 2018.

Soylu A. Endüstri 4.0 ve Girişimcilikte Yeni Yaklaşımlar. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Sayı 32; 2018.

Stachová K, Papula J, Stacho Z, Kohnová L. External Partnerships in Employee Education and Development as the Key to Facing Industry 4.0 Challenges. Sustainability. Sayı: 11; 2019.

Taşköprü S. Endüstri 4.0' ın İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. 2019.

The World Bank, Data Bank <https://data.worldbank.org/> Erişim Tarihi: 07.12.2020.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Türkel S, Bozağaç F. Endüstri 4.0' ın İnsan Kaynakları Yönetimine Etkileri. Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. Yıl: 5; Sayı: 9; 2018.

Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Agustos-2020-33792>. Erişim Tarihi: 24.12.2020.

Vaidya S, Ambadb P, Bhosle S. Industry 4.0 – A Glimps. Elviser, Procedia Manufacturing. 20:233–238; 201



## ÇALIŞMA SERMAYESİ VE KARLILIK İLİŞKİSİ: KAMU HASTANE İŞLETMELERİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA

### RELATIONSHIP OF WORKING CAPITAL AND PROFITABILITY: AN APPLICATION AIMED AT PUBLIC HOSPITAL ENTERPRISES

**Arş. Gör. Semih ISLİCİK**

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, semih.islicik@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9605-6268

**Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT**

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, seyhan.cil@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0003-1012-3605

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (05.03.2021-04.04.2021)

#### Özet

Hastane işletmelerinde, faaliyetlerin devam ettirilebilmesi için kullanılan ve kısa sürede paraya çevrilebilme özelliği bulunan çalışma sermayesi unsurlarının yönetimine önem verilmesi gerekmektedir. Çalışma sermayesinin işletmenin tüm varlıkları içerisinde yüksek bir orana sahip olması ve hastane işletmelerinin çalışma sermayesi tutarı ile ekonomiklik ve kârlılık arasında olası bir ilişkinin söz konusu olması çalışma sermayesi yönetiminin hastane işletmeleri açısından önemini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada, kamu hastane işletmelerinde çalışma sermayesi ile kârlılık arasında herhangi bir ilişkinin var olup olmadığını ve varsa bu ilişki düzeyinin ve yönünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma amacı doğrultusunda Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde faaliyet gösteren kamu hastane işletmelerinin bilanço ve gelir tablosu verilerinden elde edilen oranlar yardımıyla çalışma sermayesi ile kârlılık ilişkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Analiz sonucu ortaya çıkan modele göre, hastane işletmelerinin Aktif Karlılık Oranı ile Stok Devir Hızı ve Net Çalışma Sermayesi Oranı arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu bunun yanı sıra Aktif Karlılık Oranı ile Nakit Dönüşüm Süresi arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Alacak Devir Hızı ile Aktif Karlılık Oranı arasında ise bir ilişki tespit edilememiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Çalışma Sermayesi (İşletme Sermayesi), Kamu Hastane İşletmeleri, Karlılık

156



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

## Abstract

Hospital enterprises are required to attach importance to the management of working capital elements, which are used for continuing the activities and can be turned into cash in a short time. Fact that working capital has a higher ratio among all assets of enterprises and there is a potential relationship between working capital amount of hospital enterprises and economy and profitability, reveals the importance of the working capital management for hospital enterprises. This study aimed to determine whether there is any relationship between working capital and profitability in public hospital enterprises and if there is, to determine the level and direction of this relationship. In line with the study objective, the relationship of working capital and profitability was tried to be determined with the help of the ratio acquired from the balance sheets and income statement data of public hospital enterprises operating in Ankara, Istanbul and Izmir provinces, via the multiple linear regression analysis. According to the model obtained as a result of the analysis, there was a positive linear relationship between Return on Assets Ratio of hospital enterprises and Stock Turnover and Net Working Capital. Also there was a negative linear relationship between Return on Assets Ratio and Cash Conversion Cycle. However, there was no relationship between Accounts Receivable Turnover and Return on Assets Ratio.

**Keywords:** Working Capital, Public Hospital Enterprises, Profitability

## GİRİŞ

Hastaneler, her türlü sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü örgütlerdir. Hastane işletmelerinde temel amaç, hastaların sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak ve daha sağlıklı bir yaşam sürebilmelerini sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda, bir yandan toplumun sağlıklı bir yaşam sürdürmesi konusunda bilinçlendirilmesi bir yandan da tıbbi hizmetlerin, en yüksek kalitede ve güvenilir bir şekilde sunulması hastanelerin hedefleri arasındadır. Söz konusu hedefleri gerçekleştirirken kamu hastaneleri her ne kadar kar amacı gütmeyen işletmeler arasında yer alsalar da varlıklarının devam ettirilmesi ve faaliyetlerini kesintisiz sürdürebilmesi için eldeki kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması büyük önem arz etmektedir. Dolayısıyla, hastane işletmelerinde, faaliyetlerin devam ettirilebilmesi için kullanılan ve kısa sürede paraya çevrilebilme özelliği bulunan varlıkların yönetimine, yani çalışma sermayesi yönetimine önem verilmesi gerekmektedir (Ağırbaş, 2020: 244).

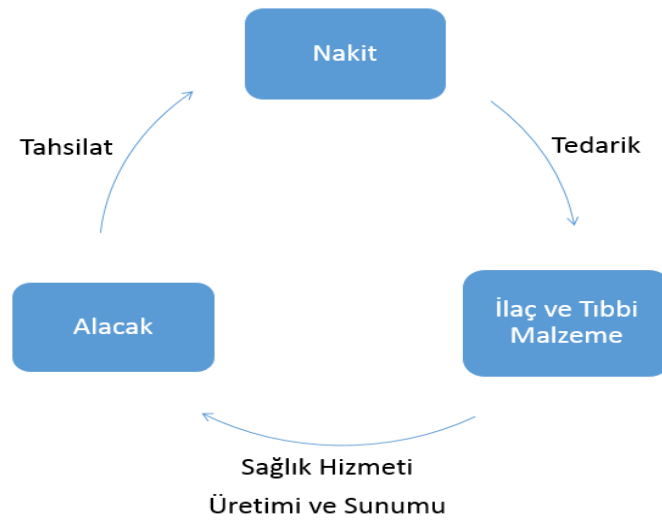
Hastane işletmeleri, sağlık hizmetlerinin doğası gereği yedi gün 24 saat kesintisiz hizmet sunan işletmelerdir. Dolayısıyla, hizmet sunumunun devam ettirilebilmesi için kullanılan ve kısa sürede paraya çevrilebilme özelliği olan varlıkları ifade eden çalışma sermayesinin yönetimi, hastane işletmelerinde hizmetlerin kesintisiz sunulmasında ve işletme amaçlarının gerçekleştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte, hastane işletmelerinin yönetim sürecinde yöneticilerin çalışma sermayesi yönetimine zamanlarının büyük bir kısmını ayırması, çalışma sermayesinin işletmenin tüm varlıkları içerisinde yüksek bir orana sahip olması ve hastane işletmelerinin çalışma sermayesi tutarı ile ekonomiklik ve kârlılık arasında olası bir ilişkinin söz konusu olması çalışma sermayesi yönetiminin hastane işletmeleri açısından önemini ortaya koymaktadır (Zelman ve diğerleri, 2014:212). Dolayısıyla bu çalışmada, kamu hastane işletmelerinde çalışma sermayesi ile karlılık arasında herhangi bir ilişkinin var olup olmadığını ve varsa bu ilişki düzeyinin ve yönünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

## KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Geleneksel olarak çalışma sermayesi kavramı, işletmelerde cari borçların gerektirdiği kısa vadeli nakit ihtiyaçlarını karşılamak için ne kadar nakit (likit varlık) olduğunu göstermektedir (Preve ve Allende, 2010:15). Bununla birlikte çalışma sermayesi, pazarlanabilir senetlerin (menkul kıymetler), stokların, alacakların, nakdin ve işletmenin diğer cari varlıklarının yönetimini kapsamakla birlikte daha geniş bir anlamda cari borçların yönetimini de kapsamaktadır (Aksoy ve Yalçın, 2008:6). Diğer bir ifadeyle çalışma sermayesi, işletmelerin sahip olduğu mevcut varlıkları ve cari borçlarını ifade etmektedir (Zelman ve diğerleri, 2014:209). Söz konusu tanımlara ek olarak, işletmelerin günlük faaliyetlerini sürdürebilmeleri için gerekli olan nakit ve nakit benzerleri ile bir yıl içerisinde nakde dönüşme özelliği bulunan varlıkların tamamı çalışma sermayesi olarak tanımlanmaktadır (Ağırbaş, 2020:242).

Çalışma sermayesinin unsurları olarak kabul edilen varlıklar (hazır değerler, menkul kıymetler, ticari alacaklar, stoklar, mali borçlar, ticari borçlar vb.) bir yıldan kısa sürede nakde dönüşme özelliğine sahiptirler. Nakit ile başlayan dönüşüm tekrar nakit ile sona ermektedir. Nakit hammaddeye, hammadde işlenerek mamule, mamuller satılması ile alacaklara, alacaklar da tekrar nakde dönüşmektedir. Çalışma sermayesi unsurlarının kısa vadeli olma özelliğinden dolayı söz konusu döngü, bir yıl içerisinde defalarca olabileceği gibi en az bir defa da gerçekleşmektedir (Rama Gopal, 2008: 326).

Çalışma sermayesi döngüsü her işletmede olduğu gibi hastane işletmelerinde de nakit ile başlamaktadır. Nakitler, hastane işletmelerinin stok unsurunu oluşturan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin alımı ve diğer girdilerin tedarik edilmesi için kullanılmakta ve tedarik edilen söz konusu girdilerin kullanımı ile sağlık hizmetine dönüşmektedir. Hizmeti, mal ve/veya mamulden ayıran en önemli özelliği stoklanamamasıdır. Dolayısıyla, sağlık hizmetinin stoklanamaması nedeniyle, üretimi ve kullanımı aynı anda gerçekleşmektedir. Sağlık hizmeti kullanımının bir karşılığı olarak ise alacaklar doğmakta, alacakların tahsil edilmesi ile de alacaklar nakde dönüşmekte ve böylece çalışma sermayesi döngüsü tamamlanmaktadır (Ağırbaş, 2020:243). Söz konusu döngü Şekil 1.'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Hastane İşletmelerinde Çalışma Sermayesi Döngüsü  
Kaynak: (Ağırbaş, 2020: 243)





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Çalışma sermayesi döngüsünde yer alan nakit, stok ve alacak unsurları, çalışma sermayesinin başlıca unsurları arasında yer almaktadır (Sagner, 2011: 81). Nakit ve benzeri varlıklar, çalışma sermayesi içerisinde büyük öneme sahip, paraya dönüşüm hızı en yüksek olan varlıklardır. Yılın 365 günü kesintisiz hizmet veren hastane işletmeleri, faaliyetlerine yönelik ödemelerin (ilaç ve tıbbi sarf malzeme, elektrik, güvenlik, yemek, ısınma, haberleşme vb.) gerçekleştirmesi, öngörülemez olaylara (deprem, yangın, sel vb.) karşı sağlık hizmeti talebinde yaşanan artışların karşılanmasına yönelik ihtiyati tedbirlerin alınması (Yar, 2019: 233) ve tıbbi teknolojideki gelişmeler ile birlikte hastane işletmesinin yenilenmesi kapsamında duran varlıklara olan yatırımın yapılması (Ağırbaş, 2020: 241) gibi faaliyetlerin devam edebilmesi için nakit ve benzeri varlıklara ihtiyaç duymaktadır. Çalışma sermayesinin bir diğer önemli unsuru ise stoklardır. Hastane işletmelerinde, ilk madde ve malzeme (ilaç ve tıbbi sarf malzemeler, tıbbi gazlar, radyoaktif malzemeler), ticari mallar (ortez, protezler) ve yan ürünlere (eğitim hastanelerinde sunulan eğitim hizmetleri) yönelik stoklar bulunmaktadır (Yar, 2019: 237). Sağlık hizmetlerinin özelliği gereği hastane stoklarında ihtiyaç duyulan bir malzemenin bulunmaması, sağlık hizmetini olumsuz etkilemekte ve hatta hastanın yaşamını kaybetmesine yol açabilmektedir (Rama Gopal, 2008: 352). Dolayısıyla, stoklar hastane işletmelerinde faaliyetlerin sürdürülebilmesi için hayati öneme sahiptirler. Çalışma sermayesi döngüsünün son aşamasında yer alan bir diğer unsur ise alacaklardır. Likidite derecesi açısından nakit ve benzeri varlıklardan hemen sonra yer alan alacaklar, hastane işletmelerinin mevcut dönen varlıklarının yaklaşık olarak %75'ini oluşturmaktadır (Zelman ve diğerleri, 2014: 233). Alacaklarını peşin olarak tahsil etme oranı düşük olan hastane işletmeleri, sundukları sağlık hizmeti karşılığında alacaklarını Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan (SGK), Hazine ve Maliye Bakanlığı'ndan, yurt içi ve yurt dışı özel sağlık sigorta şirketlerinden ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerden tahsil etmektedir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler haricinde Kamu ve özel hastane işletmelerinin büyük bir bölümü SGK'nin sağlık hizmet bedeli geri ödeme politikalarından etkilenmektedir. Dolayısıyla, alacakların etkili bir şekilde tahsil edilmesi, hastane işletmelerinin nakit girişi ve karlılık üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (Ağırbaş, 2020: 255).

### LİTERATÜR İNCELEMESİ

Çalışma sermayesi ile işletmelerin karlılıkları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik olarak gerçekleştirilen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak, yerli ve yabancı literatürde sağlık sektörü dikkate alındığında çalışma sermayesi ile karlılık ilişkisi üzerine gerçekleştirilen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu özellikle, Türkiye'de faaliyet gösteren hastane işletmelerine yönelik gerçekleştirilen çalışmaların sınırlılığının daha da belirgin olduğu gözlemlenmiştir. Bu kapsamda, Alparslan ve diğerleri (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, Sağlık Bakanlığı il merkezinde bulunan 118 kamu hastane işletmesinin 2008-2012 yılları arasında, çalışma sermayeleri ile finansal performansları arasında bir ilişki olup olmadığı ki-kare bağımsızlık analizi ile incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda, hastane işletmelerinin çalışma sermayelerini temsilen net çalışma sermayesi oranı, karlılığı temsilen ise özkaynak karlılığı değişken olarak belirlenmiştir. Çankaya (2020) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise, İstanbul'da faaliyette bulunan sağlık sektörü işletmelerinin 2016-2019 yılları arasında bilanço ve gelir tablosuna ilişkin verileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Aktif karlılığın bağımlı değişken olarak kullanıldığı söz konusu çalışmada, Alacakların Ortalama Tahsil Süresi, Stok Tutma Süresi, Nakit Döngüsü, Aktif Büyüklüğü, Satışların Büyüme oranı, Borçların Ortalama Vadesi ve Kaldıraç oranı bağımsız değişken olarak kullanılarak çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Agha (2014), Pakistan'ın Karachi borsasında faaliyet gösteren Glaxo Smith Kline ilaç işletmesine ait 1996-2011 yılları arasında çalışma sermayesinin şirket karlılığı üzerindeki etkisini incelemiştir. Bağımlı değişken olarak aktif karlılık oranı, bağımsız değişken olarak ise, cari oran, alacak devir hızı, borç devir hızı ve stok devir hızı kullanarak, çoklu regresyon analizi ile test etmiştir. Talha ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmada, 1996-2006 yılları arasında



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Hindistan'da ki 14 hastane işletmesinde cari oran, asit test oranı, nakit döngüsü ve kaldıraç oranları ile aktif karlılık oranı arasındaki ilişki regresyon analizi ile incelenmiştir. Michello ve Wanorie (2015) çalışmasında, NASDAQ borsasında listelenen küçük ölçekli 53 tane sağlık işletmesinin 2009-2013 yılları arasında, çalışma sermayesinin karlılık üzerine etkisini bağımlı değişkeninin aktif karlılığını oluşturduğu çoklu regresyon analizi ile gerçekleştirmişlerdir. Upadhyay ve diğerlerinin (2015) gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, çalışma sermayesi açısından önemli bir unsur olarak kabul edilen nakit dönüşüm süresinin hastane karlılığı arasındaki ilişkiyi incelemek için 2002-2011 yılları arasında Washington eyaletinde faaliyet gösteren 98 hastaneden elde edilen veriler panel veri analizi ile test edilmiştir.

Rauscher ve Wheeler (2012) ise, 2000-2007 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde kar amacı gütmeyen 1397 hastane işletmesi ile gerçekleştirmiş oldukları çalışmada alacak tahsil süresi ve borç ödeme süresini bağımsız değişken, faaliyet karını ise bağımlı değişken olarak kullanarak çalışma sermayesi ile karlılık arasındaki ilişkiyi sabit etkiler regresyon analizi ile incelemiştir.

İşletmeler, ancak son yıllarda çalışma sermayesine gereken önemi göstererek, nicel yöntemler geliştirmiş ve uygulamaya başlamışlardır. Öngörülemeyen olayların oluşturduğu çalışma sermayesi açıkları, faizlerde yükseliş, ek fon ihtiyaçları, finansal planlamada çalışma sermayesi yönetiminin önemini artırmıştır. İşletmeler, sağlıklı bir çalışma sermayesi yönetiminin fon ihtiyacını azaltarak, karlılıklarını artırdıklarını deneyimleriyle gözlemlemiştirlerdir (Akgüç, 2010: 208).

### YÖNTEM

#### Araştırmanın Amacı

Kamu hastane işletmelerinin çalışma sermayesi etkinliğinin, hastane işletme karlılıklarına olan etkisinin incelenmesi çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, hastane işletmelerinin karlılığını temsilen bağımlı değişken olarak; Aktif Karlılık Oranı ve çalışma sermayesini temsilen ise bağımsız değişken olarak; Stok Devir Hızı, Alacak Devir Hızı, Nakit Dönüşüm Süresi ve Net Çalışma Sermayesi oranı kullanılmıştır. Hastane işletmelerinin Aktif Karlılığı (bağımlı değişken) ile Stok Devir Hızı, Alacak Devir Hızı, Nakit Dönüşüm Süresi ve Net Çalışma Sermayesi oranı (bağımsız değişkenler) arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığının incelenmesi çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

#### Araştırma Kapsamı ve Sınırlılıkları

Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde 2016 yılında faaliyette bulunan kamu hastanelerine yönelik olarak gerçekleştirilen bu çalışmada hastanelere ait finansal tablolardan elde edilen veriler kullanılmıştır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün yayınlamış olduğu Birlik ve Hastane Hizmetleri Değerlendirme Rapor Bülteni'ne (2016) göre Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde bulunan 119 kamu hastane işletmesi çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na ait muhasebe kayıtlarının tutulduğu web tabanlı bir sistem olan Tek Düzen Muhasebe Sistem Modülü (TDMS) üzerinden 2016 yılı hesap dönemi bilanço ve gelir tablolarına tam olarak ulaşılan 105 hastane işletmesi araştırma kapsamına alınarak finansal tabloları analiz edilmiştir.

Türkiye'de sağlık sektöründe kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler de sağlık hizmeti sunmaktadır. Özel hastanelerin finansal tablo verilerini paylaşmak istememesi nedeniyle araştırmanın yalnızca Ankara, İstanbul ve İzmir kamu hastaneleri ile gerçekleştirilmesi çalışmanın

ilk sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca, belirtilen iller genelinde faaliyet gösteren tüm kamu hastanelerinin finansal tablolarına ulaşamadığı için Ankara, İstanbul ve İzmir’de bulunan kamu hastanelerinin tamamını kapsamaması ve kamu hastanelerine ait yalnızca 2016 yılının finansal tablo verilerine ulaşılması nedeniyle araştırma kapsamı bir yıl ile sınırlandırılmıştır.

### Araştırma Kapsamında Kullanılan Değişkenler

Araştırma kapsamında kullanılan değişkenlerin belirlenmesinde daha önceden çalışma sermayesinin karlılık ile ilişkisi üzerine yapılan çeşitli çalışmalarda kullanılan finansal oranlardan ve çalışma sermayesi unsurlarından yararlanılmıştır. Sağlık sektörünü en iyi temsil ettiği düşünülen, hastanelerin çalışma sermayesi durumunu en iyi açıklayan ve literatürde yaygın olarak kullanılarak önemli oldukları kabul edilen bağımlı ve bağımsız değişkenler belirlenmiştir. Araştırma kapsamında belirlenen bağımlı ve bağımsız değişkenler ile çoklu doğrusal regresyon modelinde ilgili değişkenleri temsil edecek kodlar Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde Kullanılan Bağımlı/Bağımsız Değişkenler

Kod	Bağımlı Değişkenler
AK <sub>2016</sub>	2016 Yılı Aktif Karlılığı
Bağımsız Değişkenler	
SDH <sub>2016</sub>	2016 Yılı Stok Devir Hızı
ADH <sub>2016</sub>	2016 Yılı Alacak Devir Hızı
NDS <sub>2016</sub>	2016 Yılı Nakit Dönüşüm Süresi
NÇS <sub>2016</sub>	2016 Yılı Net Çalışma Sermayesi Oranı

### Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında finansal oranların düzenlenmesi ve hesaplanması sürecinde Microsoft Office Excel 2013 paket programı kullanılmış ve ilgili oranlardan oluşan veri seti analize hazır hale getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’na ait muhasebe kayıtlarının tutulduğu web tabanlı bir sistem olan Tek Düzen Muhasebe Sistem Modülü (TDMS) üzerinden elde edilen kamu hastanelerine yönelik 2016 yılına ait bilanço ve gelir tablosu verileri kullanılmıştır. Çalışma sermayesi ile karlılık arasında bir ilişki olup olmadığının ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, bir bağımlı değişken (Aktif Karlılık Oranı) ve dört bağımsız değişken (Stok Devir Hızı, Alacak Devir Hızı, Nakit Dönüşüm Süresi, Net Çalışma Sermayesi Oranı) arasındaki ilişkiyi belirlemek için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yöntemi kullanılmıştır. Söz konusu analizler gerekli istatistik programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

### BULGULAR

Ankara, İstanbul ve İzmir İllerine ait 105 kamu hastanesinin 2016 yılı çalışma sermayesi ile karlılıkları arasında bir ilişki olup olmadığının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi test edilmiş ve test sonuçları aşağıda bulunan tablolar yardımıyla değerlendirilmiştir.

Kamu hastanelerinin 2016 yılı çalışma sermayesi ile karlılık arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesine yönelik olarak gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Kamu Hastanelerinin 2016 Yılı Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler		Ortalama	Standart Sapma	Kolmogorov-Smirnov Anlamlılık Düzeyi (p)	Hastane Sayısı
Bağımlı	Aktif Karlılık Oranı	-1,57	1,04	<b>0,200*</b>	105
	Stok Devir Hızı	55,61	25,63	<b>0,121*</b>	105
Bağımsız	Alacak Devir Hızı	96,27	130,39	<b>0,08*</b>	105
	Nakit Dönüşüm Süresi	34,1	30,39	<b>0,113*</b>	105
	Net Çalışma Sermayesi Oranı	-2,48	2,55	<b>0,200*</b>	105

\*p > 0,05

Çoklu doğrusal regresyon analizi varsayımları arasında verilerin normal dağılım göstermesi yer almaktadır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin tespit edilebilmesi amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Analize dâhil edilen değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov testi anlamlılık düzeylerinin 0,05'den büyük olduğu ve değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

Çoklu doğrusal regresyon modelinin kurulabilmesi için gereken varsayımlardan bir diğeri ise değişken varyanslarının homojen olmasıdır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde yer alan Anova tablosu Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Kamu Hastaneleri 2016 Yılı Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Anova<sup>a</sup> Tablosu

Varyans Kaynakları	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Test İstatistiği (F)	Anlamlılık Düzeyi (p)
Regresyon	87,572	4	21,893	85,832	<b>0,0001<sup>b</sup></b>
Hata	25,507	100	,255		
Genel	113,078	104			

a. Bağımlı Değişken: Aktif Karlılık Oranı

b. Yordayıcılar: (Sabit), Stok Devir Hızı, Alacak Devir Hızı, Nakit Dönüşüm Süresi, Net Çalışma Sermayesi Oranı

Regresyon modelinin bir bütün olarak anlamlı olup olmadığının test edilmesini sağlayan Anova tablosunda, test istatistiğinin anlamlı ( $p=0,0001<0,05$ ) olduğu tespit edildiği için modelin bir bütün olarak her düzeyde anlamlı ve değişken varyanslarının homojen (sabit) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinin çalışma sermayesi ile karlılıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere elde edilen regresyon tahmin modeli sonuçları Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Kamu hastaneleri 2016 yılı çoklu doğrusal regresyon tahmin modeli<sup>a</sup> sonuçları

Bağımsız Değişken	Katsayı	Standart Hata	T İstatistiği	Anlamlılık Düzeyi (p)
Stok Devir Hızı	0,023	0,006	3,571	<b>0,001*</b>
Alacak Devir Hızı	0,001	0,0003	1,704	<b>0,092</b>
Nakit Dönüşüm Süresi	-0,027	0,005	-4,947	<b>0,000003*</b>
Net Çalışma Sermayesi Oranı	0,324	,02	16,016	<b>0,0002*</b>
<b>Özet İstatistikler</b>				
Düzeltilmiş R <sup>2</sup> : 0,765		Durbin Watson : 2,007		
Sabit Katsayı : -1,206				

a. Bağımlı Değişken: Aktif Karlılık Oranı

\*p < 0,05

Bağımlı ve bağımsız değişkenler ve hata terimleri arasında korelasyonun olmaması, çoklu doğrusal regresyon analizinin önemli varsayımlarından biridir. Hata terimleri arasında korelasyon olup olmadığının incelenmesi Durbin Watson istatistiği ile gerçekleştirilmektedir. Söz konusu istatistik, 0-4 arasında yer almaktadır. Hata terimleri 0'a yaklaştıkça pozitif korelasyonu, 4'e yaklaştıkça negatif korelasyonu göstermektedir. 2'ye yakın hata terim değerleri ise otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla, Durbin Watson değerinin 1,5-2,5 arasında olması beklenmektedir (Kalaycı, 2017:264). Tablo 4'te görüldüğü gibi Durbin Watson değerinin 2,007 olması, değişkenler arasında korelasyon olmadığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, çoklu doğrusal regresyon tahmin modeli sonuçları incelendiğinde, Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değerinin 0,765 olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuç, bağımlı değişkendeki (Aktif Karlılık Oranı) değişimin % 76,5'inin modele giren bağımsız değişkenler (Stok Devir Hızı, Alacak Devir Hızı, Nakit Dönüşüm Süresi, Net Çalışma Sermayesi Oranı) tarafından açıklandığını göstermektedir. Ayrıca, Aktif Karlılık Oranındaki değişimin %75,6'lık kısmı Stok Devir Hızı, Alacak Devir Hızı, Nakit Dönüşüm Süresi, Net Çalışma Sermayesi oranındaki değişimler tarafından açıklanabilmektedir. Bununla birlikte, çoklu doğrusal regresyon modeli Tablo 3'te Anova tablosunda yer alan anlamlılık düzeyi (p=0,0001<0,05) ile birlikte incelendiğinde anlamlı bir sonuç vermektedir. Bu durumda regresyon modeli, en iyi tahmin aracı olarak ortalamaları kullanmaktan daha iyi sonuç vermektedir. Tablo 4'te yer alan anlamlılık düzeyine (p=0,0001<0,05) göre de, bağımlı değişken ile en az bir bağımsız değişken arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre elde edilen regresyon modeli aşağıda gösterilmektedir.

$$AK_{2016} = -1,206 + (0,023) \cdot SDH_{2016} - (0,027) \cdot NDS_{2016} + (0,324) \cdot NÇS_{2016}$$



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Regresyon modeline göre, hastanelerin 2016 yılı Aktif Karlılığı ile Stok Devir Hızı ve Net Çalışma Sermayesi oranı arasında anlamlı ve pozitif doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, Aktif Karlılık Oranı ile Nakit Dönüşüm Süresi arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Son olarak ise, Aktif karlılık Oranı ile Alacak Devir Hızı arasında doğrusal bir ilişki tespit edilmemiştir.

### SONUÇ

Kamu hastane işletmelerinin çalışma sermayesi ile karlılıkları arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen bu çalışmada, Ankara, İstanbul ve İzmir’de 2016 yılında faaliyet gösteren ve ilgili yıla ait verilerine tam olarak ulaşılabilen 105 kamu hastane işletmesi kapsamında bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Kamu hastane işletmelerinin bilanço ve gelir tablosu verileri kullanılarak çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonucunda, bağımlı değişken olarak ele alınan Aktif Karlılık Oranındaki %75,6’lık bir değişimin, bağımsız değişkenler olan Stok Devir Hızı, Net Çalışma Sermayesi oranı ve Nakit Dönüşüm Süresi tarafından açıklandığı çoklu regresyon modeli geliştirilmiştir. Geliştirilen çoklu regresyon modeli sonuçlarına göre; 2016 yılı Ankara, İstanbul ve İzmir’de faaliyet gösteren 105 kamu hastane işletmesinin Stok Devir Hızı oranındaki bir birimlik artışın Aktif Karlılığı 0,023 ve Net Çalışma Sermayesi oranındaki bir birimlik artışın Aktif Karlılığı 0,324 oranında artırdığı tespit edilmiştir. Nakit Dönüşüm Süresindeki bir birimlik artışın ise Aktif Karlılığı 0,027 oranında azaltacağı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, çalışma sonucunda, Aktif Karlılığı ile Stok Devir Hızı ve Net Çalışma Sermayesi oranı arasında anlamlı ve pozitif doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç, Agha (2014) ve Çankaya (2020) tarafından yapılan çalışmalarını destekler niteliktedir. Diğer bir bağımsız değişken olan Nakit Dönüşüm Süresi ile Aktif Karlılığı arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Tespit edilen bu ilişki, Upadhyay ve diğerleri (2015), John (2014) ve Talha ve diğerlerinin (2010) hastane işletmeleri üzerine gerçekleştirmiş oldukları çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Kamu hastane işletmelerine yönelik olarak gerçekleştirilen çalışmanın bir diğer sonucu ise, Aktif Karlılığı ile Alacak Devir Hızı arasında ise bir ilişki tespit edilememesidir. Elde edilen bu sonuç, Agha (2014), Upadhyay ve diğerleri (2015) ve Erdaş’ın (2015) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma sermayesi, hastane işletmelerinin amaçlarına ulaşma sürecinde; verimli ve tam kapasite ile çalışılabilmesinde, sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir şekilde yürütülebilmesinde, yükümlülüklerin karşılanamama riskinin azaltılarak mali yönden zor duruma düşülmesinin önlenmesinde, faaliyetlerin etkin, verimli ve karlı bir şekilde yürütülmesinde büyük önem taşımaktadır. Çalışma ile elde edilen sonuçlar ışığında kamu hastane işletmelerinin Aktif Karlılık Oranlarını artırmaları için; stok devir hızlarını ve net çalışma sermayesi devir hızlarını yükseltmeleri, nakit dönüşüm sürelerini kısaltmaları önerilmektedir.

Çalışma kapsamında yalnızca Ankara, İstanbul ve İzmir’de faaliyette bulunan kamu hastane işletmelerinin incelenmesi çalışmanın kısıtları arasında yer almaktadır. Gelecek çalışmalar için kamu hastane işletmeleri kapsamının genişletilmesi ve özel hastane işletmelerinin de çalışma sermayesi ve karlılık ilişkisi ile ilgili çalışmalara dâhil edilmesi önerilmektedir.

### KAYNAKÇA

Agha H. (2014). Impact of Working Capital Management on Profitability. European Scientific Journal, 10(1), 374-381.

164

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ISLICIK, S. / KOÇYİĞİT, S. Ç.)



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Ağırbaş, İ. (2020). Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi, Ankara: Siyasal Kitabevi, 241-250.
- Akgüç, Ö. (2010). Finansal Yönetim, İstanbul: Avcıol Basım Yayın, 208.
- Aksoy, A. ve Yalçiner, K. (2008). İşletme Sermayesi Yönetimi, Ankara: Gazi Kitabevi, 6.
- Alparlan, D., Gençtürk, M., ve Özgülbaş, N. (2015). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde İşletme Sermayesi İle Finansal Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Analizi. *Suleyman Demirel University Journal Of Faculty Of Economics & Administrative Sciences*, 20(1).
- Çankaya, M. (2020) Sağlık Sektörü İşletmelerinde İşletme Sermayesi Yönetiminin Karlılık Üzerindeki Etkisi: Borsa İstanbul (BİST) Örneği. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(4), 1-14.
- Erdaş, M. L. (2015). Firma Karlılığı Üzerinde Çalışma Sermayesi Yönetiminin Ve Makroekonomik Faktörlerin Etkisi: Borsa İstanbul Endeksi Turizm Sektöründe Faaliyet Gösteren Firmalar Üzerine Bir Uygulama. *Journal of International Social Research*, 8(41).
- John, A. O. (2014). Effect of cash management on profitability of Nigerian Manufacturing firms. *International journal of marketing and technology*, 4(1), 129-140.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, (2016). Birlik ve Hastane Hizmetleri Değerlendirme Rapor Bülteni, <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-43597/rapor-bulteni.html> Erişim Tarihi: 26.01.2021
- Kalaycı, Ş. (2017). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Dinamik Akademi, 264.
- Michello, F. A., & Wanorie, T. O. (2015). Analyzing the effect of working capital management on the profitability of small size US healthcare companies. *International Research Journal of Applied Finance*, 6(5), 394-406.
- Preve, L.A. ve Allende, V.S. (2010). Working Capital Management, New York: Oxford University Press, 15.
- Rama Gopal, C.C.A. (2008). Financial Management [Text Cum Suggested Answers], New Delhi: New Age International Publishers, 326.
- Rauscher, S. ve Wheeler, J. R. (2012). The importance of working capital management for hospital profitability: Evidence from bond-issuing, not-for-profit US hospitals. *Health Care Management Review*, 37(4), 339-346.
- Sagner, J.S. (2011). "Essentials of Working Capital Management." John Wiley & Sons, New Jersey, 81.
- Talha, M., Christopher, S. B., & Kamalavalli, A. L. (2010). Sensitivity of profitability to working capital management: a study of Indian corporate hospitals. *International Journal of Managerial and Financial Accounting*, 2(3), 213-227.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Upadhyay, S., Sen, B., ve Smith, D. (2015). The cash conversion cycle and profitability: A study of hospitals in the state of Washington. *Journal of Health Care Finance*, 41(4).
- Yar, C. E. (2019). Sağlık kurumlarında finansal yönetim. Z. Öztürk (Ed.), *Sağlık Kurumlarında Yönetim* içinde (s. 213-250). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Zelman, W.N., Mccue, M.T., Glick, N.D. ve Thomas, M.S. (2014). *Financial Management of Health Care Organizations : An Introduction to Fundamental Tools, Concepts and Applications*, Fourth Edition, Jossey-Bass, 205-233.



## HASTANE KURULUŞ YERİ SEÇİMİ KONUSUNDA ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME TEKNİKLERİ KULLANILARAK YAPILAN ULUSAL ÇALIŞMALARIN İÇERİK ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

### REVIEW OF NATIONAL STUDIES CONDUCTED ON THE SELECTION OF HOSPITAL SITE BY USING THE MULTI-CRITERIA DECISION MAKING TECHNIQUES THROUGH CONTENT ANALYSIS

**Öğr. Gör. Dr. Haydar HOŞGÖR**

Uşak Üniversitesi, haydar.hosgor@usak.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1174-1184

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (07.03.2021-08.04.2021)

#### Özet

Hastane kuruluş yeri seçimi konusunda çok kriterli karar verme teknikleri kullanılarak yapılan çalışmaların incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada 23 ulusal yayın değerlendirilmiştir. Verilerin toplanmasında Google Akademik, Yöktez, ResearchGate, Sobiad, Academia, Tübitak-Ulakbim gibi veri tabanları kullanılmıştır. Tarama işlemi 11-15 Ocak 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamındaki verilerin analizinde betimsel istatistiklerden yalnızca frekans ve yüzde kullanılmıştır. Çalışma sonucunda en fazla yayının son beş yıl içerisinde yayımlandığı, İngilizce dilinde yazılmış makalelerden oluştuğu saptanmıştır. Yayınlarda en fazla kullanılan çok kriterli karar verme tekniklerinin sırayla; Bulanık TOPSIS, Analitik Hiyerarşi Süreci ve Analitik Hiyerarşi Süreci + Coğrafi Bilgi Sistemleri olduğu tespit edilmiştir. Yayınların büyük bir bölümünde hastanelerin kuruluş yeri olarak İstanbul'un seçildiği belirlenmiştir. Sonuç olarak hastanelerin kuruluş yeri seçiminde en önemli ilk üç ana kriterin demografik yapı, yatırım maliyeti ve pazar şartları olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Lokasyon, yer seçimi, hastane kuruluş yeri, çok kriterli karar verme, optimizasyon

#### Abstract

In this study were evaluated 23 national publications, which was carried out to examine the studies using multi-criteria decision making techniques on the choice of hospital establishment location. Databases such as Google Scholar, Yöktez, ResearchGate, Sobiad, Academia, Tübitak-Ulakbim were used to collect the data. The screening process was carried out between 11-15 January 2021. Only frequency and percentage were used in the analysis of the data. As a result of the study, it was determined that the most publications were



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

published in the last five years and consisted of articles written in English. The most commonly used multi-criteria decision making techniques in publications, respectively; Fuzzy TOPSIS, Analytical Hierarchy Process and Analytical Hierarchy Process + Geographical Information Systems. It has been determined that in most of the publications, Istanbul was chosen as the place of establishment of hospitals. As a result, it has been determined that the most important three main criteria in choosing the establishment location of hospitals are demographic structure, investment cost and market conditions.

**Keywords:** Location, site selection, hospital establishment site, multi-criteria decision making, optimization

## GİRİŞ

Dünya genelinde sürekli artan nüfus, toplumun yeni hastanelere olan talebini artırmaktadır (Vahidnia vd., 2009:3048). Artan hastane sayısı ise sağlık işletmeleri arasındaki rekabeti daha da yoğun hale getirmektedir (İnce vd., 2016:9). Dolayısıyla sağlık hizmetleri sektörünün bu rekabetçi atmosferinde varlıklarını sürdürülebilir kılmayı isteyen hastanelerin doğru, mantıklı ve isabetli kararlar almaları artık bir zorunluluk halini almıştır.

Yeni veya mevcut bir hastanenin yakaladığı pazar payı hem tesisin konumuna hem de onun çekiciliğine karşı duyarlıdır. Kalifiye sağlık personeli ve hekim kadrosunun yokluğu, bir hastanenin hizmet kalitesi açısından kritik bir endişe kaynağıdır. Diğer yandan, profesyonel bir kadroya sahip olmak, yoğun rekabet ortamında o hastanelerin başarısını garanti etmemektedir. Dolayısıyla bir hastaneye fiziksel erişimin kolay olup olmadığı da rekabet başarısı için oldukça önemli bir husustur. Tam da bu noktada, hastaneler için en uygun kuruluş yeri seçiminin kritik ve stratejik bir role sahip olduğu (Soltani & Marandi, 2011:33) belirtilebilir.

Yer seçimi kararı ekonomik, ekolojik ve çevresel etkileri olan önemli bir planlama sürecidir (Behzadi & Alesheikh, 2013:37). Bu süreç hastaneler için daha da bir önem arz etmektedir. Çünkü bir sağlık merkezi için kuruluş yerine karar vermek, şehir planlamacılarının karşılaştığı en büyük sorunlardan birisidir. Sorun, özellikle kentleşme eğiliminin her geçen gün daha da arttığı gelişmekte olan ülkelerde daha ciddi boyutlardadır (Kumar vd., 2016:117). Bu nitelikteki ülkelerde sağlık altyapısının en hayati unsurlarından birisi hastanelerdir. Dolayısıyla uygun bir hastane konumu; vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırır, tıbbi ihtiyaçlarını karşılar ve yaşam kalitelerini yükseltir (Nsaif vd., 2020:1493). Ayrıca bir hastanenin coğrafi konumu ile finansal performansı arasında ilişki olduğu (Younis vd., 2006) da bilinmektedir. Bu bağlamda bir hastane için kuruluş yerinin seçim kararı, maliyet ve faydaları beraberinde getirebilecek çok boyutlu bir konudur (Moradian vd., 2017:2).

Yatırım maliyetinin yüksek olduğu alanlardan birisi olan sağlık sektöründe, hastaneler için uygun olmayan bir kuruluş yerinin seçimi finansal kaynakların verimsiz şekilde kullanılmasına yol açacaktır. Dolayısıyla bu türden kararların uzlaşma temelli bilimsel yöntemler ile alınması daha sağlıklı ve mantıklı olacaktır. Literatür incelendiğinde hastaneler için en uygun lokasyonun seçiminde, çok kriterli karar verme yöntemlerinin yardımıyla sıklıkla başvurulduğu görülmektedir. Farklı ülkeler perspektifinden konuyla ilgili örnekleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

İran'da Vahidnia vd., (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, hastane kuruluş yeri seçiminde dört farklı ana kriter ve beş farklı lokasyon alternatifi kullanılmıştır. Bu kriterler: arteriyel rotalara uzaklık, seyahat süresi, arazi maliyeti ve nüfus yoğunluğudur. Hastanenin en optimal alternatife kurulabilmesi içinse çok kriterli karar verme yöntemlerinden Bulanık Analitik Hiyerarşi Süreci'ne ek olarak Coğrafi Bilgi Sistemleri'nden de faydalanılmıştır.

Hindistan'da Chatterjee & Mukherjee (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, hastane kuruluş yeri seçiminde üç farklı ana kriter ve üç farklı lokasyon alternatifi kullanılmıştır. Bu kriterler: maliyet, nüfusun karakteristikleri ve konumdur. En önemli ilk üç alt kriter ise: arazinin maliyeti, nüfusun yoğunluğu ve toplu taşımaya yakınlıktır. En uygun hastane yerinin seçilmesinde Analitik Hiyerarşi Süreci kullanılmıştır.

Çin'de Zhou & Wu (2012) tarafından en optimal hastane yerinin seçimi için gerçekleştirilen bir çalışmada, en çok önem atfedilen ana kriterin mevcut hastanelere uzaklık olduğu ortaya konulmuştur. Diğer ana kriterlerin ise; yerleşim alanlarına, ana yollara, caddelere, alt caddelere, metroya, nehre ve kamusal tuvaletlere mesafe olduğu belirtilmiştir. En uygun hastane yerinin seçiminde kullanılan tekniklerin ise Analitik Hiyerarşi Süreci, En Yüksekten En Düşüğe Sıralama ve Coğrafi Bilgi Sistemleri olduğu görülmüştür.

Mısır'da Ahmed vd., (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, hastane kuruluş yeri seçiminde üç farklı ana kriter ve üç farklı lokasyon alternatifi kullanılmıştır. Bu ana kriterler: çevresel faktörler, kentsel faktörler ve ekonomik faktörlerdir. En önemli ilk iki alt kriter ise: erişilebilirlik ve coğrafi engellerdir. En uygun hastane yerinin seçilmesinde Analitik Hiyerarşi Süreci'ne ek olarak Coğrafi Bilgi Sistemleri tercih edilmiştir.

Irak'ta Nsaif vd., (2020) tarafından Coğrafi Bilgi Sistemleri ve Uzaktan Algılama Teknikleri kullanılarak yapılan bir çalışmada şu ana kriterler ele alınmıştır: diğer hastane ve tıp merkezlerine olan mesafe, ana yollara yakınlık, nehirlere uzaklık, nüfus yoğunluğu ve arsanın eğim düzeyi.

Hindistan'da Kumar vd., (2016) tarafından beş farklı alternatif arasından en optimal olan hastane kuruluş yerinin ELECTRE tekniği ile belirlendiği bir çalışmada şu ana kriterler dikkate alınmıştır: maliyet, yakınlık, nüfusun karakteristikleri, insan kaynağının varlığı, erişilebilirlik ve çevre.

Tayvan'da Wu vd., (2007) tarafından Analitik Hiyerarşi Süreci ve Duyarlılık Analizi teknikleri kullanılarak yapılmış olan bir çalışmada, hastane kuruluş yeri seçimi için belirlenen ana kriterlerin şunlar olduğu bilinmektedir: nüfus sayısı, yoğunluğu ve profili; işletme stratejisi, yapı ve rekabet durumu; sağlıkla ilişkili ve onu destekleyici endüstrilerin varlığı; hükümet politikaları; sermaye, işgücü ve arsa.

İran'da Rahimi vd., (2017) tarafından Analitik Hiyerarşi Süreci ve Coğrafi Bilgi Sistemleri teknikleri kullanılarak 33 farklı lokasyon alternatifinin incelendiği bir çalışmada, görece önemi en yüksek bulunan kriterin ana arterlere olan mesafe olduğu ve onu sırasıyla şu ana kriterlerin izlediği tespit edilmiştir: nüfus, uyumluluk (itfaiye istasyonuna yakınlık), arazi özellikleri, erişilebilirlik ve uyumsuzluk (havaalanından ve endüstri merkezlerinden uzaklık).

İtalya'da Dell'Ovo vd., (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, en önemli hastane yeri seçim kriterinin lokasyon kalitesi olduğu ve onu sırasıyla çevresel kalite, fonksiyonel kalite ve ekonomik yönler adlı kriterlerin takip ettiği belirlenmiştir. Coğrafi Bilgi Sistemleri tekniği kullanılarak yürütülen çalışmada en yüksek görece önem ağırlığına sahip olan ilk üç alt kriterin ise sırayla; esneklik, hava kirliliği ve erişilebilirlik olduğu ortaya konulmuştur.

Birleşik Krallık'ta Dehe & Bamford (2015) tarafından Analitik Hiyerarşi Süreci ve Kanıta Dayalı Nedenler teknikleri kullanılarak yapılan bir çalışmada, iki farklı hastane kuruluş yeri alternatifi ele alınmıştır. Bu alternatiflerden en optimal olanların seçiminde ise toplam maliyet, erişilebilirlik, çevre ve güven, dizayn, risk, nüfus profili, boyut gibi ana kriterlerin temel alındığı raporlanmıştır.

Hindistan’da Chatterjee (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, hastane kuruluş yeri seçiminde üç farklı kriter ve 13 farklı lokasyon alternatifi kullanılmıştır. Bu kriterler: maliyet, nüfusun karakteristikleri ve lokasyondur. En yüksek görelî önem ağırlığına sahip olan ana kriterin hem maliyet hem de nüfusun karakteristikleri olduğu hesaplanmıştır. Çalışmada en uygun hastane yerinin seçilmesinde Delphi Tekniğı, Bulanık Analitik Hiyerarşı Süreci ve PROMETHEE teknikleri birlikte kullanılmıştır.

İran’da Samani & Alesheikh (2019) tarafından Bulanık VIKOR tekniğı yardımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, altı farklı hastane kuruluş yeri seçimi için en fazla önem atfedilen ana kriterlerin sırayla; metro istasyonuna uzaklık, ana yollara uzaklık, nüfus, trafik sıkışıklığı, otobüs duraklarına uzaklık ve trafik sıkışıklığı olduğu rapor edilmiştir. Özetle bir hastane için en uygun kuruluş yerinin neresi olacağı ve hangi kriterlerin dikkate alınacağı, cevaplanması basit bir soru değildir. Literatürdeki çalışmalarda da yer aldığı üzere ülkelerin en fazla önem atfettikleri kriterler farklılık gösterebilmektedir.

Hastane kuruluş yeri seçimi konusunda çok kriterli karar verme teknikleri kullanılarak yapılan ulusal çaptaki çalışmaların incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, aşağıdaki araştırma sorularına (AS) cevaplar aranmıştır:

- AS-1: Konuyla ilgili yayınların yıllar itibariyle dağılımları nasıldır?
- AS-2: Konuyla ilgili yayınların türleri itibariyle dağılımları nasıldır?
- AS-3: Konuyla ilgili yayınların dilleri itibariyle dağılımları nasıldır?
- AS-4: Konuyla ilgili yayınların anahtar kelimeleri itibariyle dağılımları nasıldır?
- AS-5: Konuyla ilgili yayınların çok kriterli karar verme yöntemleri itibariyle dağılımları nasıldır?
- AS-6: Konuyla ilgili yayınlarda, hastanelerin kurulması planlanan illerin dağılımları nasıldır?

## YÖNTEM

**Çalışmanın Tasarım Türü:** Nitel türde kurgulanan bu çalışmada, verilerin toplanmasında doküman incelemesinden faydalanılmıştır. Doküman incelemesi; özellikle doğrudan görüşme ve gözlem yapmanın olanaklı olmadığı durumlarda yardımına başvurulmuş başlı başına bir araştırma yöntemi olup, araştırılması hedeflenen olay veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsamaktadır (Altunkaynak, 2020:43). Toplanan dokümanların çözümlenmesiyle içerik analizi yardımıyla yapılmıştır. Verileri tanımlama ve verilerin içerisindeki gerçekleri ortaya çıkarma amacıyla içerik analizi; sözel, yazılı ve diğer materyallerin nesnel ve sistematik bir biçimde incelenmesine imkân tanıyan bilimsel bir tekniktir (Gülbahar & Alper, 2009: 100). Bu kapsamda çalışmada ilk olarak daha önceden belirlenen kavramlara göre kodlama yapılmış ve temalar elde edilmiştir. Daha sonra veriler temalara göre düzenlenmiş ve sayısallaştırılarak sunulmuştur.

**Literatür Tarama Stratejisi ve Çalışmaların Seçimi:** Verilerin toplanmasında Google Akademik, Yöktez, ResearchGate, Sobiad, Academia, Tübitak-Ulakbim gibi veri tabanları kullanılmıştır. Buna ek olarak çalışmaya dâhil edilen yayınların kaynakçaları da incelenmiştir. Tarama işlemleri esnasında; tesis yeri (facility location), hastane yer seçimi (hospital site selection), hastane kuruluş yeri (hospital establishment location), yerleşim yeri seçim sorunu (site selection problem), çok kriterli mekânsal karar verme (multi-criteria spatial decision making), çok kriterli değerlendirme (multi-criteria evaluation) gibi anahtar kelimeler Türkçe ve İngilizce olarak sorgulanmıştır. 11-15 Ocak 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen tarama işlemi sonucunda 32

çalışmaya erişilmiştir. Fakat bunlardan 6'sının çok kriterli karar verme tekniklerinden herhangi birisini kullanmadığı, 1'inin erişime kapalı olan tez olduğu ve 2'sinin ise yalnızca özeti olan bir konferans bildirisi olduğunun belirlenmesi sonucunda geriye kalan toplam 23 farklı yayın çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Yalnızca araştırma türündeki ulusal yayınlar çalışma kapsamına dâhil edilmiş olup, yayınlar için herhangi bir yıl aralığı sınırı gözetilmemiştir.

**Çalışmada Kullanılan Analizler:** Çalışma kapsamındaki verilerin analizinde betimsel istatistiklerden yalnızca frekans ve yüzde kullanılmıştır. Grafiklerin çizilmesinde ise Microsoft Ofis Excel 2016 paket programı kullanılmıştır. Kelime bulutlarının oluşturulmasında ise online-toolz uygulamasından yararlanılmıştır.

**Çalışmanın Sınırlılıkları:** Çalışmanın en temel sınırlılığını yalnızca ulusal literatürdeki yayınların ele alınmış olması oluşturmaktadır. Çevrimiçi veri tabanından yayımlanmış olan çalışmaların kapsanması bir diğer sınırlılık nedeni olarak ele alınabilir.

**Çalışmanın Etik Yönü:** İkincil verilerin doküman analizi yöntemiyle ele alınarak yürütülmesi dolayısıyla, bu çalışmada etik kurul onayına gereksinim söz konusu değildir.

## BULGULAR

Yıllar itibariyle konuyla ilgili yapılmış olan yayınların dağılımını içeren Tablo 1 incelendiğinde; erişilebildiği kadarıyla en eski yayının 2008 yılına (%4,3) ait olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili en fazla yayın oranının 2016 (%21,7) ve 2019 (%21,7) yıllarına ait olduğu ve onları 2017 (%13,0) yılının takip ettiği belirlenmiştir. Genel itibariyle konuyla ilgili yayımlanmış olan çalışmaların yarısından fazlasının (%69,6) son beş yıla ait olduğunu belirtmek mümkündür (AS-1).

**Tablo 1:** Yıllara Göre Konuyla İlgili Yayınların Dağılımı

Yıllar	Frekans	Yüzde (%)
2008	1	4,3
2009	2	8,7
2011	2	8,7
2014	1	4,3
2015	1	4,3
2016	5	21,7
2017	3	13,0
2018	2	8,7
2019	5	21,7
2020	1	4,3
<b>Toplam</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

Türleri itibariyle konuyla ilgili yapılmış olan yayınların dağılımını içeren Tablo 2 incelendiğinde; yayınların yaklaşık dörtte üçünün (%73,9) makale, %17,4'ünün yüksek lisans tezi, %8,7'sinin ise tam metin kongre bildirisi türünde olduğu bilgisine erişilmektedir (AS-2).

**Tablo 2:** Türlerine Göre Konuyla İlgili Yayınların Dağılımı

Yayın Türleri	Frekans	Yüzde (%)
Makale	17	73,9
Yüksek Lisans Tezi	4	17,4
Kongre Bildirisi	2	8,7
<b>Toplam</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

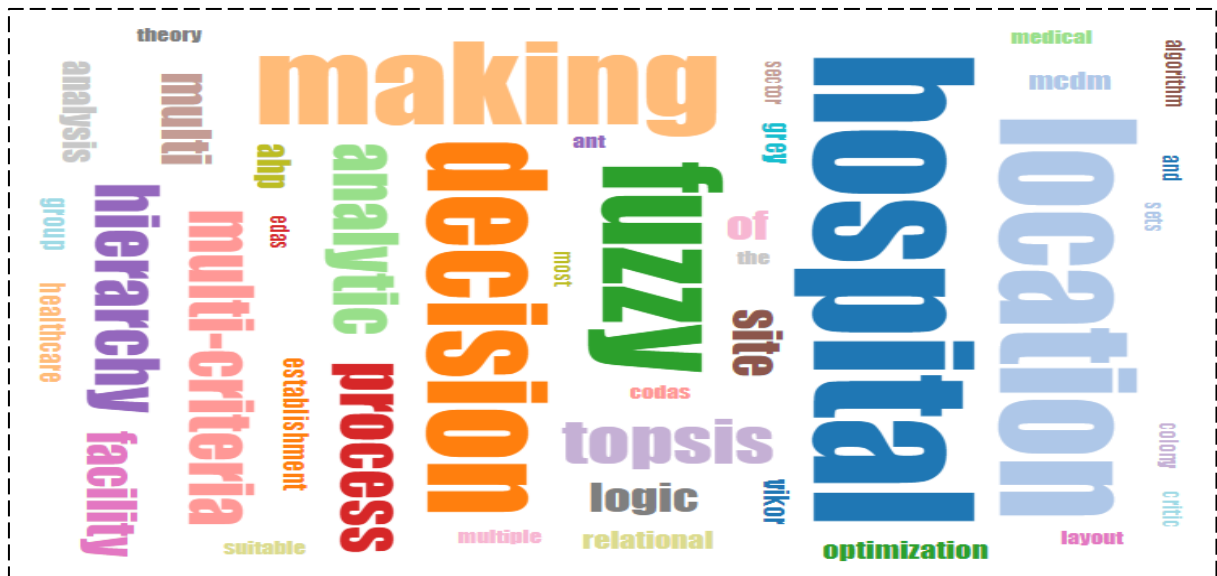
Dilleri itibariyle konuyla ilgili yapılmış olan yayınların dağılımını içeren Tablo 3 incelendiğinde; yayınların yarısından fazlasının (%52,2) İngilizce, yarısından azının (%47,8) ise Türkçe dilinde yazıldığı görülmektedir (AS-3).

**Tablo 3:** Dillerine Göre Konuyla İlgili Yayınların Dağılımı

Yayın Dilleri	Frekans	Yüzde (%)
Türkçe	11	47,8
İngilizce	12	52,2
<b>Toplam</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

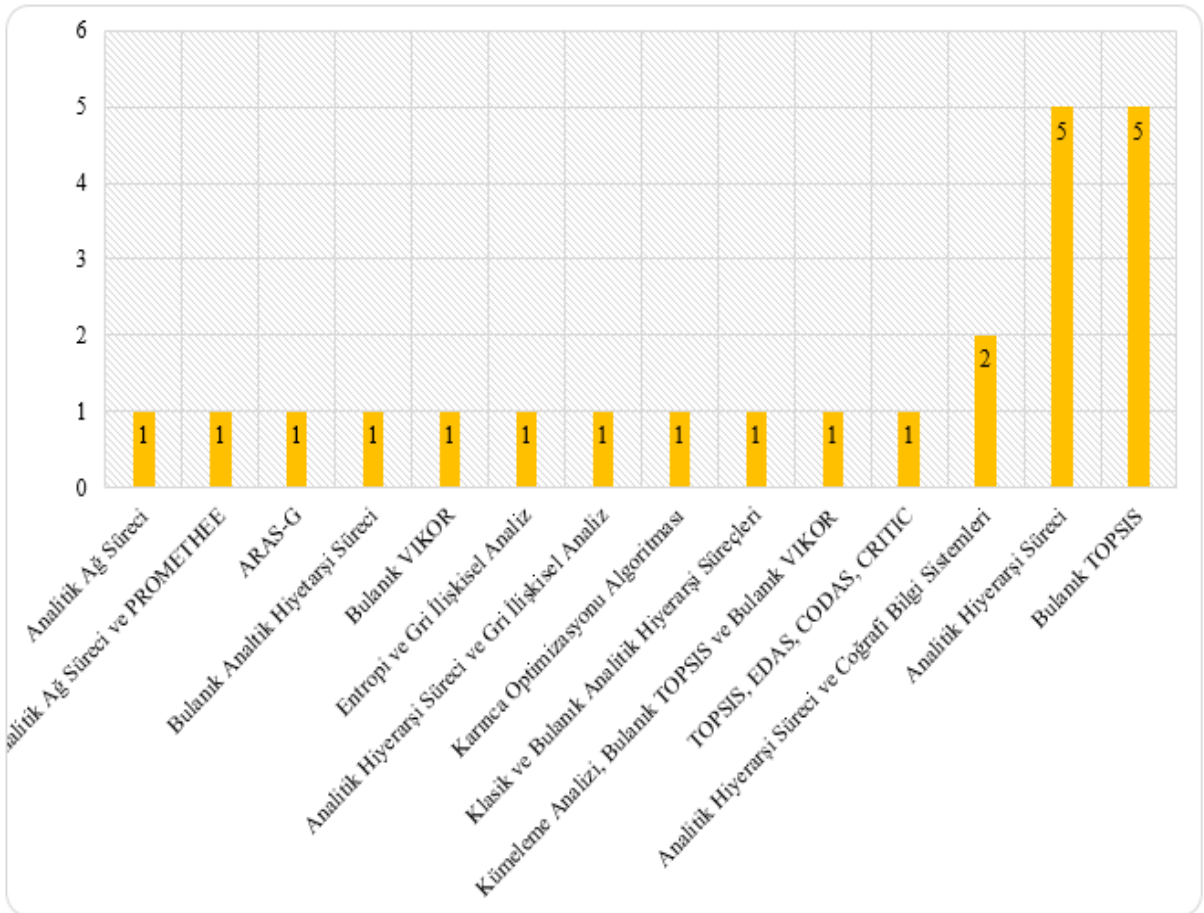
Çalışma kapsamına dâhil edilen yayınların anahtar kelimelerine ait bulutların yer aldığı Şekil 1 incelendiğinde, en fazla tekrar sıklığına sahip olan bazı kelimelerin sırayla; hospital (hastane), location (yer), making (verme), decision (karar), fuzzy (bulanık), analytic (analitik), process (süreç), hierarchy (hiyerarşi), multi-criteria (çok kriterli), TOPSIS (TOPSIS) ve facility (tesis) olduğu görülmektedir (AS-4). Çalışma kapsamına dâhil edilen çalışmaların yarısından fazlasının İngilizce dilinde yazılmasından dolayı, kelime bulutlarının seçiminde İngilizce anahtar kelimeler kullanmanın daha uygun olacağı düşünülmüştür.

**Şekil 1:** Yayınlarda Geçen Anahtar Kelimelerin Bulutu



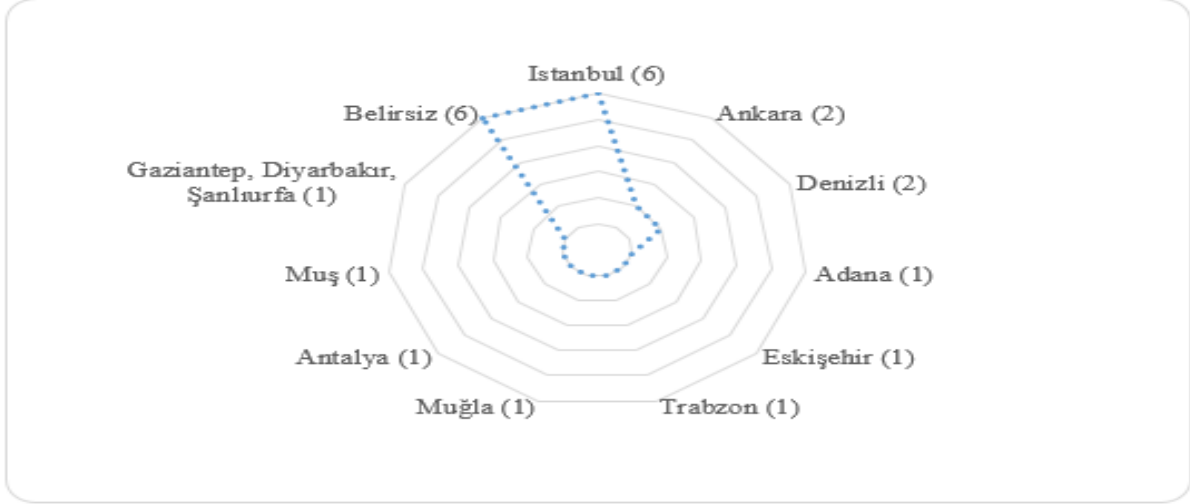
Konuyla ilgili yayınlarda kullanılan çok kriterli karar verme tekniklerinin dağılımını gösteren Şekil 2 incelendiğinde, en fazla kullanılan ilk üç tekniğin sırayla; Bulanık TOPSIS (f: 5), Analitik Hiyerarşi Süreci (f: 5) ve Analitik Hiyerarşi Süreci + Coğrafi Bilgi Sistemleri (f: 2) olduğu görülmektedir. Bir diğer yandan; Analitik Ağ Süreci (f: 1), Analitik Ağ Süreci + PROMETHEE (f: 1), ARAS-G (f: 1), Bulanık Analitik Hiyerarşi Süreci (f: 1), Bulanık VIKOR (f: 1), Entropi + Gri İlişkisel Analiz (f: 1), Analitik Hiyerarşi Süreci + Gri İlişkisel Analiz (f: 1), Karınca Kolonisi Algoritması (f: 1), Analitik Hiyerarşi Süreci + Bulanık Analitik Hiyerarşi Süreci (f: 1), Kümeleme Analizi + Bulanık TOPSIS + Bulanık VIKOR (f: 1), TOPSIS + EDAS + CODAS + CRITIC (f: 1) tekniklerinin ise eşit sayıda kullanım frekansına sahip oldukları belirlenmiştir (AS-5)

Şekil 2: Kullanılan Tekniklere Göre Konuyla İlgili Yayınların Dağılımı



Hastanelerin kurulması planlanan illere göre konuyla ilgili yayınların dağılımını gösteren Şekil 3 incelendiğinde; yayınların büyük bir bölümünde kuruluş yeri olarak İstanbul (%26,1)'un, Ankara'nın (%8,7) ve Denizli'nin (%8,7) yer aldığı bilgisine ulaşılmaktadır. İlgili yayınların dörtte birinden fazlasındaysa (%26,1) hastane kuruluş yerinin neresi olacağı hakkında herhangi bir bilgi sunulmadığı ortaya konulmuştur (AS-6).

Şekil 3: Hastanelerin Kurulması Planlanan İllere Göre Konuyla İlgili Yayınlardaki Dağılımı



Çok kriterli karar verme teknikleri kullanılarak hastane kuruluş yeri seçimlerine karar verilen ulusal düzeydeki çalışmaların yer aldığı Tablo 4 incelendiğinde, 23 çalışmaya ait birbirinden farklı onlarca hastane kuruluş yeri seçim kriterlerinin mevcut olduğu sonucuna varılmıştır. Örneğin Yeşilyurt & Selamzade (2020) tarafından Analitik Hiyerarşi Süreci tekniğiyle yapılan bir çalışmada şu ana kriterler belirlenmiştir: konum, altyapı özellikleri, çevresel şartlar, yatırım maliyeti ve demografik yapı. Bunlar arasından en yüksek kriter ağırlığına sahip olan unsurun ise konum olduğu hesaplanmıştır. Muş ilinde kurulması planlanan hastane için dört farklı kuruluş yeri alternatifine yer verilen çalışmada, 2. alternatifin (Bingöl yolu üzeri) en optimal bölge olduğu tespit edilmiştir.

Şahin vd., (2019) tarafından Analitik Hiyerarşi Süreci tekniğiyle yapılan çalışmada şu ana kriterler belirlenmiştir: talep faktörleri, rakipler, çevresel şartlar, erişilebilirlik, sağlık sektörüyle yakından ilişkili endüstriler, devlet teşvikleri. Bunlar arasından en yüksek kriter ağırlığına sahip olan unsurun ise talep faktörleri olduğu hesaplanmıştır. Muğla ilinde kurulması planlanan hastane için 12 farklı kuruluş yeri alternatifine yer verilen çalışmada, en uygun ilçenin Bodrum olduğu saptanmıştır.

Önüt vd., (2008) tarafından Analitik Ağ Süreci tekniğiyle yapılan çalışmada şu ana kriterler belirlenmiştir: yatırım maliyeti, talep durumu, devlet teşvikleri, firma stratejisi ve rakipler, tedarik sektörü ve ilişkili sektörler, pazarın değişme olasılığı. Bunlar arasından en yüksek kriter ağırlığına sahip olan unsurun ise yatırım maliyeti olduğu hesaplanmıştır. İstanbul ilinde kurulması planlanan hastane için üç farklı kuruluş yeri alternatifine yer verilen çalışmada, Çatalca'nın en uygun lokasyon olduğu sonucuna varılmıştır.

Çelikkilek (2018) tarafından Bulanık VIKOR tekniği kullanılarak yapılan çalışmada şu ana kriterler kullanılmıştır: bölgenin hastane talebi, bina maliyeti, nüfus yoğunluğu, gelecekteki nüfus, sosyal merkezlere uzaklık, sağlık kurumlarına uzaklık, diğer kurumlara uzaklık, ambulanslar için kolay erişim, nakil için kolay erişim, park alanlarının varlığı. Bunlar arasından en yüksek kriter ağırlığına sahip olan unsurun ise bölgenin hastane talebi olduğu hesaplanmıştır. Beş farklı kuruluş yeri alternatifine yer verilen çalışmada, en uygun lokasyonun 5. alternatif olduğu belirlenmiştir.

Şenvar vd., (2016) tarafından Bulanık TOPSIS tekniği kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada; pazar şartları, maliyet, demografik yapı, işletme, erişilebilirlik, işgörenler ve bina yapısı gibi ana



kriterler temel alınmıştır. Bunlar arasından en yüksek kriter ağırlığına sahip olan unsurun pazar şartları olduğu hesaplanmıştır. Dört farklı kuruluş yeri alternatifine yer verilen çalışmada, en uygun kuruluş yeri tercihinin 2. alternatif olduğu ortaya konulmuştur.

**Tablo 4:** Değerlendirilen Yayınlar da Yer Alan Hastane Kuruluş Yeri Seçim Kriterleri, Alternatifler ve Alternatiflerin Sıralanması

Yazar/lar (Yıl)	Hastane Kuruluş Yeri Seçim Kriterleri	Alternatifler	Sıralama
Yeşilyurt & Selanzade (2020)	<b>Konum (en önemli kriter)</b> , altyapı özellikleri, çevresel şartlar, yatırım maliyeti, demografik yapı	4 farklı alternatif	En uygun yer 2. alternatif
Miç & Antmen (2019)	Demografik yapı, yatırım maliyetleri, seyahat süresi ve maliyeti, çevresel faktörler, yer	4 farklı alternatif	En uygun yer Seyhan
Şahin vd., (2019)	<b>Talep faktörleri (en önemli kriter)</b> , rakipler, çevresel şartlar, erişilebilirlik, ilişkili endüstri, hükümet teşvikleri	12 farklı alternatif	En uygun yer Bodrum
Kahraman vd., (2019)	Kuruluş maliyeti, hedef bölgelere yakınlık, çevresel faktörler, demografik yapı, taşıma/ulaşım fırsatları	5 farklı alternatif	En uygun yer 1. alternatif
Adalı & Taş (2019)	<b>Pazar şartları (en önemli kriter)</b> , arsa stratejisi, erişilebilirlik, çevresel şartlar, demografik yapı, jeolojik faktörler, hükümetin finansal teşvikleri	4 farklı alternatif	En uygun yer 2. alternatif
Demirci (2019)	<b>Demografik yapı (en önemli kriter)</b> , konum, bakımlılık, maliyet	---	---
Baran (2018)	Yatırım maliyeti, demografik yapı, çevresel faktörler, yapı/bina yeri faktörleri, yapı/bina nitelikleri	5 farklı alternatif	En uygun yer Söğüt
Çelikkbilek (2018)	<b>Bölgenin hastane talebi (en önemli kriter)</b> , bina maliyeti, nüfus yoğunluğu, gelecekteki nüfus, sosyal merkezlere uzaklık, sağlık kurumlarına uzaklık, diğer kurumlara uzaklık, ambulanslar için kolay erişim, nakil için kolay erişim, park alanlarının varlığı	5 farklı alternatif	En uygun yer 5. alternatif
Şen (2017)	Lokasyon şartları ve çevre, erişilebilirlik ve trafik, maliyet, gelecekteki düşünceler, sorun	3 farklı alternatif	En uygun yer 3. alternatif
Özgür (2017)	<b>Nüfus sayısının artma potansiyeli (en önemli kriter)</b> , bölgenin ekonomik olarak gelişme hızı, işgücü potansiyeli, bölgede yapılacak yeni yatırım potansiyeli, ulaşım için yapılacak yeni yatırım potansiyeli, şehir merkezine yakınlık, sosyal ve kültürel yapı, konaklama potansiyeli, altyapı yeterliliği, çalışanların ulaşım kolaylığı, hastaların ulaşım kolaylığı, araç park alanları, bölgede yaşayanların sosyal güvenlik durumları, bölgenin deprenselliği, potansiyel rakipler, mevcut rakiplerin etkinliği, trafik yoğunluğu, gürültü kaynaklarına yakınlık	14 farklı alternatif	En uygun yer Kadıköy

Organ & Tekin (2017)	<b>Rakiplerin etkinliği (en önemli kriter)</b> , hedef kitle yoğunluğu, yerleşim birimlerine yakınlık, gürültü kaynaklarına yakınlık, merkezilik, ulaşılabilirlik, personelin ulaşımı, rakiplere uzaklık, altyapı yeterliliği, bina düzenleme maliyeti, çevre düzenleme maliyeti, fark edilebilirlik	5 farklı alternatif	En uygun yer Sarıabat
Eldemir & Önden (2016)	<b>Erişilebilirlik (en önemli kriter)</b> , rekabet şartları, çevresel faktörler	3 farklı alternatif	En uygun yer 2. ve 9. alternatifler
İnce vd., (2016)	Bina konum ve özellikleri, çevresel faktörler, rekabet unsuru, demografik yapı, bina konumu, yatırım maliyeti	4 farklı alternatif	En uygun yer 1. alternatif
Şen & Demiral (2016)	<b>Lokasyon şartları ve çevre ile maliyet (en önemli kriterler)</b> , erişilebilirlik ve trafik, gelecekteki düşünceler, sorun, hastaya acil erişebilme durumu	3 farklı alternatif	En uygun yer 1. alternatif
Şenvar vd., (2016)	<b>Pazar şartları (en önemli kriter)</b> , maliyet, demografik yapı, işletme, erişilebilirlik, işgörenler, bina yapısı	4 farklı alternatif	En uygun yer 2. alternatif
Akyüz & Kılınç (2016)	Gürültü kaynaklarına yakınlık, trafik yoğunluğu, ulaşım kolaylığı, altyapı yetersizliği, otopark alanı, mevcut rakip sayısı, rakiplere uzaklık, nüfus yoğunluğu, hedef kitle yoğunluğu, büyüme ve gelişme potansiyeli	3 farklı alternatif	En uygun yer Lara-Kundu
İmamoğlu (2015)	Demografik özellikler, çevresel etkiler, arazi maliyetleri, sağlık sektörü ve tıp uygulaması	18 farklı alternatif	En uygun yer Akçaabat
Vafaei (2014)	<b>Nüfus yoğunluğu, (en önemli kriter)</b> , ana arterlere uzaklık, mevcut hastanelere uzaklık, yatak kapasitesi, operasyon süreleri	5 farklı alternatif	En uygun yer Yıldız Parkı
Şimşek (2011)	<b>Demografik yapı (en önemli kriter)</b> , tesis maliyeti, ulaşım ve konaklama, sosyal ve ekonomik yapı, vergi ve teşvik durumu, doğal afetler ve asayiş, işgücü potansiyeli ve rekabet, subjektif unsurlar	3 farklı alternatif	En uygun yer Diyarbakır
Çakır vd., (2011)	<b>Demografik yapı (en önemli kriter)</b> , bina özellikleri, çevresel faktörler, rekabet unsurları, bina konumu, yatırım maliyeti	52 farklı alternatif	En uygun yer 39. alternatif
Aydın vd., (2009)	<b>Demografik yapı (en önemli kriter)</b> , çevresel faktörler, bina özellikleri, rekabet unsurları, yatırım maliyeti, bina konumu	5 farklı alternatif	En uygun yer Çankaya
Aydın (2009)	Çevresel faktörler, bina özellikleri, rekabet unsurları, yatırım maliyeti, bina konumu, demografik yapı	5 farklı alternatif	En uygun yer Çankaya
Önüt vd., (2008)	<b>Yatırım maliyetleri (en önemli kriter)</b> , talep durumu, devlet teşvikleri, firma stratejisi ve rakipler, tedarik sektörü ve ilişkili sektörler pazar değişme olasılığı	3 farklı alternatif	En uygun yer Çatalca

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Çok kriterli karar verme teknikleri kullanılarak, sağlık işletmeleri için en optimal kuruluş yeri seçimi konusunda yapılmış olan çalışmaların ulusal kapsamda incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada, 23 adet çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmaların yılları incelendiğinde, yarıdan fazlasının son beş yıl içerisinde yayımlandığı sonucuna varılmaktadır. Bu bağlamda ilk çalışmanın yayımlandığı 2008 yılından günümüze değin, bu karar problemi konusunu çok kriterli karar verme tekniklerini kullanarak ele alan çalışmalara olan ilginin arttığından söz edilebilir. Konuyla ilgili çalışmaların oldukça büyük bir kısmının makalelerden oluştuğu ve yarıdan fazlasının ise İngilizce dilinde yazıldığı sonucuna varılmıştır. Bu durum, ilgili araştırma konusunun uluslararası literatürde de ilgi uyandıran bir yapıya sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya dâhil edilen her bir yayının anahtar kelimeleri, kelime bulutu vasıtasıyla incelenmiş ve en fazla tekrar sıklığına sahip olan başlıca sözcüklerin sırayla; hastane, yer, verme, karar, bulanık ve analitik olduğu sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak her bir yayında faydalanılan çok kriterli karar verme teknikleri de incelenmiş ve en fazladan en aza bu tekniklerin sırayla şunlar olduğu sonucuna erişilmiştir: “Bulanık TOPSIS”, “Analitik Hiyerarşi Süreci”, “Analitik Hiyerarşi Süreci + Coğrafi Bilgi Sistemleri”, “TOPSIS + EDAS + CODAS + CRITIC”, “Kümeleme Analizi + Bulanık TOPSIS + Bulanık VIKOR”, “Klasik Analitik Hiyerarşi Süreci + Bulanık Analitik Hiyerarşi Süreci”, “Karınca Kolonisi Algoritması”, “Analitik Hiyerarşi Süreci + Gri İlişkisel Analiz”, “Bulanık VIKOR”, “Bulanık Analitik Hiyerarşi Süreci”, “ARAS-G”, “Analitik Ağ Süreci + PROMETHEE”, “Analitik Hiyerarşi Süreci” olduğu sonucuna varılmıştır. Buradan hareketle ilgili yayınlardaki kriterlerin ağırlıklandırılmasında genellikle Analitik Hiyerarşi Süreci ve Analitik Ağ Süreci ile onların bulanık hallerinin kullanıldığı ileri sürülebilir. Diğer yandan alternatiflerin sıralanmasında ise VIKOR, TOPSIS, PROMETHEE, ARAS-G ve Gri İlişkisel Analiz ile onların bulanık hallerinin kullanıldığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca bazı durumlarda alternatiflerin gruplandırılmasında kümeleme analizinin, en kestirme optimal yolun hesaplanmasında karınca kolonisi algoritmasının, mekânsal haritalamaların yapılmasında ise Coğrafi Bilgi Sistemleri’nin tercih edildiği ortaya konulmuştur.

Hastanelerin kurulması planlanan illere ve/veya ilçelere/bölgelere göre nasıl bir dağılım sergilediği incelendiğinde; ilgili yayınlarda sağlık işletmelerinin büyük bir kısmının kuruluş yeri olarak İstanbul’un ilçelerini ele aldığı, bunları ise Ankara ve Denizli illerine bağlı ilçelerin izlediği sonucuna varılmıştır. Adana, Eskişehir, Trabzon, Muğla, Antalya, Muş ile Gaziantep-Diyarbakır-Şanlıurfa illerine bağlı ilçe veya bölgelerin her birinin ise yalnızca bir yayında ele alınan alternatifler olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışma kapsamında ele alınan 23 yayından altısında ise, kuruluş yeri olarak hangi ilin/ilçenin ele alındığı hususunda bilgi sunulmadığı sonucu ortaya konulmuştur. Dolayısıyla bu yayınların, gerçek bir hayat problemini varsayımsal olarak simüle ettiklerinden söz edilebilir.

Çalışma kapsamında ele alınıp değerlendirilen yayınlarda, birbirinden farklı hastane kuruluş yeri karar kriterlerinin ve onlara bağlı farklı sayılardaki alternatiflerin mevcut olduğu ortaya konulmuştur. Örneğin Eldemir & Önden (2016)’in çalışmasında: erişilebilirlik, rekabet şartları ve çevresel faktörler; Çakır vd., (2011)’nin çalışmasında: demografik yapı, bina özellikleri, bina konumu, çevresel faktörler, rekabet unsurları ve yatırım maliyeti; Vafaei (2014)’nin çalışmasında: nüfus yoğunluğu, ana arterlere uzaklık, mevcut hastanelere uzaklık, yatak kapasitesi ve operasyon süreleri; Akyüz & Kılınç (2016)’ın çalışmasında ise: gürültü kaynaklarına yakınlık, trafik yoğunluğu, ulaşım kolaylığı, altyapı yetersizliği, otopark alanı, mevcut rakip sayısı, rakiplere

uzaklık, nüfus yoğunluğu, hedef kitle yoğunluğu, büyüme ve gelişme potansiyeli gibi hastane lokasyon yeri seçiminde önemli olduğu düşünülen kriterler kullanılmıştır.

Yayınlardaki ana kriterlerin ağırlıkları incelendiğinde; en fazla görece önem ağırlığına sahip olan, dolayısıyla da en önemli görülen hastane kuruluş yeri seçim kriterlerinin sırayla; demografik yapı, yatırım maliyeti ve pazar şartları olduğu sonucuna erişilmiştir. Buradan hareketle çalışma sonucunda hastane yeri seçiminde etkili olan faktörlerle ilgili olarak ortaya konulan karar kriterlerinin, ilgili konuda çalışma yapmayı planlayan araştırmacılara yol gösterebileceğini belirtmek mümkündür. Ayrıca ulusal literatürde hastane yer seçimi problemini çok kriterli karar verme teknikleri kullanarak ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanamamış olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışmanın mevcut literatürdeki boşluğa katkı sunacağı belirtilebilir.

## KAYNAKÇA

\* Çalışmaya dâhil edilen yayınlar

- \*Adalı, E. A., & Tuş, A. (2019). Hospital site selection with distance-based multi-criteria decision-making methods. *International Journal of Healthcare Management*, 1-11.
- Ahmed, A. H., Mahmoud, H., & Aly, A. M. M. (2016). Site suitability evaluation for sustainable distribution of hospital using spatial information technologies and AHP: A case study of Upper Egypt, Aswan City. *Journal of Geographic Information System*, 8(5), 578-584.
- \*Akyüz, G., & Kılınc, E. (2016). Kuruluş yeri seçiminde bulanık TOPSIS yönteminin kullanımı: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(33), 590-608.
- Altunkaynak, M. (2020). UNESCO 2030 eğitim raporunda umut veren uygulamalara genel bakış: Doküman incelemesi. *Uluslararası Temel Eğitim Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 40-47.
- \*Aydın, Ö. (2009). Bulanık AHP ile Ankara için hastane yer seçimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(2): 87-104.
- \*Aydın, Ö., Öznehir, S., Akçalı, E. (2009). Ankara için optimal hastane yeri seçiminin analitik hiyerarşi süreci ile modellenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2): 69-86.
- \*Baran, E. An Innovative Fuzzy TOPSIS Method to Determine the Location of A New Hospital. *International Journal of Engineering Science and Application*, 2(4), 133-136.
- Behzadi, S., & Alesheikh, A. A. (2013). Hospital site selection using a BDI agent model. *International Journal of Geography and Geology*, 2(4), 36-51.
- Chatterjee, D. (2015). Delphi-FAHP and Promethee: An integrated approach in HEALTHCARE facility location selection. *TAPMI Working Paper Series*, 111/2015-16/05.
- Chatterjee, D., & Mukherjee, B. (2013). Potential hospital location selection using AHP: a study in rural India. *International journal of computer applications*, 71(17): 1-7.
- \*Çakır, M., Oral, M., & Aydın, A. (2011). Karınca Koloni Optimizasyon Algoritmaları ile Risk Faktörlerine Bağlı Optimum Hastane Yerleşim Noktasının Bulunması. *Engineering Sciences*, 6(1), 195-208.
- \*Çelikbilek, Y. (2018). Group Decision Making for Hospital Location Selection Using VIKOR under Fuzzy Environment. *İstanbul Gelişim Üniversitesi SABDER*, 5: 435-450.
- Dehe, B., & Bamford, D. (2015). Development, test and comparison of two Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA) models: A case of healthcare infrastructure location. *Expert Systems with Applications*, 42(19), 6717-6727.
- Dell'Ovo, M., Capolongo, S., & Oppio, A. (2018). Combining spatial analysis with MCDA for the siting of healthcare facilities. *Land use policy*, 76, 634-644.
- \*Demirci, A. (2019). Kuruluş yeri seçiminde analitik hiyerarşik süreç yöntemi: sağlık kurumlarında bir uygulama. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(1), 39-55.

- \*Eldemir, F., & Onden, I. (2016). Geographical information systems and multicriteria decisions integration approach for hospital location selection. *International Journal of Information Technology & Decision Making*, 15(05), 975-997.
- Gülbahar, Y., & Alper, A. (2009). Öğretim teknolojileri alanında yapılan araştırmalar konusunda bir içerik analizi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 42(2), 93-112.
- \*İmamoğlu, G. (2015). Analitik Ağ Süreci Ve Promethee Teknikleri İle Hastane Yer Seçimi: Trabzon Örneği. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- \*İnce, Ö., Bedir, N., & Eren, T. (2016). Hastane kuruluş yeri seçimi probleminin AHP ile modellenmesi: Tuzla ilçesi uygulaması. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 8-21.
- \*Kahraman, C., Gundogdu, F. K., Onar, S. C., & Oztaysi, B. (2019, August). Hospital location selection using spherical fuzzy TOPSIS. In 2019 Conference of the International Fuzzy Systems Association and the European Society for Fuzzy Logic and Technology (EUSFLAT 2019). Atlantis Press.
- Kumar, P., Singh, R. K., & Sinha, P. (2016). Optimal site selection for a hospital using a fuzzy extended ELECTRE approach. *Journal of Management Analytics*, 3(2), 115-135.
- \*Miç, P. & Antmen, Z. F. (2019). A Healthcare Facility Location Selection Problem with Fuzzy TOPSIS Method for a Regional Hospital. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (16), 750-757.
- Moradian, M. J., Ardalan, A., Nejati, A., Bolorani, A. D., Akbarisari, A., & Rastegarfar, B. (2017). Risk criteria in hospital site selection: a systematic review. *PLoS currents*, 9.
- Nsaif, Q. A., Khaleel, S. M., & Khateeb, A. H. (2020). Integration of GIS And Remote Sensing Technique for Hospital Site Selection in Baquba District. *Journal of Engineering Science and Technology*, 15(3), 1492-1505.
- \*Organ, A., & Tekin, B. (2017). Şehir hastanesi kuruluş yeri seçimi için gri ilişkisel analiz yaklaşımı: Denizli ili örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 256-278.
- \*Önüt, S., Tuzkaya, U. R., & Kemer, B. (2008). An analytical network process approach to the choice of hospital location. *Journal of Engineering and Natural Sciences*, 25(4), 367-379.
- \*Özgür, Ç. (2017). Kümeleme analizi ile bütünlük bulanık topsis ve bulanık VIKOR yöntemlerine dayanarak hastane kuruluş yer seçimi. Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Rahimi, F., Goli, A., & Rezaee, R. (2017). Hospital location-allocation in shiraz using geographical information system (GIS). *Shiraz E Med J*, 18(8): 1-8.
- Samani, Z., & Alesheikh, A. A. (2019). Uncertainty Modelling of Citizen-Centered Group Decision Making Using Fuzzy-VIKOR Case Study: Site Selection of Healthcare Services. *International Archives of the Photogrammetry, Remote Sensing & Spatial Information Sciences*.
- Soltani, A., & Marandi, E. Z. (2011). Hospital site selection using two-stage fuzzy multi-criteria decision making process. *Journal of Urban and environmental engineering*, 5(1), 32-43.
- \*Şahin, T., Ocak, S., & Top, M. (2019). Analytic hierarchy process for hospital site selection. *Health Policy and Technology*, 8(1), 42-50.
- \*Şen, H. (2017). Hospital location selection with ARAS-G. *The Eurasia Proceedings of Science Technology Engineering and Mathematics*, (1), 359-365.
- \*Şen, H., & Demiral, M. F. (2016). Hospital location selection with grey system theory. *European Journal of Economics and Business Studies*, 2(2), 66-79.
- \*Şenvar, O., Otay, I., & Bolturk, E. (2016). Hospital site selection via hesitant fuzzy TOPSIS. *IFAC-PapersOnLine*, 49(12), 1140-1145.
- \*Şimşek, K. (2011). Bulanık analitik hiyerarşi prosesi ile hastane yer seçimi ve örnek bir uygulaması. Atatürk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- \*Vafaei, N. (2014). Selecting the field hospital location for disasters: a case study in Istanbul. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Vahidnia, M. H., Alesheikh, A. A., & Alimohammadi, A. (2009). Hospital site selection using fuzzy AHP and its derivatives. *Journal of environmental management*, 90(10), 3048-3056.
- Wu, C. R., Lin, C. T., & Chen, H. C. (2007). Optimal selection of location for Taiwanese hospitals to ensure a competitive advantage using the analytic hierarchy process and sensitivity analysis. *Building and Environment*, 42(3), 1431-1444.
- \*Yeşilyurt, Ö., & Selamzade, F. Muş İli İçin Optimal Hastane Yeri Seçiminin Analitik Hiyerarşi Süreci İle Değerlendirilmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(5), 1361-1367.
- Younis MZ, Younies HZ, Okojie F. (2006). Hospital financial performance in the United States of America: a follow-up study. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 12(5): 670-678.
- Zhou, L., & Wu, J. (2012). GIS-based multi-criteria analysis for hospital site selection in Haidian district of Beijing. Student Thesis, Master Programme in Geomatics. University of Gävle, Sweden.

**SAĞLIK PROGRAMLARINDA ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN COVID-19'A DAİR BİLGİ, ÖNLEMLERE UYUM VE RİSK ALGISI DÜZEYLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**INVESTIGATION OF KNOWLEDGE, COMPLIANCE WITH PREVENTION AND RISK PERCEPTION LEVELS ABOUT COVID-19 IN TERMS OF SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF STUDENTS IN HEALTH PROGRAMS**

**Öğr. Gör. Dr. Haydar HOŞGÖR**

Uşak Üniversitesi, haydar.hosgor@usak.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1174-1184

**Öğr. Gör. Zeynep AKÖZLÜ**

Maltepe Üniversitesi, zeynepakozlu@maltepe.edu.tr, orcid.org/0000-0003-4561-4025

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (07.03.2021-10.04.2021)

**Özet**

Bireylerin sağlık riski algısı, bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesinde önemli bir faktördür. COVID-19'un daha çok yaşlı nüfusu etkilediği yönündeki haberler genç yaş gruplarında rahavete neden olabilmektedir. Bu çalışmanın iki temel amacı vardır. Bunlardan ilki, üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ile COVID-19 hakkındaki bilgi, önlemlere uyum ve risk algısı düzeyleri arasındaki farkların incelenmesidir. İkincisi ise katılımcıların COVID-19'a dair bilgi, önlemlere uyum ve risk algısı düzeyleri arasındaki ilişkilerin araştırılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda veriler, 1-10 Aralık 2020 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesinin sağlık programlarında eğitim gören öğrencilerden çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmıştır. 310 kullanılabılır anketin elde edildiği araştırmada; öğrencilerin risk algısı düzeyleri ile cinsiyet ve yaşadıkları yerin niteliği arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin önlemlere uyum düzeyi ile risk algısı düzeyi ( $r=0,273$ ) ve bilgi düzeyi ( $r=0,131$ ) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin COVID-19 kaynaklı risk algıları ve bu konudaki bilgi düzeyleri arttıkça, virüsten korunma önlemlerine daha fazla riayet ettikleri sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Pandemi, COVID-19, risk, algı, önlem

## Abstract

Individuals' perception of health risk is an important factor in preventing the spread of infectious diseases. The news that COVID-19 affects mostly the elderly population may cause complacency in young age groups. This study has two objectives: The first, to investigate the differences between the socio-demographic characteristics of the university students and their knowledge of COVID-19, compliance with prevention measures and levels of risk perception. The second, to investigate the relationships between participants' knowledge about COVID-19, compliance with prevention measures, and levels of risk perception. The data were collected from the health program students of a foundation university in Istanbul via online survey between December 1-10, 2020. In the study, in which 310 usable questionnaires were obtained, significant differences were determined between the risk perception levels of the students in terms of the sex and the characteristic of the place they lived in variables ( $p < 0.05$ ). There was a positive and significant relationship between the students' level of compliance with the prevention measures and their risk perception levels ( $r = 0.273$ ) and knowledge levels ( $r = 0.131$ ). It was also concluded that as the students' COVID-19-related risk perceptions and their knowledge levels on this issue increased, they were more likely to comply with measures to protect themselves from viruses.

**Key Words:** pandemic, COVID-19, risk, perception, prevention

## GİRİŞ

Çin'de 2019 Aralık ayının sonunda ortaya çıkan ve kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 (SARS-CoV-2), Dünya Sağlık Örgütü tarafından 30 Ocak 2020'de acil halk sağlığı durumu ve 11 Mart 2020'de de pandemi olarak ilan edilmiştir (World Health Organization, 2020). Hastalığın ortaya çıkışından itibaren virüsün yayılımını azaltmak adına, küresel halk sağlığı kampanyaları başlatılmış (Van Bavel ve diğerleri, 2020) ve sağlık otoriteleri ile hükümetler hastalığın bulaşmasını azaltmak için ciddi önlemler almaya başlamışlardır (Motta Zanin, Gentile, Parisi ve Spasiano, 2020). COVID-19 damlacık, fekal-oral ve doğrudan temas olarak insandan insana bulaşma yoluyla yayılmaktadır (Backer, Klinkenberg ve Wallinga, 2020). Dolayısıyla salgının kontrolü için hükümet çabalarının yanı sıra bireysel ve hane halkı düzeyindeki çabalar da önemli rol oynamaktadır (Chan ve diğerleri, 2020). Çünkü insan davranışlarının, COVID-19'un bulaş yollarının merkezinde yer aldığı ve davranış değişikliğinin, farmasötik müdahalelerin yokluğunda bulaşmayı önleyerek pandeminin seyrini değiştirebileceği ifade edilmiştir (West, Michie, Rubin ve Amlôt, 2020).

Dünyadaki insanların büyük çoğunluğu COVID-19'un yayılımını önlemek için gereken maske takma, el hijyeni uygulamaları ve sosyal mesafe kurallarından haberdarken; bazı bireyler ise hükümetlerin kurallarını görmezden gelmekte veya yanlış bir biçimde uygulamaktadır. Bu ortak mücadelede, bireylerin farklı davranması yeni virüsle ilgili risk algısının bireyler arasında güçlü bir şekilde farklı olduğunu göstermektedir (Cori, Bianchi, Cadum ve Anthonj, 2020). Bireylerin sağlık riski algısı sağlığı koruyucu eylemlerin benimsenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Motta Zanin ve diğerleri, 2020). Daha önceki bulaşıcı hastalık salgınlarından elde edilen kanıtlar, hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin ve hastalığa karşı algılanan riskin, bireylerin sağlığı koruyucu davranış niyetleri üzerindeki pozitif rolüne işaret etmektedir (Barr ve diğerleri, 2008; Faasse ve Newby, 2020; Leung ve diğerleri, 2003). Birtakım demografik özelliklerin de bireylerin hastalıklara karşı olan risk algısını etkilediğine yönelik kanıtlar vardır. Bu kanıtlar genel olarak bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi algısı, yaşanılan yerin niteliği (kır, kent) ve kronik bir hastalık öyküsü olup olmadığı ile ilgilidir (He, Chen, Kong ve Liu, 2020; Jacobs ve diğerleri, 2010; Lau, Kim, Tsui ve Griffiths, 2007; Xu ve Peng, 2015). Bu bağlamda COVID-19'dan kaynaklanan ölümlerin sayısı dünya çapında arttıkça, halkın sağlık risk algısını anlamak giderek daha önemli hale gelmektedir (Van Bavel ve diğerleri, 2020).



Kısa sürede tüm dünyaya yayılarak evrensel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olan COVID-19 hakkındaki bilgi, önlem ve risk algılarının incelenmesi, toplumun davranış kalıplarını saptayabilmek için önemli bir adımdır. Medya organlarında COVID-19'un daha çok yaşlı nüfusu etkilediği yönündeki haberler, genç yaş gruplarında rehavete neden olabilmektedir. Ancak COVID-19 yalnızca yaşlılarda görülen bir hastalık değildir (Altın, 2020). Üniversite öğrencileri diğer yaştaki öğrencilere göre daha sosyal bir çevre içerisinde bulduklarından, COVID-19'a karşı oluşabilecek düşük risk algıları, öğrencilerin koruyucu önlemlere uyum düzeyini olumsuz etkileyebilir ve hastalığın hane halkına bulaşmasına, dolayısıyla da artan vaka ve ölüm sayılarına neden olabilir. Bu nedenle bu çalışma iki temel amaç doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Bunlardan ilki, sağlık programlarında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ile COVID-19 hakkındaki bilgi, önlemlere uyum ve risk algısı düzeyleri arasındaki farkların incelenmesidir. İkincisi ise aynı katılımcıların COVID-19 hakkındaki bilgi, önlemlere uyum ve risk algısı düzeyleri arasındaki ilişkilerin araştırılmasıdır. Bu bağlamda elde edilen sonuçların, toplumun COVID-19'a dair bilgi ve farkındalık düzeylerinin artmasına ve uluslararası yazın karşısında ulusal literatürün de gelişmesine katkı sunacağı ifade edilebilir.

## YÖNTEM

**Çalışmanın Türü, Evreni ve Örnekleme:** Kesitsel türde tasarlanan bu çalışmanın evrenini İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesinin sağlık alanı ile ilgili önlisans programlarında (Anestezi, İlk ve Acil Yardım, Tıbbi Görüntüleme Teknikleri) okuyan toplam 326 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. 1-10 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmada 310 öğrenciden kullanılabilir veri elde edilmiştir. Katılımcıların çalışmaya dâhil edilmesinde yalnızca gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmaya katılım oranı %95,1 olarak saptanmıştır.

**Veri Toplama Yöntemi ve Araçları:** Çalışmanın verileri çevrimiçi anket (GoogleForms) yardımıyla toplanmıştır. Oluşturulan form, öğrencilerin aktif olarak kullandığı bir sosyal medya uygulaması üzerinden öğrencilerle paylaşılmıştır. Formun doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür. Soru formunun oluşturulmasında McFadden ve arkadaşlarının çalışmasında kullandığı ankette yararlanılmıştır (McFadden, Malik, Aguolu, Willebrand ve Omer, 2020). İlgili çalışmada yazarlar, anket sorularını mevcut literatürün taranmasıyla yoluyla oluşturduklarını belirtmişlerdir. Orijinal çalışmayı daha doğru yansıtabilmesi açısından anket sorularının İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesinde 3 çevirmenden destek alınmış ve ölçeğin orijinaline uygunluk açısından ifadeler yeniden İngilizce'ye çevrilerek kontrol edilmiştir. Sonrasında 20 kişilik bir örneklem grubunda soruların anlaşılıp anlaşılmadığı sınanmıştır. Ölçekte Risk Algısı, Önlemlere Uyum Düzeyi ve Bilgi Düzeyi olmak üzere üç farklı değişken yer almaktadır. 9 ifadeden oluşan risk algısı değişkeni, 5'li Likert ölçeğe sahiptir (1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum). Katılımcıların bilgi düzeyleri de 5'li Likert tipi ölçekle ölçümlenmiştir (1: Çok zayıf, 5: Çok iyi). Risk algısı ve bilgi düzeyi ölçeklerinin herhangi bir kesim noktası mevcut değildir. Dolayısıyla ölçeklerden minimum, maksimum veya toplam puanlar elde edilememektedir. 5'li Likert ölçeğine ilişkin elde edilen ortalamaların değerlendirilmesinde şu değer aralıkları referans alınmıştır: 1.00-1.80: Çok düşük, 1.81-2.60: Düşük, 2.61-3.40: Orta, 3.41-4.20: Yüksek, 4.21-5.00: Çok yüksek. Ayrıca katılımcılar, COVID-19 önlemlerine uyum düzeylerini, 1-10 aralığında değerlendirmişlerdir (1-2: Çok zayıf, 3-4: Zayıf, 5-6: Orta, 7-8: İyi, 9-10: Çok iyi). Orijinal çalışmada Risk Algısı Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri 0,71 bulunmuşken araştırmamızda bu değer 0,74 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamız kapsamında kullanılmış olan anket, toplam 11 ifadeden oluşmaktadır. Tavşancıl (2002); örneklem büyüklüğünün, ölçekteki madde sayısının 5-10 katı civarında olması gerektiğini belirtmektedir (Tavşancıl, 2014). Dolayısıyla bu çalışmada da, ölçekteki toplam ifade sayısının en

az 10 katı kadar katılımcıya erişilmesi hedeflenmiştir. Çalışmamızda nihai olarak 310 kullanılabilir anket verisinin olması, hedefin oldukça üzerinde bir katılımcı sayısına erişildiğinin göstergesidir. Ancak çalışma verilerinin kısa bir zaman diliminde ve tek bir üniversite kapsamındaki öğrencilerden toplanmış olmasına ek olarak, çalışmada kullanılan ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliğinin yapılmamış olması, bu çalışmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

**Verilerin Analizi:** Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi betimsel istatistiklere ek olarak t, ANOVA ve Pearson Korelasyon testlerinden yararlanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde ise SPSS V.21 paket programı kullanılmıştır.

**Araştırmanın Soruları:** Çalışma kapsamında aşağıdaki sorulara cevaplar aranmıştır:

i) Katılımcıların tanımlayıcı nitelikleri ile Covid-19 risk algıları, önlemlere uyum ve bilgi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar var mıdır?

ii) Katılımcıların Covid-19 risk algıları, önlemlere uyum ve bilgi düzeyleri değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler var mıdır?

**Etik Hususlar:** Araştırmanın yürütülebilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden ve Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (Karar no:2020/13-08). Anketin ilk sayfasında katılımcılara; araştırmanın amacı, verilerin gizliliği, katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve diledikleri zaman araştırmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri bilgisi verilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; %81,9'unun kadın, %87,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların sırayla %69,4'ünün ve %54,2'sinin lise ve altı bir mezuniyete sahip anneye ve babaya sahip olduğu, %92,3'ünün herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığı, %43,5'inin büyükşehirlerde yaşadığı, %63,5'inin ise gelir gider dengesinin eşit olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri**

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	254	81,9
	Erkek	56	18,1
Aile Türü	Çekirdek aile	270	87,1
	Geniş aile	40	12,9
Anne Eğitim Düzeyi	< Lise	215	69,4
	≥ Lise	95	30,6
Baba Eğitim Düzeyi	< Lise	168	54,2
	≥ Lise	142	45,8
Kronik Hastalık Durumu	Var	24	7,7
	Yok	286	92,3
Yaşanılan Yerin Niteliği	İl	83	26,8
	İlçe	92	29,7
	Büyükşehir	135	43,5
Ailenin Ekonomik Düzeyi	Gelir giderden fazla	67	21,7
	Gelir gidere eşit	197	63,5
	Gelir giderden az	46	14,8

Değişkenlerin tanımlayıcı değerleri incelendiğinde; katılımcıların risk algısı düzeylerinin katılıyorum (3,64±0,44) ifadesine, COVID-19 önlemlerine uyum düzeylerinin çok iyi (8,61±1,67) ifadesine, COVID-19 hakkındaki bilgi düzeylerinin ise iyi (3,91±0,69) ifadesine yakın olduğu görülmüştür. Katılımcıların COVID-19 risk algısı ve bilgi düzeylerinin yüksek, COVID-19'a karşı önlemlere uyum düzeylerinin ise çok iyi olduğu görülmüştür. Bu verilerden hareketle; katılımcıların COVID-19 kaynaklı riskleri oldukça göz önünde bulundurdıkları, COVID-19'dan korunmak için önlemlere oldukça uydukları, COVID-19 riskleri ve korunma önlemleri hakkında yüksek bir bilgi düzeyine sahip oldukları ifade edebilir (Tablo 2).

**Tablo 2. Değişkenlerin Tanımlayıcı Değerleri**

Değişkenler	*Ort. ( $\bar{x}$ )	S.S. ( $\pm$ )	Min.	Maks.
Risk algısı düzeyi	3,64	0,44	1,00	5,00
Önlemlere uyum düzeyi	8,61	1,67	1,00	10,00
Bilgi düzeyi	3,91	0,69	1,00	5,00

$\bar{x}$ : Ortalama;  $\pm$ : Standart Sapma; **Min**: Minimum; **Max**: Maksimum

\* 1.00-1.80: Çok düşük, 1.81-2.60: Düşük, 2.61-3.40: Orta, 3.41-4.20: Yüksek, 4.21-5.00: Çok yüksek.

Tablo 3 incelendiğinde; cinsiyet ile hem COVID-19 risk algısı düzeyi, hem de COVID-19'a karşı önlemlere uyum düzeyi arasında kadınlardan kaynaklı anlamlı bir farklılık saptanmışken ( $p= 0,000$ ;  $p= 0,013$ ), COVID-19 hakkındaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p= 0,979$ ). Anne eğitim düzeyi ile COVID-19'a karşı önlemlere uyum düzeyi arasında, annesi en az lise seviyesinde mezuniyet derecesinde olanlardan kaynaklı anlamlı bir farklılık tespit edilmiş ( $p= 0,026$ ), ancak risk algısı ve bilgi düzeyi açısından herhangi bir anlamlı farklılık görülmediği saptanmıştır ( $p= 0,511$ ;  $p= 0,685$ ). Yaşanılan yerin niteliği ile hem COVID-19 risk algısı düzeyi, hem de COVID-19 hakkındaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p= 0,012$ ;  $p= 0,037$ ). Bu anlamlı farklılığın ise her ikisi için de il ve ilçede yaşayanlara kıyasla, il ve büyükşehirde yaşayanlardan kaynaklandığı bulunmuştur (ilçe<büyükşehir<il). Ayrıca, aile türü ( $p= 0,415$ ;  $p= 0,731$ ;  $p= 0,388$ ), baba eğitim düzeyi ( $p= 0,135$ ;  $p= 0,163$ ;  $p= 0,471$ ), kronik hastalık mevcudiyeti ( $p= 0,836$ ;  $p= 0,332$ ;  $p= 0,068$ ) ve ailenin ekonomik düzey algısı ( $p= 0,918$ ;  $p= 0,573$ ;  $p= 0,493$ ) ile katılımcıların COVID-19 risk algısı düzeyi, COVID-19'a karşı önlemlere uyum düzeyi ve COVID-19 hakkındaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların nitelikleri ile değişkenler arasındaki farklar

Özellikler	n	Risk Algısı Düzeyi $\bar{x} \pm SS$	Önlemlere Uyum Düzeyi $\bar{x} \pm SS$	Bilgi Düzeyi $\bar{x} \pm SS$
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	254	3,69 ±0,40	8,72 ±1,58	3,91 ±0,67
Erkek	56	3,41 ±0,54	8,11 ±1,95	3,91 ±0,77
		<b>t=4,399</b>	<b>t=2,512</b>	t=0,026
		<b>p=0,000</b>	<b>p=0,013</b>	p=0,979
<b>Aile Türü</b>				
Çekirdek aile	270	3,65 ±0,46	8,62 ±1,63	3,93 ±0,68
Geniş aile	40	3,59 ±0,30	8,53 ±1,92	3,83 ±0,75
		t=0,816	t=0,343	t=0,864
		p=0,415	p=0,731	p=0,388
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>				
< Lise	215	3,63 ±0,43	8,48 ±1,75	3,90 ±0,67
≥ Lise	95	3,66 ±0,48	8,91 ±1,43	3,94 ±0,74
		t=-0,658	<b>t=-2,248</b>	t=-0,406
		p=0,511	<b>p=0,026</b>	p=0,685
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>				
< Lise	168	3,67 ±0,45	8,49 ±1,80	3,89 ±0,66
≥ Lise	142	3,60 ±0,43	8,75 ±1,49	3,94 ±0,72
		t=1,497	t=-1,398	t=-0,722
		p=0,135	p=0,163	p=0,471
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>				
Var	24	3,66 ±0,48	8,29 ±2,33	3,67 ±0,96
Yok	286	3,64 ±0,44	8,64 ±1,60	3,93 ±0,66
		t=0,207	t=-0,972	t=-1,830
		p=0,836	p=0,332	p=0,068
<b>Yaşanılan Yerin Niteliği</b>				
İl	83	3,72 ±0,44	8,55 ±1,58	4,07 ±0,69
İlçe	92	3,53 ±0,41	8,50 ±1,54	3,82 ±0,66
Büyükşehir	135	3,67 ±0,44	8,72 ±1,80	3,88 ±0,69
		<b>F=4,486</b>	F=0,531	<b>F=3,336</b>
		<b>p=0,012</b>	p=0,589	<b>p=0,037</b>
<b>Ailenin Ekonomik Düzeyi</b>				
Gelir>Gider	67	3,65 ±0,50	8,54 ±1,89	3,99 ±0,75
Gelir=Gider	197	3,64 ±0,42	8,68 ±1,53	3,88 ±0,65
Gelir<Gider	46	3,62 ±0,46	8,41 ±1,88	3,96 ±0,76
		F=0,085	F=0,577	F=0,709
		p=0,918	p=0,573	p=0,493

Tablo 4 incelendiğinde; katılımcıların COVID-19 risk algısı düzeyi ile önlemlere uyum düzeyi arasında zayıf (r: 0,273), önlemlere uyum düzeyi ile bilgi düzeyi arasında ise çok zayıf (r: 0,131) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra katılımcıların COVID-19 risk algısı düzeyi ile bilgi düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4. Değişkenler Arasındaki İlişki**

Değişkenler	Ort. ( $\bar{x}$ )	S.S. ( $\pm$ )	1	2	3
1. Risk algısı düzeyi	3,64	0,44	1		
2. Önlemlere uyum düzeyi	8,61	1,67	,273*	1	
3. Bilgi düzeyi	3,91	0,69	,045	,131**	1

\*. Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Çift kuyruk).

\*\*. Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Çift kuyruk).

## TARTIŞMA

Sağlık programlarında okuyan üniversite öğrencilerinin COVID-19 hakkındaki bilgi, önlemlere uyum ve risk algısı düzeyleri arasındaki ilişkilerin demografik değişkenler açısından incelenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmada, katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile katılımcıların COVID-19 hakkındaki bilgi düzeyleri, risk algıları ve korunma önlemlerine uyum düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu ortaya konmuştur. Buna ek olarak çalışma sonucunda katılımcıların önlemlere uyum düzeyi ile hem risk algıları, hem de bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Çalışmada ele alınan değişkenlere ilişkin temel istatistiksel değerler incelendiğinde; katılımcıların COVID-19 pandemisine dair risk algıları ile bilgi düzeylerinin yüksek olduğu, bu virüse karşı alınabilecek önlemlere uyum düzeylerinin ise çok iyi düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, genel olarak üniversite öğrencilerinin bu pandemiye karşı algı ve farkındalık düzeylerinin olumlu yönde olduğu söylenebilir. Özellikle öğrencilerin kendilerini COVID-19 açısından yüksek riskli grupta görmeleri ve mevcut virüs hakkındaki bilgi düzeylerinin oldukça yüksek olması, önlemlere riayet etmelerini kolaylaştırmış olabilir. Ayrıca 10 üzerinden 8,61'lik önlemlere uyum düzeyi ortalaması da bu kanıtı güçlendirmektedir. Dolayısıyla bu durumun, virüsün yayılım hızını ve bulaş sıklığını en aza indirmeye destek olacağını ifade etmek mümkündür. İlerleyen süreçlerde bu durum, göreceli olarak diğer kuşaklara kıyasla, gençlerin daha otokontrollü olarak yaşamayı alışkanlık haline getireceklerinin de bir göstergesi olabilir. Bu çalışma bulgularına paralel olarak; Çin'de yapılan bir çalışmada, bireylerin COVID-19 sonrası risk algılarının yüksek olduğu, bunun da bireylerin yaşam doyumlarını azalttığı ortaya konulmuştur (Li ve diğerleri, 2020). Benzer şekilde Meksika'da yapılan bir çalışmada da, influenza salgınının medyada geniş yer bulmasının, bireylerin risk ve belirsizlik algılarını yükselterek yaşam kalitelerini düşürdüğü tespit edilmiştir (Jones ve Salathé, 2009). Bu bağlamda Li vd., ile Jones ve Salathé'nin çalışma bulguları ile bu çalışmada elde edilen mevcut bulguların benzerlik gösterdiği belirtilebilir. Zira her iki çalışmada da sırayla, katılımcıların COVID-19 ve influenza kaynaklı risk algısı düzeylerinin yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Roy ve diğerleri tarafından 662 katılımcı ile Hindistan'da gerçekleştirilen bir çalışmada, çalışmamızın bulgularından farklı olarak, katılımcıların COVID-19 enfeksiyonu ve bu enfeksiyondan korunmaya yönelik bilgilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Roy ve diğerleri, 2020). 160 acil sağlık hizmeti personelinin katılımıyla yürütülen bir diğer çalışmada da, katılımcıların ortalamasının üzerinde bir bilgi düzeyine sahip oldukları hesaplanmıştır (Ergün, Ergün ve Çelebi, 2020). Bu bağlamda Roy ve diğerleri ile Ergün ve diğerleri'nin çalışma bulguları ile bu çalışmada elde edilen bulguların örtüşmediğini belirtmek mümkündür.

Mevcut çalışma kapsamında, katılımcıların cinsiyetleri ile COVID-19 risk algısı ve önlemlere uyum düzeyleri arasında kadınlardan kaynaklı anlamlı bir farklılık saptanmışken, bilgi düzeyleri arasında herhangi bir anlamlı ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Zhang tarafından Çin’de COVID-19 tanısı almış yaklaşık 45 bin hastanın katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, bu tanıyı alan erkeklerin daha çok olduğu ve ölüm oranlarının kadınlara kıyasla erkeklerde iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Zhang, 2020). Çalışma sonuçlarımızla uyumlu şekilde Kavaklı ve diğerleri, Wang ve diğerleri ile Bandelow ve Michaelis tarafından yapılmış olan çalışmalarda da kadınların daha yüksek risk algısına sahip oldukları rapor edilmiştir (Bandelow ve Michaelis, 2015; Kavaklı, Ak, Uğuz ve Türkmen, 2020; Wang ve diğerleri, 2020). Benzer olarak Leung ve diğerleri tarafından SARS salgınında yapılan çalışmada da kadınların, erkeklerden daha yüksek oranda virüsten kendilerini korumaya yönelik davranışlar sergilediği belirlenmiştir (Leung ve diğerleri, 2003). Bu çalışmadaki bulguların aksine Albarrak ve diğerleri tarafından 391 sağlık çalışanının katılımıyla Suudi Arabistan’da gerçekleştirilmiş olan çalışmada, kadınlara kıyasla erkeklerin anlamlı derecede daha yüksek bir bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmışken (Albarrak ve diğerleri, 2021); Ergün ve diğerlerinin elde etmiş olduğu sonuçların da bu yönde olduğu görülmüştür (Ergün ve diğerleri, 2020).

Bu çalışma dâhilinde katılımcıların anne eğitim düzeyleri ile COVID-19’a karşı alınan önlemlere uyum düzeyi arasında, en az lise mezunu anneye sahip olan öğrenciler lehine anlamlı farklılık olduğu; fakat risk algısı ve bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda, önlemlere uyum düzeyi yüksek olan öğrencilerin, diğerlerine kıyasla daha yüksek (lise, üniversite, lisansüstü) eğitim düzeyine sahip olan anneler tarafından yetiştirildiği söylenebilir. Dolayısıyla COVID-19 salgını kaynaklı bulaş riskinin en aza indirgenmesinde ebeveynlerin en az lise düzeyinde eğitim almış olmaları son derece kritiktir. Nitekim Tutku ve diğerleri tarafından 47 şehirden 1050 kişinin katılımıyla yürüttüğü çalışmanın sonuçları da, bireylerin salgına yönelik kontrol uygulamalarına bakış açılarının eğitim düzeyi arttıkça anlamlı şekilde farklılaştığını göstermektedir (Tutku, İlman ve Dönmez, 2020). Bireylerin salgına karşı önlem almaları, bir bakıma onların sağlıklı bir yaşam biçimi davranışı sergilediklerinin işareti olabilir. Buradan hareketle literatür incelendiğinde, anne eğitim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı farklılıkların görüldüğünü bildiren çalışmaların olduğu görülmektedir. Örneğin Tuğut ve Bekar’ın çalışmasında; annesi en az lise mezuniyetine sahip olan öğrencilerin, annesi ilköğretim mezunu olanlara kıyasla daha yüksek bir sağlık algısına sahip oldukları ortaya konmuştur (Tuğut ve Bekar, 2008). Ülke yönetimleri açısından bu durum, özellikle kız çocuklarının eğitime ve dolayısıyla kadınların mevcut işgücü içerisindeki istihdam oranlarına neden daha fazla önem verilmesi gerektiği noktasında önemli bir gösterge olarak düşünülebilir. Ayrıca öğrencilerin yaşadığı yerin niteliği ile risk algıları ve bilgi düzeylerinin anlamlı derecede farklılaştığı, bu anlamlı farklılığın ise illerde ve büyükşehirlerde yaşayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. İllerde ve büyükşehirlerde yaşayan bireylerin gerek kalabalık nüfus dolayısıyla ilçelerde yaşayanlara kıyasla daha fazla risk altında olmaları, gerekse de bu virüsten korunma yolları hakkında daha fazla bilgiye maruz kalmaları (billboardlar, internete erişim kolaylığı, bilgi ve iletişim altyapısı gibi) bu sonuca erişilmesinde etkili olmuş olabilir. Zhong ve diğerleri tarafından Çin’de, Haque ve diğerleri tarafından Bangladeş’te yapılmış olan çalışmalarda da, bu çalışmanın sonuçlarına paralel olarak, katılımcıların bilgi düzeyleri ile yaşadıkları yerin özellikleri arasında anlamlı farklar saptanmıştır (Haque ve diğerleri, 2020; Zhong ve diğerleri, 2020). Karasneh ve diğerleri tarafından 486 eczacının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada da, şehirde yaşayanların risk algısı, köylerde yaşayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (Karasneh ve diğerleri, 2021).

Bir diğer taraftan bu çalışmada; aile türü, baba eğitim düzeyi, kronik hastalık mevcudiyeti ve ailenin ekonomik düzey algısı ile katılımcıların COVID-19 risk algısı düzeyi, COVID-19'a karşı önlemlere uyum düzeyi ve COVID-19 hakkındaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Mevcut çalışma bulgularının aksine Srichan ve diğerleri tarafından Tayland'da yapılan bir araştırmada, kronik hastalık durumu ile COVID-19 bilgi ve tutumu arasında, kronik hastalığı olanlardan kaynaklı anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Srichan ve diğerleri, 2020). Ergün ve diğerlerinin çalışmasında ise, bu çalışmanın bulgularıyla örtüşecek şekilde, anlamlı bir farklılık görülmediği rapor edilmiştir (Ergün ve diğerleri, 2020).

Bu çalışmada; öğrencilerin COVID-19 risk algısı düzeyi ile önlemlere uyum düzeyi arasında zayıf, önlemlere uyum düzeyi ile bilgi düzeyi arasında ise çok zayıf pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilerin olduğu sonucuna varılmıştır. Bir diğer ifadeyle; öğrencilerin COVID-19 kaynaklı risk algıları arttıkça, önlemlere uyum düzeyleri de artış göstermektedir. Benzer şekilde öğrencilerin COVID-19'a dair bilgi düzeyleri iyileştikçe, bu kapsamdaki önlemlere dikkat ettikleri ortaya konmuştur. Fakat öğrencilerin COVID-19 risk algısı düzeyi ile bilgi düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Buradan hareketle, öğrencilerin risk algısında bilgi düzeylerinden ziyade, önlemlere uyum düzeyinin farklılık teşkil ettiği yorumu yapılabilir. Mevcut çalışmanın bulgularından farklı olarak Pan ve diğerleri (Pan, Zhang ve Pan, 2020)(Pan, Zhang ve Pan, 2020)tarafından Çin'de yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının risk algıları ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerin varlığı ortaya konmuştur (Pan ve diğerleri, 2020). 240 tıp fakültesi öğrencisinin katılımıyla İran'da yürütülmüş olan bir çalışmada ise, bu çalışmadaki sonuçlardan farklı olarak, öğrencilerin risk algıları ile önleyici davranışları arasında negatif yönlü ve anlamlı; bilgi düzeyleri ile önleyici davranışları arasındaysa anlamsız bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (Taghrir, Borazjani ve Shiraly, 2020).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda öğrencilerin yüksek bir COVID-19 risk algısı ve bilgi düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. COVID-19'a karşı önlemlere uyum düzeylerinin ise çok iyi seviyede olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bu çalışma kapsamında yüksek düzeyde saptanmış olan üniversite öğrencilerinin bilgi düzeylerinin daha da iyileştirilmesi amacıyla sosyal medya üzerinden çeşitli kamu spotlarının yayınlanması, bu hastalığı hane halkına taşıma konusunda etkileri olabilecek bu grup için yararlı olabilir. Bilgi düzeyini arttırmanın, önlemlere uyum üzerindeki olumlu etkileri düşünüldüğünde; üniversite öğrencilerine bilgi verirken COVID-19'un her yaştan insanı etkileyebileceğinin ve kendileri hastalık bulgusu göstermeyenler ile hastalığı hafif atlatanların da ailelerine COVID-19 taşıyabileceklerinin altı çizilmelidir. Ayrıca üniversite öğrencilerinin aldıkları önlemler konusunda ne derece doğru eylemlerde bulduklarını (maskeyi doğru biçimde takmak vb.) saptayabilmek açısından, önlemlere uyum üzerinde de daha fazla çalışmalar yapılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

Albarrak, A. I., Mohammed, R., Al Elayan, A., Al Fawaz, F., Al Masry, M., Al Shammari, M. ve Miaygil, S. Bin. (2021). Middle East Respiratory Syndrome (MERS): Comparing the knowledge, attitude and practices of different health care workers. *Journal of Infection and Public Health*, 14(1), 89–96. doi:10.1016/j.jiph.2019.06.029



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Altın, Z. (2020). Elderly People in Covid-19 Outbreak. The journal of Tepecik Education and Research Hospital, 30(2), 49–57. doi:10.5222/terh.2020.93723

Backer, J. A., Klinkenberg, D. ve Wallinga, J. (2020). Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. Eurosurveillance, 25(5), 2000062. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062

Bandelow, B. ve Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in Clinical Neuroscience, 17(3), 327–335.

Barr, M., Raphael, B., Taylor, M., Stevens, G., Jorm, L., Giffin, M. ve Lujic, S. (2008). Pandemic influenza in Australia: Using telephone surveys to measure perceptions of threat and willingness to comply. BMC Infectious Diseases, 8, 117. doi:10.1186/1471-2334-8-117

Chan, E. Y. Y., Huang, Z., Lo, E. S. K., Hung, K. K. C., Wong, E. L. Y. ve Wong, S. Y. S. (2020). Sociodemographic predictors of health risk perception, attitude and behavior practices associated with health-emergency disaster risk management for biological hazards: The case of COVID-19 pandemic in Hong Kong, SAR China. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(11). doi:10.3390/ijerph17113869

Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E. ve Anthonj, C. (2020). Risk perception and covid-19. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(9). doi:10.3390/ijerph17093114

Ergün, E., Ergün, Ş. ve Çelebi, İ. (2020). Acil sağlık hizmetleri personellerinin Covid-19 hakkında bilgi, korunma düzeyleri ve etkileyen etmenler. Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1, 16–27.

Faasse, K. ve Newby, J. (2020). Public perceptions of COVID-19 in Australia: perceived risk, knowledge, health-protective behaviours, and vaccine intentions. medRxiv preprint, 20079996. doi:10.1101/2020.04.25.20079996

Haque, T., Hossain, K. M., Bhuiyan, M. M. R., Ananna, S. A., Chowdhury, S. H., Ahmed, A. ve Rahman, M. M. (2020). Knowledge, attitude and practices (KAP) towards COVID-19 and assessment of risks of infection by SARS-CoV-2 among the Bangladeshi population : An online cross sectional survey. Research Square, 1–21. doi:10.21203/rs.3.rs-24562/v1

He, S., Chen, S., Kong, L. ve Liu, W. (2020). Analysis of Risk Perceptions and Related Factors Concerning COVID-19 Epidemic in Chongqing, China. Journal of Community Health, 1. doi:10.1007/s10900-020-00870-4

Jacobs, J., Taylor, M., Agho, K., Stevens, G., Barr, M. ve Raphael, B. (2010). Factors Associated with Increased Risk Perception of Pandemic Influenza in Australia. Influenza Research and Treatment, 2010, 1–7. doi:10.1155/2010/947906

Jones, J. H. ve Salathé, M. (2009). Early assessment of anxiety and behavioral response to novel swine-origin influenza a(H1N1). PLoS ONE, 4(12), e8032. doi:10.1371/journal.pone.0008032

Karasneh, R., Al-Azzam, S., Muflih, S., Soudah, O., Hawamdeh, S. ve Khader, Y. (2021). Media's effect on shaping knowledge, awareness risk perceptions and communication practices of pandemic COVID-19 among pharmacists. Research in Social and Administrative Pharmacy, 17(1), 1897–1902. doi:10.1016/j.sapharm.2020.04.027

Kavaklı, M., Ak, M., Uğuz, F. ve Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. Turkish J Clinical Psychiatry, 23. doi:10.5505/kpd.2020.59862





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Lau, J. T. F., Kim, J. H., Tsui, H. ve Griffiths, S. (2007). Anticipated and current preventive behaviors in response to an anticipated human-to-human H5N1 epidemic in the Hong Kong Chinese general population. *BMC Infectious Diseases*, 7, 18. doi:10.1186/1471-2334-7-18

Leung, G. M., Lam, T. H., Ho, L. M., Ho, S. Y., Chan, B. H. Y., Wong, I. O. L. ve Hedley, A. J. (2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11), 857–863. doi:10.1136/jech.57.11.857

Li, J.-B., Yang, A., Dou, K., Wang, L.-X., Zhang, M.-C. ve Lin, X.-Q. (2020). Chinese Public's Knowledge, Perceived Severity, and Perceived Controllability of The COVID-19 And Their Associations With Emotional And Behavioural Reactions, Social Participation and Precautionary Behaviour: A National Survey. *PsyArXiv Preprints*, (February), 0–30. doi:10.31234/osf.io/5tmsh

McFadden, S. A. M., Malik, A. A., Aguolu, O. G., Willebrand, K. S. ve Omer, S. B. (2020). Perceptions of the adult US population regarding the novel coronavirus outbreak. *PLoS ONE*, 15(4). doi:10.1371/journal.pone.0231808

Motta Zanin, G., Gentile, E., Parisi, A. ve Spasiano, D. (2020). A Preliminary Evaluation of the Public Risk Perception Related to the COVID-19 Health Emergency in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3024. doi:10.3390/ijerph17093024

Pan, R., Zhang, L. ve Pan, J. (2020). The anxiety status of chinese medical workers during the epidemic of COVID-19: A meta-analysis. *Psychiatry Investigation*, 17(5), 475–480. doi:10.30773/pi.2020.0127

Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K. ve Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102083. doi:10.1016/j.ajp.2020.102083

Srichan, P., Apidechkul, T., Tamornpark, R., Yeemard, F., Khunthason, S., Kitchanapaiboon, S., ... Upala, P. (2020). Knowledge, Attitude and Preparedness to Respond to the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Among the Bordered Population of Northern Thailand in the Early Period of the Outbreak: A Cross-Sectional Study. *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.3546046

Taghrir, M. H., Borazjani, R. ve Shiraly, R. (2020). Covid-19 and Iranian medical students; A survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. *Archives of Iranian medicine*, 23(4), 249–254. doi:10.34172/aim.2020.06

Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi (5. Basım.)*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 17–26.

Tutku, E., İlman, E. ve Dönmez, E. (2020). Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile Covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1, 139–154.

Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... Weeden, K. A. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 1–12. doi:10.1038/s41562-020-0884-z

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. ve Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi:10.3390/ijerph17051729



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

West, R., Michie, S., Rubin, G. J. ve Amlôt, R. (2020). Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 451–459. doi:10.1038/s41562-020-0887-9

World Health Organization. (2020). COVID-19 situation reports. 19 Aralık 2020 tarihinde <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/> adresinden erişildi.

Xu, J. ve Peng, Z. (2015). People at risk of influenza pandemics: The evolution of perception and behavior. *PLoS ONE*, 10(12). doi:10.1371/journal.pone.0144868

Zhang, Y. (2020). The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19). *CCDCweekly*, 2(8), 113–122. doi:10.46234/ccdcw2020.032

Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T. ve Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745–1752. doi:10.7150/ijbs.45221



**MARKA YÖNETİMİ İLE İLGİLİ YAZILAN ULUSAL LİSANSÜSTÜ TEZLERİN  
BİBLİYOMETRİK ANALİZİ**  
**BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF BRAND MANAGEMENT IN NATIONAL  
POSTGRADUATE THESES**

**Prof. Dr. Mehmet BAŞ**

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, mehmet.bas@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-5443-7617

**Dr. Güliz AKSOY**

Gazi Üniversitesi, agulizaksoy@gmail.com, orcid.org/0000-0001-5668-1800

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.02.2021-20.03.2021)

**Özet**

Çalışmada marka yönetimi konusunda Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan 2005-2020 yılları arasında yayımlanmış lisansüstü tezlerin bibliyometrik özelliklerinin tespiti amaçlanmaktadır. Amaç doğrultusunda, Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişim izni verilerek yayımlanmış 66 lisansüstü tez çalışmasının tamamı çeşitli parametreler çerçevesinde bibliyometrik analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Araştırma verilerinin frekans analizinde IBM SPSS 21.0 istatistik paket programından faydalanılmıştır. Araştırma bulguları marka yönetimi konusuna son yıllarda ilginin daha çok arttığını ve çeşitli bilim/sanat dallarında bu konunun çalışıldığını göstermektedir. Bu durum son yıllarda işletmelerin markalarını başarılı bir şekilde yönetme çabasının artmasıyla açıklanabilir. Araştırmaya konu olan tezlerin en çok marka kişiliği, marka farkındalığı, marka etiği, marka kişiliği, kurumsal marka yönetimi, müze markası yönetimi, lüks marka yönetimi gibi çeşitli alt konuları içerdiği bulgusu ışığında araştırmacılara dijital marka yönetimi konusunda boşluğu dolduracak nitelikli bir çalışma yaparak ulusal yazına katkı sunmaları önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Marka Yönetimi, Bibliyometrik Analiz, Lisansüstü Tezler

**Abstract**

Aim of this research is to examine the bibliometric properties of the postgraduate theses published between 2005 and 2020 in National Thesis Center of the Higher Education Institution, a total of 66 theses published in the field of brand management, which have accessible from the database. In line with the purpose, all 66 published postgraduate thesis studies were examined by using the bibliometric analysis technique within the framework of various parameters. IBM SPSS 21.0 statistical package program was used in the frequency analysis of research data. Research findings show that interest in brand management has increased in recent years and this subject has been studied in various science/art branches. This situation can be explained with increasing effort of businesses to successfully manage their brands in recent years. In the light of the findings

that these mostly include various subtopics such as brand personality, brand awareness, brand ethics, brand personality, corporate brand management, museum brand management, luxury brand management. It is recommended that researchers should contribute to the national literature by making a qualified study which will fill the gap in digital brand management.

**Keywords:** Brand Management, Bibliometric Analysis, Postgraduate Thesis

## GİRİŞ

Marka yönetimi, markaları ve değerlerini yönetmenin köklü bir yolu olarak tanımlanmaktadır (Louro ve Cunha, 2001: 853). Markanın sahip olduğu değerler ortak bir kültürle işaretlenmiş organizasyonel topluluğun üyeleri tarafından paylaşılmaktadır (Louro ve Cunha, 2001: 853). Marka yönetimi süreci uzun vadeli ve oldukça fazla çaba gerektiren bir süreçtir (Karpaz Aktuğlu, 2016: 13). Keller (1998) ve Kapferer (1995) marka yönetiminin, işletmelerin marka yönetim çabalarının yalnızca bir kez gerçekleştirilen bir çaba olmadığını aksine pazarlama politikalarıyla güncellenen bir yönünün olduğunu vurgulamaktadır (Krake, 2005: 229).

İşletmelerin günümüz rekabet koşullarına ve çağın gerekliliklerine uyum gösterebilmeleri için daima yenilik yapmaları ve hedeflenen kitlelerinin zihnindeki konumunu güçlendirmeleri gerekmektedir (Uzun, 2004: 59). Marka yönetimi ile hedeflenen kitlede yaratılmaya çalışılan algı ile rakiplerden farklılaşma amaç edinilmektedir. Marka, pazarlama için oldukça değerli bir varlıktır bu nedenle işletmeler çağa uygun pazarlama stratejileri geliştirirken, pazara sunduğu ürünlerin markaya dönüştürülmesi sürecini başarılı bir şekilde yönetmek durumundadır (Baş, 2015: 37). Marka yönetimi kapsamında işletmelerin marka stratejileri ve pazarlama karması karar alanlarını başarılı bir şekilde analiz etmeleri büyük önem taşımaktadır (Çiftçi ve Cop, 2007: 71).

Bibliyometrik analiz yönteminden faydalanılan çalışmalar, bilim dalında veya ilgili bilim dalına ait çalışma alanında literatüre kazandırılan eserlerin değerlendirildiği, bibliyometrik analiz yöntemleriyle durum tespitinin yapıldığı çalışmalar olarak tanımlanmaktadır (Şahin vd., 2018: 37). Bilimsel yayınların yazar, kurum bilgilerinin, konularının, atıf yapılan kaynakların özelliklerinin incelenmesi için tercih edilen niceliksel analizdir (Al ve Tonta, 2004'ten aktaran; Doğan, 2020: 4). Bibliyometrik analiz yöntemi içeren çalışmaların temel amacı, makale, tez, kitap, bildiri gibi çeşitli bilimsel yayınların bir takım bibliyometrik parametreler çerçevesinde incelenmesine yönelik bulguların keşfedilmesidir (Metin, 2013'ten aktaran; Çatı ve Öcel, 2018: 509). Bibliyometrik verileri sınıflandırarak temsili özetler oluşturmak için faydalanılan bir analiz yöntemi olan bibliyometrik analiz, çalışmaların, yazarların araştırma alanları, konuları, alıntıları, anahtar kelimeleri gibi çeşitli bibliyometrik göstergeleri tespit etmede faydalı bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Broadus, 1987: 373).

Çalışmanın çıkış noktası ve amacı, dijital marka yönetimi konusunda yazılmış bilimsel yayınların bibliyometrik özelliklerinin incelenmesi olarak ifade edilebilir. Bu bağlamda Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında tarama terimi olarak "dijital marka yönetimi" yazılarak gerçekleştirilen araştırma neticesinde dijital marka yönetimi konulu lisansüstü tez çalışmanın bulunmaması sebebiyle makale yazarları tarafından araştırma amacının, tarama terimi olarak "marka yönetimi" yazılarak gerçekleştirilen araştırma neticesinde erişim izni bulunan lisansüstü tez çalışmalarının bibliyometrik özelliklerinin incelenmesi şeklinde revize edilmesi kararı verilmiştir.

Gerçekleştirilen literatür taraması neticesinde ulusal yazında marka yönetimi konusunda yayımlanan lisansüstü tezleri bibliyometrik parametreler kapsamında inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma bu bağlamda değerlendirildiğinde, ulusal yazındaki boşluğu dolduracak niteliktedir. Marka yönetimi konusunda gerçekleştirilmiş araştırma eğilimlerini değerlendirebilmek amacıyla Ulusal Tez Merkezi veri tabanında marka yönetimi konusunda yayımlanmış erişim izni

bulunan lisansüstü tez çalışmalarının türleri, yıllara göre dağılımı, tezlerin yayımlandığı üniversite, enstitü, ana bilim dalı, tez danışmanlarının unvanları, araştırma yöntemi, sayfa sayısı, dili, anahtar kelimeleri sayısı gibi bibliyometrik parametreler kapsamında değerlendirilmeye çalışılacaktır.

## YÖNTEM

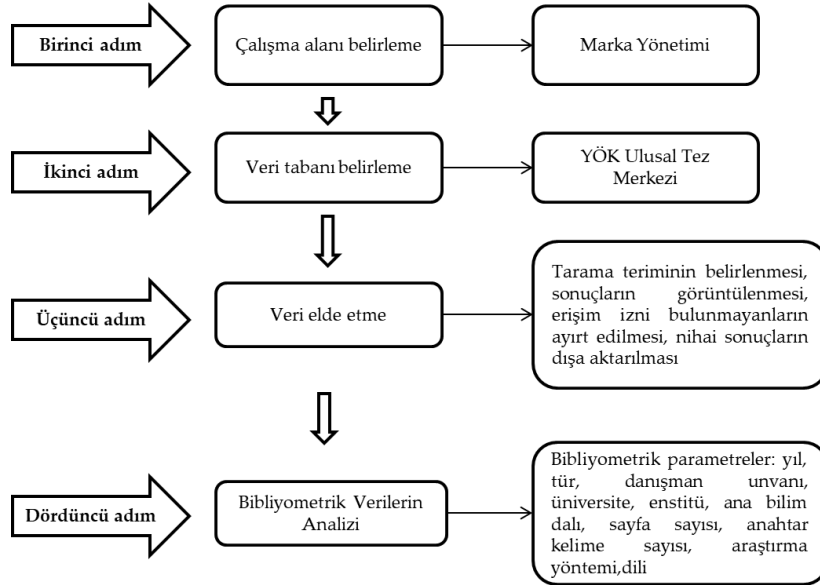
Çalışmada Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında marka yönetimi konusunda yayımlanmış lisansüstü tezlerin çeşitli bibliyometrik parametreler kapsamında bibliyometrik özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu çalışma 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi konusunda gelişimsel sürecin incelenmesi nedeniyle önem taşımaktadır. Araştırmaya konu olan bu tezler, Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında “marka yönetimi” tarama terimi olarak yazılarak yapılan tarama neticesinde elde edilmiştir. Çalışmada 1999-2020 yılları arasında yayımlanan 88 lisansüstü tez araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Ulusal Tez Merkezi veri tabanı üzerinden dijital ortamda erişim sağlanamayan lisansüstü tezleri araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini, marka yönetimi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanmış erişim izni olan 66 lisansüstü tez oluşturmaktadır. Araştırma ile ilgili veri toplama süreci 17.12.2020 - 21.12.2020 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırma verilerinin analizinde kullanılan bibliyometrik analiz yöntemi ile araştırmaya konu olan lisansüstü tezler araştırma sorularını oluşturan çeşitli bibliyometrik parametreler kapsamında incelenmektedir. Araştırma verilerinin frekans analizinde IBM SPSS 21.0 istatistikî paket programından faydalanılarak araştırma verilerinin yüzde ve frekans değerleri belirlenmiştir.

Çalışmada aşağıda sıralanan bibliyometrik göstergelerle oluşturulan araştırma sorularına yanıt aranmaya çalışılmaktadır.

- 1- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yönetimi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin yıllar itibarıyla dağılımı nasıldır?
- 2- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yöntemi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin türüne göre dağılımı nasıldır?
- 3- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yöntemi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin üniversitelere göre dağılımı nasıldır?
- 4- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yöntemi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin enstitülere göre dağılımı nasıldır?
- 5- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yöntemi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin yazarlarının anabilim dallarına göre dağılımı nasıldır?
- 6- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yöntemi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tez danışmanlarının unvanlarına göre dağılımı nasıldır?
- 7- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yöntemi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerde tercih edilen araştırma yöntemlerine göre dağılımı nasıldır?
- 8- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yöntemi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin anahtar kelimelerine göre dağılımı nasıldır?

- 9- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yönetimi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin yazıldığı dillere göre dağılımı nasıldır?
- 10- Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında erişim izni bulunan, marka yönetimi konusunda 2005-2020 yılları arasında yayımlanan lisansüstü tezlerin sayfa sayılarına göre dağılımı nasıldır?



Şekil 1. Araştırmanın Genel Çerçevesi

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında kayıtlı ve erişim izni bulunan tezlerin bibliyometrik analiz kapsamında değerlendirmeye alınmış olması araştırmanın en önemli kısıtını oluşturmaktadır. Buna ek olarak, arama terimine “marka yönetimi” yazıldığında veri tabanının sunduğu lisansüstü tezlerin araştırma kapsamında değerlendirmeye alınmış olması araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

## BULGULAR

Bu bölümde Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezler çeşitli parametreler kapsamında incelenmiş olup; bibliyometrik analizle elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bulguların yer verildiği tablolar ve şekil çalışmanın yazarları tarafından hazırlanmıştır.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin yıllara göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	N	%
2005	1	1,51
2006	4	6,06
2007	2	3,03
2008	4	6,06
2009	1	1,51
2010	4	6,06
2011	2	3,03
2012	3	4,54
2013	1	1,51
2014	3	4,54
2015	5	7,57
2016	6	9,09
2017	8	12,12
2018	4	6,06
2019	16	24,24
2020	2	3,03
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin sırasıyla en çok 2019, 2017, 2016, 2015 yıllarında yazıldığı görülmektedir. Son yıllarda marka yönetimi ile ilgili tez çalışmalarının artması işletmelerin markalarını daha başarılı bir şekilde yönetme çabalarının artmış olmasıyla açıklanabilir. Bu durum disiplinler arası marka yönetimi araştırmalarının önemini ortaya koyarak, araştırmacılarda farkındalığın artmasına sebebiyet vermiştir. Bu nedenle günümüzde önemi gittikçe artan bir pazarlama bileşeni olarak marka, işletme yöneticilerinin yanısıra araştırmacıların da üzerinde başarılı çalışmalar gerçekleştirdikleri bir alan haline gelmiştir (Özkaya, 2015: 25).

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin türlerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2.** Tezlerin Türlerine Göre Dağılımı

Tür	N	%
Yüksek Lisans	61	92,42
Doktora	5	7,58
Toplam	66	100

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin %7,58'inin doktora tezi, %92,42'sinin yüksek lisans tezi olarak yazıldığı görülmektedir. Tezlerin ağırlıklı çoğunluğunun yüksek lisans tezi olarak hazırlandığı tespit edilmiştir.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin yazıldığı üniversitelere göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Tezlerin Yazıldığı Üniversitelere Göre Dağılımı

Üniversite	N	%
Bahçeşehir Üniversitesi	11	16,67
Dokuz Eylül Üniversitesi	7	10,60
Marmara Üniversitesi	7	10,60
İstanbul Üniversitesi	6	9,09
Ege Üniversitesi	5	7,57
Beykent Üniversitesi	4	6,06
Okan Üniversitesi	3	4,54
Galatasaray Üniversitesi	2	3,03
Gazi Üniversitesi	2	3,03
İstanbul Ticaret Üniversitesi	2	3,03
KTO Karatay Üniversitesi	2	3,03
Selçuk Üniversitesi	1	1,51
Karamanoğlu Mehmet Bey	1	1,51
Atatürk Üniversitesi	1	1,51
Kadir Has Üniversitesi	1	1,51
Yıldız Teknik Üniversitesi	1	1,51
Fatih Üniversitesi	1	1,51
Çukurova Üniversitesi	1	1,51
Nişantaşı Üniversitesi	1	1,51
Giresun Üniversitesi	1	1,51
İstanbul Arel Üniversitesi	1	1,51
Üsküdar Üniversitesi	1	1,51
Yeditepe Üniversitesi	1	1,51
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	1	1,51
Hitit Üniversitesi	1	1,51
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	1	1,51
Toplam	66	100



Tablo 3 incelendiğinde 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin sırasıyla en çok Bahçeşehir Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi'nde yazıldığı görülmektedir.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin yazıldığı enstitülere göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Tezlerin Enstitülere Göre Dağılımı

Enstitü	N	%
Sosyal Bilimler Enstitüsü	63	95,47
Eğitim Bilimleri Enstitüsü	1	1,51
Sağlık Bilimleri Enstitüsü	1	1,51
Güzel Sanatlar Enstitüsü	1	1,51
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin %95,47'sinin sosyal bilimler enstitülerinde yazıldığı görülmektedir. Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde ve Güzel Sanatlar Enstitüsü'nde bu konuda yazılmış tezlerin varlığına dair elde edilen bulgu marka yönetimi konusunun çok çeşitli bilim dalları tarafından çalışıldığını ortaya koymuştur.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tez yazarlarının ana bilim dallarına göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5.** Tez Yazarlarının Ana Bilim Dallarına Göre Dağılımı

Ana Bilim/Sanat Dalı	N	%
İşletme	41	62,12
Halkla İlişkiler ve Tanıtım	6	9,09
Halkla İlişkiler	4	6,06
Sağlık Yönetimi	2	3,03
Uluslararası Ticaret	2	3,03
Dış Ticaret	1	1,51
Uluslararası Ticaret ve İşletmecilik	1	1,51
İletişim Bilimleri	1	1,51
Reklamcılık	1	1,51
Nöropazarlama	1	1,51
Medya ve İletişim Yönetimi	1	1,51
Spor Yöneticiliği	1	1,51
Tedarik Zinciri Yönetimi	1	1,51
Grafik	1	1,51
Sanat ve Tasarım	1	1,51
MBA Programı	1	1,51
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin %62,12'sinin İşletme Ana Bilim Dalı'nda, %9,09'unun Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Ana Bilim Dalı'nda, %6,06'sının Halkla İlişkiler Ana Bilim Dalı'nda ve buna ek olarak Sağlık Ana Bilim Dalı'nda, Spor Ana Bilim Dalı'nda, Sanat ve Tasarım Ana Bilim Dalı'nda ve çeşitli diğer bilim/sanat dallarında marka yönetimi konulu lisansüstü tezlerin yazıldığı görülmüştür.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezleri yöneten akademisyenlerin unvanlarına göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** Tez Danışmanlarının Unvanına Göre Dağılımı

Danışman Unvanı	N	%
Prof. Dr.	28	42,43
Doç. Dr.	16	24,25
Dr. Öğr. Üyesi	19	28,78
Dr.	3	4,54
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezleri yöneten akademisyenlerin %42,43'ünün profesör, %28,78'inin doktor öğretim üyesi, %24,25'inin doçent ve %4,54'ünün doktor unvanına sahip olduğu görülmüştür.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin araştırma yöntemi göre dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7.** Tezlerin Araştırma Yöntemine Göre Dağılımı

Araştırma Yöntemi	N	%
Nitel	30	45,45
Nicel	32	48,48
Hem Nicel Hem Nitel	4	6,07
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin %48,48'inde nicel, %45,45'inde nitel, %6,06'sında hem nicel hem nitel araştırma yönteminin tercih edildiği görülmektedir. Nicel araştırma yönteminin tercih edildiği tez çalışmalarında veri toplamada anket yönteminin ağırlıklı olarak tercih edildiği tespit edilmiştir. Nitel araştırma yönteminin tercih edildiği tez çalışmalarında ise derinlemesine mülakat yönteminin ağırlıklı tercih edildiği bulgulanmıştır.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin yazıldığı dillere göre dağılımı Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8.** Tezlerin Yazıldığı Dillere Göre Dağılımı

Dil	N	%
Türkçe	62	93,94
İngilizce	4	6,06
Toplam	66	100

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin %93,94'ünün Türkçe, %6,06'sının İngilizce dillerinde yazıldığı görülmüştür.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin sayfa sayılarına göre dağılımı Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9.** Tezlerin Sayfa Sayılarına Göre Dağılımı

Sayfa Sayısı	N	%
50-100	16	24,24
101-150	24	36,36
151-200	15	22,72
201-300	6	9,09
301-400	2	3,03
401-500	1	1,51
Toplam	66	100

Tablo 8 incelendiğinde 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin sayfa sayısının ağırlıklı çoğunluğunun 101 ile 150 sayfa aralığında olduğu görülmektedir. Marka yönetimi konulu lisansüstü tezlerin sayfa sayısı incelendiğinde, 301 ve üzeri sayfa sayısına sahip lisansüstü tezlerin azınlıkta olduğu bulgulanmıştır.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin anahtar kelime sayılarına göre dağılımı Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10.** Tezlerin Anahtar Kelime Sayılarına Göre Dağılımı

Anahtar Kelime Sayısı	N	%
0	17	25,75
3	9	13,63
4	15	22,72
5	19	28,78
6	4	6,06
7	1	1,51
9	1	1,51
Toplam	66	100

2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerin %25,75'sinde anahtar kelime yer almadığı, %28,78'sinin beş anahtar kelimeye, %22,72'sinin dört anahtar kelimeye, %13,63'ünün üç anahtar kelimeye sahip olduğu görülmektedir.

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tezlerde en çok kullanılan anahtar kelimeler Word Art yazılımından faydalanılarak oluşturulan kavram-yoğunluk haritasında verilmiştir.



Şekil 2. Kavram-Yoğunluk Haritası

Araştırma sorularına yönelik elde edilen bulgulara ek olarak, Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında 2005-2020 yılları arasında marka yönetimi alanında yayımlanan lisansüstü tez çalışmalarının genel olarak marka yerleştirme, marka iletişimi, marka kimliği, marka değeri, marka imajı, marka stratejileri, marka kişiliği, marka farkındalığı, marka etliği, marka güveni, marka denkliliği, marka sadakati, kriz sürecinde marka yönetimi, kurumsal marka yönetimi, online marka yönetimi, müze markası yönetimi, lüks marka yönetimi, uluslararasılaşma sürecinde marka yönetimi, marka yönetimi ve tüketici davranışları konularını içerdiği bulgusu elde edilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgulardan bir tanesi de günümüzün popüler ve disiplinler arası olan dijital marka yönetimi ile ilgili yazılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamasıdır. Dijital marka yönetimi kapsamında yazılmış herhangi bir tez Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi'nin veri tabanında bulunmamaktadır.

## SONUÇ

Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanına kayıtlı erişim izni bulunan 2005-2020 yılları arasında yayımlanan marka yönetimi konulu 66 lisansüstü tez bibliyometrik parametreler çerçevesinde incelenmiştir. Marka yönetimi konusunda akademik yayın yapmak isteyen araştırmacılara bibliyometrik kılavuz niteliğindeki araştırma sonuçları bu bölümde verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan lisansüstü tezlerin sayısında yıllar itibarıyla artışın diğer yıllara kıyasla 2019 yılında yayımlanan 16 lisansüstü tezle belirgin bir artış yaşandığı göze çarpmaktadır. Yaşanan bu artışın sebebi, çağa uygun olarak değişen pazarlama çabaları, tüketicinin ürünlerden somut faydanın yanı sıra hedonik faydayı da arzulaması, hedef kitlelere erişim imkanı sunan mecraların



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

değişmesi gibi marka yönetim sürecini etkileyecek yenilikçi yaklaşımlar araştırmacıların bu konudaki farkındalığını ve ilgisini etkilemesiyle açıklanabilir.

Marka yönetimi konusunda lisansüstü tez yayımlayan üniversite oranları ile birlikte sırasıyla en çok; Bahçeşehir Üniversitesi (%16,67), Dokuz Eylül Üniversitesi (%10,60), Marmara Üniversitesi (%10,60), İstanbul Üniversitesi (%9,09), Ege Üniversitesi (%7,57) olduğu görülmektedir.

Bu alanda yazılan lisansüstü tezlerin ağırlıklı çoğunluğu Sosyal Bilimler Enstitüleri'nde (%95,47) bununla beraber Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nde (%1,51), Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde (%1,51), Güzel Sanatlar Enstitüsü'nde (%1,51) yazıldığı tespit edilmiştir. Sosyal Bilimler Enstitüsü haricindeki enstitülerin oransal değerlerine bakıldığında az gibi görünse de marka yönetimini konusunun disiplinler arası bir çalışma alanına sahip olduğu ve bu alana disiplinler arası katma değer sunulduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ana Bilim/Sanat Dalı bibliyometrik parametresine ilişkin analiz bulguları ışığında, yayımlanan lisansüstü tezlerin İşletme Ana Bilim Dalı'nda(%62), Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı'nda (%9,09), Halkla İlişkiler Ana Bilim Dalı'nda (%6,06) ve geri kalanının Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Reklamcılık Ana Bilim Dalı, Nöropazarlama Ana Bilim Dalı, Dış Ticaret Ana Bilim Dalı, Spor Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, Tedarik Zinciri Yönetimi Ana Bilim Dalı, Uluslararası Ticaret ve İşletmecilik Ana Bilim Dalı, Sanat ve Tasarım Ana Bilim Dalı, Grafik Ana Bilim Dalı olmak üzere çeşitli Ana Bilim/Sanat Dalları'ndan yayımlandığı görülmektedir. Bu durum, yayımlanan lisansüstü tezlerin çoğunluğunun Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yazılmış olmasının doğal bir sonucu olarak ifade edilebilir.

Araştırma kapsamında incelenen lisansüstü tezlerin yazım sürecinde danışman görevi üstlenen akademisyenlerin sahip oldukları unvanlar sırasıyla en çok; Profesör Doktor (%42,43), Doçent Doktor (%24,25), Doktor Öğretim Üyesi (%28,78), Doktor (%4,54) unvanlarında tez sürecini yönettikleri görülmektedir.

Marka yönetimi konusunda yayımlanan tezlerde nicel araştırma yöntemi (%48,48), nitel araştırma yöntemi (%45,45), hem nitel hem nice araştırma yönteminin (%6,07) tercih edildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçtan hareketle marka yönetimi konulu çalışmalarda nicel araştırma yönteminin daha çok tercih edildiği ifade edilmektedir.

Yayımlanan lisansüstü tezlerin ağırlıklı çoğunluğunun yüksek lisans tezi (%92,42), bu karşın küçük bir kısmının doktora tezi (%7,58) olarak yayımlandığı ve bu tezlerin ağırlıklı çoğunluğunun Türkçe dilinde (%93,94) geri kalanının ise İngilizce dilinde (%6,06) yazıldığı görülmektedir.

Araştırma kapsamında incelenen lisansüstü tezlerin %25,75'inde anahtar kelime bulunmadığı, %28,78'inde beş adet anahtar kelimenin bulunduğu, %22,72'sinde dört adet anahtar kelime bulunduğu, %13,63'ünde üç adet anahtar kelime bulunduğu geri kalanında ise altı, yedi ve dokuz adet anahtar kelime bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu tezlerin ağırlıklı çoğunluğunun 101-150 sayfa sayısı (%36,36) ile yazıldığı görülmektedir.

Bu çalışma araştırmacılara marka yönetimi konusunda ulusal yazında yayımlanan lisansüstü tezleri çeşitli bibliyometrik parametreler çerçevesinde incelemiş olmasıyla alana katkı sunmaktadır. Ayrıca çalışmanın bulgular bölümünde de ifade edildiği gibi dijital marka yönetimi ile ilgili Yükseköğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında kayıtlı tez bulunmamıştır. Dijital marka yönetimi ile ilgili gelecekte yapılacak bilimsel çalışmalar bu konudaki açığı kapatacak olması hususunda alana özgün nitelikte bir katkı sağlayacaktır.

Çalışmada yöntem bölümünde ifade edilen araştırma sınırlılıkları göz önünde bulundurularak, marka yönetimi ile ilgili bibliyometrik çalışma yapmak isteyen araştırmacılara erişim izni verilmemiş lisansüstü tezlere erişim sağlayarak o tezlerinde dahil olacağı daha kapsamlı bir

inceleme yapımları önerilmektedir. Araştırmacılara bu çalışmayı çeşitli diğer bibliyometrik parametrelerle ve atıf analizi ile zenginleştirmeleri yeni bir araştırma önerisi olarak sunulmaktadır. Gelecekteki çalışmalarda marka yönetimi konusunda yazılmış makaleler ve bildirilerin de bu bağlamda bibliyometrik analiz kapsamına dahil edilmesi akademik yayın türleri arasında karşılaştırma yapma imkanı sunabilir. Bunlara ek olarak, araştırmacılara yayımlanan lisansüstü tezlerin konu bağlarının neler olduğunun detaylı tespitine yönelik içerik analizi sunacağı yüksek katma değer nedeniyle önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

Abdullayev, E. (2017). *Küresel pazar odaklı Türk işletmelerinde marka yönetimi ve halkla ilişkiler uygulamaları: Bir marka üzerine inceleme*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Doktora Tezi).

Açık, A. (2013). *Hizmet markası değerlendirme esasları Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi markasının değerlendirilmesi ve marka yönetimi açısından irdelenmesi*, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Ak, T. (2009). *Marka yönetimi ve tüketici karar sürecine etkileri*, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Akgün, A. C. (2017). *Markalaşma süresi ve marka yönetimi ÇAYKUR'un yöresel alt markalarından biri olan "42 no'lu Tirebolu çayı" markasının monografik yöntem ile analizi ve yeniden konumlandırma önerileri*, Giresun Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Akman, E. (2019). *Uluslararasılaşma sürecinde endüstriyel pazarlarda marka yönetimi*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Albayrak, A. (2016). *Marka yönetiminde alternatif medya kullanımı*, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Alkeveli, A. (2015). *Kişisel marka yönetimi: Yerel seçimlerde seçmenlerin kişisel marka algısı ile ilgili Adana ilinde bir uygulama*, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Altan, S. (2019). *Marka yönetimi ve markalaşma sürecinin iş güvenliği ayakkabısı sektöründe uygulanması*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Atalay, H. (2010). *Toplam kalite yönetiminin marka yönetimiyle ilişkisi*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Atalusoy İşeri, Z. (2007). *Kriz iletişimi sürecinde marka yönetimi*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Balçık, S. (2019). *Ethical approach to market and brand management*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Baş, M. (2015). *Marka Yönetimi*, Ankara, Detay Yayıncılık.

Bay, A. (2016). *Bir marka yönetimi açısından GSM operatörlerinin hizmet kalitesinin belirlenmesi: Kamu çalışanları üzerine bir pilot araştırma*, Nişantaşı Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Berber, S. (2008). *Kurumsal marka yönetimi ve bir alışveriş merkezi üzerine uygulama*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Birben İçkale, T. (2019). *Şirketlerin kurumsal sosyal sorumluluk çalışmalarının marka yönetimi üzerindeki rolü: Borsa İstanbul sürdürülebilirlik endeksi şirketleri örneği*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Boukhana, S. (2019). *Stratejik marka yönetimi bağlamında sürdürülebilirlik*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Broadus, R. N. (1987). Toward a definition of “bibliometrics.”, *Scientometrics*, 12(5-6), 373–379. doi:10.1007/bf02016680

Buran, G. (2012). *Sağlık hizmetlerinde marka yönetimi: Bursa il merkezindeki hastanelerin müşteri profili ve marka yönetiminin değerlendirilmesi*, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Bülbül, T. (2018). *İşletmelerde marka yönetimi ve Konya ilindeki KOBİ'ler üzerinde bir araştırma*, KTO Karatay Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Çakır, M. (2020). *Marka yönetimi ve tüketicinin marka tercihi üzerine bir araştırma: İçme suyu sektöründe İstanbul ili örneği*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Çatı, K. ve Öcel, Y. (2018). Türkiye’de pazarlama ile ilgili yayınlanan makalelerin bibliyometrik incelenmesi, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 508-519. doi: 10.20491/isarder.2018.485

Çıfci, S. ve Cop, R. (2007). Marka ve marka yönetimi kavramları: üniversite öğrencilerinin kot pantolon marka tercihlerine yönelik bir çalışma, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 44(512), 69-88.

Çoktalaş, D. İ. (2016). *Marka yönetimi ve Türkiye’de hazır giyim sektöründe marka tercihi üzerine bir araştırma*, KTO Karatay Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Dağlı, B. (2019). *Dijital pazarlamada marka yönetiminin önemi ve hızlı tüketim sektörüne yönelik bir uygulama*, Bahçeşehir Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Darıca Karamanoğlu, H. (2006). *Marka yönetimi ve marka yerleştirme: Filmlerde marka yerleştirme*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Delibalta, E. (2018). *New generation strategic brand management: The case of Evabid*, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Demir, D. (2017). *Stratejik yönetim ve marka yönetimi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir sektör uygulaması (Tekstil hazır giyim)*, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Diñçer, S. G. (2019). *Sosyal medya platformunda grafik tasarımın marka yönetimi açısından öneminin incelenmesi ve bir uygulama*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Güzel Sanatlar Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Doğan, G. (2020). Bibliyometri. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/135718863-Bibliyometri-guleda-dogan.html>

Ersoy, İ. (2007). *Uluslararası rekabet avantajı kazanmada marka yönetimi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Güler, M. (2019). *Kurumsal marka yönetimi ve yurt işletmeciliği üzerine bursa ilinde bir araştırma*, İstanbul Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Güleç, T. (2019). *Lüks marka yönetimi ve stratejik pazarlama*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Gürçay, M. K. (2017). *Gıda sektöründe halka açık şirketlerde marka yönetimi: Ülker örneği*, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Gürpınar, N. (2019). *Marka yönetimi ve tüketici bilinci üzerine bir araştırma*, Galatasaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Harorlu, E. (2010). *Küçük ve orta boy işletmelerde marka yönetimi ve bir alan araştırması*, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

Kara, N. (2015). *Marka yönetiminin tüketici karar alma tarzlarıyla ilişkisi: Bir araştırma*, Galatasaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

- Karpat Aktuğlu, I. (2016). *Marka yönetimi: güçlü ve başarılı markalar için temel ilkeler*, İstanbul, İletişim Yayınları.
- Karslı, G. (2015). *Online marka yönetimi ve bir örnek olay incelemesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Kayral, B. (2008). *Marka yönetiminin tüketici satın alma davranışları üzerindeki etkisi ve bir inceleme*, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Kesici, K. Z. (2019). *Sürdürülebilir marka yönetimi ve bir uygulama*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Keskin, S. (2011). *Uluslararasılaşma sürecinde marka yönetimi ve bir örnek uygulama*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Koçak, E. (2011). *Müzelerde marka yönetimi*, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Kösem, Y. (2008). *Kooperatiflerde marka yönetimi*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Krake, F. B. G. J. M. (2005). Successful brand management in SMEs: a new theory and practical hints, *Journal of Product & Brand Management*, 14(4), 228–238. doi:10.1108/10610420510609230
- Kurt, D. (2010). *İlaç sektöründe marka yönetimi ve Bilim ilaç örneği*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Küre, C. (2012). *Strategic brand management practices in Turkish companies: An empirical research*, Fatih Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Louro, M. J. & Cunha, P. V. (2001). Brand management paradigms, *Journal of Marketing Management*, 17:7-8, 849-875. doi:10.1362/026725701323366845
- Nayır, B. (2018). *İşveren marka yönetiminin örgütsel bağlılığa etkisi: İstanbul'da hizmet sektöründe bir araştırma*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Maden, D. (2014). *Lüks marka yönetimi: Lüks tüketim motivasyonuna yönelik bir analiz*, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Doktora Tezi).
- Metin, T. C. (2013). *Boş Zaman Literatürünün Dünyadaki Gelişimi: Leisure Science Dergisinde Yayımlanan Makaleler Üzerine Bir İnceleme*. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Oğuz, J. (2006). *Marka yönetimi ve marka yönetiminin perakendecilerin tutumuna etkileri üzerine bir araştırma*, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Özgüner, E. (2017). *Marka yönetimi ve eğitim sektöründe bir uygulama*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Özkaya, B. (2015). Marka yönetiminde araştırma: fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme tekniği, *İletişim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 24-47.
- Özkoç, Ö. (2018). *Hastanelerde marka yönetimi uygulamalarının hastaların marka denklığı algısı ve hastane tercihine etkisi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmış Doktora Tezi).
- Özpinar Somaklar, F. (2006). *İşletmelerde marka yönetimi süreci ve bir uygulama*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Öztürk, N. (2010). *Marka yönetimi*, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Öztürk, O. C. (2014). *Marka yönetimi ve uluslararasılaşma süreci*, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).



- Reis, S. (2020). *Marka yönetimi ve oyunlaştırma stratejileri*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Sarıdoğan, V. (2016). *Çokuluslu işletmelerde yerel pazarlama stratejileri ve marka yönetimi ilişkisi*, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Savaşçı, İ. (2008). *Türkiye'de pazara sunulan yerli ve yabancı mamullerde stratejik marka yönetimi ve marka değerlerinin karşılaştırılması*, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Doktora Tezi).
- Şahin, E., Akdağ, G., Çakıcı, C. ve Onur, N.(2018). Gastronomi ve mutfak sanatları anabilim dallarında yayınlanan tezlerin bibliyometrik analizi, *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2(Ek.1), 30-41.
- Şençamlar, N. (2014). *Kurumsal sosyal sorumluluk çalışmalarının marka yönetimine etkisi*, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Şenol, I. (2012). *Tüketim toplumu ve marka yönetimi: Kişi markası olarak Michael Jackson*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Doktora Tezi).
- Taşçıoğlu, İ. (2019). *Kurumsal sürdürülebilirliğin marka yönetimi açısından değerlendirilmesi*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Tansel Çengel, K. (2006). *Marka yönetiminde hedef tüketicilerin maskot kullanılan markalı ürünlere yönelik algısı üzerine etki eden faktörlerin belirlenmesi ve temizlik ürünleri sektöründe bir uygulama*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Tonguç, C. (2019). *Marka yönetimi özelinde bir devlet teşviği olarak Turquality'nin rolü ve sektörler üzerinde kalitatif olarak incelenmesi*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Türkan, F. (2016). *Endüstriyel pazarda özel marka yönetimi: Turizm sektöründe bir araştırma*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Uzun, Y. (2004), Marka yayma stratejisinde çağrışımların rolü, *Pazarlama Dünyası*, 18 (5), 56-62.
- Yaraş, A. (2019). *Futbol kulüplerinde marka yönetimi: Kurumsal iletişim aracı olarak twitter*, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Yardibi, A. (2015). *Brand management strategies in Turkish automotive industry*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Yatağan, B. (2015). *Pazarlama iletişim elemanlarının marka yönetimine etkisi*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Yelekin, Y. (2019). *Marka yönetimi ve marka yönetiminin tüketici tercihleri üzerindeki etkisi: Seramik sektöründe bir uygulama*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Yeniçeri, M. (2005). *Küresel pazarlamada marka yönetimi ve halkla ilişkilerin etkisi*, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
- Yüksel, E. (2016). *Marka yönetiminde inovasyonun önemi telekomünikasyon sektöründen bir uygulama*, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).



## WOMEN'S HEALTH ON THE ASPECT OF GENDER INEQUALITY IN TURKEY<sup>1</sup>

**Aşkın KARADUMAN**

Ankara Hacı Bayram Veli University, askin.karaduman@hbv.edu.tr,  
orcid.org/0000-0002-7535-4597

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (10.04.2021-20.04.2021)

### Abstract

Today, the different roles of men and women and the fact that each gender is seen as conforming to certain behavioral patterns have paved the way for the formation of gender inequality. Gender inequality in Turkey poses important problems, especially in terms of women's right to education, working life and health. Women's health is one of the areas most affected by gender inequality. It is possible to see the effects of gender inequality in the access of women with health problems to health services. Reproductive health services are the type of service that women have the most difficulty accessing and benefiting from. Women who are influenced by society's gender stereotypes are not able to benefit from these services to the extent and time necessary, which brings with them diseases that are delayed or impossible to treat. In this study, it is aimed to examine the effects of gender inequality on women's health in Turkey by focusing on the main factors affecting women's health. In the conclusion part of the study, recommendations are made to positively change the thoughts and upbringings that cause gender inequality.

**Key Words:** Gender, Gender Inequality, Women's Health, Health, Society.

<sup>1</sup> This study was conducted on 19-21 February 2021 in Tokyo/Japan as a paper on the 3rd International Conference on Innovative Studies of Contemporary Sciences.



## 1. INTRODUCTION

Individuals are classified as men and women in biological terms depending on their innate characteristics and thus the concept of gender is formed. Society's perspectives and value judgments expect each gender to display different types of behavior over time, and these behaviors to be appropriate for their gender.

One of the most basic classifications in society, gender (Demirel,2009:8), is defined as the genetic, biological and physiological characteristics exhibited by the individual as male or female (Akın,2007:2). While sex means something about biology; gender indicates the social and economic roles and responsibilities assigned by society and families to men and women (WHO,2005:1).

Gender, which relates to the individual, institutional, structural and cultural differences that arise between men and women (Atalay and Dinç, 2020:605), consists of roles determined by their culture to individuals born biologically male or female (Akkaş,2020:58). In other words, gender refers to non-biological social and cultural distinctions between the sexes (Broughton et al., 2017:1294).

Gender roles, a group of gender-related expectations defined by society and expected to be fulfilled by individuals (Dökmen,2015:29), are divided differently within the family, and while men are often seen as eligible for the role of making money and supporting the home, women are more likely to be responsible for ensuring strong family ties and doing care-related work (Flynn,2011:65). In shaping gender roles, the effect of social norms and values continues throughout life starting from the prenatal period (Gürsoy, 2017: 82).

Gender stereotypes defined by society as behaviors expected by men and women towards their own gender (Çelik, 2008:20), include psychological characteristics and appear at different rates in two gender groups (Best,2003:11).

Gender equality refers to the absence/non-discrimination of the individual depending on their gender in taking advantage of opportunities, allocating and using resources, and benefiting from services (Akın,2007:2). Gender equality refers to the equal rights, responsibilities and opportunities of men and women, shaping their own lives with equal potential and contributing to society (Gender Equality Policy and Strategy, 2016:5).

In the definition of gender inequality, which emerges from various social sciences literature, including economics; hierarchical gender relationships, men's superiority over women and women being considered lower and less valuable simply because of their gender (Mikkola and Miles, 2007:6). By another definition, gender inequality means socially shaped differences between men and women, separated by traditional notions of masculinity and femininity, where women continue to see unequal practices (Khoreva,2012:16). According to Ridgeway (2011:3), gender inequality can be thought of as a hierarchy-based ranking between men and women in economic resources, power and status.

Gender inequality is not only a very big problem both nationally and internationally, but it is a serious issue that causes men and women to experience problems caused by their gender in many areas and their lives to be negatively affected. Although men and women have been exposed to examples of gender inequality throughout their lives, women are often more affected and health is one of the areas where they have problems based on inequality. When it comes to women's health,



the perspectives and judgments of the society to which they belong have a very important effect on women.

Every individual in the community should have the right to healthy living and full use of health services. Perceptions created by society for the genders of individuals create some inequalities between men and women, which negatively affect both the physical and psychological health of women. In this study, it is aimed to examine the effects of gender inequality on women's health in Turkey by focusing on the main factors affecting women's health.

## 2. HEALTH AND WOMEN'S HEALTH

Health, defined by the World Health Organization (WHO) as a state of complete well-being in terms of physical, cognitive and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO, 2014:1), is a broad concept that directly or indirectly affects every area of individuals' lives, shapes their social relationships, increases or limits their participation in the workforce. Women's health covers the process that continues from the beginning of the woman's birth to the end of her life and all activities in this process. These activities include health activities in every sense, including physical, cognitive, psychological and biological. Men and women are born with certain characteristics specific to their gender in physical and spiritual terms. These traits make men stronger and more physically resilient, while making women naiver and more sensitive.

Differences in health status between men and women and various diseases and health problems are a mixture of gender, sociocultural factors and physiological differences between men and women (Kronenfeld,2006:459). Women are more prone to diseases caused by gender characteristics due to their creation. While having an emotional and fragile mood has a more debilitating effect psychologically, menstruation periods and fertility characteristics also pave the way for them to be physically weaker.

## 3. FACTORS AFFECTING WOMEN'S HEALTH

It is possible to talk about not only physiological and psychological factors on women's health, but also the impact of environmental and cultural judgments. Many restrictions, such as unequal inheritance laws, religious-based family law, dowry, early marriage, responsibility for girls' housework and the care of younger siblings, male choice, stalking and sexual harassment, living under unsafe conditions in certain countries and regions, have a detrimental effect on women (Banu,2016:24).

The fact that women are born in a physically and personally sensitive nature, makes them more vulnerable to the problems they experience in their health from time to time due to social and familial factors. Some of these factors are classified as biologically and psychologically personal effects, while others are grouped environmentally, such as family, education level, participation in business life and access to health services in the following years.

### 3.1. Biological and Psychological Characteristics

Women are naiver and more prone to diseases than men. The fact that they are sensitive suggests that women carry some disease risks more than men. According to Günler (2017:39), women's predisposition to infection-related diseases compared to men can cause them to suffer from infectious diseases more frequently.



Considering that women's life expectancy is also longer than that of men, it is inevitable that they will struggle with more diseases during this period. Women's conditions such as menopause and pregnancy cause women to wear out physically and catch diseases in a shorter time.

Women are more spiritually fragile and have a greater sense of empathy, which can also make them more vulnerable. Some scientists believe that women's orientation due to interest in other people's problems and efforts to help has become a constant emotional burden in their lives (Verbrugge,1985:165). The fact that women are in the background of society compared to men, not having enough roles in decision-making and generally in a lower position than men causes more psychological problems such as depression in women.

### 3.2. Family Structure

The family is a community of people who are connected to marriage, childbirth, kinship or legal adoption, who regularly share a common kitchen and financial resources (Sharma,2013:307). In another definition, family is defined as the environment in which men and women develop physically, psychologically and socially from infancy to childhood and from adolescence to adulthood (WHO, 1978:7).

The family that forms the smallest building block of society constitutes the first and most important elements in the development of each individual. From the moment individuals are born, they are influenced by the way their parents raised them and the way they viewed life. Parents who do not have sufficient sensitivity or awareness about health can be negligent about their children's health problems, which leads to prolonged recovery processes for children.

As a result of girls being raised in a dominant environment with a sense of privacy, some health problems are ignored and the perception of receiving health care as a shameful or shameful situation has implications for many issues, including the choice of physicians of girls in later years.

### 3.3. Education Level

Education can be defined as a teaching, education, learning process to improve knowledge and skills, especially in schools or colleges, as well as an interesting experience that teaches you something (Thangeda et al., 2016:10). A powerful agent of social transformation and human development, and also a matter of equality, education empowers people and helps develop knowledge, skills and skills to act as a full-fledged person and live with self-respect and dignity (Banu,2016:23).

Gender inequality at the point of access to education and resources can prevent the reduction of child mortality, unconscious reproduction and the development of the education of the new generation (Klasen,2000:2). The low value given to women by society negatively affects the level of education of women. Women who do not have enough education remain in the background in many ways and face different problems. In a study conducted by Altıparmak and Eser (2007), it was concluded that among women aged 15-49, women with higher education levels were in a better position in physical, spiritual, social and environmental terms than women with a higher education level. This is a big problem for women to get the health care they want because women with low education do not have enough information about what health care is and how to access it.

According to the Turkish Statistical Institute 2019 data, the total illiterate population of 6 years and older is 2.8%, and men make up 0.8% of this rate and women 4.7% (TUİK, 2019). When we look at the results of Hacettepe University Population Studies Institute's Population and Health Survey of Turkey 2018, the proportion of women who never went to school or did not finish primary school was 25%, compared to 14% for men (TNSA, 2018). From the shared statistical data, it is



concluded that the equality of men and women in terms of education has not yet been adequately achieved. Inequality in terms of education also negatively affects women's participation in the labor market in the following years.

### 3.4. Economic Factors

Girls who do not benefit sufficiently from equal opportunities in education have difficulty getting into work due to low levels of education or can find jobs in sectors with low wages and heavy workloads. This leads to an increase in the number of women with low socio-economic status. According to the 2018 TNSA results in Turkey, 64% of women between the ages of 15 and 49 have not worked or participated in the last 12 months (TNSA, 2018). The high proportion of women who do not work also leads to women being dependent on their spouses in terms of income and not gaining their own freedom financially. This causes women to stay in the background socially and to act according to their spouse's income level when it comes to receiving health care. Therefore, in an environment where there is a shortage of livelihoods, it is seen that the woman is not able to solve her health problems adequately.

The labor force participation rate in Turkey is 72% for men and 34.4% for women (TUIK, 2019). In a patriarchal society, the working potential of women is trivialized and ignored by male members of the family and the elders of the house (Bordoloi,2017:3).

In the labor market, women are employed on lower wages and for less time than men, are employed without social security for jobs that can be considered low in status, and earn less income (Demirbilek, 2007:21). The low participation rates of women in the labor market prevent conditions that will make them economically independent, causing gender inequalities to become deeper and more persistent (Uguz and Topbaş,2014:488). While women's pregnancy and childbirth processes bring with them the risk of being unemployed (Özvarış,2015:38), similarly, the idea that the responsibility of supporting the house by society belongs to the man also causes women to be selected as a priority when it comes to dismissal.

Women who are economically deprived of the labor market or who do their low-income and status work in this market are exposed to health problems caused by working conditions or environment and cannot solve these problems to the extent they want because they do not earn enough. According to Anastasia et al. (2013:389), it is very important that the great efforts to achieve gender equality are related to the economic strengthening of the position of women, ensuring equal rights for both men and women and equal benefits from economic activities.

### 3.5. Access to Health Care

Millions of women worldwide continue to be deprived of basic health care as a result of poverty and discrimination (Doyal,2001:1062). Factors such as women's educational status and working life in society play a very important role in determining how to proceed in some subjects. In particular, women who have problems with their health do not know which institution to apply to or which department to benefit from. At the same time, the development of women's places of residence affects the quality and accessibility of health services.

Some inequalities between individuals in terms of income level, education level, status, living conditions determine their health status, health care and the quality of these services. While an individual with a low level of education does not know how to access health care, the low-income segment lags behind in terms of benefiting from these services. The aforementioned inequalities may also be gender-related in some cases.

Inequality resulting from gender-based ideas deprives women of some human rights and creates inequality in areas such as access to information on health, adequate nutrition, access to health



services and benefiting from these services (Sezgin,2015:159). Access to services for women's health problems is prevented by the community due to negative views about the gender of health care service officers or for women to receive health care alone. At this point, women are not able to benefit sufficiently from some services due to the inadequate education they receive and the negative perspectives of their society in terms of receiving services for health problems.

#### 4. EFFECTS OF SOCIAL GENDER INEQUALITY ON WOMEN'S HEALTH

Gender inequality in many areas of life has physical, spiritual and social effects on individuals. The fact that women are more affected by gender inequality has consequences that will greatly prevent them from living in a healthy environment. Behaviors such as having the perfect physical appearance expected of them by society, being able to bring children into the world, being more in the background in some areas than men, wear women down both physically and psychologically and leave them struggling with difficult-to-treat health problems in the long run.

Some of the effects of gender inequality on women's health are negative perceptions of body image, problems in reproductive health and violence against women, while others are the result of socio-cultural influences that are closely related to the society to which they belong.

##### 4.1. Body Image

Body image is defined as part of the concept of self, which expresses perceptions, attitudes and feelings towards the body (Beach,1993:5). Gender inequality assigns different roles to men and women, while also creating some criteria for ideal men and women. It is emphasized by the society that the body sizes should be in accordance with certain standards as well as the fact that the woman is well-groomed at all times.

Especially when it comes to the ideal body image for the woman, most women are influenced by these comments, which brings with problems such as unhealthy diet lists or unconscious drug use. As a result of all these situations, the already sensitive female body wears out in a short time and loses its health by unconscious methods.

Having a negative perception of the body creates negative effects in human life, causing self-isolation from society, problems in different areas of life, depression and unnecessary aesthetic interventions (Oğuz,2005:32). Women who think that society does not fit the image of the perfect woman are isolating themselves from social life by experiencing a lack of self-confidence over time, which causes the woman who does not physically consider herself to be suitable for the characteristics idealized by society to move away from society psychologically.

##### 4.2. Reproductive Health

Congenital gender-related traits greatly affect the health of men and women and the types of diseases they encounter. Women's menstrual periods trigger problems such as anemia, while pregnancy and subsequent processes have lasting negative effects in some women, both physically and psychologically. Due to their physical and biological characteristics, diseases such as HPV infection and uterine cancer are seen in women for their reproductive systems, while men have some diseases such as prostate cancer and testicular infection.

Cultural norms often deny women the right to make decisions about their sexuality and reproduction, and the lack of contraception and the underlying cause of common pregnancies (WHO,2010:16). This situation paves the way for involuntary pregnancies or unhealthy pregnancy processes and therefore permanent health problems in women.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

One of the most important characteristics of society that makes women different from men is that they have fertility characteristics. Although reproductive health is very important for both men and women and affects their status and perception in society, problems related to women's reproductive health attract more attention from society. At this point, the fact that a woman is considered fully healthy is also considered by society to be related to the birth of a child. Therefore, the majority of women who have problems with reproduction have difficulty overcoming these problems due to the role of being the mother that society or their close circles expect of them. In this sense, women cause any reproductive problems that already exist to become even more negative.

### 4.3. Violence

Violence; it is a form of aggression whose purpose is to cause extreme harm (Anderson and Bushman, 2002:29). In other words, violence is defined as the response of the dominant power (Şahbaz,2020:9). The problem of violence was obvious at all times and existed in the foreground or in the background and in a subtle way (Kaeuper,1999:7).

Violence against women which points out that men are superior to women and emerges as part of their gender relations (Khatri and Pandey,2013:13), is a violation of fundamental rights and freedoms and a major problem that arises as a result of unequal power relations between men and women (Akkaş and Uyanık,2016:36). According to Oktay (2015:59), in Turkey women are especially exposed to domestic violence and they often keep this violence secret because they are ashamed.

Violence against women is an important problem that arises regardless of the level of development of countries and can be seen in different ways in each country. According to the World Health Organization Violence and Health Report (WHO,2002:16), in various parts of the world, cultural differences and traditions are cited as justifications for certain social practices that perpetuate violence.

Some norms and beliefs created by society that further strengthen male dominance over women create a climate that tries to make violence seem acceptable (WHO,2002:13). Although violence against women has no logical basis in any way, it is seen that the rate of violence in some situations increases. For example, as a result of marriages at a young age, people with different perspectives and upbringings experience conflict of opinion more frequently, negative socio-cultural perceptions or low level of education can increase the rate of violence.

According to the Domestic Violence Against Women Survey conducted by Hacettepe University Institute of Population Studies (HUNEE) in Turkey in 2014; the increased level of education reduces the rates of physical or sexual violence. For example, while 43% of women who have never received an education/ have never finished primary school experience physical or sexual violence, in women with undergraduate and postgraduate education this rate falls to %21 (HUNEE,2015:85). According to the research data, although the rate of violence decreases as the level of education increases, women's exposure to violence is still remarkably high. This situation shows that education alone is not enough to reduce the rate of violence, that perceptions and perspectives towards women should also be improved, and that prejudices arising from gender inequality should be eliminated.

The fact that violence against women is not limited to physical violence according to national and international legislation, but can also occur sexually, economically or psychologically is stated. In this context, violence against women is generally categorized as physical, sexual, economic and psychological violence (General Directorate of Women's Status, 2016:4).





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Violence against women, which is often grouped physically, sexually, economically and psychologically, is the type of violence that women are more exposed to. This type of violence covers behaviors that target a woman's body and cause bodily harm. In the type of sexual violence, behaviors involving the inclusion of women in sexual activities by force and coercion are found. The results of the HUNEE survey conducted in Turkey in 2014 show that exposure to physical and sexual violence together is common, that 36% of women in Turkey have experienced physical violence, 12% have experienced sexual violence, and that 38% of women have seen at least one of the two forms of violence, mostly sexual and physical violence together (HUNEE,2015:83). Economic violence, prevents the economic independence of women and involves forcibly taking away their earnings. Finally, psychological violence is defined as the humiliation of the woman in public or the exposure to behaviors that will cause her to feel worthless and to damage her self-esteem.

Violence against women, which has become a social problem, not only has negative effects on the physical and mental health of the woman, but also prepares the ground for the weakening of interpersonal communication and the distancing of women from society. The self-esteem of the woman who is subjected to violence decreases and reaches the point of disconnection from social life.

#### 4.4. Socio-Cultural Factors

Gender inequality caused by social beliefs and judgments has an impact on women's lives, starting from the period before birth and until the end of their lives. One of the most important problems arising from gender inequality is that it brings with it a system in which women are in the background, in a passive position and, accordingly, devalued.

As a result of leaving women in a passive situation, there are situations such as making important decisions about their own lives under the shadow of individuals and cultural judgments other than themselves, and this situation brings problems such as their marriage at an early age or unconsciously. In a study conducted by Kahraman (2010), it was concluded that 72% of women were married by arranged.

Social norms regarding responsibility sharing state that many women have very heavy workloads, along with domestic tasks, pregnancy and childbirth (Doyal,2001:1061). As a result of this situation, an environment in which women are restricted from going out too much, deprived of activities aimed at self-improvement and allowed to be active only in matters concerning the home and family has a negative effect on the woman. This situation causes women to leave problems related to their health in the background and to shape their lives according to the wishes and needs of other individuals in the family.

#### 5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Women have been subjected to all forms of gender inequality and discrimination in every period from the past to the present. Compared to men, they were left with lower status and less valuable status. Although many studies have been carried out on the subject over the years, equality has not yet been achieved at the desired level. While gender inequality is a concept that negatively affects men and women in many areas of their lives, it is seen that women are more affected. Many important decisions that shape the turning points of her life, including the right to education, marriage decision and participation in business life, are overshadowed by gender inequality in the childhood, youth and adult stages of her life starting from birth.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

The norms and rules that are deemed appropriate for women by society and are expected to be followed throughout their lives limit women's lives, leave them far from the areas where they can improve and cause them not to use their potential adequately. Due to the inequalities experienced by women, problems such as improper marriages at an early age and inability to be sufficiently active in the job market due to low level of education affect the health of women both physically and psychologically. The elimination of gender inequality, which is one of the barriers to women's health, is seen as a social issue, not just an individual issue, since it will not be possible for an unhealthy woman to start a healthy family or raise healthy individuals physically, mentally and psychologically.

The attitudes faced by women in working life, which is one of the areas most affected by the inequalities experienced by women, significantly affects women's economic activities. Considering that married women expect the most support from their spouses in this regard, it is a fact that having a spouse who supports her in participating in working life will positively affect the woman both mentally and economically. The fact that the spouses show the necessary support to each other in this regard is largely related to having a positive view of each other's participation in working life, and this is largely related to the level of education. In Çıtak's (2008) study, it was stated that as the education level of the spouses of married women and men participants increased, their attitudes towards working women also increased in a positive way.

Eliminating gender inequality, which has been fed by the ideas and beliefs that have been molded over the years, does not seem possible, as cultural changes cannot be radical and will take many years, but it is possible to reduce the effect of this concept with changes that can be made in the field of education or in policies. The most important thing that can be done to create awareness about gender is to create public awareness and to organize studies to prevent unequal practices that are made with or without awareness. Considering that the living spaces of individuals are very effective in the emergence of gender-oriented ideas, it may be suggested to work towards informing the individuals in rural settlements at a sufficient level about gender. In schools, it may be an important step to add studies and subjects to the curriculum that include the necessary emphasis on equality and respect for individuals other than their own gender from the first years of their education. In addition, awareness-raising trainings can be organized by health institutions on activities to improve women's health. Providing women with equal opportunities in all areas, especially in education, can be considered a good start for these changes. Subsequently, by updating the laws and policies regarding inequality, it is possible for women to participate in economic life and to work in high-status jobs.

### 6. REFERENCES

- Akın, A. (2007). Gender Discrimination and Health. *Journal of Community Medicine*, 26(2), 1-9.
- Akkaş, İ. (2020). An Evaluation of Gender Perception: The Example of Erzincan. *World Journal of Multidisciplinary Research*, 1, 55-72.
- Akkaş, İ. & Uyanık, Z. (2016). Violence Against Women. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli University Journal of Social Sciences Institute*, 6(1), 32-42.
- Altıparmak, S. & Eser, V. (2007). Quality of Life In Married Women Aged 15-49. *Family and Community. Journal of Education, Culture and Research*, 3 (11), 29-33
- Anastasia, K., Julia, K., Elena, K. & Eldar, S. (2013). Discrimination and Inequality in the Labor Market. *Procedia Economics and Finance*, 5, 386– 392.
- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, Vol: 53, 27-51.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Atalay,E. & Dinç,A. (2020). Gender and Women's Health, (Ed.H.Demir and N.Duran), *Current Research In Health Sciences*, Press 1, Cetinje-Karadağ: Stamparija Ivpe.

Banu,A.(2016). *Human development, disparity and vulnerability: women in South Asia*. Available from: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/latest\\_edited\\_banu\\_template\\_gl\\_1\\_august.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/latest_edited_banu_template_gl_1_august.pdf) [Last accessed on 03.03.2021].

Beach,B.J. (1993). *The Impact of Body Focus on Body Image,Mood,and Self-Esteem: The Role of Overconcern*.Thesis of Doctor, Simon Fraser University, Canada.

Best,D.L.(2003). Gender Stereotypes, (Ed. C.R. Ember and M.Ember), *Encyclopedia of Sex and Gender: Men and Women in the World's Cultures*, New York:Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Bordoloi, R. (2017). *Human Development and Gender Inequality Index, with Special Reference to Assam*. Available from: [http://www.kkhsou.in/web/student\\_corner/workingpapers/2017/Main03.pdf](http://www.kkhsou.in/web/student_corner/workingpapers/2017/Main03.pdf) [ Last accessed on 01.03.2021].

Broughton,D.E., Brannigan,R.E. & Omurtag,K.R. (2017). Sex and Gender: You Should Know the Difference. *Fertility and Sterility*, 107(6),1294-1295.

Çelik, Ö. (2008). *Adoption of Gender and Gender Roles in the Context of the Patriarchal System*. Master's Thesis, Gazi University Institute of Social Sciences. Ankara.

Çıtak, A. (2008). *Attitude towards Women's Work: A Comparison According to Gender, Gender Role and Socioeconomic Level*. Master Thesis, Ankara University Institute of Social Sciences. Ankara.

Demirbilek, S. (2007). Sociological Study of Gender Discrimination. *Journal of Finance, Political and Economic Commentary*, 44(511), 12-27.

Demirel, P. (2009). *Examining Gender Stereotypes in Students Whose Mothers Are Working and Not Working on the Basis of Competence and Affection perception*. Master's Thesis, Hacettepe University Institute of Social Sciences, Ankara.

Doyal, L.(2001). Sex, Gender, and Health: The Need for A New Approach. *BMJ*,323(7320),1061-1063.

Dökmen, Z.Y. (2015). *Gender: Social Psychological Explanations*. Press 6. İstanbul: Remzi Bookstore.

Flynn,S.I. (2011). *Family Gender Roles*. Available from: <https://xyonline.net/sites/xyonline.net/files/2020-01/Salem%20Press%2C%20Gender%20Roles%20%26%20Equality%20%282011%29.pdf> [Last accessed on 01.03.2021].

Gender Equality Policy and Strategy, (2016). *Gender equality policy and strategy 2016-2020*. Available from: <https://www.globalpartnership.org/sites/default/files/2016-06-gpe-gender-equality-policy-strategy.pdf> [ Last accessed on 08.03.2021].

Günler, O.E. (2017). *Health and Disease in the Context of Gender: A Study of Health Sociology (An Example of Karaman)*. PhD Thesis, Selçuk University, Institute of Social Sciences, Konya.

Gürsoy, E. (2017). Limiting Power of Perception of Dignity regarding Women on Women's Health (Ed. D. Altun and H. Toker ), *Gender: Approaches from Different Disciplines*, Press 1.Ankara: Nika Publisher.

Hacettepe University Institute of Population Studies (HUNEE). (2015). *Domestic violence against women in Turkey*. Ankara: Apple Technical Edition.

Hacettepe University Institute of Population Studies. Population and Health Survey of Turkey (TNSA). (2018). Available from:[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf) [Last accessed on 06.03.2021].

General Directorate of Women's Status (2016). *National Action Plan against Violence Against Women (2016-2020)*.Available from: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/kadina-yonelik->



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

[siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf](#) [ Last accessed on 06.02.2021].

- Kaeuper,R.W.(1999). *Chivalry and Violence in Medieval Europe*. New York: Oxford University Press.
- Kahraman, S.D. (2010). Determining The Opinions of Women On Gender Inequality. *Dokuz Eylül University Electronic Journal of School of Nursing*, 3 (1), 30-35.
- Khatri,R.B & Pandey,B.K. (2013).Causes of Violence Against Women: A Qualitative Study at Bardiya District. *Health Prospect:Journal of Public Health*,12(1),10-14.
- Khoreva,V. (2012) *Gender Inequality, Gender Pay Gap, and Pay Inequity: Perceptions and Reactions in Finnish Society and Workplaces*. Helsinki: Publications of Hanken School of Economics.
- Klasen, S. (2000). *Does Gender Inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions*. Available from:[https://epub.ub.uni-muenchen.de/1602/1/paper\\_212.pdf](https://epub.ub.uni-muenchen.de/1602/1/paper_212.pdf) [Last accessed on 20.02.2021].
- Kronenfeld, J. J. (2006), Gender and Health Status, (Ed. J. S. Chafetz), *Handbook of Sociology of Gender*, New York: Springer Press.
- Mikkola,A. & Miles, C.A. (2007). Development and Gender Equality: Consequences, Causes, Challenges and Cures. *Helsinki Center of Economic Research*,159,1-60.
- Oğuz, G.Y. (2005). Presentation of Thinness and Body Image of Women on Television as a Beauty Myth. *Journal of Selcuk Communication*,4(1),31-37.
- Oktay, E.Y.(2015). The Common Problem of Turkey and the world:Violence Against Women. *Journal of Academic Studies*,16(64),57-118.
- Özvarış, Ş.B. (2015). Gender, Working Life and Women's Health. *Turkish Journal of Occupational Health and Safety*, 15(56),37-43.
- Ridgeway,C.L. (2011).*Framed By Gender:How Gender Inequality Persists in the Modern World*. New York: Oxford University Press.
- Sezgin, D. (2015). Health and Medicalization In Gender Perspective. *Journal of Sociological Research*,18(1), 153-186.
- Sharma, R. (2013). The Family and Family Structure Classification Redefined For The Current Times. *Journal of Family Medicine and Primary Care*,2(4),306-310.
- Şahbaz,Y.D. (2020). *Investigation Into Press Language Regarding News of Violent Against Women In Turkey of: An Analysis on Hürriyet, Sabah, Sözcü*. Master's Thesis, Erciyes University, Social Sciences Institute, Kayseri.
- Thangeda,A., Baratiseng,B. & Mompati,T. (2016). Education for Sustainability: Quality Education Is A Necessity in Modern Day. How Far Do the Educational Institutions Facilitate Quality Education?. *Journal of Education and Practice*,7(2),9-17.
- Turkish Statistical Institute (TUIK). (2019). *Statistics by Subjects*. Available from: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist> [Last accessed on 20.02.2021].
- Uguz, S. Ç. & Topbaş, F. (2014). *Gender and Women Laborforce: A Descriptive Approach To Tourism Sector*. *The Journal of Academic Social Science*,,2(7), 487-509.
- Verbrugge, L.M. (1985). Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

World Health Organization (WHO). (1978). *Health and The Family: Studies on The Demography of Family Life Cycles and Their Health Implications*. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40336/16937\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40336/16937_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Last accessed on 01.03.2021].

World Health Organization (WHO). (2002). *World Report on Violence and Health*. Available from: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1) [Last accessed on 03.03.2021].

World Health Organization (WHO). (2005). *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Available from: [https://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summary\\_report\\_English2.pdf](https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf) [Last accessed on 24.02.2021].

World Health Organization (WHO). (2010). *Gender, Women and Primary Health Care Renewal*. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44430/9789241564038\\_eng.pdf;jsessionid=F5CCB1C6B3017092E9F9B3F1BA19B96F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44430/9789241564038_eng.pdf;jsessionid=F5CCB1C6B3017092E9F9B3F1BA19B96F?sequence=1) [Last accessed on 20.02.2021].

World Health Organization (WHO). (2014). *Basic Documents, Forty-eighth Edition*. Geneva: World Health Organization Press. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf> [Last accessed on 10.02.2021].



## A RESEARCH ON DETERMINATION OF MID-LEVEL HOSPITAL MANAGERS' COMPETENCE TYPES BY AHP METHOD

**Doç. Dr. Vahit YİĞİT**

Süleyman Demirel Üniversitesi, vahityigit@sdu.edu.tr, 0000-0002-9805-8504

**Arş. Gör. Dr. Seyhan ÖZDEMİR**

Süleyman Demirel Üniversitesi, seyhanozdemir@sdu.edu.tr, 0000-0002-3530-6689

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (01.03.2021-02.04.2021)

### **Abstract**

The purpose of this study is to determine which managerial competencies are more important in middle level hospital management. In the study, the Analytic Hierarchy Process (AHP) method was used to determine that the first and second level competence types are more important. In the determination of the criteria in the study, the competencies included in the NCHL Health Leadership Competency Model 3.0 were used. In this context, 7 main criteria and 28 sub-criteria were determined for mid-level competency types. The data were obtained using the AHP interview form. As a result of the research, it was determined that the most important competencies of a hospital managers are human resources management, financial skills, analytical thinking, change leadership and communication skills. Hospital managers must have the necessary competencies in order for the organizations of health institutions to achieve their goals and objectives. It is thought that success in hospital management is possible not only with management functions. but also, through the execution of all the competencies specified in HCLM 3.0.

**Key Words:** Hospital Manager, Competence, AHP Method

## INTRODUCTION

Healthcare organizations must constantly strive to innovate and change in order to remain active and up-to-date in a dynamic and competitive world. Without innovation and change, organizations are vulnerable to decline and failure (Rahman et al., 2014, p. 91). Healthcare organizations are a rapidly growing industry with an increasing need for highly skilled and competent managers (Porter et al., 2016, p. 355). According to Gulick (1935), management functions are planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, and budgeting. Managers should perform these functions effectively. However, healthcare managers must have a different set of management skills and competencies. Managers need to have a number of competencies that will enable them to perform these management functions effectively and efficiently (Pillay, 2008, p. 2).

Mid-level managers are responsible for transforming the general goals and plans developed by senior managers into activities, and supervising and coordinating the activities of lower-level managers. In other words, they are responsible for fulfilling all strategies and policies determined by senior managers (Draft, 1994, p.17). Managers work in a wide range of areas depending on their own business, organization, and individual abilities. In order to fulfill these tasks, the manager must be a decision-maker, planning, organizing, leadership and motivating, change agent, audience and controller, boundary spanner, information method, and entrepreneur (Hitt et al., 1989, p.17).

Mid-level hospital managers are responsible for a specific part of the organization. The roles of mid-level managers include strategist, designer, communicator, delegator, mentor, liaison, facilitator, leader, innovator, monitor, broker, spokesperson, producer, disseminator, director, negotiator, monitor, disturbance handler, resource allocator, entrepreneur (Guo, 2001, Quinn et al, 2020, Mintzberg, 1973). With these specified roles, skills, and competencies, mid-level managers must be able to develop their organization's mission, support their employees, and successfully navigate the competitive and ever-changing healthcare environment (Guo, 2003). Effective hospital managers need an appropriate knowledge base, experience in the healthcare industry, compatibility with members of the management team, and the personal qualities and behaviors that enable them to do the job. In addition, management education has a key role to play in the learning of these skills (Glass, 1990, p. 24).

Over the past decade, there has been an increasing interest in competency-based performance systems to improve both individual and organizational performance in health professions education and in various health sectors (Calhoun et al., 2008). Hospitals are matrix organizations, and hospital managers require adequate management skills to coordinate services in the hospital (Dadgar et al., 2012).

### Health Leadership Competency Model

Competence is referred to as the knowledge, skills, and abilities required to meet changing business and healthcare organizations (Shewchuk et al., 2005; Stowe, Michael; Haefner, James; Behling, 2010). Managerial competence can be defined as a set of knowledge, skills, behaviors, abilities, and attitudes that contribute to an individual acting in a management position (Rahman et al., 2014, p. 91). According to Spencer and Spencer (1993) competencies in the workplace consist of six components:

1. The ability to be successful, to take initiative, and to seek information.
2. Interpersonal understanding, competence to help.
3. The ability to build relationships and create incentives in organizations.
4. Management competence to work as a team and in collaboration with others.

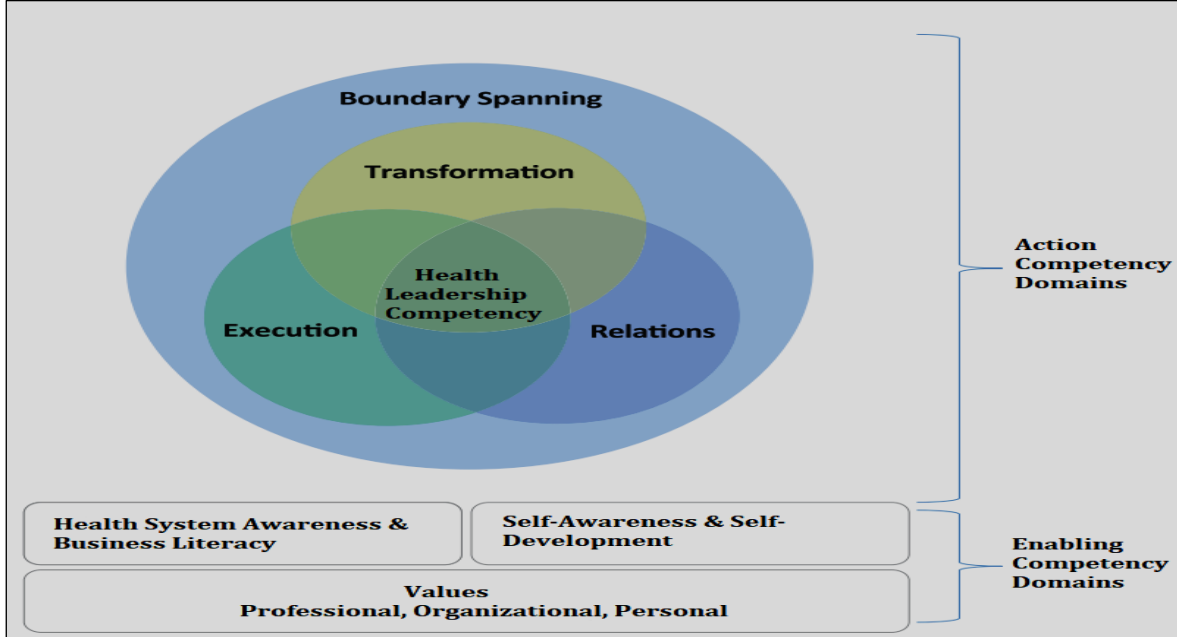
5. Cognitive competence that reflects the analytical and conceptual thinking ability of managers.
6. Personnel efficiency competence such as self-control, self-confidence, flexibility, and organizational commitment.

Competence models are widely used in most organizations today. It provides a competitive advantage to organizations and contributes significantly to the development of human resources. For the first time, interest in competence management has grown since David Mc Clelland wrote his groundbreaking article in 1973 (Vazirani, 2010, p. 121). Human resources managers can have a major impact on the globalization of businesses by adopting a systematic approach to structuring a global leadership competence model (Morrison, 2000, p. 117). There has been an increasing interest in competency-based performance systems to improve both individual and organizational performance in health professions education and in various health sector sectors (Calhoun et al., 2008, pp. 375–376). The competencies are to summarize the experiences and insights of experienced leaders, identify a set of useful leader behaviors, provide a tool that individuals can use to improve themselves (Hollenbeck et al., 2006, p. 398). In terms of developing current and future managers, competence models are particularly useful for identifying areas where further development can generate the greatest relative return (Garman & Scribner, 2011, p. 381).

The National Center for Healthcare Leadership competency model was developed as a benchmark model of core competencies for the health profession (Calhoun et al., 2002). The current version of the Health Leadership Competency Model (HLCM), version 3.0, is graphically displayed in the Venn diagram in Figure 1. The model is organized around four "action" areas and three "enabling" areas. The areas of "action" are "execution, relationships, transformation, and boundary spanning", which includes competencies related to the direct work of leaders at work. The "enabling" areas include core professional knowledge and self-awareness competencies that strengthen the effectiveness of the "action" areas. These include "health system awareness and business literacy, self-awareness and self-development and values". These areas include 28 competencies that represent the leader in preparation and development to lead effectively in their health organizations (Health Leadership Competency Model 3.0., 2018).



**Figure 1.** Health Leadership Competency Model 3.0



**Source:** Health Leadership Competency Model 3.0., 2018; Calhoun et al., 2008, p. 378

HLCM version 3.0 is a very useful tool for management candidates who are looking for a successful career in health management, training programs that help them, and health organizations that identify and develop an effective staff in this field. The model has been developed by paying attention to psychometric principles. Considerable efforts have been made to identify competencies for the health sector. HLCM, can be used in hospital management postgraduate education, nurse-team leadership, health institution management, and various executive training programs (Calhoun et al., 2008, p. 387).

There is a need for management competencies of hospital managers at various levels in hospital organizations (Pihlainen, 2016; Lin et al., 2005). However, although clinically competent, chief physicians' management and leadership competencies are often lacking (Dickinson et al., 2013; Kuhlman & von Knorring, 2014). According to Grossman (2007), management skills are as important as patient care and treatment skills in hospitals. Therefore, comprehensive competence-based training should be used to train and develop managers in hospitals (Liang et al., 2018; Lin et al., 2005; Sutto et al., 2008). However, according to Mintzberg (2004), manager development occurs abundantly through experience and practice, which refers to learning by doing management work.

## MATERIALS AND METHODS

In this study, the Analytic Hierarchy Process (AHP) method was used to determine which competence types are more important. The AHP method and research methodology are briefly described below.

AHP is a method developed by Thomas L. Saaty for the solution of problems in complex and economic social and technical fields (Saaty, 1987). The AHP method, which is widely used and

reliable in decision making in health services, is an objective and scientific method in determining the importance of sub-factors.

AHP is a kind of multi-criteria decision-maker technique. In multi-criteria decision making, AHP is often used to deal with several evaluation criteria and a decision-making problem in an uncertain situation. AHP systematizes a complex problem by determining the factors that require priority (Saaty, 1990; Saaty and Vargas,1980). Faced with a problem, the decision maker will first set an overall goal and then develop the lowest level criteria, sub-criteria, and criteria. After this step, a binary comparison is made on a scale from 1 to 9, and then calculated as the weighted values of the criteria, and finally, the overall priority vector is determined. With this scale, the importance of one criterion compared to another is determined. In the scale, the equal value is 1, the highest value is 9, and the lowest value is 1/9 (Saaty, 1990, p. 9; Saaty, 2001, p. 397).

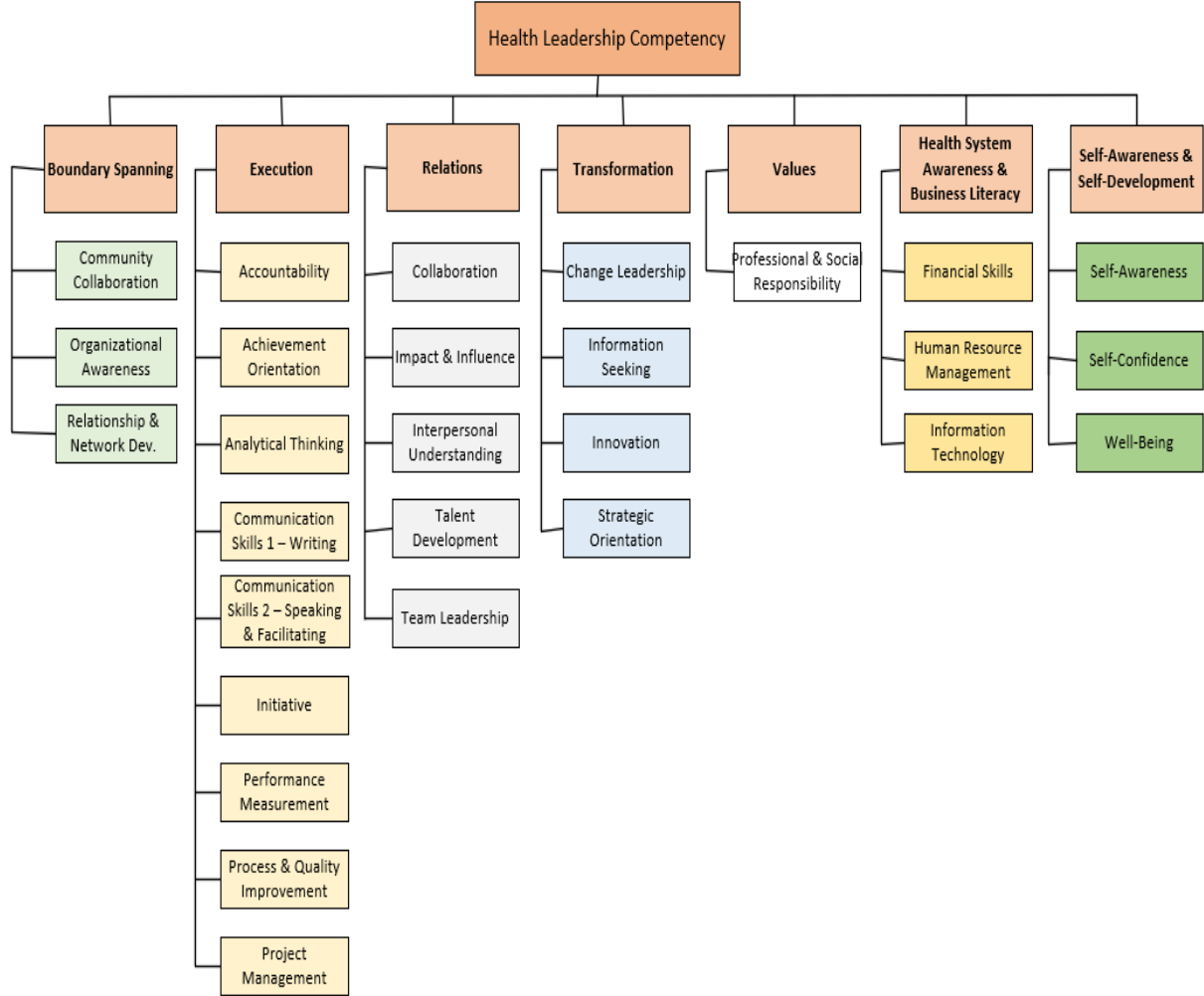
The research data were obtained using the AHP interview form. The research was conducted on 10 public and private hospital managers. This study, which was carried out to determine which managerial competencies are more important for a hospital manager. AHP implementation steps are given below (Çelikkbilek, 2018, p. 44; Ömürbek and Şimşek 2014, p. 309; Saaty, 1990, p.14; Saaty, 2001, p.397);

- Determining the purpose, criteria, decision alternatives, and creating a hierarchy.
- Pair comparisons of criteria,
- Pair comparisons of alternatives for each criterion.
- Creation of normalized binary comparison matrices
- Determining criterion weights and determining alternative scores according to that criterion
- Testing for consistency.
- Creating AHP scores

Briefly, an AHP process consists of three steps: creating the hierarchy, determining the pairwise comparison and superiority, and calculating the consistency. Microsoft Excel 2016 was used for the calculations of the steps of the AHP method. AHP method was used to determine the importance of the criteria in the study.

In this study, after determining the purpose of the AHP method, a hierarchical structure in Figure 2 was created for this purpose. NCHL Health Leadership Competency Model was used to determine the criteria in the study. In this context, 7 main criteria and 28 sub-criteria were determined for the competency types of hospital managers (Figure 2). Competence in this study signifies knowledge, skills, abilities, and attitudes that are necessary for managerial levels and tasks in hospitals.

Figure 2. Hierarchy Structure



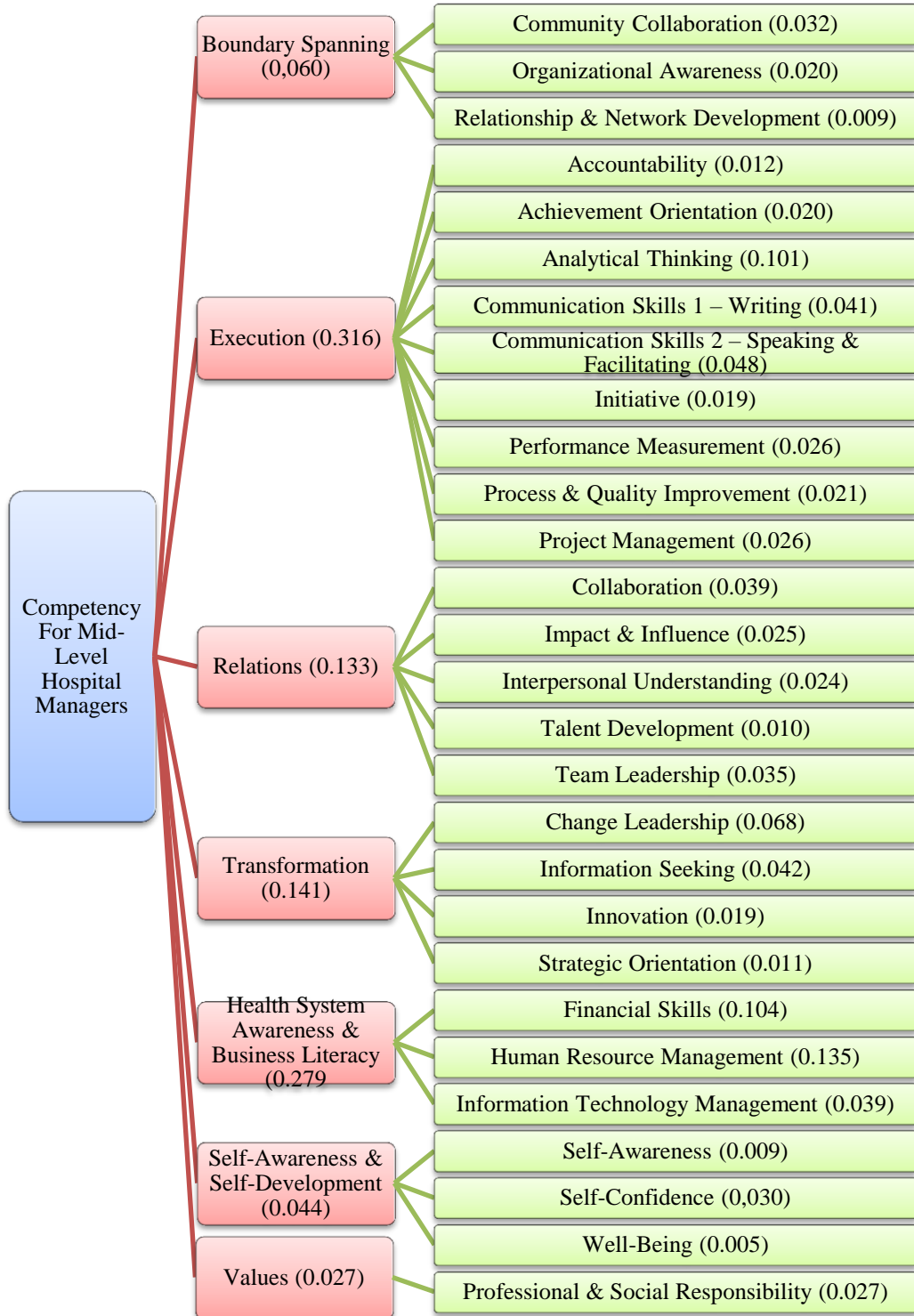
## RESULTS

This study was conducted to determine the first and second level competency types of mid-level hospital managers. Hospital manager competencies were determined at two levels with the AHP method. The first level consists of seven evaluation criteria: boundary spanning, execution, relations, transformation, health system awareness & business literacy, self-awareness & self-development, values, and the second level has 28 evaluation criteria. After the hierarchical structure was determined, paired comparisons and consistency analysis were made for the main and sub-criteria. After the normalization process of the main and sub-criteria and the calculation of the consistency rates, the relative importance weights of each criterion were calculated as shown in Table 1. In this study, the expert selection was used for AHP analysis, and the inconsistency index was taken as the standard. This value was accepted to be less than 0.1. The overall discrepancy in this study was 0.06, indicating that the consistency was acceptable. The results are shown in Table 1 and Figure 3.

**Table 1.** First and Second Competency Domains for Mid-Level Hospital Managers

The Action (1) and Enabling (2) Competency			Competencies				
First Domains	Weight	Rank	Second Domains Indicator	Weight	Relative Weight	Rank	
A C T I O N	Boundary Spanning	5	Community Collaboration	0.525	0.032	11	
			Organizational Awareness	0.334	0.020	20	
			Relationship & Network Development	0.142	0.009	27	
	Execution	0.316	2	Accountability	0.038	0.012	23
				Achievement Orientation	0.065	0.020	19
				Analytical Thinking	0.321	0.101	3
				Communication Skills 1 – Writing	0.131	0.041	7
				Communication Skills 2 – Speaking & Facilitating	0.153	0.048	5
				Initiative	0.060	0.019	22
				Performance Measurement	0.082	0.026	15
				Process & Quality Improvement	0.068	0.021	18
				Project Management	0.083	0.026	14
				Collaboration	0.291	0.039	9
				Impact & Influence	0.189	0.025	16
				Relations	0.133		Interpersonal Understanding
				Talent Development	0.079	0.010	25
				Team Leadership	0.262	0.035	10
	Transformation	0.141	5	Change Leadership	0.485	0.068	4
Information Seeking				0.298	0.042	6	
Innovation				0.138	0.019	21	
Strategic Orientation				0.079	0.011	24	
E N A B L I N G	Values	0.027	7	Professional & Social Responsibility	1.000	0.027	13
	Health System Awareness & Business Literacy	0.279	1	Financial Skills	0.373	0.104	2
				Human Resource Management	0.486	0.135	1
				Information Technology Management	0.141	0.039	8
	Self-Awareness & Self-Development	0.044	5	Self-Awareness	0.201	0.009	26
				Self-Confidence	0.681	0.030	12
Well-Being				0.118	0.005	28	
				1.000		1.000	

**Figure 3.** Competency Domains for Middle Hospital Managers



### First Level Competencies

The first level competencies that middle-level managers should have in hospitals are shown in Figure 4 in the pie chart. Accordingly, it was determined that boundary spanning (6%), execution (32%), relations (13%), transformation (4%), health system awareness & business literacy (28%), self-awareness & self-development (4%) and values (3%).

The most important competence of a hospital manager has been identified as an executive. Execution is a concept that expresses transforming vision and strategy into actions that support optimum corporate performance.

The second important competence of a hospital manager is determined as health system awareness & business literacy. This competence refers to understanding technical issues such as human resources, finance, law, policy, information systems related to the fields of activity, as well as the current business and operating frameworks of the health system.

The third important competence of a hospital manager has been identified as transformation. Transformation refers to determining and strictly implementing compelling and inclusive change processes to support the improvement of healthcare quality, efficiency, and access in hospitals.

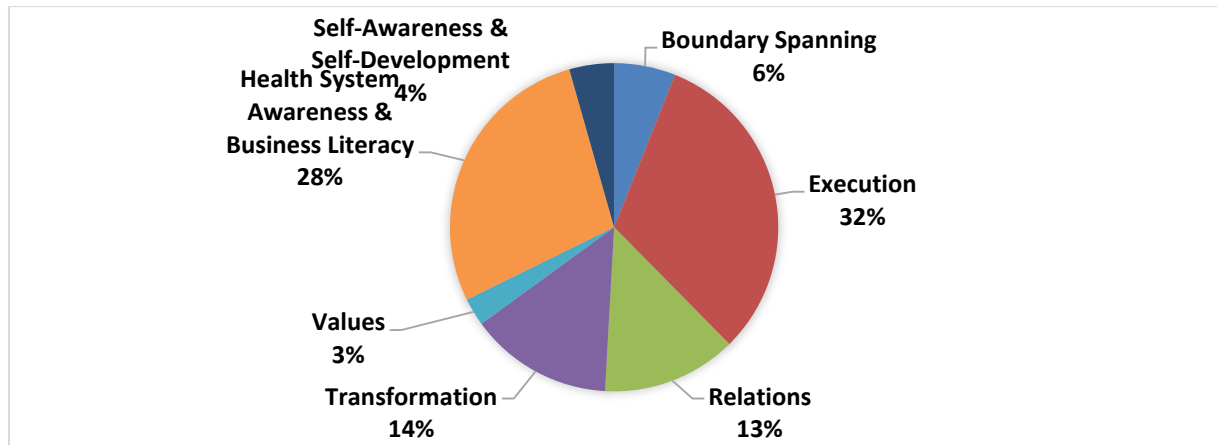
The fourth important competence of a hospital manager has been identified as relations. Relations refers to leading the way in creating a perfect organizational climate that values employees, provides a working environment with high job and life satisfaction, and encourages the development of employees.

The fifth important competence that a hospital manager should have has been identified as boundary spanning. This competence explains the development in good relations with the units where a hospital manager is assigned with Social Security Institution, Ministry of Finance, Ministry of Health, supplier companies, and other stakeholders.

The sixth important competence that a hospital manager should have is self-awareness & self-development. This competence refers to a hospital administrator's self-knowledge, strengths and weaknesses, high self-confidence, and high social well-being.

Finally, the seventh competence that a hospital manager should have has been determined as values. This last competence explains understanding personal, professional, and organizational values to guide effective decision making.

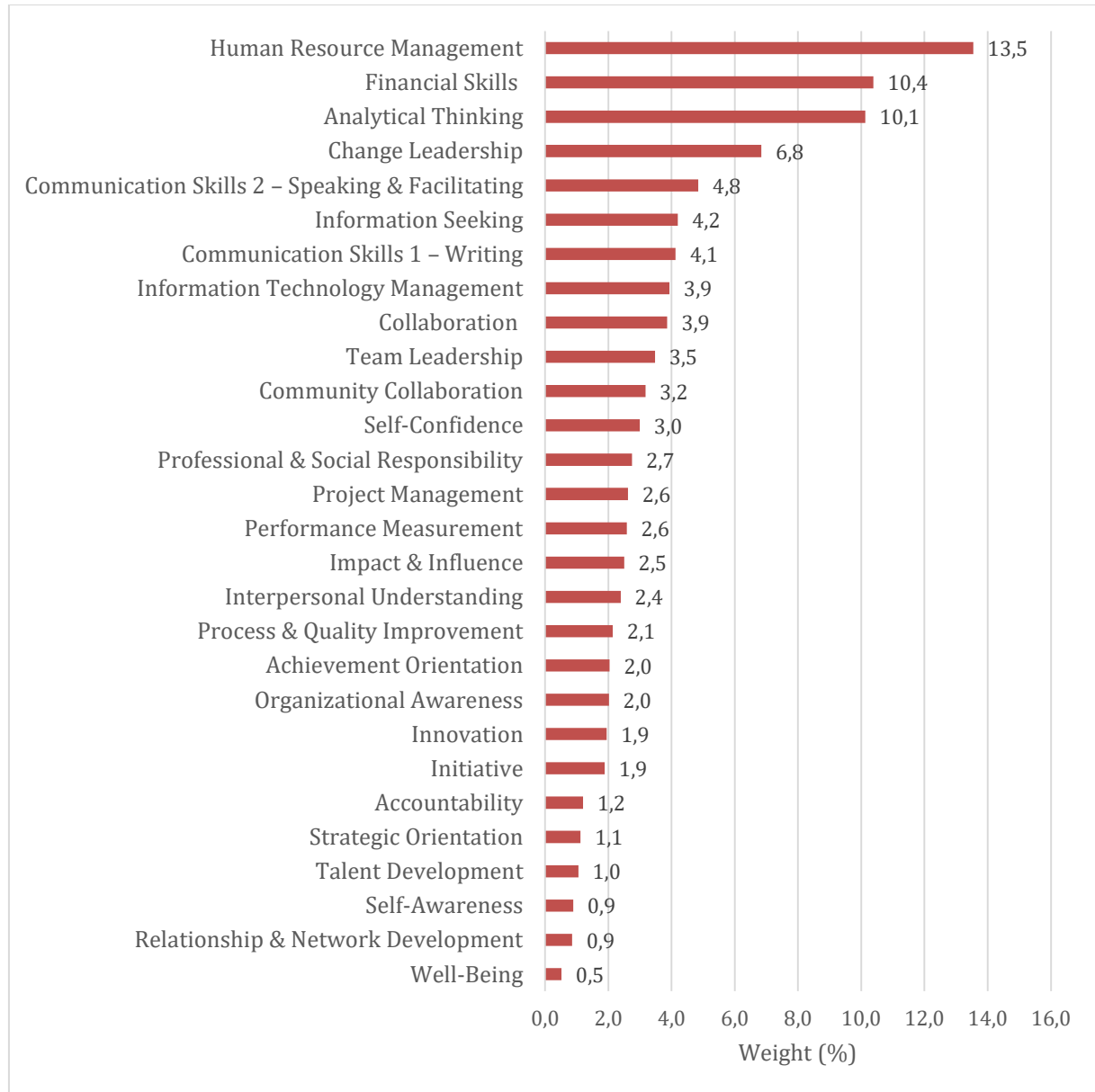
**Figure 4.** First level competencies for mid-level managers in hospitals



## Second Level Competencies

The second-level competencies that middle-level managers in hospitals should have been shown in Figure 5. Accordingly, the most important competence of middle-level managers is human resources management (13.5%). Since hospitals are a service business, human resources are among the most important management activities. Approximately half of hospitals budgets are personnel expenses. For this reason, human resources must be managed effectively in a hospital enterprise. Hospital managers must have the competence to develop and empower staff, staff planning, to master legal and regulatory legislation, performance-based additional payment, and to optimize the performance of the workforce.

**Figure 5.** Second level competencies for mid-level managers in hospitals



In this research, it was determined that financial skill (10.4 %) is the second most important competence of hospital management. Hospitals are high budget businesses and their costs are quite high. Hospital managers at all levels have a financial aspect in their decision making. In this case, hospital managers must have very good financial skills. Therefore, a hospital manager must have the ability to understand and explain financial and accounting information, prepare and manage budgets, and make long-term investment decisions.

It has been determined that the third most important competence of hospital management is the ability of analytical thinking (10.1%). Hospital organizations have a matrix organization structure. Therefore, hospital managers need to solve complex problems with analytical thinking skills. In this context, it is necessary to find a solution by breaking down a problem step by step or monitoring its effects. In this context, in the solution of a problem; It is necessary to determine priorities on a rational basis, to analyze causal relationships, and to analyze problems in a systematic framework.

It has been found that a hospital manager must also have the ability to community collaboration (3.2%) in order to align the hospital's priorities with the needs and values of the community, including its culture and values. The hospital manager should have organizational awareness competence (2.0%), which expresses the ability to understand and learn the formal and informal decision-making structures and power relations of the hospital. In addition, hospital managers should have the ability to establish and maintain professional connections by creating networks with hospital managers of similar structures with the competence of relationship & network development (0.9%).

One of the competencies of a hospital manager is to transform corporate vision and strategy into actions that support corporate performance. In this context, execution competence has been determined as follows; accountability, (1.2%), achievement orientation (2.0 %), communication skills 1-writing (4.15), communication skills 2 - speaking and facilitation (4.8%), initiative (1.95), performance measurement (2.6%), process and quality, improvement (82.1%) "and project management (2.6%).

The relations competence of a hospital manager is expressed as creating a positive culture in the organization that values the employees, provides a healthy and energizing environment for the employees and enables everyone to continue their work. In this context, the results of the hospital manager relations competence are given in figure 4. The priority weights of the competencies are determined as: collaboration (3.9%), impact & influence (2.5%), interpersonal understanding (2.4%), talent development (1.0%), team leadership (3.5%).

In the research, other competencies of hospital managers were weighted as follows; change leadership (6.8%), information seeking (4.2%), innovation (1.9%), strategic orientation (1.1%), professional & social responsibility (2.7%), information technology management (3.9%), self-awareness (0.9 %), self-confidence (3.0 %), well-being (0.5 %).

## DISCUSSION

The most important task of hospital managers is to manage resources effectively and efficiently. As a result of this research, it was determined that hospital managers should have the knowledge and skills to manage these resources among their basic competencies. In this context, the results of similar studies in the literature are discussed below.



In a study conducted in Iran, hospital performance evaluation criteria were determined from the manager's point of view. As a result of the research, they were classified into 7 main and 41 sub-themes. Major themes include planning, organization and personnel management, performance management, leadership, knowledge management and competency in clinical governance and performance indicators (Dadgar et al., 2012, p. 223). In a study conducted to determine the managerial competencies of hospital managers in South Africa, they reported that public hospital managers felt the most competent in planning, self-management and leadership, legal/ethical competence, and the least competent in terms of private health care competencies. Private hospital managers stated that they are the most competent in planning, organizing, leadership, self-management, and control, and the least competent in legal/ethical and private health care competencies (Pillay, 2008, p. 1).

A study was conducted to determine managerial competence levels for state hospital managers in Vietnam. Key leadership and managerial competencies for hospital managers include policy development and implementation, strategy development and direction, planning, human resource management, financial management, equipment and infrastructure management, information management, risk and disaster management, self-management, quality management, investigation, surveillance, monitoring and evaluation, and ethical knowledge. These are the necessary competencies for hospital managers to fulfill their duties effectively (Van Tuong & Duc Thanh, 2017, pp. 418–427). The qualification category in healthcare is divided into four subcategories: social, organizational, commercial, and financial competence. Social competence includes knowledge and understanding of the laws, roles, and different functions of political, social, and legislative systems. Characterized by varying degrees of rigor and scope in the organization, the level of a manager or leader determines whether any of these systems are part of managerial operations (Pihlainen et al., 2016, p. 99).

The competencies that hospital managers should have been investigated in a multi-study. In a study conducted in Lebanon, the top five skills hospital managers should have; professionalism, ethics, quality management and improvement, strategic planning, and communication (Jaana et al., 2018, p. 885).

## CONCLUSION

As a result of the research, the most important competence of a hospital manager has been identified as an executive, health system awareness & business literacy, transformation, relations, boundary spanning, self-awareness & self-development, and values. The most important competencies of middle-level managers are human resources management, financial skill, the ability of analytical thinking, the ability to community collaboration, organizational awareness, and relationship & network development. As a result, it was determined that the most important competencies of a hospital manager are human resources management, financial skills, analytical thinking, change leadership, and communication skills.

Hospital managers must have the necessary competencies in order for the organizations of health institutions to achieve their goals and objectives. It is thought that success in hospital management is possible not only with management functions, but also through the execution of all the competencies specified in HCLM 3.0. Therefore, managers should receive hospital management training, courses and seminars, and continuous training should be provided. In addition, trainings should be given to gain the HCLM 3.0 application to the fourth-grade students in health management.

## REFERENCES

- Calhoun. J. G., Davidson. P. L., Sinioris. M. E., Vincent. E. T., & Griffith. J. R. (2002). Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management. *Quality Management in Health Care*. 11(1). 14–38.
- Calhoun. J. G., Dollett. L., Sinioris. M. E., Wainio. J. A., Butler. P. W., Griffith. J. R., Patullo. A., & Warden. G. L. (2008). Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. *Journal of Healthcare Management*. 53(6). 375–389.
- Calhoun. J. G., Vincent. E. T., Baker. G. R., Butler. P. W., Sinioris. M. E., & Chen. S. L. (2004). Competency identification and modeling in healthcare leadership. *The Journal of Health Administration Education*.
- Çelikbilek. Y. (2018). *Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri Açıklamalı ve Karşılaştırmalı Sağlık Bilimleri Uygulamaları İle* (M. Özdemir (ed.); 1. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dadgar. E., Janati. A., Tabrizi. J. S., Asghari-Jafarabadi. M., & Barati. O. (2012). Iranian Expert Opinion about Necessary Criteria for Hospitals Management Performance Assessments. *Health Promotion Perspectives*. 2(2). 223–230.
- Dickinson. H., Ham. C., Snelling. I., & Spurgeon. P. (2013). Medical leadership arrangements in English healthcare organization's: Findings from a national survey and case studies of NHS trusts. *Health Services Management Research*. 26(4). 119-125.
- Draft. Richard L. (1994). *Management*. 3th Edition. Orlando: The Drydan Press.
- Garman. A., & Scribner. L. (2011). Leading for quality in healthcare: Development and validation of a competency model. *Journal of Healthcare Management*. 56(6). 372–382.
- Glass. P. (1990). Skills Required for Effective Performance by Hospital Managers. *Asia Pacific Journal of Human Resources*. 28(1). 24–40.
- Grossman. S. (2007). Assisting critical care nurses in acquiring leadership skills: Development of a leadership and management competency checklist. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 26(2). 57-65.
- Gulick. L. 1935. Saturday afternoon session. In Minutes of the Proceedings of the Conference on Training for the Public Service. Princeton. NJ. June 22–24. L. B. (Director). Ed. Public Administration Clearing House. Chicago. IL. USA.
- Guo. K. L. (2001). Survival of academic medical centers in the managed care environment: the roles of CEOs. *Managed Care Quarterly*. 9(4). 5-8.
- Guo. K. L. (2003). A study of the skills and roles of senior-level health care managers. *Health Care Manager*. 22(2). 152–158.
- Health Leadership Competency Model 3.0. (2018). *Chicago, Illinois: National Center for Healthcare Leadership* (Available at <https://www.nchl.org/>). 01.06.2020
- Hitt. Michael A., R. Dennis Middlemist and Robert L. Mathis. (1989) *Management Concept and Effective Practice*. Third Edition. New York.: West Publishing Company
- Hollenbeck. G. P., McCall. M. W., & Silzer. R. F. (2006). Leadership competency models. *Leadership Quarterly*. 17. 398–413.
- Jaana. M., Majdalani. M., Tamim. H., & Rahbany. R. (2018). Perceived healthcare workforce

- needs in Lebanon: A step towards informed human resources planning and professional development. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 24(9). 855–865.
- Liang. Z., Leggat. S., Howard. P. and Bartram. T. (2018). “Development and validation of health service management competencies”. *Journal of Health Organization and Management*. 32 (2). 57-175.
- Lin. L., Wu. J. and White. L.P. (2005). “Managerial activities and skills of nurse managers: an exploratory study”. *Hospital Topics*. 83 (2). 2-9.
- Mintzberg. H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper-Row.
- Mintzberg. H. (2004). “Managers not MBAs”. *A Hard Look at the Soft Practice of Managing and Management Development*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Morrison. A. J. (2000). Developing a global leadership model. *Human Resource Management*. 39(2). 117–131.
- Ömürbek. N., Şimşek. A. (2014). Analitik Hiyerarşi Süreci Ve Analitik Ağ Süreci Yöntemleri İle Online Alışveriş Site Seçimi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırma Dergisi*. 22. 306–327.
- Pihlainen. V., Kivinen. T., & Lammintakanen. J. (2016). Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services*. 29(1). 95–110.
- Pillay. R. (2008). Managerial competencies of hospital managers in South Africa: A survey of managers in the public and private sectors. *Human Resources for Health*. 6(4). 1–7.
- Porter. J., Haberling. K., & Hohman. C. (2016). Employer Desired Competencies for Undergraduate Health Administration Graduates Entering the Job Market. *Journal of Health Administration Education*. 33(3). 355–375.
- Quinn. R. E., Clair. L. S. S., Faerman. S. R., Thompson. M. P., & McGrath. M. R. (2020). *Becoming a master manager: A competing values approach*. John Wiley & Sons.
- Rahman. N. M. N. A., Abdullah. N. A., Adham. K. A., & Mat. N. (2014). Managerial competencies: Comparing conventional and Islamic perspectives. *Jurnal Pengurusan*. 41. 91–99.
- Saaty. R. W. (1987). The analytic hierarchy process-what it is and how it is used. *Mathematical Modelling*. 9(3–5). 161–176.
- Saaty. T. L. (1990). How to make a decision: the analytic hierarchy process. *European Journal of Operational Research*. 48(1). 9-26.
- Saaty. T. L., & Vargas. L. G. (1980). Hierarchical analysis of behavior in competition: Prediction in chess. *Behavioral Science*. 25(3). 180-191.
- Saaty. T. L. (2001). Deriving the AHP 1-9 scale from first principles. *ISAHP 2001 proceedings*. Bern. Switzerland. 397-402.
- Shewchuk. R. M., O’Connor. S. J., & Fine. D. J. (2005). Building an Understanding of the Competencies Needed for Health Administration Practice. *Journal of Healthcare Management*. 50(1). 32–47.
- Spencer. L.M. & Spencer. S.M. (1993). *Competence at Work*. New York: Wiley
- Stowe. M., Haefner. J., & Behling. R. J. (2010). Required knowledge. skills and abilities from healthcare clinical managers’ perspectives. *Academy of Health Care Management Journal*.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

6(2). 57-74.

- Sutto. N. B., Knoell. M. D., Zucker. K., Finstuen. K., & Mangelsdorff. A. D. (2008). Executive competencies of nurses in the Veterans Health Administration. *Military medicine*. 173(1). 47-53.
- Van Tuong. P., & Duc Thanh. N. (2017). A Leadership and Managerial Competency Framework for Public Hospital Managers in Vietnam. *AIMS Public Health*. 4(4). 418-429.
- Vazirani. N. (2010). Competencies and competency Model-A Brief overview of its development and application. *SIES Journal of Management*. 7(1). 121-131.

## SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN ÖRGÜTSEL SESSİZLİK DÜZEYLERİ: KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

## ORGANIZATIONAL SILENCE OF HEALTH MANAGERS: EXAMPLE OF A PUBLIC HOSPITAL

**Dr. Öğr. Üyesi Şirin ÖZKAN**

Bandırma Onyediy Eylöl Üniversitesi, sozkan@bandirma.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9153-6481

**Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Özgür ÇATAR**

Marmara Üniversitesi, rocatar@marmara.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5768-0914

**Uzm. Dr Hayrettin GÖÇMEN**

İnegöl Devlet Hastanesi, dr\_hayrettin@yahoo.com.au, orcid.org/0000-0001-8265-6860

**Prof. Dr. Nilay GEMLİK**

Marmara Üniversitesi, ngeulik@marmara.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5319-4070

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (13.12.2020-04.04.2021)

### Özet

Sağlık yöneticileri sağlık hizmetleri yönetiminin planlaması, örgütlemesi, yürütmesi, eşgüdümlemesi ve kontrolü fonksiyonlarını yerine getirmekle yükümlüdürler. Bu işlevleri yerine getirirken örgütte eksiksiz ve doğru bilgi akışını, sağlıklı iletişim ortamını, çalışanların kararlara katılımını, motive edilmesini sağlayarak liderlik yapmaları beklenmektedir. Çalışmada, bir kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin örgütsel sessizlik düzeylerinin belirlenmesi ve bazı demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının ortaya koyulması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılan yöneticilerin örgütsel sessizlik ortalama puanı  $2,22\pm 0,74$ , kabullenici ve pasif örgütsel sessizlik ortalama puanları  $2,26\pm 0,84$ , fırsatçı örgütsel sessizlik ortalama puanları  $1,77\pm 0,75$ , örgüt yararına örgütsel sessizlik puanları ise  $2,74\pm 1,15$  olarak belirlenmiştir. Örgütsel sessizlik alt boyut ortalamlarına bakıldığında fırsatçı örgütsel sessizlik en düşük, örgüt yararına örgütsel sessizlik puanları ortalamasının ise en yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan sağlık



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

yöneticilerinin örgütsel sessizlik düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte örgüt çıkarları söz konusu olduğu durumlarda sessizliği tercih ettikleri gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yönetici, örgütsel sessizlik, sağlık

## Abstract

Health managers are required to perform the functions of planning, organizing, executing, coordinating and controlling health services management. In performing these functions, it is expected that they will lead the organization by ensuring a complete and accurate flow of information, a healthy communication environment, participation of employees in decisions, motivation. The aim of the study is to determine the level of organizational silence of managers working in a public hospital and to determine whether they differ according to some demographic variables. The average organizational silence score of the participants was  $2.22 \pm 0.74$ , the average acceptance and passive organizational silence scores were  $2.26 \pm 0.84$ , the average opportunistic organizational silence scores were  $1.77 \pm 0.75$ , and the organizational silence scores for the benefit of the organization were  $2.74 \pm 1.15$ . Looking at the lower-dimensional score averages of organizational silence, it is seen that opportunistic organizational silence is the lowest but the average score of organizational silence for the benefit of the organization is the highest. However, it has been observed that they prefer silence when it comes to organizational interests.

Key words: Administrator, organizational silence, health

## GİRİŞ

Sağlık kurumlarında birçok farklı profesyonel meslek grubu mesleğinin gereğini yapabilmek için bir arada etkileşim halinde çalışmak zorundadırlar. Sağlık hizmeti sunumunun birbirini tamamlayan süreçlerden oluşması, sağlık çalışanlarının kurum içi ve kurum dışı birçok paydaşla sürekli etkileşim içinde olma gereksinimi, iletişimin önemini arttırmaktadır. Sağlık çalışanları ve yöneticilerinin sağlık hizmeti sunumunu başarılı bir şekilde koordine edebilmek için görüş, öneri ve eleştirileri açıkça ifade edebilmesi beklenmektedir (Ürek ve ark., 2015:125).

Örgütsel sessizlik; çalışanların örgütsel koşullara ilişkin davranışsal, bilişsel ve duygusal değerlendirmelerini değişim yaratabilme yeteneğine sahip kişilerle paylaşmaması sessiz kalmayı tercih etmesi olarak tanımlanmaktadır (Çakır ve Uğurluoğlu;2019:392). Diğer bir tanıma göre de çalışanların yasadışı ve ahlaksız uygulamalar ile kişisel, ahlaki veya yasal standartları ihlal eden gelişmeler hakkında konuşmaktan kaçındığı bir durumdur (Knoll ve Van Dick, 2013; 35).

Sağlık çalışanlarında işin doğası gereği acil durumlarda hızlı karar alma zorunluluğu, açık tartışmalar yapılamaması, eğitim ve güç dağılımındaki farklılıklar sessizlik tutumunun oluşması için ortam oluşturmaktadır (Şimşek ve Aktaş, 2014:123). Ancak örgütsel sessizlik, sağlık kurumlarında disiplinler arasındaki işbirliğinin devamı, geri dönüşü olmayan hatalara, istenmeyen tutum ve davranışa neden olabilmesi bakımından üzerinde durulması gereken bir konudur (Doğan ve Yılmaz, 2020:1537).

Sağlık yöneticisi, sağlık hizmetleri sunan örgütlerde liderlik ve yönlendirmeyi gerçekleştiren profesyonel meslek olarak tanımlanmaktadır. Sağlık yöneticileri sağlık hizmetleri yönetiminin planlaması, örgütlemesi, yürütmesi, eşgüdümlemesi ve kontrolü fonksiyonlarını yerine getirmekle yükümlüdürler (Yüksel ve ark.,2016; 242). Bu işlevleri yerine getirirken örgütte eksiksiz ve doğru bilgi akışını, sağlıklı iletişim ortamını, çalışanların kararlara katılımını, motive edilmesini sağlaması ve liderlik yapması beklenmektedir (Bozkurt, 2020;14). Sağlık yöneticileri artan rekabet,

236

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

( ÖZKAN, Ş./ ÇATAR, R. Ö. / GÖÇMEN, H. / GEMLİK, N.)

toplumun beklentileri, düşük maliyet ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunulması konusunda baskı altındadır. Bu nedenle sağlık yöneticileri etkili ve stratejik iletişim, çatışmaların ve kişilerin yönetimi, koçluk etme, gelişim için rehberlik etme gibi ilişkisel becerilere sahip olmalıdırlar (Yüksel ve ark.,2016; 244).

Sağlık çalışanlarından hekimler ve hemşirelerin sessizliğini belirlemek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır (Çakır ve Uğurluoğlu, 2019:392; Çavuşoğlu ve Köse, 2019:368; Ürek ve ark., 2015:124). Ancak yapılan incelemelerde sağlık yöneticilerinde örgütsel sessizlik davranışını incelemeye yönelik yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada sağlık yöneticilerinin sessiz kalma davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

### Sağlık Kurumlarında Örgütsel Sessizlik Kavramı

Örgütsel sessizlik; çalışanların örgütsel konular hakkında düşünce, fikir ve önerilerini ifade etmeme, bilinçli olarak kaçınma, suskun kalma tercihi olarak tanımlanmakta ve olumsuz bir durum olarak algılanmaktadır (Yeşilaydın ve ark.2016: 15). Örgütsel sessizlik; çalışanların örgütlerini geliştirmeye yönelik devinsel, bilişsel ve duyuşsal değerlendirmelerini, değişim yapabilme gücüne sahip kişilerden isteyerek ve kasıtlı olarak esirgemesi tutumudur. Sessizlik olarak tanımlanmasında bireyin kasıtlı, aktif ve amaçlı olarak tepki göstermemesine vurgu yapılmaktadır (Şimşek ve Aktaş, 2014:123). Örgütsel sessizlik, çalışanların ve örgütün performansını olumsuz etkilediği için önemli bir davranış olarak değerlendirilmelidir. Problemlerin gizli kalmasına, önemli bilgilerin kaçırılmasına, yeniliğin ve değişimin engellenmesine neden olmaktadır (Yeşilaydın ve ark.2016: 15).

Örgütsel sessizliğin nedenlerini belirlemeye yönelik çalışmalarda örgütsel sessizlik en çok yönetsel ve örgütsel kaynaklı olduğunu göstermektedir (Yeşilaydın ve ark.2016: 15; Gül ve Özcan,2011:124) Örgütsel sessizlik nedenlerini örgütsel, yönetsel, bireysel ve kültürel nedenler olarak dörde ayırmışlardır (Yetim ve Erigüç, 2018:22).

**Örgütsel nedenler:** Çalışanların sessiz kalma davranışı sergilemelerine sebep olabilecek örgütsel etkenler; çalışma ortamı, katı hiyerarşik yapı, çalışanların desteklenmediği, itaatin baskın olduğu bir örgüt kültürü, örgüt iklimi, yoğun gözetim, iş ilişkilerinin insan ilişkilerinden daha değerli görülmesi, rekabete dayalı örgütsel yapısı, adaletsizlik kültürü, merkezîyetçi karar verme, örgütte net olmayan kurallar, iletişim eksikliği, bilgi yetersizliği, kötü takım çalışması gibi faktörler sağlık kurumlarındaki örgütsel sessizlik nedenleri olarak belirlenmişlerdir (Kanbur ve ark.,2018:392; Yalçınsoy, 2019:77; Doğan ve Yılmaz, 2020:1537).

**Yönetsel nedenler:** Olumsuz geri bildirim korkusu, işten atılma korkusu, çalışanlara önyargılı inanışlar, yöneticinin yapısı ve tutumları, yönetim ekibinin homojenliği, yönetimin sesliliği desteklememesi, mesafeli ilişkiler, yönetime güvensizlik, farklı fikirlere açık olmamak, geri bildirim eksikliği, otoriter yönetim anlayışı, yönetimin şeffaf olmaması, sorun bildirenlere olumsuz tepki verilmesi gibi nedenler ise örgütsel sessizliğin yönetsel nedenleri arasında sayılabilir (Yetim ve Erigüç, 2018:29).

**Bireysel nedenler:** Sessiz kalma davranışı göstermede cinsiyet, yaşın genç olması, eğitim durumu, deneyiminin az olması, kıdem, düşük pozisyonda olma gibi demografik özellikler de etkili olmaktadır. Ayrıca düşük özgüven, kendini uyarılma düzeyi, olumsuz geçmiş deneyimler, iç

kontrol odaklı kişilik, dışlanma, yöneticiler ve çalışma arkadaşları ile ilişkilere zarar verme korkusu, terfi alamama ve işten çıkarılma korkusu, konuşmanın boşuna olacağı ve bir fark yaratmayacağı gibi inançlar örgütsel sessizliği etkileyen bireysel faktörler olarak sıralanabilir. Bunların yanı sıra kişilik tiplerinden B tipi kişiliklerin, başarıma ve beğenilme ihtiyacı daha düşük olup daha sessiz kalmayı tercih edebilmektedirler (Yeşilaydın ve ark.2016: 17)

**Kültürel nedenler:** Kültürel yapı, normlar ve güç mesafesi olarak sıralanmıştır (Yeşilaydın ve ark., 2016:15).

Çakıcı ve Aysen (2014;117) yaptıkları çalışmada yöneticilerin sessiz kalmayı etkileyen faktörleri örgütün özellikleri, ilişkilerin niteliği, yöneticinin özellikleri ve astın özellikleri olarak gruplandırmışlardır. Yöneticileri sessiz kalmaya iten örgütsel özelliklerin kurum kültürü, kamu ve/veya özel sektörde çalışma durumu, örgüt yapısı, işin konusu ve niteliği olduğunu ifade etmişlerdir. İlişkilerin niteliği olarak da geçmiş ilişkiler, arkadaşlık, akrabalık, karşılıklı bağımlılık ve menfaatin sessizliğe neden olabileceğini belirtmişlerdir. Yöneticinin sessizliğe neden olabilecek özellikleri bilgisi, yönetim deneyimi, dışadönüklük/içedönüklük, sorumluluk duygusu ve baskın karakter olması ve astın sessizliğe neden olabilecek özellikleri de yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik özellikler, kişilik, hatırlı kişilere yakınlık ve vazgeçilmezliğini belirleyen uzmanlığının etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Örgütsel sessizlik boyutları, araştırmacılar tarafından 4 farklı şekilde açıklamışlardır (Çavuşoğlu ve Köse, 2019:368; Yalçınsoy, 2017:4; Knoll ve Dick, 2012: 350; Van Dyne, Ang ve Botero, 2003: 1368)

**Pasif Sessizlik** (Quiescent Silence), bireylerin sorunlar hakkında fikirleri olduğu halde, konuşmanın sonucunda kendilerine zarar gelebileceği korkusuyla, kendilerini korumak amacıyla sahip oldukları bilgileri saklamaları ve konuşmamayı tercih etmeleridir.

**Kabullenici Sessizlikte** (Acquiescent Silence), çalışanlar fikirlerini söylemez ve kendilerine saklamaktadırlar, konuşmaya istekli değildirler. Ayrıca değişim için umutlarını kaybetmişlerdir. Bu sessizlikte çalışanların konuşmalarının bir yararı olmayacağına ve hiçbir şeyin değişmeyeceğine dair inançları bulunmaktadır. Çalışanlar bilinçli olarak pasif ve ilgisiz kalmayı tercih etmektedir. Kabullenici sessizlikte çalışanlar ümidini kaybetmiş, mevcut durumu kabul etmiş ve düzeltilmesi için çaba harcamaktan vazgeçmiştir. Çünkü çalışanlar konuşmalar bile etkili olacağını ve değişeceğini düşünmemektedirler.

**Örgüt Yararına Sessizlik** (Prosocial Silence), iş ile ilgili bilgi ve düşüncelerin örgütlerin ya da diğer çalışanların çıkarlarını korumak amacıyla bilinçli olarak saklanmasıdır. Bu davranışın altında fedakârlık ve işbirlikçi güdüler vardır. Bir çalışanın iş arkadaşının temel toplumsal değerler, yasalar, ya da uygun örgütsel davranışları ihlal ettiğini aktarmaması örnek olarak verilebilir. Çalışanlara ya da örgüte fayda sağlamak amacıyla bilgi, görüş ve önerilerini dile getirmemesi olarak tanımlanmıştır (Yalçınsoy, 2017:4).

**Fırsatçı Sessizlik** (Opportunistic Silence), örgüt ile ilgili görüşlerin, bilginin veya sorunların, başkalarına zarar verme potansiyeli bulunduğu halde bazılarının kendilerine avantaj oluşturmak amacıyla bilinçli olarak gizli tutulması durumudur.

Örgütsel sessizliğin sonuçları incelendiğinde sağlık kurumları ve sağlık çalışanları açısından birçok olumsuz istenmeyen durumlara neden olduğu gözlenmiştir. Sağlık hizmetleri sunumunun çoğunlukla acil ve ertelenemez olması, hatalara toleransın az olması, çalışanlar arasındaki işlevsel bağlılığın yüksekliği nedeniyle sağlık çalışanlarının karşılaştıkları aksaklıkları, ihtiyaç duydukları değişiklikleri veya önerilerini ifade etmemesi hizmetin etkili ve kaliteli sunulmasına engel olabilir (Ürek ve ark., 2015:125). Sağlık kurumlarında örgütsel sessizliğin çalışanların performansını



olumsuz etkilediğini gösteren birçok çalışma mevcuttur (Yalçınsoy, 2018:7; Tayfun ve Çatır, 2013: 127; Kılınç ve Ulusoy, 2014). Çalışkan ve Pekkan (2017:16) tarafından yapılan çalışmada da kabullenici sessizlik ve korunma amaçlı sessizliğin sağlık çalışanlarının iş performansını negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca örgütsel sessizliğin sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetini artırdığı, iş tatminini, mobbing, örgütsel vatandaşlık davranışını ve örgütsel bağlılığı olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Gül ve Özcan,2011:124; Yalçın ve Baykal, 2012:47; Deniz ve ark., 2013: 691; Yılmaz ve ark., 2016:90; Uslu ve Aktaş, 2017:150; Turgut ve Akbolat, 2017: 372).

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın amacı ve türü:** Çalışmanın amacı, bir kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin örgütsel sessizlik düzeylerinin belirlenmesi ve bazı demografik değişkenlere göre farklılaşım farklılaşmadığının ortaya koyulmasıdır. Araştırma tanımlayıcı türde kesitsel bir çalışmadır.

**Evren ve örneklem:** Araştırmanın evrenini Bursa'da faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde çalışan her kademedeki yöneticiler oluşturmaktadır. Örneklem kolayda örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Kolayda örnekleme, ana kütle içerisinde seçilecek örnek kesimin araştırmacının yargılarına belirlendiği tesadüfi olmayan örnekleme yöntemidir (Malhotra, 2004: 321, Aaker vd., 2007: 394). Çalışma 2019 yılı aralık ayında yürütülmüştür. 2020 yılından önce olduğu için etik kurul onay raporuna gerek yoktur. Çalışmaya kendi rızası ile katılmayı kabul eden yöneticiler dâhil edilmiştir. Araştırmada yer almaya gönüllü 126 yöneticiden geri dönüş sağlanmıştır.

**Veri Toplama Aracı:** Araştırmada iki bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. Veri toplama aracının birinci bölümde katılımcılara ait demografik sorulara yer verilmiştir. Bilgi formu yöneticilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve kurumda çalışma yılı ilişkin soruları içermektedir. İkinci bölümde örgütsel sessizliği ölçmek için 15 sorudan oluşan “örgütsel sessizlik ölçeği” yer almaktadır. Verilerin toplanması sırasında katılımcılardan aydınlatılmış onam formu da doldurmaları istenmiştir.

**Örgütsel Sessizlik Ölçeği:** Örgütsel sessizliği değerlendirmek için Knoll ve Dick. (2013) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Çavuşoğlu ve Köse (2019:383) tarafından yapılan 15 maddelik ve 5'li Likert olan “Örgütsel Sessizlik” ölçeği mevcut hali ile kullanılmıştır. Örgütsel sessizlik ölçeği üç boyuttan (kabullenici ve pasif, fırsatçı, örgüt yararına) oluşmaktadır. Bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 ve en düşük puan 15'tir. Puanların yükselmesi örgütsel sessizlik düzeyinin arttığını göstermektedir. Örgütsel sessizlik kabullenici ve pasif sessizlik, fırsatçı sessizlik ve örgüt yararına sessizlik olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin güvenilirliği değerlendirilirken Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Örgütsel sessizlik ölçeğindeki 15 maddenin tümüne ait Cronbach Alpha katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir. Kabullenici ve pasif örgütsel sessizlik boyutunda bu değer 0,89, fırsatçı örgütsel sessizlik boyutunda 0,75, örgüt yararına örgütsel sessizlik boyutunda ise 0,80'dir.

**Verilerin Analizi:** Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırma grubunun özelliklerini özetlemek için tanımlayıcı istatistiksel metotlara başvurulmuştur. Araştırmada tüm bulgular  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde sınanmıştır. İleri analizlerde yaş ve kurumda çalışma yılı değişkenleri ile ölçek puanları arası ilişkinin analizi için kolerasyon testi; ölçek puanlarının farklı demografik gruplar arasında farklılaşım farklılaşmadığının tespiti için bağımsız gruplarda iki ortalama arası farkın anlamlılığı ve ikiden fazla ortalama arası

farkın anlamlılığı testleri kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin yönünü, kuvvetini belirtmede kullanılan korelasyon katsayılarının “+” yada “-“ olması ilişkinin yönünü belirlemede kullanılmıştır. 0,10-0,29 küçük,0,30-49 orta, 0,50-1,00 ise büyük (large) etki olarak yorumlanmıştır (Cevahir, 2020:112). Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Tablo 1’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 36,7±8,4 iken çalışma yılı ortalamaları ise 10,3±8,1, katılanların %74,6’sı kadın, %78,6’sı evli, %51,6’sı lisans mezunudur.

**Tablo 1. Sağlık Yöneticilerinin Bazı Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Değişkenler	Kategori	n	%
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	94	74,6
	Erkek	32	25,4
<i>Medeni durum</i>	Evli	99	78,6
	Bekar	27	21,4
<i>Öğrenim durumu</i>	Lise	13	10,3
	Ön lisans	33	26,2
	Lisans	65	51,6
	Yüksek lisans	10	7,9
	Doktora	5	4,0
	<b>TOPLAM</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Sessizlik Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	X ± SS	Medya n	Min.	Max.
<i>Kabullenici ve Pasif Örgütsel Sessizlik</i>	2,26±0,84	2,15	1	4,5
<i>Fırsatçı Örgütsel Sessizlik</i>	1,77±0,75	1,67	1	4,33
<i>Örgüt Yararına Örgütsel Sessizlik</i>	2,74±1,15	2,50	1	5
<b>Örgütsel Sessizlik</b>	2,22±0,74	2,13	1	4,07
<b>Toplam Örgütsel Sessizlik</b>	33,35±11,15	32,00	15	61

Araştırmaya katılanların örgütsel sessizlik ölçeği ortalama toplam puanları 33,35±11,15’tir. 5’li değerlendirmede örgütsel sessizlik ortalama puanı 2,22±0,74, kabullenici ve pasif örgütsel sessizlik ortalama puanları 2,26±0,84, fırsatçı örgütsel sessizlik ortalama puanları 1,77±0,75, örgüt yararına örgütsel sessizlik puanları ise 2,74±1,15’tir. Örgütsel sessizlik alt boyutu puan ortalamalarına

bakıldığında fırsatçı örgütsel sessizlik en düşük, örgüt yararına örgütsel sessizlik puanlar ortalamasının ise en yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 3. Araştırma Katılanların Yaş Ve Çalışma Değişkeni İle Örgütsel Sessizlik Düzeylerinin İlişkisi**

Değişkenler	Parametreler	KPS	FS	OYS	TOPLAM
Yaş	r	0,027	0,033	0,009	0,036
	P	0,767	0,715	0,922	0,693
	n	126	126	126	126
Çalışma yılı	r	-0,012	0,068	0,108	0,029
	P	0,894	0,450	0,227	0,751
	n	126	126	126	126

\* Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların yaş ve çalışma yılı değişkeni ile örgütsel sessizlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3)

**Tablo 4. Sağlık Yöneticilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Örgütsel Sessizlik Düzeylerinin İncelenmesi**

		Kabullenic ve Pasif Örgütsel Sessizlik			Fırsatçı Örgütsel Sessizlik			Örgüt Yararına Örgütsel Sessizlik			Toplam Örgütsel Sessizlik			
		n	Sıra Ort	Z	p	Sıra Ort	Z	p	Sıra Ort	Z	p	Sıra Ort	Z	p
Cinsiyet	Kadın	94	65,01	-0,797	0,426	64,06	-0,307	0,759	66,52	-	0,108	65,56	-1,088	0,277
	Erkek	32	59,06			61,84			54,63			1,609		
Medeni Durum	Evli	99	64,82	-0,777	0,437	63,82	-0,197	0,844	65,00	-	0,372	64,62	-0,657	0,511
	Bekar	27	58,67			62,31			58,00			0,893		
		n	Sıra Ort	KW	p	Sıra Ort	KW	p	Sıra Ort	KW	p	Sıra Ort	KW	p
Öğrenim Durumu	Lise	13	79,04	4,388	0,356	76,46	4,855	0,303	66,62	0,776	0,942	66,62	4,142	0,387
	Ön lisans	33	68,15			62,86			64,06			64,06		
	Lisans	65	60,13			64,79			61,81			61,81		
	Yüksek Lisans	10	54,75			50,50			62,75			62,75		
	Lisans													
	Doktora	5	53,70			43,20			75,20			75,20		

\*Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumu değişkenlerine göre örgütsel sessizlik düzeyi sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Çalışmaya katılan sağlık yöneticilerinin örgütsel sessizlik puanlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Örgütsel sessizlik alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında fırsatçı örgütsel sessizlik en düşük, örgüt yararına örgütsel sessizlik puanlar ortalamasının ise en yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre, sağlık yöneticilerinin sağlık kurumunu ve diğer çalışanları korumak, fedakârlık ve işbirliği amacıyla sessiz kaldıkları, düşünce ve bildiklerini paylaşmadıkları söylenebilir. İran'da üniversite hastanesi yöneticileri ile yapılan çalışmada yöneticilerde örgütsel sessizliğin olduğunu göstermiştir. Sağlık alanındaki örgütsel sessizliğin yöneticilere gelen veri miktarını kısıtladığı için karar verme ve örgütsel değişim süreçlerinin etkinliğini azalttığı sonucuna varılmıştır (Jafary ve ark.,2019;7).

Yöneticilerinin sessizliğini değerlendirmeye yönelik yapılan araştırmalar sınırlı sayıda olduğu için farklı meslek grupları ile yapılan araştırmalara yer verilmiştir. Diğer sağlık profesyonelleri ile yapılan çalışmada da bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde örgüt yararı için sessizlik boyut puanlarının en yüksek düzeyde olduğu gözlenmiştir. Ürek ve arkadaşları (2015:133) tarafından hastane personeli (diyetisyen, fizyoterapist, radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, idari personel, hemşire ve hekim) ile yapılan çalışmada da örgütsel sessizlik davranışında en yüksek puanı verilen alt boyutun örgüt yararına sessizlik olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının (hemşire, tıbbi sekreter, sağlık teknisyeni, memur ve hekimler) örgütsel sessizlik davranışlarının farklı bir ölçek kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada da, örgüt veya diğer çalışanlara fayda sağlamak amacıyla bildiklerini söylemedikleri, örgüt yararına sessiz kaldıkları belirlenmiştir (Turgut ve Akbolat,2017: 372). Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının sağlık teknisyenleri ve idari personele göre daha sessiz oldukları gözlenmiştir (Yeşilaydın ve ark.2016: 19). Diğer bir çalışmada da yönetici hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin yönetim ve örgütsel konularda sessiz kalmayı tercih ettikleri saptanmıştır (Yalçın ve Baykal, 2012;50). Çiriş (2014;78) tarafından yapılan çalışmada da yönetici hemşirelerin en öncelikli sessizlik nedenleri "yönetimsel ve örgütsel nedenler" ile "izolasyon korkusu" olduğu belirlenmiştir. İzolasyon korkusu nedeniyle konuşmadıkları, endişeli olunan konularda ilişkileri zedelememe için her zaman sessiz kaldıkları tespit edilmiştir (Çiriş, 2014; 78). Sağlık yöneticilerinin en önemli operasyonel becerilerinden biri çalışanların örgütte bağlılık ve motivasyonunu güçlendirmektir (Yüksel ve ark.,2016; 244). Bu rolleri gereği çalışanların bağlılığına ve motivasyonuna zarar vermek istemedikleri için örgüt yararına sessizliği tercih ediyordur olabilirler.

Çalışmada yer alan yöneticilerin örgütsel sessizlik davranışının yaş, cinsiyet, çalışma yılı, medeni durum ve öğrenim durumu değişkenlerinden etkilenmediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Bizim çalışmamıza paralel sonuçlar gösteren çalışmalar vardır. Yeşilaydın ve arkadaşları (2015:636) tarafından sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmada örgütsel sessizlik boyutları ile cinsiyet, yaş ve meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yönetici hemşirelerle yapılan çalışmada ise çalışılan birim ile kurumda çalışma yılının sessizlik nedenlerini etkilediği bulunmuştur (Çiriş, 2014; 78). Bizim bulgularımızdan farklı olarak X ve Y kuşaklarının örgütsel sessizlik düzeyinin farklı olduğu, X kuşağının örgüt yararına sessizlik ve seslilik düzeylerinin Y kuşağına oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum X kuşağının örgütsel bağlılığının daha yüksek olma ihtimali ile ilişkilendirilmiştir (Gündüz ve Pekçetaş, 2018:109).

## SONUÇ

Çalışmaya katılan sağlık yöneticilerinin örgütsel sessizlik düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte örgüt çıkarları söz konusu olduğu durumlarda sessizliği tercih etikleri gözlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için örgütteki yetersizliklerin, problemlerin açık bir şekilde konuşulabileceği bir ortam oluşturulmalıdır. Yöneticiler çalışanları düşünce ve önerilerini ifade etmesi konusunda desteklemeli örgütte sesliliği geliştirmek için örgüt içi iletişim kanallarının sürekli açık kalması yönünde çaba harcamalıdır (Turgut ve Akbolat, 2017: 372). Sağlık yöneticilerinin sağlık çalışanları için destekleyici, güvenli ve adil bir iklim oluşturması, örgüte yönelik sessizlik tutumlarını önlemesi beklenmektedir (Bozkurt, 2020;14). Bununla birlikte sağlık yöneticilerinin çalışanlarda örgüte bağlılık oluşturma ve çalışanların motive edilmesi gibi beşeri sorumlulukları vardır (Yüksel ve ark., 2016; 244). Bu sorumlulukları gereği, yöneticiler açıkça konuşmanın oluşturabileceği olumsuz sonuçlardan çalışanları ve örgütü korumak için iletişime geçmeyerek sessiz kalmayı tercih edebilmektedirler. Bu çalışma ile literatüre ve sağlık yöneticilerine örgütsel sessizlik konusunda kendilerini değerlendirmeleri konusunda katkı sağlanacaktır.

## KAYNAKLAR

- Aaker, DA., Kumar, V. & Day, GS. (2007). Marketing Research, John Wiley & Sons, Danvers.
- Bozkurt, E. (2020). Sağlık Yöneticilerinde Örgütsel Değişim Sinizmi: Nitel Bir Araştırma. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 9-22.
- Cevahir, E. (2020). Spss İle Nicel Veri Analizi Rehberi, İstanbul: Kibele Yayınları.
- Çakıcı, A. ve Aysen, B. (2014). Örgütlerde Yönetici Sessizliği Mümkündür? Keşifsel Bir Araştırma. Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(1), 107.
- Çakır, E. ve Uğurluoğlu, Ö. (2019). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Sessizlik, Sessizliğin Nedenleri Ve Sonuçlarına İlişkin Görüşleri. İşletme Bilimi Dergisi, 7(2), 389-423.
- Çalışkan, A. ve Pekkan, NÜ. (2017). Örgütsel Sessizliğin İş Performansına Etkisi: Etik İkliminin Aracılık Rolü. Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2(1), 1-19.
- Çavuşoğlu, S. ve Köse, S. (2019). Örgütsel Sessizlik Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19(2), 365-387.
- Çiriş, C. (2014). "Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Yönetici Hemşirelerin Sessiz Kaldığı Konular ve Sessizliğini Etkileyen Faktörler" (Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Deniz, N., Noyan, A. & Ertosun, ÖG. (2013). "The Relationship Between Employee Silence And Organizational Commitment in a Private Healthcare Company", Procedia-Social And Behavioral Sciences, Vol. 99, 691-700.
- Doğan, S. ve Yılmaz, M. (2020). Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü İle Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Business & Management Studies: An International Journal, 8(2), 1523-1545.
- Dyne, LV., Ang, S. & Botero, IC. (2003). Conceptualizing Employee Silence And Employee Voice As Multidimensional Constructs, Journal Of Management Studies, 40(6), 1359-1392.
- Gül., H. ve Özcan, N. (2011). Mobbing Ve Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkiler: Karaman İl Özel İdaresinde Görgül Bir Çalışma. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1(2), 107-134.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Gündüz, Ş. ve Pekçetaş, T. (2018). "Kuşaklar Ve Örgütsel Sessizlik / Sesslilik". İşletme Bilimi Dergisi, 1, 89-115.
- Jafary, H., Yazdanpanah, A. & Masoomi, R. (2019). Identification Of Factors Affecting Organizational Silence From The Viewpoint Of Middle Managers Of Shiraz University Of Medical Sciences: A Qualitative Study. Shiraz E-Medical Journal, 20(4).
- Kanbur, E. (2018). Çalışanların Olumsuz Değerlendirilme Korkusunun Örgütsel Sessizlik Üzerine Etkisi. İşletme Araştırmaları Dergisi, 10(1), 382-402.
- Knoll, M. and Van Dick, R. (2013). Do I Hear The Whistle . . . ? A First Attempt To Measure Four Forms Of Employee Silence And Their Correlates. Journal Of Business Ethics, 113, 349-362.
- Malhotra, NK. (2004). Marketing Research An Applied Orientation, 4. Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Yılmaz, SE., Çetinel, E., Uysal, D. (2016) Örgütsel Sessizliğin İş Tatminini Üzerindeki Etkisi: Banka Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. İşletme Araştırmaları Dergisi 1:75-99.
- Şimşek, E. ve Aktaş, H. (2014). Örgütsel Sessizlik İle Kişilik Ve Yaşam Doyumu Etkileşimi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma. Anadolu University Journal Of Social Sciences, 14(2).
- Tayfun, A. ve Çatır, O. (2013). Örgütsel Sessizlik Ve Çalışanların Performansları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. İşletme Araştırmaları Dergisi, 5(3), 114-134.
- Turgut, M. ve Akbolat, M. (2017). Örgütsel Vatandaşlık Davranışı, Örgütsel Özdeşleşme Ve Örgütsel Sessizlik İlişkisine Yönelik Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20(3), 357-384.
- Uslu, S. ve Aktaş, H. (2017). İşten Ayrılma Niyeti İle Örgütsel Sessizlik Etkileşiminde İş Güvencesi Memnuniyeti Ve İş Güvencesi Endeksinin Aracı Rolü: Özel Bir Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 12(1), 141-160.
- Ürek, D., Demir, İB. ve Uğurluoğlu, Ö. (2015). Örgütsel Sessizliğin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. Gazi İİBF Dergisi, 17(3), 122-141.
- Yalçın, B. ve 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.
- Yalçınsoy, A. (2016). Örgüt Kültürü Ve Örgüt İkliminin Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisinin Analizi. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(2), 67-77.
- Yalçınsoy, A. (2017). Örgütsel Sessizlik ve Sonuçları. The Journal Of Social Science, 1(1), 1-19.
- Yalçınsoy, A. (2018). Algılanan Örgütsel Sessizlik ve İşgören Sessizliği Davranışının İşgören Performansına Etkisinin Analizi. The Journal Of Social Science, 2(3), 1-11.
- Yeşilaydın, G., Bayın, G., Esatoğlu, AE. ve Yılmaz, G. (2016). Örgütsel Sessizliğin Nedenleri: Kamu Hastaneleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Kmü Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 18(31), 14-22.
- Yetim, B. ve Erigüç, G. (2018). Sağlık Çalışanlarında Sessizlik İle İlgili Yapılan Çalışmalara Yönelik Bir İnceleme. İş ve İnsan Dergisi, 5(1), 19-32.
- Yüksel, S., Oğuz, I., Uğurluoğlu, Ö. ve Kahraman, G. (2016). Hastane Yöneticilerinin Yönetmel Beceri Düzeylerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(3), 241-254.



## SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

### THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND SOCIAL MEDIA

**Öğretim Görevlisi Dr. Abdullah Alper ERTEM**

Gazi Üniversitesi, alper.ertem@gazi.edu.tr, orcid.org/0000-0002-4030-5306

**Doç. Dr. Alper GÜZEL**

Gazi Üniversitesi, guzel@gazi.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0492-7500

Makale Gönderim –Kabul Tarihi (14.04.2021-28.04.2021)

#### Özet

Çalışmanın amacı Ankara'da öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Çalışma, geçerliği test edilmiş sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı ölçekleriyle gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmış ve 367 kişi örnekleme alınmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için Non-parametrik testler kullanılmıştır. Toplanan verilerin analizi kapsamında frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Kategorik verilerin kıyaslanmasında Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki ise Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı ölçeği ortalama puanı 32,36 ±8,65 bulunmuştur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden en düşük 11,98 puan ve en yüksek 50 puan aldıkları görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeylerini incelediğimizde katılımcıların 19,9%'unun yetersiz, 34,9%'unun sorunlu, 29,7%'inin yeterli ve 15,5%'inin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, en düşük puanın 22 ve en yüksek puanın 81 olduğu sosyal medya bağımlılığı ölçeğinde ise ortalama puan 52,85±12,34 olarak hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı puanları arasındaki zayıf, pozitif yönde doğrusal bir ilişki saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık okuryazarlığı, sosyal medya bağımlılığı, üniversite öğrencisi



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

### Abstract

The aim of this study is to determine the relationship between the levels of health literacy and social media addiction among university students who are studying in Ankara.

This study was designed as a descriptive study and survey method was used to collect data. The survey consisted of three parts which are demographic characteristics, health literacy scale and social media addiction scale. The convenience sampling method was used in this study and 367 individuals in living at Ankara. Non-parametric tests were used because the data did not show normal distribution ( $P < 0.05$ ). Descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation were calculated. Comparison of categorical data was driven by Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test. The relationship between health literacy and social media was analyzed by using Pearson Correlation test.

The mean score of the health literacy scale of the participants was found as  $32.36 \pm 8.65$  where the lowest is 11.98 and the highest is 50. Also, while the health literacy level of 19.9% participants was inadequate, only 15.5% were found to have excellent health literacy levels. In addition, mean score of social media addiction scale was calculated as  $52.85 \pm 12.34$ , with the lowest score being 22 and the highest score being 81. Regarding the relationship between health literacy and social media addiction, a weak, positive linear relationship was found between health literacy and social media addiction scores.

**Key Words:** Health Literacy, Social Media Addiction, University Students

### GİRİŞ

Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi bireyin genel sağlık düzeyinde, verilen eğitim ve bilgileri anlama düzeyinde ayrıca tarama-erken teşhis programlarından ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarında artışa, öz bakım yeterliliği ile tıbbi talimat ve tavsiyelerin daha rahat anlaşılmasına neden olmaktadır. Hastaneye yatış oranları, sağlık harcamaları, hatalı ilaç uygulamaları, sağlıkta eşitsizliklerin ve hastalık sebepli ölüm hızlarının azalmasını sağlarken sağlık hizmetlerinden uygun basamaktan ve ihtiyaç durumunda yararlanmayı sağlamaktadır (Sezer, 2012; Yılmazel & Çetinkaya, 2016; Tanrıöver-Durusu, Yıldırım, Demiray Ready, Çakır, & Akalın, 2014; Coşkun & Bebiş, 2015). Sağlık okuryazarlığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2013 yılında, “genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık okuryazarlığının artırılmasında medyanın özellikle sosyal medyayı da içerecek şekilde kullanılması DSÖ tarafından önerilmektedir.

İnternetin ve mobil cihazların son yıllarda artan kullanımıyla sosyal medya platformları hayatımızda geniş bir yer almaya başlamıştır. We are Social sitesi Nisan 2021 raporuna göre dünya üzerinde 4.2 milyar aktif sosyal medya kullanıcısı olduğu ve bu kullanıcıların günde ortalama 4 saat 25 dakikalarını sosyal medya platformlarını kullanarak harcadıkları görülmüştür (Kemp, 2021). Kaplan ve Haenlein (2010) sosyal medyayı “Web 2,0”ın ideolojik ve teknolojik temelleri üzerine kurulmuş ve “Kullanıcı Tarafından Oluşturulan İçeriğin” geliştirilmesine ve paylaşımına izin veren bir grup internet-temelli uygulamalar” olarak tanımlar (Kaplan & Haenlein, 2010). Bu tanımda kullanıcılar tarafından içeriklerin geliştirildiği ve paylaşıldığı platformlara vurgu yapılmaktadır. Fakat kullanıcılar günümüzde sadece içerik üretmek ve paylaşmak için değil sosyalleşme, gündemi takip etme, eğlenme, bilgi edinme ve vakit geçirme gibi amaçlarla da Facebook, Youtube, WhatsApp, Instagram, Tiktok, Twitter, LinkedIn gibi sosyal medya

246

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

( ERTEM, A. A. / GÜZEL, A. )





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

platformlarına üye olmaktadır. Bunların yanında kriz durumlarında devlet kurumları ya da diğer yetkili kişilerce sosyal medya yoğun olarak kullanılan önemli bir iletişim aracı olabilmektedir (Sarı & Öztunç, 2021).

Bireyin değişen amaçlarla sosyal medya kullanımı sosyal medya bağımlılığına ortam sağlamaktadır (Babacan, 2016, s. 19). Bireyler bağımlılık noktasına genellikle bir anda gelmemekte, adım adım ilerlemektedir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2020). İnternet bağımlılığının bir alt dalı olarak tanımlanabilen sosyal medya bağımlılığı “bireyin herhangi bir sosyal ağı aşırı şekilde kullanması ve bu kullanım üzerindeki kontrolünü kaybetmesi” olarak tanımlanmıştır (Kıran, Küçükboşancılı, & Emre, 2020). Yam ve İlhan (2020) ise insanların internet üzerinde bulunan kitle iletişim araçları ile sosyal medya paylaşım sitelerini aşırı derecede kullanımı sonucu ortaya çıkan bir bağımlılık türü olduğunu belirtmiştir.

Kişinin artan sürelerde sosyal medya kullanımı, hesaplarını kontrol etmediğinde huzursuzluğa neden oluyorsa, günlük rutinini engelliyorsa, ikili ilişkilere geçişte başarısızlık yaratıyorsa, akademik başarısını olumsuz etkiliyorsa, gerçeklik algısı ortadan kalkıyorsa, dikkat dağınıklığı yaratıyorsa ayrıca biyolojik ve psikolojik bozukluklara yol açıyorsa bağımlılık olarak nitelendirilmektedir (Çiftçi, 2018).

Sosyal medyada günlük geçirilen süre, travma yaşama durumu, depresyon düzeyi, aile içinde genel stres düzeyinin artması, ergenin özellikle annesiyle okula ilişkin çatışması, anne ve babanın ergeni kendi tarafına çekme çabaları ve ergenin mükemmeliyetçilik düzeyi yükseldikçe ve sosyal dışlanma durumunda sosyal medya bağımlılığı artmaktadır (Atlı, Buğa, Mammadli, & Yıldırım Atlı, 2021; Dikmen, 2021; Bilgin, Şahin, & Togay, 2020; Kaşıkçı, Denli, & Güney Karaman, 2021), artan bağımlılık oranları ise akademik başarı ve beden algısının olumsuz etkilenmesi gibi olumsuz durumları da beraberinde getirmektedir (Özgür & Uçar, 2020; Gica, ve diğerleri, 2020).

İnternet ve bilgisayar teknolojilerinde yaşanan gelişmelerin de etkisiyle insan davranışlarını ve alışkanlıkları değiştirmiştir. Pek çok insan amaçlarını gerçekleştirmek için farklı sosyal medya platformları ile etkileşime geçerek hem çeşitli görsel ve videoları hem de birçok alanda bilgi, duygu, düşünce ve fikirlerini paylaşma imkânı bulmaktadır. Sosyal medya aynı zamanda sağlıklı ilgili bilgi arayışında sıklıkla başvurulan bir mecra konumuna gelmiştir ve doğru kullanıldığında sağlık okuryazarlığının artırılmasına olumlu katkı sağlayacağı söylenebilir. Diğer tarafta, sosyal medyanın aşırı kullanımının da bir bağımlılığa yol açma riski bulunmaktadır. Bu çerçevede, katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılık düzeylerini belirlemek, bu düzeylerin arasında katılımcıların demografik özelliklerine göre bir farklılık olup olmadığını tespit etmek ve sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya bağımlılığı arasında bir ilişkisi bulunup bulunmadığını araştırmak amacıyla bu çalışma tasarlanmıştır.

### YÖNTEM

Bu araştırma Ankara'da öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek ve sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya bağımlılığı arasında bir ilişkisi bulunup bulunmadığını araştırmak amaçlanmaktadır. Bu amacın gerçekleşmesi için ihtiyaç duyulan veriyi toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Bu bölümde örneklem seçimi, anket formunun geliştirilmesi ve tasarımı, güvenilirlik analizi ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler yer almaktadır.

### Örneklem seçimi

Araştırma Ekim-Kasım 2019 arasında Ankara’da gerçekleştirilmiştir. Ankara ilinde öğrenim gören üniversite öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada, ölçek madde sayısının on katı alınması kuralına (DeVellis, 2003) uygun olarak olasılıksız örnekleme yöntemiyle örneklem alınmıştır. Araştırma kapsamında 367 anket formu değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi talep edilmemiştir.

### Anketin tasarımı

Araştırmada veri toplamak için üç bölümden oluşan çevrimiçi anket formu kullanılmıştır. Formlar internet üzerinden gönüllülük esasıyla uygulanmıştır. Formun ilk bölümünde araştırmaya katılanların demografik ve sağlık hizmeti kullanım özelliklerinin yer aldığı sorular yer almaktadır. Bu bölümde demografik özelliklerden cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi, nerede kaldığı soruları yöneltilmiştir. Sağlık hizmeti kullanım özelliklerini değerlendirmek amacıyla sağlık düzeyi algıları, ilk başvuru yaptıkları sağlık kuruluşu ve son bir yıl içinde sağlık hizmeti alma durumlarına ilişkin sorular yöneltilmiştir.

Anket formunun ikinci bölümünde katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesine yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır. TSOY-32, iki boyut (Tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (Okyay & Abacıgil, 2016). Ölçeğin değerlendirilmesinde; İndeksler 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için İndeks = (ortalama-1) x (50/3) formülü kullanılmıştır. Hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterdiğinden değerlendirmeler aşağıdaki puanlamaya göre yapılmıştır. Elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

- (0-25) puan : Yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33) : Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42) : Yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50) : Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmıştır.

Formun üçüncü bölümünde ise katılımcılara Şahin ve Yağcı (2017) tarafından geliştirilen ve geçerli ve güvenilir olduğu saptanmış olan Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği- Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) uygulanmıştır. Ölçek 20 madde ve sanal tolerans ile sanal iletişim olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca, ölçeğin 5. ve 11. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten en yüksek puan 100, en düşük ise 20 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınacak puanın yüksek olması bireyin “sosyal medya bağımlısı” olarak algılandığı biçiminde değerlendirilmektedir.

### Güvenilirlik analizi

Ayrıca her iki ölçek ve alt boyutları için güvenilirlik analizi yapılmıştır. TSOY-32 ölçeğinin genel iç tutarlık katsayısı orijinal çalışmada 0.93 olarak saptanmıştır. “Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu’nun 0,88 ve “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu’nun 0,86’dır (Okyay & Abacıgil, 2016, s.51). Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu’nun 0,84 ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu’nun 0,88 olarak bulunmuştur. Şahin ve Yağcı (2017) SMBÖ-YF güvenilirliğine ilişkin Cronbach’s Alpha katsayısını 0,94, alt boyutlardan sanal tolerans için 0,92 ve sanal iletişim için 0,91 olarak bulmuştur. Bu araştırmada ise ölçeğin geneli için Cronbach’s Alpha katsayısı 0,87, sanal tolerans için 0,81 ve sanal iletişim için 0,79 olarak bulunmuştur.

### Verilerin analizi

Araştırmaya katılanların TSOY-32 ve SMBÖ-YF puanlarının normallik dağılımını incelenmiş, araştırmaya katılanların hem sağlık okuryazarlığı puanlarının ( $P \leq 0,05$ ) hem de internet bağımlılığı puanlarının ( $P \leq 0,05$ ) normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Basıklık ve çarpıklık değerleri de verilerin normal dağılım göstermediğini desteklemiştir. Bu nedenle non-parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin ölçek ham puan ortalamaları üzerinde ikili değişkenler Mann Whitney U-testi ile çoklu değişkenler ise Kruskal Wallis varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ise frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerden faydalanılarak %95'lik güven aralığında ve 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon testi yapılmış ve Tip 1 hata düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

### BULGULAR

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 1), % 75,7'si ( $n=278$ ) kadın, 18 ila 36 yaş aralığında ve yaş ortalaması  $20,58 \pm 2,65$  olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların % 46,6'sı ( $n=171$ ) 20 – 21 yaş grubunda, 95,4'ü ( $n=350$ ) bekâr, % 56,9'u ( $n=209$ ) aylık geliri gidere denk ve % 44,7'si ( $n=164$ ) ailesi ile birlikte yaşadığını saptanmıştır.

**Tablo 1:** Araştırmaya Katılanların Demografik ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri

Demografik ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliği	N	%	
Cinsiyet	Kadın	278	75,7
	Erkek	89	24,3
Yaş Grupları	18 - 19	129	35,1
	20 - 21	171	46,6
	22 - 23	37	10,1
	24+	30	8,2
Medeni durum	Bekâr	350	95,4
	Evli	15	4,1
	Boşanmış	2	0,5
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	123	33,5
	Gelir gidere denk	209	56,9
	Gelir giderden fazla	35	9,5
Nerede kaldığı	Ailem ile birlikte	164	44,7
	Devlet yurdu	127	34,6
	Özel yurt/pansiyon	43	11,7
	Diğer	33	9,0
Sağlık Düzeyi	Mükemmel	11	3,0
	Oldukça iyi	103	28,1
	İyi	177	48,2
	Fena değil	66	18,0
Başvurulan Sağlık Kuruluşu	Kötü	10	2,7
	Aile hekimi (Aile sağlığı merkezi)	120	32,7
	Devlet hastanesi	217	59,1
	Üniversite hastanesi	17	4,6
Son 1 yıl sağlık hizmeti alma durumu	Özel hastane	13	3,5
	Evet	312	85,0
	Hayır	55	15,0
<b>TOPLAM</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	

Araştırmaya katılanları sağlık hizmeti kullanım özellikleri incelendiğinde (Tablo 1) ise % 48,2'si (n=177) genel sağlık düzeyini iyi, % 59,1'i (n=217) herhangi bir sağlık sorununda devlet hastanesine başvurduğunu, % 85,0'ı (n=312) son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti aldığı saptanmıştır.

**Tablo 2:** Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	n	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
SMBÖ-YF	367	22,00	81,00	52,75	12,34
Sağlık Okuryazarlığı	367	11,98	50,00	32,36	8,65

Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden en düşük 11,98 en yüksek 50 puan ve ortalama  $32,36 \pm 8,65$  puan aldıkları saptanmıştır. Sosyal medya bağımlılık ölçeğinden ise 22 ile 81 puan aralığında ortalama  $52,75 \pm 12,34$  puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3:** Araştırmaya Katılanların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	N	%
Yetersiz	73	19,9
Sorunlu/Sınırlı	128	34,9
Yeterli	109	29,7
Mükemmel	57	15,5
<b>TOPLAM</b>	<b>367</b>	<b>100</b>

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde ise % 19,9'unun (n=73) yetersiz, % 34,9'unun (n=128) sorunlu, % 29,7'sinin (n=109) yeterli ve % 15,5'inin (n=57) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4:** Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyal Medya Bağımlılığının Demografik ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	Sağlık Okuryazarlığı			Sosyal Medya Bağımlılığı			
		Sıra Ortalaması	U / H	P	Sıra Ortalaması	U / H	P	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	278	194,76	9.378,50	<b>0,001</b>	191,22	10.362,50	<b>0,021</b>
	Erkek	89	150,38			161,43		
<b>Yaş Grupları</b>	18 - 19	129	183,42	5,804	0,122	185,90	4,240	0,237
	20 - 21	171	194,06			187,65		
	22 - 23	37	168,92			191,19		
<b>Medeni durum</b>	24+	30	147,72			146,13		
	Bekâr	350	185,58	1,866	0,393	183,55	0,236	0,889
	Evli	15	155,73			196,20		
<b>Gelir Düzeyi</b>	Boşanmış	2	120,25			170,75		
	Gelir giderden az	123	169,25	3,593	0,166	184,54	2,260	0,323
	Gelir gidere denk	209	191,09			187,90		
<b>Nerede kaldığı</b>	Gelir giderden fazla	35	193,49			158,81		
	Aile	164	186,76	2,014	0,569	182,69	1,562	0,668
	Devlet Yurdu	127	187,31			192,04		
	Özel Yurt	43	182,57			175,64		
<b>Sağlık Düzeyi</b>	Diğer	33	159,42			170,44		
	Mükemmel	11	116,91	5,223	0,265	106,91	12,039	<b>0,017</b>
	Oldukça iyi	103	188,96			164,96		
	İyi	177	182,56			194,35		
	Fena değil	66	192,89			195,44		
<b>Başvurulan Sağlık Kuruluşu</b>	Kötü	10	173,45			206,25		
	Aile hekimi (Aile sağlığı merkezi)	120	176,25	2,041	0,564	180,26	3,036	0,386
	Devlet hastanesi	217	189,50			185,35		
	Üniversite hastanesi	17	188,47			217,44		
<b>Son 1 yıl sağlık hizmeti alma durumu</b>	Özel hastane	13	157,92			152,31		
	Evet	312	186,96	7655,50	0,202	183,52	8431,50	0,838
	Hayır	55	167,19			186,70		

Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı ve SMBÖ-YF puanlarının demografik özelliklere göre dağılımı

**Tablo 4'**de gösterilmiştir. Tabloya göre katılımcıların demografik özelliklerinden yaş grupları, medeni durum, gelir düzeyi ve nerede kaldığı ile sağlık okuryazarlığı ve SMBÖ-YF puanları arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ( $P>0,05$ ); ancak cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ve SMBÖ-YF puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu saptanmıştır ( $P<0,05$ ). Kadınların sağlık okuryazarlığı ve SMBÖ-YF puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğunu ayrıca bağımlılık puanlarının da yüksek olduğunu göstermektedir.

Her iki ölçeğin alt boyutları dikkate alındığında (Tablo 5) cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi hizmet ( $P<0,001$ ) ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ( $P<0,05$ ) alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SMBÖ-YF alt boyutları değerlendirildiğinde sanal tolerans alt boyutunda ( $P<0,001$ ) cinsiyet göre SMBÖ-YF alınan puanlar arasında fark gözlenmesine rağmen sanal iletişim alt boyutunda ( $P>0,05$ ) cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

**Tablo 5:** Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve SMBÖ-YF Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	U	p
Tedavi Hizmet	Kadın	278	196,44	8.912,00	<b>0,000</b>
	Erkek	89	145,13		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Kadın	278	191,14	10.387,00	<b>0,023</b>
	Erkek	89	161,71		
<b>TSOY32</b>	Kadın	278	194,76	9.378,50	<b>0,001</b>
	Erkek	89	150,38		
Sanal Tolerans	Kadın	278	192,95	9.883,00	<b>0,004</b>
	Erkek	89	156,04		
Sanal İletişim	Kadın	278	187,35	11.440,50	0,285
	Erkek	89	173,54		
<b>SMBÖ-YF</b>	Kadın	278	191,22	10.362,50	<b>0,021</b>
	Erkek	89	161,43		

Tablo 4'e göre katılımcıların sağlık hizmeti kullanım özellikleri ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ( $P>0,05$ ) saptanmıştır. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım özelliklerinden başvuru sağlık kuruluşu ve son bir yıl sağlık hizmeti alma durumu ile SMBÖ-YF puanları arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ( $P>0,05$ ); ancak sağlık düzeyi ile SMBÖ-YF puanları arasında ( $P=0,007$ ) ayrıca SMBÖ-YF alt boyutları olan sanal tolerans ( $P=0,017$ ) ve sanal iletişim ( $P=0,007$ ) boyutları arasında da anlamlı bir farklılık bulunduğu ( $P<0,05$ ) saptanmıştır (

**Tablo 6).**

Bu bulgu algılanan sağlık düzeyinin sosyal medya bağımlılığında etkili olduğunu göstermiştir. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında SMBÖ-YF ve alt boyutlarında en yüksek puana genel sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların sahip olduğu, bunu fena değil, iyi, oldukça iyi ve mükemmel tanımlayanların izlediği görülmüştür.

**Tablo 6:** SMBÖ-YF Alınan Puanların Sağlık Düzeyine Göre Dağılımı

	Sağlık Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	H	P
Sanal Tolerans	Mükemmel	11	106,91	12,039	<b>0,017</b>
	Oldukça iyi	103	164,96		
	İyi	177	194,35		
	Fena değil	66	195,44		
	Kötü	10	206,25		
Sanal İletişim	Mükemmel	11	100,41	13,958	<b>0,007</b>
	Oldukça iyi	103	175,21		
	İyi	177	182,50		
	Fena değil	66	206,25		
	Kötü	10	246,25		
SMBÖ-YF	Mükemmel	11	94,68	14,140	<b>0,007</b>
	Oldukça iyi	103	167,32		
	İyi	177	190,91		
	Fena değil	66	200,15		
	Kötü	10	225,15		

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinden alınan puanlara göre araştırmaya katılanların % 19,9'unun yetersiz, % 34,9'unun sorunlu, % 29,7'sinin yeterli ve % 15,5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde oldukları saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin demografik ve sağlık hizmeti kullanım özelliklerine göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7:** Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Demografik ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		$\chi^2$	SD	P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	46	16,5	93	33,5	92	33,1	47	16,9	278	100	12,95	3	<b>0,005</b>
	Erkek	27	30,3	35	39,3	17	19,1	10	11,2	89	100			
<b>Yaş Grupları</b>	18 - 19	25	19,4	43	33,3	46	35,7	15	11,6	129	100	13,47	9	0,142
	20 - 21	27	15,8	63	36,8	50	29,2	31	18,1	171	100			
	22 - 23	10	27,0	12	32,4	8	21,6	7	18,9	37	100			
	24+	11	36,7	10	33,3	5	16,7	4	13,3	30	100			
<b>Medeni durum</b>	Bekâr	66	18,9	124	35,4	107	30,6	53	15,1	350	100	9,76	6	0,135
	Evli	6	40,0	4	26,7	1	6,7	4	26,7	15	100			
<b>Gelir Düzeyi</b>	Boşanmış	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	100	2,36	6	0,884
	Gelir giderden az	29	23,6	44	35,8	34	27,6	16	13,0	123	100			
	Gelir gidere denk	38	18,2	72	34,4	64	30,6	35	16,7	209	100			
<b>Nerede kaldığı</b>	Gelir giderden fazla	6	17,1	12	34,3	11	31,4	6	17,1	35	100	4,38	9	0,885
	Aile	35	21,3	52	31,7	47	28,7	30	18,3	164	100			
	Devlet Yurdu	21	16,5	48	37,8	40	31,5	18	14,2	127	100			
	Özel Yurt	9	20,9	15	34,9	13	30,2	6	14,0	43	100			
<b>Sağlık Düzeyi</b>	Diğer	8	24,2	13	39,4	9	27,3	3	9,1	33	100	20,46	12	0,059
	Mükemmel	5	45,5	5	45,5	0	0,0	1	9,1	11	100			
	Oldukça iyi	20	19,4	33	32,0	31	30,1	19	18,4	103	100			
	İyi	30	16,9	68	38,4	57	32,2	22	12,4	177	100			
	Fena değil	14	21,2	22	33,3	16	24,2	14	21,2	66	100			
<b>Başvurulan Sağlık</b>	Kötü	4	40,0	0	0,0	5	50,0	1	10,0	10	100	8,73	9	0,463
	Aile hekimi	30	25,0	38	31,7	35	29,2	17	14,2	120	100			
	Devlet hastanesi	34	15,7	83	38,2	66	30,4	34	15,7	217	100			

<b>Kuruluşu</b>	Üniversite hastanesi	5	29,4	3	17,6	5	29,4	4	23,5	17	100			
	Özel hastane	4	30,8	4	30,8	3	23,1	2	15,4	13	100			
<b>Son 1 yıl sağlık hizmeti alma durumu</b>	Evet	58	18,6	107	34,3	99	31,7	48	15,4	312	100	4,89	3	0,180
	Hayır	15	27,3	21	38,2	10	18,2	9	16,4	55	100			
<b>TOPLAM</b>		<b>73</b>	<b>19,9</b>	<b>128</b>	<b>34,9</b>	<b>109</b>	<b>29,7</b>	<b>57</b>	<b>15,5</b>	<b>367</b>	<b>100</b>			

Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile demografik özelliklerinden cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık ( $P < 0,05$ ) bulunmuştur (Tablo 7). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınlarda % 16,5 iken erkeklerde bu oran % 30,3 olarak bulunmuştur. Kadınlarda % 16,9 olarak belirlenen mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerde 11,2 olarak bulunmuştur. Cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir unsur olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaş grupları ( $p=0,142$ ), medeni durum ( $p=0,135$ ), gelir düzeyi ( $p=0,884$ ) ve nerede kaldığı ( $p=0,885$ ) arasında anlamlı bir farklılık ( $P > 0,05$ ) bulunmamıştır. Ayrıca katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık düzeyi algısı ( $P=0,059$ ), herhangi bir rahatsızlıkta ilk başvuru yaptığı sağlık kuruluşu ( $P=0,463$ ) ve son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti alma durumu ( $P=0,180$ ) arasında da anlamlı bir farklılığın ( $P > 0,05$ ) bulunmadığı saptanmıştır.

**Tablo 8:** Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sosyal Medya Bağımlılıkları

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	N	Sıra Ortalamaları		
		Sanal Tolerans	Sanal İletişim	SMBÖ-YF
Yetersiz	73	166,86	186,88	175,31
Sorunlu	128	185,38	173,09	179,07
Yeterli	109	186,89	186,28	187,35
Mükemmel	57	197,33	200,44	199,79
<b>TOPLAM</b>	<b>367</b>			
	$\chi^2$	2,915	2,834	2,14
	<b>SD</b>	3	3	3
	<b>P</b>	0,405	0,418	0,544

Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sosyal medya bağımlılık ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde (Tablo 8), sağlık okuryazarlığı düzeyi ile SMBÖ-YF puanları arasında anlamlı bir ilişki ( $p > 0,05$ ) bulunmamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile SMBÖ-YF alt boyutları olan Sanal tolerans ( $p > 0,05$ ) ve sanal iletişim ( $p > 0,05$ ) arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 9:** Araştırmaya Katılanların SMBÖ-YF Ölçek Puanları ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Pearson Korelasyon Testi Sonucu

Ölçek	N	r	p
Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32)	367	,077	0,142
İnternet Bağımlılığı			

Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı ölçeği ile SMBÖ-YF aldıkları puanlar ve arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan Pearson Korelasyon testi sonucuna göre (



Tablo 9), sağlık okuryazarlığı puanları ile SMBÖ-YF puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü doğrusal ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=0,077$ ,  $p=0,142$ ).

## TARTIŞMA

Araştırmaya katılanlar sağlık okuryazarlığı ölçeğinden en düşük 11,98 en yüksek 50 puan ve ortalama  $32,36 \pm 8,65$  puan aldıkları ve çalışma grubunun sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Altun ve Özkan (2020) aynı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmalarında en düşük 3,13 en yüksek 50 puan ve ortalama  $29,99 \pm 9,12$  puan aldıkları ve katılımcıların sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduklarını bulmuşlardır. Güner ve ark. (2020) çalışmasında katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ortalama 33,35 puan olarak bulmuşlardır. Tanrıöver-Durusu ve ark. (2014) ise gerçekleştirdikleri Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ortalama  $30,4 \pm 0,16$  puan olarak bulmuşlardır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise  $33,8 (\pm 8,0)$  puan ortalaması bulunmuştur (HLS-EU Consortium, 2012). Elde edilen bulgu diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde ise % 19,9'unun yetersiz, % 34,9'unun sorunlu, % 29,7'sinin yeterli ve % 15,5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Güner ve ark. (2020) TSOY32 ölçeğini kullandıkları çalışmalarında, % 16,9'unun yetersiz, % 34,9'unun sorunlu, % 27,5'inin yeterli ve % 20,8'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu saptamışlardır. Altun ve Özkan (2020) aynı ölçeği kullandıkları çalışma sonucunda % 33,6'sını yetersiz, % 31,0'ının sorunlu, % 23,9'unu yeterli ve % 11,5'ini mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduklarını belirtmişlerdir. Özkan ve ark. (2020) % 18,8'ini yetersiz, % 47,8'ini sorunlu, % 24,5'ini yeterli ve % 8,9'unu mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulmuşlardır. Tanrıöver-Durusu ve arkadaşları (2014) ise % 24,5'ini yetersiz, % 40,1'ini sorunlu, % 27,8'ini yeterli ve % 7,6'sını mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulmuşlardır. Çalışmada elde edilen bulguların diğer çalışmalarda elde edilen bulgulara benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (2012) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi % 16,5, sorunlu % 36,0, yeterli % 35,20 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi ise % 12,40 olarak bulunmuştur. Çalışmada elde edilen bulgulardan yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışması verilerinin daha üzerinde olduğu saptanmıştır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmaya yönelik etkinlikler düzenlenmelidir.

Araştırmaya katılanlar sosyal medya bağımlılık ölçeğinden 22 ile 81 puan arasında ortalama  $52,75 \pm 12,34$  puan aldıkları saptanmıştır. Atlı ve ark. (2021) aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalarında ortalama  $2,81 \pm 0,62$  puan aldıklarını saptamıştır. Çalışmada elde edilen bulgu araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Özgür ve Uçar (2020) kız öğrencilerde sosyal medya bağımlılığı ölçeği medyan değerini 51 ve birinci ve üçüncü çeyreklik değerlerini 42-59 olarak belirtmişlerdir. Güney ve Taştepe (2020) 500 ergenden oluşan çalışma grubunda 9 ile 45 arası puan alınabilecek ölçekte ortalama 19,31 puan aldıklarını ve ergenlerin orta düzeyde sosyal medya bağımlısı olduğunu belirtmiştir.

Kadınların hem sağlık okuryazarlığı puanları hem de sağlık okuryazarlığı düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyetin elde edilen sonuçlardan sağlık okuryazarlığının önemli bir belirleyicisi olduğu söylenebilir. Farklı çalışmalarda cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir unsur olduğu ve kadınlarda daha yüksek olduğu desteklenmektedir (Yaman



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Kahyaoglu, Yücedağ Erdinç, & Keklik Okul, 2020; Uslu & Şeremet, 2020). Erkeklerin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik programlar geliştirilmelidir.

Sosyal medya bağımlılığının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ve kadınların daha fazla sosyal medya bağımlısı olduğu belirlenmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda bu bulguyu desteklemektedir (Kıran, Küçükboşancı, & Emre, 2020; İnce & Koçak, 2017; Güney & Taştepe, 2020). Çalışmada elde edilen kadınların yüksek bağımlılığının aksine, erkeklerin daha fazla sosyal medya bağımlılığı olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Güleryüz, Esentaş, Yıldız, & Güzel, 2020; Baş & Diktaş, 2020; Can, Hazar, & Kurt, 2021).

Cinsiyetin sosyal medya bağımlılığında belirleyici bir unsur olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Yılmazsoy & Kahraman, 2017; Balcı & Baloğlu, 2018; Çömlekçi & Başol, 2019; Baz, 2018; Daşlı & Baloğlu, 2020; Duman, 2021; Dinç, 2021; Atlı, Buğa, Mammadli, & Yıldırım Atlı, 2021).

Çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçek puanları ile gelir arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Okur, Evcimen, & Yağcı Şentürk, 'ün (2021) araştırmasında elde ettiği bulgular da elde edilen bu sonucu desteklemektedir.

Çalışmada SMBÖ-YF puanları ile gelir arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu Baş ve Diktaş (2020) ile Atlı ve ark. (2021) tarafından da desteklenmektedir. Duman (2021) ise çalışmada elde edilen bulgunun aksine gelir miktarı azaldıkça bağımlılık oranının arttığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçek puanları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Deniz (2020) yaptığı çalışma sonuçları araştırmada elde edilen bulguyu desteklemektedir.

Katılımcıların sağlık düzeyi ile SMBÖ-YF puanları (P=0,007) ve SMBÖ-YF alt boyutları olan sanal tolerans (P=0,017) ve sanal iletişim (P=0,007) boyutları arasında da anlamlı bir farklılık bulunduğu (P<0,05) saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu bulgu Özkan ve ark. (2020) tarafından da desteklenmektedir. Sağlık düzeyi kötüleştikçe bağımlılık puanları artış göstermektedir. Bireyi bağımlılıktan kurtarmanın yollarından birisi de genel sağlık düzeyinin yükseltilmesidir.

Araştırmanın sadece Ankara örneğinde ve üniversite öğrencileri ile yapılması bir sınırlılık olsa da, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkinin ortaya konması açısından önemlidir. Benzer çalışmaların sınırlılığından dolayı konuyla ilgili yapılacak çalışmaların farklı özelliklerinin kıyaslanabilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya bağımlılığı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü doğrusal ilişkinin bulunması artan sosyal medya kullanımının sağlık okuryazarlığını arttırmada yararlanılabileceğini göstermektedir. Sosyal medyanın sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmalarda etkin kullanımı bilginin kısa sürede geniş kitlelere daha düşük maliyetle, kısa sürede kolay ulaşımını sağlayacaktır. Kısa zamanda geniş kitlelere ulaşım ise yanlış bilginin de yayılması gibi sorunları beraberinde getirecektir. Doğru bilginin, doğru kaynaklardan ulaştırılması büyük önem arz etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınlara göre daha düşük olan erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini arttırmaya yönelik programlar düzenlenmelidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı oranını azaltmak, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip birey sayısını arttırmak için

256

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

( ERTEM, A. A. / GÜZEL, A. )



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sosyal medya destekli topluma yönelik eğitimler ve çeşitli faaliyetler düzenlenebilir. Bu eğitim ve faaliyetler Üniversite, Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği ve koordinasyonunda organize edilebilir. Bu çerçevede toplumun her kesimine ulaşarak eşitsizliklerin önüne geçilmelidir.

Sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik sosyal medya destekli çalışmalar sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyini yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine yükseltecektir. Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili daha doğru kararlar almasını sağlayacak böylece toplumun genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ve genel sağlık düzeyinin artışına katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkinin belirlenmesinin bu kapsamda yapılacak girişimler için araştırmacılara, politika yapıcılara ve eğitimcilere kanıta dayalı veri sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, konuyla ilgili farklı örneklemeler üzerinde benzeri çalışmaların yapılması da önerilmektedir.

### KAYNAKÇA

Altun, B., & Özkan, S. (2020). Öğrenci Ebeveynlerinin Genel Özyeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ankara'da İki İlkokul Örneğinde İncelenmesi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 15-31.

Atlı, F., Buğa, A., Mammadli, T., & Yıldırım Atlı, A. (2021). Türkiye'de Üniversite Öğrenimi Gören Öğrencilerin Öz-anlayışları ile Sosyal Medya Bağımlılıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Academia Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 59-77.

Babacan, M. E. (2016, Nisan). Sosyal Medya Kullanım Alanları ve Bağımlılık İlişkisi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 3(1), 7-28. doi:10.15805/addicta.2016.3.0017

Balcı, Ş., & Baloğlu, E. (2018). Sosyal Medya Bağımlılığı ile Depresyon Arasındaki İlişki: "Üniversite Gençliği Üzerine Bir Saha Araştırması". *İleti-ş-im*(29), 209-234. doi:10.16878/gsuilet.500860

Baş, K., & Diktaş, A. (2020). Social Media Dependency of Pre-Service Social Studies Teachers. *Inonu University Journal of the Faculty of Education*, 21(1), 193-207. doi:10.17679/inuefd.563544

Baz, F. Ç. (2018). Sosyal Medya Bağımlılığı: Üniversite Öğrencileri Üzerine Çalışma. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 276-295. doi:10.26466/opus.470118

Bilgin, M., Şahin, İ., & Togay, A. (2020). Ergenlerde Sosyal Medya Bağımlılığı ve Anne-Baba Ergen İlişkisi. *Eğitim ve Bilim*, 45(202), 263-281. doi:10.15390/EB.2020.8202

Can, B., Hazar, Z., & Kurt, S. (2021). Spor Yapan ve Yapmayan Lise Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi (Karma Model Araştırması). *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 6(1), 15-39. doi:10.31680/gaunjss.801906

Coşkun, S., & Bebiş, H. (2015). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi* (57), 378-384.

Çiftçi, H. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Medya Bağımlılığı. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(4), 417-434.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Çömlekçi, M. F., & Başol, O. (2019). Gençlerin Sosyal Medya Kullanım Amaçları ile Sosyal Medya Bağımlılığı İlişkisinin İncelenmesi. *Çelal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(4), 173-188. doi:10.18026/cbayarsos.525652

Daşlı, Y., & Baloğlu, A. O. (2020). Sosyal Medya Bağımlılığı Üzerine Bir Alan Araştırması. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 6(33), 1229-1239.

Deniz, S. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96. doi:https://doi.org/10.29224/insanveinsan.674726

DeVellis, R. (2003). *Scale Development: Theory and Applications*. New York: SAGE Publications.

Dikmen, M. (2021). COVID-19 Pandemisinde Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Medya Bağımlılıkları Arasındaki İlişki: Bir Yapısal Eşitlik Modeli. *Bağımlılık Dergisi*, 22(1), 20-30.

Dinç, A. (2021). Spor Bilimleri Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılığı ve Sağlıklı Beslenme Tutumlarının İncelenmesi (İğdır İli Örneği). *İğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(25), 812-821.

Duman, Ö. D. (2021). Sosyal Medya Bağımlılığının Erzurum İli Üzerindeki Yansıması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(1), 343-362.

Gica, S., Yunden, S., Kirkas, A., Sevil, F., Ozdengul, F., & Ak, M. (2020). The Effect of Social Media/Smartphone Addiction and Sleep Quality on Academic Success in Medical Faculty Students. *Selcuk Medical Journal*, 36(4), 312-318. doi:10.30733/std.2020.01471

Gülyüz, S., Esentaş, M., Yıldız, K., & Güzel, P. (2020). Sosyal İzolasyon Sürecindeki Bireylerin Serbest Zaman Değerlendirme Biçimleri: Sosyal Medya Kullanım Amaçları ile Sosyal Medya Bağımlılığı İlişkisinin İncelenmesi. *FOCUSS Spor Yönetimi Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 31-45.

Güner, A. E., Şahin, E., Peksu, S., Kaya Şengül, S., & Güngör, M. (2020). Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 69-87.

Güney, M., & Taştepe, T. (2020). Ergenlerde Sosyal Medya Kullanımı ve Sosyal Medya Bağımlılığı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 183-190. doi:10.46971/ausbid.757713

HLS-EU Consortium. (2012). *Comperative report of health literacy in eight EU member states. the european health literacy survey HLS-EU*.

İnce, M., & Koçak, M. C. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Alışkanlıkları: Necmettin Erbakan Üniversitesi Örneği. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 736-749.

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53(1), 59—68.

Kaşıkçı, F., Denli, Ö., & Güney Karaman, N. (2021). Gençlerde Sosyal Medya Bağımlılığı ve Sosyal Dışlanma: Öz-Kontrolün Aracılık Rolü. *Başkent Univesity Journal of Education*, 8(1), 147-159.

Kemp, S. (2021, 01 27). *Digital 2021: The Latest Insights into The 'State Of Digital'*. 04 14, 2021 tarihinde We are Social: <https://wearesocial.com/blog/2021/01/digital-2021-the-latest-insights-into-the-state-of-digital> adresinden alındı



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Kıran, S., Küçükboşancı, H., & Emre, İ. E. (2020). Sosyal Medya Kullanımının Kişiler Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 13(4), 435-441. doi:10.17671/gazibtd.693331

Okur, E., Evcimen, H., & Yağcı Şentürk, A. (2021). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 18-24. doi:10.17942/sted.629676

Okyay, P., & Abacıgil, F. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf> adresinden alındı

Özgür, M., & Uçar, A. (2020). Üniversitede eğitim gören kız öğrencilerde sosyal medya bağımlılığı ve beden algısı ile beslenme bilgi düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 46-54.

Özkan, S., Uğraş Dikmen, A., Tüzün , H., & Karakaya , K. (2020). Prevalence and Determiners of Health Literacy in Turkey. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 33-45.

Sarı, A., & Öztunç, M. (2021). Kriz İletişiminde Sosyal Medya: Koronavirüs Krizinde Fahrettin Koca'nın Twitter Kullanımı. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 801-818.

Sezer, A. (2012). *Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Şahin, C., & Yağcı, M. (2017). Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği- Yetişkin Formu: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(1), 523-538.

Tanrıöver-Durusu, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması* (Birinci b.). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2020). *Teknolojiye Bağımlı Yaşamamak için*. İstanbul: Limit Ofset. doi:ISBN: 978-975-93769-4-9

Uslu, D., & Şeremet, G. G. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okurlarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 386-394.

World Health Organization. (2013). *Health Literacy The Solid Facts*. Copenhagen/Denmark: WHO Regional Office for Europa.

Yam, F. C., & İlhan, T. (2020). Modern Çağın Bütünsel Teknolojik Bağımlılığı: Phubbing. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 1-15. doi:10.18863/pgy.551299

Yaman Kahyaoğlu, D., Yücedağ Erdiç, N., & Keklik Okul, F. (2020). Sağlık Hizmeti Kullanıcıları ve Sağlık Çalışanlarının E-sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi ve Finansal Sürdürülebilirliğe İlişkin Görüşlerin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 563-577.

Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Yılmazsoy, B., & Kahraman, M. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılığı ile Sosyal Medyayı Eğitsel Amaçlı Kullanımları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Facebook Örneği. *Journal of Instructional Technologies & Teacher Education*, 6(1), 9-20.